



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Calidad de vida laboral de las enfermeras

Evaluación y propuestas de mejora

Alberto Granero Lázaro



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement- NoComercial – Compartir Igual 4.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento - NoComercial – Compartir Igual 4.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0. Spain License.**

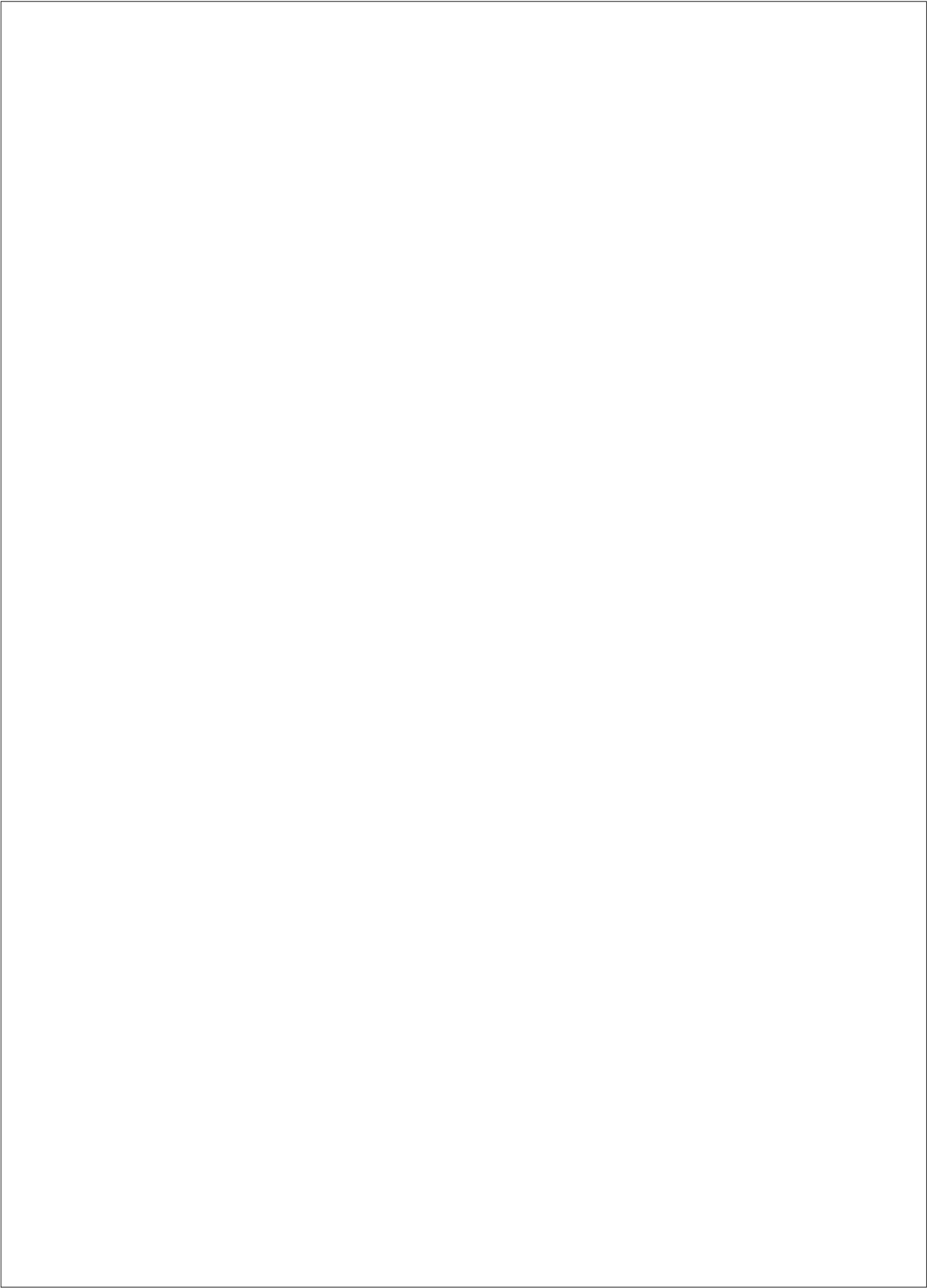
TESIS DOCTORAL

**Calidad de vida laboral
de las enfermeras:**
Evaluación y propuestas de mejora

ALBERTO GRANERO LÁZARO



UNIVERSITAT DE
BARCELONA





UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Programa de Doctorado en Ciencias Enfermeras
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud
Universidad de Barcelona

TESIS DOCTORAL

Calidad de vida laboral de las enfermeras:

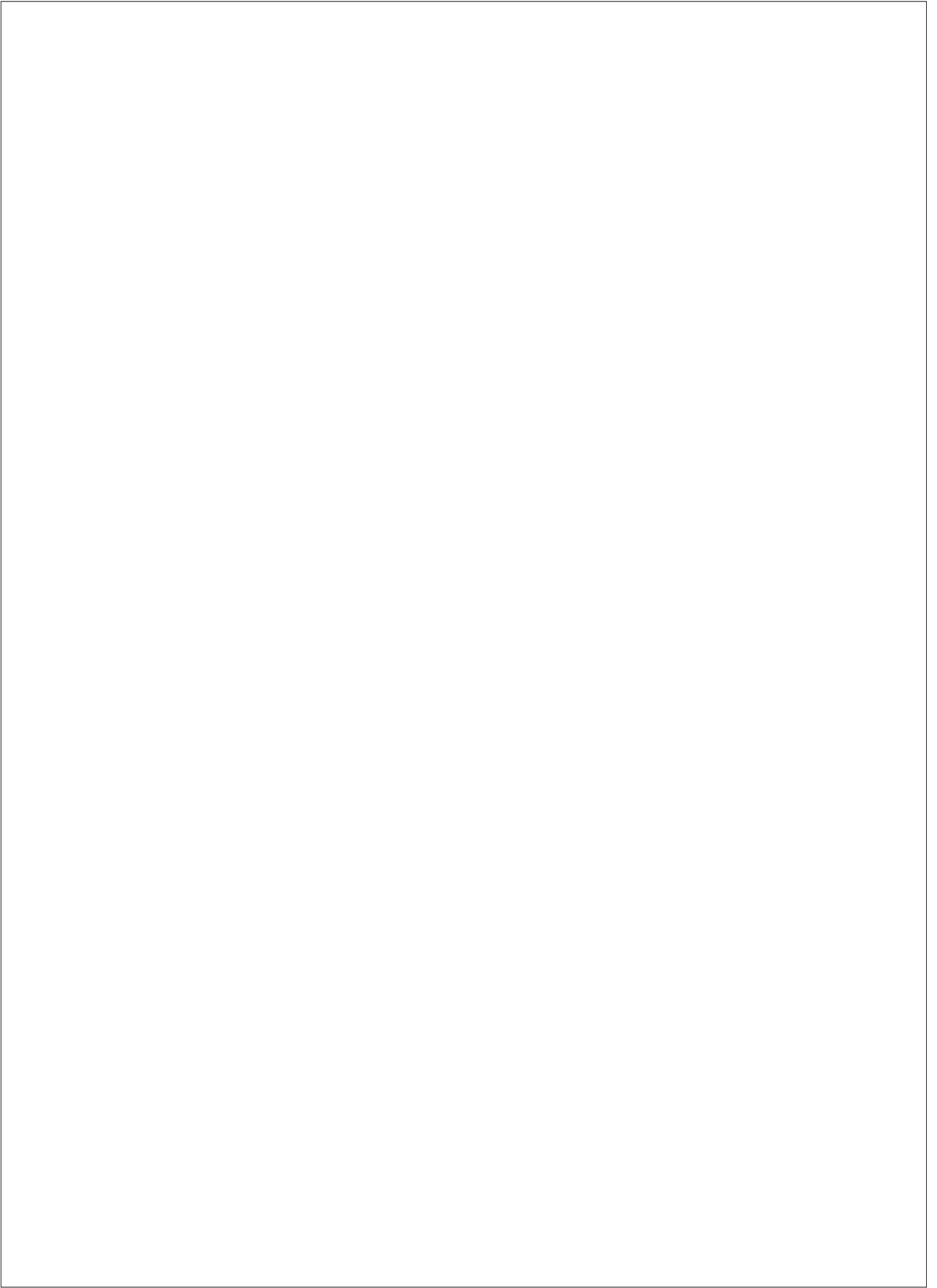
Evaluación y propuestas de mejora

Tesis doctoral presentada por
Alberto Granero Lázaro

Dirigida por
Dr. Josep Maria Blanch Ribas
Dr. Juan Francisco Roldán Merino

Tutorizada por
Dra. Avelina Tortosa Moreno

Barcelona, junio de 2017





UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Calidad de vida laboral de las enfermeras: Evaluación y propuestas de mejora

ALBERTO GRANERO LÁZARO

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tdx.cat) y a través del Repositorio Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al Servicio TDR o al Repositorio Digital de la UB. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR o al Repositorio Digital de la UB (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tdx.cat) service and by the UB Digital Repository (diposit.ub.edu) has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized nor its spreading and availability from a site foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository is not authorized (framing). Those rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.

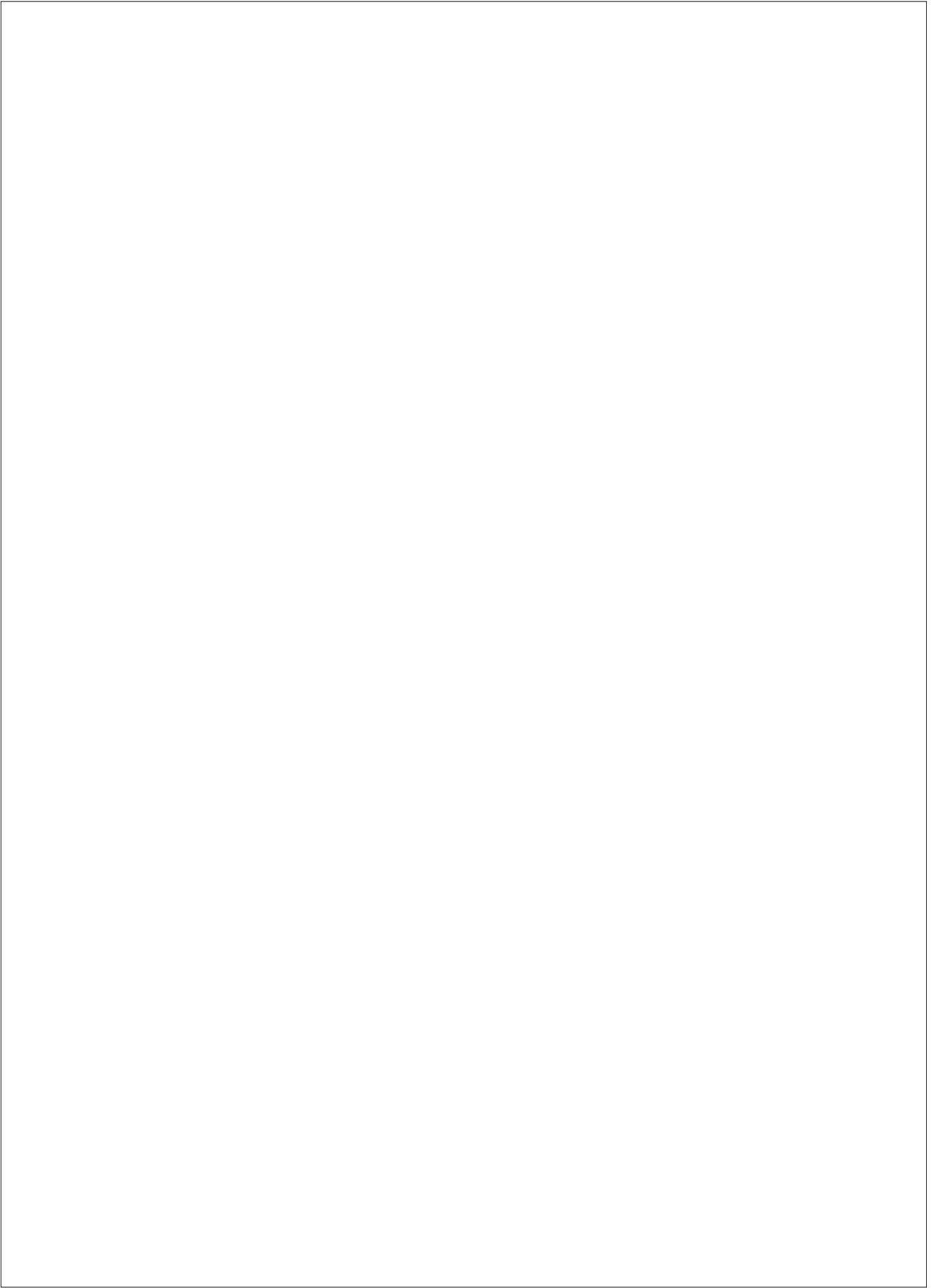
ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tdx.cat) i a través del Dipòsit Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX ni al Dipòsit Digital de la UB. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX o al Dipòsit Digital de la UB (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

El esfuerzo y el trabajo duro construyen el puente que conecta tus sueños con la realidad.

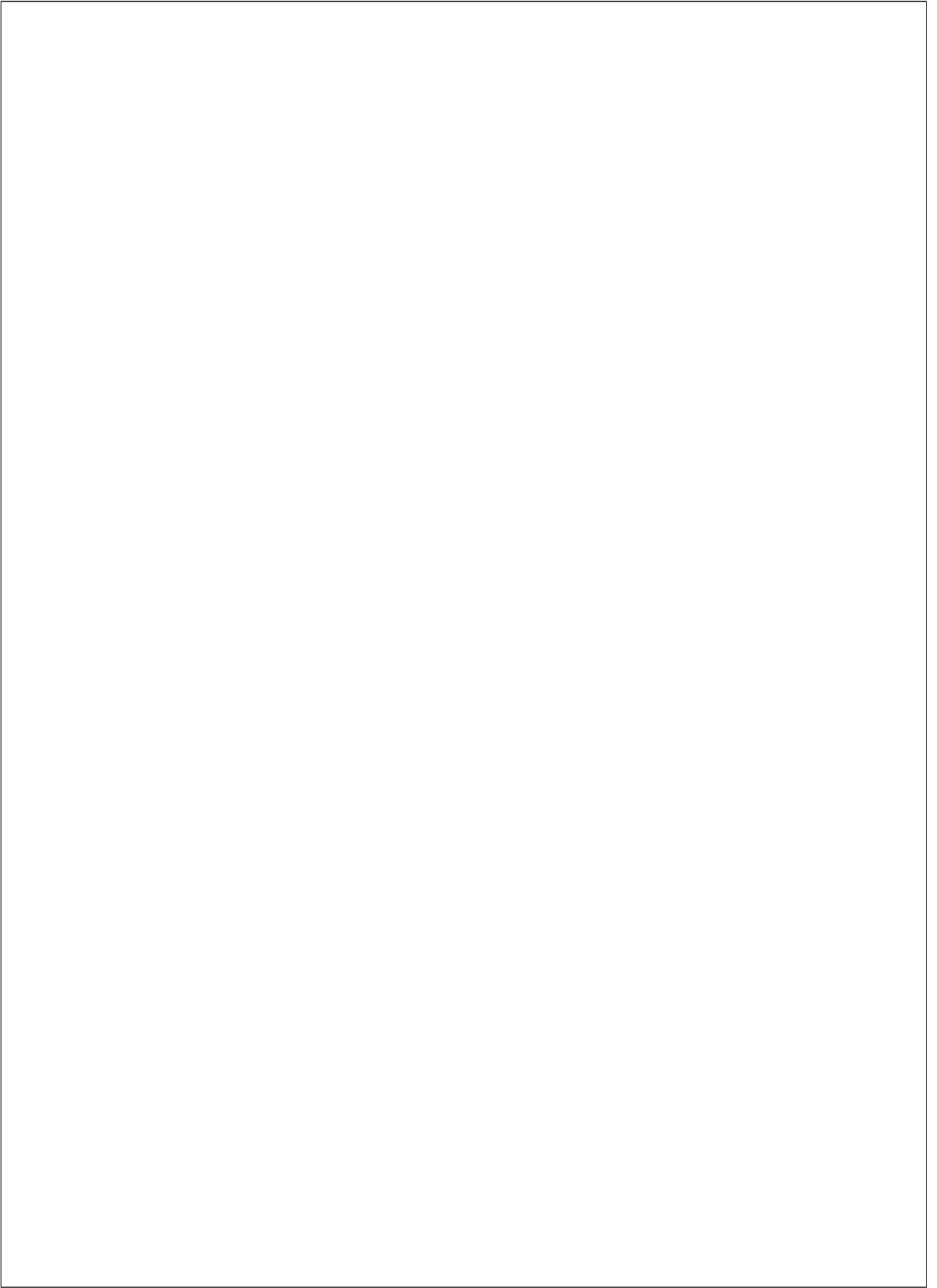
Los que hacen esfuerzos constantes están llenos de esperanza. Y la esperanza, a su vez, surge de los esfuerzos constantes. Abraza tus sueños y avanza hasta donde te puedan llevar.

Daisaku Ikeda

Filósofo, educador, escritor y poeta

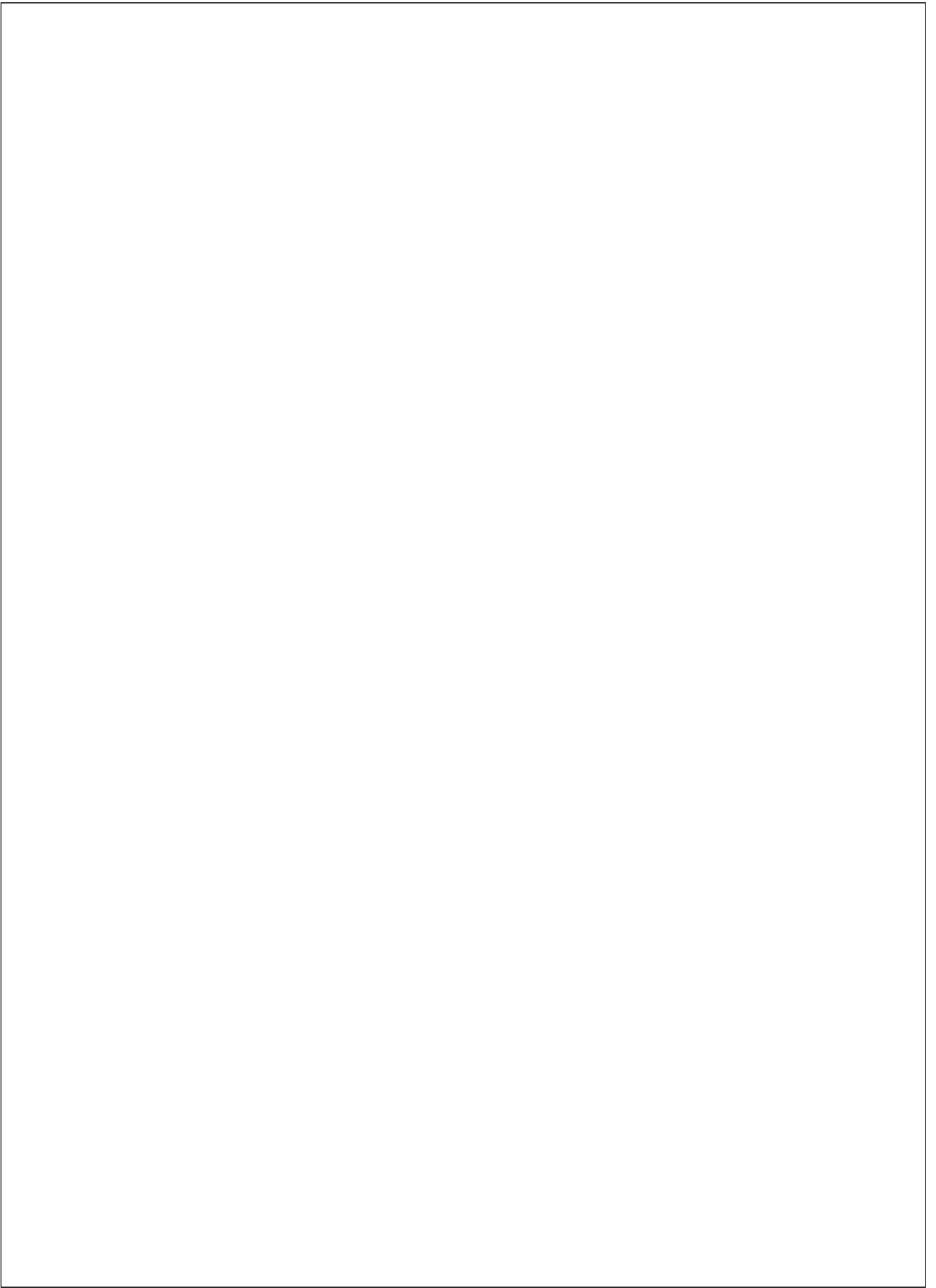


**A todas las enfermeras,
invisibles para algunos, imprescindibles para todos.**



The background is a solid blue color with several overlapping, semi-transparent circular shapes of varying shades of blue, creating a sense of depth and movement. The circles are centered around the text.

AGRADECIMIENTOS



AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Josep M. Blanch y al Dr. Juan F. Roldán, por dirigir esta tesis, por sus orientaciones, por sus enseñanzas y por su acompañamiento a lo largo del camino.

Al Sr. Joan Carles Oliva por su orientación y ayuda en el tratamiento y análisis estadístico de los datos.

Al Col.legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona por su ayuda en la difusión del formulario de investigación.

A las enfermeras que han participado en esta investigación plasmando su realidad en el contexto actual.

A todos los que me han ayudado revisando, opinando y cuestionando los distintos apartados de la investigación, haciéndola así posible.

A Ana, Igor, Jordi, Marta, Paola, Diego, Eugenia, Montse, Jezabel, Thais,... porque cada uno de ellos, a su manera, me han ayudado, apoyado, animado... y facilitado el camino durante el desarrollo de la tesis.

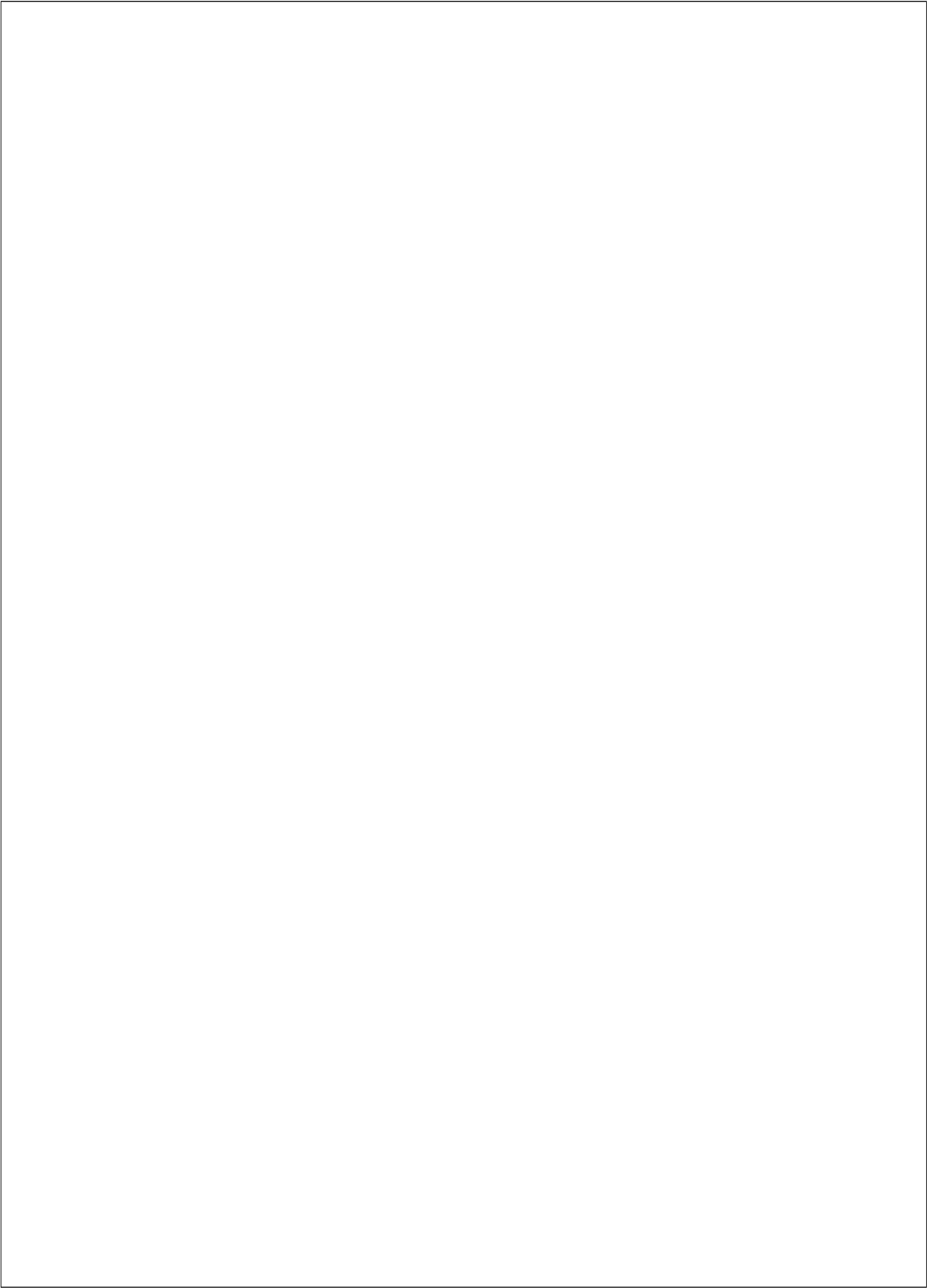
A Montserrat Teixidor por su compromiso con la profesión y con las enfermeras, y por su orientación, soporte y apoyo incondicional a lo largo de toda mi carrera profesional.

A mi madre que me dio la vida, me amó, me guió, me enseñó, me inculcó valores y principios,... Partiste demasiado pronto, pero siempre has estado y estarás en mi pensamiento y en mi corazón.

Al eterno ausente, porque sin él aprendí a vivir y a mejorar día a día. Aunque en el camino tropecé y caí, me levanté, caminé, avancé y crecí.

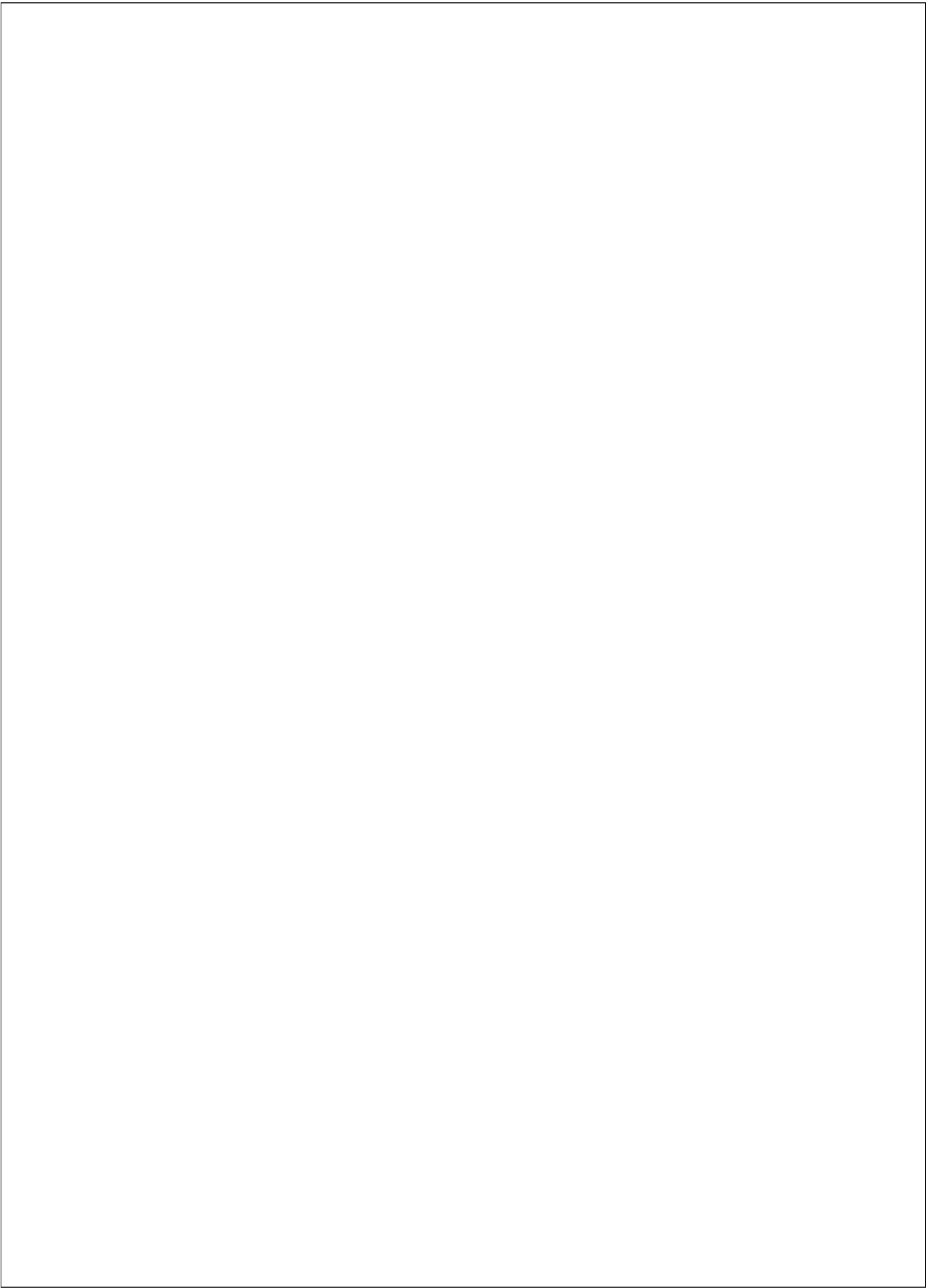
A Alejandra, amiga incondicional, siempre presente en los buenos y en los malos momentos.

A la vida, que me ha dado fracasos de los que he aprendido pero también oportunidades acompañadas de éxitos. Gracias por enseñarme a transformar lo negativo en positivo y a valorar siempre lo que tengo.



The background is a solid blue color with several large, overlapping, curved lines in a lighter shade of blue, creating a sense of motion and depth. The lines are centered and sweep across the page.

ÍNDICE DE CONTENIDOS



ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Las transformaciones en el mundo del trabajo y en el sector sanitario	4
1.1.1. Macrocontexto socioeconómico: Transición del Fordismo al Postfordismo	4
1.1.2. Las reformas neoliberales de los sistemas de salud	7
1.1.2.1. El Capitalismo Organizacional	7
1.1.2.2. La Nueva Gestión Pública	8
1.1.2.3. La privatización del sistema de salud público	9
1.2. Crisis económica: Repercusiones en el entorno de salud público español	13
1.3. Impacto psicosocial de las condiciones de trabajo	14
1.3.1. Aspectos laborales y psicosociales: Marco conceptual	14
1.3.1.1. Bienestar laboral y calidad de vida laboral	14
1.3.1.1.1. Definiciones conceptuales	14
1.3.1.1.2. Instrumentos de evaluación	15
1.3.1.2. Condiciones de trabajo, riesgos laborales y psicosociales	16
1.3.1.2.1. Definiciones conceptuales	16
1.3.1.2.2. Instrumentos de evaluación	18
1.3.1.2.3. Prevención general de los riesgos psicosociales	18
1.3.1.3. Estrés laboral	19
1.3.1.3.1. Antecedentes y definición conceptual	19
1.3.1.3.2. Indicadores y consecuencias físicas y psíquicas	20
1.3.1.3.3. Variables influyentes en el estrés	21
1.3.1.3.4. Instrumentos de evaluación	21
1.3.1.4. <i>Burnout</i>	21
1.3.1.4.1. Antecedentes y evolución conceptual	22
1.3.1.4.2. Dimensiones del <i>burnout</i>	25
1.3.1.4.3. Efectos del <i>burnout</i>	27
1.3.1.4.4. Variables influyentes en el <i>burnout</i>	29
1.3.1.4.5. Instrumentos de evaluación	31

1.3.1.5. <i>Engagement</i>	31
1.3.1.5.1. Antecedentes y evolución conceptual	31
1.3.1.5.2. Dimensiones del <i>engagement</i>	32
1.3.1.5.3. Efectos del <i>engagement</i>	33
1.3.1.5.4. Variables influyentes en el <i>engagement</i>	33
1.3.1.5.5. Instrumentos de evaluación	35
1.3.2. Contexto general del impacto psicosocial	35
1.3.3. Malestar psicofisiológico de los profesionales de la salud	40

2. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN **45**

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN **49**

3.1. Objetivo general	51
3.2. Objetivos específicos	51

4. METODOLOGÍA **53**

4.1. Diseño del estudio	55
4.2. Población	55
4.3. Criterios de inclusión y exclusión	55
4.4. Cálculo de la muestra	56
4.5. Tipo de muestreo	56
4.6. Características de la muestra	56
4.7. Variables de estudio	59
4.7.1. Variables relacionadas con las características sociodemográficas y laborales	59
4.7.2. Variables relacionadas con las medidas y repercusiones de la contención del gasto en el centro de trabajo en el contexto de crisis económica	61
4.7.3. Variables relacionadas con la calidad de vida laboral	62
4.7.3.1. Variables relacionadas con las condiciones de trabajo	62
4.7.3.2. Variables relacionadas con el bienestar laboral general	63

4.7.3.3. Variables relacionadas con el <i>burnout</i>	63
4.7.3.4. Variables relacionadas con el <i>engagement</i>	63
4.7.4. Variable tiempo de trabajo por actividad	64
4.7.5. Variable significado del trabajo	64
4.7.6. Variable calidad de vida laboral: Estado y acciones de mejora	64
4.8. Fuente de información y formulario de investigación	65
4.8.1. Hoja de recogida de datos sociodemográficos y laborales	65
4.8.2. Inventario de medidas y repercusiones de la contención del gasto en el centro de trabajo en el contexto de crisis económica	66
4.8.3. Cuestionario de condiciones de trabajo	66
4.8.4. Cuestionario de bienestar laboral general	68
4.8.5. <i>Maslach burnout inventory - general survey</i>	70
4.8.6. <i>Utrecht work engagement scale</i>	72
4.8.7. Tiempo de trabajo por actividad a desarrollar	74
4.8.8. Preguntas abiertas	74
4.9. Procedimiento de la recogida de datos	75
4.10. Tipos de análisis	75
4.10.1. Análisis cuantitativo	75
4.10.2. Análisis mixto (cuantitativo y cualitativo)	78
4.10.2.1. Análisis textual	78
4.10.2.1.1. Instrumento	78
4.10.2.1.2. Procedimiento	82
4.10.2.2. Análisis de correspondencias	82
4.10.3. Análisis cualitativo	83
4.11. Aspectos éticos	84
5. RESULTADOS	87
Resultados objetivo 1	
5.1. Contexto de crisis económica en el entorno de la investigación	91
5.1.1. Impacto percibido de las medidas de contención del gasto en las condiciones de trabajo de las enfermeras	91
5.1.2. Factores intervinientes en las diferencias del impacto percibido de las medidas de contención del gasto en las condiciones de trabajo	93

Resultados objetivo 2

5.2. Condiciones de trabajo: Análisis descriptivo	101
5.3. Bienestar laboral general: Análisis descriptivo	109
5.4. <i>Burnout</i>: Análisis descriptivo	118
5.5. <i>Engagement</i>: Análisis descriptivo	122

Resultados objetivo 3

5.6. Condiciones de trabajo en relación al bienestar laboral general, al <i>burnout</i> y al <i>engagement</i>	127
---	------------

Resultados objetivo 4

5.7. Sobrecarga de trabajo en relación a las condiciones de trabajo, al bienestar laboral general, al <i>burnout</i> y al <i>engagement</i>	135
5.7.1. Tiempo de trabajo y actividad a desarrollar	135
5.7.2. Carga de trabajo	136

Resultados objetivo 5

5.8. Relaciones entre las condiciones de trabajo y el significado del trabajo	145
5.8.1. Análisis textual del significado del trabajo	145
5.8.2. Análisis de correspondencias entre el significado del trabajo y las condiciones de trabajo	145

Resultados objetivo 6

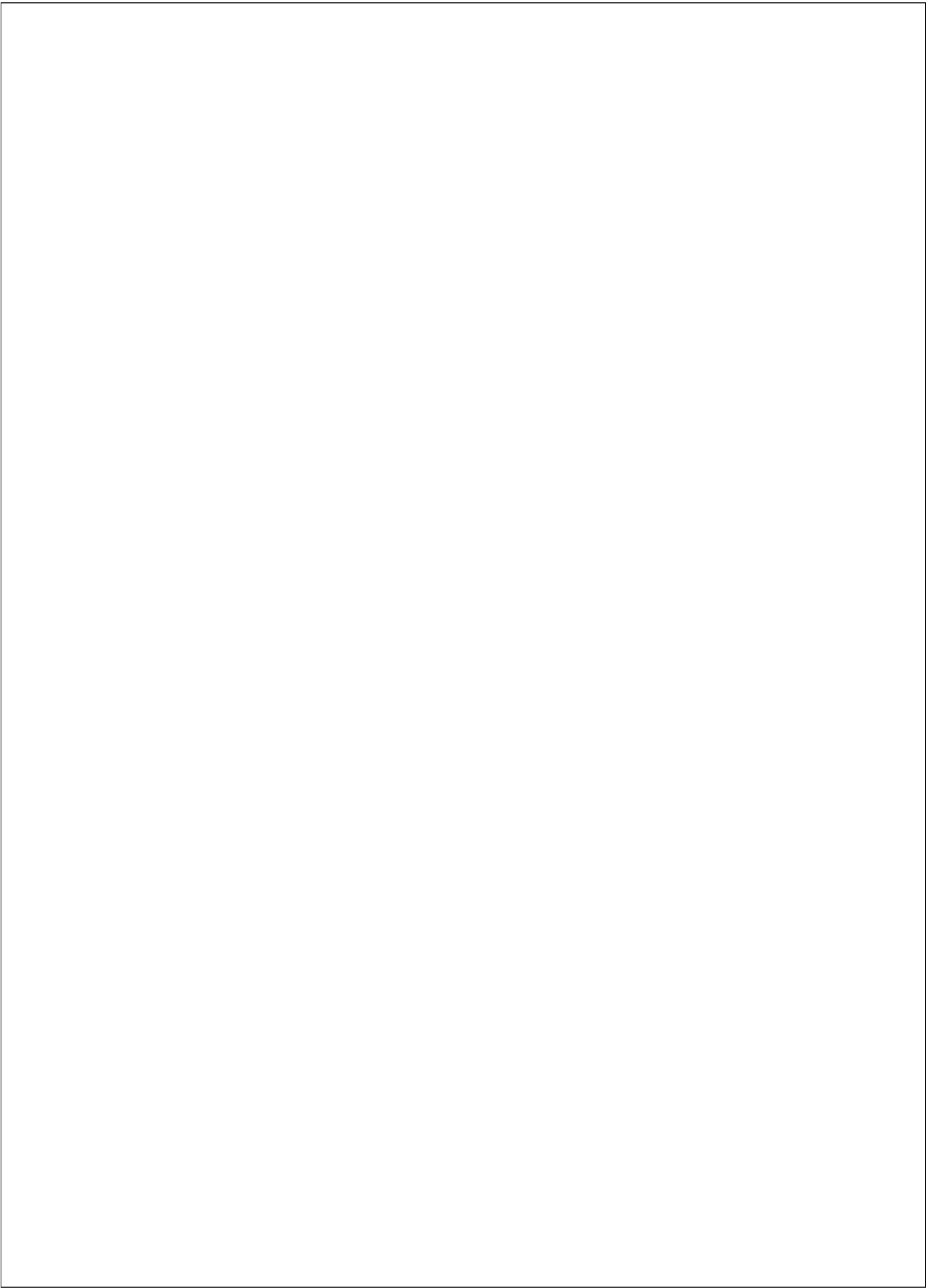
5.9. Condiciones de trabajo, bienestar laboral general, <i>burnout</i> y <i>engagement</i> en relación a las características sociodemográficas y laborales	155
5.9.1. Sexo	156
5.9.2. Edad	156
5.9.3. Años de titulación	157
5.9.4. Carácter del centro de trabajo	157
5.9.5. Situación contractual	158
5.9.6. Jornada laboral	158
5.9.7. Tiempo de contratación en el último año	159
5.9.8. Ámbito de trabajo	159
5.9.9. Puesto de trabajo	161

5.9.10. Horario de trabajo	162
5.9.11. Turno de trabajo	163
5.9.12. Baja por enfermedad en el último año	163
5.9.13. Dependencia	164
5.9.14. Nivel de vida percibido	164
5.9.15. Aspectos relevantes de las relaciones establecidas con las características sociodemográficas y laborales	166
5.10. Predicción del nivel de vida percibido en relación a las características sociodemográficas y laborales y a la retribución económica percibida	194
Resultados objetivo 7 y 8	
5.11. Calidad de vida laboral: Valoración, percepción y opinión de las enfermeras	199
5.11.1. Calidad de vida laboral percibida en relación a las condiciones de trabajo, al bienestar laboral general, al <i>burnout</i> y al <i>engagement</i>	199
5.11.2. Calidad de vida laboral: Puntos débiles y propuestas de mejora según la perspectiva de las enfermeras	203
6. DISCUSIÓN	209
6.1. Discusión de los resultados obtenidos en relación al objetivo 1	211
6.2. Discusión de los resultados obtenidos en relación al objetivo 2	217
6.3. Discusión de los resultados obtenidos en relación al objetivo 3	232
6.4. Discusión de los resultados obtenidos en relación al objetivo 4	233
6.5. Discusión de los resultados obtenidos en relación al objetivo 5	235
6.6. Discusión de los resultados obtenidos en relación al objetivo 6	236
6.7. Discusión de los resultados obtenidos en relación al objetivo 7	242
6.8. Discusión de los resultados obtenidos en relación al objetivo 8	243
7. LIMITACIONES Y FORTALEZAS DEL ESTUDIO	245

8. CONCLUSIONES	249
9. IMPLICACIONES TEÓRICAS Y PRÁCTICAS	255
10. DIVULGACIÓN CIENTÍFICA Y LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	259
10.1. Divulgación científica del estudio	261
10.2. Líneas de investigación futuras	262
11. BIBLIOGRAFÍA	263
12. ANEXOS	283
12.1. Anexo 1: Formulario de la investigación	285
12.2. Anexo 2: Cuestionario de condiciones de trabajo (Blanch JM, Sahagún M y Cervantes G; 2010)	298
12.3. Anexo 3: Cuestionario de bienestar laboral general (Blanch JM, Sahagún M, Cantera L y Cervantes G; 2010)	301
12.4. Anexo 4: <i>Maslach burnout inventory - general survey</i> (Bresó E, Salanova M, Schaufeli WB y Nogareda C; 2007)	304
12.5. Anexo 5: <i>Utrecht work engagement scale</i> (Salanova M, Schaufeli WB y Nogareda C; 2009)	305
12.6. Anexo 6: Aprobación proyecto de tesis por la comisión de bioética de la Universidad de Barcelona	306
12.7. Anexo 7: Divulgación científica del estudio	307

The background is a solid blue color with several overlapping, semi-transparent circular patterns of varying shades of blue, creating a sense of depth and movement. The text is centered in the upper right quadrant.

ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS Y TABLAS



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Variables influyentes en el <i>burnout</i>	29
Figura 2. Modelo teórico del cuestionario de condiciones de trabajo	67
Figura 3. Modelo teórico del cuestionario de bienestar laboral general	69
Figura 4. Modelo teórico del <i>Maslach burnout inventory - general survey</i>	71
Figura 5. Modelo teórico de la <i>Utrecht work engagement scale</i>	73

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Impacto percibido de las medidas de contención del gasto en las condiciones de trabajo	92
Gráfico 2.	Condiciones de trabajo: Media y desviación estándar del cuestionario, los factores y las escalas	102
Gráfico 3.	Regulación: Media y desviación estándar de la escala y de los ítems	103
Gráfico 4.	Desarrollo: Media y desviación estándar de la escala y de los ítems	104
Gráfico 5.	Entorno material: Media y desviación estándar de la escala y de los ítems	105
Gráfico 6.	Entorno social: Media y desviación estándar de la escala y de los ítems	106
Gráfico 7.	Ajuste organización-persona: Media y desviación estándar de la escala y de los ítems	107
Gráfico 8.	Adaptación persona-organización: Media y desviación estándar de la escala y de los ítems	108
Gráfico 9.	Bienestar psicosocial: Media y desviación estándar del factor y las escalas	110
Gráfico 10.	Afectos: Media y desviación estándar de la escala y de los ítems	111
Gráfico 11.	Competencias: Media y desviación estándar de la escala y de los ítems	112
Gráfico 12.	Expectativas: Media y desviación estándar de la escala y de los ítems	114
Gráfico 13.	Efectos colaterales: Media y desviación estándar del factor y las escalas	115
Gráfico 14.	Somatización: Media y desviación estándar de la escala y de los ítems	116
Gráfico 15.	Desgaste: Media y desviación estándar de la escala y de los ítems	117
Gráfico 16.	Alienación: Media y desviación estándar de la escala y de los ítems	118

Gráfico 17. <i>Maslach burnout inventory - general survey</i> : Media y desviación estándar de las escalas	119
Gráfico 18. <i>Maslach burnout inventory - general survey</i> : Media y desviación estándar de los ítems	121
Gráfico 19. <i>Utrecht work engagement scale</i> : Media y desviación estándar de las dimensiones	122
Gráfico 20. <i>Utrecht work engagement scale</i> : Media y desviación estándar de los ítems	124
Gráfico 21. Condiciones y significados del trabajo	151

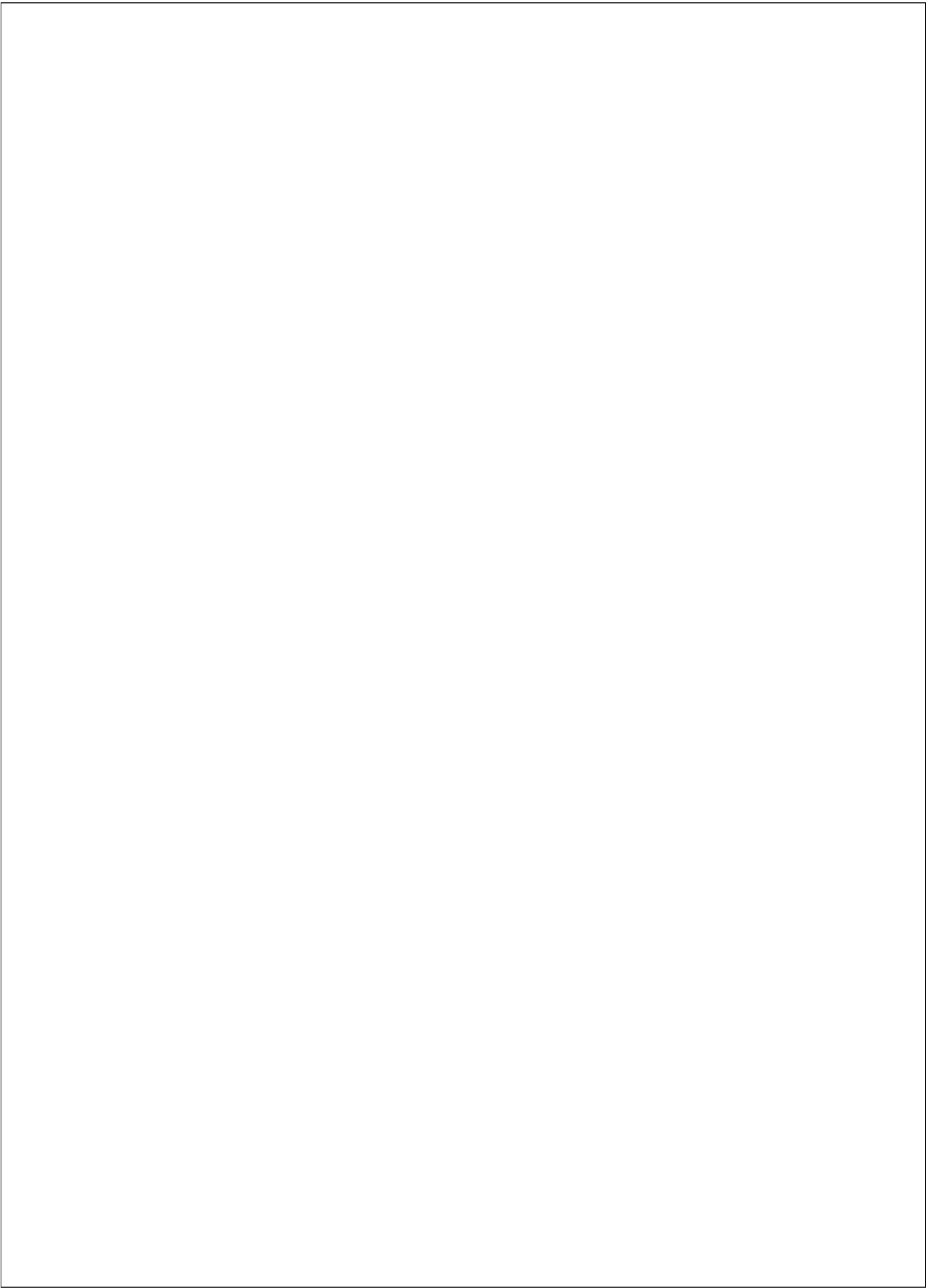
ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Evolución del concepto del <i>burnout</i> según distintos autores	23
Tabla 2.	Proceso evolutivo del <i>burnout</i> según distintos autores	27
Tabla 3.	Efectos del <i>burnout</i> en las personas	28
Tabla 4.	Efectos del <i>burnout</i> en las organizaciones	29
Tabla 5.	Características sociodemográficas y laborales de la muestra	58
Tabla 6.	Cuestionario de condiciones de trabajo: Coeficiente de consistencia interna	68
Tabla 7.	Cuestionario de bienestar laboral general: Coeficiente de consistencia interna	70
Tabla 8.	<i>Maslach burnout inventory - general survey</i> : Coeficiente de consistencia interna	72
Tabla 9.	<i>Utrecht work engagement scale</i> : Coeficiente de consistencia interna	74
Tabla 10.	Diccionario sobre el significado del trabajo utilizado en la investigación	81
Tabla 11.	Calidad de vida laboral: Áreas temáticas y categorías del análisis cualitativo de contenido	84
Tabla 12.	Impacto percibido de las medidas de contención según el puesto de trabajo	95
Tabla 13.	Impacto percibido de las medidas de contención según el carácter del centro de trabajo	96
Tabla 14.	Impacto percibido de las medidas de contención según el ámbito de trabajo	97
Tabla 15.	Impacto percibido de las medidas de contención según la situación contractual	98
Tabla 16.	Correlaciones entre el cuestionario de condiciones de trabajo con el cuestionario de bienestar laboral general, el <i>Maslach burnout inventory - general survey</i> y la <i>Utrecht work engagement scale</i>	129
Tabla 17.	Condiciones de trabajo en relación al bienestar laboral general, al <i>burnout</i> y al <i>engagement</i>	130
Tabla 18.	Tiempo de trabajo en relación a condiciones de trabajo, bienestar laboral general, <i>burnout</i> y <i>engagement</i>	138

Tabla 19. Carga de trabajo en relación a condiciones de trabajo, bienestar laboral general, <i>burnout</i> y <i>engagement</i>	140
Tabla 20. Correspondencias entre significado del trabajo y condiciones de trabajo	147
Tabla 21. Correlación entre significado del trabajo y condiciones de trabajo	148
Tabla 22. Análisis de correspondencias entre significado del trabajo y condiciones de trabajo	150
Tabla 23. Sexo en relación a condiciones de trabajo, bienestar laboral general, <i>burnout</i> y <i>engagement</i>	169
Tabla 24. Edad en relación a condiciones de trabajo, bienestar laboral general, <i>burnout</i> y <i>engagement</i>	170
Tabla 25. Años de titulación en relación a condiciones de trabajo, bienestar laboral general, <i>burnout</i> y <i>engagement</i>	172
Tabla 26. Carácter del centro de trabajo en relación a condiciones de trabajo, bienestar laboral general, <i>burnout</i> y <i>engagement</i>	174
Tabla 27. Situación contractual en relación a condiciones de trabajo, bienestar laboral general, <i>burnout</i> y <i>engagement</i>	176
Tabla 28. Jornada laboral en relación a condiciones de trabajo, bienestar laboral general, <i>burnout</i> y <i>engagement</i>	178
Tabla 29. Tiempo de contratación en el último año en relación a condiciones de trabajo, bienestar laboral general, <i>burnout</i> y <i>engagement</i>	180
Tabla 30. Ámbito de trabajo en relación a condiciones de trabajo, bienestar laboral general, <i>burnout</i> y <i>engagement</i>	182
Tabla 31. Puesto de trabajo en relación a condiciones de trabajo, bienestar laboral general, <i>burnout</i> y <i>engagement</i>	184
Tabla 32. Horario de trabajo en relación a condiciones de trabajo, bienestar laboral general, <i>burnout</i> y <i>engagement</i>	186
Tabla 33. Turno de trabajo en relación a condiciones de trabajo, bienestar laboral general, <i>burnout</i> y <i>engagement</i>	188
Tabla 34. Baja por enfermedad en el último año en relación a condiciones de trabajo, bienestar laboral general, <i>burnout</i> y <i>engagement</i>	189
Tabla 35. Dependencia en relación a condiciones de trabajo, bienestar laboral general, <i>burnout</i> y <i>engagement</i>	190
Tabla 36. Nivel de vida percibido en relación a condiciones de trabajo, bienestar laboral general, <i>burnout</i> y <i>engagement</i>	191

Tabla 37. Variables sociodemográficas y laborales en relación a condiciones de trabajo, bienestar laboral general, <i>burnout</i> y <i>engagement</i> : Relaciones significativas con tamaño efecto moderado y alto	193
Tabla 38. Nivel de vida percibido en relación a las características sociodemográficas y laborales y retribución económica	196
Tabla 39. Calidad de vida laboral en relación a condiciones de trabajo, bienestar laboral general, <i>burnout</i> y <i>engagement</i>	201

ACRÓNIMOS



ACRÓNIMOS DEL CONTENIDO

AP	Atención primaria
ATS	Ayudante técnico sanitario
BLG	Bienestar laboral general
BPS	Bienestar psicosocial
CAPS	Centro de Análisis y Programas Sanitarios CAPS
c-BLG	Cuestionario de bienestar laboral general
c-CT	Cuestionario de condiciones de trabajo
COIB	<i>Col·legi oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona</i>
CT	Condiciones de trabajo
CVL	Calidad de vida laboral
DPOs	Dirección por objetivos
DUE	Diplomado universitario en enfermería
e-Ab	Escala/dimensión de absorción de la <i>UWES</i>
e-Af	Escala de afectos del c-BLG
e-Ag	Escala de agotamiento del <i>MBI-GS</i>
e-AI	Escala de alienación del c-BLG
e-AOP	Escala de ajuste organización-persona del c-CT
e-APO	Escala de adaptación persona-organización del c-CT
e-Ci	Escala de cinismo del <i>MBI-GS</i>
e-Co	Escala de competencias del c-BLG
e-Dd	Escala/dimensión de dedicación de la <i>UWES</i>
e-Dr	Escala de desarrollo del c-CT
e-Dg	Escala de desgaste del c-BLG
e-E	Escala de expectativas del c-BLG
e-EM	Escala de entorno material del c-CT
e-EP	Escala de eficacia profesional del <i>MBI-GS</i>
e-ES	Escala de entorno social del c-CT
EFN	Federación Europea de Asociaciones de Profesionales de Enfermería
E-número	Enfermera - código de participante. Las citas textuales de las participantes se han codificado con una E de enfermera seguida de un guion y un número que identifica el código de participante
e-R	Escala de regulación del c-CT

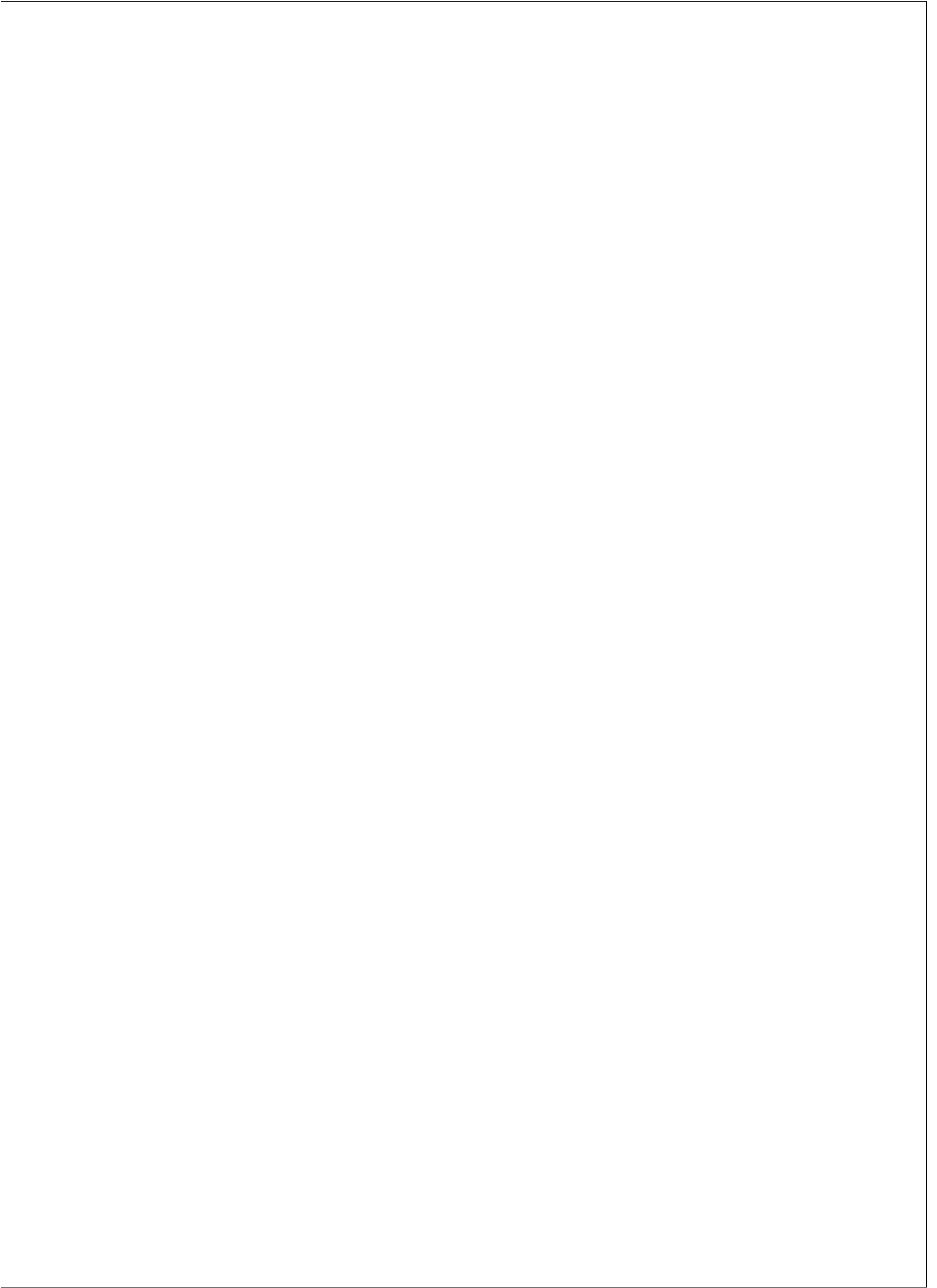
Calidad de vida laboral de las enfermeras:

Evaluación y propuestas de mejora

e-S	Escala de somatización del c-BLG
EU-OSHA	<i>European Union information Agency for Occupational Safety and Health</i>
Eurofound	<i>European Foundation for the Improvement of Living and Working Con- ditions</i>
Eurostat	Oficina Europea de Estadística
e-V	Escala/dimensión de vigor de la <i>UWES</i>
f-BPS	Factor bienestar psicosocial del c-BLG
f-EC	Factor efectos colaterales del c-BLG
f-OE	Factor organización y entorno del c-CT
f-OM	Factor organización y método del c-CT
f-OP	Factor organización y persona del c-CT
H	Hospital
ICS	Instituto Catalán de la Salud
INE	Instituto Nacional de Estadística
INSHT	Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo
KOFARIPS	Capitalismo Organizacional como Factor de Riesgo Psicosocial
MBI	<i>Maslach burnout inventory</i>
MBI-GS	<i>Maslach burnout inventory - general survey</i>
NV	Nivel de vida
OCDE	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico
OMS	Organización Mundial de la Salud
RDL	Real Decreto-ley
SATSE	Sindicato de enfermería
SM	Salud mental
SS	Sociosanitario
ST	Significado de trabajo
UWES	<i>Utrecht work engagement scale</i>
WONPUM	<i>Working Under New Public Management</i>

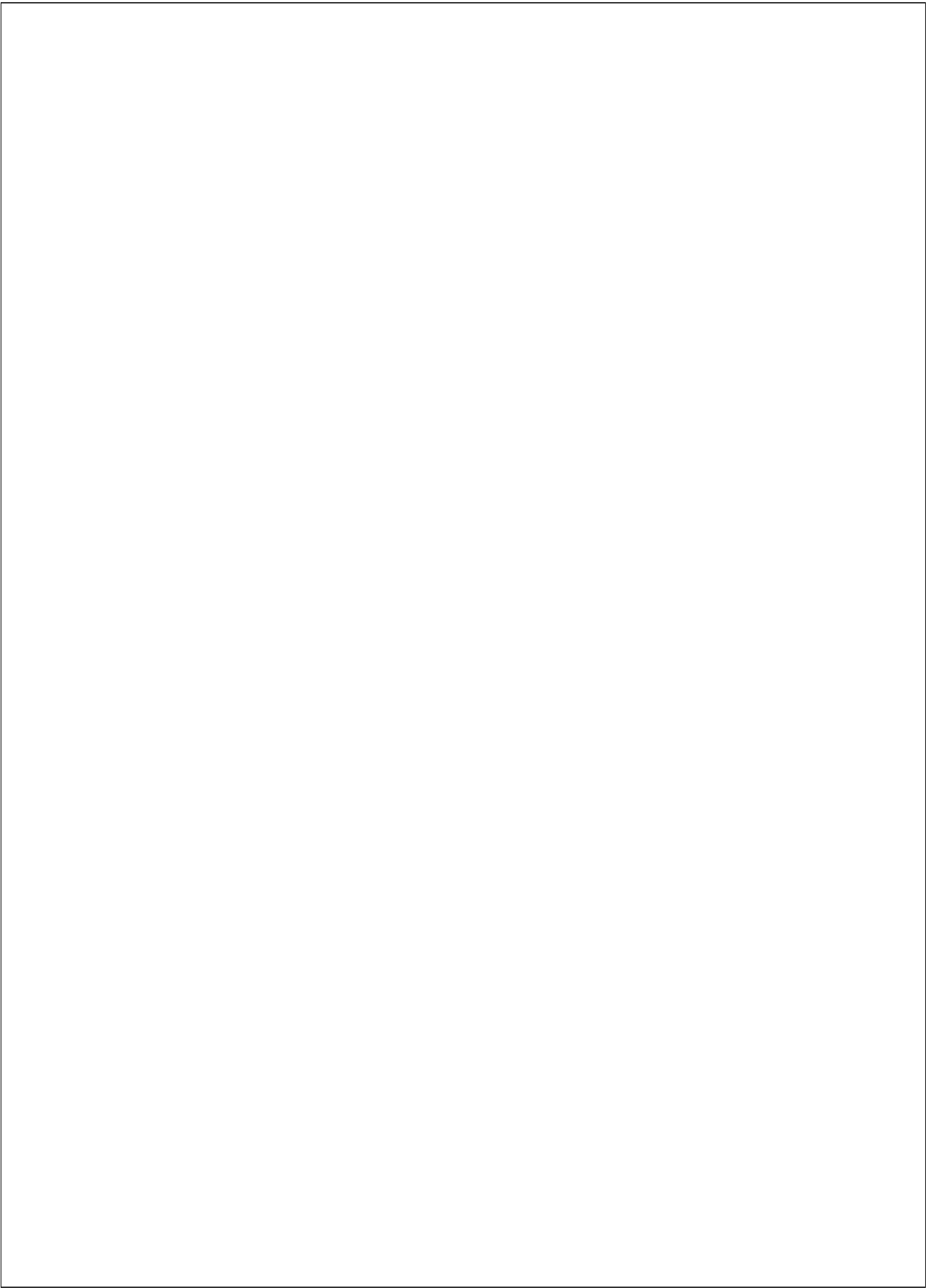
ACRÓNIMOS DEL ANÁLISIS ESTADÍSTICO

α	Alfa de <i>Cronbach</i>
χ^2	Chi cuadrado
r	Coefficiente de correlación de <i>Pearson</i>
p	Coefficiente de significación
d	<i>D de Cohen</i>
DE	Desviación estándar
F	F de Snedecor. Análisis de la varianza ANOVA
gl	Grados de libertad
IA	Impacto alto
IB	Impacto bajo
IM	Impacto moderado
X	Media
n	Muestra
%	Porcentaje
Sig	Significación de la diferencia estadística
SD	<i>Standard deviation</i>
t	<i>t de Student</i>



The background is a solid blue color with several large, overlapping, semi-transparent circular shapes in varying shades of blue, creating a sense of depth and movement. The text is centered on the right side of the page.

RESUMEN
ABSTRACT
RESUM



RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La globalización, la reorganización flexible, la innovación tecnológica, la Nueva Gestión Pública y el impacto de la gestión de la crisis económica han comportado cambios en el mundo laboral. Estas transformaciones están influidas por la interacción de factores de orden económico, social, político, cultural y tecnológico. Los cambios afectan a la organización, a la gestión y a las condiciones de desarrollo de la actividad laboral.

El sistema de salud no es ajeno a estos cambios, que comportan oportunidades de crecimiento y de desarrollo, pero también amenazas y riesgos. La literatura científica y técnica ha puesto de manifiesto la influencia de estos cambios en la salud ocupacional, el bienestar laboral, la calidad de vida y el rendimiento de los profesionales. También sobre la calidad del sistema sanitario y del servicio que ofrece a la sociedad.

En este contexto, las condiciones de trabajo de las enfermeras¹ se han ido haciendo más duras, complejas y difíciles. Esta tesis ofrece una perspectiva específica y actualizada de este proceso, centrándolo en la enfermería y situándolo en el entorno de Barcelona.

OBJETIVO

El objetivo principal fue evaluar la calidad de vida laboral de las enfermeras de Barcelona, en el contexto de crisis económica contemporánea. Para ello se valoró las condiciones de trabajo, el bienestar laboral, el *burnout*, el *engagement* y el

¹ **Enfermera/s.** Siguiendo el proceder del Consejo Internacional de Enfermeras, en esta tesis, cuando se hace referencia a “enfermera” o “enfermeras”, hay que entender que se alude tanto a profesionales de sexo femenino como a profesionales de sexo masculino.

significado del trabajo. También se exploró qué aspectos mejorarían la calidad de vida laboral de las enfermeras.

METODOLOGÍA

En esta investigación se utilizó una metodología mixta, que combinó un análisis cuantitativo, descriptivo y transversal, con un análisis cualitativo de contenido, de tipo exploratorio y descriptivo. La muestra fue de 1760 enfermeras de la provincia de Barcelona, en disposición activa de trabajo entre junio de 2014 y enero de 2015. La técnica de muestreo fue de conveniencia. La captación de participantes fue a través de los canales de comunicación del *Col·legi oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona*, que mediante una nota informativa daba acceso a un formulario on-line que recogía: datos sociodemográficos y laborales; inventario de impacto percibido por las medidas de contención del gasto; cuestionario de condiciones de trabajo; cuestionario de bienestar laboral general; *Maslach burnout inventory - general survey*; *Utrecht work engagement scale*; valoración del significado del trabajo; y acciones de mejora propuestas por las enfermeras para mejorar su calidad de vida laboral. La investigación fue aprobada por la comisión de bioética de la Universidad de Barcelona. En su desarrollo, se aplicó la normativa internacional relativa a consentimiento informado, confidencialidad de datos de participantes e instituciones, salvaguarda del anonimato de las respuestas, compromiso de devolución de resultados y utilización científica y responsable de la información.

RESULTADOS

En el perfil de la muestra predominaron mujeres (85,9%), con una edad media de 41,9 años (DE 10,4) en ambos sexos, se habían graduado hacía 18,3 años (DE 10,8) y tenían una antigüedad en el centro de trabajo de 13,5 años (DE 10,0). Las participantes fueron predominantemente enfermeras generalistas (95,5%), empleadas en centros de carácter mixto o público, con una situación contractual estable (fijo, funcionario o estatutario), trabajaban a jornada completa, habían estado contratadas todo el último año y desarrollaban su trabajo en el ámbito asistencial, en un hospital y en un turno diurno.

El impacto percibido de las medidas de contención del gasto fue alto en las pérdidas retributivas, el incremento de la jornada laboral anual, el aumento de complejidad y de presión asistencial. El impacto fue moderado en la pérdida o congelación de la carrera profesional, el incremento del número de pacientes por enfermera y el aumento de la precariedad laboral. El impacto fue bajo en la rotación, los cambios de ámbito o de turno y en la pérdida de empleo.

La puntuación media (X) y desviación estándar (DE) fue en:

- Las condiciones de trabajo de 5,8 (DE 1,6) en un rango de 0 a 10.
- El bienestar psicosocial de 4,3 (DE 1,3) en un rango de 1 a 7.
- Los efectos colaterales de 2,6 (DE 1,5) en un rango de 0 a 6.
- El cinismo de 7,6 (DE 6,0) en un rango de 0 a 24, el agotamiento de 11,8 (DE 8,4) en un rango de 0 a 30 y la eficacia profesional de 27,2 (DE 6,0) en un rango de 0 a 36.
- La absorción de 19,4 (DE 6,8) en un rango de 0 a 36, la dedicación de 19,7 (DE 6,7) en un rango de 0 a 30 y el vigor de 21,3 (DE 7,0) en un rango de 0 a 36.

Las enfermeras que valoraron mejor sus condiciones de trabajo, expresaron una visión de su trabajo en términos asociados al *cuidado, eficacia, buenas relaciones sociales, compañerismo, compromiso y responsabilidad*. Las enfermeras que valoraron peor sus condiciones de trabajo hablaban de *agotamiento, malas condiciones socioeconómicas, malestar y sobrecarga*.

Las enfermeras opinaron que aumentaría su calidad de vida laboral si mejoran las condiciones de trabajo destacando entre otros aspectos el entorno, la prevención de riesgos, el respeto, el reconocimiento, la contratación, la conciliación, el tiempo de trabajo, la retribución, la carga y organización del trabajo, el ratio enfermera/paciente, la autonomía, la participación, el liderazgo, el desarrollo y la promoción profesional.

CONCLUSIONES

La aplicación de las medidas de contención del gasto sanitario en el contexto de crisis ha tenido un impacto negativo en las condiciones de trabajo de las enfermeras.

La valoración que realizaron las enfermeras de sus condiciones de trabajo y del bienestar psicosocial distó mucho de una situación óptima o de excelencia. Afloró una presencia alta de efectos colaterales relacionados con el desgaste (sobrecarga, agotamiento físico, saturación mental y desgaste emocional), además de dolores de espalda y de tensiones musculares. Entre las condiciones laborales mejor valoradas estuvo el entorno social y el material, mientras que las peor valoradas fueron las relacionadas con la regulación y el desarrollo. Las enfermeras también percibieron que su adaptación a la organización era mayor que el ajuste de esta a ellas. Por otro lado, la valoración del *burnout* indicó presencia baja de cinismo, mayor agotamiento y alta eficacia, mientras que el *engagement* fue valorado alto en la dedicación y moderado en el vigor y la absorción.

Se observaron relaciones directas e inversas entre distintas variables. Cuando mejoraba la calidad de vida percibida, las condiciones de trabajo, la carga, el tiempo de trabajo o el nivel de vida percibido, mejoraba el bienestar psicosocial y el *engagement*. Al mismo tiempo, disminuían los efectos colaterales, el cinismo y el agotamiento. La valoración positiva de la mejora de la carga, del tiempo de trabajo y de la calidad de vida laboral percibida, estuvo también relacionada con una mejora de las condiciones de trabajo. Cabe destacar, que la eficacia profesional se mantuvo alta indistintamente de la valoración de las condiciones de trabajo.

En relación al significado del trabajo que otorgaron las enfermeras a su experiencia fue positivo cuando las condiciones de trabajo eran bien valoradas y negativo cuando eran mal valoradas. Afloró una experiencia laboral ambivalente, caracterizada por la tensión entre la vocación del cuidar (acompañada de compromiso, responsabilidad, eficacia y compañerismo) y la imposición de una sobrecarga de la tarea (con presencia de agotamiento, malas condiciones socioeconómicas, malestar y clima negativo).

En este contexto general, las enfermeras percibieron que en los últimos años su calidad de vida laboral había disminuido. Para mejorarla propusieron cambiar aspectos deficitarios del trabajo. Éstos aspectos principalmente estuvieron relacionados con la regulación (retribución, carga y tiempo de trabajo, calidad de contratación, conciliación) y con el desarrollo (autonomía, participación, desarrollo profesional, promoción, apoyo, reconocimiento).

Las enfermeras propusieron distintos aspectos para mejorar su calidad de vida laboral, aspectos que daban respuesta a condiciones de trabajo deficitarias, y que estaban relacionadas principalmente con situaciones anómalas en la regulación y en el desarrollo. Mejorar los ratios enfermera/paciente, la contratación, la retribución, el apoyo, el reconocimiento, la autonomía, la participación, el desarrollo, la promoción profesional y el liderazgo son algunas de las acciones de mejora que las enfermeras propusieron para mejorar su calidad de vida laboral.

PALABRAS CLAVE

Enfermeras, condiciones de trabajo, calidad de vida laboral, carga de trabajo, estrés psicológico, agotamiento profesional, satisfacción laboral, insatisfacción laboral, bienestar laboral, malestar laboral.

ABSTRACT

INTRODUCTION

Globalization, flexible reorganization, technological innovation, New Public Management and the impact of the management of the economic crisis, have brought changes in the world of work. These transformations are influenced by the economic, social, political, cultural and technological interaction. These changes affect the organization, management as well as the development conditions of the work activity.

The health system is not immune to these changes, which not only entail opportunities for a growth and a development, but also threats and risks. The scientific and technical literature has revealed the influence of these changes on the occupational health, labour welfare, quality of life and the professionals' performance. What is more, this fact has provide us with significant information about the quality of the health system and the service that it offers to society.

In this context, working conditions of nurses, have become harder, more complex and more difficult. This thesis offers a specific and updated perspective of this process, focusing on nursing and placing it in Barcelona and its surrounding area.

OBJECTIVE

The main objective was to evaluate the work life quality of nurses in Barcelona, in the context of a contemporary economic crisis. To this end, work conditions, workplace wellbeing, burnout, engagement and the actual meaning of work were assessed. It was also explored which aspects would improve the quality of the work life of nurses.

METHODOLOGY

A mixed methodology was used in this research that combined a quantitative approach, cross-sectional descriptive study with a qualitative analysis. The analysis of the content is of an exploratory and descriptive nature. 1760 nurses were selected for the study sample. They all lived in the province of Barcelona and were in active working disposition between June of 2014 and January of 2015. The sampling technique was of convenience. The recruitment of participants was through the communication channels of the Official Nurses College of Barcelona. It gave an informative note to an online form that included: social, demographic and labour data; Inventory of impact perceived by expenditure containment measures; Working Conditions questionnaire; General Work Welfare Questionnaire; Maslach Burnout Inventory General Survey; Utrecht Work Engagement Scale; Valuation of the meaning of work and enhancement actions proposed by nurses to improve their work life quality. The research was approved by the Bioethics Commission of the University of Barcelona. In its development, the international rules regarding informed consent, confidentiality of data of participants and institutions, safeguarding the anonymity of the answers, commitment to return the results and scientific and finally the responsible use of the information were applied.

RESULTS

In the sample, women predominated (85.9%), with a mean age of 41.9 years (SD 10.4) in both sexes. They had graduated 18.3 years ago (SD 10.8) and had a seniority in the work centre of 13.5 years (SD 10.0). The participants were predominantly general nurses (95.5%), employed in mixed or public centres, with a stable contractual situation (fixed, official or statutory), who worked full-time, had been contracted during the last year and developed their Work in the healthcare field, in a hospital and in a day shift.

The perceived impact of expenditure containment measures was high in economic losses, it also led to an increase in the annual working days, in the pressure of medical care not to mention the increasing levels of complexity. The impact was moderate in the loss or freezing of the professional career; furthermore, the increasing number of patients per nurse and decrease in job security

made the situation worse. The impact was low on turnover of staff, changes in scope or shift and loss of employment.

The mean score (X) and standard deviation (SD) was in:

- Working conditions of 5.8 (SD 1.6) in a range of 0 to 10.
- Psychosocial well-being 4.3 (SD 1.3) in a range of 1 to 7.
- Side effects 2.6 (SD 1.5) in a range of 0 to 6.
- Cynicism 7.6 (SD 6.0) in a range from 0 to 24, exhaustion 11.8 (SD 8.4) in a range from 0 to 30, and in professional efficacy 27.2 (SD 6.0) in a range of 0 to 36.
- Absorption 19.4 (SD 6.8) in a range of 0 to 36, dedication 19.7 (SD 6.7) in a range of 0 to 30 and vigor 21.3 (SD 7.0) in a range of 0 to 36.

Nurses who valued better their working conditions, expressed a vision of their work in terms of care, efficacy, good social relations, fellowship, commitment and responsibility.

Nurses who rated worse their working conditions spoke about depreciation, poor socioeconomic conditions, discomfort and overload.

The nurses thought that their quality of work life, among others, would increase if they had better working conditions.

CONCLUSIONS

The application of measures to contain health expenditure in the context of crises has had a negative impact on the nurses working conditions.

Nurses' assessment of their working conditions and psychosocial well-being was far from optimal nor excellent. There was a high presence of collateral effects related to exhaustion (overload, physical exhaustion, mental saturation and emotional exhaustion), as well as back pain and muscle tension. Among the most valued work conditions, social environment and the material were the best whereas the worst valued were those related to regulation and development. Nurses also perceived that their adjustment to this specific organization was greater rather than the adjustment of it to them. On the other hand, burnout

assessment indicated a low presence of cynicism, greater exhaustion and high efficacy, while engagement was valued high in dedication and moderate in vigor and absorption.

Direct and indirect relationships were observed among different variables. Thus, when the perceived quality of life, working conditions, burden, working time, or the perceived standard level of life significantly improved, it also did psychosocial well-being and engagement. At the same time, collateral effects, cynicism, and exhaustion diminished. The positive assessment of the workload improvement, working time and perceived quality of working life was also linked to an improvement in working conditions. It should be noted that professional effectiveness remained high regardless of how the working conditions were valued.

In relation to the meaning of work that the nurses gave thanks to their experience was positive when the working conditions were well valued and negative when they were poorly valued. An ambivalent work experience emerged, characterized by the tension between their vocation of care (accompanied by commitment, responsibility, efficiency and companionship) and the imposition of an overload of the task (with presence of exhaustion, poor socioeconomic conditions, malaise and negative environment).

Taking into account this general context, it is not surprising that nurses appreciate that in recent years their quality of work life has decreased. They proposed to change deficient aspects of the work in order to improve it. These aspects were mainly related to regulation (payment, workload and working hours, quality of hiring, conciliation) and development (autonomy, participation, professional development, promotion, support, recognition).

The nurses proposed different aspects to improve their quality of work life, aspects directly affecting their working conditions, which were related mainly to anomalous situations in the regulation and development. Improving nurse / patient ratios, recruitment, wages, support, recognition, autonomy, participation, development, career advancement and leadership are some of the improvement actions nurses suggested to be considered for a higher quality of working life.

KEYWORDS

Nurses, working conditions, quality of life, workload, psychological stress, professional burnout, job satisfaction, job dissatisfaction, labour welfare, labour malaise.

RESUM

INTRODUCCIÓ

La globalització, la reorganització flexible, la innovació tecnològica, la nova gestió pública i l'impacte de la gestió de la crisi econòmica han comportat canvis en el món laboral. Aquestes transformacions estan influïdes per la interacció de factors d'ordre econòmic, social, polític, cultural i tecnològic. Els canvis afecten a l'organització, a la gestió i a les condicions de desenvolupament de l'activitat laboral.

El sistema de salut no és aliè a aquests canvis, que comporten oportunitats de creixement i de desenvolupament, però també amenaces i riscos. La literatura científica i tècnica ha posat de manifest la influència d'aquests canvis en la salut ocupacional, el benestar laboral, la qualitat de vida i el rendiment dels professionals, però també sobre la qualitat del sistema sanitari i del servei que ofereix a la societat.

En aquest context, les condicions de treball de les infermeres^{II} s'han anat fent més dures, complexes i difícils. Aquesta tesi ofereix una perspectiva específica i actualitzada d'aquest procés, centrant-lo en l'àmbit de la infermeria i situant-lo en l'entorn de Barcelona.

OBJECTIU

L'objectiu principal va ser avaluar la qualitat de vida laboral de les infermeres de Barcelona, en el context de crisi econòmica contemporània. Per a això es va valorar les condicions de treball, el benestar laboral, el *burnout*, l'*engagement* i el

II **Infermera/es.** De la mateixa manera que ho fa el Consell Internacional d'Infermeres, en aquest document, quan es fa referència a "infermera" o "infermeres", cal entendre que s'al·ludeix tant a professionals de sexe masculí com a professionals de sexe femení.

significat del treball. Per últim també es va explorar, quins aspectes millorarien la qualitat de vida laboral de les infermeres.

METODOLOGIA

En aquesta investigació es va utilitzar una metodologia mixta, que va combinar una anàlisi quantitativa, descriptiva i transversal, amb una anàlisi qualitativa de contingut, de tipus exploratori i descriptiu. La mostra va ser de 1760 infermeres de la província de Barcelona, en disposició activa de treball entre juny de 2014 i gener de 2015. La tècnica de mostreig va ser de conveniència. La captació de participants va ser a través dels canals de comunicació del Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona, que mitjançant una nota informativa donava accés a un formulari on-line que recollia: dades sociodemogràfiques i laborals; inventari d'impacte percebut per les mesures de contenció de la despesa; qüestionari de condicions de treball; qüestionari de benestar laboral general; *Maslach burnout inventory - general survey*; *Utrecht work engagement scale*; valoració del significat del treball; i accions de millora proposades per les infermeres per millorar la seva qualitat de vida laboral. La investigació va ser aprovada per la comissió de bioètica de la Universitat de Barcelona. En el seu desenvolupament, es va aplicar la normativa internacional relativa a consentiment informat, confidencialitat de dades de participants i institucions, salvaguardant l'anonimat de les respostes, compromís de devolució de resultats i utilització científica i responsable de la informació.

RESULTATS

En el perfil de la mostra van predominar dones (85,9%), amb una edat mitjana de 41,9 anys (DE 10,4) en ambdós sexes, que s'havien graduat feia 18,3 anys (DE 10,8) i tenien una antiguitat en el centre de treball de 13,5 anys (DE 10,0). Les participants van ser predominantment infermeres generalistes (95,5%), empleades en centres de caràcter mixt o públic, amb una situació contractual estable (fix, funcionari o estatutari), treballaven a jornada completa, havien estat contractades tot l'últim any i desenvolupaven el seu treball en l'àmbit assistencial, en un hospital i en un torn diürn.

L'impacte percebut de les mesures de contenció de la despesa va ser alt pel què fa a les pèrdues retributives, l'increment de la jornada laboral anual, l'augment de complexitat i de pressió assistencial. L'impacte va ser moderat en la pèrdua o congelació de la carrera professional; l'increment del nombre de pacients per infermera i l'augment de la precarietat laboral. L'impacte va ser baix en la rotació, els canvis d'àmbit o de torn i en la pèrdua d'ocupació.

La puntuació mitjana (X) i desviació estàndard (DE) va ser en:

- Les condicions de treball de 5,8 (DE 1,6) en un rang de 0 a 10.
- El benestar psicosocial de 4,3 (DE 1,3) en un rang de 1 a 7.
- Els efectes col·laterals de 2,6 (DE 1,5) en un rang de 0 a 6.
- El cinisme de 7,6 (DE 6,0) en un rang de 0 a 24, l'esgotament de 11,8 (DE 8,4) en un rang de 0 a 30, i l'eficàcia professional de 27,2 (DE 6,0) en un rang de 0 a 36.
- L'absorció de 19,4 (DE 6,8) en un rang de 0 a 36, la dedicació de 19,7 (DE 6,7) en un rang de 0 a 30 i el vigor de 21,3 (DE 7,0) en un rang de 0 a 36.

Les infermeres que van valorar millor les seves condicions de treball, van expressar una visió del seu treball en termes associats a la cura, eficàcia, bones relacions socials, companyonia, compromís i responsabilitat. Les infermeres que van valorar pitjor seves condicions de treball parlaven d'esgotament, males condicions socioeconòmiques, malestar i sobrecàrrega.

Les infermeres van opinar que augmentaria la seva qualitat de vida laboral si milloressin les condicions de treball, destacant entre altres aspectes, l'entorn, la prevenció de riscos, el respecte, el reconeixement, la contractació, la conciliació, el temps de treball, la retribució, la càrrega i organització del treball, la ràtio infermera/pacient, l'autonomia, la participació, el lideratge, el desenvolupament i la promoció professional.

CONCLUSIONS

L'aplicació de les mesures de contenció de la despesa sanitària en el context de crisi ha tingut un impacte negatiu en les condicions de treball de les infermeres.

La valoració que van realitzar les infermeres de les seves condicions de treball i del benestar psicosocial distar molt d'una situació òptima o d'excel·lència. Va aflorar una presència alta d'efectes col·laterals relacionats amb el desgast (sobrecàrrega, esgotament físic, saturació mental i desgast emocional), a més de mals d'esquena i de tensions musculars. Entre les condicions laborals més ben valorades va estar l'entorn social i el material, mentre que les més mal valorades van ser les relacionades amb la regulació i el desenvolupament. Les infermeres també van percebre que la seva adaptació a l'organització era més gran que l'ajust d'aquesta a elles. D'altra banda, la valoració del *burnout* va indicar presència baixa de cinisme, major esgotament i alta eficàcia, mentre que l'*engagement* va ser valorat alt en la dedicació i moderat en el vigor i l'absorció.

Es van observar relacions directes i inverses entre diferents variables. Quan millorava la qualitat de vida percebuda, les condicions de treball, la càrrega, el temps de treball, o el nivell de vida percebut, millorava el benestar psicosocial i l'*engagement*. Alhora, disminuïen els efectes col·laterals, el cinisme i l'esgotament. La valoració positiva de la millora de la càrrega, del temps de treball i de la qualitat de vida laboral percebuda, va estar també relacionada amb una millora de les condicions de treball. Cal destacar, que l'eficàcia professional es va mantenir alta indistintament de la valoració de les condicions de treball.

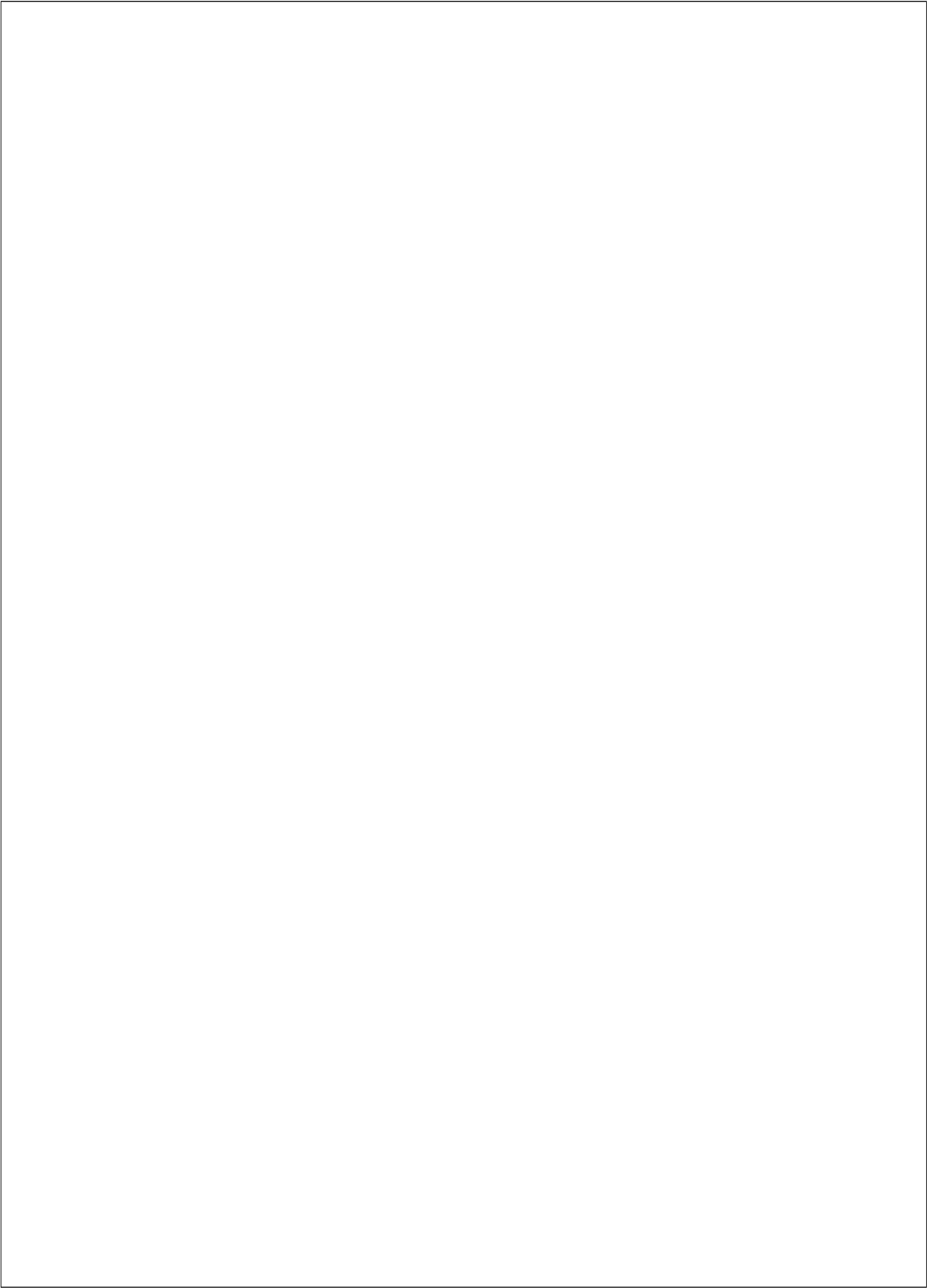
En relació al significat del treball que les infermeres van atorgar a la seva experiència, va ser positiu quan les condicions de treball eren ben valorades i negatiu quan eren mal valorades. Va aflorar una experiència laboral ambivalent, caracteritzada per la tensió entre la vocació del cuidar (acompanyada de compromís, responsabilitat, eficàcia i companyonia) i la imposició d'una sobrecàrrega de la tasca (amb presència d'esgotament, males condicions socioeconòmiques, malestar i clima negatiu).

En aquest context general, les infermeres van percebre que en els últims anys la seva qualitat de vida laboral havia disminuït. Per millorar-la van proposar canviar aspectes deficitaris del treball. Aquests aspectes principalment, van estar relacionats amb la regulació (retribució, càrrega i temps de treball, qualitat de contractació, conciliació) i amb el desenvolupament (autonomia, participació, desenvolupament professional, promoció, suport, reconeixement).

Les infermeres van proposar diferents aspectes per millorar la seva qualitat de vida laboral, aspectes que donaven resposta a condicions de treball deficitàries, i que estaven relacionades principalment amb situacions anòmales en la regulació i en el desenvolupament. Millorar les ràtios infermera/pacient, la contractació, la retribució, el suport, el reconeixement, l'autonomia, la participació, el desenvolupament, la promoció professional i el lideratge són algunes de les accions de millora que les infermeres van proposar per millorar la seva qualitat de vida laboral.

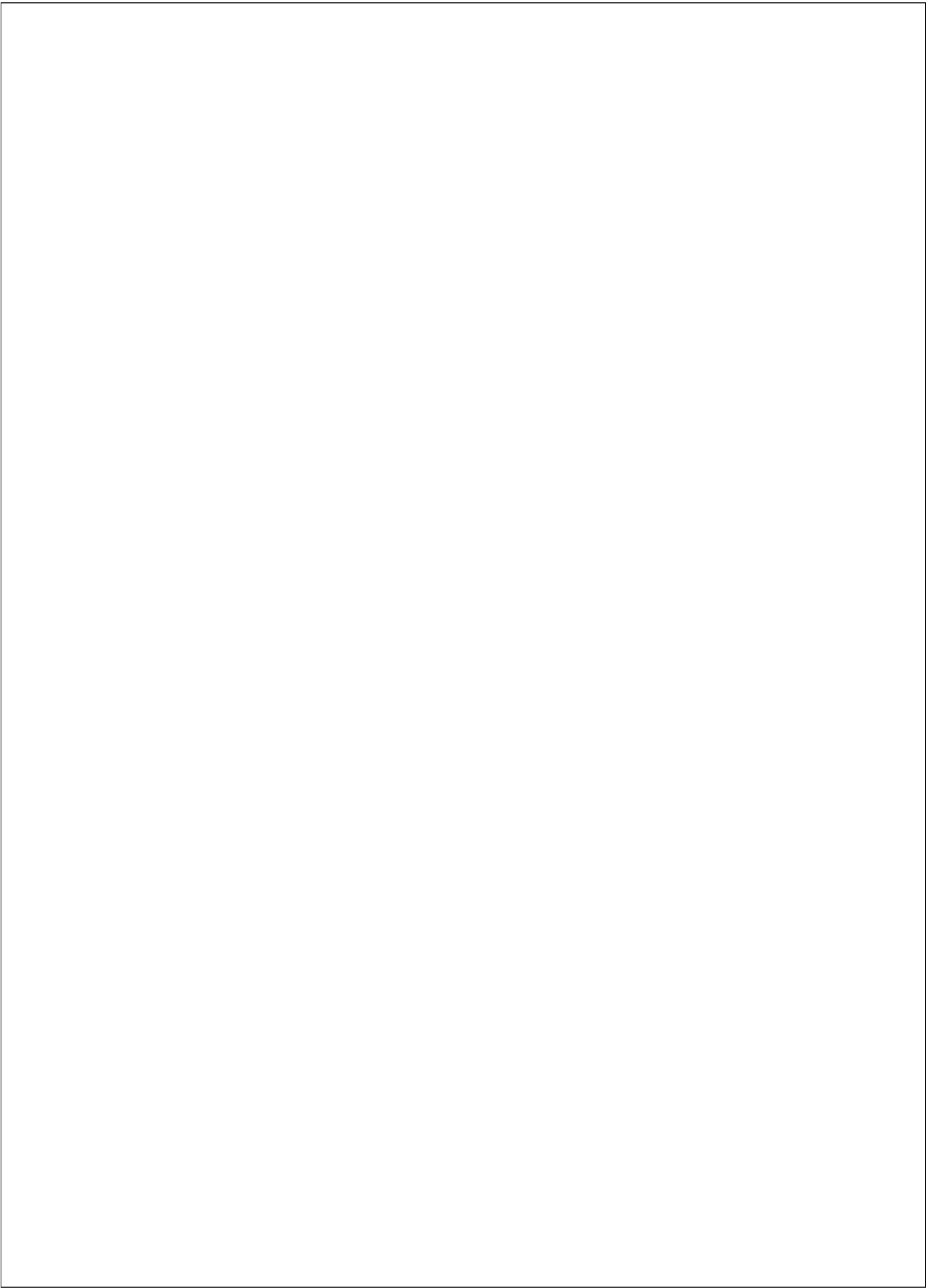
PARAULES CLAU

Infermeres, condicions de treball, qualitat de vida laboral, càrrega de treball, estrès psicològic, esgotament professional, satisfacció laboral, insatisfacció laboral, benestar laboral, malestar laboral.



1

INTRODUCCIÓN



1. INTRODUCCIÓN

El mundo del trabajo está inmerso en un proceso de cambios profundos en los planos de su organización y gestión, y en el de las condiciones de desarrollo de la actividad laboral. Estas transformaciones están influidas por la interacción de múltiples factores estructurales de orden económico, social, político, cultural y tecnológico, entre los que destacan la globalización, la reorganización flexible, la innovación tecnológica y también por motivos de orden más coyuntural, la llamada Nueva Gestión Pública ⁽¹⁻³⁾ o el impacto de la gestión de las sucesivas crisis económicas en la dinámica de las empresas del mercado y de todo tipo de servicios de atención al público.

El sistema de salud no es ajeno a estos cambios, sino que los vive en toda su intensidad. En su conjunto, estas transformaciones tienen un múltiple impacto, con aspectos positivos y negativos, de fortalecimiento y de debilitación, de oportunidades de crecimiento y de desarrollo, pero también de amenazas y de riesgos de diverso orden.

La literatura científica y técnica ha puesto de manifiesto la influencia de estos cambios sobre la salud ocupacional, el bienestar en el trabajo, la calidad de vida laboral y el rendimiento del conjunto de los profesionales de la salud, pero también sobre la calidad del mismo sistema sanitario y sobre la del servicio que ofrece a la sociedad. Esta tesis ofrece una perspectiva específica y actualizada de este proceso, centrándolo en el sector de la enfermería y situándolo en el entorno de Barcelona.

1.1. LAS TRANSFORMACIONES EN EL MUNDO DEL TRABAJO Y EN EL SECTOR SANITARIO

Una investigación que trate sobre la calidad de vida laboral de las enfermeras^{III} de Barcelona debe enmarcar el tema en el contexto inmediato de los cambios derivados de la reciente crisis económica y de las consiguientes restricciones en el financiamiento del sistema de salud, de los cambios en el modelo sanitario, de la renovación de las competencias y funciones exigidas a las mismas enfermeras y de la renovación de sus condiciones de trabajo.

Y, en un plano más general, el estudio debe inscribirse en el marco de las profundas transformaciones contemporáneas en el mundo del trabajo, como la globalización económica neoliberal, la innovación tecnológica y la reorganización flexible del trabajo, y más específicamente de los cambios impulsados por la llamada Nueva Gestión Pública, que acercó el diseño de la organización y gestión de los servicios de salud al de las empresas de mercado, cambiando las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud.

1.1.1. MACROCONTEXTO SOCIOECONÓMICO: TRANSICIÓN DEL FORDISMO AL POSTFORDISMO

Las reformas contemporáneas del sistema sanitario se inscriben en el marco del declive del **sistema fordista-keynesiano**, que se expandió en los decenios posteriores a la segunda guerra mundial en los países occidentales y que se caracterizó por el papel activo del estado en la regulación socioeconómica y por el crecimiento económico sostenido, lo que permitió una mejora en el nivel de vida de la población, en parte debido a una fuerte inversión en salud y educación. A partir de los años 70, el Fordismo entró progresivamente en crisis, con una tendencia a la privatización de servicios públicos y una gestión empresarial de los que quedaban en manos del estado. A ello se añadió el impacto de la

III **Enfermera/s.** Siguiendo el proceder del Consejo Internacional de Enfermeras, en esta tesis, cuando se hace referencia a “enfermera” o “enfermeras”, hay que entender que se alude tanto a profesionales de sexo femenino como a profesionales de sexo masculino.

globalización económica, que facilitó la movilidad geográfica del capital. Al tiempo, la creciente hegemonía del neoliberalismo impulsó políticas de reducción de costes y de aumento de la productividad, que comportaron la reducción de personal en el sector público de los servicios de salud. Paralelamente, la innovación tecnológica permitió y aceleró procesos de reorganización del trabajo y abrió las puertas al trabajo en red. La **transición de un modelo fordista** en el que predominaba el trabajo estable e indefinido **a otro postfordista**, caracterizado por la reorganización flexible del trabajo, comportó nuevas formas de contratación laboral, en forma de trabajo temporal, que abrió las puertas a otras formas de precarización del empleo y al subempleo ⁽⁴⁻⁹⁾.

Entre los cambios que el **posfordismo** comportó en las relaciones laborales, destacan la categorización de trabajadores en estables y contingentes, la rotación laboral, la multifuncionalidad, el ajuste de las estructuras salariales, la flexibilización del derecho laboral, la pérdida de la capacidad reivindicativa de los trabajadores, el aumento de las horas de trabajo y la intensificación del mismo, la acumulación de tareas, la confusión entre tiempo de trabajo y tiempo de vida, la individualización de las relaciones de trabajo, etc. Esto comportó la **precarización** y el **empeoramiento de las condiciones de empleo**. Todo ello conduce a la jurídica del trabajo, que, según Fumagalli ⁽¹⁰⁾ es subjetiva, existencial y generalizada: es subjetiva porque es percibida de forma diferente entre las personas, en función de la formación, la cultura y el grado de conocimiento acumulado; es existencial porque se presenta en todas las actividades de los individuos, más allá del ámbito laboral; y es generalizada porque puede afectar a todos, incluso a quienes tienen una situación laboral estable porque pueden perderla por reestructuración, por cambio de localización, etc. Desde un punto de vista psicosocial, la precariedad laboral es fuente de incertidumbre e inseguridad laboral ⁽¹¹⁾.

Por su parte, la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo ⁽¹²⁻¹⁴⁾ insiste en que estos cambios generan desafíos en materia de seguridad y salud en el trabajo, están determinados por procesos como la globalización, la creación de un mercado libre mundial, los avances de la tecnología de la información y comunicación, la desregulación de las relaciones laborales y los nuevos tipos de disposiciones contractuales y sobre el tiempo de trabajo. También insiste en que la experiencia laboral se ve afectada por la aceleración general del ritmo de vida, por la intensificación del trabajo, por una presión sobre el tiempo, por

la multitarea y por la necesidad de obtener permanentemente nuevos conocimientos. Todo ésto comporta cambios estructurales y a largo plazo, acentuados por la crisis económica y sus efectos que afectan a los puestos de trabajo y a las condiciones laborales.

Este conjunto de procesos desemboca en una consolidación y un refuerzo del **Capitalismo** que, según Blanch ⁽³⁾, constituye un modo de producción de la vida económica, social, política, cultural y psicológica basado en una serie de principios como los siguientes:

- La consideración del mercado como un escenario económico de libre competencia y como un modelo de las relaciones sociales, laborales y humanas en general;
- La atribución de la primacía del individuo sobre la sociedad, de la economía sobre la política y del mercado sobre el estado;
- La imposición de la lógica de la competición por recursos escasos y de la ética del lucro individual como motores de la vida social; y
- La instauración de la propiedad privada de los medios de producción como pilar básico del sistema sociocultural.

En las últimas décadas, en el mundo capitalista se ha desarrollado una reestructuración flexible de los entornos de trabajo, acompañada de una redefinición de la cultura de las organizaciones. En la era de la globalización **los mecanismos de reorganización del trabajo se han multiplicado**, apareciendo **nuevas formas de gestión** (descentralización, subcontratación o externalización, trabajo por proyectos, flexicontratación, etc.) ⁽¹⁵⁾ y **formas alternativas de trabajo y de relaciones laborales** (tercerización, intermediación laboral, teletrabajo y trabajo autónomo), que comportan nuevos marcos legales, contractuales y éticos, así como otras dimensiones en la experiencia del trabajador.

En el **Capitalismo flexible** aparece una nueva representación del mundo laboral y de los **trabajadores**, que han de ser **flexibles y autónomos**, capaces de asumir los cambios en el trabajo, los salarios y la inseguridad constante, así como ser capaces de reinventarse constantemente y ser autorresponsables de sus propios fracasos ⁽⁴⁾. Según Stecher ⁽¹⁶⁾, el Capitalismo flexible comporta un discurso sobre la gestión empresarial flexible del entorno laboral, que alude a la apertura, la elasticidad, la agilidad, la flexibilidad, la formación continua, el

desarrollo tecnológico, la competitividad, la adaptación al cambio y a la incertidumbre, la automotivación y la innovación en las formas de organización de la producción y en las relaciones laborales, pero también en el ideal de trabajador flexible requerido en el escenario económico y empresarial.

Soto hace referencia a la ideología *managerial*, que identifica otras disposiciones y actuaciones que deben desarrollar los trabajadores en relación a su propia carrera y a la empresa, como responsabilidad, movilización subjetiva, involucramiento en el trabajo e implicación organizacional. Las personas además han de estar aumentando constantemente su empleabilidad (medida por el capital de competencias), ser flexibles y adaptables, generar y administrar proyectos, moverse continuamente en el mercado del trabajo, asumir riesgos y centrarse casi exclusivamente en el corto plazo ⁽⁴⁾.

1.1.2. LAS REFORMAS NEOLIBERALES DE LOS SISTEMAS DE SALUD

1.1.2.1. El Capitalismo Organizacional

El cambio en las relaciones laborales y organizacionales en el Postfordismo repercutió tanto en la empresa privada como en la pública. Para Blanch y Cantero ⁽¹⁷⁾, el **rediseño mercantil de la organización del trabajo en los servicios públicos**, se caracteriza por la implantación progresiva del **Capitalismo Organizacional**, un modelo de organización del trabajo diseñado y gestionado según la lógica de la economía política del mercado, y caracterizado por: productividad, eficiencia y competitividad; lucro, individualismo y libre competencia; estrategia de maximización de los beneficios del capital y minimización de los costes del personal; desregulación de las relaciones laborales; evaluación de resultados a corto plazo; pragmática de múltiple reducción (de la organización de servicio a empresa mercantil, de servicio público a negocio privado, de ejercicio profesional a relación comercial, de receptores del servicio a clientes o consumidores). Según Blanch ⁽¹⁸⁾, el Capitalismo Organizacional incluye tres elementos: un modo de organización con demandas flexibilizadoras; un trabajador organizado con respuestas flexibles; y un sistema de interacciones de la organización con el sujeto, que se desarrollan en un campo de relaciones de poder-saber.

1.1.2.2. La Nueva Gestión Pública

La **Nueva Gestión Pública** (conocida como **New Public Management**), en el contexto del Capitalismo Organizacional, abrió paso a un modelo de gestión flexible de los servicios públicos sanitarios, educativos, jurídicos, sociales, etc. Según Blanch, esta reforma profunda confirió a los servicios públicos un formato organizativo empresarial, mercantil y gerencial y supuso la mercantilización de las organizaciones de servicios, que fue acompañada de cambios en la experiencia, en el significado y en el sentido del trabajo, en los valores, en la ética, en la deontología, en los roles y en las identidades profesionales, en las interacciones sociales de trabajo y en las relaciones laborales ⁽¹⁹⁾.

En el contexto de globalización, de desarrollo tecnológico y de flexibilización laboral, surgió la idea que las organizaciones públicas habían de ser reestructuradas y redefinidas en términos del mercado, lo cual comportó la transformación de la estructura y del funcionamiento de los servicios sociales, sanitarios, educacionales y culturales, entre otros servicios públicos. Este cambio organizacional propuesto tuvo como metas la calidad, la innovación, la excelencia, la gobernanza y la sostenibilidad. Y como estrategias para lograrlas la planificación estratégica, la desburocratización y la profesionalización de la gestión, la evaluación por competencias y por resultados, el control de gastos, la aplicación de indicadores de coste-beneficio y la incentivación de la productividad, la eficiencia, la competitividad y la rentabilidad ⁽⁶⁾.

Según estos autores, la propuesta modernizadora de la gestión pública se ha aplicado con desigualdad y no hay un modelo único, sino prácticas organizacionales heterogéneas fundamentadas en principios del paradigma empresarial y en un énfasis en la reestructuración y en la gestión flexible del sistema público para adaptarlo a la lógica del mercado. Desde esta perspectiva, la Nueva Gestión Pública es la operacionalización del plan neoliberal de la reforma del modelo militar-burocrático de organización de servicios públicos, criticado por su ineficiencia, incompetencia, inoperancia, obsolescencia, rigidez, corrupción e insostenibilidad.

Blanch ⁽²⁰⁾ afirma que *estos cambios culturales repercutieron psicológicamente en el personal empleado en los planos del significado y del sentido del propio trabajo,*

de la motivación laboral y especialmente de la ética profesional, convertida en escenario de tensiones ideológicas y contradicciones morales: servicio público versus negocio privado, bien común versus beneficio particular, conciencia profesional versus imperativos comerciales.

1.1.2.3. La privatización del sistema de salud público

Harvey ⁽²¹⁾ afirma que la empresarización, la mercantilización y la privatización de los activos públicos ha sido un rasgo distintivo del proyecto neoliberal para abrir nuevos campos a la acumulación de capital. Se han privatizado servicios públicos y el sistema de provisión social gestionado por el estado del bienestar e instituciones públicas, tanto del mundo capitalista como de fuera de él.

Los cambios organizacionales para la transformación de los servicios sanitarios públicos en empresas de mercado, han llevado a disponer de una empresa mercantil (organización prestadora de servicios) que oferta una mercancía (sanitaria) de acuerdo a las reglas del libre comercio, que es servida por agentes comerciales (profesionales) que establecen una relación comercial (ejercicio profesional) con clientes o consumidores (pacientes) ^(6,17).

En el área de salud, Ugalde y Homedes ⁽²²⁾ señalaron que el modelo neoliberal de reforma se sustenta principalmente en la necesidad de recortar y focalizar el gasto social de los Estados, así como en la priorización de los principios de ganancia, competitividad y beneficio. La Nueva Gestión Pública, comporta entender la salud, como un bien mercantil, cuyo coste debe ser pagado por el consumidor, siendo el lucro legítimo y necesario para atraer capitales dispuestos a invertir en tecnologías y a desarrollar sistemas de atención eficientes, que revertirán en mejoras para los usuarios.

Los servicios públicos de salud, han sido reorganizados según un modelo de gestión mercantil y empresarial, guiado por imperativos de productividad, eficiencia, competitividad y rentabilidad, en donde se aplica el análisis de coste y beneficio, la evaluación por resultados a corto plazo y la maximización de los beneficios del capital y la minimización de los costes del personal ⁽¹⁷⁾.

Blanch y Stecher ⁽⁶⁾ señalan que para el neoliberalismo estos cambios son la única opción para modernizar los servicios públicos, reducir su crisis financiera, incrementar su eficiencia, cobertura y productividad, adaptarse a un nuevo escenario de competitividad global, de incertidumbre y de innovación tecnológica, responder con rapidez y calidad a las demandas de los usuarios más informados y conscientes de sus derechos.

La red de instituciones de salud, se ha reorganizado en un modelo de gestión denominado **Capitalismo Sanitario**, que comporta la mercantilización de los hospitales de la red pública y se caracteriza por: fragmentación y descentralización organizativa; reducción de los costes y aumento de la eficiencia; mecanismos de competencia entre proveedores públicos y privados; formas flexibles de empleo; externalización de funciones a empresas privadas; sistemas de seguimiento y evaluación centrados en el rendimiento individual; formas flexibles de gestión de recursos humanos basadas en incentivos, en objetivos y en indicadores de desempeño; una apuesta por la calidad del servicio y la satisfacción del consumidor; una búsqueda por debilitar el monopolio y el poder gremial de colectivos profesionales y asociaciones de funcionarios; introducción de nuevas tecnologías de información y de comunicación; mayor flexibilidad de reglas y procedimientos; y un discurso *managerial* basado en la productividad, la flexibilidad, la competitividad y la rentabilidad ^(6,7,17,20,23).

Los principales pilares de las reformas de salud de corte neoliberal son ^(7,22):

- Recortar y focalizar el gasto social por parte de los Estados.
- Disminuir la atención curativa hospitalaria y fortalecer la preventiva en atención primaria.
- Priorizar la ganancia, la competitividad y el beneficio por encima de la solidaridad y la universalidad en el acceso a los servicios de salud.
- Entender la salud no como un derecho sino como un bien que tiene un coste para el consumidor. El lucro en el sector de salud es legítimo y necesario para atraer capitales dispuestos a invertir en tecnologías y sistemas de atención más eficientes que impactarán en mejoras para los usuarios.
- El sector privado es más eficiente que el público. El Estado no debe dedicarse a la producción ni administración de bienes ni de servicios, sino a garantizar el libre funcionamiento de un mercado donde empresas compiten para ofrecer

un mejor servicio y atraer a consumidores, en el marco de regulaciones y controles públicos.

- La competencia entre proveedores privados mejora la calidad, la eficiencia y la cobertura de los servicios mejorando así la satisfacción de los usuarios. Las empresas privadas incorporan con más rapidez las innovaciones tecnológicas, organizativas y de gestión propias del nuevo paradigma flexible.
- Cuando el Estado debe seguir participando y haciéndose responsable se recomienda una separación de las actividades de financiación (público) y de provisión del servicio (público o idealmente privado).
- Apuesta por un sistema de salud mixto en el que un conjunto de incentivos potencian la conformación de una red en que se articulan iniciativas públicas y privadas, que buscan introducir competencia en el sistema y romper el monopolio estatal.
- Apuesta por la descentralización y la desconcentración de la administración y la gestión de los servicios sanitarios para controlar la corrupción, atender mejor las necesidades y que estén más satisfechos los usuarios.
- La modernización de los servicios públicos exige una profesionalización de las administraciones y una flexibilización, individualización y desregulación de las relaciones laborales.

El Capitalismo Sanitario aborda como temas principales:

- El deterioro del sistema de la salud pública por la transferencia de esta responsabilidad del Estado al mercado.
- La mercantilización de la medicina.
- El impacto de la conversión de la enfermedad en negocio privado y de la asistencia sanitaria en una práctica mercantil.
- El impacto de las corporaciones farmacéuticas sobre el sistema sanitario y sobre las concepciones técnicas y de sentido común sobre la salud y enfermedad, así como sobre los problemas y las soluciones en estos ámbitos.
- La erosión ética profesional por la mercantilización de la investigación sobre la salud y la enfermedad y la reorganización gerencial de los servicios sanitarios.
- La hegemonía de una mirada biomédica y farmacológica que reduce la persona a un organismo, la salud a un asunto orgánico, la enfermedad a una disfunción bioquímica y el tratamiento a una solución química ^(6,7,17).

Navarro ⁽²⁴⁾ considera que los beneficios de la mercantilización de los sistemas de salud para las corporaciones suponen un empeoramiento de la calidad del servicio público y comportan maleficios para la sociedad y el bien común.

Blanch y Stecher ⁽⁶⁾ consideran que el Capitalismo Sanitario constituye un marco general de referencia de los procesos de reforma del Estado, de reestructuración y de modernización de la gestión de los organismos públicos, pero que hay diferencias en la puesta en práctica y en los resultados entre contextos distintos, debido a que estos procesos suelen ser parte de un paquete más amplio de medidas orientado a reducir el tamaño del Estado y el gasto social a través de la privatización, liberalización y desregulación de diversas funciones y actividades, las que son transferidas desde el Estado al mercado ⁽⁷⁾. Se apuesta por un Estado más pequeño, concentrado en áreas estratégicas de interés nacional (seguridad, impuestos, recursos naturales, etc.), focalizado en atender a los grupos más vulnerables y excluidos, y dedicado a monitorizar y garantizar el libre funcionamiento del mercado y del sector privado. Blanch y Stecher ⁽⁶⁾ señalan que, para el análisis de cada contexto, se ha de considerar los factores locales como: la existencia o no de un Estado de bienestar consolidado previo a las reformas; la fuerza de los sindicatos y los colegios profesionales; los recursos económicos del Estado; el nivel de desarrollo del país y su contexto político; las tradiciones particulares del sector hospitalario y universitario; las posibilidades de reinterpretación y reajuste de las reformas una vez aplicadas; los actores sociales y políticos involucrados en los procesos de reorganización de los servicios públicos; o las prácticas y discursos de resistencia utilizados y movilizadas por trabajadores y usuarios de hospitales.

Las reformas de modernización neoliberal de la salud comportan la coexistencia de:

- **Sistema público-público.** Reestructuración de la red pública de hospitales y centros de atención bajo los nuevos principios de gestión empresarial flexible.
- **Sistema público-privado.** Centros médicos de titularidad privada que prestan servicios financiados total o parcialmente por el estado.
- **Sistema privado-privado.** Atención médica y seguros de salud privados contratados por los ciudadanos o por las empresas para sus empleados.

1.2. CRISIS ECONÓMICA: REPERCUSIONES EN EL ENTORNO DE SALUD PÚBLICO ESPAÑOL

Los resultados de la Sexta encuesta europea sobre las condiciones de trabajo aportan evidencia de que la gestión europea de la crisis repercute fuertemente en las condiciones de trabajo y en la calidad de vida laboral de los trabajadores europeos ⁽²⁵⁾. En este marco, la gestión de la crisis por parte del gobierno español siguió el mismo camino, implementando políticas de austeridad y de contención del gasto público con importantes repercusiones a nivel económico-financiero, político y social ⁽²⁶⁾. En 2010 se empezó a implementar medidas de contención del gasto de personal, reduciendo la masa salarial de los trabajadores públicos y del personal laboral empleado en la función pública ⁽²⁷⁾, congelando sus salarios ⁽²⁸⁾, suprimiendo pagas extraordinarias ⁽²⁹⁾ y redefiniendo la duración de la jornada laboral en el sector público ⁽³⁰⁾. En el entorno catalán se siguió idéntico procedimiento ⁽³¹⁾, justificado por el elevado coste de la sanidad pública, señalado como el principal factor del déficit del sistema ⁽³²⁾. En cambio, el Centro de Análisis y Programas Sanitarios (CAPS) y ATTAC España ^(33,34), concluyeron que la causa de la crisis de sostenibilidad de la sanidad catalana era la deficiente financiación y el excesivo gasto farmacéutico, en la línea de lo apuntado por la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) sobre *health care quality indicators* ⁽³⁵⁾, según la cual el gasto público sobre el producto interior bruto en el año 2010, era inferior en Cataluña (6,4%) respecto al resto del Estado (7,2%), a la media de la OCDE (6,7%) y a la media europea (7,6%). Coherente con sus planteamientos, el gobierno catalán aplicó medidas de contención del gasto y de reducción del presupuesto ^(36,37). Los efectos de tales medidas se reflejaron en forma de cierre de camas de hospitalización, recortes de actividad, aumento de las listas de espera, deterioro de la calidad de la atención y salud de los ciudadanos, y también en deterioro de las condiciones de empleo del personal (reducciones de plantillas, bajada de salarios y precariedad laboral) ^(34,35,38).

La gestión de la crisis ha acelerado la transformación de las organizaciones sanitarias, que ha repercutido en las condiciones de trabajo y en la presencia y visibilidad de los riesgos psicosociales a la vez que ha impactado en la calidad

de vida laboral de los trabajadores, en la calidad de los servicios prestados por los profesionales de la salud y especialmente en la calidad del cuidado ^(34,39,40).

1.3. IMPACTO PSICOSOCIAL DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO

1.3.1. ASPECTOS LABORALES Y PSICOSOCIALES: MARCO CONCEPTUAL

1.3.1.1. Bienestar laboral y calidad de vida laboral

1.3.1.1.1. Definiciones conceptuales

En un documento sobre entornos laborales saludables, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la **salud ocupacional** como un *estado de bienestar físico, psicológico y social experimentado por las personas en su entorno de trabajo que las capacita para el desarrollo de sus proyectos y el logro de sus metas laborales* ⁽⁴¹⁾.

Por su parte, el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido, en su guía sobre la promoción del bienestar mental en el ámbito laboral, define la **salud laboral** o el **bienestar profesional**, como *un concepto dinámico en el cual la persona es capaz de desarrollar su potencial personal, trabajar productiva y creativamente, construir relaciones sólidas y positivas con los otros y hacer una contribución a la comunidad. El bienestar mental aumenta cuando una persona es capaz de cumplir sus objetivos personales y sociales y obtener un sentido de su tarea en sociedad* ⁽⁴²⁾⁽⁴³⁾.

Se entiende por **bienestar** el conjunto de juicios valorativos y de reacciones emocionales concernientes al grado en que la propia experiencia es vivida como satisfactoria, agradable y positiva. Existen términos usados como sinónimos de bienestar como son felicidad, satisfacción, salud, optimismo e incluso salud mental, calidad de vida o experiencia óptima ⁽⁴⁴⁾. Entre los conceptos próximos al de **bienestar laboral** destaca el de **calidad de vida laboral**, que se refiere al

grado de satisfacción y bienestar físico, psicológico y social experimentado por las personas en su puesto de trabajo. Abarca una doble dimensión: objetiva, relacionada con las condiciones económicas, jurídicas, sociales, ecológicas, materiales y técnicas de trabajo; y subjetiva, asociada a las percepciones y valoraciones relativas a la propia experiencia laboral y a su contribución al desarrollo personal ⁽⁹⁾.

En general, el **bienestar en el trabajo** y la **calidad de vida laboral** han sido tradicionalmente asociados a las condiciones de trabajo, las cuales funcionan como oportunidades para una experiencia laboral positiva y satisfactoria. La **satisfacción laboral** de los individuos, es una de las variables relacionadas con el comportamiento organizacional y con la calidad de vida laboral, que, a su vez, dependen de las **condiciones en que se realiza el trabajo**.

Los estudios sobre **satisfacción laboral** muestran una evolución en el concepto, pasando de ser un aspecto vinculado exclusivamente al salario, a relacionarse con aspectos como la resiliencia ⁽⁴⁵⁾, la comunicación, el nivel socioeconómico y la formación de la persona para el trabajo. Los factores que aumentan la satisfacción laboral incluyen los logros, el reconocimiento del trabajo, las relaciones interpersonales, los factores personales, la seguridad y el estatus profesional. Actualmente se considera que la satisfacción de los profesionales de la salud en el trabajo es uno de los indicadores que condicionan la **calidad asistencial** ⁽⁴⁶⁻⁵²⁾.

1.3.1.1.2. Instrumentos de evaluación

A lo largo del tiempo se han ido desarrollando distintos **instrumentos para evaluar** las **condiciones de trabajo**, el **bienestar laboral**, la **satisfacción en el trabajo** y la **calidad de vida laboral**. La escala de satisfacción con la vida ⁽⁵³⁾, el *Oxford happiness questionnaire* ⁽⁵⁴⁾, el *quality of life enjoyment and life satisfaction questionnaire* ⁽⁵⁵⁾, las escalas de bienestar psicológico de Ryff ⁽⁵⁶⁾, la escala de bienestar psicológico de Sánchez-Cánovas ⁽⁵⁷⁾, el cuestionario de condiciones de trabajo ⁽⁵⁸⁾, el cuestionario de bienestar laboral general ⁽⁴⁴⁾, la encuesta de satisfacción Font-Roja ⁽⁵⁹⁾, el cuestionario de calidad de vida profesional (CVP-35) ⁽⁶⁰⁾, o el cuestionario de calidad de vida laboral en centros asistenciales de salud en Cataluña ⁽⁶¹⁾, son algunos de los instrumentos que han sido utilizados para investigar en el nuevo enfoque que incluye la visión positiva y negativa de la salud laboral ⁽³⁹⁾.

1.3.1.2. Condiciones de trabajo, riesgos laborales y psicosociales

1.3.1.2.1. Definiciones conceptuales

Por **condiciones de trabajo** se entiende el *conjunto de circunstancias y características ambientales, materiales, técnicas, económicas, sociales, políticas y organizacionales que condicionan la actividad y las relaciones laborales, constituyendo a la vez factores de riesgo y también oportunidades de desarrollo positivo* ⁽⁵⁸⁾. Este escenario laboral incide sobre la calidad del trabajo, sobre el bienestar, la salud, la seguridad, la motivación, el compromiso, la satisfacción y el rendimiento laboral, aunque también sobre la conflictividad, el absentismo, el presentismo, la rotación, el abandono, la accidentabilidad y las enfermedades laborales ^(9,62).

Según la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, los **factores psicosociales** están entre los riesgos laborales más importantes para los trabajadores europeos, cuyo impacto puede agravarse además cuando se combina con factores como la precariedad en el empleo, la sensación de inseguridad, los horarios irregulares, la intensificación del ritmo de trabajo, la creciente complejidad de tareas, el envejecimiento de la población activa y las nuevas exigencias cognitivas, emocionales y tecnológicas en el trato con las personas (pacientes, clientes, usuarios, etc.), especialmente en el sector de los servicios de atención al público ^(40,63,64).

Las **condiciones de trabajo** pueden incluir elementos que funcionen como **factores de protección psicosocial**, fortaleciendo la salud y el bienestar laboral; pero también pueden funcionar como **factores de riesgo laboral**. El **riesgo laboral** es concebido como la *probabilidad de ocurrencia de patologías, lesiones o daños laborales imputables a algún aspecto de las condiciones de trabajo*. La legislación sobre el tema contempla tanto los aspectos referidos al entorno físico como al social e interpersonal, dando cada vez mayor importancia a los factores de riesgo psicosocial. Por **riesgo psicosocial** en el trabajo se entiende la *probabilidad de un impacto negativo en la salud, el bienestar y la calidad de vida laboral derivado de algún aspecto de las condiciones de trabajo*; de modo que la prevención de riesgos psicosociales tiende a la *protección contra aquellos aspectos de las condiciones de trabajo y de la organización laboral que puedan afectar*

negativamente la salud individual y colectiva de las personas empleadas en sus lugares de trabajo ⁽⁹⁾.

La persistencia de situaciones problemáticas surgidas de la interacción entre la persona y sus condiciones de trabajo puede generar **alteraciones de la salud física y mental**. En el plano fisiológico, puede dar lugar a trastornos cardiovasculares, músculo-esqueléticos, respiratorios, gastrointestinales y dermatológicos. En el plano psicosocial, puede ocasionar ansiedad, depresión, distrés, *burnout* y diversos tipos de trastornos cognitivos, emocionales y comportamentales ^(9,40,63-70).

Los **riesgos psicosociales** en el trabajo deben eliminarse o evitarse en lo posible, para contribuir a mantener la salud de los trabajadores y así lo establece la **Ley 31/1995, de 8 noviembre, de prevención de riesgos laborales** ⁽⁷¹⁾ en la que constan los siguientes principios generales en los que debe inspirarse el cumplimiento del deber de protección:

- Evitar los riesgos.
- Evaluar los riesgos que no se puedan evitar.
- Combatir los riesgos en su origen.
- Adaptar el trabajo a la persona.
- Tener en cuenta la evolución técnica.
- Sustituir lo peligroso por lo que entrañe poco o ningún riesgo.
- Planificar la prevención.
- Adoptar medidas que antepongan la protección colectiva a la individual.
- Dar las debidas instrucciones a los trabajadores ⁽³⁹⁾.

Previamente a la Ley 31/1995 ⁽⁷¹⁾ existía la **Directiva Marco 89/391/CEE del Consejo, de 12 junio 1989** ⁽⁷²⁾, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo, que obligaba al empresario a *garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores en todos los aspectos relacionados con el trabajo con arreglo a los siguientes principios generales de prevención: evitar riesgos, evaluar los riesgos en su origen, adaptar el trabajo al trabajador, en particular en lo que respecta a la concepción de los puestos de trabajo, así como en la elección de los equipos de trabajo y los métodos de trabajo y de producción, con miras, en particular, a atenuar el trabajo monótono y repetitivo y a reducir los efectos de los mismos en la salud.*

1.3.1.2.2. Instrumentos de evaluación

La **evaluación de riesgos psicosociales** es parte integral y necesaria del proceso de evaluación de riesgos que exige la Ley de prevención de riesgos laborales⁽⁷¹⁾ y consta de la identificación de los riesgos psicosociales de los trabajadores expuestos a ellos y de la valoración cualitativa y cuantitativa de los riesgos psicosociales⁽³⁹⁾. La evaluación de riesgos psicosociales requiere de un buen conocimiento de la organización en relación a diferentes aspectos: actividad económica; estructura organizativa; distribución de cargas de trabajo; puntos fuertes y débiles; distribución demográfica de los trabajadores; factores de riesgo más relevantes; acciones previas sobre factores psicosociales; procesos disciplinarios; quejas de trabajadores, clientes, usuarios; absentismo; etc.⁽³⁹⁾

Los **instrumentos utilizados por las organizaciones sanitarias para la evaluación de los factores psicosociales** son distintos y entre ellos destacan: el método ISTAS21⁽⁷³⁾ que es una adaptación a la realidad española del método coPsoQ del cuestionario psicosocial de Copenhague, desarrollado por el Instituto Nacional de Salud de Dinamarca; el cuestionario del método de evaluación de factores psicosociales del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo⁽⁷⁴⁾; y el cuestionario de factores psicosociales e identificación de situaciones de riesgo del Instituto Navarro de Salud Laboral⁽⁷⁵⁾.

La evaluación de riesgos psicosociales permite realizar el diagnóstico o identificación de los riesgos y después proponer las medidas correctoras con intervenciones que pueden planificarse a tres niveles: organización, persona y sociedad⁽³⁹⁾. Las medidas de carácter global, organizativas y colectivas son las prioritarias, y las medidas particulares de prevención individual han de ser posteriores y complementarias de las actividades de prevención organizacional⁽⁷⁶⁾.

1.3.1.2.3. Prevención general de los riesgos psicosociales

La **prevención general de los riesgos psicosociales** resulta una tarea compleja, ya que debe combinar la prevención general con la que debe realizarse en el nivel de cada empresa y de sus circunstancias particulares. A pesar de ello pueden establecerse algunas recomendaciones generales a diferentes niveles^(39,40,64,77) que ayuden a minimizar los riesgos psicosociales y prevengan la aparición del estrés.

Los **niveles de intervención** son:

- **Institucional**

- Adecuar la carga y el ritmo de trabajo al trabajador, rol profesional y autonomía.
- Fomentar la comunicación entre los distintos niveles jerárquicos de la organización, estableciendo un clima de confianza.
- Nuevos sistemas organizativos del trabajo.

- **Equipos o servicios**

- Implantar sistemas de resolución de conflictos.
- Favorecer la motivación laboral.
- Facilitar la cohesión del grupo de trabajo, fijando espacios y tiempos de encuentro.
- Potenciar la capacidad y la creatividad de los trabajadores.

- **Individual**

- Incrementar la capacidad de adaptación a los estresores, como ya se ha hecho en otros países ⁽⁷⁸⁾.
- Prevenir síntomas de malestar.

El entorno laboral, la transformación tecnológica y organizativa que ha sufrido el sistema sanitario, los mecanismos de control y la gestión de las instituciones, los cambios en las características de la población y las expectativas de los profesionales, son factores de riesgo psicosocial que pueden influir en la dificultad de encontrar un equilibrio entre el profesional y su entorno laboral y que si se gestionan deficientemente tienen **consecuencias negativas para la salud de los profesionales** ⁽⁷⁹⁻⁸²⁾. Estas consecuencias negativas se manifiestan en forma de sensación de malestar laboral y pueden llegar a manifestarse en forma de conflictos, estrés laboral ^(83,84), *burnout*, etc. ^(39,63,80,81).

1.3.1.3. Estrés laboral

1.3.1.3.1. Antecedentes y definición conceptual

En relación al **estrés** no existe una definición unificada para este término, a pesar de ser utilizado comúnmente. La falta de acuerdo en la definición estriba en la dificultad para evaluar los patrones de respuesta. En el año 1966, Lazarus reconoció la inconsistencia y confusión del término estrés y proporcionó una

descripción general en la que lo definía como una *respuesta humana adaptativa y universal*. El **estrés positivo** es necesario para la vida, pero cuando la percepción de las exigencias sobrepasa la capacidad de afrontamiento, cuando hay una falta de control o una amenaza que es resultado de una experiencia angustiosa y que tiene una gran influencia en el comportamiento, entonces hablamos del **estrés como fuente de riesgo de enfermedad** ^(63,85).

El **estrés laboral** es el conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, del entorno o de la organización del trabajo ^(64,86). En el estrés laboral interactúan las circunstancias ambientales (estresores del ambiente laboral) con las características del trabajador (aspectos personales y psicológicos que pueden variar en el tiempo en función de factores como la edad, las necesidades y expectativas, los estados de salud y/o la fatiga) ^(65,85-92). Según la Organización Mundial de la Salud, el estrés laboral es una situación muy generalizada a nivel mundial ⁽⁹³⁾ y según la bibliografía muy común en el ámbito de los profesionales de la salud ^(82,90,91).

1.3.1.3.2. Indicadores y consecuencias físicas y psíquicas

Son **indicadores de estrés laboral** la disminución de la producción ^(90,94), la disminución de la calidad de los cuidados ⁽⁹²⁾, la falta de cooperación entre compañeros ^(78,91,94), el aumento de peticiones de cambio de puesto de trabajo y el abandono de la profesión ^(87,91,95-97), la necesidad de una mayor supervisión del personal, el aumento de quejas de los clientes ⁽⁹⁰⁾, los problemas de relaciones interpersonales en el trabajo, la falta de orden y limpieza, el aumento del absentismo ⁽⁹⁵⁾, el aumento de incidentes y accidentes, el aumento de quejas al servicio médico y el aumento del consumo de tabaco, alcohol y medicamentos ^(63,88,98). Los indicadores anteriores también están presentes en las situaciones de conflicto no resuelto en el seno de las organizaciones de la salud ^(83,84).

El estrés laboral tiene **consecuencias a nivel físico y psíquico** ⁽⁸⁵⁾. A nivel físico, el estrés laboral puede producir trastornos gastrointestinales, cardiovasculares, respiratorios, endocrinos, dermatológicos y musculares entre otros. A nivel psicológico puede producir trastornos del sueño, ansiedad, fobias, drogodependencias ⁽⁶³⁾, trastornos sexuales, cansancio, depresión, trastornos afectivos, trastornos de la alimentación y trastornos de la personalidad ^(65,85,94).

1.3.1.3.3. Variables influyentes en el estrés

La revisión científica muestra que existen **características ambientales que pueden llevar al estrés y a la insatisfacción profesional** ^(79-81,91) como son: la falta de personal, la poca colaboración y el reconocimiento entre médicos y enfermeras ^(78,97,99), la falta de reconocimiento por parte de la institución ^(91,92), así como la existencia de conflictos personales en el lugar de trabajo ⁽⁹⁷⁾.

1.3.1.3.4. Instrumentos de evaluación

En la **evaluación del estrés** se ha de investigar la percepción de los **estresores** a los que está expuesto el trabajador, siendo las condiciones ambientales y psicosociales estresores potenciales de la organización, pero también se han de investigar los **elementos moderadores** de la reducción de estrés ⁽³⁹⁾. Existen estudios dónde se han puesto en marcha proyectos para mejorar el afrontamiento al estrés de los profesionales que han sido efectivos para mejorar el clima laboral ⁽⁷⁸⁾.

Hay distintos **instrumentos para evaluar el estrés**, destacando entre los cuestionarios más utilizados: el cuestionario de estrés laboral de la Fundación Europea para la mejora de las condiciones de vida y de trabajo ⁽¹⁰⁰⁾; la escala general de satisfacción laboral (*overall job satisfaction scale*) ⁽¹⁰¹⁾; el cuestionario de salud general (GHQ) ⁽¹⁰²⁾; y el cuestionario de satisfacción laboral ⁽¹⁰³⁾.

1.3.1.4. Burnout

En entornos laborales como puede ser el ámbito sanitario, la persistencia del estrés laboral puede llevar a un proceso progresivo de acomodación psicológica entre el trabajador estresado y el trabajo estresante que puede desencadenar en situaciones conflictivas ^(83,84) y/o en **burnout**^{IV}, habiendo pasado la persona previamente por tres fases: estrés (se caracteriza por un desajuste entre demandas laborales y los recursos del trabajador), agotamiento (se producen de

IV El **síndrome de burnout** también es denominado síndrome de quemarse por el trabajo o síndrome del quemado, síndrome de desgaste profesional y síndrome de desgaste entre otros ⁽³⁹⁾.

forma crónica respuestas de preocupación, tensión, ansiedad y fatiga) y agotamiento defensivo (se aprecian cambios en las actitudes y en la conducta, como la robotización y el cinismo)⁽¹⁰⁴⁾.

1.3.1.4.1. Antecedentes y evolución conceptual

El *burnout* tiene su origen en Estados Unidos a mediados de los años 70 y desde entonces hasta la actualidad diferentes autores han estudiado este fenómeno psicológico⁽¹⁰⁵⁾. Fue en 1974, cuando un médico psiquiatra llamado Herbert Freudenberger observó que personas que asistían a pacientes toxicómanos, en un periodo de entre uno y tres años, presentaban una pérdida progresiva de energía, desmotivación, falta de todo interés por el trabajo hasta llegar al agotamiento, así como síntomas de ansiedad y depresión. Freudenberger describió como estas personas se volvían menos sensibles, poco comprensivas y hasta agresivas en relación con los pacientes, con un trato distanciado y cínico hacia ellos. A este patrón conductual homogéneo le denominó *burnout*, que significaba *estar quemado, consumido o apagado*⁽¹⁰⁶⁾.

Desde los años 70, han sido muchos los autores que han definido y matizado conceptualmente el *burnout*⁽¹⁰⁶⁾, como se puede observar en la *tabla 1*⁽¹⁰⁶⁾, y aunque se observan diferencias entre las apreciaciones realizadas entre los distintos autores, en todos ellos hay coincidencia en considerar que el *burnout* aparece en el individuo como una respuesta inadecuada al estrés laboral crónico⁽¹⁰⁷⁾, aspecto que a principios de la década de los ochenta ya aparecía en la versión clásica de Maslach y Jackson⁽¹⁰⁸⁾. Algunos autores han aceptado la similitud de los términos *burnout* y estrés laboral, pero otros ven matices que les hacen difícilmente iguales^(108,109) y otros los ven claramente como constructos diferentes^(106,110).

Tabla 1. Evolución del concepto del *burnout* según distintos autores

Freudenberger (1974): Sensación de fracaso y existencia gastada resultante de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador ⁽¹⁰⁹⁾.

Maslach (1976): Proceso gradual de pérdida de responsabilidad profesional y desinterés cínico en profesionales de servicio o ayuda a la persona, profesionales que experimentan sentimientos de agotamiento emocional, actitudes de despersonalización o distanciamiento y baja realización personal en el trabajo ⁽¹⁰⁷⁾.

Pines y Kafry (1978): Experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal.

Spaniol y Caputo (1979): Síndrome derivado de la falta de capacidad para afrontar las demandas laborales o personales ⁽¹¹¹⁾.

Edelwich y Brodsky (1980): Pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por los profesionales del servicio o ayuda a la persona, como resultado de las condiciones de trabajo ⁽¹¹²⁾.

Freudenberger (1980): Estado de fatiga o frustración por la devoción a una causa, modo de vida o relación que no produce la recompensa deseada.

Cherniss (1980): Proceso transaccional de estrés y tensión en el trabajo.

Pines, Aaronson y Kafri (1981): Estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por la implicación en situaciones que afectan emocionalmente a la persona durante largos periodos de tiempo.

Maslach y Jackson (1981): Respuesta al estrés laboral crónico que conlleva agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal.

Brill (1984): Estado disfuncional y disfórico relacionado con el trabajo, sin padecer otra alteración psicopatológica, en un puesto de trabajo en el que antes la persona había funcionado bien y que luego ya no puede conseguirlo, si no es por una intervención externa de ayuda o por un reajuste laboral que está en relación con las expectativas previas.

Cronin-Stubbs y Rooks (1985): Respuesta inadecuada, emocional y conductual a los estresores ocupacionales.

Smith, Watstein y Wuehler (1986): Patrón de síntomas, conductas y actitudes único para cada persona.

Shirom (1989): Consecuencia de la disfunción de los esfuerzos de afrontamiento, aumentando el *burnout* al descender los recursos personales.

Hiscott y Connop (1989 y 1990): Indicador de problemas de estrés relacionados con el trabajo.

Moreno, Oliver y Aragoneses (1991): Estrés laboral que se da en profesiones que suponen una relación interpersonal intensa con los beneficios del propio trabajo.

Leiter (1992): Lo asemeja a una crisis de autoeficacia, distanciando el *burnout* del estrés laboral.

continúa

Tabla 1. Evolución del concepto del *burnout* según distintos autores (continuación)

Burke y Richardsen (1993): Experiencia psicológica, acompañada de sensaciones, actitudes, motivos y expectativas, que dan lugar a problemas de disconfort.

Leal Rubio (1993): Sintomatología depresiva que surge de lo que la persona siente como fracaso de sus intervenciones, pérdida de autoestima por la vivencia de que su trabajo y su esfuerzo no son útiles.

Garcés de Los Fayos (1994): El *burnout* es similar al estrés laboral o consecuencia de éste.

Shaufeli y Buunk (1996): El *burnout* afecta negativamente al individuo y a las organizaciones.

Gil-Monte y Peiró (1997): El *burnout* es una respuesta al estrés laboral crónico y una experiencia subjetiva interna que implica alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas nocivas para la persona y para la institución.

Maslach, Schaufeli y Leiter (2001): Respuesta prolongada a estresores crónicos a nivel personal y relacional en el trabajo, determinado a partir de las dimensiones conocidas como agotamiento, cinismo e ineficacia profesional ⁽¹¹³⁾.

Mingote Adán (1998): Realiza una síntesis de distintas definiciones del *burnout*. Es un síndrome clínico-laboral que se produce por una inadecuada adaptación al trabajo, que se manifiesta por un menor rendimiento laboral y por vivencias de baja realización personal, de insuficiencia e ineficacia laboral, desmotivación y retirada organizacional. En el *burnout* predominan: los síntomas disfóricos (sobre todo agotamiento emocional); las alteraciones de conducta referentes al modelo asistencial o despersonalización de la relación con el cliente; los síntomas físicos de estrés psicofisiológico (cansancio, agotamiento, malestar general) y las técnicas paliativas productoras de ansiedad residual (conductas adictivas).

Gil-Monte y Peiró (2000): Proceso en el que intervienen componentes cognitivos-aptitudinales (baja realización personal en el trabajo), emocionales (agotamiento emocional) y actitudinales (despersonalización).

Peris (2002): Trastorno caracterizado por la sobrecarga y/o desestructura de tareas cognitivas por encima del límite de la capacidad humana. El *burnout* se caracteriza por bajo rendimiento por agotamiento, agotamiento emocional, sentimiento de despersonalización o cinismo y baja eficacia profesional.

Iacovides, Fountoulakis, Kaprinis y Kaprinis (2003): *Burnout* no es sinónimo de estrés laboral, ni de fatiga, ni de alienación, ni de depresión.

Jaoul, Kovess y Mugen (2004): La confrontación entre los ideales y la realidad laboral pueden conducir a *burnout*.

Aranda (2006): *Burnout* significa estar quemado, desgastado, exhausto, donde se pierde la ilusión por el trabajo.

Maslach y Leiter (2008): Relacionan *burnout* con las características del trabajo e incluyen alto volumen de trabajo, conflicto y ambigüedad del rol, baja previsibilidad, falta de participación y apoyo social y experiencia de injusticia.

Después de múltiples revisiones del concepto y enfocado en un sentido más amplio, actualmente el **burnout** es concebido como un estado de extrema fatiga psicológica, asociado al estrés laboral crónico, habitualmente asociado a la sobrecarga de trabajo y a un desequilibrio sostenido entre las demandas laborales y los recursos (personales y profesionales, materiales, técnicos y organizacionales) disponibles para afrontarlas con eficacia. Especialmente característico de profesiones asistenciales, entre sus síntomas principales figuran los de agotamiento físico y emocional, tratamiento despersonalizado a las personas usuarias del servicio, indiferencia hacia la organización y sentimientos de alienación e ineficacia profesional ⁽⁹⁾.

Por **sobrecarga de trabajo** se entiende la experiencia laboral estresante determinada por un doble criterio ⁽⁹⁾:

- Estado (objetivo y percibido) en el que una persona trabajadora resulta o se siente incapaz de satisfacer eficaz y puntualmente las demandas cuantitativas y cualitativas de su tarea.
- Vivencia psicológicamente insatisfactoria de agenda laboral saturada y llena de urgencias permanentes, expresada en términos de exceso de trabajo o de falta de tiempo para terminarlo todo o para realizarlo bien.

Existen discrepancias respecto a la especificidad o generalización del **burnout** entre los distintos autores. Mientras que algunos consideran que es específico de profesiones que implican contacto directo y constante con personas ^(108,114), otros consideran que puede darse en todo tipo de profesiones ^(115,116). A este respecto, Gil-Monte y Moreno Jiménez proponen considerar el **burnout** como específico de profesiones que comportan un contacto directo y constante con personas, cuando entre ambas media una relación de ayuda o servicio y son beneficiarios del propio trabajo (docentes, sanitarios, trabajadores sociales, fuerzas del orden, personal de justicia, trabajadores de banca, árbitros y jueces deportivos, trabajadores del sector turístico, etc.) Por otra parte, proponen hablar de **estrés laboral** para referirse a profesiones que no comportan contacto directo y constante con las personas que no realizan relación de ayuda o servicio ⁽¹¹⁷⁾.

1.3.1.4.2. Dimensiones del **burnout**

El **burnout** parece ser un problema adaptativo a uno o varios estresores laborales que conducen a padecer este síndrome o a desarrollar cualquier otra patología somática o psicopatológica. La inadaptación al desarrollo del trabajo

conducirá a trastornos emocionales y psicológicos tales como la despersonalización, el cinismo, el agotamiento o la fatiga emocional, que son precursores o resultado de una falta de realización personal de nuestro trabajo ⁽¹⁰⁶⁾. Queda patente pues, el **carácter tridimensional del *burnout***, entendiendo que afecta a tres niveles:

- **Personal**

El **cansancio o agotamiento emocional** hace referencia a la disminución y pérdida de recursos emocionales, al sentimiento de estar emocionalmente agotado, exhausto debido al trabajo que se realiza, junto a la sensación de que no se tiene nada que ofrecer psicológicamente a los demás. A parte el agotamiento físico y emocional, comporta expresiones de abatimiento, apatía, estupor, dificultades de atención, memoria y concentración, lentitud y pasividad en la ejecución de tareas laborales ordinarias ⁽³⁹⁾.

- **Social**

El **cinismo** es una actitud distante ante el trabajo, las personas objeto del mismo así como los compañeros/as de trabajo. La **despersonalización** es el desarrollo de una actitud negativa e insensible hacia las personas a las que se da servicio. Es un cambio negativo en las actitudes y respuestas hacia los beneficiarios del propio trabajo. Comporta un tratamiento deshumanizado a las personas, una actitud cínica ante el trabajo e indiferencia hacia la organización acompañados de conductas de distanciamiento o de retraimiento social, así como de expectativas negativas hacia la profesión, el puesto y el centro de trabajo, el ambiente sociolaboral e incluso hacia la propia persona, la vida y la sociedad ⁽³⁹⁾.

- **Profesional**

La **falta de realización personal en el trabajo** es la tendencia a evaluarse a uno mismo y al propio trabajo de forma negativa, junto a la evitación de las relaciones interpersonales y profesionales, con baja productividad e incapacidad para soportar la presión. Comporta sentimientos de alienación e ineficacia profesional subyacentes a una consciencia de baja realización laboral, a su vez asociada a percepciones de fracaso, incompetencia, inadecuación e inutilidad en el oficio, así como a vivencias de malestar e insatisfacción con el trabajo ⁽³⁹⁾.

La aparición del *burnout* es fruto de un proceso continuo, que emerge de forma paulatina, en el que hay un incremento progresivo de la severidad en una sucesión de etapas consecutivas ^(91,118) y aunque la existencia de las tres dimensiones coincide en los distintos autores ^(119,120), el **proceso evolutivo del *burnout*** es explicado de forma distinta entre ellos ^(115,120-123) como se puede ver en la *tabla 2*.

Tabla 2. Proceso evolutivo del *burnout* según distintos autores

Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983): El proceso se inicia con actitudes de despersonalización, como mecanismo disfuncional de afrontamiento del estrés, después los trabajadores experimentan baja realización personal en el trabajo y posteriormente surge el agotamiento emocional.

Leiter y Maslach (1988): A consecuencia de los estresores laborales, los trabajadores desarrollan sentimientos de agotamiento emocional que posteriormente dan lugar a la aparición de una actitud despersonalizada hacia las personas que deben atender y como consecuencia de ello pierden el compromiso personal y disminuye su realización personal en el trabajo.

Leiter (1993): El agotamiento emocional es una respuesta del trabajador a los estresores laborales y cuando se cronifica, desarrolla actitudes de despersonalización. Los sentimientos de despersonalización no median en la relación de agotamiento emocional y realización personal en el trabajo y son los estresores laborales, la falta de apoyo social y la falta de oportunidades de carrera que generan los sentimientos de baja realización personal en el trabajo.

Lee y Ashfoth (1993): La despersonalización y la baja realización personal en el trabajo son consecuencia directa de los sentimientos de agotamiento emocional.

1.3.1.4.3. Efectos del *burnout*

El *burnout* tiene consecuencias perjudiciales para la salud de las personas y para las organizaciones. Por parte de la persona, la exposición a determinadas condiciones de trabajo afectan progresivamente a su salud, disminuyendo su calidad de vida y produciéndole un deterioro físico, cognitivo, emocional y conductual ^(49,91,92,104,108,124-126), tal como se esquematiza en la *tabla 3*.

Tabla 3. Efectos del *burnout* en las personas

Síntomas físicos

Malestar general, cefaleas, insomnio, fatiga, cansancio hasta el agotamiento, disfunciones cardiovasculares y cardiopatías, hipertensión, disfunciones respiratorias, asma, alergias, alteraciones gastrointestinales, úlceras, pérdida de apetito, cambios de peso, trastornos musculoesqueléticos, dolores osteomusculares (espalda y cuello), lesiones por movimientos repetitivos, pérdida de los ciclos menstruales en las mujeres, disfunciones sexuales, etc.

Síntomas cognitivos y emocionales

- Visión negativa de la realidad, del entorno, del futuro, de la profesión y de la propia persona.
- Pérdida de significado, pérdida de valores, desaparición de expectativas, modificación de autoconcepto, pérdida de autoestima, desorientación cognitiva, pérdida de la creatividad, distracción, cinismo, criticismo generalizado.
- Malestar, desmotivación, apatía, indiferencia, desmoralización, irritabilidad, aburrimiento, pesimismo, depresión y ansiedad asociadas a la incapacidad percibida de satisfacer, con eficacia y eficiencia, puntualidad y excelencia, las demandas cuantitativas y cualitativas, cognitivas y emocionales del propio trabajo.
- Insatisfacción con el trabajo, la organización y la profesión.
- Impresión de estar transfiriendo a la propia vida personal, familiar y social la tensión acumulada en la vida laboral y el desgaste mental asociado al *burnout*.
- Conciencia y sentimiento de ineficacia, alienación y baja realización profesional.
- Distanciamiento afectivo como forma de autoprotección, disforia, aburrimiento, incapacidad para concentrarse, desorientación, frustración, celos, impaciencia, irritabilidad, ansiedad, vivencias de baja realización personal y baja autoestima, sentimientos de culpabilidad, de soledad, de impotencia y de alienación.
- Agotamiento emocional que lleva a deseos de abandonar el trabajo y a ideas suicidas.

Síntomas conductuales y sociales

- Trato distante y deshumanizado a las personas en el contexto laboral y también en interacciones familiares y cotidianas. Retraimiento, superficialidad en el trato a los demás, evitación de contactos, aislamiento e incomunicación. Conflictos interpersonales, malhumor familiar, formación de grupos críticos.
- Comportamiento cínico y de indiferencia hacia la organización.
- Absentismo laboral.
- Abuso de drogas legales e ilegales, cambios bruscos de humor, comportamientos de alto riesgo (conducción suicida, juegos de azar peligrosos), dificultad para vivir de forma relajada y para la concentración, irritabilidad, impulsividad, hostilidad, agresividad y violencia.

La literatura ha puesto de manifiesto que el *burnout* también tiene consecuencias laborales que afectan negativamente a las organizaciones y al ambiente de trabajo ^(39,85,87,95,97,124), tal y como aparece reflejado en la *tabla 4*.

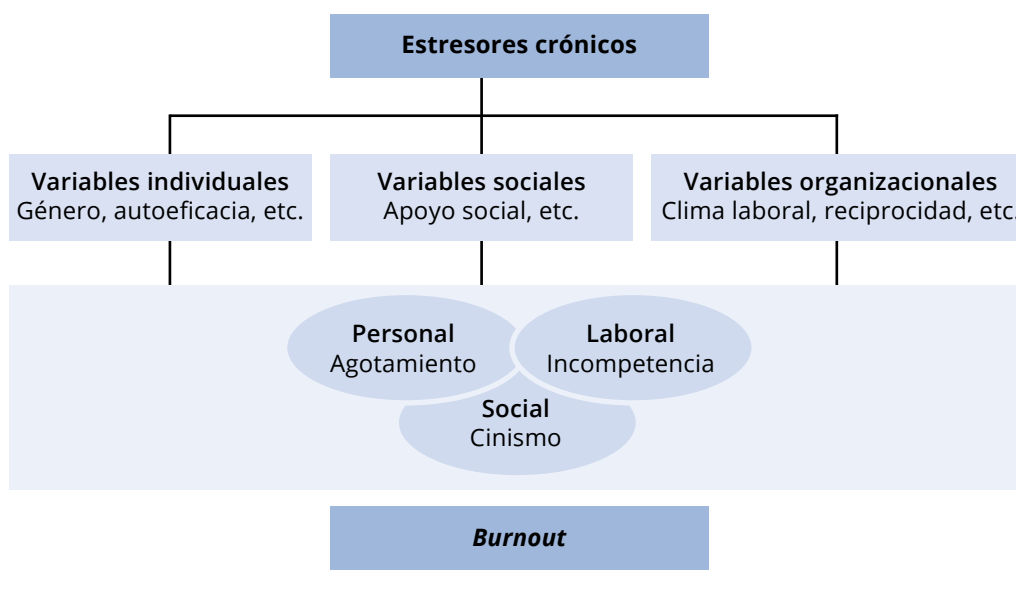
Tabla 4. Efectos del *burnout* en las organizaciones

Aumento significativo de: absentismo, rotaciones, retrasos, permisos y bajas por enfermedad; abdicación de responsabilidades profesionales y de incumplimiento de tareas; cambios de puesto o de trabajo, peticiones de jubilación anticipada o de excedencia, abandono del puesto, la organización o de la profesión; accidentalidad laboral; interacciones sociales negativas horizontales (con colegas de trabajo) y verticales (con dirección y con personas usuarias del servicio), crispación y conflictividad laborales.

Descenso significativo de: la calidad de vida laboral y de la calidad de los productos y de los servicios, la productividad y la competitividad empresarial, del compromiso del personal con la organización, del rendimiento laboral, la excelencia organizacional, la imagen de la organización y la satisfacción de personas usuarias, clientes y profesionales. Deterioro de los procesos de la comunicación y de las relaciones interpersonales.

1.3.1.4.4. Variables influyentes en el *burnout*

El *burnout* surge a partir de la interacción del trabajador con el ambiente laboral o a partir de las relaciones interpersonales entre el trabajador y las personas para las que trabaja. Su desarrollo depende principalmente de tres **variables: individuales, sociales y organizacionales** (figura 1).

Figura 1. Variables influyentes en el *burnout*

La mayoría de los estudios que han investigado el *burnout* en las enfermeras se han centrado en las **variables de tipo organizacional** que son las que causan las consecuencias del estrés laboral crónico y desencadenan el *burnout*. Factores como el contenido del puesto de trabajo, la falta de reciprocidad a nivel emocional o el clima organizacional pueden convertirse en desencadenantes del *burnout* ⁽¹⁰⁵⁾.

Mientras que las variables organizacionales vinculadas al desempeño del puesto de trabajo contribuyen al desencadenamiento del *burnout*, las variables sociales e individuales modulan y pueden afectar la aparición del *burnout* ⁽¹⁰⁵⁾.

Entre las **variables sociales** es importante el apoyo social, que hace referencia a la ayuda real o percibida que el trabajador obtiene de las redes sociales (compañeros, amigos, familiares, etc.) y permite al trabajador sentirse querido, valorado, apreciado y recompensado en el puesto de trabajo y en la organización. El apoyo social puede actuar como un factor protector del *burnout* ^(105,127).

Las **variables individuales o personales** (género, autoeficacia, competencia percibida, etc.) también son importantes en la génesis y el desarrollo del *burnout* ⁽¹⁰⁵⁾. Algunas de estas variables pueden actuar como factores protectores del *burnout*, destacando entre ellos la edad, algunos rasgos de la personalidad ⁽⁴⁸⁾, el optimismo, el positivismo y el sentido de la coherencia ⁽¹²⁸⁾.

Entre las variables individuales tienen un papel importante las variables de personalidad, que pueden hacer más o menos vulnerables a las personas al *burnout* ⁽¹⁰⁵⁾. A pesar de ello, son menos los estudios que contemplan las variables psicológicas de la personalidad como posibles predictores del *burnout* y por sus consecuencias en el bienestar psíquico de los profesionales ⁽¹⁰⁷⁾. En este sentido, autores como Kobasa ⁽¹²⁹⁾, a finales de los 70, ya hacían referencia a la **personalidad resistente a los estresores**. Este constructo está caracterizado por la presencia de 3 componentes (compromiso, control y reto) y es considerado como un factor protector de la salud, al reducir el impacto de los estresores a través del empleo de estrategias de afrontamiento positivas, pero también por la propia presencia de los componentes del constructo, especialmente del compromiso. La personalidad resistente ha sido considerada como una variable moduladora de los efectos del *burnout* en las enfermeras y en algunos estudios

se ha evidenciado que los que poseen esta personalidad son más resistentes al estrés y causan menos bajas por enfermedad. En cambio personas con bajos niveles de personalidad resistente tienen una mayor frecuencia de síntomas físicos ⁽¹⁰⁷⁾.

En el desarrollo del *burnout* también intervienen factores ambientales y culturales. Entre los **factores ambientales** se ha visto que las profesiones dedicadas al servicio son las que presentan mayor prevalencia de *burnout*. Respecto a los **factores culturales** se ha observado que los países con mayor desarrollo económico y sanitario y con mayor sensibilización por los derechos laborales presentan mayor prevalencia de *burnout* ⁽¹²⁷⁾.

1.3.1.4.5. Instrumentos de evaluación

En 1981, se publicó el *Maslach burnout inventory (MBI)* de Maslach y Jackson ⁽¹⁰⁸⁾, estableciéndose por primera vez unos criterios de evaluación del *burnout*. Este instrumento se construyó para medir el *burnout* en educadores y personal de servicios, de aquí que se denomine actualmente *Maslach burnout inventory - human services (MBI-HS)*. Posteriormente se han diseñado otros instrumentos, algunos de ellos dirigidos a profesionales que no trabajan con *clientes* sino con *objetos*, destacando entre ellos el *Maslach burnout inventory - general survey (MBI-GS)* ^(105,130) dirigido a todo tipo de profesionales y el *Maslach burnout inventory - student survey (MBI-SS)* ⁽¹⁰⁵⁾ dirigido a estudiantes universitarios. Con el paso de los años se han construido nuevos cuestionarios y adaptado otros, entre ellos: el *burnout measure (BM)* ⁽¹³¹⁾, el cuestionario breve de *burnout (CBB)* ⁽¹³²⁾, la *staff burnout scale for health professionals (SBS-HP)* ⁽¹³³⁾ y la escala de efectos psíquicos de *burnout* ⁽¹³⁴⁾.

1.3.1.5. Engagement

1.3.1.5.1. Antecedentes y evolución conceptual

El *engagement* es un concepto mucho más reciente que el *burnout*, existiendo muchos menos trabajos publicados al respecto ⁽¹¹⁶⁾. Se suele utilizar este término en su lengua original, debido a que aunque hay conceptos que parecen similares,

como son compromiso organizacional, implicación o vinculación laboral, éstos no tienen conceptualmente el mismo significado que *engagement*.

El ***engagement*** es un estado mental positivo de realización, que se relaciona directamente con el trabajo, y se caracteriza por la presencia de vigor, dedicación y absorción ^(135,136). El *engagement* se describe como un concepto motivacional en el cual los trabajadores que están comprometidos con el trabajo tienen más energía y resistencia mental, están más entusiasmados e implicados en el trabajo, participan más y sienten el deseo de invertir más esfuerzos en el trabajo de forma constante y cuando tienen la oportunidad actúan de una forma que va más allá de las demandas que realiza la organización ⁽¹³⁷⁾. Además tienen un sentimiento de significación, entusiasmo, inspiración, orgullo y reto por el trabajo ⁽¹¹⁶⁾. El *engagement* lleva implícita la habilidad de los trabajadores para poner su plena capacidad en resolver problemas, conectar con la gente y desarrollar servicios novedosos ⁽¹³⁷⁾.

El *engagement* es un estado motivacional y de plenitud, que está relacionado con el bienestar laboral y que puede ser visto como un concepto opuesto al *burnout*. Tanto el *engagement* como el *burnout* asumidos como sentidos de trabajo en una dimensión bipolar con un polo positivo (*engagement*) y un polo negativo (*burnout*), aluden a la reciprocidad entre las demandas laborales y los recursos organizacionales y psicológicos, con el fin de mantener una relación equilibrada y positiva que repercuta en la satisfacción y en el bienestar laboral del trabajador ^(138,139). Desde este punto de vista, las demandas laborales o las condiciones en las que se presenta actualmente el trabajo, precarias, inestables, flexibles hacen que se configure el sentido del trabajo bajo esta bipolaridad.

1.3.1.5.2. Dimensiones del *engagement*

El ***engagement*** está caracterizado por altos niveles de vigor, dedicación y absorción en el trabajo, que configuran sus 3 dimensiones. El **vigor** se caracteriza por disponer de altos niveles de energía mientras la persona trabaja, de fuerza mental, de entusiasmo, de persistencia y de un fuerte deseo de esforzarse e invertir en el trabajo. La **dedicación** se caracteriza por altos niveles de significado del trabajo, de entusiasmo, de inspiración, de orgullo y de reto relacionados con el trabajo que uno realiza. La **absorción** se caracteriza por estar inmerso en el

propio trabajo, por estar plenamente concentrado y feliz realizando el trabajo, mientras se tiene la sensación de que el tiempo pasa muy rápidamente y uno se deja llevar por el trabajo ^(116,140,141).

1.3.1.5.3. Efectos del *engagement*

El *engagement* en el trabajo está relacionado con el empoderamiento, con la satisfacción en el trabajo, con la retención del personal y también con la mejora de los resultados en los pacientes ⁽⁸¹⁾. También tiene una repercusión positiva en las organizaciones ⁽¹⁴²⁾, observándose implicaciones en el rendimiento y la efectividad individual y corporativa ⁽¹³⁷⁾. Sin embargo, aunque el *engagement* en general tiene efectos beneficiosos para la persona y para la organización, hay que tener en cuenta que cuando la persona invierte en el trabajo más tiempo por un aumento de la actividad y éste se realiza de manera comprometida y con dedicación, pero con bajo control a pesar de la entrega y la realización, no siempre genera satisfacción, bienestar, tranquilidad o formas de afrontamiento dinámicas y sin incomodidad alguna ⁽¹⁵⁾.

El *engagement* puede ser un indicador de la importancia que tiene el trabajo para el individuo y de la motivación ^(143,144), mientras que la falta de *engagement* puede ser un buen predictor de insatisfacción, de *burnout* y de intención de abandonar el trabajo ⁽¹⁴⁵⁾.

1.3.1.5.4. Variables influyentes en el *engagement*

El *engagement* puede estar presente o no a partir de la interacción del trabajador con el **ambiente laboral** o a partir de las **relaciones interpersonales** entre el trabajador y las personas para las que trabaja. Para que el *engagement* sea una característica de los trabajadores, debe haber una relación entre el funcionamiento óptimo de las personas y el manejo óptimo de la organización respecto de la vida laboral y organizacional de los trabajadores ^(143,146). El *engagement* prospera cuando los valores individuales de las personas coinciden con los de la propia organización, pudiendo estar presente en cualquier trabajo que aporte retos ⁽¹³⁷⁾.

Existen estudios donde se demuestra que los recursos en el trabajo, tales como el apoyo social de los colegas y de los supervisores, el *feedback* del rendimiento

del trabajador, la diversidad de habilidades competenciales, la autonomía y las oportunidades de formación están asociadas al *engagement* ⁽¹⁴⁷⁾. Altos niveles de *engagement* en el trabajo están relacionados con la habilidad de adaptarse a los cambios, con un significado pleno del trabajo, con empoderamiento, con un liderazgo auténtico y con recursos disponibles para el trabajo ⁽¹⁴⁸⁻¹⁵⁰⁾.

Las organizaciones actuales han de apostar por tener trabajadores *engaged* y ser organizaciones saludables. Los **trabajadores *engaged*** tienen un fuerte sentimiento de pertenencia a la organización, son fieles a la misma, rinden más de lo que se les exige, tienen un sentimiento de conexión energética y efectiva con su trabajo, son prácticos, buscan y aceptan responsabilidades, plantean alternativas de mejora, tienen valores que coinciden con los de la organización, y buscan y reciben retroalimentación positiva ⁽¹⁴⁰⁾. Cuando hay *engagement* los trabajadores quieren tener éxito, conseguir los objetivos e ir más allá de las demandas que realiza la organización, aceptan los compromisos personales y están atentos a las metas profesionales. En los trabajadores *engaged* se refleja la energía que tienen y ponen en su trabajo, como la aplican de forma entusiasta, sin freno y sin guardarla de reserva, además de proyectar una intensa implicación en el trabajo. Los trabajadores *engaged* están atentos, consideran tan importantes los pequeños detalles, como los problemas más desafiantes, están absorbidos por su trabajo y siguen el camino hasta llegar a conseguir los objetivos ⁽¹³⁷⁾. La forma en la que se presenta el *engagement*, con una alta motivación en el trabajo, entrega absoluta y absorbente, brinda al trabajador una gran satisfacción por lo que hace y un compromiso hacia el trabajo y la propia organización.

Las organizaciones además de preocuparse por el desarrollo organizacional deben promover las condiciones necesarias para que sus trabajadores presenten altos niveles de bienestar y buena calidad de vida laboral, mejorando así la salud psicosocial y la satisfacción de sus trabajadores, convirtiéndose a su vez en **organizaciones saludables**. Estas organizaciones son las que realizan prácticas saludables para estructurar y gestionar los procesos de trabajo que influyen en el desarrollo de trabajadores saludables y *engaged*, así como resultados organizacionales saludables ⁽¹⁴⁰⁾. Las características básicas de los **trabajadores saludables** son la autoeficacia, la esperanza, el optimismo, la resiliencia y el *engagement* ^(142,151).

1.3.1.5.5. Instrumentos de evaluación

Para medir el *engagement* se diseñó la *Utrecht work engagement scale (UWES)* ^(116,142) cuya versión tradicional está formada por 17 ítems pero que existe una versión reducida formada por 9 ítems.

Los conceptos descritos anteriormente han constituido un marco conceptual de referencia en multitud de investigaciones, que han sido publicadas en las últimas décadas. La revisión bibliográfica, muestra que muchas de estas publicaciones son específicas del entorno sanitario y aunque en función del momento han sido abordados desde una u otra perspectiva, todas ellas tienen como elemento común que están vinculadas a la calidad de vida laboral de los profesionales.

1.3.2. CONTEXTO GENERAL DEL IMPACTO PSICOSOCIAL

En la sociedad actual, **los servicios de salud se ven sujetos e inmersos a grandes cambios organizativos** para mantener la calidad y la seguridad en el cuidado del paciente, cambios que pueden repercutir negativamente en las condiciones de trabajo y en la calidad de vida laboral de los trabajadores. Las condiciones de trabajo actuales pueden llegar a exigir a los trabajadores altos niveles de atención y concentración, elevada responsabilidad, sobrecarga de trabajo y largos y/o desordenados horarios y turnos de trabajo, situaciones que contribuyen a que los riesgos psicosociales existentes en el entorno laboral estén cada vez más presentes, y sus repercusiones sanitarias, sociales y económicas sean cada vez más una realidad contemporánea ^(39,40,152).

Según la literatura, la experiencia difusa y compleja entorno a la **sobrecarga de trabajo** ^(6,7,12-14,153-161), suele impactar negativamente sobre la dinámica de las organizaciones y sobre la salud y el bienestar de los trabajadores, apareciendo tales efectos, moderados por variables socio-demográficas, socioculturales, psicosociales y psicológicas ^(50,162-164).

En este contexto el concepto de **bienestar y malestar laboral** ha tomado gran relevancia, y las instituciones sanitarias, desde hace tiempo, están poniendo énfasis en la prevención y la promoción de la salud psicológica de los trabajadores y en la necesidad de un cambio cultural dirigido al bienestar de los profesionales⁽⁶³⁾.

El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT)⁽¹⁶⁵⁻¹⁶⁸⁾ y algunos de los estudios revisados^(40,63,87,95,96), consideran como **factores de riesgo psicosocial** en el trabajo las **condiciones ambientales** (iluminación, ruido, temperatura)⁽⁹⁶⁾ y los **factores relacionados con la organización y la gestión del trabajo** (pausas y descansos, horario de trabajo, turnos y trabajo nocturno, funciones y tareas, ritmo de trabajo, cargas asistenciales, monotonía, autonomía, formación, responsabilidad, desempeño del rol, comunicación en el trabajo, estilo de mando⁽⁸⁵⁾, participación en la toma de decisiones, poco soporte de los gestores⁽⁸⁵⁾, competencia⁽⁹⁶⁾, carga mental y cargas asistenciales de trabajo^(63,65), relaciones interpersonales en el trabajo, condiciones de empleo y desarrollo de la carrera profesional)^(63,64,87,95,96). Cuando estas condiciones sobrepasan la capacidad de la persona para afrontarlas, pueden poner en peligro el sentido del trabajo, el bienestar laboral y la salud del trabajador⁽⁶³⁾.

Algunos estudios describen que la falta de soporte del equipo de trabajo, la presencia de conflictos con los compañeros o superiores, los contratos laborales irregulares, el aumento de las cargas de trabajo, las ambigüedades en el rol y la fatiga psicológica pueden causar estrés laboral^(40,63,65,85,96).

Además de las variables del entorno laboral, intervienen también como **factores de riesgo psicosocial** en el trabajo las **variables personales del trabajador**, como son: el sexo, la edad, el estado civil, las actitudes, la motivación, las percepciones, las experiencias, la vida social, el soporte grupal, la formación, las capacidades y los recursos personales, profesionales y económicos, la personalidad y la situación vital del trabajador. Todo ello influye en la percepción de la realidad, en la respuesta y en las consecuencias que se generan en las situaciones laborales^(39,40,63,64).

Estudios como el de Villalobos⁽¹⁶⁹⁾ aportan evidencia de la **relación entre los riesgos psicosociales en el trabajo y el incremento de procesos mórbidos**

de los trabajadores, las bajas laborales y el absentismo laboral ⁽⁷⁸⁾. En la década de los 90, Sutherland i Cooper describieron la relación positiva entre el estrés y la tasa de errores, la ineffectividad en el trabajo, la insatisfacción de los usuarios de los servicios y de los profesionales, además del aumento de enfermedades y la tasa de absentismo en la industria. Kincy demostró que estos resultados también se daban en los servicios sanitarios y además que eran una de las razones por las que los profesionales abandonaban la profesión ^(40,63,89,95,96).

Distintos estudios muestran que **el estrés laboral es multicausal**, siendo algunos de ellos la precariedad en la contratación, la inseguridad, el desarrollo intenso de la actividad junto al aumento de las cargas asistenciales ^(65,85,96), la excesiva exigencia emocional, la violencia en el trabajo, el desequilibrio entre la vida profesional, personal y familiar ^(95,98) y los factores ambientales, incluido la toma de decisiones en la institución ⁽⁸⁶⁾. Todos éstos factores están actualmente muy presentes en las organizaciones sanitarias.

El estrés laboral tiene consecuencias a nivel físico y psíquico ^(63,65,85,94) que pueden ser perjudiciales para la salud de las personas y el ambiente social, inhibiendo la creatividad, la autoestima y el desarrollo personal ⁽⁸⁸⁾ y puede llegar a tener un coste económico para la empresa que puede superar el 5% del presupuesto de la institución ⁽⁸⁶⁾. Otros estudios relacionan directamente la salud de los profesionales con la calidad del cuidado a los pacientes y éstos concluyen que los profesionales que trabajan con problemas de salud tienen un menor rendimiento en el trabajo y provocan cansancio en los compañeros que han de suplir sus carencias ⁽⁹⁴⁾, además de dar una atención de peor calidad ⁽¹⁷⁰⁾.

El estrés laboral también influye negativamente en las relaciones interpersonales, familiares y laborales, y afecta al rendimiento y a la productividad laboral ^(9,78,94,95), pudiendo inducir a enfermedad, absentismo laboral ⁽⁹⁵⁾, aumento de los accidentes, incapacidad laboral y suicidio ⁽⁶³⁾, situaciones que generan un enorme coste humano y económico ^(9,78,86,89,171). Además genera los costes ocultos, que son los derivados de la ruptura de las relaciones interpersonales, el aumento de los cambios de puesto de trabajo, el abandono de la profesión, la disminución de la creatividad, el bajo rendimiento, la agresividad en el trabajo y el empeoramiento de la calidad de vida ^(9,88,95,171).

La **prevención del estrés laboral** se debería realizar a nivel individual, aunque ha de ir paralela a una intervención en la organización ⁽¹⁷²⁾, que generalmente recae en la aplicación de medidas en la estructura de la organización, el estilo de comunicación, los procesos de toma de decisiones, las funciones y las tareas de trabajo, el ambiente físico y los métodos para fomentar las competencias a los trabajadores ^(95,173). Todas estas medidas pretenden mejorar la comunicación, aumentar la participación de los trabajadores en las decisiones, mejorar las condiciones ambientales, formar a los trabajadores y variar y enriquecer las tareas, aspectos que ayudan a prevenir y a minimizar el estrés laboral. Favorecer la cohesión de los equipos de trabajo y formar a los supervisores para que tengan una actitud de ayuda a los subordinados, contribuye a fomentar el apoyo social y ayuda a prevenir el estrés laboral, reduciendo la vulnerabilidad y los efectos negativos que éste genera ^(95,173). Algunos autores han demostrado que un buen soporte institucional y un buen apoyo de los gestores y los mandos intermedios pueden reducir los conflictos entre la vida laboral y familiar y por tanto reducir también el estrés ⁽⁹⁵⁾.

La existencia o ausencia de las medidas preventivas del estrés así como el nivel de eficacia, la mayor o menor capacidad de afrontamiento del estrés y el tipo de personalidad de los profesionales son factores que pueden favorecer la aparición de sintomatología asociada al *burnout* ^(78,89), sin embargo, el desarrollo de este síndrome, es evitable si se aplican las medidas preventivas adecuadas.

El ***burnout*** es un fenómeno de desgaste en los profesionales que trabajan directamente con personas, como resultado de continuas y repetidas presiones emocionales asociadas con un compromiso intenso con los usuarios, pacientes o clientes, durante un período de tiempo prolongado ^(9,85,87,174). Los trabajadores que prestan atención constante y directa de ayuda a personas son susceptibles de *burnout*, siendo el caso de las profesiones sanitarias, donde los trabajadores pueden desarrollar sentimientos cada vez más negativos hacia los pacientes, usuarios o clientes ^(39,87,119).

El *burnout* es la manifestación de una situación extrema, que viene precedida de una situación de malestar laboral, estrés crónico y asociada a las condiciones laborales existentes. Las causas del *burnout* son muy variadas y suelen tener más relación con las **condiciones del trabajo** que por el trabajo en sí ⁽⁸⁷⁾.

Las causas descritas de forma más habitual pueden ser tales como el hecho de trabajar con pacientes que presentan enfermedades terminales, el enfrentarse a situaciones de vida o muerte, responsabilizarse de un elevado número de pacientes, alta carga asistencial, soporte inadecuado de la organización, turnos de tarde o noche, alteración del sueño, ineficacia de los compañeros, insuficiente número de compañeros o falta de soporte de éstos⁽⁹⁶⁾, expectativas sobre elevadas de los profesionales, problemas económicos y poco tiempo para uno mismo⁽¹¹⁹⁾.

Hay algunas **variables de la personalidad del trabajador** que pueden predisponer a la aparición del *burnout*, como son un locus de control externo^V, un patrón de conducta tipo A^{VI}, el autoconcepto negativo y la falta de autoconfianza en la propia eficacia laboral^(118,124) y también a situaciones de conflicto en las organizaciones^(83,84). Personalidades positivas resistentes, caracterizadas por un sentimiento de compromiso, una percepción de control y una tendencia al reto⁽¹²⁹⁾, buen soporte social⁽⁹⁶⁾ y con mayor poder en la toma de decisiones en el trabajo⁽¹⁷⁵⁾ podrían afrontar o moderar los efectos del *burnout* y tener mayor motivación intrínseca para mejorar su entorno laboral⁽¹⁷⁵⁾. También se ha constatado que trabajadores con sentido del humor resisten mejor el *burnout* y personas con habilidades emocionales y con rasgos de la personalidad fuertes tienen menor probabilidad de resultar afectados por el *burnout*^(96,176,177). Las diferentes formas de afrontamiento de los profesionales frente al estrés pueden evitar la aparición del *burnout* (por el afrontamiento interno) o llevar al profesional a comportamientos evitativos (a través del afrontamiento externo)⁽⁸⁵⁾. La autoeficacia personal funciona como una variable con efectos moderadores en el proceso de desgaste profesional⁽¹⁷⁸⁾.

Las organizaciones tienen que implementar intervenciones dirigidas a prevenir y a minimizar el riesgo de *burnout*, a conseguir el bienestar de los trabajadores,

V El **locus de control del trabajador** es la capacidad que tiene un sujeto para controlar el medio que le rodea y está relacionado con el estrés laboral. Cuando el individuo sabe que una conducta le conducirá a conseguir su objetivo el locus de control es interno, mientras que cuando la causa de su conducta le sitúa en factores del exterior es externo (Rotter, 1966). Los trabajadores con locus de control externo son más proclives al estrés laboral⁽³⁹⁾.

VI El **patrón de conducta tipo A** es propio de individuos ambiciosos, agresivos, irritables, irascibles e impacientes, con frecuencia hiperactivos y necesitan constantemente logros personales para sentir que tienen el control⁽³⁹⁾.

a crear un entorno favorable para desarrollar el *engagement* en los trabajadores y a construir organizaciones saludables. La **implementación de prácticas saludables desde la organización** repercutirá en los trabajadores, incrementando el capital psicológico positivo de la organización, y también conllevará la consecución de productos y servicios saludables y de excelencia, además de fomentar relaciones positivas con el entorno y con la comunidad ⁽¹⁴⁰⁾. Por otro lado, es necesario la **prevención y evaluación periódica de los riesgos psicosociales** para prevenir la aparición de situaciones de malestar, de conflicto, de estrés y de *burnout*. La mejora de las condiciones laborales puede ayudar a mejorar el bienestar de los profesionales y la calidad de vida laboral ⁽³⁹⁾.

1.3.3. MALESTAR PSICOFISIOLÓGICO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Según Blanch ^(19,20,179-181), la **globalización económica**, la **innovación tecnológica** y la **flexibilización organizacional** gestionadas en el **neoliberalismo**, han transformado el escenario material, social y cultural del trabajo comportando como:

- **Ventajas**, las mejoras en las infraestructuras, los equipamientos y los recursos tecnológicos, que facilitan el desarrollo efectivo y eficiente de las tareas, en unas condiciones materiales satisfactorias, agradables, motivadoras y desafiantes. El trabajo también comporta oportunidades para el aprendizaje, el crecimiento y la autorrealización, así como oportunidades de interacciones sociolaborales con un impacto positivo en las cogniciones y en las emociones.
- **Desventajas**, la percepción de la degradación de las condiciones contractuales y salariales, la inestabilidad del contrato laboral, la inseguridad en el empleo, la emergencia del subempleo y la activación de problemas latentes (violencia, discriminación, etc.)

En este contexto laboral, afloran distintos **estresores**, destacando entre ellos la **intensificación de la tarea**, que comporta un aumento de las exigencias cuantitativas y cualitativas, cognitivas y emocionales impuestas por la reorganización flexible y la Nueva Gestión. La extensión de los tiempos y de los espacios laborales, así como la sobrecarga de trabajo ^(7,20,153,157,179,181-183), suponen un riesgo psicosocial de estrés y de *burnout* ^(6,117,136,141,184-186). La Nueva Gestión Pública

comporta amenazas para la salud, el bienestar y la calidad de vida laboral, por lo que las ciencias de la salud y del trabajo están desplazando el foco de atención de los factores ecofísicos, mecánicos, ergonómicos, técnicos e higiénicos hacia nuevos riesgos psicosociales relacionados con las nuevas condiciones organizacionales de trabajo ^(12-14,19,20,160,161,179,187).

Los informes de la *European Survey on Working Conditions* ⁽²⁵⁾, constatan el aumento de los contratos temporales de trabajo en Europa y la preocupación de los trabajadores de perder su empleo. Las **nuevas condiciones laborales** comportan factores de riesgo psicosocial (sobrecarga laboral) y estresores (inestabilidad, presión laboral, etc.) que ocasionan en los trabajadores **malestar, inseguridad, insatisfacción, ansiedad, estrés y burnout**.

En general, el trabajo de los profesionales de la salud se caracteriza por una alta carga de exigencias emocionales y cognitivas y por una actividad laboral estresante que ha de ser ejecutada en un tiempo marcado por la presión, la rapidez, la prisa y la urgencia. Esto suele ir asociado a la percepción de **sobrecarga de trabajo** por exceso de tarea realizada en circunstancias a veces difíciles y a menudo con la percepción de **falta de tiempo** para hacerla bien. Los últimos informes de la *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound)* ⁽²⁵⁾ sobre las condiciones de trabajo en Europa señalan que la sobrecarga de trabajo es el principal estresor laboral. Las condiciones del trabajo sanitario actuales son un potencial caldo de cultivo de *burnout* ^(23,117,179,188,189).

Algunos autores ⁽²³⁾ han identificado en médicos y enfermeras sentimientos de malestar y sintomatología física y psicológica producto del multiempleo, las crecientes exigencias de los pacientes, la judicialización de la medicina, el incremento de la carga de trabajo, los sistemas de turno, las pocas posibilidades de participar en la toma de decisiones dentro de la organización, los bajos salarios del sector público, la falta de reconocimiento, la competitividad y la exigencia de formación permanente que supone la tecnificación y la especialización.

Blanch y Stecher ⁽⁶⁾ plantean que el personal sanitario refiere una sobrecarga de trabajo a la que denominan **presión asistencial**, que lleva a una saturación de rol debido a tener que efectuar más trabajo en un tiempo limitado y vivido cada vez más complejo e intenso. Las personas encuestadas en su investigación

refieren esta experiencia en términos de **exceso de trabajo** o de **falta de tiempo** para desarrollarlo adecuadamente.

La percepción de **sobrecarga de trabajo** y de **déficit de tiempo** para realizarlo suele conllevar declaraciones de **cansancio y dificultades para hacer bien un trabajo** y de **restricción de los tiempos** para las relaciones sociales, el descanso o la formación en el trabajo. Todos estos factores propician el **desgaste psicológico en el trabajo** ⁽⁶⁾.

Esta experiencia es vivida como generadora de estrés, ansiedad, tensión, preocupación, impotencia, frustración, indefensión, malestar, malhumor, etc. En general se atribuye esta situación a factores como el estilo de la gestión, el déficit financiero, la privatización, la falta de recursos humanos y las características de la demanda (masiva, compleja y diversa). Los mecanismos de afrontamiento van desde la automedicación y el sobreesfuerzo de adaptación, hasta algunas formas sutiles de resistencia activa o pasiva, como la autodosificación del trabajo.

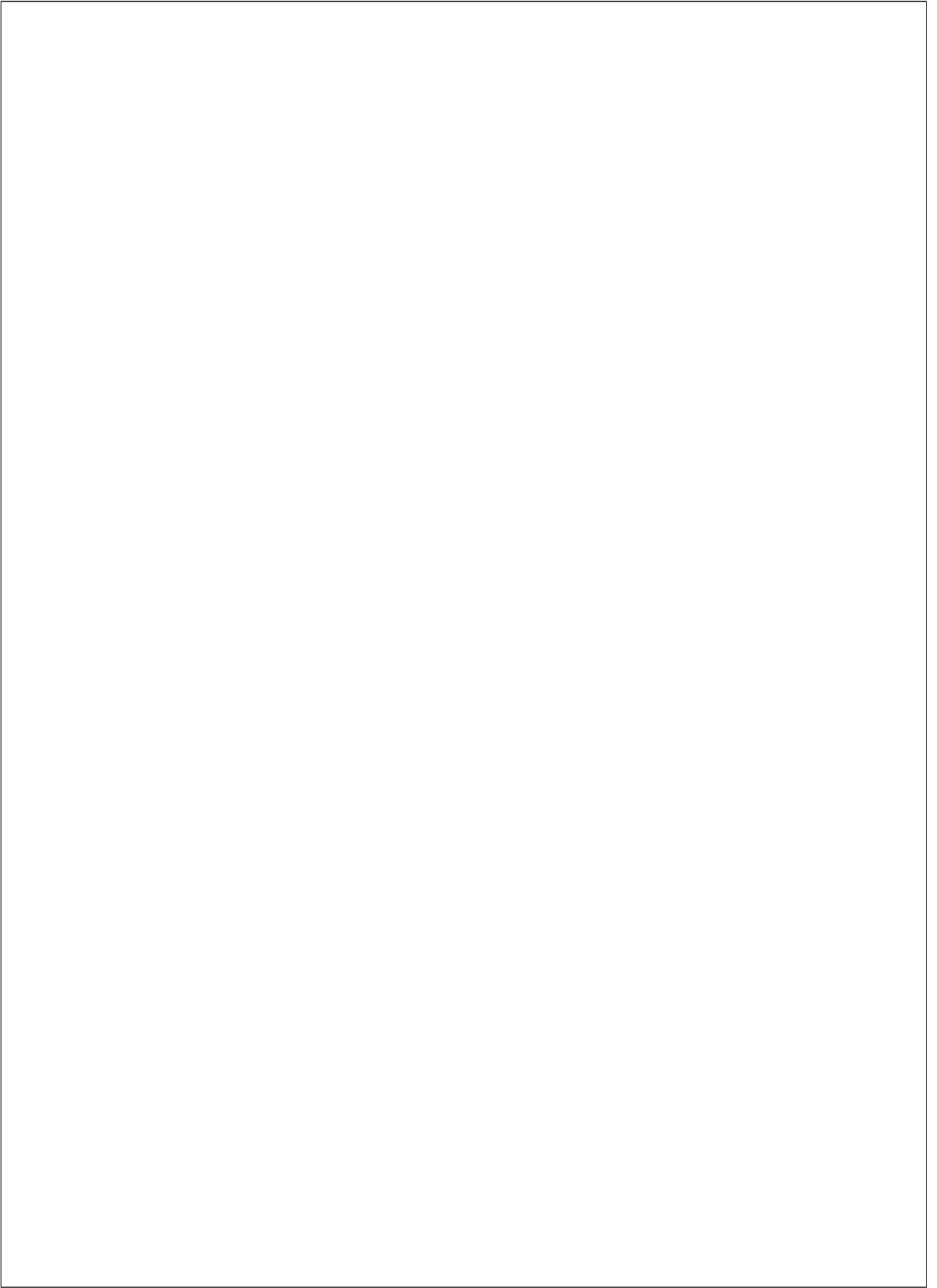
Ansoleaga *et al* ⁽²³⁾ en 2011 presentaron un informe sobre el **malestar psicofisiológico de los profesionales de la salud** (médicos y enfermeras) de Chile relacionado con su experiencia laboral en el que identificaban:

- Síntomas de desgaste emocional, agotamiento físico, saturación mental, mal humor, sentimiento de baja realización profesional, trato despersonalizado a colegas o a usuarios, frustración, trastornos digestivos, dolor de cabeza, insomnio, dolor de espalda y tensión muscular.
- Mejora de los aspectos técnicos, materiales, de infraestructura y de tecnología.
- Empeoramiento del tiempo para realizar las tareas, de la carga de trabajo y de la presión asistencial. Las enfermeras presentaron mayor nivel de malestar que los médicos.
- El incremento de la carga laboral, tanto médicos como enfermeras, lo asociaron a un conjunto de consecuencias negativas profesionales (impacta en el trato y cuidado de los pacientes; repercute en las relaciones interpersonales entre colegas; genera sentimientos de estrés, cansancio, ansiedad, agobio y abatimiento) y personales (afectación en la vida personal y familiar de los profesionales). Las enfermeras asociaron la sobrecarga con un mayor número de pacientes en los servicios, con un usuario más demandante y asertivo,

con la exigencia por cumplir múltiples tareas simultáneamente y con la reducción o no aumento del recurso humano en relación al aumento de la carga de trabajo.

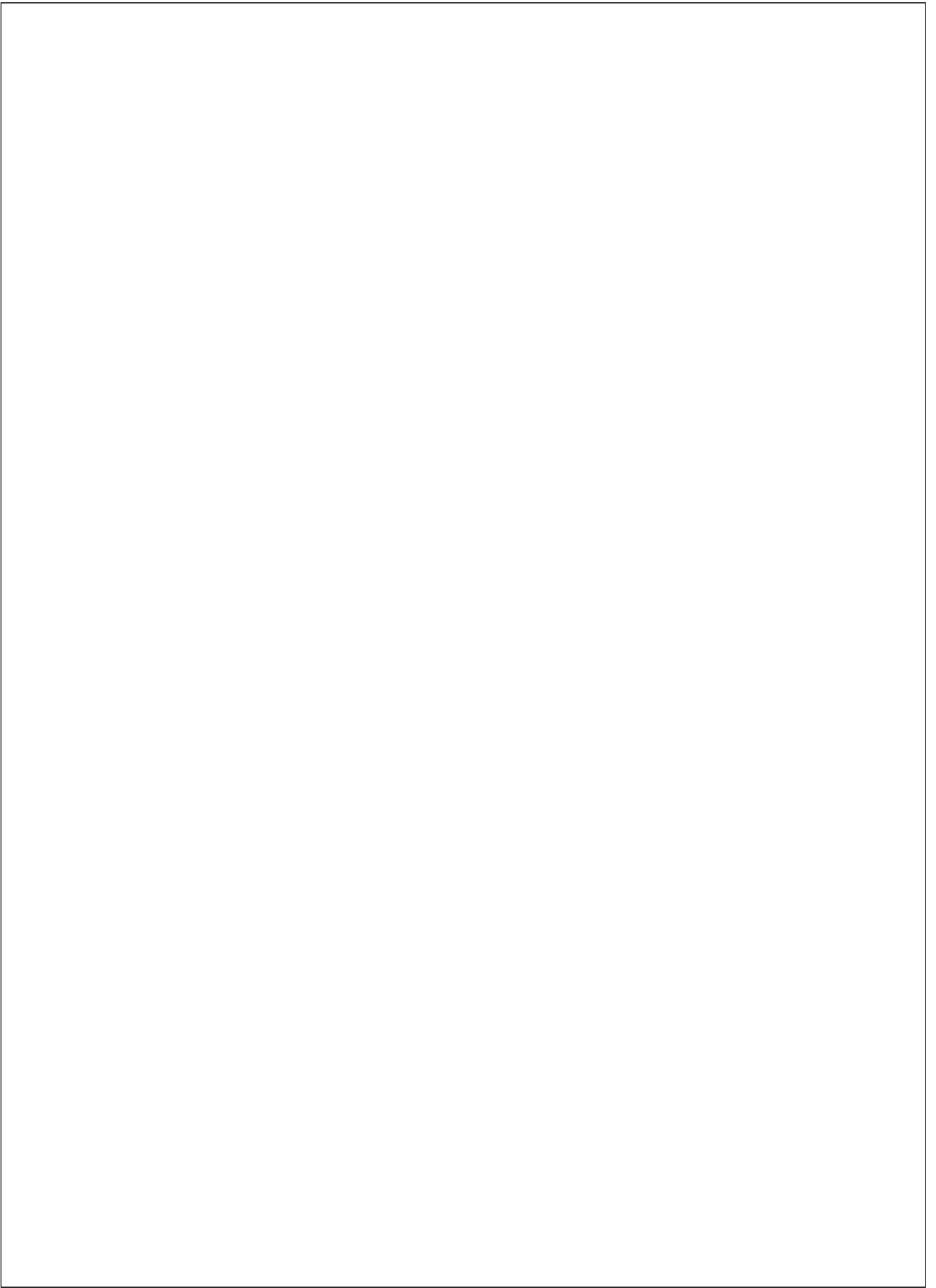
Ansoleaga *et al* ⁽²³⁾ plantean que las enfermeras chilenas presentaron mayor adhesión y adaptación a las nuevas prácticas de gestión, a las normas de la organización y a la ideología gerencialista, pero también mostraron mayores niveles de sobrecarga de trabajo y de malestar psicofisiológico.

La alta prevalencia de sintomatología en relación con el trabajo requiere prestar atención a aspectos organizacionales del trabajo como las condiciones físico ambientales, las relaciones sociales, la satisfacción percibida y las connotaciones cognitivas y emocionales de la experiencia de trabajo. Según Blanch ⁽²⁰⁾, la reorganización empresarial de hospitales y universidades generó, según la percepción de profesionales encuestados y entrevistados, un doble tipo de efectos: por el lado positivo, mayor racionalización y eficiencia económica y mejora de los recursos materiales y técnicos de trabajo y, por el negativo más sobrecarga de tarea, menos tiempo disponible y problemas de organización de agenda, calendario laboral y carrera profesional. Esta ambivalencia (satisfacción por lo primero y malestar por lo segundo) se expresó en respuestas cuantitativas a escalas del cuestionario y matizó en entrevistas semiestructuradas, donde emergieron reflexiones sobre el sentido y la calidad del propio trabajo y sobre experiencias de mala praxis profesional imputadas a las nuevas condiciones de trabajo.



2

JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN



2. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Las transformaciones producidas en el entorno laboral en las últimas décadas, derivadas de la interacción de factores de orden económico, social, político, cultural y tecnológico, han comportado cambios en el mundo laboral. La reorganización flexible, la innovación tecnológica, la Nueva Gestión Pública, y en los últimos años la gestión de la crisis económica, han comportado cambios que han repercutido en las condiciones de trabajo, en el bienestar laboral y en la calidad de vida laboral de los trabajadores.

En el entorno sanitario, el incremento de los costes en salud, el aumento de las expectativas respecto a la sanidad, los avances tecnológicos, la crisis económica, los cambios en las políticas de financiación y de seguridad de los pacientes, son algunos de los aspectos que han determinado la necesidad de transformación de las organizaciones sanitarias, para poder ser más ágiles y rentables, contener el gasto, contratar y retener profesionales excelentes, dar respuesta a las necesidades de los pacientes, mejorar la seguridad y la calidad asistencial, y ser más eficientes.

En este contexto, las condiciones de trabajo de los profesionales en general y de las enfermeras en particular han empeorado. El trabajo de las enfermeras requiere altos niveles de atención y concentración, elevada responsabilidad, así como conocimientos, habilidades y competencias para dar una atención integral y de calidad a los pacientes. Todo ello, en un contexto en el que ha aumentado la complejidad y la presión asistencial, la carga de trabajo, la precariedad y la inestabilidad laboral; situaciones que han contribuido a que los riesgos psicosociales en el entorno laboral de las enfermeras cada vez estén más presentes.

Las condiciones de trabajo de las enfermeras además de repercutir en su bienestar/malestar laboral, en su satisfacción/insatisfacción y en su calidad de vida laboral, también repercuten en los pacientes. Hay evidencia científica que las condiciones de trabajo de las enfermeras inciden en la calidad de la atención y cuidados, en la seguridad del paciente, en los resultados de salud (tasas de mortalidad, de infección nosocomial, de acontecimientos adversos, etc.) y en la

Calidad de vida laboral de las enfermeras:

Evaluación y propuestas de mejora

satisfacción de los usuarios. Dar una atención de calidad, integral y segura a los pacientes es clave, sin embargo también es importante conseguir el bienestar de los profesionales.

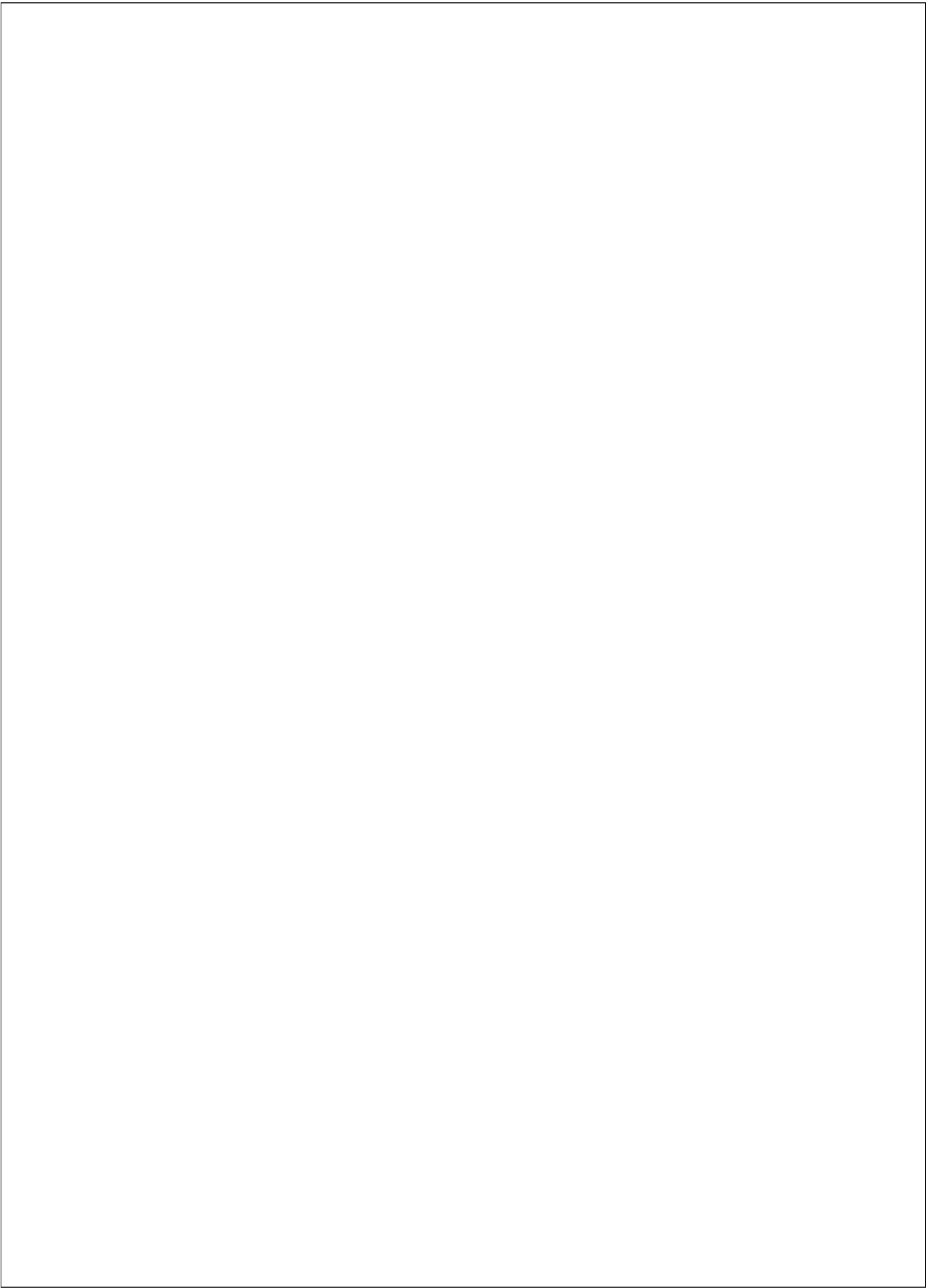
En este contexto se consideró necesario evaluar la calidad de vida laboral, desde miradas distintas pero complementarias, la cuantitativa y la cualitativa, miradas imprescindibles para tener una visión global y precisa sobre la calidad de vida laboral en el contexto actual. Para ello era necesario:

- Disponer de datos objetivos que indicaran cuál había sido el impacto percibido en las condiciones de trabajo de las enfermeras por la gestión de la crisis.
- Conocer cómo valoraban las enfermeras sus condiciones de trabajo y cómo percibían su bienestar laboral.
- Conocer cómo el contexto laboral estaba repercutiendo en las enfermeras a nivel de *burnout*, pero también a nivel de *engagement*.
- Analizar el significado que daban las enfermeras a su trabajo y cómo éste a su vez se relacionaba con la percepción que tenían de sus condiciones de trabajo.
- Conocer qué aspectos percibían las enfermeras que podrían mejorar su calidad de vida laboral.

Con esta investigación se pretende hacer un análisis de situación sobre la calidad de vida laboral de las enfermeras en el contexto actual, analizando distintos componentes y conociendo desde la mirada enfermera qué acciones de mejora habrían de implementarse para mejorar su calidad de vida laboral.

3

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN



3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar la calidad de vida laboral de las enfermeras de Barcelona.

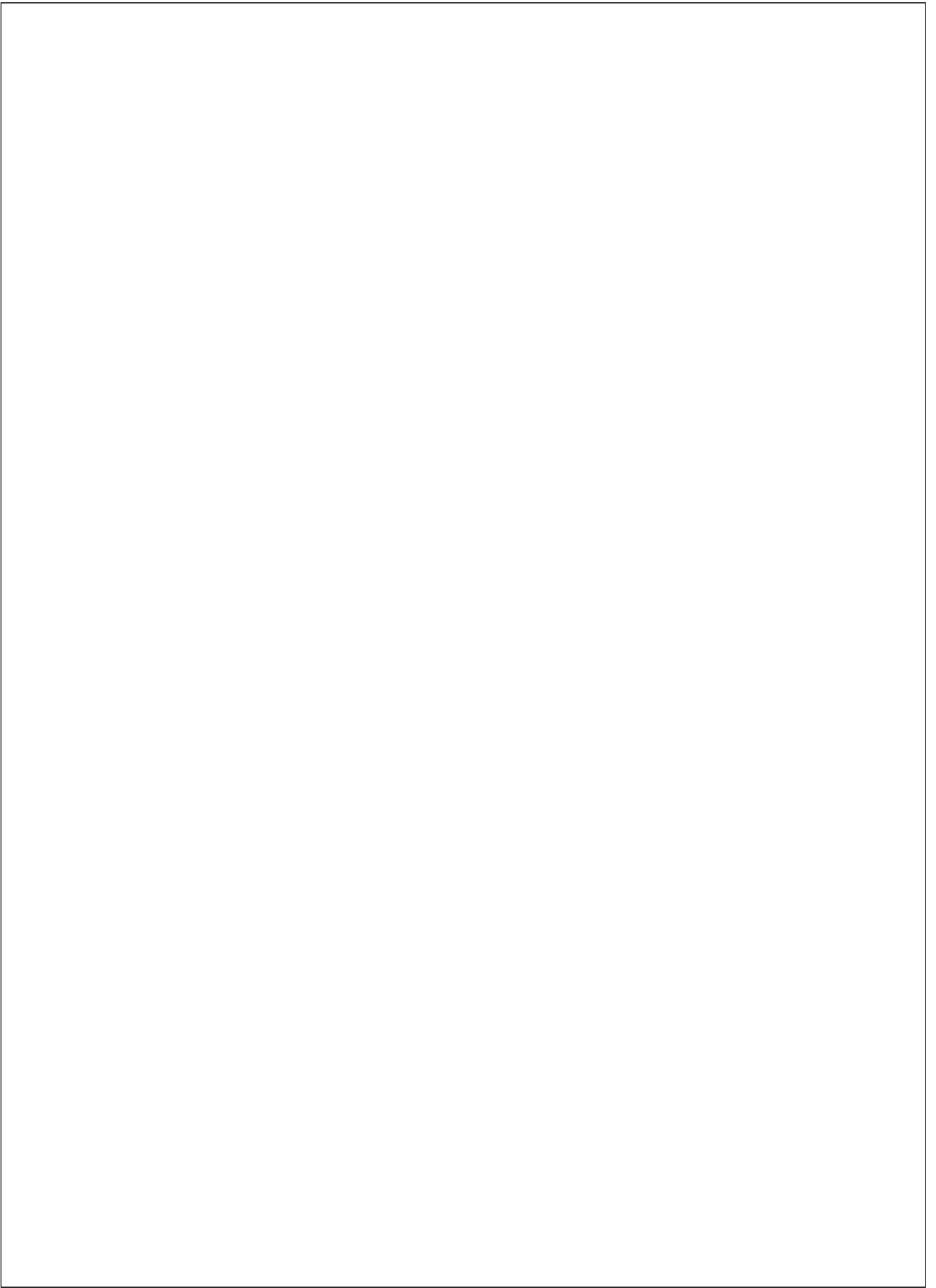
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- **Objetivo 1.** Evaluar el impacto percibido de las medidas de contención del gasto sanitario en las condiciones de trabajo de las enfermeras, identificando las diferencias en función del puesto y del ámbito de trabajo, del carácter del centro y de la situación contractual.
- **Objetivo 2.** Describir la valoración que las enfermeras hacen de las condiciones de trabajo, del bienestar laboral, del *burnout* y del *engagement*, como componentes de su calidad de vida laboral.
- **Objetivo 3.** Analizar las relaciones entre las condiciones de trabajo y los niveles percibidos de bienestar laboral, de *burnout* y de *engagement*.
- **Objetivo 4.** Analizar las relaciones entre la sobrecarga de trabajo y las puntuaciones relativas a las condiciones de trabajo, al bienestar laboral, al *burnout* y al *engagement*.
- **Objetivo 5.** Analizar las relaciones entre las condiciones de trabajo y el significado del trabajo.
- **Objetivo 6.** Analizar las relaciones entre las características sociodemográficas y laborales y las condiciones de trabajo, el bienestar laboral, el *burnout* y el *engagement*.

- **Objetivo 7.** Analizar cómo se distribuyen las puntuaciones de las condiciones de trabajo, del bienestar laboral, del *burnout* y del *engagement* según la calidad de vida laboral percibida.
- **Objetivo 8.** Explorar los aspectos que mejorarían la calidad de vida laboral desde la visión de las enfermeras.

4

METODOLOGÍA



4. METODOLOGÍA

4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

En esta investigación se utilizó una **metodología mixta**, que combinó un **análisis cuantitativo**, descriptivo y transversal, con un **análisis cualitativo** de contenido, de tipo exploratorio y descriptivo. El uso de una metodología mixta pretendió agregar significado a los datos numéricos del análisis cuantitativo mediante la información obtenida en el análisis cualitativo.

4.2. POBLACIÓN

La **población** objeto de estudio fueron las enfermeras de la provincia de Barcelona que estaban en situación o disposición activa de trabajo en junio de 2014. Se tomó como referencia las 38955 enfermeras colegiadas en el *Col·legi oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona* (COIB), de las cuales 32463 (83,3%) estaban en situación o disposición activa de trabajo y 6492 (16,7%) no estaban activas laboralmente por jubilación, incapacidad u otros motivos. Entre las enfermeras en situación o disposición activa un 88,6% eran mujeres y un 11,4% eran hombres.

4.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Los **criterios de inclusión** utilizados para la selección de la muestra fueron:

- Estar trabajando como enfermera o en disposición activa de trabajo.
- Trabajar como enfermera en el ámbito asistencial, docente, gestor o investigador.

Los **criterios de exclusión** utilizados para la selección de la muestra fueron:

- Ejercer un trabajo distinto al de enfermera.
- Estar trabajando fuera de la provincia de Barcelona.

4.4. CÁLCULO DE LA MUESTRA

El **tamaño de la muestra estimado** como mínimo necesario fue de 1.744 enfermeras. A partir de una población finita de 32.463 enfermeras se realizó el cálculo de la muestra, estableciendo una precisión del 3%, un intervalo de confianza del 99% y una proporción esperada del 50%.

4.5. TIPO DE MUESTREO

La **técnica de muestreo** utilizada fue de conveniencia. En el estudio se reclutaron de forma consecutiva las respuestas de las enfermeras que cumplimentaron el formulario de recogida de datos empíricos en el periodo comprendido entre julio de 2014 y enero de 2015.

4.6. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

El **tamaño de la muestra estudiada** (n) fue de 1.760 enfermeras. En el **perfil de la muestra** predominaron mujeres (85,9%), con una edad media de 41,9 años (DE 10,4) en ambos sexos, se habían graduado hacía 18,3 años (DE 10,8) y tenían una antigüedad en el centro de trabajo de 13,5 años (DE 10,0). Las participantes fueron predominantemente enfermeras generalistas (95,5%), empleadas en centros de carácter mixto o público, con una situación contractual estable (fijo, funcionario o estatutario), trabajaban a jornada completa, habían

estado contratadas todo el último año y desarrollaban su trabajo en el ámbito asistencial, en un hospital y en un turno diurno.

Los datos más relevantes relacionados con las **características sociodemográficas y laborales de la muestra**, agrupados según las categorías establecidas en la investigación, están plasmados en la *tabla 5*.

Calidad de vida laboral de las enfermeras:
Evaluación y propuestas de mejora

Tabla 5. Características sociodemográficas y laborales de la muestra

	n = 1760	n	%
Sexo			
Mujeres		1511	85,9
Hombres		249	14,1
Grupos de edad			
22 - 35 años		522	29,7
36 - 50 años		801	45,5
51 - 66 años		437	24,8
Años de titulación			
0 - 15 años		767	43,6
16 - 30 años		691	39,3
31 - 45 años		302	17,2
Carácter del centro de trabajo			
Público		575	32,7
Mixto		1015	57,7
Privado		170	9,7
Situación contractual			
Estable (laboral fijo, funcionario o estatutario)		1274	72,4
Interino		177	10,1
Temporal		285	16,2
Otro		24	1,4
Antigüedad en el trabajo actual			
0 - 15 años		1097	62,3
16 - 30 años		548	31,1
31 - 45 años		115	6,5
Jornada laboral			
100%		1340	76,1
50-99%		337	19,1
< 50%		71	4,0
Otro		12	0,7
Contratación último año			
Todo el año		1523	86,5
De 6 a < a 12 meses		123	7,0
< a 6 meses		82	4,7
No contratada		32	1,8
Ámbito de trabajo			
Asistencial		1425	81,0
Gestión		257	14,6
Docencia		56	3,2
Investigación		22	1,3
Puesto de trabajo			
Hospital		938	53,3
Atención primaria		396	22,5
Salud mental		152	8,6
Sociosanitario		124	7,0
Otro		150	8,5
Horario de trabajo			
Lunes a viernes		1014	57,6
Lunes a domingo		623	35,4
Festivos		63	3,6
Otros		60	3,4
Turno de trabajo			
Diurno		1416	80,5
Nocturno		251	14,3
Otro		93	5,3
Baja por enfermedad en el último año			
No baja o baja < 1 mes		1636	93,0
Baja ≥ 1 mes		124	7,0
Nivel de vida percibido			
Malo o muy malo		94	5,3
Regular		552	31,4
Buena o muy buena		1114	63,3
Dependencia de familiares			
No		696	39,5
Sí		1064	60,5

4.7. VARIABLES DE ESTUDIO

Las variables que configuraron el estudio se definen a continuación.

4.7.1. VARIABLES RELACIONADAS CON LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES

Las variables relacionadas con las **características sociodemográficas y laborales** de la muestra fueron:

- **Sexo** (mujer, hombre).
- **Edad** en años. Esta variable se categorizó en tres grupos de edad: de 22 a 35 años, de 36 a 50 años y de 51 a 66 años.
- **Años de titulación**. Esta variable se categorizó en tres grupos: de 0 a 15 años, de 16 a 30 años y de 31 a 45 años.
- **Antigüedad en el centro de trabajo** en años. Esta variable se categorizó en tres grupos: de 0 a 15 años, de 16 a 30 años y de 31 a 45 años.
- **Carácter del centro de trabajo** (público, privado, mixto).
- **Categoría profesional** (enfermera/o generalista, comadrona, otro).
- **Situación contractual** (funcionario o estatutario, contrato laboral fijo, interino, contrato/s temporal/es, no trabajo, otro). Esta variable se agrupó en cuatro grupos: estable (funcionario o estatutario, laboral fijo), interino, temporal, otro (no trabajo y otro).
- **Jornada laboral** (100%, 75-99%, 50-74%, 25-49%, < 25%, otro). Esta variable se agrupó en cuatro grupos: 100%, 50-99%, < 50%, otro.

Calidad de vida laboral de las enfermeras:

Evaluación y propuestas de mejora

- **Tiempo de contratación en el último año** (no he estado contratada, < a 1 mes, de 1 a < a 3 meses, de 3 a < a 6 meses, de 6 a < a 9 meses, de 9 a < a 12 meses, todo el año). Esta variable se agrupó en cuatro grupos: No contratada, < a 6 meses, de 6 a < a 12 meses, todo el año.
- **Ámbito de trabajo** (asistencial, docente, gestión, investigación).
- **Puesto de trabajo** (atención primaria, salud mental, sociosanitario, hospital o clínica, otro).
- **Horario** (lunes a viernes excepto días festivos, lunes a viernes y ocasionalmente trabajo días festivos, sábados y/o domingos, de lunes a domingo con descansos periódicos en días laborables y fines de semana, sólo fines de semana y/o festivos, otro). Esta variable, se agrupó en cuatro grupos: lunes a viernes, lunes a domingo, festivos, otros.
- **Turno de trabajo** (mañana, tarde, jornada partida mañana y tarde, rotatorio mañana y tarde, día 12 horas, noche, otro). Esta variable se agrupó en tres grupos: diurno, nocturno, otro.
- **Tiempo de baja por enfermedad en el último año** (no he estado de baja por enfermedad, < a 1 mes, de 1 a < a 3 meses, de 3 a < a 6 meses, de 6 a < a 9 meses, de 9 a < a 12 meses, todo el año). Esta variable se agrupó en dos grupos: no baja o baja < a 1 mes, baja \geq a 1 mes.
- **Nivel de vida percibido** (muy malo, malo, regular, bueno, muy bueno). Esta variable, se agrupó en tres grupos: malo o muy malo, regular, bueno o muy bueno.
- **Dependencia de familiares** (sí, no).

4.7.2. VARIABLES RELACIONADAS CON LAS MEDIDAS Y REPERCUSIONES DE LA CONTENCIÓN DEL GASTO EN EL CENTRO DE TRABAJO EN EL CONTEXTO DE CRISIS ECONÓMICA

Las variables relacionadas con las **medidas y repercusiones de la contención del gasto en el centro de trabajo en el contexto de crisis económica** fueron:

- Reducción del 5% del salario.
- Retirada de paga/s extraordinaria/s.
- Pérdida parcial o total de la Dirección por objetivos (DPOs).
- Pérdida o congelación de la carrera profesional.
- Incremento de las horas de jornada laboral anual.
- Incremento del número de pacientes por enfermera de forma temporal.
- Incremento del número de pacientes por enfermera de forma definitiva.
- Aumento de la complejidad y/o presión asistencial.
- Incremento de la rotación por distintos servicios.
- Cambio del ámbito de trabajo.
- Cambio del turno de trabajo.
- Aumento de la precariedad laboral.
- Despido o expediente de regulación de empleo.
- Pérdida de empleo por no renovación de contrato.

Las 14 variables anteriores tenían tres opciones de respuesta: sí han aplicado la medida en mi organización y sí me ha afectado directamente, sí han aplicado la medida en mi organización y no me ha afectado directamente, no han aplicado la medida en mi organización. Estas variables, se agruparon en dos grupos: sí me ha afectado, no me ha afectado.

4.7.3. VARIABLES RELACIONADAS CON LA CALIDAD DE VIDA LABORAL

Las variables relacionadas con la **calidad de vida laboral** (CVL) fueron asociadas a las condiciones de trabajo, al bienestar laboral, al *engagement* y al *burnout*. Cada una de estas variables tuvo a su vez otras variables asociadas a ellas como veremos a continuación.

4.7.3.1. Variables relacionadas con las condiciones de trabajo

La variable **condiciones de trabajo** (CT) fue valorada a partir de la puntuación media obtenida en el cuestionario de condiciones de trabajo (c-CT) ⁽⁵⁸⁾. El cuestionario se compone de tres factores y cada uno de ellos está constituido por dos escalas.

Las variables asociadas a las condiciones de trabajo se corresponden con los tres factores y las seis escalas del c-CT y fueron valoradas a partir de la puntuación media obtenida en cada factor y en cada escala. Estas variables son:

- **Organización y método** (factor).
 - **Regulación** (escala).
 - **Desarrollo** (escala).

- **Organización y entorno** (factor).
 - **Entorno material** (escala).
 - **Entorno social** (escala).

- **Organización y persona** (factor).
 - **Ajuste organización-persona** (escala).
 - **Adaptación persona-organización** (escala).

La variable **carga de trabajo** se valoró a partir de la puntuación media obtenida en uno de los ítems de la escala de regulación.

4.7.3.2. Variables relacionadas con el bienestar laboral general

La variable **bienestar laboral general** (BLG) fue valorado a partir de la puntuación media obtenida en el cuestionario de bienestar laboral general (c-BLG) ⁽⁴⁴⁾. El cuestionario se compone de dos factores y cada uno de ellos está constituido por tres escalas.

Las variables asociadas al bienestar laboral general se corresponden con los dos factores y seis escalas del c-BLG y fueron valoradas a partir de la puntuación media obtenida en cada factor y en cada escala. Estas variables son:

- **Bienestar psicosocial** (factor).
 - **Afectos** (escala).
 - **Competencias** (escala).
 - **Expectativas** (escala).

- **Efectos colaterales** (factor).
 - **Somatización** (escala).
 - **Desgaste** (escala).
 - **Alienación** (escala).

4.7.3.3. Variables relacionadas con el *burnout*

Las variables asociadas al **burnout** fueron: **agotamiento**, **cinismo** y **eficacia profesional**. Estas variables se correspondieron con las 3 escalas del *Maslach burnout inventory - general survey (MBI-GS)* ^(105,130) y fueron valoradas a partir de la puntuación media obtenida en cada una de ellas.

4.7.3.4. Variables relacionadas con el *engagement*

Las variables asociadas al **engagement** fueron: **vigor**, **dedicación** y **absorción**. Estas variables se corresponden con las 3 dimensiones de la *Utrecht work engagement scale (UWES)* ^(142,190) y fueron valoradas a partir de la puntuación media obtenida en cada una de ellas.

4.7.4. VARIABLE TIEMPO DE TRABAJO POR ACTIVIDAD

La variable **tiempo de trabajo por actividad** a desarrollar dentro de la jornada laboral se valoró con la puntuación media obtenida en una escala Likert de 1 a 7, donde 1 significaba *me falta tiempo* y 7 *me sobra tiempo*.

4.7.5. VARIABLE SIGNIFICADO DEL TRABAJO

La variable **significado del trabajo** (ST) fue estudiada a partir del análisis textual de los datos obtenidos en la pregunta *escriba las palabras clave que le vengan a la mente cuando piensa en su trabajo*. Se categorizaron las formas léxicas del significado del trabajo en 31 códigos definidos a partir del diccionario de Ochoa ⁽¹⁵⁾ adaptado para esta investigación.

4.7.6. VARIABLE CALIDAD DE VIDA LABORAL: ESTADO Y ACCIONES DE MEJORA

La calidad de vida laboral se ha estudiado a partir de 2 variables: calidad de vida laboral percibida y calidad de vida laboral -acciones de mejora-.

La variable **calidad de vida laboral percibida** fue valorada a partir de la puntuación media obtenida en el ítem que interrogaba sobre *si en los últimos años había bajado o había subido mi calidad de vida laboral* en una escala de 1 a 7. Este ítem forma parte de la escala de expectativas del f-BPS.

La variable **calidad de vida laboral -acciones de mejora-** fue valorada a partir de la información recogida en la pregunta *¿Qué considera que se podría hacer para mejorar la calidad de vida laboral de las enfermeras?* La información obtenida se distribuyó en 18 categorías que se agruparon en 4 áreas temáticas.

4.8. FUENTE DE INFORMACIÓN Y FORMULARIO DE INVESTIGACIÓN

El **formulario de la investigación** (*anexo 1*) se construyó para recoger los datos empíricos de interés para el estudio y constó de:

- Hoja de recogida de datos sociodemográficos y laborales (preguntas 0-18).
- Inventario de las medidas de contención del gasto aplicadas en el centro de trabajo en el contexto de crisis (pregunta 19).
- Cuestionario de condiciones de trabajo (preguntas 20-24).
- Cuestionario de bienestar laboral general (preguntas 25-27).
- *Maslach burnout inventory - general survey* (pregunta 28).
- *Utrecht work engagement scale* (pregunta 29).
- Escala Likert de valoración de la adecuación del tiempo de trabajo en relación a la actividad a desarrollar dentro de la jornada laboral (pregunta 30).
- Valoración del significado del trabajo, el impacto positivo y negativo del trabajo y las acciones de mejora que las enfermeras realizarían para mejorar su calidad de vida laboral (preguntas 31-34).

El formulario de recogida de datos de la investigación fue autoadministrable y estuvo constituido por un total de 35 preguntas que se desglosaban en 169 ítems.

A continuación se detalla el contenido y aspectos principales de cada uno de los apartados del formulario utilizado.

4.8.1. HOJA DE RECOGIDA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y LABORALES

El formulario recogió los **datos sociodemográficos y laborales** de los participantes que fueron considerados de interés para la investigación. Un total de 19 preguntas conformaron la hoja de recogida de datos.

4.8.2. INVENTARIO DE MEDIDAS Y REPERCUSIONES DE LA CONTENCIÓN DEL GASTO EN EL CENTRO DE TRABAJO EN EL CONTEXTO DE CRISIS ECONÓMICA

El inventario recogió las principales **medidas y repercusiones de la contención del gasto en el contexto de crisis económica**. El inventario estuvo conformado por 14 ítems que permitían identificar si el aspecto planteado había sido o no aplicado en el centro de trabajo y en el caso de que hubiera sido aplicado si había afectado o no al participante.

4.8.3. CUESTIONARIO DE CONDICIONES DE TRABAJO

El **cuestionario de condiciones de trabajo** (c-CT) utilizado en esta investigación fue diseñado y validado por *Blanch JM, Sahagún M y Cervantes G en 2010* ⁽⁵⁸⁾. El cuestionario es una herramienta que permite evaluar los componentes centrales de la dimensión psicosocial de las condiciones de trabajo en organizaciones de servicios a personas (sanidad, educación o justicia). Su contenido incluye aspectos que en función de su presencia e intensidad pueden funcionar como factores protectores y promotores de la salud, del bienestar y de la calidad de vida laboral o bien como factores de riesgo psicosocial.

El c-CT está constituido por 44 ítems distribuidos en seis escalas que se agrupan en tres factores o diadas. Según el modelo teórico (*figura 2*), las condiciones de trabajo (CT) se configuran en torno a una triple relación de la organización con el método, el entorno y la persona. El c-CT tiene tres factores:

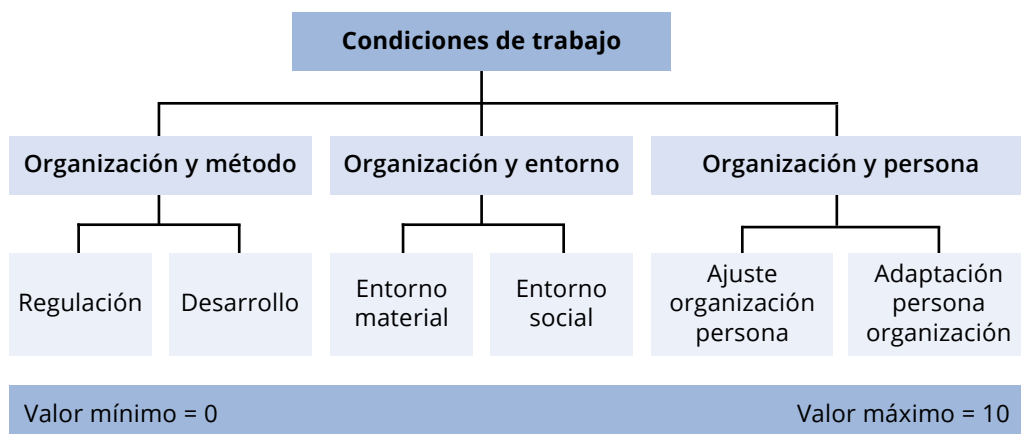
1. **Organización y método.** Factor que está constituido por las escalas de **regulación** (6 ítems) y **desarrollo** (8 ítems). En estas escalas se valoran determinados aspectos de las CT del centro. Los ítems de las escalas tienen un formato de respuesta de elección múltiple con opciones que van de 0 (significa *valor pésimo*) a 10 (significa *valor óptimo*).
2. **Organización y entorno.** Factor que está constituido por las escalas de **entorno material** (4 ítems) y **entorno social** (4 ítems). En estas escalas se valoran determinados aspectos del entorno de trabajo. Los ítems de las escalas

tienen un formato de respuesta de elección múltiple con opciones que van de 0 (significa *valor pésimo*) a 10 (significa *valor óptimo*).

3. **Organización y persona.** Factor que está constituido por las escalas de **ajuste organización-persona** (15 ítems) y **adaptación persona-organización** (7 ítems). En estas escalas se valora el ajuste de la organización a la persona y la adaptación de la persona a la organización. Los ítems de las escalas tienen un formato de respuesta de elección múltiple con opciones que van de 0 (significa *nunca*) a 10 (significa *siempre*).

En la *figura 2* se muestra el modelo teórico del cuestionario.

Figura 2. Modelo teórico del cuestionario de condiciones de trabajo



El análisis de fiabilidad realizado por *Blanch et al* ⁽⁵⁸⁾ obtuvo un valor global de alfa de *Cronbach* (α) de 0,96 en el c-CT oscilando los valores α entre un mínimo de 0,83 en la escala de entorno social y un máximo de 0,97 en la escala de adaptación persona-organización. En la muestra de estudio los valores de alfa de *Cronbach* obtenidos fueron similares en términos de consistencia interna a los obtenidos por *Blanch et al*. En la *tabla 6* se pueden ver los valores obtenidos en la muestra de investigación y en la de *Blanch et al*.

Tabla 6. Cuestionario de condiciones de trabajo: Coeficiente de consistencia interna

n = 1760	α en la muestra de estudio	α en el estudio de <i>Blanch et al</i>
Condiciones de trabajo	0,98	0,96
Organización y método	0,94	0,93
Regulación	0,85	0,85
Desarrollo	0,94	0,90
Organización y entorno	0,87	0,85
Entorno material	0,87	0,85
Entorno social	0,85	0,83
Organización y persona	0,97	0,96
Ajuste organización-persona	0,98	0,89
Adaptación persona-organización	0,89	0,97

En el *anexo 2* se muestra el c-CT con las seis escalas que lo componen, las instrucciones de aplicación y el redactado de los ítems.

4.8.4. CUESTIONARIO DE BIENESTAR LABORAL GENERAL

El **cuestionario de bienestar laboral general** (c-BLG) utilizado en esta investigación fue diseñado y validado por *Blanch JM, Sahagún M, Cantera L, Cervantes G en 2010* ⁽⁴⁴⁾. El cuestionario es una herramienta que permite evaluar las dimensiones psicológicas del bienestar en el trabajo y el carácter bipolar de esta experiencia.

El c-BLG está constituido por 55 ítems distribuidos en seis escalas que se agrupan en dos factores o triadas. Según el modelo teórico, el bienestar laboral general incluye dos factores o dimensiones principales:

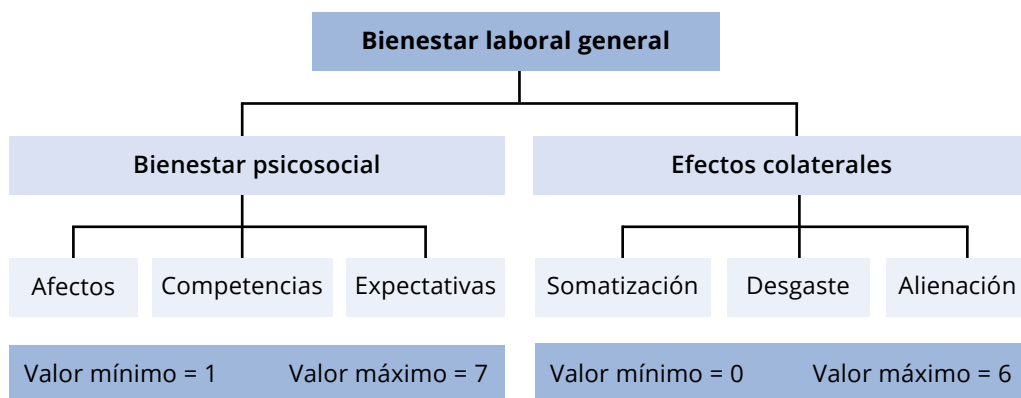
1. **Bienestar psicosocial.** Factor que está constituido por las escalas de **afectos** (10 ítems), **competencias** (10 ítems) y **expectativas** (22 ítems). En estas escalas se pide a la persona que valore determinados aspectos del bienestar psicosocial vinculados a la propia circunstancia laboral. Los ítems de las escalas tienen un formato de respuesta de elección múltiple con opciones que

van de 1 a 7. En las escalas de afectos y de competencias la persona ha de ponerse en la situación de *actualmente, en mi trabajo, siento...* y puntuar cada uno de los ítems a partir de un formato diferencial semántico (*insatisfacción-satisfacción, inseguridad-seguridad, etc.*) en el que 1 corresponde a la peor situación y 7 a la mejor. En la escala de expectativas la persona ha de ponerse en la situación de *en los últimos años...* y puntuar a partir de una escala Likert con valores que van de 1 (significa *ha bajado*) a 7 (significa *ha subido*).

2. **Efectos colaterales.** Factor que está constituido por las escalas de **somatización** (5 ítems), **desgaste** (4 ítems) y **alienación** (4 ítems). En estas escalas se pide a la persona que valore aspectos vinculados a los efectos colaterales generados por la propia circunstancia laboral. Los ítems de las escalas tienen un formato de respuesta de elección múltiple con opciones que van de 0 (significa *nunca*) a 6 (significa *siempre*). En estas tres escalas la persona ha de ponerse en la situación de *actualmente, por causa de mi trabajo, siento...* y puntuar a partir de una escala Likert con valores que van de 0 a 6.

En la *figura 3* se muestra el modelo teórico del cuestionario.

Figura 3. Modelo teórico del cuestionario de bienestar laboral general



El análisis de fiabilidad realizado por *Blanch et al* ⁽⁴⁴⁾ obtuvo un valor global de alfa de *Cronbach* (α) de 0,97 en el c-BLG oscilando los valores α entre un mínimo

de 0,82 en la escala de alienación y un máximo de 0,97 en el factor bienestar psicosocial. En la muestra de estudio los valores de alfa de *Cronbach* obtenidos fueron similares en términos de consistencia interna a los obtenidos por *Blanch et al.* En la *tabla 7* se pueden ver los valores obtenidos en la muestra de investigación y en los de *Blanch et al.*

Tabla 7. Cuestionario de bienestar laboral general: Coeficiente de consistencia interna

n = 1760	α en la muestra de estudio	α en el estudio de Blanch JM et al
Bienestar laboral general	0,94	0,97
Bienestar psicosocial	0,98	0,97
Afectos	0,96	0,93
Competencias	0,96	0,95
Expectativas	0,97	0,96
Efectos colaterales	0,93	0,91
Somatización	0,84	0,87
Desgaste	0,89	0,87
Alienación	0,89	0,82

En el *anexo 3* se muestra el c-BLG con las seis escalas que lo componen, las instrucciones de aplicación y el redactado de los ítems.

4.8.5. MASLACH BURNOUT INVENTORY - GENERAL SURVEY

El *Maslach burnout inventory - general survey (MBI-GS)* utilizado en esta investigación fue el validado y publicado por *Bresó E, Salanova M, Schaufeli WB y Nogareda C* en 2007 ^(105,130).

El *MBI-GS* está constituido por 15 ítems distribuidos en tres escalas. Según el modelo teórico, el *burnout* incluye tres escalas:

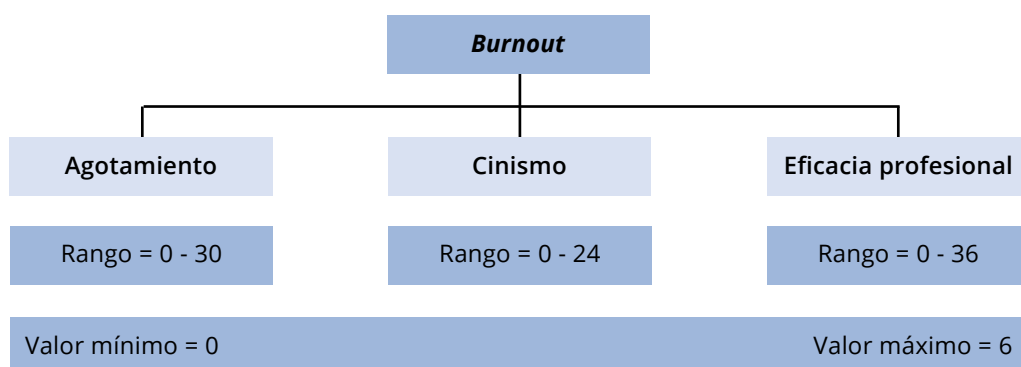
1. **Agotamiento.** Escala que hace referencia al cansancio emocional, a la disminución y a la pérdida de recursos emocionales, al sentimiento de estar

emocionalmente agotado y exhausto debido al trabajo que se realiza. La escala de agotamiento consta de 5 ítems, que suman una puntuación total que oscila entre 0 y 30 puntos.

2. **Cinismo** (despersonalización). Escala que hace referencia a la pérdida de interés y de entusiasmo por el trabajo y al cuestionamiento sobre el valor y utilidad del trabajo que se realiza. La escala de cinismo consta de 4 ítems, que suman una puntuación total que oscila entre 0 y 24 puntos.
3. **Eficacia profesional** (realización). Escala que hace referencia a la respuesta eficaz ante la actividad propia de la organización y al momento de terminar las actividades propias del trabajo, a hacer bien el trabajo, a conseguir los objetivos en el trabajo y a realizar cosas valiosas dentro del trabajo. La escala de eficacia profesional consta de 6 ítems, que suman una puntuación total que oscila entre 0 y 36 puntos.

Los ítems del *MBI-GS*, tienen un formato de respuesta de elección múltiple con opciones que van de 0 (valor mínimo) a 6 (valor máximo). En la *figura 4* se muestra el modelo teórico del inventario.

Figura 4. Modelo teórico del *Maslach burnout inventory - general survey*



El análisis de fiabilidad realizado por *Bresó et al* ⁽¹⁰⁵⁾ obtuvo un valor de alfa de *Cronbach* (α) de 0,87 en la escala de agotamiento, de 0,85 en la escala de cinismo

y de 0,78 en la escala de eficacia profesional. En la muestra de estudio los valores de alfa de *Cronbach* obtenidos fueron similares en términos de consistencia interna a los obtenidos por *Bresó et al.* En la *tabla 8* se pueden ver los valores obtenidos en la muestra de investigación y en los de *Bresó et al.*

Tabla 8. Maslach burnout inventory - general survey: Coeficiente de consistencia interna		
n = 1760	α en la muestra de estudio	α en el estudio de <i>Bresó et al</i>
Burnout	0,82	---
Agotamiento	0,91	0,87
Cinismo	0,80	0,85
Eficacia profesional	0,81	0,78

En el *anexo 4* se muestra el *MBI-GS* con las tres escalas que lo componen, las instrucciones de aplicación y el redactado de los ítems.

4.8.6. UTRECHT WORK ENGAGEMENT SCALE

La **Utrecht work engagement scale** (*UWES*) utilizada en esta investigación fue la versión española presentada por *Salanova M* y *Schaufeli WB* en 2009 ⁽¹⁴²⁾.

La *UWES* utilizada en esta investigación, está constituida por 17 ítems distribuidos en tres dimensiones. Según el modelo teórico, la *UWES* incluye tres dimensiones:

1. **Vigor.** Este componente hace referencia a la fuerza y a la energía en el trabajo, a las ganas de ir a trabajar, de continuar trabajando durante largos periodos de tiempo y a la persistencia en el trabajo a pesar de no ir las cosas bien. La escala de vigor consta de 6 ítems, con una puntuación total que oscila entre 0 y 36 puntos.
2. **Dedicación.** Este componente hace referencia al trabajo que tiene sentido y propósito, al entusiasmo para trabajar, al orgullo por el trabajo que se hace y

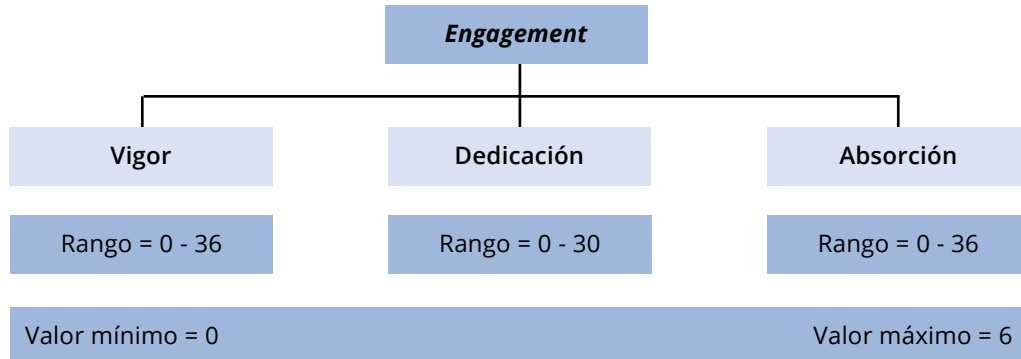
a un trabajo vivido como retador. La escala de dedicación consta de 5 ítems, con una puntuación total que oscila entre 0 y 30 puntos.

3. **Absorción.** Este componente hace referencia a la pérdida de la noción del tiempo mientras se trabaja, sintiendo felicidad al estar trabajando y olvidando todo lo que sucede a su alrededor por estar trabajando. La escala de absorción consta de 6 ítems, con una puntuación total que oscila entre 0 y 36 puntos.

Los ítems de la *UWES*, tienen un formato de respuesta de elección múltiple con opciones que van de 0 (valor mínimo) a 6 (valor máximo).

En la *figura 5* se muestra el modelo teórico de la escala.

Figura 5. Modelo teórico de la *Utrecht work engagement scale*



El análisis factorial realizado por *Schaufeli et al* ⁽¹⁹⁰⁾ obtuvo un valor de alfa de *Cronbach* (α) de 0,83 en la dimensión de vigor, de 0,92 en la dimensión de dedicación y de 0,82 en la dimensión de absorción. En la muestra de estudio los valores de alfa de *Cronbach* obtenidos fueron similares en términos de consistencia interna a los obtenidos por *Schaufeli et al*. En la *tabla 9* se pueden ver los valores obtenidos en la muestra de investigación y en los de *Schaufeli et al*.

Tabla 9. Utrecht work engagement scale: Coeficiente de consistencia interna

n = 1760	α en la muestra de estudio	α en el estudio de <i>Schaufeli et al</i>
Engagement	0,92	0,93
Vigor	0,81	0,83
Dedicación	0,89	0,92
Absorción	0,75	0,82

En el *anexo 5* se muestra la *UWES* con las tres dimensiones que lo componen, las instrucciones de aplicación y el redactado de los ítems.

4.8.7. TIEMPO DE TRABAJO POR ACTIVIDAD A DESARROLLAR

El formulario de investigación incluye una pregunta cerrada en la que el participante ha de valorar si *para hacer bien todo mi trabajo, con mi actual jornada laboral, en general... me falta tiempo o me sobra tiempo*. Este ítem se valora en una escala Likert de 1 a 7, donde 1 que es el valor mínimo significa *me falta tiempo* y 7 que es el valor máximo significa *me sobra tiempo*.

4.8.8. PREGUNTAS ABIERTAS

Las preguntas abiertas profundizan cualitativamente en aspectos del trabajo como son el **significado del trabajo**, el **impacto positivo y negativo del trabajo** y las **acciones de mejora que las enfermeras realizarían para mejorar su calidad de vida laboral**. Las preguntas abiertas son:

- *Escriba las palabras clave que le vengan a la mente cuando piensa en su trabajo.*
- *Señale lo mejor de su trabajo.*
- *Señale lo peor de su trabajo.*
- *¿Qué considera que se podría hacer para mejorar la calidad de vida laboral de las enfermeras?*

4.9. PROCEDIMIENTO DE LA RECOGIDA DE DATOS

Previamente al inicio de recogida de los datos, se realizó una **prueba piloto** con 10 enfermeras de ámbitos de conocimiento y experiencia diferentes para valorar la comprensión e idoneidad de los ítems del formulario, así como el cálculo del tiempo medio para su cumplimentación, que osciló entre 20 y 30 minutos. A partir de los comentarios y sugerencias propuestas se procedió a la reformulación de alguna pregunta para facilitar la comprensión de la misma.

El **acceso a la muestra** fue a través del *Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona* (COIB), que difundió la investigación a través de sus canales de comunicación, informó sobre los aspectos principales de esta y dio un link de acceso al formulario.

El **formulario de investigación** estaba precedido por una nota informativa que explicaba el objetivo general del estudio, el uso científico que se haría de los datos, la voluntariedad en la participación, el anonimato de los participantes y el tiempo de cumplimentación. El acceso online al formulario facilitó la cumplimentación y el envío de las respuestas, que se descargaban automáticamente en la base de datos.

4.10. TIPOS DE ANÁLISIS

4.10.1. ANÁLISIS CUANTITATIVO

Se realizó un **análisis descriptivo** de todas las variables del estudio. En las variables cuantitativas se calculó la media (X) y la desviación estándar (DE). En las variables cualitativas se calculó la frecuencia y el porcentaje (%).

El análisis descriptivo evaluó:

- El impacto percibido de las medidas de contención del gasto sanitario en las condiciones de trabajo de las enfermeras. Se consideró impacto alto (IA) cuando

Calidad de vida laboral de las enfermeras:

Evaluación y propuestas de mejora

fue mayor al 65%, impacto moderado (IM) cuando osciló entre un 35 y un 65% e impacto bajo (IB) cuando fue inferior al 35%.

- Las condiciones de trabajo, el bienestar laboral general, el *burnout* y el *engagement* como componentes determinantes de la calidad de vida laboral de las enfermeras. En el c-CT y el c-BLG se calculó la media y la desviación estándar de los ítems, las escalas, los factores y los cuestionarios. En el *MBI* y en la *UWES* se calculó la media y la desviación estándar de los ítems y la suma de las puntuaciones medias obtenidas para cada escala del *MBI* y para cada dimensión de la *UWES*.

Los **parámetros** utilizados para la valoración de las condiciones de trabajo, del bienestar laboral general, del *burnout* y del *engagement* se definen a continuación:

- En las condiciones de trabajo se partió de las puntuaciones medias obtenidas y se establecieron cuatro niveles correspondientes a CT pésimas (0 a 2,5), CT malas (> 2,5 a 5), CT buenas (> 5 a 7,5) y CT óptimas (> 7,5 a 10).
- En el bienestar psicosocial se partió de las puntuaciones medias obtenidas y se establecieron cuatro estados correspondientes a pésimo (1 a 2,5), malo (> 2,5 a 4), bueno (> 4 a 5,5) y óptimo (> 5,5 a 7).
- En los efectos colaterales se partió de las puntuaciones medias obtenidas y se establecieron cuatro estados correspondientes a óptimo (0 a 1,5), bueno (> 1,5 a 3), malo (> 3 a 4,5) y pésimo (> 4,5 a 6).
- En el *burnout* se partió de la suma de las puntuaciones medias obtenidas y se establecieron cinco categorías correspondientes a muy bajo (0 a 1,2), bajo (> 1,2 a 2,4), moderado (> 2,4 a 3,6), alto (> 3,6 a 4,8) y muy alto (> 4,8 a 6).
En las escalas del *burnout*, al ser las puntuaciones resultado del sumatorio de los ítems y los rangos entre ellas distintos, se establecieron las mismas categorías pero los parámetros fueron los siguientes:
 - En la escala de cinismo muy bajo (0 a 4,8), bajo (> 4,8 a 9,6), moderado (> 9,6 a 14,4), alto (> 14,4 a 19,2) y muy alto (> 19,2 a 24).
 - En la escala de agotamiento muy bajo (0 a 6), bajo (> 6 a 12), moderado (> 12 a 18), alto (> 18 a 24) y muy alto (> 24 a 30).
 - En la escala de eficacia profesional muy bajo (0 a 7,2), bajo (> 7,2 a 14,4), moderado (> 14,4 a 21,6), alto (> 21,6 a 28,8) y muy alto (> 28,8 a 36).
- En el *engagement* se partió de la suma de las puntuaciones medias obtenidas y se establecieron cinco categorías correspondientes a muy bajo (0 a 1,2), bajo (> 1,2 a 2,4), moderado (> 2,4 a 3,6), alto (> 3,6 a 4,8) y muy alto (> 4,8 a 6). En las escalas, al ser las puntuaciones resultado del sumatorio de los ítems y los

rangos distintos, se establecieron las mismas categorías pero los parámetros fueron los siguientes:

- En la escala de vigor muy bajo (0 a 7,2), muy bajo (> 7,2 a 14,4), moderado (> 14,4 a 21,6), alto (>21,6 a 28,8) y muy alto (> 28,8 a 36).
- En la escala de dedicación muy bajo (0 a 6), muy bajo (> 6 a 12), moderado (> 12 a 18), alto (> 18 a 24) y muy alto (> 24 a 30).
- En la escala de absorción muy bajo (0 a 7,2), muy bajo (> 7,2 a 14,4), moderado (> 14,4 a 21,6), alto (> 21,6 a 28,8) y muy alto (> 28,8 a 36).

Cuando se cumplieron las condiciones de aplicación, se realizó un **análisis inferencial**, utilizando para la comparación de:

- Variables cualitativas, la prueba de *Chi cuadrado* (χ^2).
- Variables cuantitativas con variables cualitativas, mediante la *t de Student* cuando había 2 categorías o el análisis de la varianza (ANOVA) cuando había 3 o más categorías.
- Variables cuantitativas, el coeficiente de correlación de *Pearson* (r). Cuando se observaron diferencias significativas, se consideró que la correlación era baja (entre 0 y $\pm 0,30$), moderada (entre $\pm 0,31$ y $\pm 0,70$) o alta (entre $\pm 0,71$ y 1).

Se consideró que la diferencia entre variables era significativa cuando el grado de significación (p) era $< 0,05$. Entre variables cualitativas, cuando aparecieron diferencias estadísticamente significativas se consideraron diferencias relevantes cuando la diferencia de porcentajes entre las categorías de la variable fue $>$ a un 20%. Entre variables cualitativas y cuantitativas, cuando aparecieron diferencias estadísticamente significativas se calculó el tamaño del efecto mediante la *D de Cohen* (d) y se consideró el tamaño del efecto bajo ($\leq 0,30$), moderado* (entre $> 0,30$ y $0,80$) o alto** ($> 0,80$).

El análisis inferencial valoró:

- Las diferencias en el impacto percibido de las medidas de contención del gasto sanitario en las condiciones de trabajo de las enfermeras en relación al puesto y al ámbito de trabajo, al carácter del centro de trabajo y a la situación contractual.
- Las relaciones existentes entre las condiciones de trabajo con el bienestar laboral general, el *burnout* y el *engagement*.
- Las relaciones existentes entre la sobrecarga de trabajo con las condiciones de trabajo, el bienestar laboral general, el *burnout* y el *engagement*.

- Las relaciones existentes entre las características sociodemográficas y laborales con las condiciones de trabajo, el bienestar laboral general, el *burnout* y el *engagement*.
- Las relaciones existentes entre las características sociodemográficas y laborales con el nivel de vida percibido.
- Las relaciones existentes entre la calidad de vida laboral percibida con las condiciones de trabajo, el bienestar laboral general, el *burnout* y el *engagement*.

El **análisis estadístico** se realizó mediante el programa SPSS *statistics* 23 para *Windows*.

4.10.2. ANÁLISIS MIXTO (CUANTITATIVO Y CUALITATIVO)

A partir de los datos obtenidos en la pregunta abierta *escriba las palabras clave que le vengan a la mente cuando piensa en su trabajo* se realizó un análisis del significado del trabajo. Para ello se hizo un **análisis mixto**, en el que primero se realizó un análisis textual (cualitativo) del significado del trabajo para las enfermeras, después se categorizó la variable condiciones de trabajo en los 4 niveles definidos (CT pésimas, CT malas, CT buenas y CT óptimas) y finalmente se realizó un análisis de correspondencia (cuantitativo) entre el significado del trabajo y las condiciones de trabajo.

4.10.2.1. Análisis textual

4.10.2.1.1. Instrumento

Para realizar el análisis textual se utilizó el **diccionario para el análisis del significado del trabajo** de Ochoa ⁽¹⁵⁾, que fue empleado en otros estudios del grupo de investigación KOFARIPS (Capitalismo Organizacional como Factor de Riesgo Psicosocial) y WONPUM (*Working Under New Public Management*).

El diccionario construido por Ochoa está inspirado en los modelos de *burnout* ^(108,113,191), de bienestar laboral y de *engagement* ^(142,185) y en investigaciones que relacionan el *engagement* y el *burnout* ^(192,193), basadas en el modelo de

demandas-recursos ^(139,141,194), y que establecen dos tipos de efectos: los de signo negativo (son consecuencia de una situación prolongada de insuficiencia de recursos para afrontar eficazmente la demanda) que comportan deterioro de la salud, malestar y están marcados por un estrés que puede derivar en *burnout* y desvinculación del trabajo (*disengagement*); y los de signo positivo (están caracterizados por unas circunstancias estables de adecuación de los recursos a la demanda) que conllevan un refuerzo de la salud y del bienestar psicológico, así como una motivación en forma de vinculación y compromiso (*engagement*) con el trabajo y con la organización. **El diccionario establece un eje bipolar con dos extremos opuestos:**

- **El polo negativo**, donde se sitúan el malestar y el *burnout*, incluye las condiciones de trabajo negativas como son el malestar, el agotamiento, el cinismo (actitud negativa hacia la organización), la despersonalización (trato negativo a las personas) y la ineficacia.
- **El polo positivo**, donde se sitúan el compromiso y el bienestar, incluye aspectos relacionados con las condiciones de trabajo positivas como son el bienestar, el vigor, el compromiso, las buenas relaciones-personalización y la eficacia.

El diccionario de Ochoa ⁽¹⁵⁾ está constituido por 25 códigos (asociados a palabras que aglutinan el total de expresiones y significados de los términos originales) de los cuáles catorce códigos tienen connotaciones negativas (sobrecarga, mala gestión, desorganización de tareas, clima social negativo, injusticia, trabajo inapropiado o monotonía, falta de recursos o recursos escasos, malas condiciones socioeconómicas o inestabilidad, insatisfacción, malestar, agotamiento, cinismo organizacional o poco compromiso organizacional, despersonalización e ineficacia) y once códigos tienen connotaciones positivas (buenas condiciones socioeconómicas, oportunidades, satisfacción, bienestar, vigor o fortalecimiento, compromiso, ética, buenas relaciones sociales o compañerismo, realización, eficacia y competencias). En la *tabla 10* se muestran:

- Las categorías, los códigos (1 a 25) y las valencias (negativa, positiva o neutra) del diccionario de Ochoa.
- Las categorías, los códigos (26 a 32) y las valencias específicos de la presente investigación que fueron incorporados a los definidos en el diccionario de Ochoa ⁽¹⁵⁾. Entre los códigos específicos de la investigación cinco tienen connotaciones positivas (cuidar, humanismo, vocación, buenas relaciones con los pacientes; responsabilidad, compromiso normativo, respeto, esfuerzo; autonomía y

Calidad de vida laboral de las enfermeras:

Evaluación y propuestas de mejora

gestión autónoma; reconocimiento; y reconocimiento económico) y uno tiene connotación negativa (poco reconocimiento).

El diccionario de investigación cuenta con un código para respuestas ambivalentes (código 32) y otro para las respuestas no específicas (código 99).

Tabla 10. Diccionario sobre el significado del trabajo utilizado en la investigación

Categoría	Código específico	Nº	Valencia
Condiciones de trabajo negativas	Sobrecarga	1	Negativa
	Mala gestión (se refiere a la administración, gestión)	2	Negativa
	Desorganización de tareas (formas de organización y distribución tareas)	3	Negativa
	Clima social negativo, mal ambiente social	4	Negativa
	Injusticia	5	Negativa
	Trabajo inapropiado, monotonía	6	Negativa
	Falta de recursos, recursos escasos	7	Negativa
	Malas condiciones socioeconómicas, inestabilidad	8	Negativa
	Malestar	9	Negativa
	Malestar	10	Negativa
	Agotamiento	11	Negativa
	Cinismo (actitud negativa hacia la organización)	12	Negativa
	Despersonalización (trato negativo a las personas)	13	Negativa
	Ineficacia (+ alienación)	14	Negativa
Condiciones de trabajo positivas	Buenas condiciones socioeconómicas	15	Positiva
	Oportunidades	16	Positiva
Bienestar (experiencia +)	Satisfacción	17	Positiva
	Bienestar	18	Positiva
Vigor	Vigor o fortalecimiento	19	Positiva
Compromiso, responsabilidad, vinculación	Compromiso	20	Positiva
	Ética	21	Positiva
Buenas relaciones-personalización	Buenas relaciones sociales, compañerismo	22	Positiva
Eficacia (+ realización)	Realización	23	Positiva
	Eficacia	24	Positiva
	Competencias	25	Positiva
Reconocimiento	Poco reconocimiento*	26	Negativa
Buenas relaciones	Cuidar, humanismo, vocación, buenas relaciones con los pacientes*	27	Positiva
Compromiso, responsabilidad, vinculación	Responsabilidad, compromiso normativo, respeto, esfuerzo*	28	Positiva
	Autonomía, gestión autónoma*	29	Positiva
Gestión autónoma	Reconocimiento*	30	Positiva
	Reconocimiento económico*	31	Positiva
Ambivalencia	Ambivalencia (dobles significados)*	32	Neutra
No específico	No específico*	99	---

* Códigos específicos de esta investigación.

4.10.2.1.2. Procedimiento

En el **análisis textual** se tuvo en cuenta todas las palabras clave de la base de datos inicial, siendo incluidas todas las formas léxicas en los códigos generales del eje malestar-bienestar del diccionario. El corpus inicial contenía 8.249 palabras clave, de las cuáles 8.043 (97,5%) fueron analizadas y 206 (2,5%) fueron excluidas, 23 por estar en el código de ambivalencia, que agrupó términos como *complejidad, bipolaridad, etc.* y 183 por estar en el código de no específico que agrupaba términos como *trabajo, hospital, noche, medicación, quimioterapia, heridas, urgencias, final de la vida, etc.* Todas las formas léxicas fueron agrupadas en los 31 códigos definidos para la presente investigación o en los códigos de *ambivalencia o no específico (tabla 10)*.

El procedimiento de **análisis lexicográfico** siguió los siguientes pasos:

1. Revisión ortográfica y tipográfica del material obtenido, donde se corrigió la ortografía.
2. Depuración del corpus, retirando las formas léxicas sin contenido semántico como son las preposiciones y los artículos.
3. Codificación de las formas léxicas a partir de los códigos definidos en el diccionario diseñado para el análisis del significado del trabajo de Ochoa ⁽¹⁵⁾ y de los códigos surgidos en la presente investigación.
4. Categorización del corpus.

4.10.2.2. Análisis de correspondencias

En el **análisis de correspondencias** se cruzó la variable condiciones de trabajo categorizada (CT pésimas, CT malas, CT buenas y CT óptimas) con la variable significado del trabajo (31 códigos obtenidos a partir de las palabras clave). Se utilizó la chi cuadrado (χ^2) para conocer las relaciones entre variables categóricas a partir de los datos de la tabla de contingencia.

A partir de los resultados obtenidos en el análisis de correspondencias del significado del trabajo y de las condiciones de trabajo, se revisó la inercia (índice de significación absoluto que muestra la correspondencia encontrada), los valores propios (la medida del valor de la dispersión a lo largo de un eje),

las contribuciones absolutas (el peso que tiene cada código en la definición de cada uno de los ejes), las contribuciones relativas (la distancia entre un punto y el origen de las coordenadas), la tabla de contingencia y el resultado de los gráficos. Para facilitar la visualización de los resultados se representó gráficamente cada dimensión obtenida y se situaron sobre un eje las modalidades de las dos variables de acuerdo con sus coordenadas y contribuciones absolutas y relativas.

4.10.3. ANÁLISIS CUALITATIVO

Se realizó un **análisis cualitativo de contenido**, de tipo exploratorio-descriptivo, a partir de la información obtenida en la pregunta abierta *¿Qué considera que se podría hacer para mejorar la calidad de vida laboral de las enfermeras?* Este análisis, pretendió explorar qué aspectos pensaban las enfermeras que podrían mejorar su calidad de vida laboral. La información obtenida se codificó por categorías y éstas se agruparon en áreas temáticas (*tabla 11*).

Tabla 11. Calidad de vida laboral: Áreas temáticas y categorías del análisis cualitativo de contenido

Organización, entorno material y prevención de riesgos*

Entorno físico (instalaciones, equipamientos, recursos materiales y técnicos)
Riesgos laborales

Organización y entorno social*

Apoyo y respeto profesional en el equipo de trabajo
Reconocimiento social y laboral

Organización y método: Regulación*

Calidad del contrato laboral
Conciliación del trabajo con la vida familiar y social
Tiempo de trabajo (horarios, ritmos, descansos, etc.)
Retribución económica
Carga de trabajo
Organización general del trabajo
Ratio enfermera/paciente

Organización y método: Desarrollo*

Apoyo recibido desde la institución y por el personal directivo
Reconocimiento laboral (institución y equipo directivo)
Autonomía en la toma de decisiones profesionales
Participación en las decisiones clínicas y de la organización
Liderazgo
Promoción profesional
Desarrollo y carrera profesional

* Áreas temáticas.

En el proceso de análisis se realizó una triangulación de investigadores, donde dos de ellos leyeron individualmente las respuestas, codificaron y categorizaron los datos y finalmente los pusieron en común. La información obtenida llegó a la saturación de los datos.

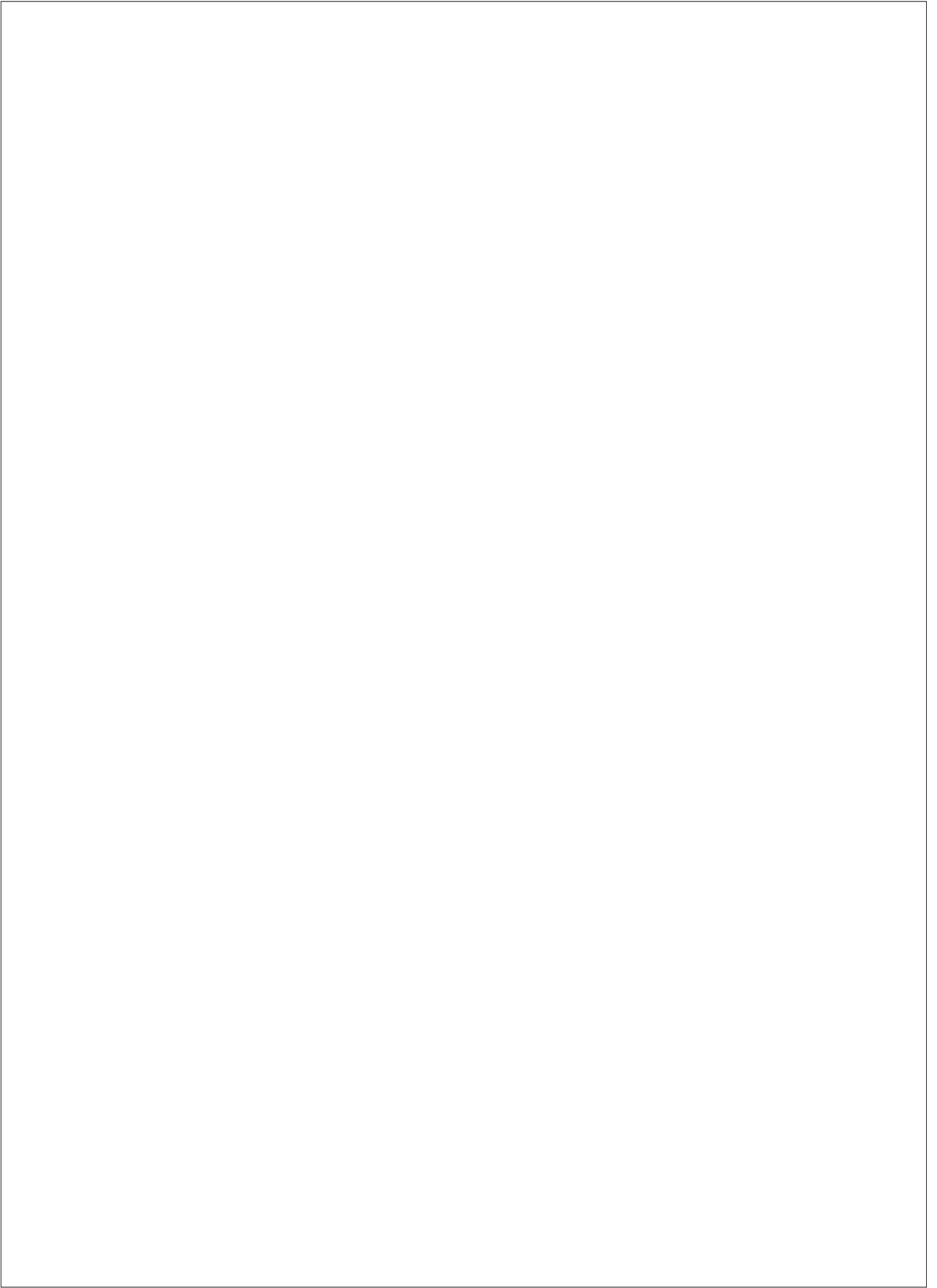
4.11. ASPECTOS ÉTICOS

Previamente al inicio de la recogida de datos, se presentó la documentación oficial necesaria para la valoración del proyecto de investigación y la autorización

para desarrollarla a la **comisión de bioética de la Universidad de Barcelona**, que aprobó la realización de la investigación con fecha 4 de julio de 2013. En el *anexo 6* se adjunta el documento que lo acredita.

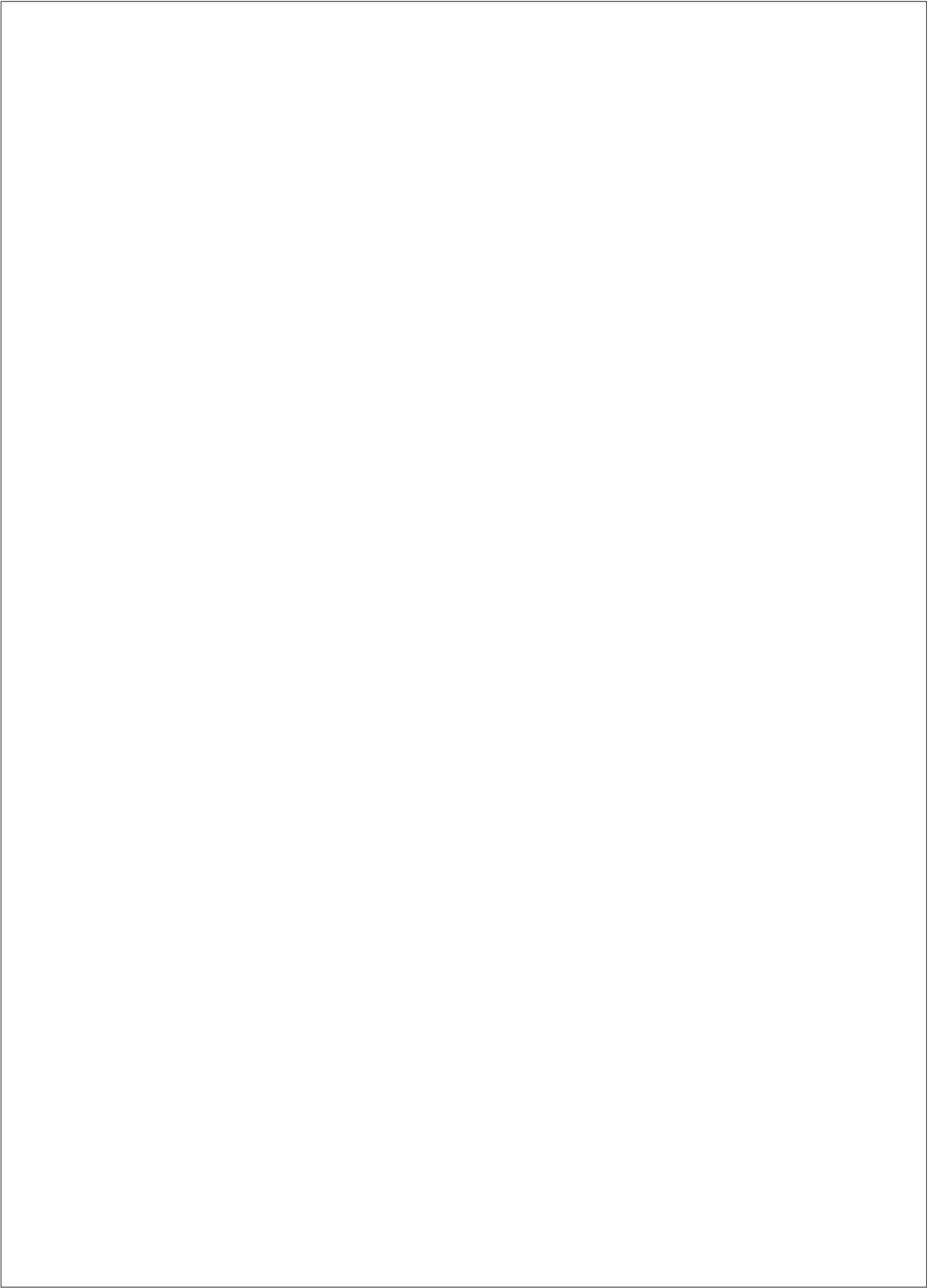
En la nota informativa de la investigación (*anexo 1*), previa al acceso al formulario de recogida de datos, donde se presentaba y justificaba el estudio, se explicaba el objetivo general y el uso científico que se haría de los datos, se solicitaba la participación voluntaria y se informaba de la confidencialidad y el anonimato de los participantes.

Los datos obtenidos durante el estudio, se trataron según lo estipulado por la Ley orgánica de protección de datos personales (LOPD) 15/1999 de 13 de diciembre, para garantizar la confidencialidad y el anonimato de las participantes.



5

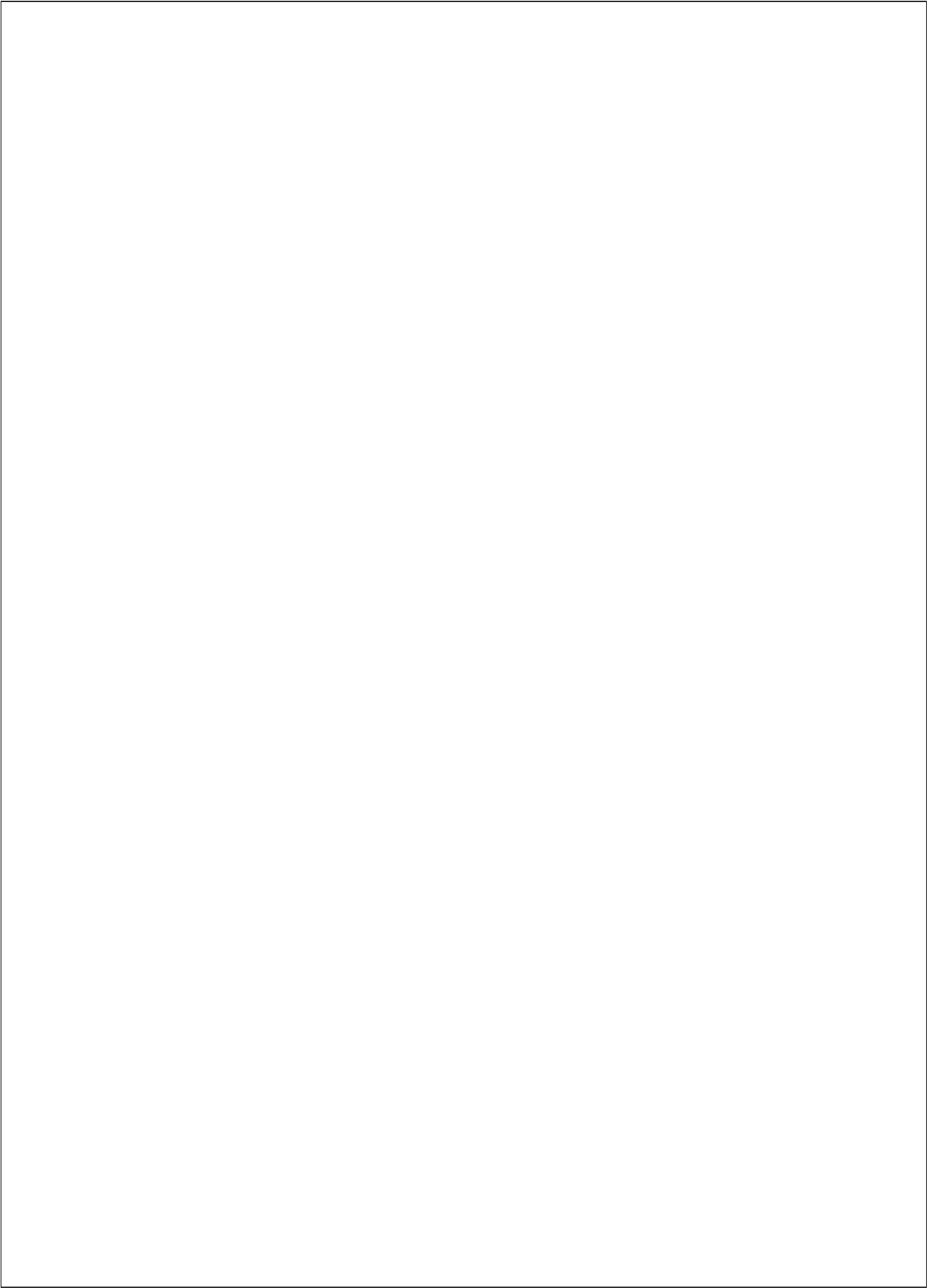
RESULTADOS





RESULTADOS OBJETIVO 1

Evaluar el impacto percibido de las medidas de contención del gasto sanitario en las condiciones de trabajo de las enfermeras, identificando las diferencias en función del puesto y del ámbito de trabajo, del carácter del centro y de la situación contractual.



RESULTADOS OBJETIVO 1

5.1. CONTEXTO DE CRISIS ECONÓMICA EN EL ENTORNO DE LA INVESTIGACIÓN

5.1.1. IMPACTO PERCIBIDO DE LAS MEDIDAS DE CONTENCIÓN DEL GASTO EN LAS CONDICIONES DE TRABAJO DE LAS ENFERMERAS

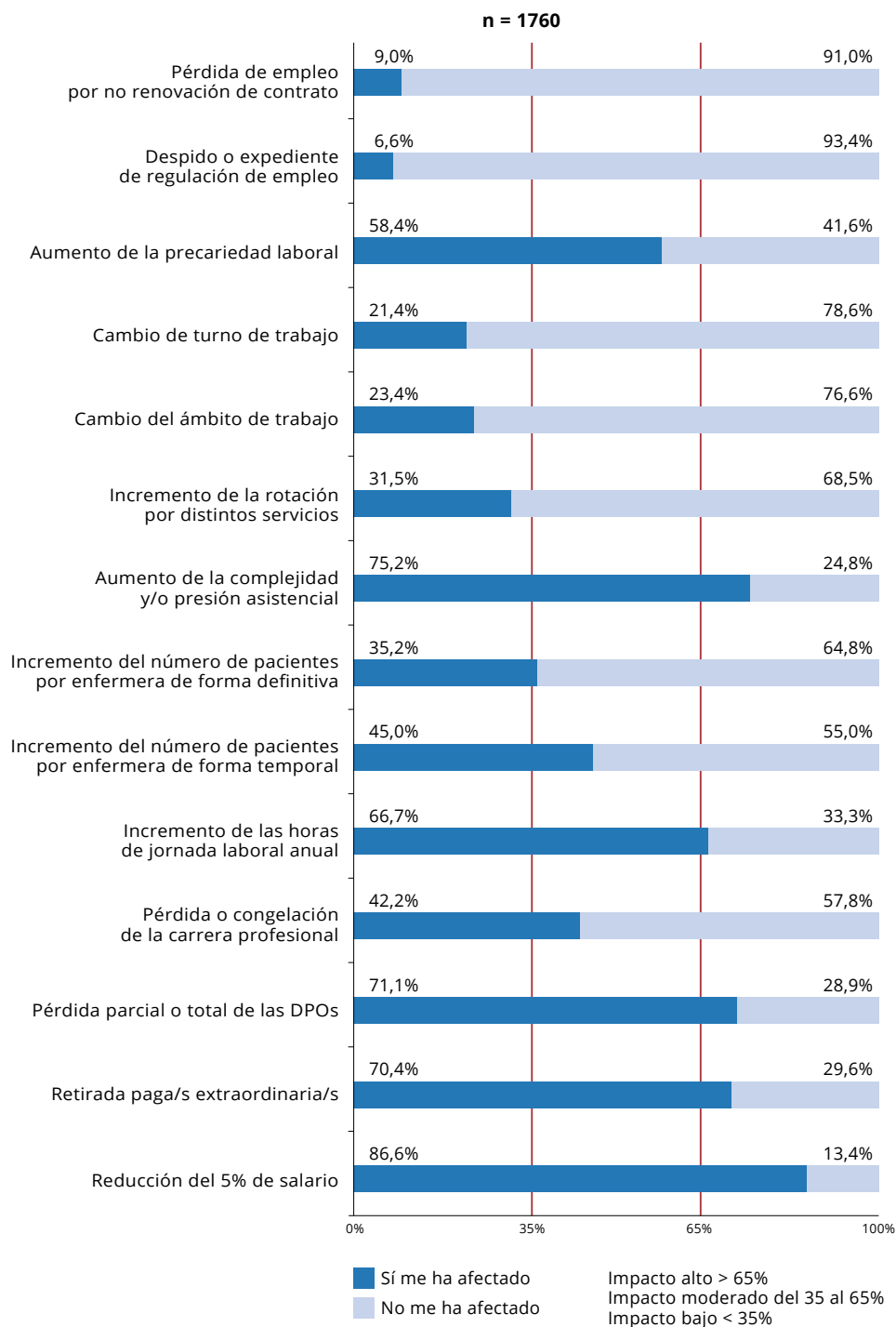
El **impacto percibido de las medidas de contención del gasto** fue **alto** (> 65%) en lo concerniente a las pérdidas retributivas globales (relacionadas con la reducción del 5% del salario, la retirada de paga/s extraordinaria/s y la pérdida parcial o total de la dirección por objetivos -DPOs-), al incremento de las horas de la jornada laboral anual y al aumento de la complejidad y de la presión asistencial.

El **impacto** fue **moderado** (35% a 65%) en relación a la pérdida o congelación de la carrera profesional, al incremento del número de pacientes por enfermera de forma temporal o definitiva y al aumento de la precariedad laboral.

El **impacto** fue **bajo** (< 35%) en lo referido al incremento de la rotación por distintos servicios, a los cambios de ámbito o de turno de trabajo y a la pérdida de empleo por despido o por expediente de regulación de empleo o por no renovación de contrato.

Los detalles de las medidas de contención del gasto aplicadas y del impacto percibido por las enfermeras se muestran en el *gráfico 1*.

Gráfico 1. Impacto percibido de las medidas de contención del gasto en las condiciones de trabajo



5.1.2. FACTORES INTERVINIENTES EN LAS DIFERENCIAS DEL IMPACTO PERCIBIDO DE LAS MEDIDAS DE CONTENCIÓN DEL GASTO EN LAS CONDICIONES DE TRABAJO

Al analizar el **impacto percibido por la aplicación de las medidas de contención del gasto**, se observaron diferencias estadísticamente significativas relacionadas con las variables **puesto de trabajo** (*tabla 12*), **carácter del centro de trabajo** (*tabla 13*), **ámbito de trabajo** (*tabla 14*) y **situación contractual** (*tabla 15*).

En relación al **puesto de trabajo** (hospital, salud mental, atención primaria, sociosanitario), aparecieron diferencias relevantes (> 20%) en cuanto: a las pérdidas retributivas globales entre atención primaria (IA - impacto alto) y socio-sanitario (IA); al incremento de las horas de jornada laboral anual entre atención primaria (IA) por una parte y sociosanitario y salud mental (IM - impacto moderado) por otra; y al incremento del número de pacientes por enfermera de forma definitiva entre atención primaria (IM) por una parte y salud mental y hospital (IB - impacto bajo) por otra.

En cuanto al **carácter del centro de trabajo** (público, mixto, privado) se mostraron diferencias relevantes (> 20%) en relación: a las pérdidas retributivas globales y al incremento de horas de jornada laboral del público y del mixto (IA) respecto al privado (IB); al incremento del número de pacientes por enfermera de forma temporal entre el público (IM) y el privado (IB); y al aumento de la complejidad y/o presión asistencial del público y del mixto (IA) respecto al privado (IM).

En lo concerniente al **ámbito de trabajo** (asistencial, docente, gestión, investigación) se observaron diferencias relevantes (> 20%) en referencia: a las pérdidas retributivas globales en la gestión y en la asistencia (IA) respecto a la docencia y la investigación (IM); al incremento de las horas de jornada laboral en la gestión (IA) respecto a la docencia y la investigación (IM) y entre la asistencia (IA) respecto a la investigación (IM); y al aumento de la precariedad laboral, que aunque tuvo un IM en todos los ámbitos, fue mayor en la asistencia en comparación con la gestión, la docencia y la investigación.

En cuanto a la **situación contractual** (temporal, interino, estable) aparecieron diferencias relevantes (> 20%) en lo referido: a la rotación por distintos servicios y al cambio de ámbito entre la contratación temporal (IM) y la estable (IB); y al cambio de turno entre la contratación temporal (IM) y la interina (IB) respecto a la estable (IB).

Tabla 12. Impacto percibido de las medidas de contención según el puesto de trabajo

	n = 1760		Hospital n = 938		Salud mental n = 152		Atención primaria n = 396		Sociosanitario n = 124		Otros n = 150		Sig
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Reducción del 5% del salario	Sí	1525	86,6	89,6	86,2	86,2	94,4	74,2	58,7	145,8	4	< 0,001	
	No	235	13,4	10,4	13,8	5,6	25,8	41,3					
Retirada paga/s extraordinaria/s	Sí	1239	70,4	72,2	52,6	86,9	46,0	54,0	130,9	4	< 0,001		
	No	521	29,6	27,8	47,4	13,1	54,0	46,0					
Pérdida parcial o total de la DPOS	Sí	1251	71,1	73,2	76,3	84,6	57,3	28,0	186,3	4	< 0,001		
	No	509	28,9	26,8	23,7	15,4	42,7	72,0					
Pérdida o congelación de la carrera profesional	Sí	742	42,2	44,6	42,1	39,4	41,9	34,7	6,9	4	0,140		
	No	1018	57,8	55,4	57,9	60,6	58,1	65,3					
Incremento de las horas de jornada laboral anual	Sí	1174	66,7	66,7	50,0	83,6	59,7	44,7	105,5	4	< 0,001		
	No	586	33,3	33,3	50,0	16,4	40,3	55,3					
Incremento del número de pacientes por enfermera de forma temporal	Sí	792	45,0	46,1	40,1	56,8	37,9	18,0	70,9	4	< 0,001		
	No	968	55,0	53,9	59,9	43,2	62,1	82,0					
Incremento del número de pacientes por enfermera de forma definitiva	Sí	619	35,2	30,5	32,2	53,3	35,5	19,3	83,1	4	< 0,001		
	No	1141	64,8	69,5	67,8	46,7	64,5	80,7					
Aumento de la complejidad y/o presión asistencial	Sí	1324	75,2	77,1	68,4	87,9	76,6	36,0	163,5	4	< 0,001		
	No	436	24,8	22,9	31,6	12,1	23,4	64,0					
Incremento de la rotación por distintos servicios	Sí	555	31,5	35,9	28,3	30,6	29,0	12,0	36,2	4	< 0,001		
	No	1205	68,5	64,1	71,7	69,4	71,0	88,0					
Cambio del ámbito de trabajo	Sí	411	23,4	24,2	24,3	21,0	28,2	19,3	4,7	4	0,317		
	No	1349	76,6	75,8	75,7	79,0	71,8	80,7					
Cambio del turno de trabajo	Sí	377	21,4	20,8	15,1	29,8	21,0	10,0	31,9	4	< 0,001		
	No	1383	78,6	79,2	84,9	70,2	79,0	90,0					
Aumento de la precariedad laboral	Sí	1028	58,4	62,5	53,9	59,8	50,0	40,7	31,0	4	< 0,001		
	No	732	41,6	37,5	46,1	40,2	50,0	59,3					
Despido o expediente de regulación de empleo	Sí	117	6,6	6,1	3,9	9,1	6,5	6,7	6,1	4	0,192		
	No	1643	93,4	93,9	96,1	90,9	93,5	93,3					
Pérdida de empleo por no renovación de contrato	Sí	158	9,0	9,9	5,9	9,1	9,7	5,3	5,3	4	0,261		
	No	1602	91	90,1	94,1	90,9	90,3	94,7					

Tabla 13. Impacto percibido de las medidas de contención según el carácter del centro de trabajo

	n = 1760		Público n = 575		Mixto n = 1015		Privado n = 170		χ ²	gl	Sig
	n	%	n	%	n	%	n	%			
Reducción del 5% del salario	Sí	1525	86,6	92,5	93,3	27,1	577,7	2	< 0,001		
	No	235	13,4	7,5	6,7	72,9					
Retirada paga/s extraordinaria/s	Sí	1239	70,4	91,8	68,6	8,8	437,6	2	< 0,001		
	No	521	29,6	8,2	31,4	91,2					
Pérdida parcial o total de la DPOs	Sí	1251	71,1	78,1	76,5	15,3	285,4	2	< 0,001		
	No	509	28,9	21,9	23,5	84,7					
Pérdida o congelación de la carrera profesional	Sí	742	42,2	36,9	48,0	25,3	40,5	2	< 0,001		
	No	1018	57,8	63,1	52	74,7					
Incremento de las horas de jornada laboral anual	Sí	1174	66,7	79,1	66,2	27,6	156,9	2	< 0,001		
	No	586	33,3	20,9	33,8	72,4					
Incremento del número de pacientes por enfermera de forma temporal	Sí	792	45,0	51,7	43,6	30,6	25,3	2	< 0,001		
	No	968	55	48,3	56,4	69,4					
Incremento del número de pacientes por enfermera de forma definitiva	Sí	619	35,2	44,2	30,9	30,0	30,4	2	< 0,001		
	No	1141	64,8	55,8	69,1	70					
Aumento de la complejidad y/o presión asistencial	Sí	1324	75,2	81,0	75,4	54,7	48,9	2	< 0,001		
	No	436	24,8	19	24,6	45,3					
Incremento de la rotación por distintos servicios	Sí	555	31,5	33,2	32,5	20,0	11,7	2	0,003		
	No	1205	68,5	66,8	67,5	80					
Cambio del ámbito de trabajo	Sí	411	23,4	25,4	22,3	22,9	2,0	2	0,364		
	No	1349	76,6	74,6	77,7	77,1					
Cambio del turno de trabajo	Sí	377	21,4	28,2	17,7	20,6	23,8	2	< 0,001		
	No	1383	78,6	71,8	82,3	79,4					
Aumento de la precariedad laboral	Sí	1028	58,4	61,0	59,8	41,2	23,2	2	< 0,001		
	No	732	41,6	39	40,2	58,8					
Despido o expediente de regulación de empleo	Sí	117	6,6	8,5	5,5	7,1	5,4	2	0,068		
	No	1643	93,4	91,5	94,5	92,9					
Pérdida de empleo por no renovación de contrato	Sí	158	9,0	11,3	7,9	7,6	5,7	2	0,059		
	No	1602	91	88,7	92,1	92,4					

Tabla 14. Impacto percibido de las medidas de contención según el ámbito de trabajo

	n	Asistencial n = 1425		Docente n = 56		Gestión n = 257		Investigación n = 22		χ^2	gl	Sig
		n	%	n	%	n	%	n	%			
Reducción del 5% del salario	Sí	1525	86,6	87,0	64,3	91,8	59,1	44,8	3	< 0,001		
	No	235	13,4	13,0	35,7	8,2	40,9					
Retirada paga/s extraordinaria/s	Sí	1239	70,4	71,4	60,7	68,9	45,5	10,1	3	0,018		
	No	521	29,6	28,6	39,3	31,1	54,5					
Pérdida parcial o total de la DPOs	Sí	1251	71,1	71,5	35,7	78,2	50,0	45,3	3	< 0,001		
	No	509	28,9	28,5	64,3	21,8	50,0					
Pérdida o congelación de la carrera profesional	Sí	742	42,2	43,9	32,1	35,0	40,9	9,4	3	0,025		
	No	1018	57,8	56,1	67,9	65	59,1					
Incremento de las horas de jornada laboral anual	Sí	1174	66,7	66,8	48,2	72,4	40,9	18,9	3	< 0,001		
	No	586	33,3	33,2	51,8	27,6	59,1					
Aumento de la precariedad laboral	Sí	1028	58,4	62,7	35,7	41,2	36,4	58,4	3	< 0,001		
	No	732	41,6	37,3	64,3	58,8	63,6					
Despido o expediente de regulación de empleo	Sí	117	6,6	7,2	7,1	3,5	9,1	4,9	3	0,177		
	No	1643	93,4	92,8	92,9	96,5	90,9					
Pérdida de empleo por no renovación de contrato	Sí	158	9,0	10,4	7,1	1,9	4,5	19,8	3	< 0,001		
	No	1602	91	89,6	92,9	98,1	95,5					

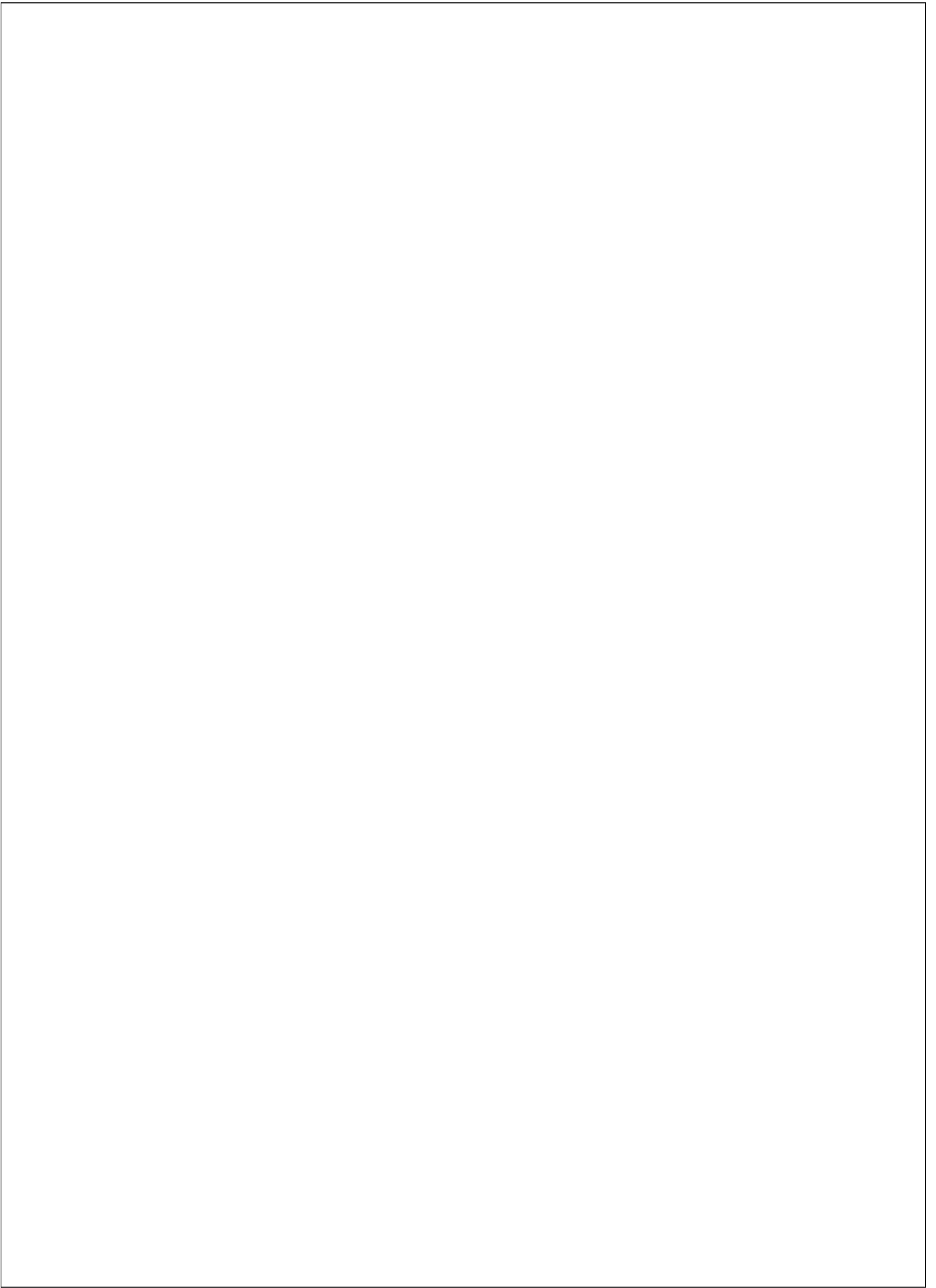
Tabla 15. Impacto percibido de las medidas de contención según la situación contractual

	n = 1760		Temporal n = 285		Interino n = 177		Estable n = 1274		Otro n = 24		χ^2	gl	Sig
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Incremento de la rotación por distintos servicios	Sí	555	31,5	56,1	36,7	25,3	33,3	105,3	3	< 0,001			
	No	1205	68,5	43,9	63,3	74,7	66,7						
Cambio del ámbito de trabajo	Sí	411	23,4	40,0	24,9	19,2	37,5	59,6	3	< 0,001			
	No	1349	76,6	60	75,1	80,8	62,5						
Cambio del turno de trabajo	Sí	377	21,4	48,4	33,9	13,3	37,5	192,9	3	< 0,001			
	No	1383	78,6	51,6	66,1	86,7	62,5						
Aumento de la precariedad laboral	Sí	1028	58,4	71,9	63,3	54,6	62,5	30,8	3	< 0,001			
	No	732	41,6	28,1	36,7	45,4	37,5						
Despido o expediente de regulación de empleo	Sí	117	6,6	16,1	7,9	4,1	20,8	63,1	3	< 0,001			
	No	1643	93,4	83,9	92,1	95,9	79,2						



RESULTADOS OBJETIVO 2

Describir la valoración que las enfermeras hacen de las condiciones de trabajo, del bienestar laboral, del *burnout* y del *engagement*, como componentes de su calidad de vida laboral.



RESULTADOS OBJETIVO 2

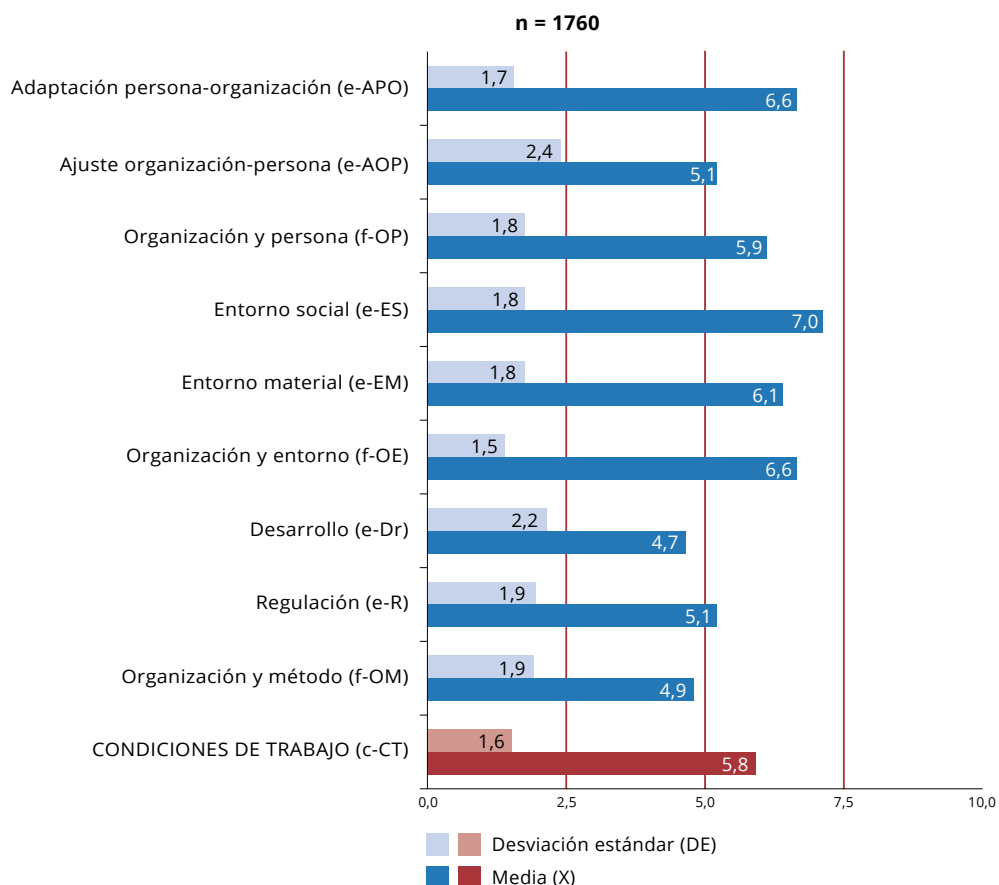
5.2. CONDICIONES DE TRABAJO: ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Las **condiciones de trabajo** (CT) de las enfermeras, evaluadas mediante el cuestionario de condiciones de trabajo (c-CT) diseñado y validado por *Blanch et al* ⁽⁵⁸⁾, obtuvieron una puntuación media de 5,8 (DE 1,6) en un rango de 0 (valor mínimo) a 10 (valor máximo). Las puntuaciones medias de los ítems oscilaron entre un 3,9 (DE 2,7) y un 7,4 (DE 1,9) en los ítems que valoraban respectivamente la *participación en las decisiones organizacionales* y el *reconocimiento del propio trabajo por personas usuarias*.

El **factor organización y método** (f-OM), correspondiente a la primera diada del c-CT, obtuvo una puntuación media de 4,9 (DE 1,9) en un rango de 0 a 10, donde 0 significaba pésimo y 10 óptimo. Este factor está conformado por la escala de regulación (e-R) con una media de 5,1 (DE 1,9) y la escala de desarrollo (e-Dr) con una media de 4,7 (DE 2,2). El **factor organización y entorno** (f-OE), correspondiente a la segunda diada del c-CT, obtuvo una puntuación media de 6,6 (DE 1,5) en un rango de 0 a 10, donde 0 significaba pésimo y 10 óptimo. Este factor está conformado por la escala de entorno material (e-EM) con una media de 6,1 (DE 1,8) y la escala de entorno social (e-ES) con una media de 7,0 (DE 1,8). El **factor organización y persona** (f-OP), correspondiente a la tercera diada del c-CT, obtuvo una puntuación media de 5,9 (DE 1,8) en un rango de 0 a 10, donde 0 significaba nunca y 10 siempre. Este factor está conformado por la escala de ajuste organización-persona (e-AOP) con una media de 5,1 (DE 2,4) y la escala de adaptación persona-organización (e-APO) con una media de 6,6 (DE 1,7).

En el *gráfico 2* se representan la puntuación media y la desviación estándar del cuestionario de condiciones de trabajo, de los 3 factores y de las 6 escalas que lo componen.

Gráfico 2. Condiciones de trabajo: Media y desviación estándar del cuestionario, los factores y las escalas



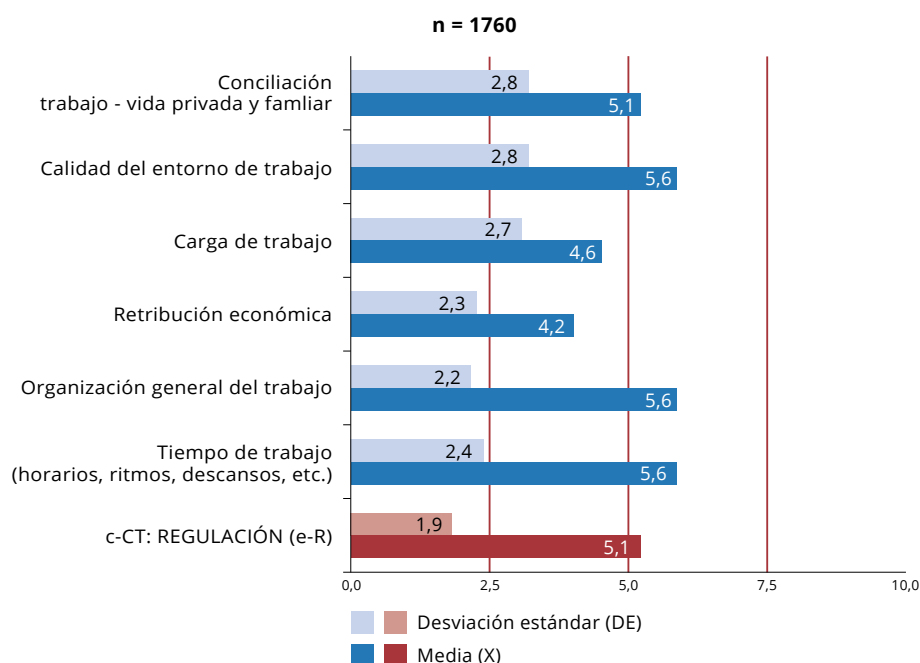
Como se ha comentado en el apartado de metodología, para la valoración de las condiciones de trabajo se establecieron 4 categorías: CT pésimas (0 a 2,5), CT malas (> 2,5 a 5), CT buenas (> 5 a 7,5) y CT óptimas (> 7,5 a 10).

El **factor organización y método** fue el que obtuvo la puntuación más baja de los tres factores, situándolo en unas CT malas, aunque muy próximo al punto central. El **factor organización y entorno** fue el mejor valorado, situándose en unas CT buenas. El **factor organización y persona** estuvo situado en unas CT buenas, aunque cabe destacar que una de sus escalas, la de ajuste

organización-persona, obtuvo una puntuación media que la situó en el límite inferior de las CT buenas y muy próxima al punto central.

La **escala de regulación**, primera de las 6 escalas que constituyen el c-CT, obtuvo una puntuación media de 5,1 (DE 1,9) que la situaron en el límite inferior de unas CT buenas. Destacó que dos de los seis ítems de la escala, correspondientes a la *retribución económica* y a la *carga de trabajo*, fueron valorados con puntuaciones correspondientes a unas CT malas. Los otros cuatro ítems, que hacen referencia a la *conciliación trabajo - vida privada y familiar*, a la *calidad del contrato laboral*, al *tiempo de trabajo -horarios, ritmos, descansos, etc.-* y a la *organización general del trabajo* fueron valorados con puntuaciones que los situaron en el límite inferior de unas CT buenas. En el *gráfico 3* se representan la media y la desviación estándar de la escala de regulación y de los ítems que la componen.

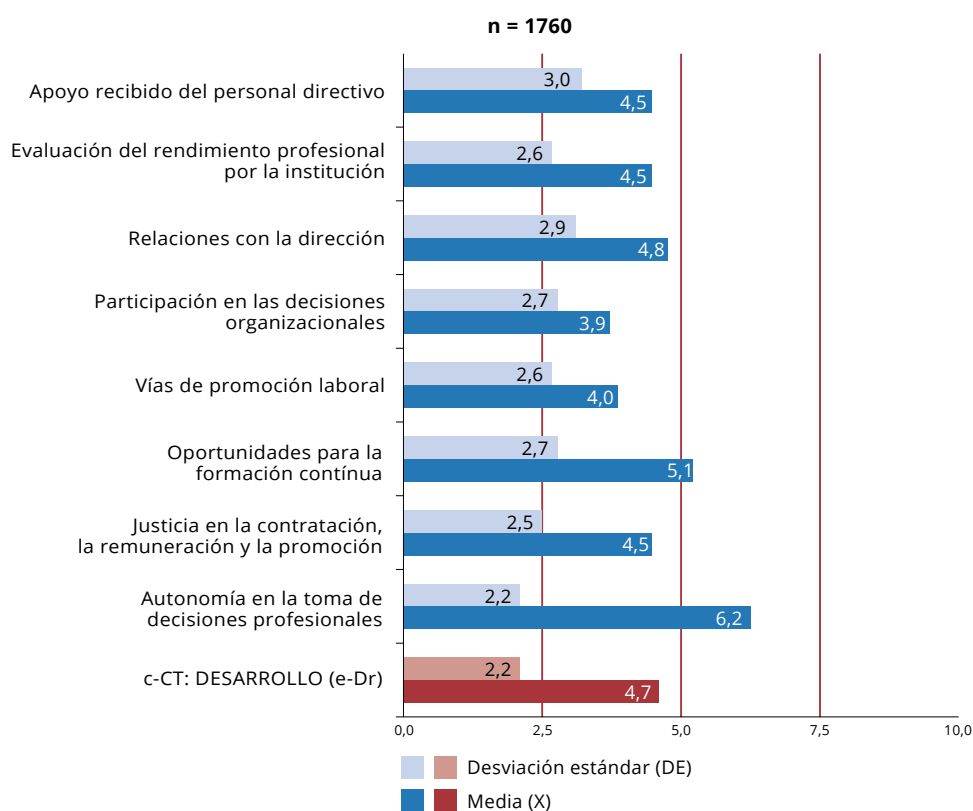
Gráfico 3. Regulación: Media y desviación estándar de la escala y de los ítems



Calidad de vida laboral de las enfermeras: Evaluación y propuestas de mejora

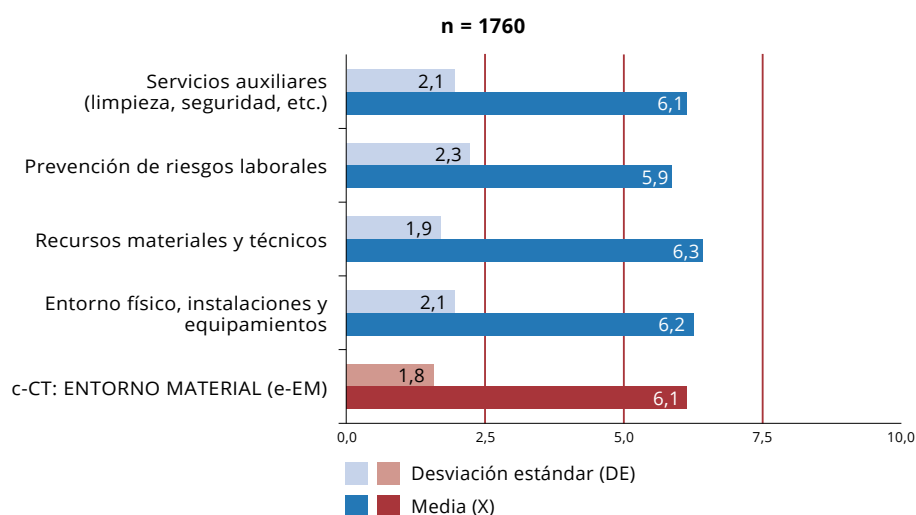
La **escala de desarrollo**, segunda de las 6 escalas que constituyen el c-CT obtuvo una puntuación media de 4,7 (DE 2,2), correspondiente a unas CT malas. De los ocho ítems que constituyen la escala, seis de ellos fueron valorados con puntuaciones correspondientes a unas CT malas, siendo éstos la *participación en las decisiones organizacionales*, las *vías de promoción laboral*, la *evaluación del rendimiento profesional por la institución*, el *apoyo recibido del personal directivo*, la *justicia en la contratación, remuneración y la promoción* y las *relaciones con la dirección*. El ítem *oportunidades para la formación continua* obtuvo una puntuación que lo situó en el límite inferior de unas CT buenas. Por último, cabe destacar que el ítem *autonomía en la toma de decisiones profesionales* está dentro de las CT buenas. En el *gráfico 4* se representan la media y la desviación estándar de la escala de desarrollo y de los ítems que la componen.

Gráfico 4. Desarrollo: Media y desviación estándar de la escala y de los ítems



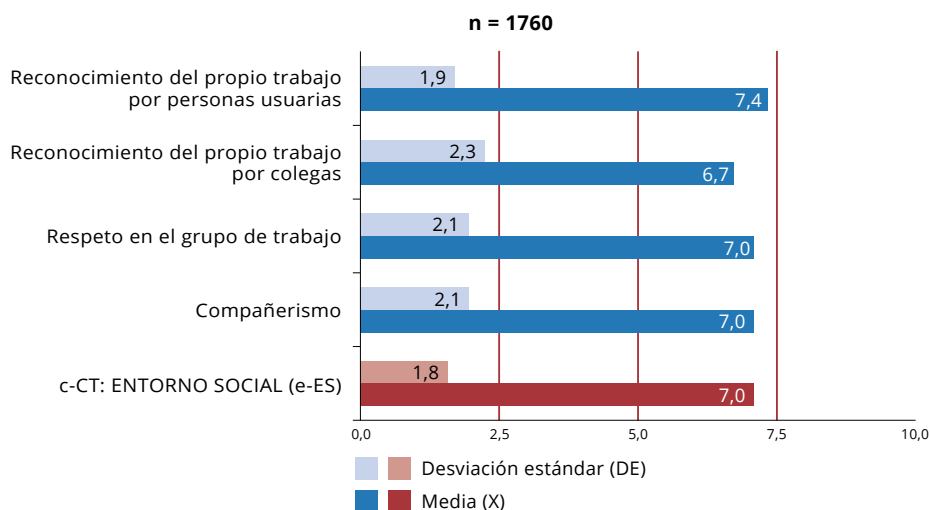
La **escala de entorno material**, tercera de las 6 escalas que constituyen el c-CT obtuvo una puntuación media de 6,1 (DE 1,8), correspondiente a unas CT buenas. Los cuatro ítems que constituyen esta escala fueron valorados con puntuaciones correspondientes a unas CT buenas, siendo éstos la *prevención de riesgos laborales*, los *servicios auxiliares*, el *entorno físico, instalaciones y equipamiento* y los *recursos materiales y técnicos*. En el *gráfico 5* se representan la media y la desviación estándar de la escala de entorno material y de los ítems que la componen.

Gráfico 5. Entorno material: Media y desviación estándar de la escala y de los ítems



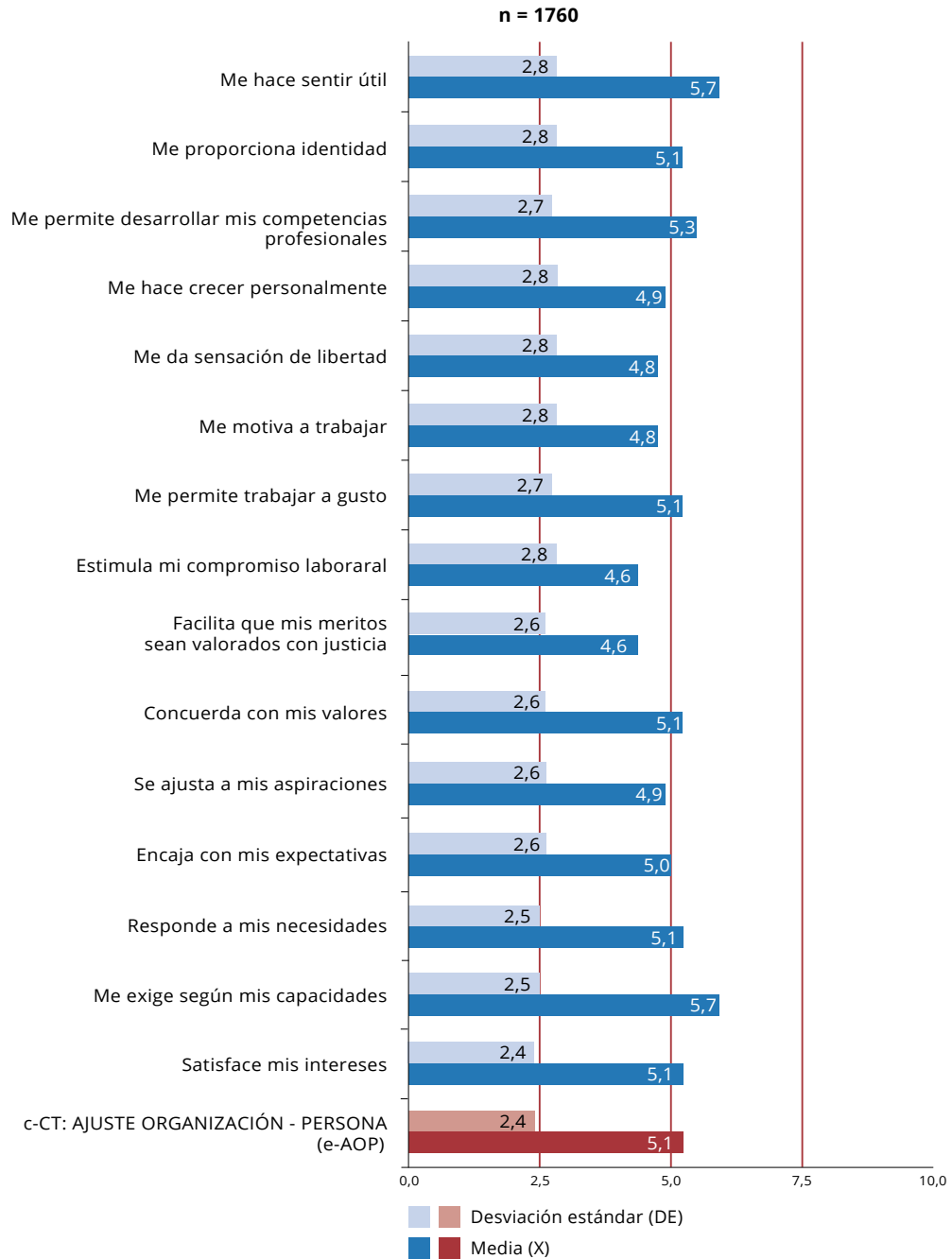
La **escala de entorno social**, cuarta de las 6 escalas que constituyen el c-CT obtuvo una puntuación media de 7,0 (DE 1,8), correspondiente a unas CT buenas. Los cuatro ítems que constituyen esta escala, que son el *reconocimiento del propio trabajo por colegas*, el *respeto en el grupo de trabajo*, el *compañerismo* y el *reconocimiento del propio trabajo por personas usuarias* fueron valorados con puntuaciones correspondientes a unas CT buenas. En el *gráfico 6* se representan la media y la desviación estándar de la escala de entorno social y de los ítems que la componen.

Gráfico 6. Entorno social: Media y desviación estándar de la escala y de los ítems



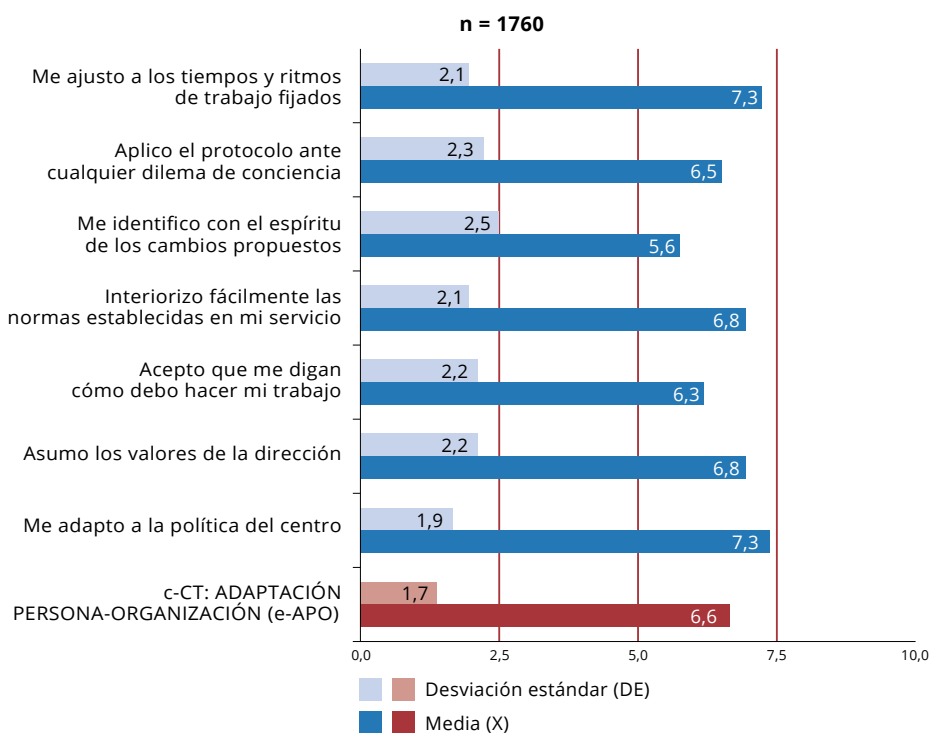
La **escala de ajuste organización-persona**, quinta de las 6 escalas que constituyen el c-CT, obtuvo una puntuación media de 5,1 (DE 2,4), correspondiente al límite inferior de unas CT buenas. Cabe destacar que seis de los quince ítems que constituyen esta escala fueron valorados con puntuaciones correspondientes a unas CT malas, ítems que dan respuesta a si la actual organización del trabajo del centro *facilita que mis méritos sean valorados con justicia, estimula mi compromiso laboral, me da sensación de libertad, me motiva a trabajar, se ajusta a mis aspiraciones y me hace crecer personalmente*. Los nueve ítems restantes están situados en el límite inferior de unas CT buenas, ítems que dan respuesta a si la actual organización del trabajo del centro *encaja con mis expectativas, me proporciona identidad, me permite trabajar a gusto, concuerda con mis valores, satisface mis intereses, responde a mis necesidades, me permite desarrollar mis competencias profesionales, me hace sentir útil y me exige según mis capacidades*. En el *gráfico 7* se representan la media y la desviación estándar de la escala de ajuste organización-persona y de los ítems que la componen.

Gráfico 7. Ajuste organización-persona: Media y desviación estándar de la escala y de los ítems



La **escala de adaptación persona-organización**, sexta de las 6 escalas que constituyen el c-CT, obtuvo una puntuación media de 6,6 (DE 1,7), que corresponde a unas CT buenas. Los siete ítems que constituyen la escala obtuvieron puntuaciones asociadas a unas CT buenas, ítems que dan respuesta a si ante las demandas de la organización *me identifico con el espíritu de los cambios propuestos, acepto que me digan cómo debo hacer mi trabajo, aplico el protocolo ante cualquier dilema de conciencia, asumo los valores de la dirección, interiorizo fácilmente las normas establecidas en mi servicio, me ajusto a los tiempos y ritmos de trabajo fijados y me adapto a la política del centro*. En el gráfico 8 se representan la media y la desviación estándar de la escala de adaptación persona-organización y de los ítems que la componen.

Gráfico 8. Adaptación persona-organización: Media y desviación estándar de la escala y de los ítems

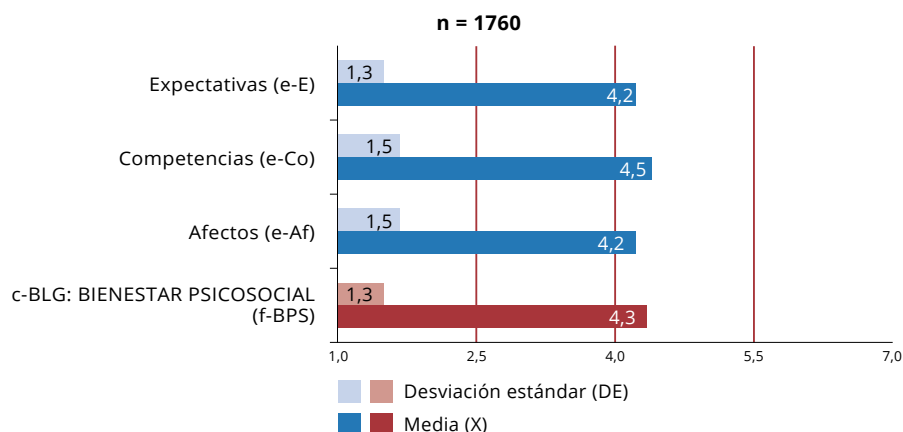


5.3. BIENESTAR LABORAL GENERAL: ANÁLISIS DESCRIPTIVO

El **bienestar laboral general** (BLG) de las enfermeras, evaluado mediante el cuestionario de bienestar laboral general (c-BLG) diseñado y validado por *Blanch et al* ⁽⁴⁴⁾, obtuvieron una puntuación media de 3,5 (DE 0,7). Se ha de tener en cuenta que el factor de bienestar psicosocial está valorado en un rango de 1 (valor mínimo) a 7 (valor máximo) y el factor de efectos colaterales en un rango de 0 (valor mínimo) a 6 (valor máximo).

El **factor bienestar psicosocial** (f-BPS), correspondiente a la primera de las dos triadas del c-BLG, obtuvo una puntuación media de 4,3 (DE 1,3) en un rango de 1 a 7, donde 1 representaba el valor mínimo de puntuación y 7 el valor máximo. Este factor está conformado por la escalas de afectos (e-Af) con una media de 4,2 (DE 1,5), la escala de competencias (e-Co) con una media de 4,5 (DE 1,5) y la escala de expectativas (e-E) con una media de 4,2 (DE 1,3). Las puntuaciones medias de los ítems oscilaron entre un 3,4 (DE 1,8) y un 5,3 (DE 1,4) en los ítems que valoraban respectivamente si en los últimos años había bajado o subido *mi participación en las decisiones de la organización* y *mi capacidad de gestión de mi carga de trabajo*. En el *gráfico 9* se representan la media y la desviación estándar del factor bienestar psicosocial y de las escalas que lo componen.

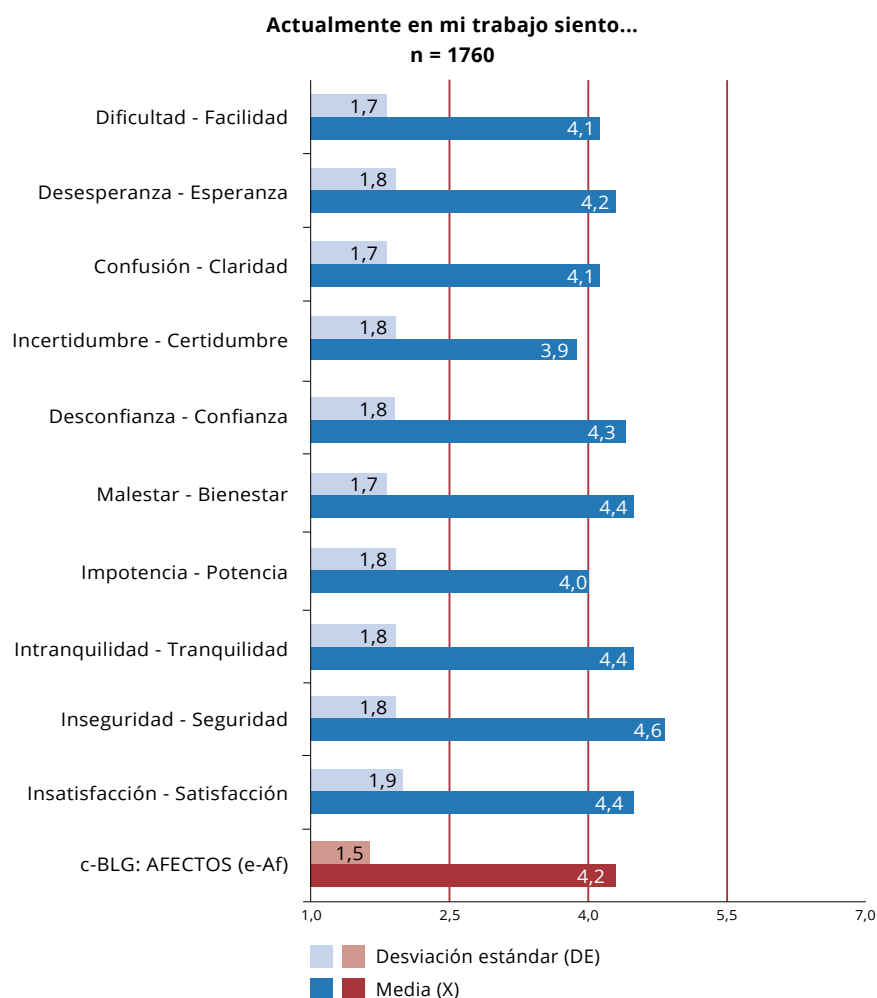
Gráfico 9. Bienestar psicosocial: Media y desviación estándar del factor y las escalas



Como se ha comentado en el apartado de metodología para la valoración del bienestar psicosocial se establecieron 4 categorías: pésimo (1 a 2,5), malo (> 2,5 a 4), bueno (> 4 a 5,5) y óptimo (> 5,5 a 7).

La **escala de afectos**, primera de las 3 escalas que constituyen el f-BPS del c-BLG, obtuvo una puntuación media de 4,2 (DE 1,5) que la situó en el límite inferior de un estado bueno. Uno de los diez ítems de la escala, el que da respuesta a si actualmente en mi trabajo siento *incertidumbre-certidumbre*, obtuvo una puntuación que lo situó en el límite superior de un estado malo. Los otros nueve ítems, que dan respuesta a si actualmente en mi trabajo siento *impotencia-potencia*, *dificultad-facilidad*, *confusión-claridad*, *desesperanza-esperanza*, *desconfianza-confianza*, *malestar-bienestar*, *intranquilidad-tranquilidad*, *insatisfacción-satisfacción* e *inseguridad-seguridad* fueron valorados con puntuaciones correspondientes a un estado bueno, aunque la mayoría de ellos estuvieron situados en su límite inferior. En el *gráfico 10* se representan la media y la desviación estándar de la escala de afectos y de los ítems que la componen.

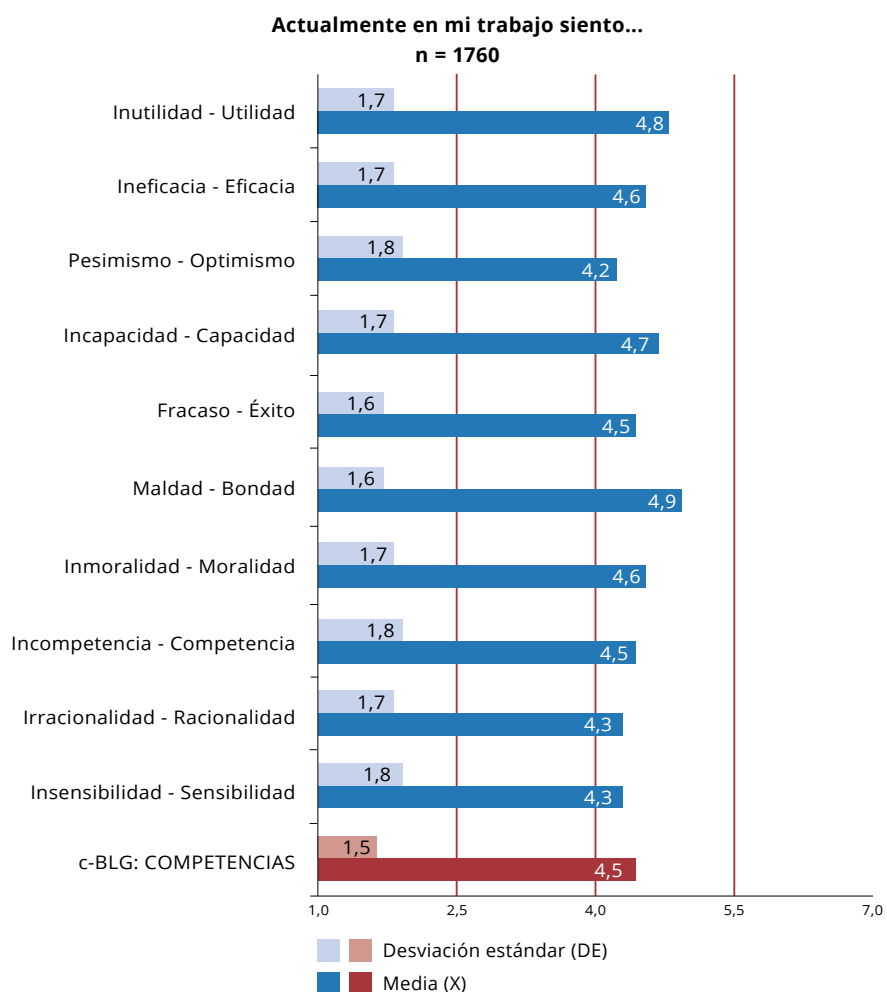
Gráfico 10. Afectos: Media y desviación estándar de la escala y de los ítems



La **escala de competencias**, segunda de las 3 escalas que constituyen el f-BPS del c-BLG, obtuvo una puntuación media de 4,5 (DE 1,5), que la situó dentro de un estado bueno. Los diez ítems que constituyen la escala fueron valorados dentro de un estado bueno y dan respuesta a si actualmente en mi trabajo siento *pesimismo-optimismo*, *irracionalidad-racionalidad*, *insensibilidad-sensibilidad*, *fracaso-éxito*, *incompetencia-competencia*, *ineficacia-eficacia*, *inmoralidad-moralidad*, *incapacidad-capacidad*, *inutilidad-utilidad* y *maldad-bondad*. En el gráfico 11

se representan la media y la desviación estándar de las puntuaciones obtenidas en la escala de competencias y en los ítems que la componen.

Gráfico 11. Competencias: Media y desviación estándar de la escala y de los ítems



La **escala de expectativas**, tercera de las 3 escalas que constituyen el f-BPS del c-BLG, obtuvo una puntuación media de 4,2 (DE 1,3) que la situó en el límite inferior de un estado bueno. Destaca que once de los veintidós ítems que

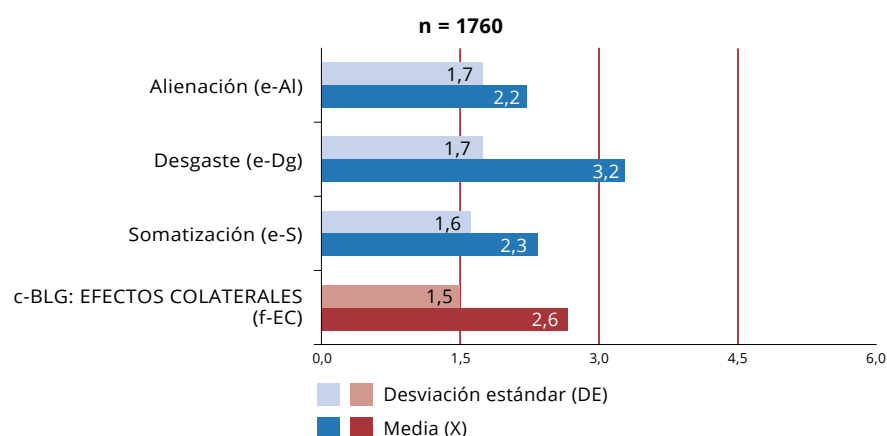
constituyen la escala fueron valorados con puntuaciones correspondientes a un estado malo, lo que significaba que las participantes valoraron que en los últimos años había bajado *mi participación en las decisiones de la organización, mis oportunidades de promoción laboral, mi calidad de vida laboral, la calidad de mis condiciones de trabajo, mi confianza en mi futuro profesional, mi identificación con los valores de la organización, mi sensación de seguridad en el trabajo, mi estado de ánimo laboral, el nivel de excelencia de mi organización, la conciliación de mi trabajo con mi vida privada y mi satisfacción con el trabajo*. Los once ítems restantes de la escala fueron valorados dentro de un estado bueno, aunque cinco de ellos estaban situados en el límite inferior. En este caso la valoración indicaba que en los últimos años había subido *mi motivación por el trabajo, mi realización profesional, mi acatamiento de las pautas de la dirección, el sentido de mi trabajo, la cordialidad en mi ambiente social de trabajo, mi autoestima profesional, mi eficacia profesional, mi compromiso con el trabajo, mi competencia profesional, mi rendimiento profesional y mi capacidad de gestión de mi carga de trabajo*. En el gráfico 12 se representan la media y la desviación estándar de la escala de expectativas y de los ítems que la componen.

Gráfico 12. Expectativas: Media y desviación estándar de la escala y de los ítems



El **factor efectos colaterales** (f-EC), correspondiente a la segunda de las dos triadas del c-BLG, obtuvo una puntuación media de 2,6 (DE 1,5) en un rango de 0 a 6, donde 0 representaba el valor mínimo de puntuación que significaba nunca y 6 el valor máximo que significaba siempre. Este factor está conformado por las escalas de somatización (e-S) con una media de 2,3 (DE 1,6), la escala de desgaste (e-Dg) con una media de 3,2 (DE 1,7), y la escala de alienación (e-AI) con una media de 2,2 (DE 1,7). Las puntuaciones medias de los ítems oscilaron entre un 1,5 (DE 1,9) y un 3,4 (DE 1,9) en los ítems que valoraban respectivamente si por causa del trabajo sentían *trastornos digestivos* y *sobrecarga de actividad laboral*. En el *gráfico 13* se representan la media y la desviación estándar del factor efectos colaterales y de las escalas que lo componen.

Gráfico 13. Efectos colaterales: Media y desviación estándar del factor y las escalas

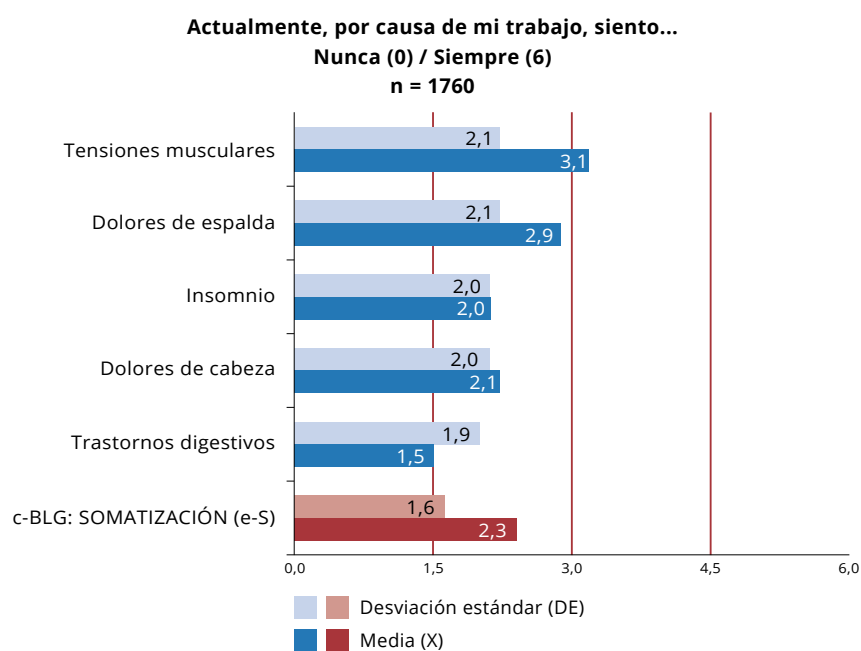


Como se ha comentado anteriormente para la valoración de los efectos colaterales se establecieron 4 categorías: óptimo (0 a 1,5), bueno (> 1,5 a 3), malo (> 3 a 4,5) y pésimo (> 4,5 a 6).

La **escala de somatización**, primera de las 3 escalas que constituyen el f-EC del c-BLG, obtuvo una puntuación media de 2,3 (DE 1,6), categorizándose dentro de un estado bueno. Destaca la valoración de los ítems relacionados con la

existencia de *tensiones musculares* y de *dolores de espalda* por causa del trabajo, que en el primer caso se categorizó dentro de un estado malo y en el segundo caso dentro de un estado bueno pero muy próximo a un estado malo. Los ítems relacionados con la existencia de *insomnio* y de *dolores de cabeza* están valorados dentro de un estado bueno y el ítem relacionado con los *trastornos digestivos* está dentro de un estado óptimo. En el *gráfico 14* se representan la media y la desviación estándar de la escala de somatización y de los ítems que la componen.

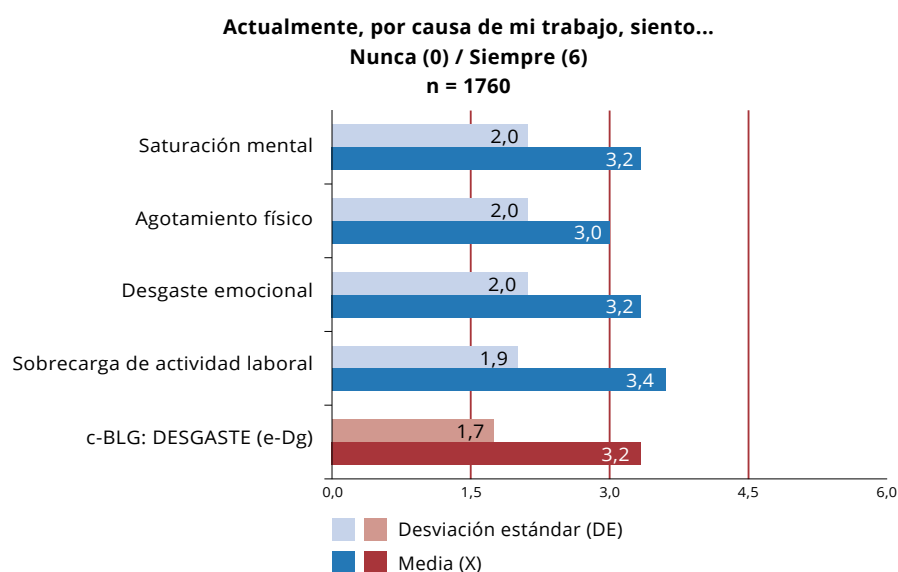
Gráfico 14. Somatización: Media y desviación estándar de la escala y de los ítems



La **escala de desgaste**, segunda de las 3 escalas que constituyen el f-EC del c-BLG, obtuvo una puntuación media de 3,2 (DE 1,7), siendo valorada dentro de un estado malo. Cabe destacar que los cuatro ítems que configuran la escala fueron valorados dentro de un estado malo y hacen referencia al *agotamiento físico*, a la *saturación mental*, al *desgaste emocional* y a la *sobrecarga de actividad*

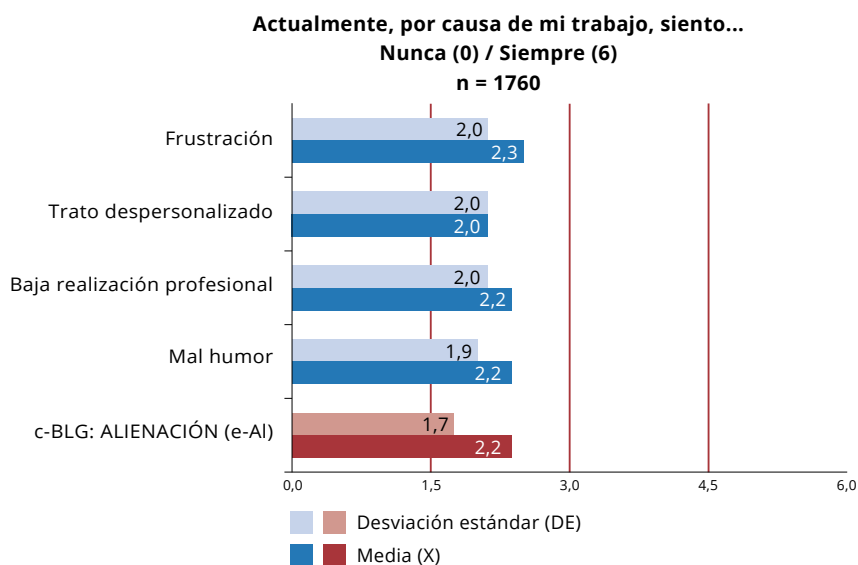
laboral. En el *gráfico 15* se representan la media y la desviación estándar de la escala de desgaste y de los ítems que la componen.

Gráfico 15. Desgaste: Media y desviación estándar de la escala y de los ítems



La **escala de alienación**, tercera de las 3 escalas que constituyen el f-EC del c-BLG, obtuvo una puntuación media de 2,2 (DE 1,7), siendo valorada dentro de un estado bueno. Los cuatro ítems que configuran la escala fueron valorados dentro de un estado bueno y hacen referencia al *mal humor*, al *trato despersonalizado*, a la *baja realización profesional* y a la *frustración*. En el *gráfico 16* se representan la media y la desviación estándar de la escala de alienación y de los ítems que la componen.

Gráfico 16. Alienación: Media y desviación estándar de la escala y de los ítems



5.4. BURNOUT: ANÁLISIS DESCRIPTIVO

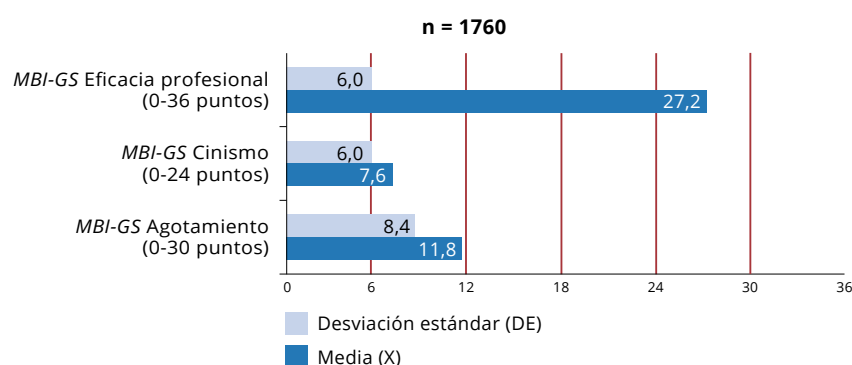
El **burnout** de las enfermeras fue evaluado mediante las escalas de agotamiento (e-Ag), cinismo (e-Ci) y eficacia profesional (e-EP) del *Maslach burnout inventory - general survey (MBI-GS)* validado por *Bresó et al* ⁽¹⁰⁵⁾. Los ítems del inventario, valorados en un rango de 0 (valor mínimo que significaba nunca) a 6 (valor máximo que significaba siempre), obtuvieron una puntuación que osciló entre un 1,7 (DE 1,8) en el ítem que valoraba si actualmente *dudo sobre el valor de mi trabajo* y un 4,9 (DE 1,2) en el ítem que valoraba si actualmente *en mi opinión, hago bien mi trabajo*.

Las escalas del *MBI-GS* fueron valoradas a partir del sumatorio de la media de los ítems que las conforman. Las puntuaciones medias obtenidas fueron de 11,8 (DE 8,4) en la **escala de agotamiento** (rango de 0 a 30 puntos), de 7,6 (DE 6,0)

en la **escala de cinismo** (rango de 0 a 24 puntos) y de 27,2 (DE 6,0) en la **escala de eficacia profesional** (rango de 0 a 36 puntos).

En el *gráfico 17* se representa la puntuación media y la desviación estándar de las 3 escalas del *MBI-GS*.

Gráfico 17. Maslach burnout inventory - general survey: Media y desviación estándar de las escalas



Como se ha comentado en el apartado de metodología para la valoración del *burnout* se establecieron 5 categorías: muy bajo, bajo, moderado, alto y muy alto.

El **cinismo**, primera de las tres escalas del *MBI-GS*, con una puntuación media de 7,6 (DE 6,0) en un rango de 0 a 24 puntos, tuvo una puntuación que indicó riesgo bajo. Todos los ítems de la escala indicaron riesgo bajo y respondían a *si nunca ... o siempre dudo sobre el valor de mi trabajo, desde que empecé en este puesto he perdido interés por mi trabajo, he perdido entusiasmo por mi trabajo y me pregunto por la utilidad de mi trabajo*. Este último ítem está en el límite superior del riesgo bajo y muy próximo al riesgo moderado.

El **agotamiento**, segunda de las tres escalas del *MBI-GS*, con una media de 11,8 (DE 8,4) en un rango de 0 a 30 puntos, tuvo una puntuación media que indicó riesgo bajo aunque muy próxima al moderado. Tres de los ítems de la escala indicaron riesgo bajo y valoraban *si nunca ... o siempre siento fatiga por la mañana*

Calidad de vida laboral de las enfermeras:

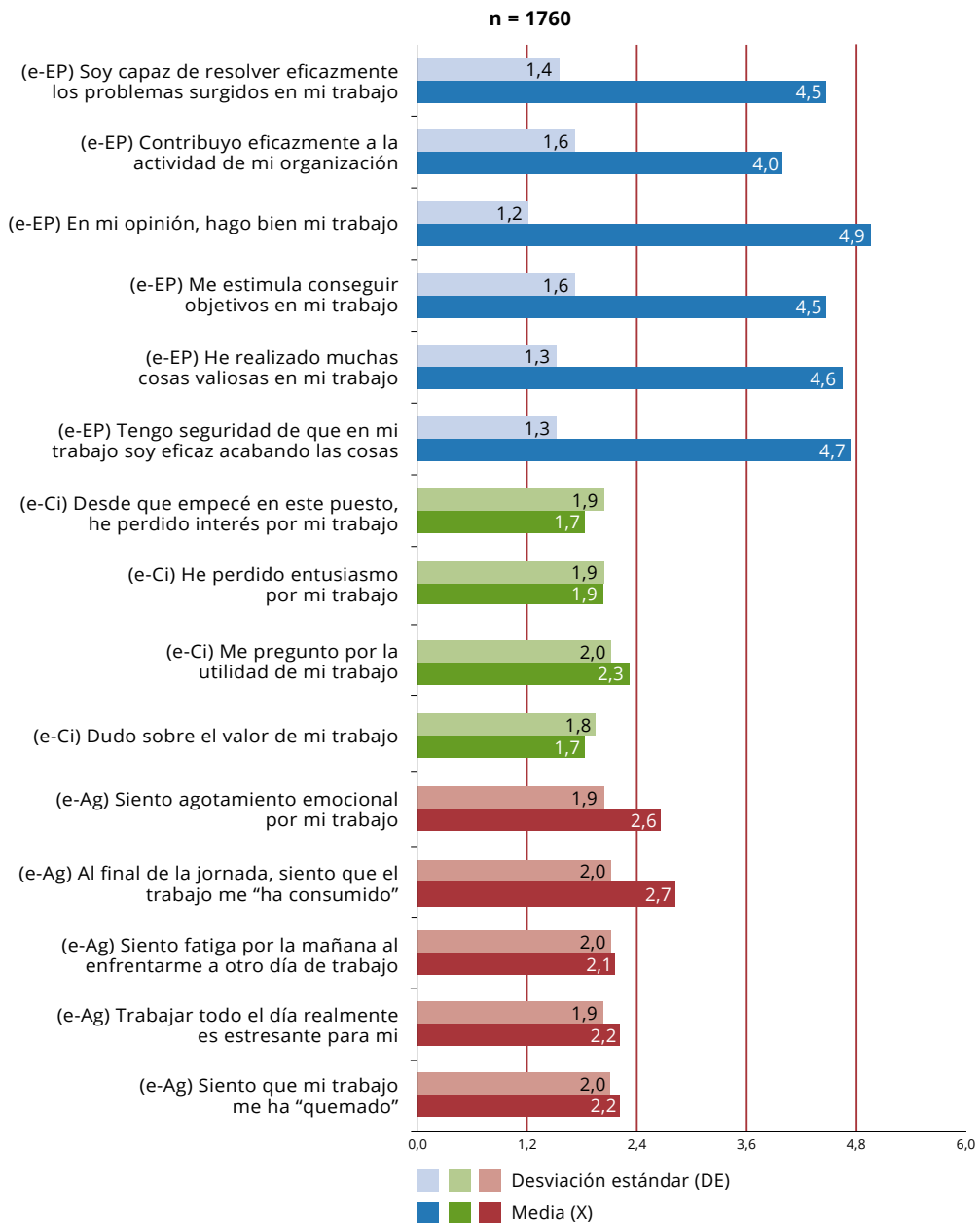
Evaluación y propuestas de mejora

al enfrentarme a otro día de trabajo, siento que mi trabajo me ha “quemado”, trabajar todo el día realmente es estresante para mí. Los otros dos ítems de la escala indicaron riesgo moderado, siendo los que valoraban si *siento agotamiento emocional por mi trabajo y al final de la jornada, siento que el trabajo me “ha consumido”.*

La **eficacia profesional**, tercera de las tres escalas del *MBI-GS*, con una media de 27,2 (DE 6,0) en un rango de 0 a 36 puntos, tuvo una puntuación que indicó un nivel de eficacia profesional alto. La puntuación obtenida en cinco de los seis ítems de la escala indicaron nivel de eficacia alto y hacían referencia a si *nunca ... o siempre tengo seguridad de que en mi trabajo soy eficaz acabando las cosas, he realizado muchas cosas valiosas en mi trabajo, me estimula conseguir objetivos en mi trabajo, soy capaz de resolver eficazmente los problemas surgidos en mi trabajo y contribuyo eficazmente a la actividad de mi organización.* El sexto ítem de la escala que hace referencia a *en mi opinión, hago bien mi trabajo*, obtuvo una puntuación que indicó un nivel de eficacia muy alto.

En el *gráfico 18* se representan la media y la desviación estándar de todos los ítems que conforman el *MBI-GS*, identificando si forman parte de las escalas de agotamiento, de cinismo o de eficacia profesional.

Gráfico 18. Maslach burnout inventory - general survey: Media y desviación estándar de los ítems

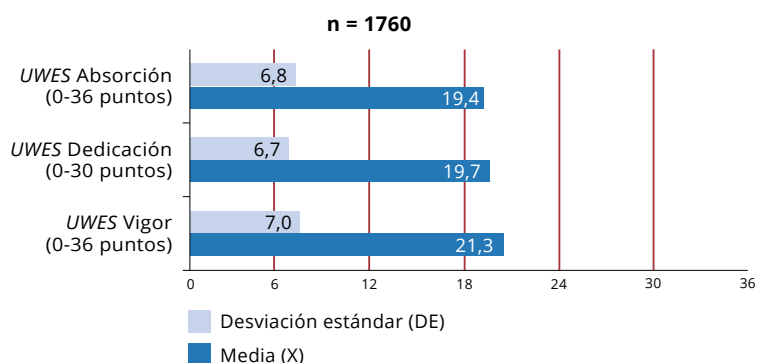


5.5. ENGAGEMENT: ANÁLISIS DESCRIPTIVO

El **engagement** de las enfermeras fue evaluado mediante las dimensiones de vigor (e-V), dedicación (e-Dd) y absorción (e-Ab) que conforman la *Utrecht work engagement scale (UWES)* de Salanova y Schaufeli ⁽¹⁴²⁾. Los ítems de la escala valorados en un rango de 0 (valor mínimo que significaba nunca) a 6 (valor máximo que significaba siempre), obtuvieron una puntuación que osciló entre 2,6 (DE 1,9) en el ítem que valoraba si actualmente *me es difícil “desconectar” del trabajo* y 4,6 (DE 1,5) en el ítem *siento orgullo del trabajo que hago*.

Las dimensiones de la *UWES* fueron valoradas a partir del sumatorio de los ítems que la conforman. Las puntuaciones medias obtenidas fueron de 21,3 (DE 7,0) en la **escala de vigor** (rango de 0 a 36 puntos), de 19,7 (DE 6,7) en la **escala de dedicación** (rango de 0 a 30 puntos) y de 19,4 (DE 6,8) en la **escala de absorción** (rango de 0 a 36 puntos). En el *gráfico 19* se representan la puntuación media y la desviación estándar de las tres dimensiones de la *UWES*.

Gráfico 19. Utrecht work engagement scale: Media y desviación estándar de las dimensiones



Como se ha comentado en el apartado de metodología para la valoración del *engagement* se establecieron 5 categorías: muy bajo, bajo, moderado, alto y muy alto.

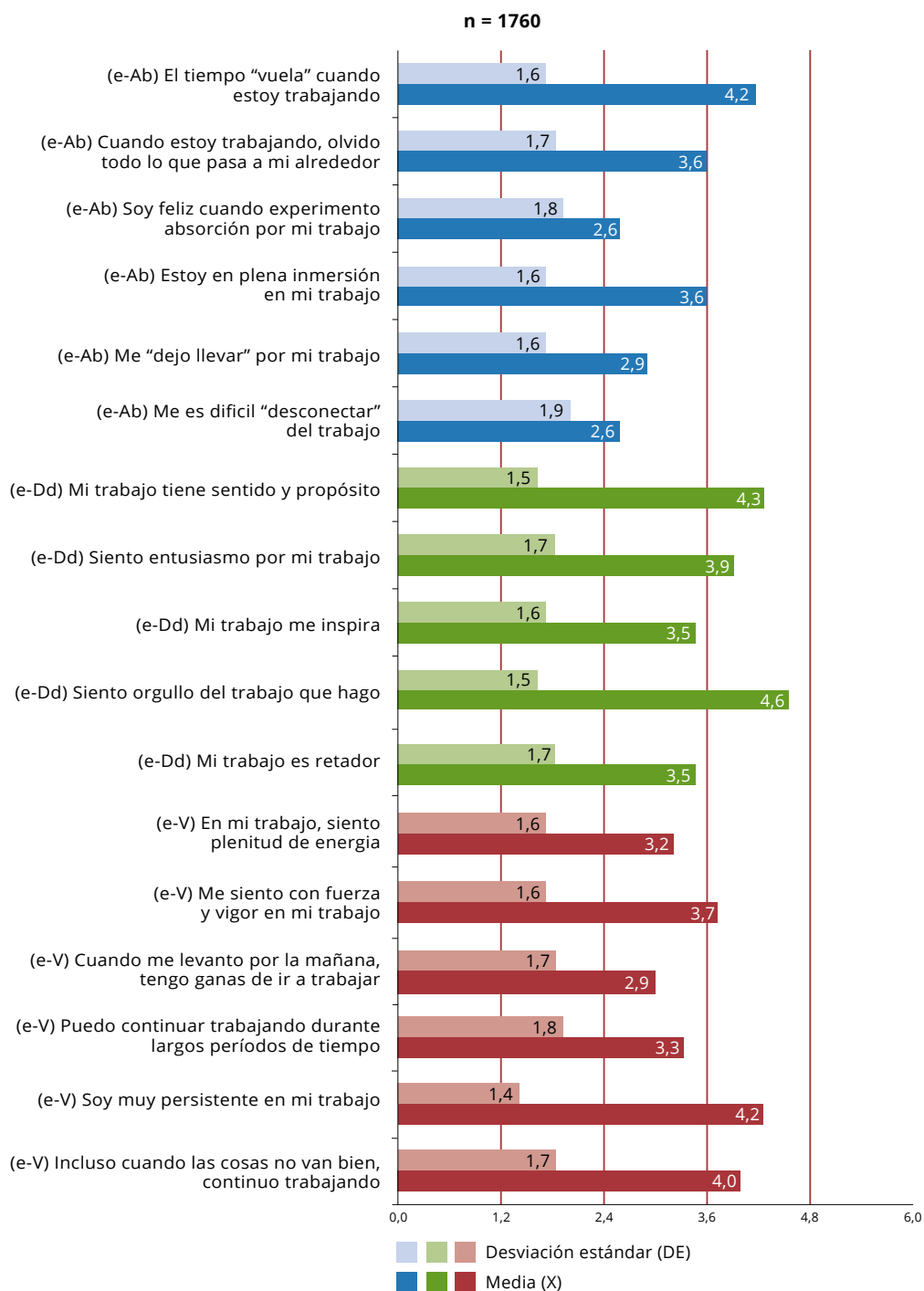
El **vigor**, primera de las tres dimensiones de la *UWES*, obtuvo una puntuación media de 21,3 (DE 7,0) en un rango de 0 a 36 puntos, correspondiente a un nivel moderado pero muy cercano a un nivel alto. Tres de los ítems que configuran la dimensión obtuvieron una puntuación que indica nivel moderado, siendo éstos los que responden a *cuando me levanto por la mañana tengo ganas de ir a trabajar, en mi trabajo siento plenitud de energía y puedo continuar trabajando durante largos periodos de tiempo*. Los otros tres ítems están en un nivel alto (aunque el primero de los tres está muy cercano al nivel moderado) siendo éstos los que responden a *me siento con fuerza y vigor en mi trabajo, incluso cuando las cosas no van bien continuo trabajando y soy muy persistente en mi trabajo*.

La **dedicación**, segunda de las tres dimensiones de la *UWES*, obtuvo una puntuación media de 19,7 (DE 6,7) en un rango de 0 a 30. La puntuación indica que está al inicio de un nivel alto. Dos de los ítems de esta dimensión están en un nivel moderado aunque muy cerca de un nivel alto, siendo éstos los que responden a *mi trabajo es retador y mi trabajo me inspira*. Los tres ítems restantes de esta dimensión están en un nivel alto (aunque el primero de los tres está muy cercano al nivel moderado) siendo éstos los que responden a *siento entusiasmo por mi trabajo, mi trabajo tiene sentido y propósito y siento orgullo del trabajo que hago*.

La **absorción**, tercera de las tres dimensiones de la *UWES*, obtuvo una puntuación media de 19,4 (DE 6,8) en un rango de 0 a 36. La puntuación indica nivel moderado muy cercano a una posición central. Tres de los ítems de esta dimensión están en un nivel moderado, siendo estos los que responden a *me es difícil "desconectar" del trabajo, soy feliz cuando experimento absorción por mi trabajo, me "dejo llevar" por mi trabajo*. Los otros tres ítems de esta dimensión están en un nivel alto (aunque los dos primeros están en el límite inferior y muy próximos al nivel moderado), siendo éstos los que responden a *cuando estoy trabajando olvido todo lo que pasa alrededor de mí, estoy en plena inmersión en mi trabajo y el tiempo "vuela" cuando estoy trabajando*.

En el *gráfico 20* se representan la media y la desviación estándar de todos los ítems que conforman la *UWES*, identificando si forman parte de la dimensión de vigor, dedicación o absorción.

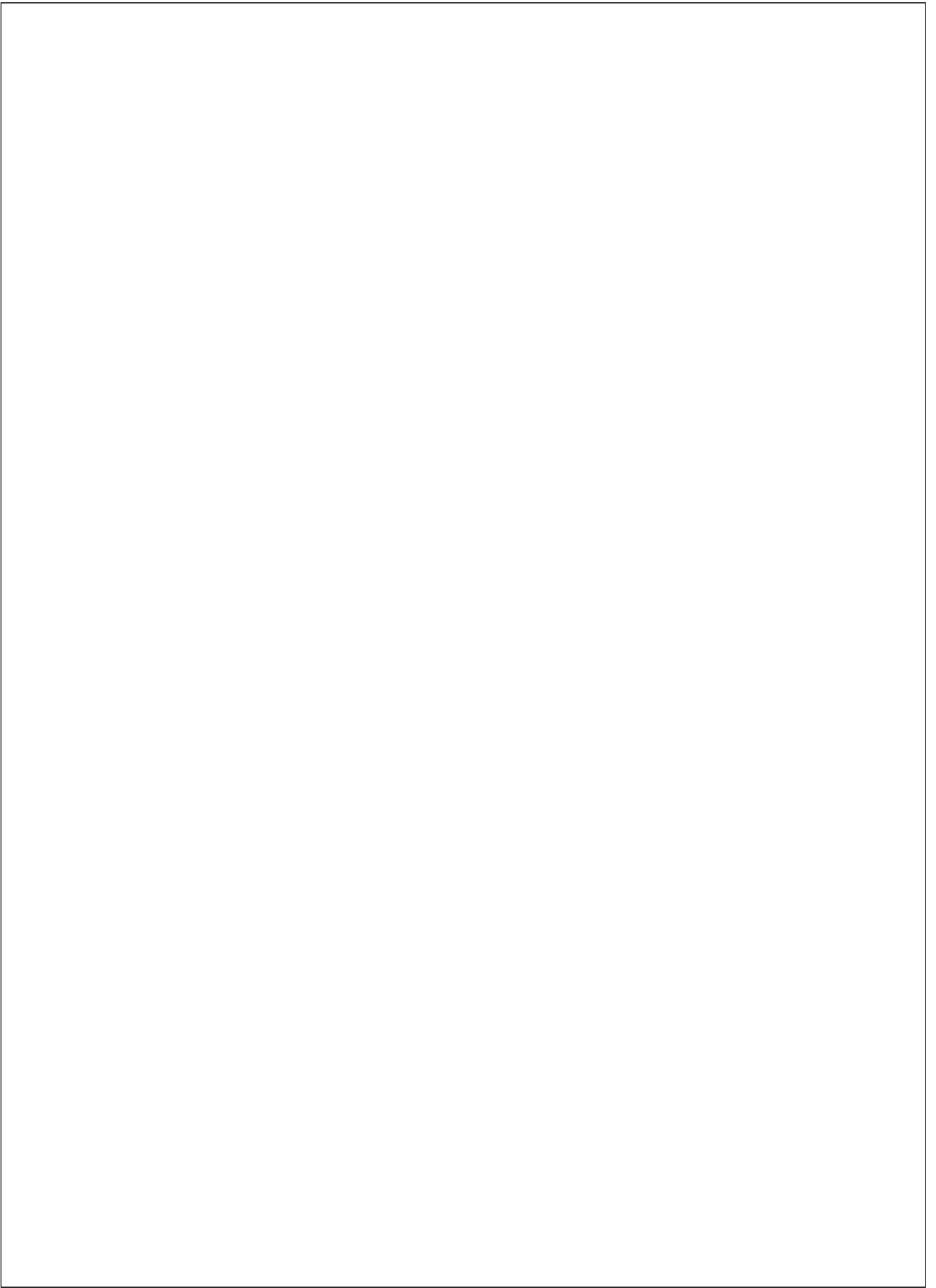
Gráfico 20. Utrecht work engagement scale: Media y desviación estándar de los ítems





RESULTADOS OBJETIVO 3

Analizar las relaciones entre las condiciones de trabajo y los niveles percibidos de bienestar laboral, de *burnout* y de *engagement*.



RESULTADOS OBJETIVO 3

5.6. CONDICIONES DE TRABAJO EN RELACIÓN AL BIENESTAR LABORAL GENERAL, AL *BURNOUT* Y AL *ENGAGEMENT*

En este apartado se muestra como se relacionan e inciden las condiciones de trabajo en el bienestar laboral general, en el *burnout* y en el *engagement*.

El **análisis de correlaciones** entre el c-CT con el c-BLG, el *MBI-GS* y la *UWES* (tabla 16) obtuvo valores que oscilaron entre -0,602 y 0,797, observándose:

- Una relación directa entre las condiciones de trabajo con el bienestar psicosocial (afectos, competencias, expectativas), con la eficacia profesional (variable asociada al *burnout*) y con el *engagement* (vigor, dedicación y absorción).
- Una relación inversa entre las condiciones de trabajo con los efectos colaterales (somatización, desgaste, alienación), así como con el agotamiento y con el cinismo (variables asociadas al *burnout*).
- Dos correlaciones altas ($\pm 0,7-1$), la primera entre el c-CT y el factor bienestar psicosocial (0,771**) y la segunda entre la escala adaptación organización-persona y el factor bienestar psicosocial (0,797**).

Se analizó **la distribución de los participantes en relación a** las puntuaciones obtenidas en la variable **condiciones de trabajo** categorizada (CT pésimas, CT malas, CT buenas y CT óptimas) y las variables asociadas al **bienestar laboral general** (bienestar psicosocial y efectos colaterales), al ***burnout*** (cinismo, agotamiento y eficacia profesional) y al ***engagement*** (vigor, dedicación y absorción), observando diferencias estadísticamente significativas en todos los casos *tabla 17*.

Las **condiciones de trabajo pésimas** se asociaron mayoritariamente (> 50%) a un bienestar psicosocial pésimo, presencia muy alta de efectos colaterales, agotamiento muy alto o alto, eficacia profesional muy alta o alta, cinismo de

moderado a muy alto, vigor bajo o moderado, dedicación de muy baja a moderada y absorción de moderada a muy baja.

Las **condiciones de trabajo malas** se asociaron mayoritariamente (> 50%) a un bienestar psicosocial malo, presencia de efectos colaterales alta o muy alta, agotamiento moderado o alto, eficacia profesional alta o muy alta, cinismo moderado o bajo, vigor moderado o bajo, dedicación moderada o alta y absorción moderada o baja.

Las **condiciones de trabajo buenas** se asociaron mayoritariamente (> 50%) a un bienestar psicosocial bueno, presencia de efectos colaterales baja o muy baja, agotamiento muy bajo o bajo, eficacia profesional muy alta o alta, cinismo muy bajo o bajo, vigor alto o moderado, dedicación alta o muy alta y absorción moderada o alta.

Las **condiciones de trabajo óptimas** se asociaron mayoritariamente (> 50%) a un bienestar psicosocial óptimo, presencia de efectos colaterales muy baja, agotamiento muy bajo, eficacia profesional muy alta, cinismo muy bajo, vigor muy alto o alto, dedicación muy alta y absorción alta o muy alta.

Tabla 16. Correlaciones entre el cuestionario de condiciones de trabajo con el cuestionario de bienestar laboral general, el *Maslach burnout inventory - general survey* y la *Utrecht work engagement scale*

n = 1760	c-CT	e-EM	e-ES	e-R	e-Dr	e-AOP	e-APO
Cuestionario de bienestar laboral general	0,197**	0,111**	0,119**	0,091**	0,194**	0,211**	0,188**
Factor bienestar psicosocial	0,771**	0,481**	0,494**	0,621**	0,685**	0,797**	0,488**
Factor efectos colaterales	-0,502**	-0,324**	-0,329**	-0,463**	-0,430**	-0,513**	-0,263**
Escala de afectos	0,728**	0,455**	0,465**	0,613**	0,648**	0,757**	0,422**
Escala de competencias	0,674**	0,428**	0,444**	0,516**	0,586**	0,702**	0,441**
Escala de expectativas	0,743**	0,453**	0,465**	0,595**	0,671**	0,756**	0,498**
Escala de somatización	-0,342**	-0,246**	-0,221**	-0,375**	-0,285**	-0,326**	-0,131**
Escala de desgaste	-0,417**	-0,271**	-0,252**	-0,441**	-0,341**	-0,418**	-0,203**
Escala de alienación	-0,568**	-0,343**	-0,377**	-0,455**	-0,501**	-0,602**	-0,344**
<i>Maslach burnout inventory - general survey</i>	-0,436**	-0,260**	-0,309**	-0,391**	-0,366**	-0,475**	-0,205**
Escala de agotamiento	-0,505**	-0,318**	-0,344**	-0,458**	-0,406**	-0,528**	-0,280**
Escala de eficacia profesional	0,151**	0,107**	0,114**	0,052**	0,094**	0,145**	0,212**
Escala de cinismo	-0,455**	-0,263**	-0,347**	-0,318**	-0,373**	-0,507**	-0,292**
<i>Utrecht work engagement scale</i>	0,521**	0,320**	0,364**	0,363**	0,443**	0,532**	0,400**
Dimensión de vigor	0,511**	0,313**	0,345**	0,380**	0,419**	0,515**	0,409**
Dimensión de dedicación	0,505**	0,313**	0,377**	0,335**	0,412**	0,536**	0,376**
Dimensión de absorción	0,414**	0,255**	0,278**	0,280**	0,385**	0,413**	0,314**
Cuestionario de condiciones de trabajo (c-CT)							
Escala de entorno material (e-EM)		Escala de desarrollo (e-Dr)					
Escala de entorno social (e-ES)		Escala de ajuste organización persona (e-AOP)					
Escala de regulación (e-R)		Escala de adaptación persona organización (e-APO)					

** $p < a 0,01$

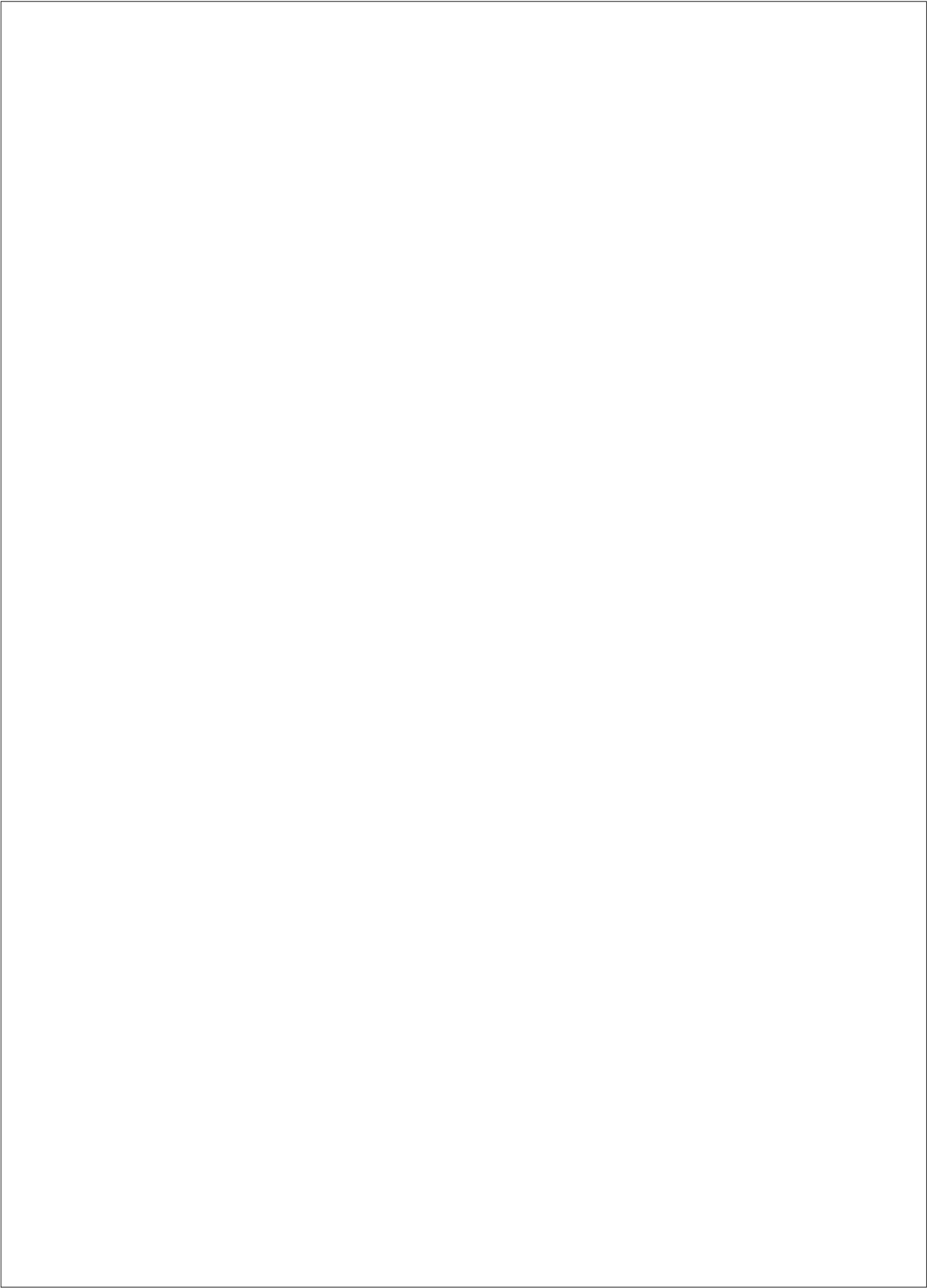
Tabla 17. Condiciones de trabajo en relación al bienestar laboral general, al *burnout* y al *engagement*

Bienestar laboral general	X	n	%	Condiciones de trabajo (CT)						χ^2	gl	Sig		
				CT pésimas X = 0-2,5 n = 45		CT malas X > 2,5-5 n = 480		CT buenas X > 5-7,5 n = 1006					CT óptimas X > 7,5-10 n = 229	
				%	n	%	n	%	n				%	n
Bienestar psicosocial	Pésimo Malo Bueno Óptimo	193 495 685 387	11,0 28,1 38,9 22,0	75,6 15,6 6,7 2,2	193 495 685 387	27,9 50,8 19,8 1,5	2,5 23,8 52,7 21,1	0,0 2,2 24,9 72,9	1028,5	9	< 0,001			
Efectos colaterales	Muy bajo Bajo Alto Muy alto	520 532 484 224	29,5 30,2 27,5 12,7	13,3 4,4 20,0 62,2	520 532 484 224	10,4 26,3 38,1 25,2	31,9 34,0 27,0 7,1	62,4 27,1 8,7 1,7	409,6	9	< 0,001			
Agotamiento	Muy bajo Bajo Moderado Alto Muy alto	599 373 347 292 149	34,0 21,2 19,7 16,6 8,5	2,2 11,1 17,8 28,9 40,0	599 373 347 292 149	13,1 18,1 23,1 28,1 17,5	37,3 23,9 21,2 13,2 4,5	69,9 17,9 6,6 4,8 0,9	399,8	12	< 0,001			
Eficacia profesional	Muy bajo Bajo Moderado Alto Muy alto	20 38 213 652 837	1,1 2,2 12,1 37,0 47,6	0,0 11,1 15,6 35,6 37,8	20 38 213 652 837	1,0 2,3 16,5 41,9 38,3	0,7 2,0 11,7 38,0 47,6	3,5 0,9 3,9 23,1 68,6	98,8	12	< 0,001			
Cinismo	Muy bajo Bajo Moderado Alto Muy alto	654 480 365 186 75	37,2 27,3 20,7 10,6 4,3	8,9 26,7 20,0 26,7 17,8	654 480 365 186 75	16,9 26,9 28,3 19,0 9,0	40,9 29,1 19,9 7,9 2,3	69,0 20,1 8,7 1,7 0,4	292,4	12	< 0,001			

continúa

Tabla 17. Condiciones de trabajo en relación al bienestar laboral general, al burnout y al engagement (continuación)

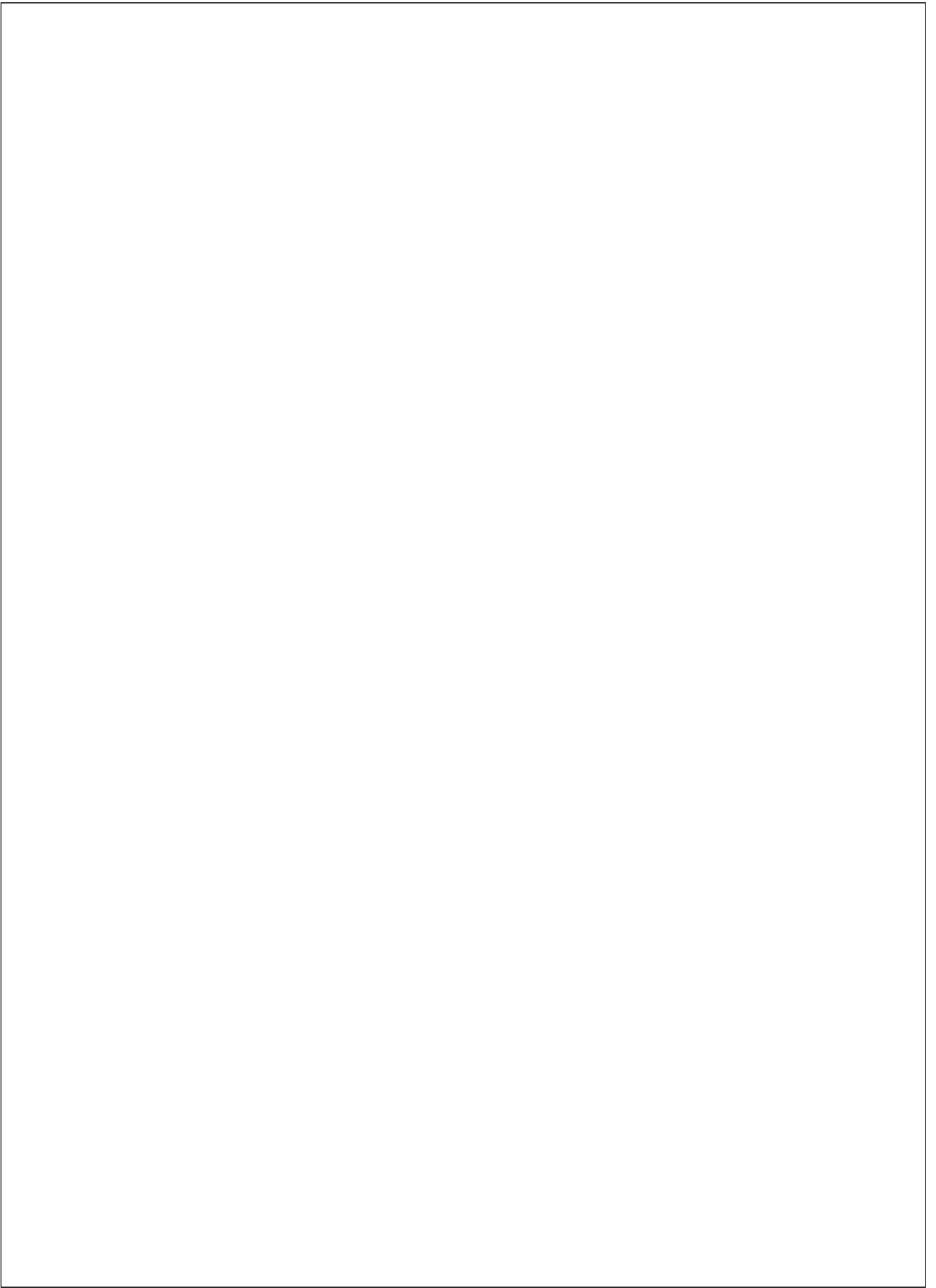
		Condiciones de trabajo (CT)												χ^2	gl	Sig				
		CT pésimas X = 0-2,5 n = 45				CT malas X > 2,5-5 n = 480				CT buenas X > 5-7,5 n = 1006							CT óptimas X > 7,5-10 n = 229			
		X	n	%	%	X	n	%	%	X	n	%	%				X	n	%	%
Engagement	Vigor	Muy bajo	0 a 7,2	54	3,1	13,3	7,1	1,3	0,4											
		Bajo	> 7,2 a 14,4	251	14,3	40,0	26,9	9,6	3,1											
		Moderado	> 14,4 a 21,6	576	32,7	33,3	41,5	33,7	10,0											
		Alto	> 21,6 a 28,8	595	33,8	11,1	17,9	40,7	41,5											
		Rango: 0 a 36	Muy alto	> 28,8 a 36	284	16,1	2,2	6,7	14,7	45,0										
	Dedicación	Muy bajo	0 a 6	76	4,3	28,9	10,0	1,5	0,0											
		Bajo	> 6 a 12	202	11,5	20,0	23,5	7,6	1,7											
		Moderado	> 12 a 18	397	22,6	22,2	27,9	23,6	7,0											
		Alto	> 18 a 24	605	34,4	15,6	26,3	40,1	30,1											
		Rango: 0 a 30	Muy alto	> 24 a 30	480	27,3	13,3	12,3	27,3	61,1										
	Absorción	Muy bajo	0 a 7,2	81	4,6	26,7	8,5	2,6	0,9											
		Bajo	> 7,2 a 14,4	335	19,0	26,7	28,5	17,1	6,1											
Moderado		> 14,4 a 21,6	664	37,7	33,3	40,6	40,0	22,7												
Alto		> 21,6 a 28,8	508	28,9	13,3	17,1	31,9	43,2												
	Rango: 0 a 36	Muy alto	> 28,8 a 36	172	9,8	0,0	5,2	8,4	27,1											





RESULTADOS OBJETIVO 4

Analizar las relaciones entre la sobrecarga de trabajo y las puntuaciones relativas a las condiciones de trabajo, al bienestar laboral, al *burnout* y al *engagement*.



RESULTADOS OBJETIVO 4

5.7. SOBRECARGA DE TRABAJO EN RELACIÓN A LAS CONDICIONES DE TRABAJO, AL BIENESTAR LABORAL GENERAL, AL *BURNOUT* Y AL *ENGAGEMENT*

En este apartado se pretende analizar las relaciones entre la **sobrecarga de trabajo**^{VII} con las condiciones de trabajo, el bienestar laboral general, el *burnout* y el *engagement*. La sobrecarga de trabajo se ha analizado a partir de dos variables distintas, el **tiempo de trabajo** por actividad a desarrollar dentro de la jornada laboral y la **carga de trabajo**.

5.7.1. TIEMPO DE TRABAJO Y ACTIVIDAD A DESARROLLAR

El **tiempo de trabajo** en relación a la actividad a desarrollar dentro de la jornada laboral obtuvo una puntuación media de 3,1 (DE 1,9), en un rango de 1 a 7, donde los significados eran de 1 a < a 4 me falta tiempo, 4 tiempo adecuado y > de 4 a 7 me sobra tiempo. Un 56,8% de las enfermeras valoraron que les faltaba tiempo dentro de la jornada laboral para hacer bien el trabajo, mientras que para un 22,9% era adecuado y para un 20,3% les sobraba tiempo.

Los resultados vinculados a las **relaciones** existentes entre el **tiempo de trabajo** y las **condiciones de trabajo**, el **bienestar laboral general**, el *burnout* y el *engagement*, se muestran en la *tabla 18*, donde se especifican la media, la desviación estándar, los grados de libertad (gl), el análisis de varianza (F), las relaciones que son estadísticamente significativas ($p < 0,05$) especificando el tamaño del efecto (bajo $\leq 0,30$ y moderado* $> 0,30$ a $0,80$) y las relaciones que no son estadísticamente significativas ($p \geq 0,05$). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el tiempo de trabajo (me falta tiempo, adecuado,

VII Por **sobrecarga de trabajo** se entiende la percepción de la falta de tiempo dentro de la jornada laboral para realizar el trabajo y/o el incremento de la carga de trabajo.

me sobra tiempo) y algunas variables asociadas a las condiciones de trabajo (adaptación persona-organización, ajuste organización-persona, entorno social, entorno material, desarrollo y regulación), al bienestar laboral general (alienación, desgaste, somatización, expectativas, competencias y afectos), al *burnout* (cinismo y agotamiento) y al *engagement* (absorción, dedicación y vigor). Entre las diferencias estadísticamente significativas, sólo destacó un tamaño del efecto moderado* en:

- Las condiciones de trabajo y la regulación, el bienestar psicosocial y los afectos, así como en el vigor (asociado al *engagement*), que obtuvieron puntuaciones más altas en las enfermeras que valoraron que les sobraba tiempo, seguidas de las que era adecuado y de las que les faltaba tiempo.
- Los efectos colaterales, la alienación y el desgaste, así como el agotamiento (asociado al *burnout*), que obtuvieron puntuaciones más altas en las enfermeras que valoraron que les faltaba tiempo, seguidas de las que era adecuado y de las que les sobraba tiempo.

5.7.2. CARGA DE TRABAJO

La **carga de trabajo**, evaluada en un rango de 0 a 10 fue valorada como pésima (0 a 2,5) en un 25,3% de los casos, mala (> 2,5 a 5) en un 36,8%, buena (> 5 a 7,5) en un 20,1% y óptima (> 7,5 a 10) en un 17,8%.

Los resultados vinculados a las **relaciones** existentes entre la **carga de trabajo** y las **condiciones de trabajo**, el **bienestar laboral general**, el *burnout* y el *engagement*, se muestran en la *tabla 19*, donde se especifican la media, la desviación estándar, los grados de libertad (gl), el análisis de varianza (F), las relaciones que son estadísticamente significativas ($p < 0,05$) especificando el tamaño del efecto (bajo $\leq 0,30$, moderado* $> 0,30$ a $0,80$ y alto** $> 0,80$) y las relaciones que no son estadísticamente significativas ($p \geq 0,05$). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la carga de trabajo (pésima, mala, buena y óptima) y algunas variables asociadas a las condiciones de trabajo (adaptación persona-organización, ajuste organización-persona, entorno social, entorno material, desarrollo y regulación), al bienestar laboral general (alienación, desgaste, somatización, expectativas, competencias y afectos), al *burnout* (cinismo, eficacia profesional y agotamiento) y al *engagement* (absorción, dedicación y

vigor). Entre las diferencias estadísticamente significativas destacó un tamaño del efecto moderado* o alto**, identificado en la *tabla 19* en:

- Las condiciones de trabajo y los aspectos asociados (adaptación persona-organización, ajuste organización-persona, entorno social, entorno material, desarrollo y regulación), el bienestar psicosocial y los aspectos asociados (expectativas, competencias y afectos), así como el *engagement* y aspectos asociados (absorción, dedicación y vigor), obteniendo las puntuaciones más altas las enfermeras que percibieron la carga como óptima, seguidas de las que la percibieron como buena, mala y pésima.
- Los efectos colaterales y los aspectos asociados (alienación, desgaste y somatización), así como el cinismo y el agotamiento (aspectos asociados al *burnout*), obteniendo las puntuaciones más altas las enfermeras que percibieron la carga como pésima, seguidas de las que la percibieron como mala, buena y óptima.

Calidad de vida laboral de las enfermeras:
Evaluación y propuestas de mejora

Tabla 18. Tiempo de trabajo en relación a condiciones de trabajo, bienestar laboral general, *burnout* y *engagement*

	n = 1760	Tiempo de trabajo	n	Media	DE	gl	F	Sig	D de Cohen (d)	
									Adecuado	Me sobra tiempo
Condiciones de trabajo	Condiciones de trabajo	Me falta tiempo	1000	5,6	1,5	2	16,6	< 0,001	-0,28	-0,50*
		Adecuado	403	5,9	1,5					-0,22
		Me sobra tiempo	357	6,1	1,6					
	Organización y persona	Me falta tiempo	1000	5,7	1,8	2	12,6	< 0,001	-0,06	-0,18
		Adecuado	403	6,0	1,7					-0,12
		Me sobra tiempo	357	6,2	1,8					
	Organización y entorno	Me falta tiempo	1000	6,4	1,5	2	8,8	< 0,001	-0,16	-0,23
		Adecuado	403	6,7	1,4					-0,07
		Me sobra tiempo	357	6,8	1,6					
	Organización y método	Me falta tiempo	1000	4,7	1,9	2	17,9	< 0,001	-0,18	-0,35*
Adecuado		403	5,0	1,8					-0,18	
Me sobra tiempo		357	5,4	1,9						
Adaptación persona-organización	Me falta tiempo	1000	6,5	1,7	2	8,6	< 0,001	-0,07	-0,26	
	Adecuado	403	6,6	1,7					-0,19	
	Me sobra tiempo	357	7,0	1,7						
Ajuste organización-persona	Me falta tiempo	1000	4,8	2,4	2	11,5	< 0,001	-0,19	-0,26	
	Adecuado	403	5,3	2,3					-0,08	
	Me sobra tiempo	357	5,5	2,4						
Entorno social	Me falta tiempo	1000	6,9	1,8	2	5,4	0,005	-0,12	-0,18	
	Adecuado	403	7,1	1,7					-0,07	
	Me sobra tiempo	357	7,2	1,8						
Entorno material	Me falta tiempo	1000	6,0	1,8	2	7,6	0,001	-0,16	-0,21	
	Adecuado	403	6,2	1,7					-0,06	
	Me sobra tiempo	357	6,3	1,9						
Desarrollo	Me falta tiempo	1000	4,6	2,2	2	4,5	0,011	-0,06	-0,18	
	Adecuado	403	4,7	2,1					-0,12	
	Me sobra tiempo	357	5,0	2,2						
Regulación	Me falta tiempo	1000	4,8	1,9	2	36,5	< 0,001	-0,28	-0,50*	
	Adecuado	403	5,4	1,8					-0,22	
	Me sobra tiempo	357	5,8	1,9						
Bienestar laboral general	Bienestar laboral general	Me falta tiempo	1000	3,5	0,6	2	3,5	0,032	0,11	0,14
		Adecuado	403	3,4	0,7					0,03
		Me sobra tiempo	357	3,4	0,7					
	Efectos colaterales	Me falta tiempo	1000	2,8	1,5	2	31,6	< 0,001	0,27	0,46*
		Adecuado	403	2,4	1,5					0,19
		Me sobra tiempo	357	2,1	1,5					
	Bienestar psicosocial	Me falta tiempo	1000	4,2	1,3	2	21,2	< 0,001	-0,20	-0,38*
		Adecuado	403	4,4	1,2					-0,19
		Me sobra tiempo	357	4,7	1,4					
	Alienación	Me falta tiempo	1000	2,4	1,7	2	24,1	< 0,001	0,22	0,41*
Adecuado		403	2,0	1,7					0,19	
Me sobra tiempo		357	1,7	1,7						
Desgaste	Me falta tiempo	1000	3,6	1,6	2	65,3	< 0,001	0,43	0,65*	
	Adecuado	403	2,9	1,7					0,22	
	Me sobra tiempo	357	2,5	1,7						
Somatización	Me falta tiempo	1000	2,5	1,6	2	15,0	< 0,001	0,22	0,30	
	Adecuado	403	2,1	1,6					0,07	
	Me sobra tiempo	357	2,0	1,6						
Expectativas	Me falta tiempo	1000	4,1	1,3	2	21,3	< 0,001	-0,14	-0,40	
	Adecuado	403	4,3	1,2					-0,26	
	Me sobra tiempo	357	4,6	1,4						
Competencias	Me falta tiempo	1000	4,4	1,4	2	12,5	< 0,001	-0,17	-0,29	
	Adecuado	403	4,6	1,4					-0,12	
	Me sobra tiempo	357	4,8	1,6						
Afectos	Me falta tiempo	1000	4,1	1,5	2	22,2	< 0,001	-0,24	-0,38*	
	Adecuado	403	4,4	1,4					-0,16	
	Me sobra tiempo	357	4,6	1,6						

Tamaño del efecto *D de Cohen (d)*: Bajo ≤ 0,30; moderado* > 0,30 a 0,80; y alto** > 0,80

continúa

Tabla 18. Tiempo de trabajo en relación a condiciones de trabajo, bienestar laboral general, *burnout* y *engagement* (continuación)

	n = 1760	Tiempo de trabajo	n	Media	DE	gl	F	Sig	D de Cohen (d)	
									Adecuado	Me sobra tiempo
Burnout	Cinismo	Me falta tiempo	1000	8,2	6,1	2	9,6	< 0,001	0,18	0,23 0,06
		Adecuado	403	7,1	5,5					
		Me sobra tiempo	357	6,7	6,3					
	Eficacia profesional	Me falta tiempo	1000	27,2	5,7	2	0,6	0,572		
		Adecuado	403	26,9	6,1					
		Me sobra tiempo	357	27,4	6,7					
Agotamiento	Me falta tiempo	1000	13,4	8,5	2	44,4	< 0,001	0,36*	0,52* 0,17	
	Adecuado	403	10,4	7,7						
	Me sobra tiempo	357	9,1	8,0						
Engagement	Absorción	Me falta tiempo	1000	19,7	6,7	2	3,9	0,020	0,16	-0,01 -0,16
		Adecuado	403	18,6	6,7					
		Me sobra tiempo	357	19,7	7,3					
	Dedicación	Me falta tiempo	1000	19,5	6,7	2	4,6	0,010	-0,02	-0,18 -0,16
		Adecuado	403	19,6	6,7					
		Me sobra tiempo	357	20,7	7,0					
Vigor	Me falta tiempo	1000	20,8	6,9	2	14,2	< 0,001	0,00	-0,32* -0,31*	
	Adecuado	403	20,8	7,0						
	Me sobra tiempo	357	23,0	7,0						

Tamaño del efecto *D de Cohen (d)*: Bajo $\leq 0,30$; moderado* $> 0,30$ a $0,80$; y alto** $> 0,80$

Calidad de vida laboral de las enfermeras:
Evaluación y propuestas de mejora

Tabla 19. Carga de trabajo en relación a condiciones de trabajo, bienestar laboral general, burnout y engagement

	n = 1760	Carga de trabajo	n	Media	DE	gl	F	Sig	D de Cohen (d)		
									Carga de trabajo		
									> 2,5-5	> 5-7,5	> 7,5-10
Condiciones de trabajo	Condiciones de trabajo	0 a 2,5	445	4,4	1,4	3	304,8	< 0,001	-1,05**	-1,75**	-1,70**
		> 2,5-5	647	5,7	1,1					-0,84**	-0,88**
		> 5-7,5	354	6,7	1,1						-0,11
		> 7,5-10	314	6,8	1,4						
	Organización y persona	0 a 2,5	445	4,6	1,7	3	170,2	< 0,001	-0,78*	-1,36**	-1,32**
		> 2,5-5	647	5,8	1,5					-0,62*	-0,63*
		> 5-7,5	354	6,7	1,5						-0,05
		> 7,5-10	314	6,8	1,7						
	Organización y entorno	0 a 2,5	445	5,6	1,8	3	122,0	< 0,001	-0,68*	-1,01**	-1,06**
		> 2,5-5	647	6,6	1,2					-0,46*	-0,57*
		> 5-7,5	354	7,1	1,2						-0,14
		> 7,5-10	314	7,3	1,4						
	Organización y método	0 a 2,5	445	3,1	1,6	3	422,6	< 0,001	-1,19**	-2,11**	-2,00**
		> 2,5-5	647	4,8	1,3					-1,03**	-1,04**
		> 5-7,5	354	6,2	1,3						-0,11
		> 7,5-10	314	6,3	1,7						
Adaptación persona-organización	0 a 2,5	445	6,0	1,9	3	52,9	< 0,001	-0,33*	-0,65*	-0,76*	
	> 2,5-5	647	6,5	1,5					-0,36*	-0,51*	
	> 5-7,5	354	7,1	1,5						-0,16	
	> 7,5-10	314	7,3	1,6							
Ajuste organización-persona	0 a 2,5	445	3,2	2,2	3	211,7	< 0,001	-0,93**	-1,58**	-1,41**	
	> 2,5-5	647	5,1	2,0					-0,68*	-0,59*	
	> 5-7,5	354	6,4	1,9						0,04	
	> 7,5-10	314	6,3	2,3							
Entorno social	0 a 2,5	445	6,1	2,1	3	66,4	< 0,001	-0,52*	-0,74*	-0,80*	
	> 2,5-5	647	7,1	1,5					-0,29	-0,40*	
	> 5-7,5	354	7,5	1,4						-0,13	
	> 7,5-10	314	7,7	1,6							
Entorno material	0 a 2,5	445	5,0	2,1	3	107,3	< 0,001	-0,61*	-0,95**	-1,01**	
	> 2,5-5	647	6,1	1,4					-0,46*	-0,56*	
	> 5-7,5	354	6,8	1,5						-0,1	
	> 7,5-10	314	6,9	1,5							
Desarrollo	0 a 2,5	445	3,1	2,0	3	185,4	< 0,001	-0,85**	-1,45**	-1,32**	
	> 2,5-5	647	4,7	1,8					-0,67*	-0,60*	
	> 5-7,5	354	5,9	1,8						0,03	
	> 7,5-10	314	5,8	2,2							
Regulación	0 a 2,5	445	3,1	1,5	3	644,1	< 0,001	-1,37**	-2,54**	-2,50**	
	> 2,5-5	647	5,0	1,3					-1,27**	-1,41**	
	> 5-7,5	354	6,5	1,0						-0,29	
	> 7,5-10	314	6,9	1,5							

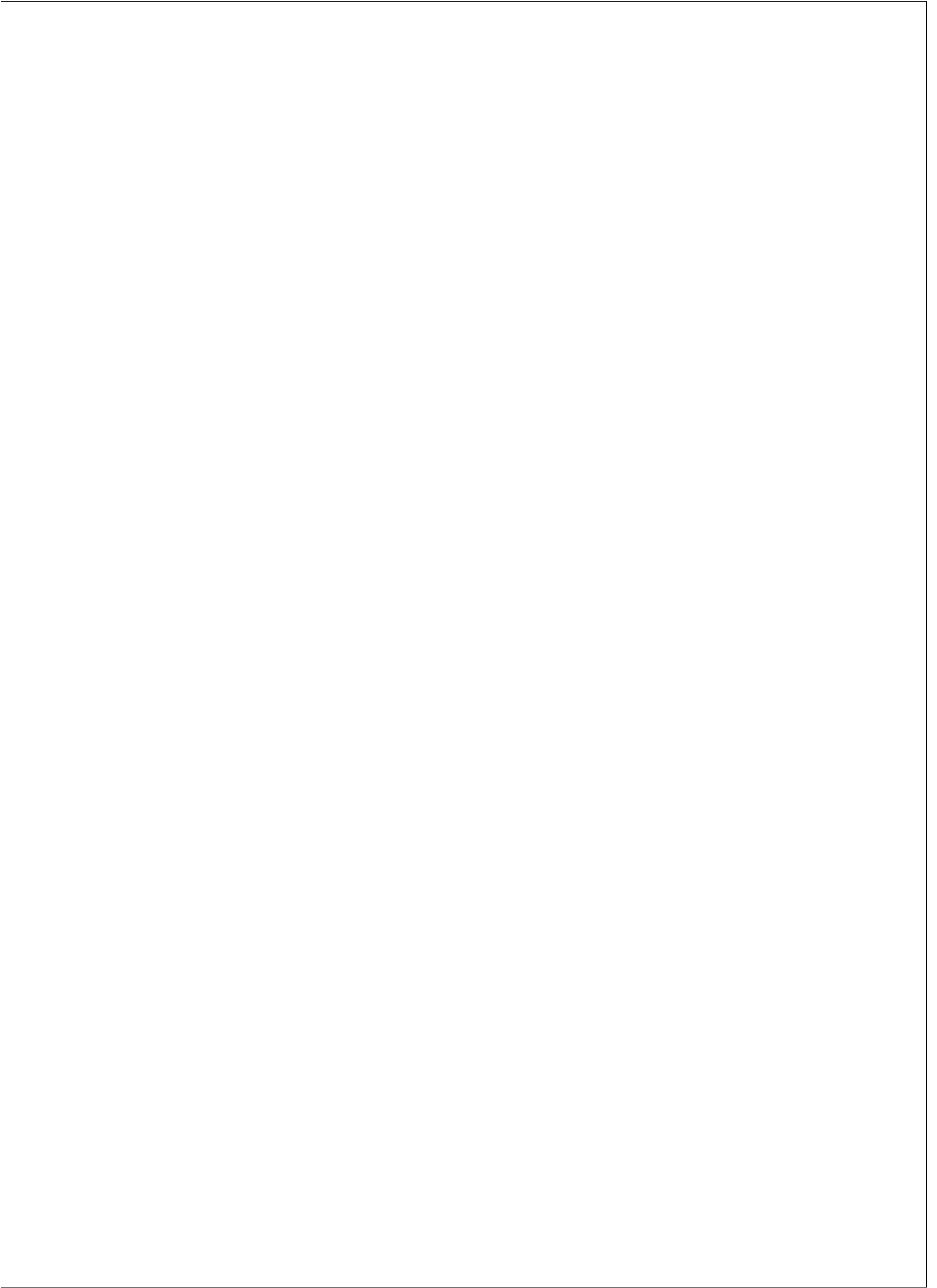
Tamaño del efecto *D de Cohen (d)*: Bajo ≤ 0,30; moderado* > 0,30 a 0,80; y alto** > 0,80

continúa

Tabla 19. Carga de trabajo en relación a condiciones de trabajo, bienestar laboral general, *burnout* y *engagement* (continuación)

	n = 1760	Carga de trabajo	n	Media	DE	gl	F	Sig	D de Cohen (d)		
									Carga de trabajo		
									> 2,5-5	> 5-7,5	> 7,5-10
Bienestar laboral general	Bienestar laboral general	0 a 2,5	445	3,4	0,7	3	1,1	0,362	-0,08	-0,02	-0,11
		> 2,5-5	647	3,5	0,6					0,06	-0,03
		> 5-7,5	354	3,4	0,7						-0,09
		> 7,5-10	314	3,5	0,6						
	Efectos colaterales	0 a 2,5	445	3,4	1,4	3	83,1	< 0,001	0,56*	1,02**	0,89**
		> 2,5-5	647	2,6	1,4					0,46*	0,36*
		> 5-7,5	354	1,9	1,4						-0,08
		> 7,5-10	314	2,1	1,5						
	Bienestar psicosocial	0 a 2,5	445	3,5	1,2	3	131,5	< 0,001	-0,75*	-1,22**	-1,15**
		> 2,5-5	647	4,4	1,2					-0,49*	-0,46*
		> 5-7,5	354	4,9	1,2						0,01
		> 7,5-10	314	4,9	1,3						
Alienación	0 a 2,5	445	3,1	1,6	3	80,7	< 0,001	0,54*	1,00**	0,88**	
	> 2,5-5	647	2,2	1,6					0,45*	0,36*	
	> 5-7,5	354	1,5	1,5						-0,08	
	> 7,5-10	314	1,6	1,6							
Desgaste	0 a 2,5	445	4,2	1,5	3	96,3	< 0,001	0,60*	1,13**	0,94**	
	> 2,5-5	647	3,2	1,6					0,52*	0,37*	
	> 5-7,5	354	2,4	1,6						-0,12	
	> 7,5-10	314	2,6	1,8							
Somatización	0 a 2,5	445	3,0	1,6	3	52,0	< 0,001	0,40*	0,80*	0,69*	
	> 2,5-5	647	2,4	1,5					0,41	0,31	
	> 5-7,5	354	1,8	1,4						-0,09	
	> 7,5-10	314	1,9	1,5							
Expectativas	0 a 2,5	445	3,4	1,2	3	115,4	< 0,001	-0,65*	-1,14**	-1,14**	
	> 2,5-5	647	4,2	1,2					-0,49	-0,51*	
	> 5-7,5	354	4,8	1,2						-0,03	
	> 7,5-10	314	4,8	1,3							
Competencias	0 a 2,5	445	3,7	1,5	3	82,1	< 0,001	-0,59*	-0,93**	-0,89**	
	> 2,5-5	647	4,6	1,3					-0,39*	-0,38*	
	> 5-7,5	354	5,1	1,3						0,00	
	> 7,5-10	314	5,1	1,4							
Afectos	0 a 2,5	445	3,2	1,4	3	135,6	< 0,001	-0,81**	-1,26**	-1,15**	
	> 2,5-5	647	4,3	1,3					-0,47*	-0,40*	
	> 5-7,5	354	4,9	1,3						0,05	
	> 7,5-10	314	4,9	1,5							
Burnout	Cinismo	0 a 2,5	445	9,8	6,2	3	40,5	< 0,001	0,33*	0,72*	0,57*
		> 2,5-5	647	7,9	5,8					0,41*	0,27
		> 5-7,5	354	5,6	5,3						-0,13
		> 7,5-10	314	6,3	6,1						
Eficacia profesional	0 a 2,5	445	27,0	6,1	3	3,3	0,021	0,04	0,00	-0,17	
	> 2,5-5	647	26,8	5,5					-0,03	-0,22	
	> 5-7,5	354	27,0	6,3						-0,17	
	> 7,5-10	314	28,1	6,4							
Agotamiento	0 a 2,5	445	16,9	8,1	3	100,7	< 0,001	0,70*	1,14**	0,92**	
	> 2,5-5	647	11,4	7,6					0,44*	0,27	
	> 5-7,5	354	8,2	7,0						-0,14	
	> 7,5-10	314	9,3	8,5							
Engagement	Absorción	0 a 2,5	445	17,9	7,1	3	21,3	< 0,001	-0,13	-0,42*	-0,45*
		> 2,5-5	647	18,8	6,3					-0,31	-0,36*
		> 5-7,5	354	20,8	6,5						-0,06
		> 7,5-10	314	21,2	7,3						
	Dedicación	0 a 2,5	445	17,5	7,6	3	41,5	< 0,001	-0,23	-0,59*	-0,66*
		> 2,5-5	647	19,1	6,5					-0,38*	-0,47*
Vigor	0 a 2,5	445	18,7	7,3	3	55,5	< 0,001	-0,28	-0,68*	-0,78*	
	> 2,5-5	647	20,6	6,4					-0,43*	-0,55*	
		> 5-7,5	354	23,3	6,4					-0,12	
		> 7,5-10	314	24,1	6,6						

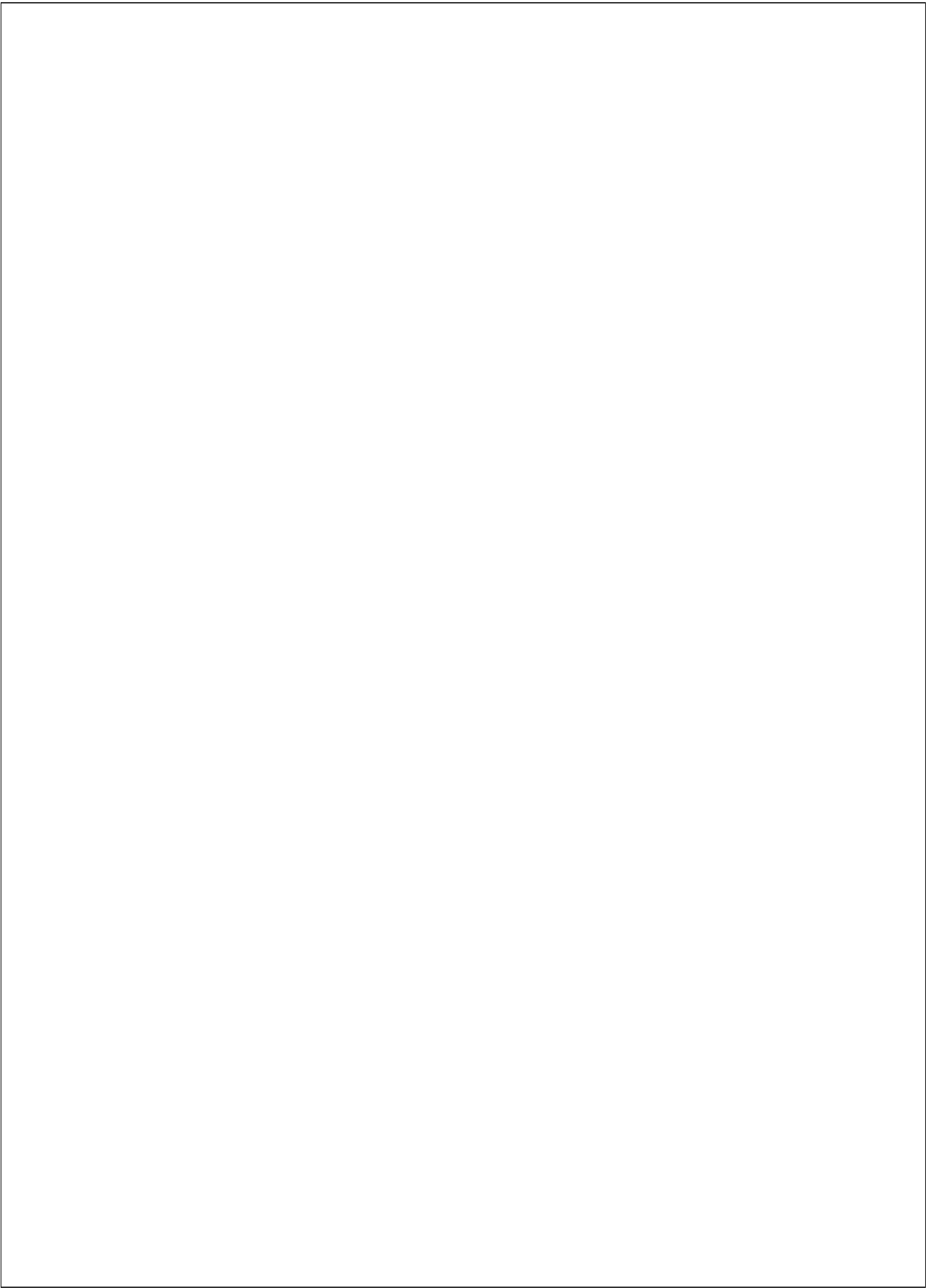
Tamaño del efecto *D de Cohen (d)*: Bajo ≤ 0,30; moderado* > 0,30 a 0,80; y alto** > 0,80





RESULTADOS OBJETIVO 5

Analizar las relaciones entre las condiciones de trabajo y el significado del trabajo.



RESULTADOS OBJETIVO 5

5.8. RELACIONES ENTRE LAS CONDICIONES DE TRABAJO Y EL SIGNIFICADO DEL TRABAJO

El significado del trabajo (ST) fue estudiado a partir del análisis textual de los datos obtenidos en la pregunta *escriba las palabras clave que le vengan a la mente cuando piensa en su trabajo*. Para determinar las relaciones existentes entre el significado del trabajo y las condiciones de trabajo (CT) se realizó primero un análisis textual del ST y se categorizó la variable CT, para después realizar un análisis de correspondencias entre el ST y las CT.

5.8.1. ANÁLISIS TEXTUAL DEL SIGNIFICADO DEL TRABAJO

El corpus de la variable **significado del trabajo** estuvo formado por 8.043 formas léxicas, que se distribuyeron en 31 códigos (15 de índole negativa y 16 de índole positiva), cada uno de ellos con frecuencias que oscilaron entre 32 y 1.084 formas léxicas. Las **formas léxicas de índole negativa** fueron 3063 (38,1%), siendo los códigos de mayor frecuencia los que aglutinaban términos relacionados con *agotamiento* (7,0%), *malas condiciones socioeconómicas* (6,3%), *malestar* (6,0%) y *sobrecarga* (5,7%). Las **formas léxicas de índole positiva** fueron 4.980 (61,9%), distribuyéndose las de mayor frecuencia en los códigos *cuidar*, *humanismo*, *vocación*, *buenas relaciones con los pacientes* (13,5%), *eficacia* (6,9%), *buenas relaciones sociales*, *compañerismo* (5,5%), *compromiso* (5,2%) y *responsabilidad* (4,5%).

5.8.2. ANÁLISIS DE CORRESPONDENCIAS ENTRE EL SIGNIFICADO DEL TRABAJO Y LAS CONDICIONES DE TRABAJO

Las condiciones de trabajo, evaluadas a través del c-CT, fueron valoradas con una media de 5,8 (DE 1,6) en un rango de 0 (valor mínimo) a 10 (valor máximo).

Para hacer el **análisis de correspondencias** se categorizó la variable **condiciones de trabajo** en cuatro niveles (CT pésimas con una media de 0 a 2,5, CT malas con una media de > 2,5 a 5, CT buenas con una media de > 5 a 7,5 y CT óptimas con una media de > 7,5 a 10) y se distribuyeron las formas léxicas de los 31 códigos de la variable **significado del trabajo** entre los 4 niveles establecidos de las condiciones de trabajo.

En la *tabla 20* se muestra la distribución por frecuencias y por porcentajes de las formas léxicas en relación a los 31 códigos de la variable significado del trabajo y a los 4 niveles de la variable condiciones de trabajo.

Tabla 20. Correspondencias entre significado del trabajo y condiciones de trabajo

Significado del trabajo	Condiciones de trabajo (CT)									
	CT pésimas		CT malas		CT buenas		CT óptimas		CT	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sobrecarga	19	4,2	148	32,4	260	56,9	30	6,6	457	5,7
Mala gestión	10	8,9	63	55,8	40	35,4	0	0,0	113	1,4
Desorganización de tareas	3	3,2	49	52,7	40	43,0	1	1,1	93	1,2
Clima social negativo	9	3,6	124	50,0	108	43,5	7	2,8	248	3,1
Injusticia	6	5,2	69	60,0	40	34,8	0	0,0	115	1,4
Trabajo inapropiado	4	3,2	56	45,2	56	45,2	8	6,5	124	1,5
Falta de recursos, recursos escasos	3	9,4	13	40,6	15	46,9	1	3,1	32	0,4
Malas condiciones socioeconómicas	30	5,9	188	36,9	275	54,0	16	3,1	509	6,3
Insatisfacción	11	7,9	80	57,6	47	33,8	1	0,7	139	1,7
Malestar	40	8,3	237	49,3	197	41,0	7	1,5	481	6,0
Agotamiento	20	3,6	223	39,8	296	52,9	21	3,8	560	7,0
Cinismo organizacional	7	6,7	62	59,0	34	32,4	2	1,9	105	1,3
Despersonalización	7	17,5	22	55,0	11	27,5	0	0,0	40	0,5
Ineficacia	1	2,1	35	74,5	10	21,3	1	2,1	47	0,6
Buenas condiciones socioeconómicas	2	1,3	26	17,0	95	62,1	30	19,6	153	1,9
Oportunidades	2	0,6	48	14,0	228	66,7	64	18,7	342	4,3
Satisfacción	3	1,1	43	15,4	172	61,4	62	22,1	280	3,5
Bienestar	2	0,5	49	12,5	256	65,3	85	21,7	392	4,9
Vigor o fortalecimiento	2	0,7	49	16,6	182	61,7	62	21,0	295	3,7
Compromiso	3	0,7	63	14,9	273	64,7	83	19,7	422	5,2
Ética	1	0,7	28	20,3	92	66,7	17	12,3	138	1,7
Buenas relaciones sociales, compañerismo	3	0,7	77	17,3	293	66,0	71	16,0	444	5,5
Realización	0	0,0	10	8,9	79	70,5	23	20,5	112	1,4
Eficacia	5	0,9	83	15,1	369	67,0	94	17,1	551	6,9
Competencias	2	2,7	16	21,6	42	56,8	14	18,9	74	0,9
Poco reconocimiento	2	1,8	61	54,0	49	43,4	1	0,9	113	1,4
Cuidar, humanismo, vocación,...	21	1,9	222	20,5	692	63,8	149	13,7	1084	13,5
Responsabilidad, compromiso normativo	2	0,6	66	18,3	242	67,0	51	14,1	361	4,5
Autonomía	0	0,0	10	10,1	62	62,6	27	27,3	99	1,2
Reconocimiento	0	0,0	16	27,6	30	51,7	12	20,7	58	0,7
Reconocimiento económico	1	1,6	16	25,8	39	62,9	6	9,7	62	0,8
Frecuencias y porcentajes	221	2,7	2252	28,0	4624	57,5	946	11,8	8043	100,0

Al analizar la relación existente entre el significado del trabajo y las condiciones de trabajo los resultados obtuvieron una $\chi^2 = 14234,0$ con una $p < 0,001$. Estos resultados mostraron que había una **relación de dependencia entre las variables significado del trabajo y condiciones de trabajo**.

Para determinar la naturaleza de esta relación, se realizó un **análisis de correspondencias**. Los resultados (*tabla 21*) mostraron tres ejes factoriales para explicar la inercia total. El primer eje factorial con un valor propio de 0,405 y una inercia de 0,164 representó el 92,1% de la inercia total, siendo el eje más importante para explicar la relación entre el significado del trabajo y las condiciones de trabajo. El segundo eje factorial con un valor propio de 0,089 y una inercia de 0,008 representó el 4,5% de la inercia total. El tercer eje factorial con un valor propio de 0,080 y una inercia de 0,006 representó el 3,4% de la inercia total.

Tabla 21. Correlación entre significado del trabajo y condiciones de trabajo

Dimensión	Valor propio	Inercia	χ^2	p	Proporción de inercia		Confianza para el valor propio	
					Explicada	Acumulada	DE	Correlación
1	0,405	0,164			0,920	0,920	0,010	0,082
2	0,089	0,008			0,044	0,964	0,015	
3	0,080	0,006			0,036	1,000		
Total		0,178	1434,0	< 0,001	1,000	1,000		

Los ejes factoriales se construyeron a partir de las contribuciones absolutas y relativas de los códigos y las categorías de las variables significado del trabajo y condiciones de trabajo (*tabla 22*) proyectándose en un espacio bidimensional (*gráfico 21*). En el primer eje, el significado del trabajo tuvo mayores contribuciones absolutas en las formas léxicas de malestar (0,144), insatisfacción (0,063), bienestar (0,057), mala gestión (0,051), injusticia (0,050) y clima negativo (0,049). De acuerdo con el eje de coordenadas, en el extremo del polo negativo se ubicaron las formas léxicas que definían el significado del trabajo como despersonalización (-1,538), ineficacia (-1,425), mala gestión (-1,214) e insatisfacción (-1,214)

y en el extremo positivo la autonomía (0,875), la realización (0,789) y el bienestar (0,690). En relación a las condiciones de trabajo, el primer eje tuvo las contribuciones absolutas mayores en las CT malas (0,491) y en las CT óptimas (0,281), siendo inferiores las CT pésimas (0,122) y las CT buenas (0,106). De acuerdo con el eje de coordenadas se ubicaron en el polo negativo las CT pésimas (-1,340) y las CT malas (-0,843) y en el polo positivo las CT buenas (0,273) y las CT óptimas (0,984). En el segundo eje, el significado del trabajo tuvo mayores contribuciones absolutas en las formas léxicas de ineficacia (0,173), despersonalización (0,155), poco reconocimiento (0,118), malas condiciones socioeconómicas (0,112), malestar (0,088) y clima negativo (0,074). De acuerdo con el eje de coordenadas, en el extremo del polo negativo se ubicaron las formas léxicas que definían el significado del trabajo como despersonalización (-1,655), falta de recursos (-0,819), malas condiciones socioeconómicas (-0,397) y en el extremo positivo la ineficacia (1,624), el poco reconocimiento (0,863) y el reconocimiento (0,668). En relación a las condiciones de trabajo el segundo eje tiene las contribuciones absolutas mayores en las CT pésimas (0,715) y en las CT malas (0,208), siendo inferiores las CT buenas (0,046) y las CT óptimas (0,031). De acuerdo con el eje de coordenadas se ubicaron en el polo negativo las CT pésimas (-1,521) y las CT buenas (-0,084) y en el polo positivo las CT malas (0,257) y las CT óptimas (0,154).

En el *gráfico 21* se representa el **significado del trabajo en relación a las condiciones de trabajo** de las enfermeras, pudiendo observar tres grandes agrupaciones de formas léxicas que definieron el significado del trabajo para los que tenían:

- CT óptimas que lo asociaron a términos como autonomía, realización y bienestar;
- CT buenas que lo asociaron a satisfacción, oportunidades, buenas relaciones sociales (compañerismo), vigor, eficacia, buenas condiciones socioeconómicas, compromiso, responsabilidad, competencias, ética, cuidar, reconocimiento económico y reconocimiento;
- CT malas que lo asociaron a agotamiento, trabajo inapropiado, clima negativo, desorganización de tareas, sobrecarga, malas condiciones socioeconómicas, poco reconocimiento, malestar, injusticia, cinismo organizacional, insatisfacción, mala gestión, falta de recursos e ineficacia.

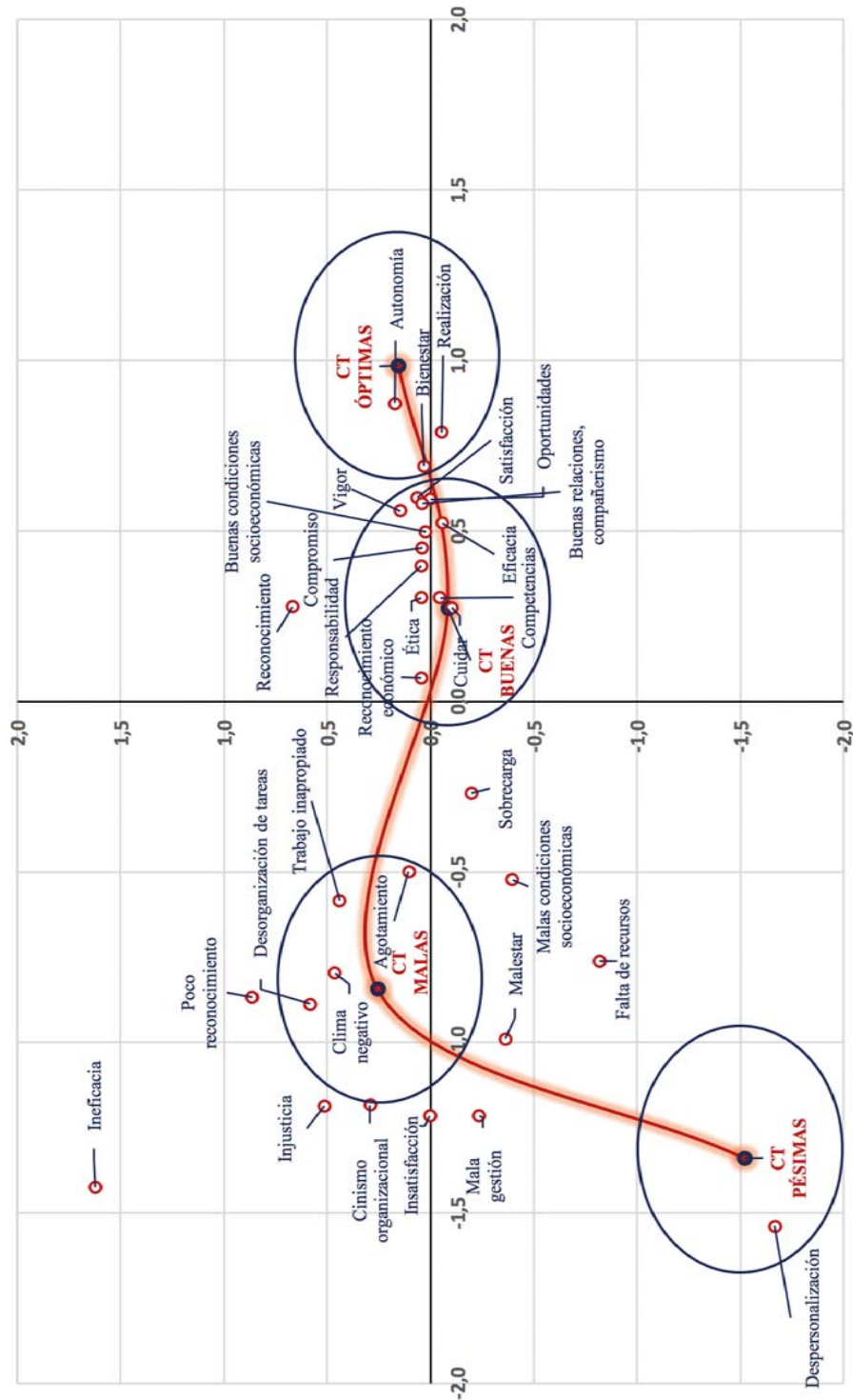
Las CT pésimas asociaron el significado del trabajo a despersonalización.

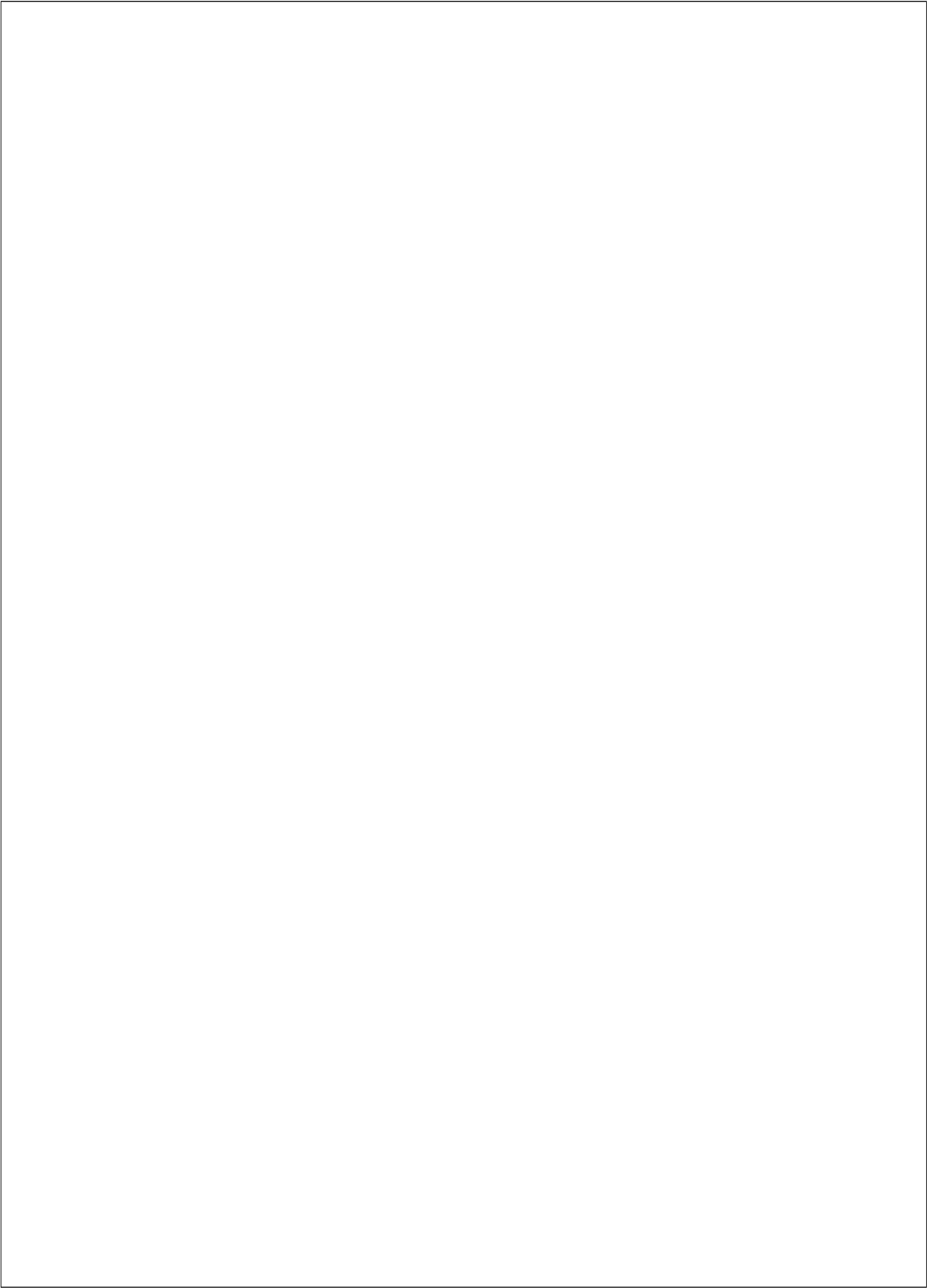
Calidad de vida laboral de las enfermeras:
Evaluación y propuestas de mejora

Tabla 22. Análisis de correspondencias entre significado del trabajo y condiciones de trabajo

	Masa	Puntuación en la dimensión		Inercia	Contribución				
		1	2		De los puntos a la inercia de la dimensión		De la dimensión a la inercia del punto		Total
					1	2	1	2	
CT pésimas	0,027	-1,340	-1,521	0,026	0,122	0,715	0,754	0,213	0,967
CT malas	0,280	-0,843	0,257	0,082	0,491	0,208	0,978	0,020	0,998
CT buenas	0,575	0,273	-0,084	0,019	0,106	0,046	0,892	0,018	0,911
CT óptimas	0,118	0,984	0,154	0,050	0,281	0,031	0,923	0,005	0,927
Total	1,000			0,178	1,000	1,000			
Sobrecarga	0,057	-0,268	-0,199	0,002	0,010	0,025	0,784	0,095	0,879
Mala gestión	0,014	-1,214	-0,237	0,009	0,051	0,009	0,974	0,008	0,982
Desorganización de tareas	0,012	-0,887	0,583	0,004	0,022	0,044	0,905	0,086	0,991
Clima negativo	0,031	-0,798	0,462	0,009	0,049	0,074	0,930	0,068	0,998
Injusticia	0,014	-1,187	,513	0,009	0,050	0,042	0,958	0,039	0,997
Trabajo inapropiado	0,015	-0,585	0,439	0,002	0,013	0,033	0,887	0,109	0,996
Falta de recursos, recursos escasos	0,004	-0,763	-0,819	0,001	0,006	0,030	0,787	0,199	0,986
Malas condiciones socioeconómicas	0,063	-0,523	-0,397	0,008	0,043	0,112	0,853	0,108	0,961
Insatisfacción	0,017	-1,214	0,002	0,011	0,063	0,000	0,978	0,000	0,978
Malestar	0,060	-0,989	-0,361	0,025	0,144	0,088	0,960	0,028	0,988
Agotamiento	0,070	-0,499	0,106	0,008	0,043	0,009	0,912	0,009	0,921
Cinismo organizacional	0,013	-1,185	0,293	0,008	0,045	0,013	0,959	0,013	0,972
Despersonalización	0,005	-1,538	-1,665	0,007	0,029	0,155	0,722	0,186	0,908
Ineficacia	0,006	-1,425	1,624	0,006	0,029	0,173	0,762	0,217	0,979
Buenas condiciones socioeconómicas	0,019	0,498	0,021	0,002	0,012	0,000	0,941	0,000	0,942
Oportunidades	0,043	0,593	0,000	0,006	0,037	0,000	1,000	0,000	1,000
Satisfacción	0,035	0,597	0,064	0,006	0,031	0,002	0,894	0,002	0,896
Bienestar	0,049	0,690	0,033	0,010	0,057	0,001	0,973	0,000	0,974
Vigor	0,037	0,559	0,146	0,005	0,028	0,009	0,917	0,014	0,931
Compromiso	0,052	0,580	0,040	0,007	0,044	0,001	0,985	0,001	0,986
Ética	0,017	0,303	0,046	0,001	0,004	0,000	0,728	0,004	0,732
Buenas relaciones, compañerismo	0,055	0,450	0,040	0,005	0,028	0,001	0,979	0,002	0,980
Realización	0,014	0,789	-0,052	0,004	0,021	0,000	0,999	0,001	1,000
Eficacia	0,069	0,523	-0,057	0,008	0,046	0,002	0,992	0,003	0,994
Competencias	0,009	0,303	-0,046	0,001	0,002	0,000	0,640	0,003	0,643
Cuidar, humanismo, vocación,...	0,135	0,274	-0,104	0,004	0,025	0,016	0,925	0,029	0,955
Responsabilidad/ compromiso normativo	0,045	0,397	0,045	0,003	0,017	0,001	0,887	0,003	0,890
Autonomía	0,012	0,875	0,173	0,004	0,023	0,004	0,883	0,008	0,891
Poco reconocimiento	0,014	-0,868	0,863	0,005	0,026	0,118	0,803	0,174	0,977
Reconocimiento	0,007	0,277	0,668	0,001	0,001	0,036	0,308	0,392	0,700
Reconocimiento económico	0,008	0,069	0,044	0,000	0,000	0,000	0,127	0,011	0,138
Total	1,000			0,178	1,000	1,000			

Gráfico 21. Condiciones y significados del trabajo

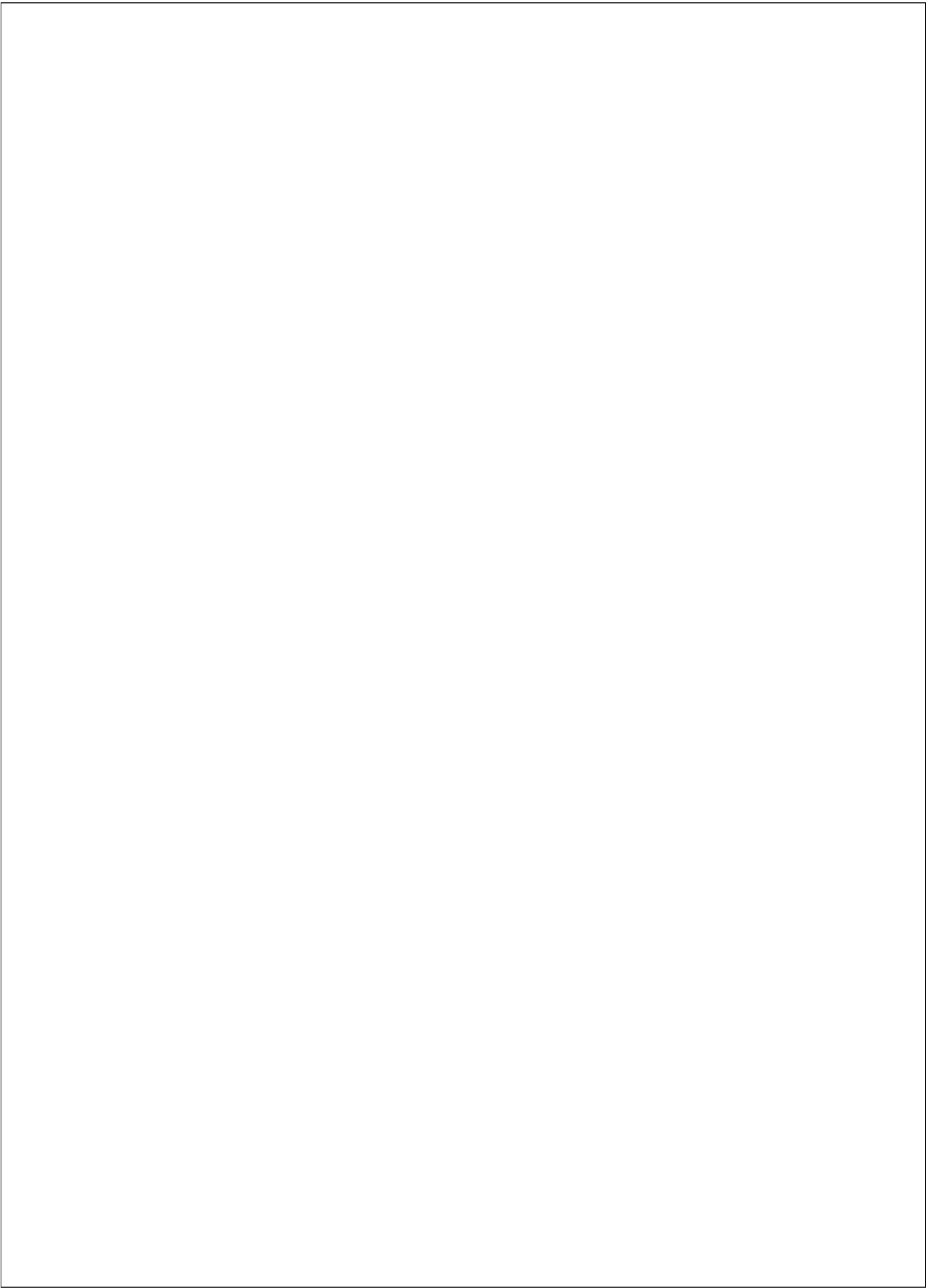






RESULTADOS OBJETIVO 6

Analizar las relaciones entre las características sociodemográficas y laborales y las condiciones de trabajo, el bienestar laboral, el *burnout* y el *engagement*.



RESULTADOS OBJETIVO 6

5.9. CONDICIONES DE TRABAJO, BIENESTAR LABORAL GENERAL, *BURNOUT* Y *ENGAGEMENT* EN RELACIÓN A LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES

A continuación se presentan las **relaciones** que se encontraron entre las **condiciones de trabajo**, el **bienestar laboral general** (bienestar psicosocial y efectos colaterales), el ***burnout*** y el ***engagement*** con las **características sociodemográficas y laborales** (sexo, edad, años de titulación, carácter del centro de trabajo, situación contractual, jornada laboral, tiempo de contratación en el último año, ámbito de trabajo, puesto de trabajo, horario de trabajo, turno de trabajo, baja por enfermedad en el último año, dependencia y nivel de vida percibido).

En las *tablas 23 a 36* se muestran los resultados obtenidos, identificando la media, la desviación estándar, los grados de libertad (gl), la *t de Student (t)* o el análisis de varianza (F), las relaciones que son estadísticamente significativas especificando el tamaño del efecto (bajo, moderado* y alto**) y las relaciones que no son estadísticamente significativas. En la *tabla 37* se identifican sólo las relaciones significativas con un tamaño del efecto moderado* o alto** mostradas en las *tablas 23 a 36* y se ha complementado esta información con el valor o valores mínimo y máximo de diferencia entre las puntuaciones medias de las categorías de las variables sociodemográficas y laborales analizadas. En esta tabla no se muestran:

- El sexo y la dependencia porque no se han identificado diferencias significativas con tamaño efecto moderado* o alto**.
- Las variables organización y persona, organización y entorno, así como organización y método, porque se ha analizado la información aportada por las variables que las componen que son adaptación persona-organización, ajuste organización-persona, entorno material, entorno social, desarrollo y regulación.

- El bienestar laboral general porque se ha analizado la información aportada por las dos variables que la componen que son efectos colaterales y bienestar psicosocial.

A continuación se muestra individualmente cada una de las características sociodemográficas y laborales analizadas, destacando las diferencias significativas que han tenido un tamaño del efecto moderado* o alto** en las variables asociadas a las condiciones de trabajo (adaptación persona-organización, ajuste organización-persona, entorno social, entorno material, desarrollo y regulación), al bienestar laboral general (alienación, desgaste, somatización, expectativas, competencias y afectos), al *burnout* (cinismo, eficacia profesional y agotamiento) y al *engagement* (absorción, dedicación y vigor).

5.9.1. SEXO

Los resultados vinculados a las relaciones existentes entre el **sexo** con las condiciones de trabajo, el bienestar laboral general (bienestar psicosocial y efectos colaterales), el *burnout* y el *engagement* se muestran en la *tabla 23*. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el sexo (mujer, hombre) con el desgaste y la somatización, aunque en los dos casos el tamaño del efecto fue bajo. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el sexo y las condiciones de trabajo, el *burnout* y el *engagement*.

5.9.2. EDAD

Los resultados vinculados a las relaciones existentes entre la **edad** con las condiciones de trabajo, el bienestar laboral general (bienestar psicosocial y efectos colaterales), el *burnout* y el *engagement* se muestran en la *tabla 24*. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la edad (≤ 35 años, 36-50 años y > 50 años) y algunas variables asociadas con las condiciones de trabajo (adaptación persona-organización, ajuste organización-persona, entorno social, desarrollo y regulación), el bienestar psicosocial (expectativas, competencias y afectos), los efectos colaterales (somatización) el *burnout* (eficacia profesional) y el *engagement* (absorción y vigor). Aunque las diferencias fueron

estadísticamente significativas, sólo destacó un tamaño del efecto moderado* en el desarrollo y en la regulación aumentando la puntuación con el aumento de la edad en ambos casos.

5.9.3. AÑOS DE TITULACIÓN

Los resultados vinculados a las relaciones existentes entre los **años de titulación** con las condiciones de trabajo, el bienestar laboral general (bienestar psicosocial y efectos colaterales), el *burnout* y el *engagement* se muestran en la *tabla 25*. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los años de titulación (0-15 años, 16-30 años y 31-45 años) y algunas variables asociadas con las condiciones de trabajo (adaptación persona-organización, ajuste organización-persona, entorno social, desarrollo y regulación), el bienestar psicosocial (expectativas y afectos), los efectos colaterales (desgaste y somatización) y el *engagement* (absorción). Aunque las diferencias fueron estadísticamente significativas, sólo destacó un tamaño del efecto moderado* en: el desarrollo y en la regulación, que aumentaba la puntuación con el aumento de los años de titulación; y en la somatización, que disminuía la puntuación con el aumento de años de titulación. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los años de titulación y el *burnout*.

5.9.4. CARÁCTER DEL CENTRO DE TRABAJO

Los resultados vinculados a las relaciones existentes entre el **carácter del centro de trabajo** con las condiciones de trabajo, el bienestar laboral general (bienestar psicosocial y efectos colaterales), el *burnout* y el *engagement* se muestran en la *tabla 26*. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el carácter del centro de trabajo (público, privado, mixto) y las variables asociadas con las condiciones de trabajo (adaptación persona-organización, entorno social, entorno material y regulación) y el bienestar psicosocial (expectativas, competencias y afectos) y los efectos colaterales (desgaste). Aunque las diferencias fueron estadísticamente significativas, sólo destacó un tamaño del efecto moderado* en la adaptación persona-organización y en el entorno material, observándose en ambos casos que la puntuación fue mayor

en los centros privados que en los públicos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el carácter del centro de trabajo con el *engagement* y el *burnout*.

5.9.5. SITUACIÓN CONTRACTUAL

Los resultados vinculados a las relaciones existentes entre la **situación contractual** con las condiciones de trabajo, el bienestar laboral general (bienestar psicosocial y efectos colaterales), el *burnout* y el *engagement* se muestran en la *tabla 27*. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la situación contractual (estable, interino, temporal) y las variables asociadas con las condiciones de trabajo (adaptación persona-organización, entorno material, desarrollo y regulación), el bienestar psicosocial (afectos), el *burnout* (cinismo) y el *engagement* (dedicación y vigor). Aunque las diferencias fueron estadísticamente significativas, sólo destacó un tamaño del efecto moderado* en la adaptación persona-organización y en la regulación, observándose que en la adaptación persona-organización la puntuación fue mayor en las enfermeras con situación contractual temporal respecto a la estable, mientras que la regulación fue mejor puntuada en las enfermeras con situación contractual estable con respecto a la temporal.

5.9.6. JORNADA LABORAL

Los resultados vinculados a las relaciones existentes entre la **jornada laboral** con las condiciones de trabajo, el bienestar laboral general (bienestar psicosocial y efectos colaterales), el *burnout* y el *engagement* se muestran en la *tabla 28*. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la jornada laboral (< 50%, 50-99%, 100%) y las variables asociadas con las condiciones de trabajo (ajuste organización-persona, entorno material, desarrollo y regulación) y con el bienestar psicosocial (expectativas). Aunque las diferencias fueron estadísticamente significativas, sólo destacó un tamaño del efecto moderado* en el desarrollo y la regulación, así como en la valoración global de las condiciones de trabajo, observándose que en todos los casos la puntuación fue mayor cuando aumentaba el porcentaje de la jornada laboral. No se encontraron diferencias

estadísticamente significativas entre la jornada laboral con el *engagement* y con el *burnout*.

5.9.7. TIEMPO DE CONTRATACIÓN EN EL ÚLTIMO AÑO

Los resultados vinculados a las relaciones existentes entre el **tiempo de contratación** en el último año con las condiciones de trabajo, el bienestar laboral general (bienestar psicosocial y efectos colaterales), el *burnout* y el *engagement* se muestran en la *tabla 29*. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el tiempo de trabajo (< 6 meses, de 6 a < 12 meses, todo el año) y las variables asociadas con las condiciones de trabajo (adaptación persona-organización, desarrollo y regulación) y el *burnout* (eficacia profesional). Aunque las diferencias fueron estadísticamente significativas, sólo destacó un tamaño del efecto moderado* en la adaptación persona-organización, la regulación y la eficacia profesional, siendo la puntuación mayor en: la adaptación persona-organización en las enfermeras que el tiempo de contratación fue inferior a 6 meses respecto a las que fue todo el año; la regulación en las enfermeras que el tiempo de contratación fue todo el año en relación a las que el tiempo de contratación fue de 6 a menos de 12 meses; la eficacia profesional en las enfermeras que el tiempo de contratación fue todo el año versus a las que fue inferior a 6 meses. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el tiempo de contratación en el último año y el *engagement*.

5.9.8. ÁMBITO DE TRABAJO

Los resultados vinculados a las relaciones existentes entre el **ámbito de trabajo** con las condiciones de trabajo, el bienestar laboral general (bienestar psicosocial y efectos colaterales), el *burnout* y el *engagement* se muestran en la *tabla 30*. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el ámbito de trabajo (asistencial, gestión, docencia, investigación) y las variables asociadas con las condiciones de trabajo (adaptación persona-organización, ajuste organización-persona, entorno social, entorno material, desarrollo y regulación), el bienestar psicosocial (expectativas, competencias y afectos), los efectos colaterales (alienación, desgaste y somatización), el *burnout* (agotamiento) y el

engagement (absorción, dedicación y vigor). Entre las diferencias estadísticamente significativas destacó un tamaño del efecto moderado* o alto**, identificado en la *tabla 30*, en:

- Las condiciones de trabajo. Fueron mejor puntuadas en el ámbito de docencia, seguido de los ámbitos de investigación, de gestión y asistencial.
 - La adaptación persona-organización fue mejor puntuada en el ámbito de investigación, seguido de los ámbitos de docencia, gestión y asistencial.
 - El ajuste organización-persona fue mejor puntuado en el ámbito de docencia, seguido de los ámbitos de investigación, gestión y asistencial.
 - El entorno social fue mejor puntuado en el ámbito de docencia, seguido de los ámbitos de investigación y asistencial-gestión.
 - El entorno material fue mejor puntuado en el ámbito de docencia, seguido de los ámbitos de investigación, gestión y asistencial.
 - El desarrollo fue mejor puntuado en el ámbito de docencia, seguido de los ámbitos de gestión, investigación y asistencial.
 - La regulación fue mejor puntuada en el ámbito de docencia, seguido de los ámbitos de investigación, gestión y asistencial.

- El bienestar laboral general.
 - Los efectos colaterales. Tuvieron mayor presencia en el ámbito asistencial, seguido de los ámbitos de gestión, investigación y docencia.
 - La alienación tuvo mayor presencia en el ámbito asistencial seguido de los ámbitos de investigación, gestión y docencia.
 - El desgaste tuvo mayor presencia en el ámbito asistencial seguido de los ámbitos de gestión, docencia e investigación.
 - La somatización tuvo mayor presencia en el ámbito asistencial, seguido de los ámbitos de gestión e investigación-docencia.
 - El bienestar psicosocial. Fue mejor puntuado en el ámbito de docencia, seguido de los ámbitos de gestión-investigación y asistencial.
 - Las expectativas fueron mejor puntuadas en el ámbito de docencia, seguido de los ámbitos de gestión e investigación y asistencial.
 - Las competencias fueron mejor puntuadas en el ámbito de docencia, seguido de los ámbitos de investigación, gestión y asistencial.
 - Los afectos fueron mejor puntuados en el ámbito de docencia, seguido de los ámbitos de gestión, investigación y asistencial.

- El *burnout*.
 - El agotamiento fue puntuado más alto en el ámbito asistencial, seguido de los ámbitos de gestión, investigación y docencia.
- El *engagement*.
 - La absorción fue puntuada más alta en el ámbito de docencia, seguido de los ámbitos de investigación, gestión y asistencial.
 - La dedicación fue puntuada más alta en el ámbito de investigación, seguido de docencia, gestión y asistencial.
 - El vigor fue puntuado más alto en el ámbito de docencia, seguido de los ámbitos de investigación, gestión y asistencial.

Las variables en las que las diferencias estadísticamente significativas tuvieron un tamaño del efecto alto** fueron las condiciones de trabajo (puntuación mayor en las enfermeras docentes que en las asistenciales), el ajuste organización-persona (puntuación mayor en las enfermeras docentes que en las asistenciales) y el desarrollo (puntuación mayor en las enfermeras docentes y gestoras respecto a las asistenciales).

5.9.9. PUESTO DE TRABAJO

Los resultados vinculados a las relaciones existentes entre el **puesto de trabajo** con las condiciones de trabajo, el bienestar laboral general (bienestar psicosocial y efectos colaterales), el *burnout* y el *engagement* se muestran en la *tabla 31*. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el puesto de trabajo (atención primaria, salud mental, sociosanitario y hospital) y las variables asociadas con las condiciones de trabajo (adaptación persona-organización, ajuste organización-persona, entorno social, desarrollo y regulación), el bienestar psicosocial (expectativas, competencias y afectos), efectos colaterales (alienación, desgaste y somatización) y el *burnout* (agotamiento). Aunque las diferencias fueron estadísticamente significativas, sólo destacó un tamaño del efecto moderado* en las condiciones de trabajo, el ajuste organización-persona, el desarrollo, la regulación, el desgaste y la somatización, observando que:

- Las condiciones de trabajo fueron mejor puntuadas por las enfermeras de atención primaria que por las del hospital.

- El ajuste organización-persona fue mejor puntuado por las enfermeras de atención primaria que por las del hospital.
- El desarrollo fue mejor puntuado por las enfermeras de atención primaria, sociosanitario y salud mental que por las del hospital.
- La regulación fue mejor puntuada por las enfermeras de atención primaria y salud mental que por las de hospital.
- El desgaste tuvo una puntuación mayor en las enfermeras de sociosanitario que en las de atención primaria y salud mental.
- La somatización tuvo una puntuación mayor en las enfermeras de hospital que en las de atención primaria y salud mental y también fue mayor en las enfermeras de sociosanitario que en las de salud mental.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la variable puesto de trabajo y el *engagement*.

5.9.10. HORARIO DE TRABAJO

Los resultados vinculados a las relaciones existentes entre el **horario de trabajo** con las condiciones de trabajo, el bienestar laboral general (bienestar psicosocial y efectos colaterales), el *burnout* y el *engagement* se muestran en la *tabla 32*. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el horario de trabajo (lunes a viernes, lunes a domingo, festivos) y las variables asociadas con las condiciones de trabajo (adaptación persona-organización, ajuste organización-persona, entorno social, entorno material, desarrollo y regulación), el bienestar psicosocial (expectativas, competencias y afectos), efectos colaterales (alienación, desgaste y somatización), el *burnout* (cinismo y agotamiento) y el *engagement* (absorción y vigor). Aunque las diferencias fueron estadísticamente significativas, sólo destacó un tamaño del efecto moderado* en:

- Las condiciones de trabajo, el ajuste organización-persona, el desarrollo y la regulación que fueron mejor puntuadas por las enfermeras que trabajaban de lunes a viernes que por las que trabajaban de lunes a domingo o los festivos.
- Los efectos colaterales, la alienación, el desgaste y la somatización que tuvieron mayor puntuación en las enfermeras que trabajaban de lunes a domingo que en las que trabajaban de lunes a viernes.

- El bienestar psicosocial y las expectativas que fueron mejor puntuadas por las enfermeras que trabajaban de lunes a viernes que por las que trabajaban de lunes a domingo o los festivos.
- Los afectos que fueron mejor puntuados por las enfermeras que trabajaban de lunes a viernes que por las que trabajaban de lunes a domingo o los festivos.

5.9.11. TURNO DE TRABAJO

Los resultados vinculados a las relaciones existentes entre el **turno de trabajo** con las condiciones de trabajo, el bienestar laboral general (bienestar psicosocial y efectos colaterales), el *burnout* y el *engagement* se muestran en la *tabla 33*. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la variable turno de trabajo (diurno, nocturno) y las variables asociadas con las condiciones de trabajo (ajuste organización-persona, entorno social, entorno material, desarrollo y regulación), el bienestar psicosocial (expectativas, competencias y afectos), efectos colaterales (alienación, desgaste y somatización), el *burnout* (eficacia profesional) y el *engagement* (absorción). Aunque las diferencias fueron estadísticamente significativas, sólo destacó un tamaño del efecto moderado* en:

- Las condiciones de trabajo, el desarrollo y la regulación que fueron mejor puntuados por las enfermeras del turno diurno que por las del turno nocturno.
- La somatización que fue mayor en enfermeras del turno nocturno que en las del diurno.

5.9.12. BAJA POR ENFERMEDAD EN EL ÚLTIMO AÑO

Los resultados vinculados a las relaciones existentes entre la **baja por enfermedad en el último año** con las condiciones de trabajo, el bienestar laboral general (bienestar psicosocial y efectos colaterales), el *burnout* y el *engagement* se muestran en la *tabla 34*. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el tiempo de baja por enfermedad (no baja o < a 1 mes, baja ≥ 1 mes) y las variables asociadas con las condiciones de trabajo (adaptación persona-organización, ajuste organización-persona, entorno social, entorno material, desarrollo y regulación), el bienestar psicosocial (expectativas, competencias

y afectos), efectos colaterales (alienación, desgaste y somatización), el *burnout* (cinismo y agotamiento) y el *engagement* (absorción, dedicación y vigor).

Aunque las diferencias fueron estadísticamente significativas, sólo destacó un tamaño del efecto moderado* en:

- Las condiciones de trabajo y el ajuste organización-persona que tuvieron puntuaciones más altas en las enfermeras que no estuvieron de baja por enfermedad o fue inferior a un mes.
- El bienestar psicosocial que tuvo puntuaciones más altas en las enfermeras que no estuvieron de baja o fue inferior a un mes.
- Los efectos colaterales y el desgaste que tuvieron puntuaciones más altas en las enfermeras que estuvieron de baja por enfermedad más de un mes.
- El cinismo y el agotamiento que tuvieron puntuaciones más altas en las enfermeras que estuvieron de baja más de un mes.
- El vigor que tuvo puntuaciones más altas en las enfermeras que no estuvieron de baja o la baja fue inferior a un mes.

5.9.13. DEPENDENCIA

Los resultados vinculados a las relaciones existentes entre la **dependencia** percibida con las condiciones de trabajo, el bienestar laboral general (bienestar psicosocial y efectos colaterales), el *burnout* y el *engagement* se muestran en la *tabla 35*. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la dependencia (no, sí) y el desarrollo, aunque el tamaño del efecto fue bajo. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la dependencia y el bienestar psicosocial, los efectos generales, el *burnout* y el *engagement*.

5.9.14. NIVEL DE VIDA PERCIBIDO

Los resultados vinculados a las relaciones existentes entre el **nivel de vida percibido** con las condiciones de trabajo, el bienestar laboral general (bienestar psicosocial y efectos colaterales), el *burnout* y el *engagement* se muestran en la *tabla 36*. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de vida percibido (malo o muy malo, regular, bueno o muy bueno) y las

variables asociadas con las condiciones de trabajo (adaptación persona-organización, ajuste organización-persona, entorno social, entorno material, desarrollo y regulación), bienestar psicosocial (expectativas, competencias y afectos), efectos colaterales (alienación, desgaste, somatización), el *burnout* (cinismo y agotamiento) y el *engagement* (absorción, dedicación y vigor). Entre las diferencias estadísticamente significativas destacó un tamaño del efecto moderado* o alto**, identificado en la *tabla 36*, en:

- Las condiciones de trabajo y las variables asociadas a ellas (adaptación persona-organización, ajuste organización-persona, entorno social, entorno material, desarrollo y regulación) que obtuvieron puntuaciones más altas en las enfermeras que percibían un nivel de vida bueno o muy bueno. La puntuación disminuyó progresivamente entre las enfermeras que percibían un nivel de vida regular y las que percibían un nivel de vida malo o muy malo.
- El bienestar laboral general.
El bienestar psicosocial y las variables asociadas (expectativas, competencias y afectos) obtuvieron puntuaciones más altas en las enfermeras que percibían un nivel de vida bueno o muy bueno. La puntuación disminuyó progresivamente entre las enfermeras que percibían un nivel de vida regular y las que percibían un nivel de vida malo o muy malo.
Los efectos colaterales y las variables asociadas (alienación, desgaste y somatización) obtuvieron puntuaciones más altas en las enfermeras que percibían un nivel de vida malo o muy malo. Disminuyó la puntuación progresivamente entre las enfermeras que percibían un nivel de vida regular y las que percibían un nivel de vida bueno y muy bueno.
- El *burnout*.
El cinismo y el agotamiento obtuvieron puntuaciones más altas en las enfermeras que percibían un nivel de vida malo o muy malo. Disminuyó la puntuación progresivamente entre las enfermeras que percibían un nivel de vida regular y las que percibían un nivel de vida bueno y muy bueno.
- El *engagement*.
La absorción, la dedicación y el vigor obtuvieron puntuaciones más altas en las enfermeras que percibían un nivel de vida bueno o muy bueno. La valoración

disminuyó progresivamente entre las enfermeras que percibían un nivel de vida regular y las que percibían un nivel de vida malo o muy malo.

5.9.15. ASPECTOS RELEVANTES DE LAS RELACIONES ESTABLECIDAS CON LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES

A continuación se hace una síntesis de los **aspectos más relevantes de las relaciones establecidas entre las variables sociodemográficas y laborales con las condiciones de trabajo**, el **bienestar laboral general** (bienestar psicosocial y efectos colaterales), el **burnout** y el **engagement**.

Las **condiciones de trabajo** mejor puntuadas fueron las de las enfermeras que trabajaban a jornada completa, del ámbito docente (seguidas de las investigadoras, gestoras y asistenciales), de atención primaria (seguidas de salud mental, sociosanitario y hospital), con horario de lunes a viernes, de turno diurno y que no estuvieron de baja por enfermedad o menos de un mes de baja. En los aspectos asociados a las condiciones de trabajo de las enfermeras se observó que:

- El **desarrollo** fue mejor puntuado con el aumento de la edad y de los años de titulación, con el incremento de la jornada laboral, en el ámbito docente (seguido del gestor, investigador y asistencial), en atención primaria (seguido de sociosanitario, salud mental y hospital), en horarios de lunes a viernes y en turno diurno.
- La **regulación** fue mejor puntuada con el aumento de edad y de los años de titulación, en la contratación estable (seguida de la interina y de la temporal), con el incremento de la jornada laboral, en los profesionales que trabajaban todo el año, en el ámbito docente (seguido del investigador, gestor, asistencial), en salud mental (seguido de atención primaria, sociosanitario y hospital), en horarios de lunes a viernes y en turno diurno.
- El **entorno material** fue mejor puntuado en los centros privados (seguida de los centros mixtos y públicos) y en el ámbito docente (seguido del investigador y del gestor y asistencial).
- El **entorno social** fue mejor puntuado en el ámbito docente (seguido del investigador y del gestor-asistencial).

- La **adaptación de la persona a la organización** fue mejor puntuada en los centros privados (seguida de los mixtos y de los públicos), en la contratación temporal (seguida de la interina y de la estable), cuanto menor fue el tiempo de contratación y en el ámbito investigador (seguido del docente, gestor y asistencial).
- El **ajuste de la organización a la persona** fue mejor puntuado en el ámbito docente (seguido del investigador, gestor y asistencial), en atención primaria (seguido de sociosanitario, salud mental y hospital), en horario de lunes a viernes y en las profesionales que no estuvieron de baja por enfermedad o la baja había sido inferior a 1 mes.

El **bienestar laboral general** fue mejor cuando las puntuaciones del bienestar psicosocial fueron altas y las de los efectos colaterales fueron bajas.

El **bienestar psicosocial** mejor valorado fue el de las enfermeras que trabajaban en el ámbito de la docencia (seguido de la investigación-gestión y asistencial) y en horario de lunes a viernes, así como en las enfermeras que no habían estado de baja por enfermedad o la baja había sido inferior a 1 mes. En los aspectos asociados al bienestar psicosocial de las enfermeras se observó que:

- Las **expectativas** fueron mejor puntuadas en el ámbito de docencia (seguidos de gestión, investigación y asistencial) y en horario de lunes a viernes.
- Las **competencias** fueron mejor puntuadas en el ámbito de docencia (seguidos de investigación, gestión y asistencial) y en horario de lunes a viernes.
- Los **afectos** fueron mejor puntuados en el ámbito de docencia (seguidos de gestión, investigación y asistencial).

La presencia de **efectos colaterales** fue menor en las enfermeras que trabajaban en el ámbito de la docencia (seguido de la investigación, de la gestión y de la asistencia) y en horario de lunes a viernes, así como en las que no habían estado de baja por enfermedad o la baja había sido inferior a 1 mes. En los aspectos asociados al bienestar psicosocial de las enfermeras se observó que:

- La **alienación** fue menor en las enfermeras que trabajaban en el ámbito de la docencia (seguido de la gestión, de la investigación y de la asistencia) y en horario de lunes a viernes.
- El **desgaste** fue menor en las enfermeras que trabajaban en el ámbito de la investigación (seguido de la docencia, de la gestión y de la asistencia) en salud

mental y atención primaria (seguido de hospital y sociosanitario), en horario de lunes a viernes y en las enfermeras que no habían estado de baja por enfermedad o la baja había sido inferior a 1 mes.

- La **somatización** fue menor en las enfermeras que tenían más años de titulación, que trabajaban en los ámbitos de la docencia-investigación (seguido de la gestión y de la asistencia), en salud mental (seguido de atención primaria y sociosanitario-hospital), en horario de lunes a viernes y en turno diurno.

Los componentes del **burnout** mostraron mayor **agotamiento** en las enfermeras del ámbito asistencial (seguido de la gestión, la investigación y la docencia) y en las que habían estado de baja por enfermedad \geq a 1 mes, siendo también en ésta última situación mayor el **cinismo**. La **eficacia profesional** aumentó progresivamente en relación al tiempo trabajado.

En los componentes del **engagement** destacó que la **absorción** fue mayor en el ámbito de docencia (seguido de investigación, de gestión y del asistencial), la **dedicación** fue mayor en el ámbito de investigación (seguido de la docencia, de la gestión y del asistencial) y el **vigor** fue mayor en el ámbito de la docencia (seguido de la investigación, de la gestión y del asistencial) así como en las enfermeras que no habían estado de baja o la baja había sido inferior a 1 mes.

Las relaciones del **nivel de vida percibido** han sido significativas con un tamaño efecto moderado* o alto** en todos los aspectos relacionados con las condiciones de trabajo, del bienestar psicosocial, de los efectos colaterales, del **burnout** y del **engagement**, a excepción de la eficacia profesional. Las puntuaciones del nivel de vida percibido se incrementaron cuando aumentaron las puntuaciones de las condiciones de trabajo, del bienestar psicosocial y del **engagement**, así como cuando disminuían las puntuaciones de los efectos colaterales y de los aspectos negativos asociados al **burnout** (cinismo y agotamiento).

Tabla 23. Sexo en relación a condiciones de trabajo, bienestar laboral general, burnout y engagement

n = 1760		Sexo	n	Media	DE	gl	t	Sig	<i>D de Cohen (d)</i>
									Hombre
Condiciones de trabajo	Condiciones de trabajo	Mujer	1511	5,8	1,5	1	0,0	0,992	
		Hombre	249	5,8	1,7				
	Organización y persona	Mujer	1511	5,9	1,8	1	0,6	0,553	
		Hombre	249	5,8	1,9				
	Organización y entorno	Mujer	1511	6,6	1,5	1	0,2	0,855	
		Hombre	249	6,6	1,6				
	Organización y método	Mujer	1511	4,9	1,9	1	0,4	0,695	
		Hombre	249	5,0	2,0				
	Adaptación persona-organización	Mujer	1511	6,7	1,7	1	0,6	0,565	
		Hombre	249	6,6	1,8				
Bienestar laboral general	Ajuste organización-persona	Mujer	1511	5,1	2,4	1	0,5	0,627	
		Hombre	249	5,0	2,6				
	Entorno social	Mujer	1511	7,0	1,8	1	0,2	0,830	
		Hombre	249	7,0	1,8				
	Entorno material	Mujer	1511	6,1	1,8	1	0,1	0,921	
		Hombre	249	6,1	2,0				
	Desarrollo	Mujer	1511	4,7	2,2	1	0,3	0,765	
		Hombre	249	4,7	2,4				
	Regulación	Mujer	1511	5,1	1,9	1	0,4	0,664	
		Hombre	249	5,2	2,0				
Burnout	Bienestar laboral general	Mujer	1511	3,5	0,7	1	2,9	0,003	0,20
		Hombre	249	3,3	0,7				
	Efectos colaterales	Mujer	1511	2,6	1,5	1	1,8	0,078	
		Hombre	249	2,4	1,5				
	Bienestar psicosocial	Mujer	1511	4,4	1,3	1	0,9	0,379	
		Hombre	249	4,3	1,4				
	Alienación	Mujer	1511	2,2	1,7	1	0,3	0,772	
		Hombre	249	2,2	1,7				
	Desgaste	Mujer	1511	3,2	1,7	1	2,3	0,023	0,16
	Hombre	249	3,0	1,8					
Engagement	Somatización	Mujer	1511	2,4	1,6	1	3,2	0,002	0,22
		Hombre	249	2,0	1,5				
	Expectativas	Mujer	1511	4,3	1,3	1	1,2	0,217	
		Hombre	249	4,2	1,4				
	Competencias	Mujer	1511	4,6	1,5	1	1,3	0,183	
		Hombre	249	4,4	1,5				
	Afectos	Mujer	1511	4,2	1,5	1	0,0	0,969	
		Hombre	249	4,3	1,5				
	Cinismo	Mujer	1511	7,6	6,0	1	1,0	0,297	
	Hombre	249	8,0	6,0					
Engagement	Eficacia profesional	Mujer	1511	27,1	6,0	1	0,1	0,931	
		Hombre	249	27,2	6,3				
	Agotamiento	Mujer	1511	11,9	8,5	1	0,7	0,465	
	Hombre	249	11,4	8,0					
Engagement	Absorción	Mujer	1511	19,5	6,8	1	1,9	0,064	
		Hombre	249	18,7	7,0				
	Dedicación	Mujer	1511	19,8	6,7	1	0,9	0,366	
	Hombre	249	19,4	7,3					
Engagement	Vigor	Mujer	1511	21,3	6,9	1	0,1	0,911	
		Hombre	249	21,3	7,3				

Tamaño del efecto *D de Cohen (d)*: Bajo $\leq 0,30$; moderado* $> 0,30$ a $0,80$; y alto** $> 0,80$

Calidad de vida laboral de las enfermeras:
Evaluación y propuestas de mejora

Tabla 24. Edad en relación a condiciones de trabajo, bienestar laboral general, *burnout* y *engagement*

	n = 1760	Edad en años	n	Media	DE	gl	F	Sig	D de Cohen (d)	
									36-50	> 50
Condiciones de trabajo	Condiciones de trabajo	≤ 35	522	5,6	1,6	2	7,4	0,001	-0,10	-0,25
		36-50	801	5,8	1,5					
		> 50	437	6,0	1,6					
	Organización y persona	≤ 35	522	5,8	1,8	2	0,2	0,839		
		36-50	801	5,8	1,8					
		> 50	437	5,9	1,8					
	Organización y entorno	≤ 35	522	6,5	1,5	2	3,0	0,050		
		36-50	801	6,5	1,5					
		> 50	437	6,7	1,5					
	Organización y método	≤ 35	522	4,5	2,0	2	29,0	< 0,001	-0,26	-0,49*
36-50		801	5,0	1,9						
> 50		437	5,4	1,8						
Adaptación persona-organización	≤ 35	522	6,7	1,7	2	3,9	0,021	0,03	0,17	
	36-50	801	6,7	1,7						
	> 50	437	6,5	1,7						
Ajuste organización-persona	≤ 35	522	4,9	2,4	2	4,1	0,016	-0,04	-0,18	
	36-50	801	5,0	2,4						
	> 50	437	5,3	2,4						
Entorno social	≤ 35	522	7,0	1,8	2	3,9	0,020	0,04	-0,13	
	36-50	801	6,9	1,8						
	> 50	437	7,2	1,7						
Entorno material	≤ 35	522	6,1	1,8	2	1,0	0,368			
	36-50	801	6,0	1,8						
	> 50	437	6,2	1,8						
Desarrollo	≤ 35	522	4,2	2,2	2	21,3	< 0,001	-0,23	-0,42*	
	36-50	801	4,7	2,2						
	> 50	437	5,2	2,2						
Regulación	≤ 35	522	4,7	2,0	2	28,7	< 0,001	-0,25	-0,48*	
	36-50	801	5,2	1,8						
	> 50	437	5,6	1,8						
Bienestar laboral general	Bienestar laboral general	≤ 35	522	3,5	0,6	2	0,2	0,851		
		36-50	801	3,4	0,7					
		> 50	437	3,5	0,7					
	Efectos colaterales	≤ 35	522	2,6	1,5	2	2,8	0,062		
		36-50	801	2,6	1,6					
		> 50	437	2,4	1,5					
	Bienestar psicosocial	≤ 35	522	4,3	1,4	2	4,4	0,012	0,00	-0,16
		36-50	801	4,3	1,3					
		> 50	437	4,5	1,3					
	Alienación	≤ 35	522	2,2	1,7	2	1,2	0,304		
36-50		801	2,2	1,7						
> 50		437	2,1	1,6						
Desgaste	≤ 35	522	3,3	1,7	2	2,6	0,078			
	36-50	801	3,2	1,8						
	> 50	437	3,1	1,8						
Somatización	≤ 35	522	2,5	1,5	2	9,2	< 0,001	0,13	0,28	
	36-50	801	2,3	1,6						
	> 50	437	2,1	1,6						
Expectativas	≤ 35	522	4,1	1,4	2	6,7	0,001	-0,06	-0,23	
	36-50	801	4,2	1,3						
	> 50	437	4,4	1,3						
Competencias	≤ 35	522	4,6	1,5	2	3,1	0,048	0,07	-0,05	
	36-50	801	4,4	1,5						
	> 50	437	4,7	1,4						
Afectos	≤ 35	522	4,2	1,6	2	4,4	0,013	-0,03	-0,18	
	36-50	801	4,2	1,5						
	> 50	437	4,4	1,5						

Tamaño del efecto *D de Cohen (d)*: Bajo ≤ 0,30; moderado* > 0,30 a 0,80; y alto** > 0,80

continúa

Tabla 24. Edad en relación a condiciones de trabajo, bienestar laboral general, *burnout* y *engagement* (continuación)

	n = 1760	Edad en años	n	Media	DE	gl	F	Sig	D de Cohen (d)	
									36-50	> 50
Burnout	Cinismo	≤ 35	522	7,4	6,1	2	0,6	0,565		
		36-50	801	7,7	6,1					
		> 50	437	7,7	5,7					
	Eficacia profesional	≤ 35	522	26,5	6,0	2	4,6	0,010	-0,15	-0,17
		36-50	801	27,4	6,1					
		> 50	437	27,5	5,7					
Agotamiento	≤ 35	522	11,9	8,5	2	0,3	0,738			
	36-50	801	11,9	8,4						
	> 50	437	11,5	8,3						
Engagement	Absorción	≤ 35	522	19,1	6,7	2	9,1	< 0,001	0,03	-0,22
		36-50	801	19,0	6,9					
		> 50	437	20,6	6,8					
	Dedicación	≤ 35	522	19,8	6,8	2	2,5	0,079		
		36-50	801	19,4	6,9					
		> 50	437	20,4	6,5					
Vigor	≤ 35	522	20,8	7,0	2	3,4	0,033	-0,06	-0,17	
	36-50	801	21,2	6,9						
	> 50	437	22,0	7,1						

Tamaño del efecto *D de Cohen (d)*: Bajo ≤ 0,30; moderado* > 0,30 a 0,80; y alto** > 0,80

Calidad de vida laboral de las enfermeras:
Evaluación y propuestas de mejora

Tabla 25. Años de titulación en relación a condiciones de trabajo, bienestar laboral general, *burnout* y *engagement*

	n = 1760	Años titulación	n	Media	DE	gl	F	Sig	D de Cohen (d)	
									16-30	31-45
Condiciones de trabajo	Condiciones de trabajo	0-15	767	5,6	1,6	2	9,3	< 0,001	-0,14	-0,28
		16-30	691	5,8	1,5					
		31-45	302	6,1	1,5					
	Organización y persona	0-15	767	5,8	1,8	2	0,1	0,901		
		16-30	691	5,9	1,9					
		31-45	302	5,9	1,8					
	Organización y entorno	0-15	767	6,5	1,6	2	4,6	0,010	-0,06	-0,20
		16-30	691	6,6	1,5					
		31-45	302	6,8	1,5					
	Organización y método	0-15	767	4,5	2,0	2	31,4	< 0,001	-0,28	-0,49*
		16-30	691	5,1	1,8					
		31-45	302	5,5	1,8					
Adaptación persona-organización	0-15	767	6,8	1,7	2	6,1	0,002	0,10	0,24	
	16-30	691	6,6	1,7						
	31-45	302	6,4	1,6						
Ajuste organización-persona	0-15	767	4,9	2,4	2	4,8	0,009	-0,10	-0,20	
	16-30	691	5,1	2,4						
	31-45	302	5,4	2,3						
Entorno social	0-15	767	6,9	1,9	2	4,3	0,014	0,00	-0,19	
	16-30	691	7,0	1,7						
	31-45	302	7,3	1,6						
Entorno material	0-15	767	6,0	1,8	2	2,7	0,068			
	16-30	691	6,1	1,8						
	31-45	302	6,3	1,8						
Desarrollo	0-15	767	4,3	2,2	2	22,5	< 0,001	-0,24	-0,42*	
	16-30	691	4,9	2,2						
	31-45	302	5,2	2,1						
Regulación	0-15	767	4,8	2,0	2	32,0	< 0,001	-0,26	-0,50*	
	16-30	691	5,3	1,8						
	31-45	302	5,7	1,8						
Bienestar laboral general	Bienestar laboral general	0-15	767	3,5	0,7	2	0,7	0,519		
		16-30	691	3,4	0,7					
		31-45	302	3,5	0,7					
	Efectos colaterales	0-15	767	2,7	1,5	2	5,6	0,004	0,12	0,21
		16-30	691	2,5	1,5					
		31-45	302	2,4	1,5					
	Bienestar psicosocial	0-15	767	4,3	1,4	2	5,4	0,005	-0,07	-0,22
		16-30	691	4,4	1,3					
		31-45	302	4,6	1,3					
	Alienación	0-15	767	2,3	1,8	2	2,8	0,059		
		16-30	691	2,1	1,6					
		31-45	302	2,1	1,6					
Desgaste	0-15	767	3,4	1,7	2	6,6	0,001	0,15	0,21	
	16-30	691	3,1	1,7						
	31-45	302	3,0	1,8						
Somatización	0-15	767	2,5	1,5	2	14,2	< 0,001	0,15	0,36*	
	16-30	691	2,3	1,6						
	31-45	302	1,9	1,6						
Expectativas	0-15	767	4,1	1,4	2	6,3	0,002	-0,10	-0,23	
	16-30	691	4,3	1,3						
	31-45	302	4,5	1,2						
Competencias	0-15	767	4,5	1,5	2	2,2	0,116			
	16-30	691	4,5	1,5						
	31-45	302	4,7	1,4						
Afectos	0-15	767	4,1	1,6	2	7,3	0,001	-0,11	-0,25	
	16-30	691	4,3	1,5						
	31-45	302	4,5	1,5						

Tamaño del efecto *D de Cohen (d)*: Bajo ≤ 0,30; moderado* > 0,30 a 0,80; y alto** > 0,80

continúa

Tabla 25. Años de titulación en relación a condiciones de trabajo, bienestar laboral general, *burnout* y *engagement* (continuación)

	n = 1760	Años titulación	n	Media	DE	gl	F	Sig	D de Cohen (d)	
									16-30	31-45
Burnout	Cinismo	0-15	767	7,7	6,1	2	0,7	0,487		
		16-30	691	7,4	6,1					
		31-45	302	7,9	5,7					
	Eficacia profesional	0-15	767	26,8	6,3	2	2,7	0,067		
		16-30	691	27,4	5,9					
		31-45	302	27,5	5,5					
Agotamiento	0-15	767	12,1	8,5	2	1,1	0,330			
	16-30	691	11,6	8,3						
	31-45	302	11,4	8,4						
Engagement	Absorción	0-15	767	19,1	6,9	2	6,4	0,002	-0,03	-0,24
		16-30	691	19,3	6,8					
		31-45	302	20,7	6,6					
	Dedicación	0-15	767	19,7	6,9	2	1,5	0,228		
		16-30	691	19,5	6,8					
		31-45	302	20,3	6,3					
Vigor	0-15	767	21,1	7,0	2	1,9	0,156			
	16-30	691	21,2	6,8						
	31-45	302	22,0	7,0						

Tamaño del efecto *D de Cohen (d)*: Bajo $\leq 0,30$; moderado* $> 0,30$ a $0,80$; y alto** $> 0,80$

Calidad de vida laboral de las enfermeras:
Evaluación y propuestas de mejora

Tabla 26. Carácter del centro de trabajo en relación a condiciones de trabajo, bienestar laboral general, *burnout* y *engagement*

	n = 1760	Carácter Centro	n	Media	DE	gl	F	Sig	D de Cohen (d)	
									Privado	Mixto
Condiciones de trabajo	Condiciones de trabajo	Público	575	5,7	1,6	2	4,9	0,008	-0,25	-0,04
		Privado	170	6,1	1,8					
		Mixto	1015	5,8	1,5					
	Organización y persona	Público	575	5,8	1,9	2	4,1	0,017	-0,23	-0,05
		Privado	170	6,2	2,0					
		Mixto	1015	5,8	1,7					
	Organización y entorno	Público	575	6,4	1,6	2	10,0	< 0,001	-0,36*	-0,14
		Privado	170	7,0	1,6					
		Mixto	1015	6,6	1,5					
	Organización y método	Público	575	5,0	1,9	2	2,9	0,054		
		Privado	170	5,2	2,3					
		Mixto	1015	4,8	1,9					
Adaptación persona-organización	Público	575	6,5	1,8	2	8,6	< 0,001	-0,35*	-0,11	
	Privado	170	7,1	1,8						
	Mixto	1015	6,7	1,7						
Ajuste organización-persona	Público	575	5,0	2,5	2	1,1	0,325			
	Privado	170	5,3	2,7						
	Mixto	1015	5,0	2,3						
Entorno social	Público	575	7,0	1,8	2	3,3	0,038	-0,21	-0,02	
	Privado	170	7,3	1,9						
	Mixto	1015	7,0	1,7						
Entorno material	Público	575	5,8	1,8	2	15,3	< 0,001	-0,41*	-0,22	
	Privado	170	6,6	1,9						
	Mixto	1015	6,2	1,7						
Desarrollo	Público	575	4,8	2,2	2	2,8	0,063			
	Privado	170	4,9	2,7						
	Mixto	1015	4,6	2,2						
Regulación	Público	575	5,1	1,9	2	3,1	0,044	-0,18	0,02	
	Privado	170	5,5	2,2						
	Mixto	1015	5,1	1,9						
Bienestar laboral general	Bienestar laboral general	Público	575	3,4	0,7	2	6,5	0,001	-0,24	-0,17
		Privado	170	3,5	0,6					
		Mixto	1015	3,5	0,7					
	Efectos colaterales	Público	575	2,5	1,6	2	1,7	0,192		
		Privado	170	2,5	1,6					
		Mixto	1015	2,6	1,5					
	Bienestar psicosocial	Público	575	4,3	1,3	2	4,1	0,016	-0,24	-0,07
		Privado	170	4,6	1,5					
		Mixto	1015	4,4	1,3					
	Alienación	Público	575	2,1	1,7	2	0,6	0,575		
		Privado	170	2,1	1,9					
		Mixto	1015	2,2	1,7					
Desgaste	Público	575	3,1	1,8	2	3,5	0,031	0,05	-0,11	
	Privado	170	3,0	1,8						
	Mixto	1015	3,3	1,7						
Somatización	Público	575	2,3	1,6	2	0,5	0,609			
	Privado	170	2,3	1,6						
	Mixto	1015	2,4	1,6						
Expectativas	Público	575	4,2	1,3	2	5,0	0,007	-0,24	0,01	
	Privado	170	4,6	1,5						
	Mixto	1015	4,2	1,3						
Competencias	Público	575	4,4	1,5	2	4,6	0,010	-0,23	-0,12	
	Privado	170	4,8	1,6						
	Mixto	1015	4,6	1,4						
Afectos	Público	575	4,2	1,5	2	3,0	0,049	-0,20	-0,08	
	Privado	170	4,5	1,7						
	Mixto	1015	4,3	1,5						

Tamaño del efecto *D de Cohen (d)*: Bajo ≤ 0,30; moderado* > 0,30 a 0,80; y alto** > 0,80

continúa

Tabla 26. Carácter del centro de trabajo en relación a condiciones de trabajo, bienestar laboral general, *burnout* y *engagement* (continuación)

	n = 1760	Carácter Centro	n	Media	DE	gl	F	Sig	D de Cohen (d)	
									Privado	Mixto
Burnout	Cinismo	Público	575	7,5	5,8	2	0,3	0,758		
		Privado	170	7,5	6,8					
		Mixto	1015	7,7	6,0					
	Eficacia profesional	Público	575	26,8	6,1	2	1,5	0,231		
		Privado	170	27,5	6,9					
		Mixto	1015	27,3	5,8					
Agotamiento	Público	575	11,7	8,4	2	1,1	0,323			
	Privado	170	11,0	9,1						
	Mixto	1015	12,0	8,3						
Engagement	Absorción	Público	575	19,3	6,9	2	0,5	0,611		
		Privado	170	19,9	7,9					
		Mixto	1015	19,4	6,6					
	Dedicación	Público	575	19,6	6,7	2	1,1	0,321		
		Privado	170	19,1	8,1					
		Mixto	1015	19,9	6,5					
Vigor	Público	575	21,3	7,0	2	0,7	0,500			
	Privado	170	21,9	8,4						
	Mixto	1015	21,2	6,7						

Tamaño del efecto *D de Cohen (d)*: Bajo $\leq 0,30$; moderado* $> 0,30$ a $0,80$; y alto** $> 0,80$

Calidad de vida laboral de las enfermeras:
Evaluación y propuestas de mejora

Tabla 27. Situación contractual en relación a condiciones de trabajo, bienestar laboral general, *burnout* y *engagement*

	n = 1736	Situación contractual	n	Media	DE	gl	F	Sig	D de Cohen (d)	
									Interino	Temporal
Condiciones de trabajo	Condiciones de trabajo	Estable	1274	5,8	1,5	2	0,2	0,795		
		Interino	177	5,7	1,6					
		Temporales	285	5,7	1,5					
	Organización y persona	Estable	1274	5,8	1,8	2	4,6	0,010	-0,09	-0,19
		Interino	177	5,9	1,8					
		Temporales	285	5,1	1,7					
	Organización y entorno	Estable	1274	6,6	1,5	2	2,1	0,125		
		Interino	177	6,4	1,6					
		Temporales	285	6,7	1,5					
	Organización y método	Estable	1274	5,0	1,9	2	12,4	< 0,001	0,11	0,33*
		Interino	177	4,8	2,0					
		Temporales	285	4,4	1,9					
Adaptación persona-organización	Estable	1274	6,5	1,7	2	14,9	< 0,001	-0,14	-0,35*	
	Interino	177	6,8	1,7						
	Temporales	285	7,1	1,6						
Ajuste organización-persona	Estable	1274	5,0	2,4	2	0,3	0,756			
	Interino	177	5,1	2,5						
	Temporales	285	5,1	2,4						
Entorno social	Estable	1274	7,0	1,8	2	1,5	0,231			
	Interino	177	7,0	1,8						
	Temporales	285	7,2	1,8						
Entorno material	Estable	1274	6,1	1,8	2	3,4	0,034	,20	-,03	
	Interino	177	5,8	2,0						
	Temporales	285	6,2	1,7						
Desarrollo	Estable	1274	4,8	2,2	2	6,2	0,002	-0,01	0,23	
	Interino	177	4,8	2,3						
	Temporales	285	4,3	2,2						
Regulación	Estable	1274	5,3	1,9	2	18,9	< 0,001	0,23	0,38*	
	Interino	177	4,9	2,0						
	Temporales	285	4,6	2,0						
Bienestar laboral general	Bienestar laboral general	Estable	1274	3,5	0,7	2	2,3	0,105		
		Interino	177	3,4	0,7					
		Temporales	285	3,4	0,7					
	Efectos colaterales	Estable	1274	2,6	1,5	2	0,4	0,661		
		Interino	177	2,5	1,6					
		Temporales	285	2,5	1,5					
	Bienestar psicosocial	Estable	1274	4,4	1,3	2	0,6	0,569		
		Interino	177	4,3	1,4					
		Temporales	285	4,3	1,4					
	Alienación	Estable	1274	2,2	1,7	2	1,5	0,232		
		Interino	177	2,0	1,8					
		Temporales	285	2,1	1,7					
Desgaste	Estable	1274	3,2	1,7	2	0,9	0,406			
	Interino	177	3,2	1,8						
	Temporales	285	3,1	1,7						
Somatización	Estable	1274	2,3	1,6	2	1,4	0,251			
	Interino	177	2,3	1,7						
	Temporales	285	2,5	1,5						
Expectativas	Estable	1274	4,2	1,3	2	0,1	0,917			
	Interino	177	4,3	1,3						
	Temporales	285	4,3	1,4						
Competencias	Estable	1274	4,5	1,4	2	0,5	0,621			
	Interino	177	4,4	1,6						
	Temporales	285	4,6	1,6						
Afectos	Estable	1274	4,3	1,5	2	4,3	0,014	0,11	0,18	
	Interino	177	4,2	1,6						
	Temporales	285	4,0	1,6						

Tamaño del efecto *D de Cohen (d)*: Bajo ≤ 0,30; moderado* > 0,30 a 0,80; y alto** > 0,80

continúa

Tabla 27. Situación contractual en relación a condiciones de trabajo, bienestar laboral general, *burnout* y *engagement* (continuación)

	n = 1736	Situación contractual	n	Media	DE	gl	F	Sig	D de Cohen (d)	
									Interino	Temporal
Burnout	Cinismo	Estable	1274	7,9	5,9	2	6,4	0,002	0,15	0,22
		Interino	177	7,0	6,1					0,07
		Temporales	285	6,6	6,3					
	Eficacia profesional	Estable	1274	27,2	5,9	2	2,1	0,129		
		Interino	177	27,6	6,5					
		Temporales	285	26,5	6,2					
Agotamiento	Estable	1274	12,0	8,4	2	1,8	0,158			
	Interino	177	11,6	8,9						
	Temporales	285	11,0	8,2						
Engagement	Absorción	Estable	1274	19,2	6,8	2	2,7	0,069		
		Interino	177	20,0	7,0					
		Temporales	285	20,1	6,9					
	Dedicación	Estable	1274	19,4	6,7	2	5,3	0,005	-0,17	-0,18
		Interino	177	20,6	6,5					-0,01
		Temporales	285	20,6	7,1					
Vigor	Estable	1274	20,9	6,9	2	6,9	0,001	-0,19	-0,21	
	Interino	177	22,3	7,0					-0,01	
	Temporales	285	22,3	6,9						

Tamaño del efecto *D de Cohen (d)*: Bajo $\leq 0,30$; moderado* $> 0,30$ a $0,80$; y alto** $> 0,80$

Calidad de vida laboral de las enfermeras:
Evaluación y propuestas de mejora

Tabla 28. Jornada laboral en relación a condiciones de trabajo, bienestar laboral general, burnout y engagement

	n = 1748	Jornada Laboral	n	Media	DE	gl	F	Sig	D de Cohen (d)	
									50-99%	100%
Condiciones de trabajo	Condiciones de trabajo	< 50%	71	5,2	1,7	2	10,6	< 0,001	-0,22	-0,42*
		50-99%	337	5,5	1,5					
		100%	1340	5,9	1,5					
	Organización y persona	< 50%	71	5,4	2,0	2	4,0	0,018	-0,21	-0,30
		50-99%	337	5,7	1,7					
		100%	1340	5,9	1,8					
	Organización y entorno	< 50%	71	6,2	1,8	2	2,0	0,141		
		50-99%	337	6,5	1,5					
		100%	1340	6,6	1,5					
	Organización y método	< 50%	71	4,0	1,9	2	26,6	< 0,001	-0,20	-0,57*
		50-99%	337	4,4	1,9					
		100%	1340	5,1	1,9					
Adaptación persona-organización	< 50%	71	6,3	2,2	2	1,5	0,221			
	50-99%	337	6,6	1,7						
	100%	1340	6,7	1,7						
Ajuste organización-persona	< 50%	71	4,4	2,4	2	5,2	0,006	-0,17	-0,30	
	50-99%	337	4,8	2,3						
	100%	1340	5,2	2,4						
Entorno social	< 50%	71	6,9	2,1	2	0,6	0,523			
	50-99%	337	7,0	1,8						
	100%	1340	7,1	1,8						
Entorno material	< 50%	71	5,6	1,9	2	3,0	0,049	-0,27	-0,30	
	50-99%	337	6,1	1,8						
	100%	1340	6,1	1,8						
Desarrollo	< 50%	71	3,7	2,2	2	24,5	< 0,001	-0,23	-0,56*	
	50-99%	337	4,1	2,1						
	100%	1340	4,9	2,2						
Regulación	< 50%	71	4,4	2,0	2	20,5	< 0,001	-0,14	-0,48*	
	50-99%	337	4,7	2,0						
	100%	1340	5,3	1,9						
Bienestar laboral general	Bienestar laboral general	< 50%	71	3,5	0,7	2	2,0	0,135		
		50-99%	337	3,4	0,7					
		100%	1340	3,5	0,7					
	Efectos colaterales	< 50%	71	2,9	1,5	2	1,6	0,203		
		50-99%	337	2,5	1,5					
		100%	1340	2,6	1,5					
	Bienestar psicosocial	< 50%	71	4,1	1,4	2	3,0	0,051		
		50-99%	337	4,3	1,3					
		100%	1340	4,4	1,3					
	Alienación	< 50%	71	2,5	1,9	2	1,5	0,227		
		50-99%	337	2,1	1,7					
		100%	1340	2,2	1,7					
Desgaste	< 50%	71	3,3	1,6	2	0,1	0,888			
	50-99%	337	3,2	1,7						
	100%	1340	3,2	1,7						
Somatización	< 50%	71	2,6	1,6	2	1,4	0,258			
	50-99%	337	2,3	1,6						
	100%	1340	2,3	1,6						
Expectativas	< 50%	71	4,0	1,4	2	5,8	0,003	-0,05	-0,23	
	50-99%	337	4,1	1,2						
	100%	1340	4,3	1,3						
Competencias	< 50%	71	4,2	1,6	2	1,6	0,210			
	50-99%	337	4,5	1,5						
	100%	1340	4,6	1,5						
Afectos	< 50%	71	3,9	1,6	2	2,7	0,069			
	50-99%	337	4,2	1,5						
	100%	1340	4,3	1,5						

Tamaño del efecto *D de Cohen (d)*: Bajo ≤ 0,30; moderado* > 0,30 a 0,80; y alto** > 0,80

continúa

Tabla 28. Jornada laboral en relación a condiciones de trabajo, bienestar laboral general, *burnout* y *engagement* (continuación)

	n = 1748	Jornada Laboral	n	Media	DE	gl	F	Sig	D de Cohen (d)	
									50-99%	100%
Burnout	Cinismo	< 50%	71	8,3	7,1	2	1,3	0,280		
		50-99%	337	7,2	5,9					
		100%	1340	7,7	6,0					
	Eficacia profesional	< 50%	71	26,6	6,6	2	2,9	0,053		
		50-99%	337	26,5	5,9					
		100%	1340	27,4	6,0					
Agotamiento	< 50%	71	11,7	8,0	2	0,0	0,997			
	50-99%	337	11,8	8,2						
	100%	1340	11,8	8,5						
Engagement	Absorción	< 50%	71	18,3	7,2	2	1,1	0,339		
		50-99%	337	19,3	6,9					
		100%	1340	19,5	6,8					
	Dedicación	< 50%	71	19,4	7,3	2	0,2	0,823		
		50-99%	337	19,9	6,7					
		100%	1340	19,7	6,7					
Vigor	< 50%	71	21,0	7,2	2	0,3	0,744			
	50-99%	337	21,1	7,2						
	100%	1340	21,4	6,9						

Tamaño del efecto *D de Cohen (d)*: Bajo $\leq 0,30$; moderado* $> 0,30$ a $0,80$; y alto** $> 0,80$

Calidad de vida laboral de las enfermeras:
Evaluación y propuestas de mejora

Tabla 29. Tiempo de contratación en el último año en relación a condiciones de trabajo, bienestar laboral general, *burnout* y *engagement*

	n = 1728	Tiempo de contratación último año	n	Media	DE	gl	F	Sig	D de Cohen (d)	
									6 a < 12 m	Todo el año
Condiciones de trabajo	Condiciones de trabajo	< 6 meses	82	6,0	1,5	2	2,2	0,113		
		De 6 a < 12 m	123	5,5	1,7					
		Todo el año	1523	5,8	1,5					
	Organización y persona	< 6 meses	82	6,4	1,7	2	3,4	0,035	0,28	0,30
		De 6 a < 12 m	123	5,8	1,9					0,01
		Todo el año	1523	5,8	1,8					
	Organización y entorno	< 6 meses	82	6,8	1,5	2	1,5	0,221		
		De 6 a < 12 m	123	6,4	1,7					
		Todo el año	1523	6,6	1,5					
	Organización y método	< 6 meses	82	4,8	1,9	2	5,9	0,003	0,23	-0,08
De 6 a < 12 m		123	4,4	2,0					-0,32*	
Todo el año		1523	5,0	1,9						
Adaptación persona-organización	< 6 meses	82	7,2	1,6	2	4,9	0,007	0,25	0,35*	
	De 6 a < 12 m	123	6,8	1,9					0,08	
	Todo el año	1523	6,6	1,7						
Ajuste organización-persona	< 6 meses	82	5,5	2,3	2	1,7	0,188			
	De 6 a < 12 m	123	4,9	2,5						
	Todo el año	1523	5,0	2,4						
Entorno social	< 6 meses	82	7,3	1,8	2	2,1	0,128			
	De 6 a < 12 m	123	6,8	2,0						
	Todo el año	1523	7,0	1,8						
Entorno material	< 6 meses	82	6,3	1,7	2	0,5	0,624			
	De 6 a < 12 m	123	6,0	1,9						
	Todo el año	1523	6,1	1,8						
Desarrollo	< 6 meses	82	4,6	2,1	2	3,5	0,030	0,19	-0,05	
	De 6 a < 12 m	123	4,2	2,3					-0,25	
	Todo el año	1523	4,7	2,2						
Regulación	< 6 meses	82	5,0	2,0	2	7,2	0,001	0,23	-0,11	
	De 6 a < 12 m	123	4,5	2,0					-0,35*	
	Todo el año	1523	5,2	1,9						
Bienestar laboral general	Bienestar laboral general	< 6 meses	82	3,3	0,7	2	3,6	0,027	-0,23	-0,29
		De 6 a < 12 m	123	3,4	0,6					-0,07
		Todo el año	1523	3,5	0,7					
	Efectos colaterales	< 6 meses	82	2,3	1,5	2	1,8	0,158		
		De 6 a < 12 m	123	2,5	1,5					
		Todo el año	1523	2,6	1,5					
	Bienestar psicosocial	< 6 meses	82	4,3	1,4	2	0,2	0,846		
		De 6 a < 12 m	123	4,4	1,4					
		Todo el año	1523	4,3	1,3					
	Alienación	< 6 meses	82	2,0	1,7	2	0,9	0,410		
De 6 a < 12 m		123	2,1	1,8						
Todo el año		1523	2,2	1,7						
Desgaste	< 6 meses	82	2,8	1,8	2	2,8	0,062			
	De 6 a < 12 m	123	3,0	1,7						
	Todo el año	1523	3,2	1,7						
Somatización	< 6 meses	82	2,3	1,6	2	0,0	0,962			
	De 6 a < 12 m	123	2,4	1,4						
	Todo el año	1523	2,3	1,6						
Expectativas	< 6 meses	82	4,3	1,4	2	0,0	0,981			
	De 6 a < 12 m	123	4,3	1,4						
	Todo el año	1523	4,2	1,3						
Competencias	< 6 meses	82	4,5	1,6	2	0,6	0,577			
	De 6 a < 12 m	123	4,7	1,5						
	Todo el año	1523	4,5	1,5						
Afectos	< 6 meses	82	4,0	1,6	2	1,6	0,205			
	De 6 a < 12 m	123	4,2	1,5						
	Todo el año	1523	4,3	1,5						

Tamaño del efecto *D de Cohen (d)*: Bajo ≤ 0,30; moderado* > 0,30 a 0,80; y alto** > 0,80

continúa

Tabla 29. Tiempo de contratación en el último año en relación a condiciones de trabajo, bienestar laboral general, *burnout* y *engagement* (continuación)

	n = 1728	Tiempo de contratación último año	n	Media	DE	gl	F	Sig	D de Cohen (d)	
									6 a < 12 m	Todo el año
Burnout	Cinismo	< 6 meses	82	6,7	6,5	2	1,8	0,158		
		De 6 a < 12 m	123	7,0	6,6					
		Todo el año	1523	7,7	6,0					
	Eficacia profesional	< 6 meses	82	25,0	6,4	2	6,0	0,003	-0,25	-0,38*
		De 6 a < 12 m	123	26,7	6,6					
		Todo el año	1523	27,3	5,9					
Agotamiento	< 6 meses	82	11,0	9,0	2	2,8	0,061			
	De 6 a < 12 m	123	10,3	7,8						
	Todo el año	1523	12,0	8,4						
Engagement	Absorción	< 6 meses	82	20,9	6,8	2	2,2	0,109		
		De 6 a < 12 m	123	19,7	7,2					
		Todo el año	1523	19,3	6,8					
	Dedicación	< 6 meses	82	20,6	6,9	2	2,1	0,122		
		De 6 a < 12 m	123	20,7	7,1					
		Todo el año	1523	19,6	6,7					
Vigor	< 6 meses	82	22,3	7,3	2	2,2	0,114			
	De 6 a < 12 m	123	22,1	7,0						
	Todo el año	1523	21,1	7,0						

Tamaño del efecto *D de Cohen (d)*: Bajo $\leq 0,30$; moderado* $> 0,30$ a $0,80$; y alto** $> 0,80$

Calidad de vida laboral de las enfermeras:
Evaluación y propuestas de mejora

Tabla 30. Ámbito de trabajo en relación a condiciones de trabajo, bienestar laboral general, *burnout* y *engagement*

	n = 1760	Ámbito de trabajo	n	Media	DE	gl	F	Sig	D de Cohen (d)		
									Gest.	Doc.	Inv.
Condiciones de trabajo	Condiciones de trabajo	Asistencial	1425	5,6	1,5	3	36,3	< 0,001	-0,55*	-0,89**	-0,68*
		Gestión (Gest.)	257	6,4	1,3					-0,41*	-0,17
		Docencia (Doc.)	56	7,0	1,6						0,20
		Investigación (Inv.)	22	6,6	1,6						
	Organización y persona	Asistencial	1425	5,7	1,8	3	26,5	< 0,001	-0,47*	-0,71*	-0,70*
		Gestión	257	6,5	1,6					-0,28	-0,27
		Docencia	56	7,0	1,9						0,02
		Investigación	22	6,9	1,9						
	Organización y entorno	Asistencial	1425	6,5	1,6	3	11,9	< 0,001	-0,20	-0,66*	-0,46*
		Gestión	257	6,7	1,3					-0,56*	-0,31*
		Docencia	56	7,5	1,4						0,21
		Investigación	22	7,2	1,7						
	Organización y método	Asistencial	1425	4,6	1,9	3	53,8	< 0,001	-0,73*	-0,95**	-0,62*
		Gestión	257	6,0	1,5					-0,30	0,11
		Docencia	56	6,4	1,9						0,32*
		Investigación	22	5,8	2,2						
	Adaptación persona-organización	Asistencial	1425	6,5	1,7	3	10,8	< 0,001	-0,29	-0,32*	-0,70*
		Gestión	257	7,0	1,4					-0,05	-,53*
		Docencia	56	7,1	1,8						-,37*
Investigación		22	7,8	1,6							
Ajuste organización-persona	Asistencial	1425	4,8	2,4	3	30,7	< 0,001	-0,50*	-0,84**	-0,54*	
	Gestión	257	6,0	2,1					-0,39*	-0,05	
	Docencia	56	6,8	2,3						0,30	
	Investigación	22	6,1	2,6							
Entorno social	Asistencial	1425	7,0	1,8	3	2,9	0,032	0,01	-0,38*	-0,16	
	Gestión	257	7,0	1,2					-0,46*	-0,20	
	Docencia	56	7,7	1,5						0,23	
	Investigación	22	7,3	2,1							
Entorno material	Asistencial	1425	5,9	1,8	3	21,5	< 0,001	-0,36*	-0,76*	-0,63*	
	Gestión	257	6,6	1,5					-0,49*	-0,34*	
	Docencia	56	7,3	1,6						0,13	
	Investigación	22	7,1	1,9							
Desarrollo	Asistencial	1425	4,4	2,1	3	66,6	< 0,001	-0,83**	-1,04**	-0,55*	
	Gestión	257	6,1	1,8					-0,25	0,30	
	Docencia	56	6,6	2,2						0,46*	
	Investigación	22	5,5	2,5							
Regulación	Asistencial	1425	4,9	1,9	3	27,1	< 0,001	-0,49*	-0,71*	-0,59*	
	Gestión	257	5,9	1,5					-0,28	-0,14	
	Docencia	56	6,3	1,9						0,11	
	Investigación	22	6,1	2,2							

Tamaño del efecto *D de Cohen (d)*: Bajo ≤ 0,30; moderado* > 0,30 a 0,80; y alto** > 0,80

continúa

Tabla 30. Ámbito de trabajo en relación a condiciones de trabajo, bienestar laboral general, burnout y engagement (continuación)

	n = 1760	Ámbito de trabajo	n	Media	DE	gl	F	Sig	D de Cohen (d)		
									Gest.	Doc.	Inv.
Bienestar laboral general	Bienestar laboral general	Asistencial	1425	3,4	0,7	3	2,4	0,069			
		Gestión (Gest.)	257	3,5	0,7						
		Docencia (Doc.)	56	3,5	0,5						
		Investigación (Inv.)	22	3,4	0,7						
	Efectos colaterales	Asistencial	1425	2,6	1,1	3	4,0	0,008	0,10	0,40*	0,32*
		Gestión	257	2,5	1,5						
		Docencia	56	2,0	1,3						
		Investigación	22	2,1	1,9						
	Bienestar psicosocial	Asistencial	1425	4,3	1,3	3	11,7	< 0,001	-0,27	-0,62*	-0,26
		Gestión	257	4,6	1,2						
Docencia		56	5,1	1,4							
Investigación		22	4,6	1,7							
Alienación	Asistencial	1425	2,2	1,7	3	6,2	< 0,001	0,19	0,47*	0,17	
	Gestión	257	1,9	1,6							
	Docencia	56	1,5	1,7							
	Investigación	22	2,0	2,2							
Desgaste	Asistencial	1425	3,2	1,7	3	4,3	0,005	0,08	0,33*	0,56*	
	Gestión	257	3,1	1,7							
	Docencia	56	2,7	1,6							
	Investigación	22	2,3	1,7							
Somatización	Asistencial	1425	2,4	1,6	3	2,7	0,042	0,07	0,32*	0,32*	
	Gestión	257	2,2	1,6							
	Docencia	56	1,9	1,3							
	Investigación	22	1,9	1,8							
Expectativas	Asistencial	1425	4,1	1,3	3	19,3	< 0,001	-0,40*	-0,66*	-0,49*	
	Gestión	257	4,7	1,2							
	Docencia	56	5,0	1,5							
	Investigación	22	4,8	1,6							
Competencias	Asistencial	1425	4,5	1,5	3	4,9	0,002	-0,14	-0,45*	-0,18	
	Gestión	257	4,7	1,3							
	Docencia	56	5,1	1,4							
	Investigación	22	4,8	2,0							
Afectos	Asistencial	1425	4,2	1,6	3	10,1	< 0,001	-0,23	-0,61*	-0,09	
	Gestión	257	4,5	1,4							
	Docencia	56	5,1	1,5							
	Investigación	22	4,3	2,0							
Burnout	Cinismo	Asistencial	1425	7,7	6,0	3	2,1	0,098			
		Gestión	257	7,4	5,9						
		Docencia	56	5,9	5,9						
		Investigación	22	6,7	7,2						
Eficacia profesional	Asistencial	1425	27,0	6,1	3	1,8	0,143				
	Gestión	257	27,5	5,7							
	Docencia	56	27,7	6,0							
	Investigación	22	29,7	6,7							
Agotamiento	Asistencial	1425	12,1	8,4	3	3,8	0,010	0,10	0,38*	0,34*	
	Gestión	257	11,3	8,2							
	Docencia	56	8,9	7,4							
	Investigación	22	9,2	9,6							
Engagement	Absorción	Asistencial	1425	19,0	6,8	3	12,1	< 0,001	-0,34*	-0,43*	-0,42*
		Gestión	257	21,3	6,0						
		Docencia	56	21,9	8,5						
		Investigación	22	21,8	7,7						
Dedicación	Asistencial	1425	19,6	6,8	3	4,8	0,002	-0,05	-0,40*	-0,51*	
	Gestión	257	19,9	6,4							
	Docencia	56	22,3	6,4							
	Investigación	22	23,0	6,4							
Vigor	Asistencial	1425	20,9	7,0	3	6,3	< 0,001	-0,23	-0,37*	-0,31*	
	Gestión	257	22,5	6,2							
	Docencia	56	23,5	7,9							
	Investigación	22	23,1	7,3							

Tamaño del efecto *D de Cohen (d)*: Bajo ≤ 0,30; moderado* > 0,30 a 0,80; y alto** > 0,80

Calidad de vida laboral de las enfermeras:
Evaluación y propuestas de mejora

Tabla 31. Puesto de trabajo en relación a condiciones de trabajo, bienestar laboral general, *burnout* y *engagement*

	n = 1610	Lugar de trabajo	n	Media	DE	gl	F	Sig	D de Cohen (d)		
									SM	SS	H
Condiciones de trabajo	Condiciones de trabajo	Atención primaria	396	6,1	1,5	3	15,6	< 0,001	0,03	0,07	0,36*
		Salud mental (SM)	152	6,0	1,4					0,05	0,34*
		Sociosanitario (SS)	124	5,9	1,5						0,29
		Hospital (H)	938	5,5	1,5						
	Organización y persona	Atención primaria	396	6,1	1,8	3	10,4	< 0,001	0,02	0,00	0,28
		Salud mental	152	6,1	1,8					-0,02	0,27
		Sociosanitario	124	6,1	1,7						0,29
		Hospital	938	5,6	1,8						
	Organización y entorno	Atención primaria	396	6,7	1,5	3	3,0	0,032		-0,01	0,16
		Salud mental	152	6,7	1,4					0,11	0,17
		Sociosanitario	124	6,5	1,6						0,05
		Hospital	938	6,4	1,5						
	Organización y método	Atención primaria	396	5,4	1,8	3	28,0	< 0,001	0,05	0,09	0,48*
		Salud mental	152	5,3	1,7					0,04	0,43*
		Sociosanitario	124	5,2	1,8						0,40*
		Hospital	938	4,5	1,9						
	Adaptación persona-organización	Atención primaria	396	6,7	1,6	3	2,7	0,044	-0,10	-0,11	0,09
		Salud mental	152	6,8	1,7					-0,01	0,18
		Sociosanitario	124	6,8	1,6						0,19
Hospital		938	6,5	1,7							
Ajuste organización-persona	Atención primaria	396	5,5	2,3	3	15,0	< 0,001	0,09	0,07	0,37*	
	Salud mental	152	5,3	2,4					-0,02	0,27	
	Sociosanitario	124	5,4	2,2						0,30	
	Hospital	938	4,7	2,4							
Entorno social	Atención primaria	396	7,3	1,7	3	8,1	< 0,001	0,07	0,27	0,28	
	Salud mental	152	7,2	1,7					0,20	0,21	
	Sociosanitario	124	6,8	1,9						0,00	
	Hospital	938	6,8	1,7							
Entorno material	Atención primaria	396	6,0	1,9	3	0,5	0,668				
	Salud mental	152	6,2	1,7							
	Sociosanitario	124	6,2	1,8							
	Hospital	938	6,0	1,7							
Desarrollo	Atención primaria	396	5,3	2,1	3	30,5	< 0,001	0,16	0,09	0,53*	
	Salud mental	152	5,0	2,1					-0,07	0,37*	
	Sociosanitario	124	5,1	2,0						0,44*	
	Hospital	938	4,2	2,1							
Regulación	Atención primaria	396	5,4	1,8	3	18,0	< 0,001	-0,09	0,07	0,36*	
	Salud mental	152	5,6	1,7					0,16	0,44*	
	Sociosanitario	124	5,3	1,9						0,29	
	Hospital	938	4,8	1,9							

Tamaño del efecto *D de Cohen (d)*: Bajo ≤ 0,30; moderado* > 0,30 a 0,80; y alto** > 0,80

continúa

Tabla 31. Puesto de trabajo en relación a condiciones de trabajo, bienestar laboral general, *burnout* y *engagement* (continuación)

	n = 1610	Lugar de trabajo	n	Media	DE	gl	F	Sig	D de Cohen (d)		
									SM	SS	H
Bienestar laboral general	Bienestar laboral general	Atención primaria	396	3,4	0,6	3	3,8	0,010	-0,06	-0,36*	-0,09
		Salud mental (SM)	152	3,4	0,6					-0,30	-0,03
		Sociosanitario (SS)	124	3,6	0,7						0,25
		Hospital (H)	938	3,5	0,7						
	Efectos colaterales	Atención primaria	396	2,3	1,5	3	7,7	< 0,001	-0,03	-0,28	-0,26
		Salud mental	152	2,4	1,6					-0,24	-0,23
		Sociosanitario	124	2,7	1,5						0,02
		Hospital	938	2,7	1,5						
	Bienestar psicosocial	Atención primaria	396	4,5	1,3	3	6,2	< 0,001	-0,02	-0,03	0,21
		Salud mental	152	4,5	1,5					-0,01	0,23
Sociosanitario		124	4,5	1,3						0,24	
Hospital		938	4,2	1,3							
Alienación	Atención primaria	396	2,0	1,6	3	3,9	0,008	0,00	-0,14	-0,19	
	Salud mental	152	2,0	1,7					-0,14	-0,18	
	Sociosanitario	124	2,2	1,7						-0,04	
	Hospital	938	2,3	1,7							
Desgaste	Atención primaria	396	2,9	1,7	3	10,4	< 0,001	0,00	-0,34*	-0,29	
	Salud mental	152	2,9	1,7					-0,34*	-0,28	
	Sociosanitario	124	3,5	1,7						0,06	
	Hospital	938	3,4	1,7							
Somatización	Atención primaria	396	2,0	1,6	3	12,7	< 0,001	0,06	-0,30	-0,31*	
	Salud mental	152	1,9	1,6					-0,37*	-0,37*	
	Sociosanitario	124	2,5	1,5						-0,01	
	Hospital	938	2,5	1,6							
Expectativas	Atención primaria	396	4,4	1,3	3	5,0	0,002	-0,02	0,06	0,20	
	Salud mental	152	4,4	1,4					0,08	0,22	
	Sociosanitario	124	4,3	1,3						0,14	
	Hospital	938	4,1	1,3							
Competencias	Atención primaria	396	4,7	1,5	3	4,5	0,004	-0,01	-0,08	0,16	
	Salud mental	152	4,7	1,6					-0,07	0,17	
	Sociosanitario	124	4,8	1,4						0,25	
	Hospital	938	4,4	1,5							
Afectos	Atención primaria	396	4,3	1,5	3	6,7	< 0,001	-0,03	-0,05	0,21	
	Salud mental	152	4,4	1,6					-0,02	0,24	
	Sociosanitario	124	4,5	1,4						0,26	
	Hospital	938	4,1	1,5							
Burnout	Cinismo	Atención primaria	396	7,2	5,7	3	1,1	0,368			
		Salud mental	152	7,9	6,8						
		Sociosanitario	124	8,2	6,2						
		Hospital	938	7,7	6,0						
Eficacia profesional	Atención primaria	396	27,1	6,3	3	0,2	0,911				
	Salud mental	152	27,1	6,2							
	Sociosanitario	124	27,5	5,2							
	Hospital	938	27,1	5,9							
Agotamiento	Atención primaria	396	10,9	8,1	3	5,2	0,001	-0,01	-0,14	-0,22	
	Salud mental	152	11,0	8,6					-0,13	-0,20	
	Sociosanitario	124	12,1	8,8						-0,07	
	Hospital	938	12,7	8,5							
Engagement	Absorción	Atención primaria	396	19,6	6,6	3	1,0	0,372			
		Salud mental	152	19,4	7,1						
		Sociosanitario	124	20,1	6,5						
		Hospital	938	19,1	6,8						
Dedicación	Atención primaria	396	19,9	6,4	3	0,1	0,948				
	Salud mental	152	19,6	7,6							
	Sociosanitario	124	19,9	6,8							
	Hospital	938	19,7	6,6							
Vigor	Atención primaria	396	21,5	7,0	3	0,6	0,648				
	Salud mental	152	21,3	7,3							
	Sociosanitario	124	21,1	7,0							
	Hospital	938	21,0	6,8							

Tamaño del efecto *D de Cohen (d)*: Bajo ≤ 0,30; moderado* > 0,30 a 0,80; y alto** > 0,80

Calidad de vida laboral de las enfermeras:
Evaluación y propuestas de mejora

Tabla 32. Horario de trabajo en relación a condiciones de trabajo, bienestar laboral general, burnout y engagement

	n = 1700	Horario	n	Media	DE	gl	F	Sig	D de Cohen (d)	
									L a D	F
Condiciones de trabajo	Condiciones de trabajo	Lunes a viernes	1014	6,1	1,5	2	56,9	< 0,001	0,54*	0,47*
		Lunes a domingo (L a D)	623	5,3	1,5					-0,06
		Festivos (F)	63	5,4	1,8					
	Organización y persona	Lunes a viernes	1014	6,1	1,8	2	28,2	< 0,001	0,38*	0,25
		Lunes a domingo	623	5,4	1,8					-0,13
		Festivos	63	5,7	2,0					
	Organización y entorno	Lunes a viernes	1014	6,7	1,5	2	17,2	< 0,001	0,30	0,18
		Lunes a domingo	623	6,3	1,6					-0,12
		Festivos	63	6,5	1,9					
	Organización y método	Lunes a viernes	1014	5,5	1,8	2	105,9	< 0,001	0,72*	0,79*
Lunes a domingo		623	4,2	1,8	0,08					
Festivos		63	4,0	2,2						
Adaptación persona-organización	Lunes a viernes	1014	6,7	1,6	2	3,3	0,038	0,13	0,00	
	Lunes a domingo	623	6,5	1,8					-0,12	
	Festivos	63	6,7	2,0						
Ajuste organización-persona	Lunes a viernes	1014	5,5	2,3	2	47,0	< 0,001	0,49*	0,38*	
	Lunes a domingo	623	4,4	2,3					-0,11	
	Festivos	63	4,6	2,7						
Entorno social	Lunes a viernes	1014	7,2	1,7	2	8,3	< 0,001	0,21	0,07	
	Lunes a domingo	623	6,8	1,8					-0,14	
	Festivos	63	7,0	2,1						
Entorno material	Lunes a viernes	1014	6,3	1,7	2	18,0	< 0,001	0,30	0,24	
	Lunes a domingo	623	5,8	1,8					-0,06	
	Festivos	63	5,9	2,1						
Desarrollo	Lunes a viernes	1014	5,3	2,1	2	103,9	< 0,001	0,72*	0,69*	
	Lunes a domingo	623	3,8	2,0					-0,01	
	Festivos	63	3,8	2,4						
Regulación	Lunes a viernes	1014	5,6	1,8	2	73,9	< 0,001	0,59*	0,77*	
	Lunes a domingo	623	4,5	1,9					0,17	
	Festivos	63	4,2	2,3						
Bienestar laboral general	Bienestar laboral general	Lunes a viernes	1014	3,4	0,7	2	4,6	0,010	-0,14	0,14
		Lunes a domingo	623	3,5	0,6					0,27
		Festivos	63	3,3	0,8					
	Efectos colaterales	Lunes a viernes	1014	2,3	1,5	2	29,8	< 0,001	-0,39*	-0,11
		Lunes a domingo	623	2,9	1,5					0,28
		Festivos	63	2,5	1,6					
	Bienestar psicosocial	Lunes a viernes	1014	4,5	1,3	2	19,9	< 0,001	0,32*	0,27
		Lunes a domingo	623	4,1	1,3					-0,05
		Festivos	63	4,2	1,5					
	Alienación	Lunes a viernes	1014	2,0	1,6	2	20,7	< 0,001	-0,33*	-0,08
		Lunes a domingo	623	2,5	1,7					0,24
		Festivos	63	2,1	1,7					
	Desgaste	Lunes a viernes	1014	3,0	1,7	2	27,3	< 0,001	-0,38*	-0,12
		Lunes a domingo	623	3,6	1,6					0,26
		Festivos	63	3,2	1,8					
	Somatización	Lunes a viernes	1014	2,1	1,6	2	36,8	< 0,001	-0,43*	-0,31*
Lunes a domingo		623	2,7	1,5	0,12					
Festivos		63	2,5	1,6						
Expectativas	Lunes a viernes	1014	4,5	1,3	2	28,2	< 0,001	0,38*	0,23	
	Lunes a domingo	623	4,0	1,3					-0,15	
	Festivos	63	4,2	1,3						
Competencias	Lunes a viernes	1014	4,7	1,4	2	8,1	< 0,001	0,20	0,17	
	Lunes a domingo	623	4,4	1,5					-0,03	
	Festivos	63	4,4	1,6						
Afectos	Lunes a viernes	1014	4,5	1,5	2	19,4	< 0,001	0,31*	0,34*	
	Lunes a domingo	623	4,0	1,5					0,04	
	Festivos	63	3,9	1,7						

Tamaño del efecto *D de Cohen (d)*: Bajo ≤ 0,30; moderado* > 0,30 a 0,80; y alto** > 0,80

continúa

Tabla 32. Horario de trabajo en relación a condiciones de trabajo, bienestar laboral general, *burnout* y *engagement* (continuación)

	n = 1700	Horario	n	Media	DE	gl	F	Sig	D de Cohen (d)	
									L a D	F
Burnout	Cinismo	Lunes a viernes	1014	7,3	5,9	2	4,9	0,008	-0,16	-0,02
		Lunes a domingo	623	8,2	6,1					
		Festivos	63	7,4	6,5					
	Eficacia profesional	Lunes a viernes	1014	27,3	6,1	2	0,8	0,460		
		Lunes a domingo	623	26,9	5,8					
		Festivos	63	27,1	5,8					
Agotamiento	Lunes a viernes	1014	10,9	8,2	2	16,7	< 0,001	-0,29	-0,16	
	Lunes a domingo	623	13,3	8,5						
	Festivos	63	12,2	8,3						
Engagement	Absorción	Lunes a viernes	1014	19,9	6,7	2	6,4	0,002	0,18	0,00
		Lunes a domingo	623	18,7	6,8					
		Festivos	63	19,9	7,5					
	Dedicación	Lunes a viernes	1014	20,0	6,6	2	2,7	0,069		
		Lunes a domingo	623	19,3	6,7					
		Festivos	63	20,9	7,4					
Vigor	Lunes a viernes	1014	21,7	7,0	2	5,9	0,003	0,17	0,06	
	Lunes a domingo	623	20,5	6,9						
	Festivos	63	21,3	7,4						

Tamaño del efecto *D de Cohen (d)*: Bajo $\leq 0,30$; moderado* $> 0,30$ a $0,80$; y alto** $> 0,80$

Calidad de vida laboral de las enfermeras:
Evaluación y propuestas de mejora

Tabla 33. Turno de trabajo en relación a condiciones de trabajo, bienestar laboral general, burnout y engagement

n = 1667		Turno	n	Media	DE	gl	t	Sig	D de Cohen (d)
									Nocturno
Condiciones de trabajo	Condiciones de trabajo	Diurno Nocturno	1416 251	5,9 5,3	1,5 1,5	1	5,4	< 0,001	0,37*
	Organización y persona	Diurno Nocturno	1416 251	5,9 5,5	1,8 1,8	1	3,7	< 0,001	0,25
	Organización y entorno	Diurno Nocturno	1416 251	6,6 6,2	1,5 1,5	1	3,7	< 0,001	0,25
	Organización y método	Diurno Nocturno	1416 251	5,1 4,2	1,9 1,8	1	6,9	< 0,001	0,47*
	Adaptación persona-organización	Diurno Nocturno	1416 251	6,6 6,5	1,7 1,7	1	1,7	0,090	
	Ajuste organización-persona	Diurno Nocturno	1416 251	5,2 4,5	2,4 2,4	1	4,3	< 0,001	0,30
	Entorno social	Diurno Nocturno	1416 251	7,1 6,8	1,8 1,9	1	2,2	0,030	0,15
	Entorno material	Diurno Nocturno	1416 251	6,2 5,7	1,8 1,8	1	4,2	< 0,001	0,29
	Desarrollo	Diurno Nocturno	1416 251	4,9 3,8	2,2 2,0	1	7,2	< 0,001	0,49*
	Regulación	Diurno Nocturno	1416 251	5,3 4,6	1,9 1,9	1	5,3	< 0,001	0,36*
Bienestar laboral general	Bienestar laboral general	Diurno Nocturno	1416 251	3,5 3,5	0,7 0,7	1	1,0	0,330	
	Efectos colaterales	Diurno Nocturno	1416 251	2,5 2,9	1,5 1,5	1	3,8	< 0,001	-0,26
	Bienestar psicosocial	Diurno Nocturno	1416 251	4,4 4,1	1,3 1,3	1	3,4	0,001	0,24
	Alienación	Diurno Nocturno	1416 251	2,1 2,4	1,7 1,7	1	2,6	0,010	-0,18
	Desgaste	Diurno Nocturno	1416 251	3,2 3,4	1,7 1,6	1	2,2	0,029	-0,15
	Somatización	Diurno Nocturno	1416 251	2,2 2,9	1,6 1,5	1	6,3	< 0,001	-0,43*
	Expectativas	Diurno Nocturno	1416 251	4,3 4,0	1,3 1,3	1	3,6	< 0,001	0,25
	Competencias	Diurno Nocturno	1416 251	4,6 4,3	1,5 1,5	1	2,7	0,006	0,19
	Afectos	Diurno Nocturno	1416 251	4,3 4,0	1,5 1,5	1	3,3	0,001	0,22
Burnout	Cinismo	Diurno Nocturno	1416 251	7,5 6,0	6,0 0,4	1	1,6	0,112	
	Eficacia profesional	Diurno Nocturno	1416 251	27,2 26,3	6,1 6,0	1	2,1	0,032	0,15
	Agotamiento	Diurno Nocturno	1416 251	11,7 12,3	8,4 8,1	1	1,2	0,250	
Engagement	Absorción	Diurno Nocturno	1416 251	19,6 18,4	6,8 6,8	1	2,6	0,011	0,17
	Dedicación	Diurno Nocturno	1416 251	19,8 19,3	6,7 6,9	1	1,2	0,221	
	Vigor	Diurno Nocturno	1416 251	21,4 20,7	7,0 7,1	1	1,4	0,159	

Tamaño del efecto *D de Cohen (d)*: Bajo ≤ 0,30; moderado* > 0,30 a 0,80; y alto** > 0,80

Tabla 34. Baja por enfermedad en el último año en relación a condiciones de trabajo, bienestar laboral general, *burnout* y *engagement*

	n = 1760	Tiempo baja en meses (m)	n	Media	DE	gl	t	Sig	D de Cohen (d)
									Baja ≥ 1 m
Condiciones de trabajo	Condiciones de trabajo	No baja o < 1 m Baja ≥ 1 m	1636 124	5,8 5,3	1,6 1,6	1	14,8	< 0,001	0,36*
	Organización y persona	No baja o < 1 m Baja ≥ 1 m	1636 124	5,9 5,2	1,8 1,8	1	17,7	< 0,001	0,39*
	Organización y entorno	No baja o < 1 m Baja ≥ 1 m	1636 124	6,6 6,1	1,5 1,7	1	10,6	0,001	0,30
	Organización y método	No baja o < 1 m Baja ≥ 1 m	1636 124	5,0 4,5	1,9 1,6	1	7,9	0,005	0,26
	Adaptación persona-organización	No baja o < 1 m Baja ≥ 1 m	1636 124	6,7 6,2	1,7 1,7	1	8,4	0,004	0,27
	Ajuste organización-persona	No baja o < 1 m Baja ≥ 1 m	1636 124	5,1 4,2	2,4 2,3	1	18,3	< 0,001	0,40*
	Entorno social	No baja o < 1 m Baja ≥ 1 m	1636 124	7,1 6,6	1,7 2,1	1	8,0	0,005	0,26
	Entorno material	No baja o < 1 m Baja ≥ 1 m	1636 124	6,1 5,7	1,8 1,8	1	7,5	0,006	0,26
	Desarrollo	No baja o < 1 m Baja ≥ 1 m	1636 124	4,7 4,1	2,2 2,0	1	9,0	0,003	0,28
	Regulación	No baja o < 1 m Baja ≥ 1 m	1636 124	5,2 4,8	1,9 1,7	1	4,5	0,034	0,20
Bienestar laboral general	Bienestar laboral general	No baja o < 1 m Baja ≥ 1 m	1636 124	3,5 3,5	0,7 0,7	1	0,4	0,534	
	Efectos colaterales	No baja o < 1 m Baja ≥ 1 m	1636 124	2,5 3,0	1,5 1,6	1	11,8	0,001	-0,32*
	Bienestar psicosocial	No baja o < 1 m Baja ≥ 1 m	1636 124	4,4 4,0	1,3 1,3	1	11,0	0,001	0,31*
	Alienación	No baja o < 1 m Baja ≥ 1 m	1636 124	2,1 2,6	1,7 1,7	1	8,6	0,003	-0,27
	Desgaste	No baja o < 1 m Baja ≥ 1 m	1636 124	3,2 3,7	1,7 1,7	1	12,3	< 0,001	-0,33*
	Somatización	No baja o < 1 m Baja ≥ 1 m	1636 124	2,3 2,7	1,6 1,7	1	6,4	0,012	-0,24
	Expectativas	No baja o < 1 m Baja ≥ 1 m	1636 124	4,3 3,9	1,3 1,3	1	10,5	0,001	0,30
	Competencias	No baja o < 1 m Baja ≥ 1 m	1636 124	4,6 4,2	1,5 1,5	1	8,6	0,003	0,27
	Afectos	No baja o < 1 m Baja ≥ 1 m	1636 124	4,3 3,8	1,5 1,5	1	9,4	0,002	0,29
Burnout	Cinismo	No baja o < 1 m Baja ≥ 1 m	1636 124	7,5 9,7	6,0 6,1	1	15,5	< 0,001	-0,37*
	Eficacia profesional	No baja o < 1 m Baja ≥ 1 m	1636 124	27,1 27,7	6,1 4,8	1	1,1	0,301	
	Agotamiento	No baja o < 1 m Baja ≥ 1 m	1636 124	11,6 14,4	8,4 8,5	1	13,1	< 0,001	-0,34*
Engagement	Absorción	No baja o < 1 m Baja ≥ 1 m	1636 124	19,6 17,7	6,8 7,1	1	8,5	0,004	0,27
	Dedicación	No baja o < 1 m Baja ≥ 1 m	1636 124	19,9 18,1	6,7 6,7	1	7,7	0,006	0,26
	Vigor	No baja o < 1 m Baja ≥ 1 m	1636 124	21,5 18,6	6,9 6,7	1	19,4	< 0,001	0,41*

Tamaño del efecto *D de Cohen (d)*: Bajo ≤ 0,30; moderado* > 0,30 a 0,80; y alto** > 0,80

Calidad de vida laboral de las enfermeras:
Evaluación y propuestas de mejora

Tabla 35. Dependencia en relación a condiciones de trabajo, bienestar laboral general, burnout y engagement

		n = 1760	Dependencia	n	Media	DE	gl	t	Sig	D de Cohen (d) Sí
Condiciones de trabajo	Condiciones de trabajo	No	696	5,8	1,6	1	0,5	0,618		
		Sí	1064	5,8	1,5					
	Organización y persona	No	696	5,8	1,8	1	0,4	0,721		
		Sí	1064	5,9	1,8					
	Organización y entorno	No	696	6,6	1,6	1	0,4	0,183		
		Sí	1064	6,5	1,5					
	Organización y método	No	696	4,8	1,9	1	1,9	0,052		
		Sí	1064	5,0	1,9					
	Adaptación persona-organización	No	696	6,6	1,8	1	0,6	0,562		
		Sí	1064	6,7	1,7					
Ajuste organización-persona	No	696	5,0	2,4	1	0,1	0,900			
	Sí	1064	5,1	2,4						
Entorno social	No	696	7,1	1,8	1	1,7	0,096			
	Sí	1064	7,0	1,8						
Entorno material	No	696	6,1	1,8	1	0,6	0,536			
	Sí	1064	6,1	1,8						
Desarrollo	No	696	4,6	2,2	1	2,1	0,038	0,10		
	Sí	1064	4,8	2,2						
Regulación	No	696	5,1	2,0	1	1,5	0,141			
	Sí	1064	5,2	1,9						
Bienestar laboral general	Bienestar laboral general	No	696	3,5	0,7	1	0,2	0,844		
		Sí	1064	3,5	0,7					
	Efectos colaterales	No	696	2,6	1,5	1	0,1	0,904		
		Sí	1064	2,6	1,5					
	Bienestar psicosocial	No	696	4,3	1,4	1	0,1	0,955		
		Sí	1064	4,3	1,3					
	Alienación	No	696	2,2	1,7	1	1,3	0,207		
		Sí	1064	2,1	1,7					
	Desgaste	No	696	3,2	1,7	1	0,8	0,411		
		Sí	1064	3,2	1,7					
	Somatización	No	696	2,3	1,5	1	0,3	0,785		
		Sí	1064	2,3	1,6					
	Expectativas	No	696	4,2	1,3	1	0,5	0,586		
		Sí	1064	4,3	1,3					
	Competencias	No	696	4,6	1,5	1	0,5	0,591		
		Sí	1064	4,5	1,4					
Afectos	No	696	4,3	1,5	1	0,1	0,918			
	Sí	1064	4,2	1,5						
Cinismo	No	696	7,7	6,2	1	0,3	0,771			
	Sí	1064	7,6	5,9						
Eficacia profesional	No	696	26,8	5,8	1	2,0	0,050			
	Sí	1064	27,4	6,2						
Agotamiento	No	696	11,8	8,5	1	0,0	0,981			
	Sí	1064	11,8	8,3						
Absorción	No	696	19,4	7,0	1	0,4	0,719			
	Sí	1064	19,5	6,7						
Dedicación	No	696	19,7	7,0	1	0,1	0,914			
	Sí	1064	19,8	6,6						
Vigor	No	696	21,1	7,1	1	0,8	0,416			
	Sí	1064	21,4	6,9						
Burnout	Cinismo	No	696	7,7	6,2	1	0,3	0,771		
		Sí	1064	7,6	5,9					
	Eficacia profesional	No	696	26,8	5,8	1	2,0	0,050		
	Sí	1064	27,4	6,2						
Agotamiento	No	696	11,8	8,5	1	0,0	0,981			
	Sí	1064	11,8	8,3						
Engagement	Absorción	No	696	19,4	7,0	1	0,4	0,719		
		Sí	1064	19,5	6,7					
	Dedicación	No	696	19,7	7,0	1	0,1	0,914		
	Sí	1064	19,8	6,6						
Vigor	No	696	21,1	7,1	1	0,8	0,416			
	Sí	1064	21,4	6,9						

Tamaño del efecto *D de Cohen (d)*: Bajo ≤ 0,30; moderado* > 0,30 a 0,80; y alto** > 0,80

Tabla 36. Nivel de vida percibido en relación a condiciones de trabajo, bienestar laboral general, *burnout* y *engagement*

	n = 1760	Nivel de vida	n	Media	DE	gl	F	Sig	D de Cohen (d)	
									R	B
Condiciones de trabajo	Condiciones de trabajo	Malo o muy malo	94	3,9	1,5	2	179,4	< 0,001	-0,88**	-1,60**
		Regular (R)	552	5,2	1,4					
		Bueno o muy bueno (B)	1114	6,2	1,4					
	Organización y persona	Malo o muy malo	94	4,1	1,7	2	116,3	< 0,001	-0,66*	-1,27**
		Regular	552	5,3	1,7					
		Bueno o muy bueno	1114	6,3	1,7					
	Organización y entorno	Malo o muy malo	94	5,2	2,0	2	92,5	< 0,001	-0,59*	-1,19**
		Regular	552	6,1	1,5					
		Bueno o muy bueno	1114	6,9	1,4					
	Organización y método	Malo o muy malo	94	2,5	1,7	2	204,6	< 0,001	-1,00**	-1,73**
		Regular	552	4,2	1,7					
		Bueno o muy bueno	1114	5,5	1,7					
	Adaptación persona-organización	Malo o muy malo	94	6,0	2,2	2	20,5	< 0,001	-0,22	-0,50*
		Regular	552	6,4	1,7					
Bueno o muy bueno		1114	6,8	1,6						
Ajuste organización-persona	Malo o muy malo	94	2,3	2,1	2	176,1	< 0,001	-0,84**	-1,61**	
	Regular	552	4,2	2,3						
	Bueno o muy bueno	1114	5,7	2,2						
Entorno social	Malo o muy malo	94	5,8	2,4	2	57,0	< 0,001	-0,44*	-0,93**	
	Regular	552	6,6	1,8						
	Bueno o muy bueno	1114	7,3	1,6						
Entorno material	Malo o muy malo	94	4,6	2,1	2	76,2	< 0,001	-0,57*	-1,33**	
	Regular	552	5,7	1,8						
	Bueno o muy bueno	1114	6,8	1,6						
Desarrollo	Malo o muy malo	94	2,3	1,8	2	142,2	< 0,001	-0,81**	-1,43**	
	Regular	552	4,0	2,0						
	Bueno o muy bueno	1114	5,3	2,1						
Regulación	Malo o muy malo	94	2,6	1,8	2	203,9	< 0,001	-1,01**	-1,75**	
	Regular	552	4,4	1,7						
	Bueno o muy bueno	1114	5,7	1,7						
Bienestar laboral general	Bienestar laboral general	Malo o muy malo	94	3,3	0,6	2	4,8	< 0,001	-0,34*	-0,24
		Regular	552	3,5	0,7					
		Bueno o muy bueno	1114	3,4	0,7					
	Efectos colaterales	Malo o muy malo	94	3,9	1,4	2	151,2	< 0,001	0,51*	1,27**
		Regular	552	3,2	1,4					
		Bueno o muy bueno	1114	2,1	1,4					
	Bienestar psicosocial	Malo o muy malo	94	2,6	1,1	2	216,5	< 0,001	-0,99**	-1,76**
		Regular	552	3,8	1,2					
		Bueno o muy bueno	1114	4,8	1,2					
	Alienación	Malo o muy malo	94	3,8	1,7	2	151,3	< 0,001	0,58*	1,36**
		Regular	552	2,8	1,6					
		Bueno o muy bueno	1114	1,7	1,5					
	Desgaste	Malo o muy malo	94	4,3	1,6	2	102,8	< 0,001	0,27	0,90**
		Regular	552	3,9	1,5					
Bueno o muy bueno		1114	2,8	1,7						
Somatización	Malo o muy malo	94	3,4	1,7	2	86,9	< 0,001	0,34*	0,94**	
	Regular	552	2,8	1,5						
	Bueno o muy bueno	1114	2,0	1,5						
Expectativas	Malo o muy malo	94	2,8	1,1	2	189,9	< 0,001	-0,80*	-1,55**	
	Regular	552	3,7	1,2						
	Bueno o muy bueno	1114	4,6	1,2						
Competencias	Malo o muy malo	94	2,8	1,3	2	143,4	< 0,001	-0,91**	-1,54**	
	Regular	552	4,1	1,4						
	Bueno o muy bueno	1114	4,9	1,3						
Afectos	Malo o muy malo	94	2,3	1,3	2	211,9	< 0,001	-0,93**	-1,74**	
	Regular	552	3,6	1,4						
	Bueno o muy bueno	1114	4,7	1,4						

Tamaño del efecto D de Cohen (d): Bajo ≤ 0,30; moderado* > 0,30 a 0,80; y alto** > 0,80

continúa

Calidad de vida laboral de las enfermeras:
Evaluación y propuestas de mejora

Tabla 36. Nivel de vida percibido en relación a condiciones de trabajo, bienestar laboral general, *burnout* y *engagement* (continuación)

	n = 1760	Nivel de vida	n	Media	DE	gl	F	Sig	D de Cohen (d)	
									R	B
Burnout	Cinismo	Malo o muy malo	94	12,5	7,1	2	83,6	< 0,001	0,53*	1,07**
		Regular (R)	552	9,3	5,9					
		Bueno o muy bueno (B)	1114	6,4	5,6					
	Eficacia profesional	Malo o muy malo	94	25,9	6,0	2	2,3	0,101		
		Regular	552	27,2	5,4					
		Bueno o muy bueno	1114	27,2	6,3					
Agotamiento	Malo o muy malo	94	19,4	8,5	2	146,7	< 0,001	0,53*	1,29**	
	Regular	552	15,2	7,9						
	Bueno o muy bueno	1114	9,5	7,7						
Engagement	Absorción	Malo o muy malo	94	16,2	7,7	2	25,3	< 0,001	-0,32*	-0,58*
		Regular	552	18,4	6,4					
		Bueno o muy bueno	1114	20,2	6,8					
	Dedicación	Malo o muy malo	94	14,4	8,9	2	67,6	< 0,001	-0,53*	-1,01**
		Regular	552	18,2	6,6					
		Bueno o muy bueno	1114	21,0	6,2					
	Vigor	Malo o muy malo	94	16,6	7,4	2	63,1	< 0,001	-0,45*	-0,88**
		Regular	552	19,5	6,4					
		Bueno o muy bueno	1114	22,6	6,8					

Tamaño del efecto D de Cohen (d): Bajo ≤ 0,30; moderado* > 0,30 a 0,80; y alto** > 0,80

Tabla 37. Variables sociodemográficas y laborales en relación a condiciones de trabajo, bienestar laboral general, burnout y engagement: Relaciones significativas con tamaño efecto moderado y alto

	Rango	Edad	Años de titulación	Carácter centro	Situación contractual	Jornada laboral	Tiempo de contratación	Ámbito	Puesto de trabajo	Horario	Turno	Baja por enfermedad	Nivel de vida
		n = 1760	n = 1760	n = 1760	n = 1736	n = 1748	n = 1728	n = 1760	n = 1610	n = 1700	n = 1667	n = 1760	n = 1760
Condiciones de trabajo	0-10				0,7*			0,6-1* 1,4**	0,6*	0,8*	0,6*	0,5*	1* 1,3-2,3**
	0-10			0,6*	0,6*		0,6*	0,6-1,3*					0,8*
	0-10							1,2-1,3* 2***	0,8*	0,9-1,1*		0,9*	1,5* 1,9-3,4**
	0-10						0,7						0,7-0,8* 1,5**
	0-10			0,8*				0,5-1,4*					1,1-1,3* 2,2**
	0-10	1*	0,9*			1,2*		1,1* 1,7-2,2**	0,3-1,1*	1,5*	1,1*		1,3* 1,7-3**
	0-10	0,9*	0,9*		0,7*	1,1*	0,7*	1-1,4*	0,6-0,8*	1,1-1,2*	0,7*		1,3* 1,8-3,1**
	0-6							0,5-0,6*		0,6*			0,7-1,1* 1,8**
	1-7						0,5-0,8*		0,4*		0,4*		1* 1,2-2,2**
	0-6							0,7*		0,5*			1-1,1* 2,1**
Bienestar laboral	0-6							0,4-0,9*	0,6*	0,6*		0,5*	1,1* 1,5**
	0-6		0,6*					0,5*	0,5-0,6*	0,6*	0,7*		0,6-0,8* 1,4**
	1-7							0,6-0,9*		0,5*			0,9* 1,8**
	1-7							0,6*					0,8* 1,3-2,1**
	1-7							0,6-0,9*		0,5-0,6*			1,1* 1,3-2,4**
	0-24											2,2*	2,9-3,2* 6,1**
	0-36						2,3*						
Engagement	0-30							2,2-2,9*				2,8*	4,2-5,7* 9,9**
	0-36							2,3-2,9*					2,2-4*
	0-30							2,4-3,1*					2,8-3,8* 6,6**
	0-36							2,4-2,6*				2,9*	2,9-3,1* 6**

Tamaño del efecto: Bajo, moderado* o alto**. El valor numérico se corresponde a la diferencia entre las medias mínima y máxima

5.10. PREDICCIÓN DEL NIVEL DE VIDA PERCIBIDO EN RELACIÓN A LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES Y A LA RETRIBUCIÓN ECONÓMICA PERCIBIDA

Al analizar si las **características sociodemográficas y laborales** pueden predecir el **nivel de vida** (NV) percibido (muy malo o malo, regular, bueno o muy bueno), se observó diferencias estadísticamente significativas relacionadas con la edad, los años de titulación, la situación contractual, la jornada laboral, el tiempo de contratación en el último año, el ámbito de trabajo, el horario de trabajo y la dependencia de familiares. No se observó diferencias estadísticamente significativas relacionadas con el sexo, el carácter del centro de trabajo, el puesto de trabajo, el turno y el tiempo de baja por enfermedad en el último año. También se observó que había diferencias estadísticamente significativas entre la valoración que las enfermeras hacían de su retribución económica y el nivel de vida percibido. En la *tabla 38* se muestran todos los resultados que relacionan las variables sociodemográficas, laborales y la retribución económica con el nivel de vida percibido.

Entre las diferencias estadísticamente significativas, destacan por ser más relevantes (> al 20% entre categorías de una misma variable) los resultados obtenidos en la **jornada laboral** y la **retribución económica** en relación al **nivel de vida** percibido. Destacó que las enfermeras que percibieron un **NV bueno o muy bueno** fueron: un 66% de las que tenían una jornada laboral del 100% respecto a un 45,1% de las que tenían una jornada inferior al 50%; un 87,3% y un 78,6% de las que percibían la retribución económica como óptima o buena respectivamente y un 61% y un 45% de las que la percibían como mala y pésima. Entre las enfermeras que percibieron un **NV regular**, un 12,7% y un 19,2% percibían la retribución económica como muy buena o como buena respectivamente, mientras que un 35,2% y un 41,9% la percibían como mala y pésima.

Entre las diferencias que no fueron consideradas como relevantes (< 20%) destacó:

- La relación entre **NV bueno o muy bueno** con la situación contractual, el ámbito de trabajo y el horario de trabajo. Los profesionales que percibieron un

NV bueno o muy bueno fueron: un 67,2% de los que tenían una situación contractual de interino, un 66,4% de los que la tenían estable y un 48,8% de los que la tenían temporal; un 76,8% del ámbito docente, un 74,7% del ámbito de la gestión, un 63,6% del ámbito de la investigación y un 60,7% del ámbito asistencial; un 69,1% de los que trabajan de lunes a viernes, un 55,5% de los que trabajan de lunes a domingo y un 52,4% de los que trabajan los días festivos.

- La relación entre **NV regular** con el ámbito de trabajo. Los profesionales que percibieron un NV regular fueron del ámbito de la investigación en un 36,4%, del asistencial en un 33,3%, del ámbito de la gestión en un 23% y del docente en un 17,9%.
- La relación entre **NV malo o muy malo** con la jornada laboral. Los profesionales que percibieron un NV malo o muy malo trabajaban en una jornada laboral inferior al 50% un 21,1%, en una jornada del 50-99% un 7,4% y a jornada completa un 4%.

Tabla 38. Nivel de vida percibido en relación a las características sociodemográficas y laborales y retribución económica

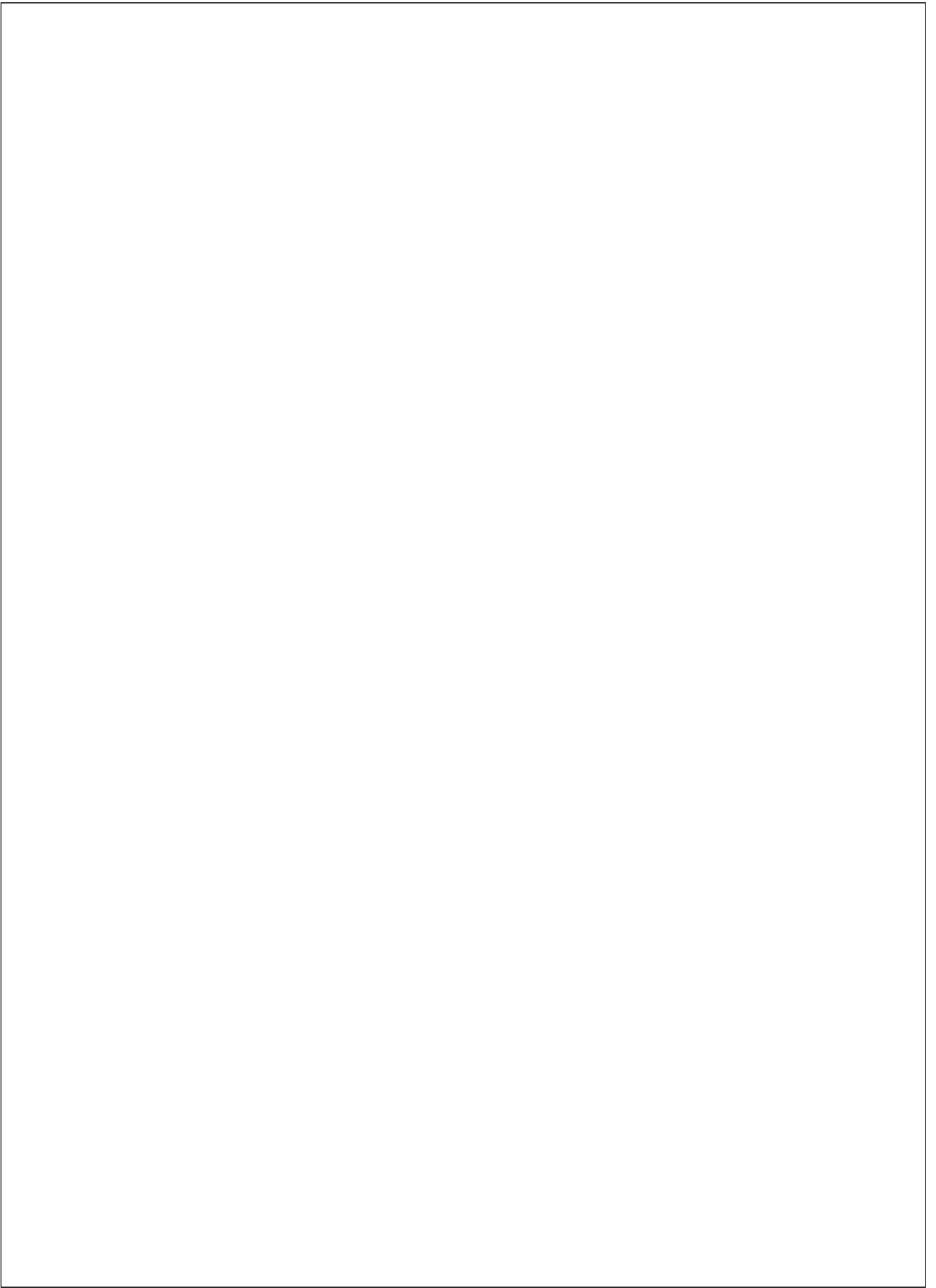
Características sociodemográficas y laborales	n	Nivel de vida (NV) percibido				X ²	gl	Sig		
		NV muy malo o malo n = 94		NV regular n = 552					NV bueno o muy bueno n = 1114	
		n	%	n	%				n	%
Sexo	1760	Mujer 249	85,9 14,1	5,1 6,8	31,2 32,5	63,7 60,6	1,6	2	0,439	
Edad en años	1760	≤ 35 36-50 > 50	29,7 45,5 24,8	8,0 4,5 3,7	33,5 29,3 32,5	58,4 66,2 63,8	15,6	4	0,004	
Años titulación	1760	0-15 16-30 > 30	43,6 39,3 17,2	7,6 3,8 3,3	34,0 27,8 32,8	58,4 68,5 63,9	23,2	4	< 0,001	
Carácter centro de trabajo	1760	Público Privado Mixto	32,7 9,7 57,7	5,4 5,9 5,2	32,9 28,2 31,0	61,7 65,9 63,7	1,5	4	0,820	
Situación contractual	1736	Estable Interino Temporal	73,4 10,2 16,4	3,5 7,3 11,9	30,1 25,4 39,3	66,4 67,2 48,8	53,7	4	< 0,001	
Jornada laboral	1748	< 50% 50-99% 100%	4,1 19,3 76,7	21,1 7,4 4,0	33,8 34,7 30,1	45,1 57,9 66,0	49,6	4	< 0,001	
Tiempo de contratación último año	1728	< 6 meses De 6 a < 12 m Todo el año	4,7 7,1 88,1	15,9 9,8 4,3	32,9 39,0 30,6	51,2 51,2 65,1	32,8	4	< 0,001	
Ámbito de trabajo	1760	Asistencial Docente Gestión Investigación	81,0 14,6 3,2 1,3	6,0 5,4 2,3 0,0	33,3 17,9 23,0 36,4	60,7 76,8 74,7 63,6	26,0	6	< 0,001	
Puesto de trabajo	1610	Atención primaria Salud mental Sociosanitario Hospital	24,6 9,4 7,7 58,3	3,0 6,6 6,5 6,0	32,3 24,3 29,8 34,0	64,6 69,1 63,7 60,0	11,7	6	0,069	
Horario	1700	Lunes a viernes Lunes a domingo Festivos	59,6 36,6 3,7	3,0 7,7 15,9	27,9 36,8 31,7	69,1 55,5 52,4	53,4	4	< 0,001	
Turno	1667	Diurno Nocturno	84,9 15,1	4,6 6,4	29,9 35,1	65,5 58,6	4,9	2	0,087	
Tiempo de baja por enfermedad último año	1760	No baja o < 1 mes De 1 a < 6 meses De 6 a 12 meses	93,0 6,1 0,9	5,1 7,4 12,5	30,8 38,9 37,5	64,1 53,7 50,0	7,0	4	0,136	
Dependencia	1760	No Sí	39,5 60,5	6,5 4,6	28,3 33,4	65,2 62,0	6,8	2	0,033	
Retribución económica	1760	0-2,5 (pésimo) > 2,5 a 5 (malo) > 5 a 7,5 (bueno) > 7,5 a 10 (óptimo)	24,0 45,1 23,4 7,6	13,0 3,8 2,2 0,0	41,9 35,2 19,2 12,7	45,0 61,0 78,6 87,3	168,4	6	< 0,001	



RESULTADOS OBJETIVOS 7 y 8

Analizar cómo se distribuyen las puntuaciones de las condiciones de trabajo, del bienestar laboral, del *burnout* y del *engagement* según la calidad de vida laboral percibida.

Explorar los aspectos que mejorarían la calidad de vida laboral desde la visión de las enfermeras.



RESULTADOS OBJETIVOS 7 y 8

5.11. CALIDAD DE VIDA LABORAL: VALORACIÓN, PERCEPCIÓN Y OPINIÓN DE LAS ENFERMERAS

En este apartado se pretende valorar:

- Si en los últimos años ha bajado o ha subido la calidad de vida laboral (CVL) percibida por las enfermeras.
- Cómo se distribuyen las puntuaciones de las condiciones de trabajo, del bienestar laboral general, del *burnout* y del *engagement* según la CVL percibida por las enfermeras.
- Explorar los aspectos que mejorarían la CVL desde la visión de las enfermeras.

5.11.1. CALIDAD DE VIDA LABORAL PERCIBIDA EN RELACIÓN A LAS CONDICIONES DE TRABAJO, AL BIENESTAR LABORAL GENERAL, AL *BURNOUT* Y AL *ENGAGEMENT*

La puntuación media obtenida al preguntar a las enfermeras *si en los últimos años su calidad de vida laboral había subido o había bajado* fue de 3,6 (DE 1,9) en un rango de 1 a 7. A partir de esta valoración se estudiaron las **relaciones** existentes entre la **calidad de vida laboral** percibida y las **condiciones de trabajo**, el **bienestar laboral general**, el **burnout** y el **engagement**, mostrándose los resultados en la *tabla 39*. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la calidad de vida laboral percibida y las variables asociadas con las condiciones de trabajo (adaptación persona-organización, ajuste organización-persona, entorno social, entorno material, desarrollo y regulación), el bienestar laboral general (alienación, desgaste, somatización, expectativas, competencias y afectos), el *burnout* (cinismo, eficacia profesional y agotamiento) y el *engagement* (absorción, dedicación y vigor).

Entre las diferencias estadísticamente significativas destacó un tamaño efecto moderado* o alto** en:

- Las condiciones de trabajo.
Las puntuaciones más altas de las condiciones de trabajo y las variables asociadas a ellas (adaptación persona-organización, ajuste organización-persona, entorno social, entorno material, desarrollo y regulación) fueron obtenidas por las enfermeras que habían valorado su CVL con puntuaciones altas. A medida que la puntuación obtenida en la CVL disminuía, la puntuación de las condiciones de trabajo también bajaba.
- El bienestar laboral general.
Las puntuaciones más altas del bienestar psicosocial y las variables asociadas a éste (expectativas, competencias y afectos) fueron obtenidas por las enfermeras que percibían que su CVL había subido y era más alta. A medida que la puntuación obtenida en la CVL disminuía, la valoración del bienestar psicosocial también bajaba.
Las puntuaciones más bajas de los efectos colaterales y las variables asociadas (alienación, desgaste y somatización) fueron obtenidas por las enfermeras que percibían que su CVL había subido y era más alta. A medida que la puntuación obtenida en la CVL disminuía la valoración de efectos colaterales aumentaba.
- El *burnout*.
Las puntuaciones más bajas del cinismo y del agotamiento fueron obtenidas por las enfermeras que percibían que su CVL había subido y era más alta. A medida que la puntuación obtenida en la CVL disminuía la valoración del cinismo y del agotamiento aumentaba.
- El *engagement*.
Las puntuaciones más altas de la absorción, de la dedicación y del vigor fueron obtenidas por las enfermeras que percibían que su CVL había subido y era más alta. A medida que la puntuación obtenida en la CVL disminuía, la valoración del *engagement* también bajaba.

Al valorar la eficacia profesional (variable asociada al *burnout*) se identificaron diferencias estadísticamente significativas, pero el tamaño del efecto fue bajo.

Tabla 39. Calidad de vida laboral en relación a condiciones de trabajo, bienestar laboral general, *burnout* y *engagement*

	n = 1760	CVL	n	Media	DE	gl	F	Sig	D de Cohen (d)				
									> 2,5-5	> 5-7,5	> 7,5-10		
Condiciones de trabajo	Condiciones de trabajo	1 a 2,5	559	4,6	1,4	3	388,9	< 0,001	-0,91**	-1,55**	-2,05**		
		> 2,5-4	585	5,7	1,2							-0,73*	-1,28**
		>4-5,5	256	6,5	1,0								
		>5,5-7	360	7,2	1,1								
	Organización y persona	1 a 2,5	559	4,5	1,6	3	337,8	< 0,001	-0,81**	-1,42**	-1,95**		
		> 2,5-4	585	5,8	1,4							-0,68*	-1,24**
		>4-5,5	256	6,7	1,2								
		>5,5-7	360	7,5	1,3								
	Organización y entorno	1 a 2,5	559	5,8	1,7	3	127,4	< 0,001	-0,47*	-0,84**	-1,16**		
		> 2,5-4	585	6,5	1,3							-0,47*	-0,82**
		>4-5,5	256	7,1	1,1								
		>5,5-7	360	7,5	1,1								
	Organización y método	1 a 2,5	559	3,4	1,6	3	389,1	< 0,001	-1,01**	-1,61**	-2,05**		
> 2,5-4		585	4,9	1,4	-0,67*							-1,17**	
>4-5,5		256	5,9	1,3									
>5,5-7		360	6,6	1,4									-0,53*
Adaptación persona-organización	1 a 2,5	559	5,9	1,9	3	101,5	< 0,001	-0,34*	-0,69*	-1,06**			
	> 2,5-4	585	6,5	1,5							-0,41*	-0,83**	
	>4-5,5	256	7,1	1,3									
	>5,5-7	360	7,7	1,3									-0,46*
Ajuste organización-persona	1 a 2,5	559	3,1	2,1	3	410,4	< 0,001	-0,97**	-1,62**	-2,11**			
	> 2,5-4	585	5,0	1,8							-0,73*	-1,26**	
	>4-5,5	256	6,3	1,5									
	>5,5-7	360	7,2	1,6									-0,59*
Entorno social	1 a 2,5	559	6,3	2,0	3	72,6	< 0,001	-0,32*	-0,64*	-0,88**			
	> 2,5-4	585	6,9	1,6							-0,38*	-0,64*	
	>4-5,5	256	7,5	1,3									
	>5,5-7	360	7,9	1,3									-0,30
Entorno material	1 a 2,5	559	5,2	1,9	3	107,2	< 0,001	-0,47*	-0,77*	-1,07**			
	> 2,5-4	585	6,1	1,5							-0,39*	-0,72*	
	>4-5,5	256	6,6	1,4									
	>5,5-7	360	7,1	1,4									-0,34*
Desarrollo	1 a 2,5	559	3,1	1,9	3	304,5	< 0,001	-0,90**	-1,50**	-1,85**			
	> 2,5-4	585	4,7	1,8							-0,62*	-1,01**	
	>4-5,5	256	5,8	1,7									
	>5,5-7	360	6,5	1,9									-0,41*
Regulación	1 a 2,5	559	3,7	1,8	3	300,4	< 0,001	-0,88**	-0,55*	-1,35**			
	> 2,5-4	585	5,2	1,5							-0,55*	-1,05**	
	>4-5,5	256	6,0	1,4									
	>5,5-7	360	6,7	1,4									-0,53*

Tamaño del efecto *D de Cohen (d)*: Bajo $\leq 0,30$; moderado* $> 0,30$ a $0,80$; y alto** $> 0,80$

continúa

Calidad de vida laboral de las enfermeras:
Evaluación y propuestas de mejora

Tabla 39. Calidad de vida laboral en relación a condiciones de trabajo, bienestar laboral general, burnout y engagement (continuación)

	n = 1760	CVL	n	Media	DE	gl	F	Sig	D de Cohen (d)		
									> 2,5-5	> 5-7,5	> 7,5-10
Bienestar laboral general	Bienestar laboral general	1 a 2,5	559	3,3	0,7	3	19,3	< 0,001	-0,13	-0,35*	-0,49*
		> 2,5-4	585	3,4	0,7					-0,22	-0,35*
		>4-5,5	256	3,6	0,7						-0,12
		>5,5-7	360	3,6	0,6						
	Efectos colaterales	1 a 2,5	559	3,5	1,4	3	181,5	< 0,001	0,72*	1,11**	1,50**
		> 2,5-4	585	2,5	1,4					0,39*	0,76*
		>4-5,5	256	2,0	1,4						0,36
		>5,5-7	360	1,5	1,3						
	Bienestar psicosocial	1 a 2,5	559	3,1	1,1	3	666,8	< 0,001	-1,17**	-2,00**	-2,66**
		> 2,5-4	585	4,3	0,9					-0,99**	-1,72**
>4-5,5		256	5,1	0,7						-0,83**	
>5,5-7		360	5,7	0,8							
Alienación	1 a 2,5	559	3,3	1,6	3	233,5	< 0,001	0,74*	1,17**	1,67**	
	> 2,5-4	585	2,2	1,5					0,46*	0,96**	
	>4-5,5	256	1,5	1,3						0,53*	
	>5,5-7	360	0,9	1,1							
Desgaste	1 a 2,5	559	4,1	1,5	3	120,4	< 0,001	0,60*	0,96**	1,23**	
	> 2,5-4	585	3,2	1,6					0,34*	0,60*	
	>4-5,5	256	2,6	1,6						0,25	
	>5,5-7	360	2,2	1,6							
Somatización	1 a 2,5	559	3,0	1,6	3	64,2	< 0,001	0,46*	0,65*	0,88**	
	> 2,5-4	585	2,3	1,5					0,20	0,42*	
	>4-5,5	256	2,0	1,5						0,22	
	>5,5-7	360	1,6	1,4							
Expectativas	1 a 2,5	559	3,0	0,9	3	1149,8	< 0,001	-1,39**	-2,66**	-3,48	
	> 2,5-4	585	4,1	0,7					-1,44**	-2,37**	
	>4-5,5	256	5,1	0,6						-1,10**	
	>5,5-7	360	5,8	0,7							
Competencias	1 a 2,5	559	3,5	1,5	3	272,3	< 0,001	-0,75*	-1,23**	-1,69**	
	> 2,5-4	585	4,5	1,1					-0,61*	-1,13**	
	>4-5,5	256	5,2	1,0						-0,57*	
	>5,5-7	360	5,7	1,0							
Afectos	1 a 2,5	559	2,9	1,4	3	467,8	< 0,001	-1,07**	-1,72**	-2,24**	
	> 2,5-4	585	4,3	1,1					-0,74*	-1,30**	
	>4-5,5	256	5,1	0,9						-0,63*	
	>5,5-7	360	5,7	1,0							
Burnout	Cinismo	1 a 2,5	559	10,5	6,2	3	104,7	< 0,001	0,49*	0,77*	1,12**
		> 2,5-4	585	7,7	5,6					0,31*	0,66*
		>4-5,5	256	6,0	5,1						0,36*
		>5,5-7	360	4,2	4,8						
Eficacia profesional	1 a 2,5	559	26,8	5,9	3	8,2	< 0,001	0,04	-0,15	-0,26	
	> 2,5-4	585	26,6	6,0					-0,18	-0,29	
	>4-5,5	256	27,6	4,9						-0,13	
	>5,5-7	360	28,4	6,7							
Agotamiento	1 a 2,5	559	17,0	8,0	3	177,1	< 0,001	0,68*	1,10**	1,45**	
	> 2,5-4	585	11,7	7,5					0,43*	0,78*	
	>4-5,5	256	8,6	7,0						0,35*	
	>5,5-7	360	6,2	6,4							
Engagement	Absorción	1 a 2,5	559	16,8	6,9	3	76,1	< 0,001	-0,32*	-0,68*	-0,90**
		> 2,5-4	585	18,9	6,0					-0,40*	-0,65*
		>4-5,5	256	21,3	5,8						-0,27
		>5,5-7	360	23,0	6,8						
Dedicación	1 a 2,5	559	16,5	7,5	3	126,8	< 0,001	-0,39*	-0,84**	-1,14**	
	> 2,5-4	585	19,1	6,0					-0,54*	-0,88**	
	>4-5,5	256	22,1	4,4						-0,41*	
	>5,5-7	360	24,0	4,9							
Vigor	1 a 2,5	559	17,8	6,9	3	140,8	< 0,001	-0,44*	-0,95**	-1,24**	
	> 2,5-4	585	20,6	6,2					-0,54*	-0,86**	
	>4-5,5	256	23,9	5,3						-0,36*	
	>5,5-7	360	25,9	6,0							

Tamaño del efecto D de Cohen (d): Bajo ≤ 0,30; moderado* > 0,30 a 0,80; y alto** > 0,80

5.11.2. CALIDAD DE VIDA LABORAL: PUNTOS DÉBILES Y PROPUESTAS DE MEJORA SEGÚN LA PERSPECTIVA DE LAS ENFERMERAS

Un 99,43% de las enfermeras respondieron la pregunta *¿Qué considera que se podría hacer para mejorar la calidad de vida laboral de las enfermeras?* opinando sobre distintos aspectos de las condiciones de trabajo que requerirían acciones de mejora. Una enfermera dijo *no creo que haya una sola medida que pueda mejorar la calidad de vida laboral de las enfermeras, las expectativas son individuales y los puestos de trabajo también (E-73)^{VIII}*.

A continuación se muestran los aspectos manifestados por las participantes, aglutinados en **cuatro áreas temáticas** que relacionan la organización con el entorno material y la prevención de riesgos, el entorno social, el método regulación y el método desarrollo.

En el área de **organización, entorno material y prevención de riesgos**, las enfermeras opinaron que el **entorno físico** requería una adecuación de las instalaciones, los equipamientos y los recursos materiales y técnicos, aspectos que permitirían mejorar la organización, los cuidados, la seguridad, el confort, la eficacia, la eficiencia y la calidad. También identificaron **situaciones de riesgo laboral** como la carga, la sobrecarga y la presión laboral, la tensión y el estrés, el cansancio y el agotamiento, el desgaste, la despersonalización, la desmotivación, la insatisfacción, los abusos de poder, el *burnout* y el *mobbing*. Se expresaron situaciones de riesgo como *ir a trabajar a golpe de teléfono es algo que quema mucho y que hace que vivas un poco sólo por el trabajo (E-456)*, *no estamos bien tratadas, hacemos de todo para todos, cada día nos ponen más trabajo por lo mismo o por menos y sin recompensa ninguna,... (E-1645)* o... *como un número que te pueden utilizar para ir de arriba a abajo sin tener en cuenta el estrés de tener que asumir servicios que no conoces y eso día a día (E-915)*. Ante situaciones vividas como éstas, las participantes en el estudio propusieron distintas acciones para prevenirlas, corregirlas o minimizarlas, entre ellas, destacaron las siguientes: tener recursos adecuados que facilitaran e hicieran el trabajo más eficiente;

VIII **E-73**. Las citas textuales de las participantes se han codificado con una E de enfermera seguida de un guion y un número que identifica el código de participante.

disminuir el ratio de pacientes por enfermera; mejorar la comunicación, el respeto, el reconocimiento y el apoyo desde la dirección y los mandos intermedios; valorar periódicamente la satisfacción laboral; disponer de espacios de relax; tener soporte emocional para canalizar correctamente las emociones; ubicar a los profesionales de mayor edad o con problemas de salud en puestos de trabajo adecuados; aplicar medidas de conciliación; y avanzar la edad de pre-jubilación y de jubilación.

En el área de **organización y entorno social** las participantes refirieron que eran *profesionales formados y muy valiosos para la atención y el desarrollo habitual en cualquier ámbito sanitario (E-153)*, a las que se debería reconocer las *competencias y valor profesional (E-154)* que aportaban, *la responsabilidad (E-802)* que asumían y *el esfuerzo y el trabajo realizado día a día (E-38)*. Sin embargo, percibían una **falta de apoyo, valoración, respeto y reconocimiento** de los compañeros, fundamentalmente de los médicos, pero también de la institución y del personal directivo como se verá posteriormente. En relación a los compañeros opinaron que deberían reconocer el trabajo que desempeñaban las enfermeras dentro del equipo. También afloró la percepción de falta de reconocimiento social de los políticos, de los ciudadanos, de los usuarios y de los familiares, considerando que era necesario que se diera más visibilidad y reconocimiento social a su trabajo. En este sentido, una enfermera decía que era necesario *enseñar a la población que también existimos y no somos apéndices del médico (E-1637)*.

En el área de **organización y método -regulación-** opinaron respecto a la **calidad del contrato laboral** valorando que había **precariedad laboral**, determinada en parte por la **temporalidad** y la **corta duración de los contratos**. Una enfermera verbalizaba *la calidad en la contratación en nuestro sector es pésima, con contratos temporales, en muchos casos de días, incluso horas sueltas, conllevando una gran incertidumbre y dificultad para sobrellevar una vida normal al no poder planificar tus actividades por tener que estar pendiente siempre de una llamada telefónica (E-1043)*. Situaciones como esta les generaba incertidumbre, inestabilidad por la falta de continuidad laboral y por los cambios de ámbito y de turno de trabajo, dificultad para la conciliación e inseguridad, que una enfermera refería diciendo *no sabes si trabajarás un mínimo para poder pagar los gastos (E-456)*. Opinaron que si la contratación tuviera continuidad y estabilidad mejoraría su seguridad, su conciliación y su calidad de vida laboral. También

propusieron para mejorar la **conciliación**: *horarios más estables (E-502), turnos que permitieran mayor conciliación (E-919), facilitar la flexibilidad horaria (E-197), más fines de semana y festivos con la familia (E-632), más días de libre disposición (E-383) y mejores contratos (E-1059).*

En relación al **tiempo de trabajo** propusieron disminuir la **jornada laboral anual** y aumentar los **días de fiesta** hasta recuperar las condiciones previas a la crisis.

Las enfermeras opinaron que la **retribución económica** había de ser digna, justa y acorde al nivel de formación, especialización, competencias y responsabilidades requeridas en el ejercicio de la profesión. La retribución económica también había de reconocer el trabajo desarrollado, las cargas asumidas, los riesgos existentes y la productividad. Sin embargo muchas participantes expresaron pérdidas retributivas durante la crisis y expresaban que *cada vez tenemos más trabajo, lo tenemos que realizar en peores condiciones y encima estamos cobrando menos... (E-1722)*. La recuperación de las pérdidas y la equiparación retributiva entre centros, con profesionales con titulaciones del mismo nivel y con enfermeras europeas fueron propuestas planteadas por las participantes.

La **presión**, la **carga**, la **sobrecarga** y el **desajuste entre tiempo y actividad**, son términos que los relacionaron fundamentalmente con el bajo **ratio enfermera/paciente** pero también con una **organización inadecuada del trabajo**. La **presión asistencial** la asociaron al cierre de camas hospitalarias, al déficit de personal, a la mayor complejidad de pacientes y a las demandas o las exigencias de los pacientes, de los familiares, de los médicos y de la dirección. La **carga** y la **sobrecarga** la relacionaron con la mayor complejidad y dependencia de los pacientes, con el déficit de personal, con la ausencia o no idoneidad de los recursos materiales disponibles y con la **organización inadecuada del trabajo**, aspectos que una enfermera expresaba diciendo *en estos momentos se está trabajando con mucha carga asistencial provocada por los recortes, la comorbilidad y el envejecimiento de la población y esto cada vez irá a más. Se debería intentar repartir las cargas asistenciales... (E-1143)*. El **tiempo disponible** y la **actividad a desarrollar** lo asociaron a la necesidad de hacer el trabajo pudiendo atender, escuchar, visitar, acompañar y dar cuidados integrales a los pacientes, así como

realizar actividades no asistenciales vinculadas al ejercicio de la profesión. Para mejorar estas situaciones propusieron analizar y redistribuir las cargas, medir los tiempos de ejecución de las tareas, así como adecuar el ratio enfermera/paciente a la actividad, al tiempo necesario para desarrollarla, a la complejidad de los pacientes y a la carga asistencial.

Tener más tiempo para atender los pacientes y no tener una visita cada 10 minutos o una sola enfermera llevar 15-20 pacientes a la vez (E-835) es lo que mejoraría la calidad de vida laboral para esta enfermera y para otras que la asociaron con el **ratio enfermera/paciente** opinando que mejoraría la calidad de vida laboral si se dejara de recortar personal, se sustituyeran las ausencias y se aumentara el personal. Mejorar el ratio enfermera/paciente les permitiría disminuir la carga y la presión asistencial, desarrollar el rol autónomo y de colaboración, dedicar más tiempo a cada paciente, dar una atención y cuidados personalizados, mejorar la seguridad y la calidad asistencial, trabajar con menos estrés y prevenir el desgaste personal.

En el área de **organización y método -desarrollo-** manifestaron falta de **apoyo, respeto, valoración y reconocimiento** desde la institución, la gerencia, la dirección y los mandos intermedios. Una enfermera afirmaba que se debía *valorar el trabajo que desempeñamos tanto por parte del usuario como de la institución. Eres un número y tu situación personal no cuenta. No se valora los sacrificios que puedas hacer por la empresa (E-1191)* y otra manifestaba que le gustaría *sentirse más valorado por la organización y que se promueva tu participación e implicación en el servicio (E-1371)*. En general opinaron que sería necesario que: las organizaciones valoraran más su trabajo y las trataran mejor; la gerencia apoyara el proyecto y el liderazgo de las enfermeras; la dirección las escuchara, valorara, diera respuesta a los problemas, las hiciera participar en las decisiones, las apoyara, las motivara y fomentara su desarrollo profesional; y los mandos intermedios las escucharan, las ayudaran y las apoyaran. Sentirse apoyadas, valoradas, respetadas y reconocidas mejoraría su calidad de vida laboral.

Una enfermera demandaba *mayor autonomía en la toma de decisiones en relación a la organización del trabajo y la asistencia... (E-1160)* y en general las profesionales opinaron que era necesario aumentar la **autonomía** en el desarrollo de su propio rol y competencias, pero también en la gestión, la organización, la

planificación, la programación, la distribución del trabajo y la toma de decisiones. Propusieron empoderar a las enfermeras y recuperar el liderazgo perdido, su capacidad de organización y de gestión de los cuidados.

En la **participación de las enfermeras en las decisiones organizativas y clínicas** consideraron que los líderes enfermeros habían de participar en los órganos de poder y de decisión y las enfermeras en las decisiones asistenciales y en la propia organización, planificación y método de trabajo. Pidieron que la dirección las informara, las hiciera partícipes de los proyectos y tuviera en cuenta su opinión antes de aplicar cambios en la organización y en el método. Una enfermera decía *que seamos escuchadas por las personas que nos pueden facilitar las mejoras en el trabajo y que nos dejen hacer los cuidados más personalizados y según las necesidades de cada paciente (E-448)*.

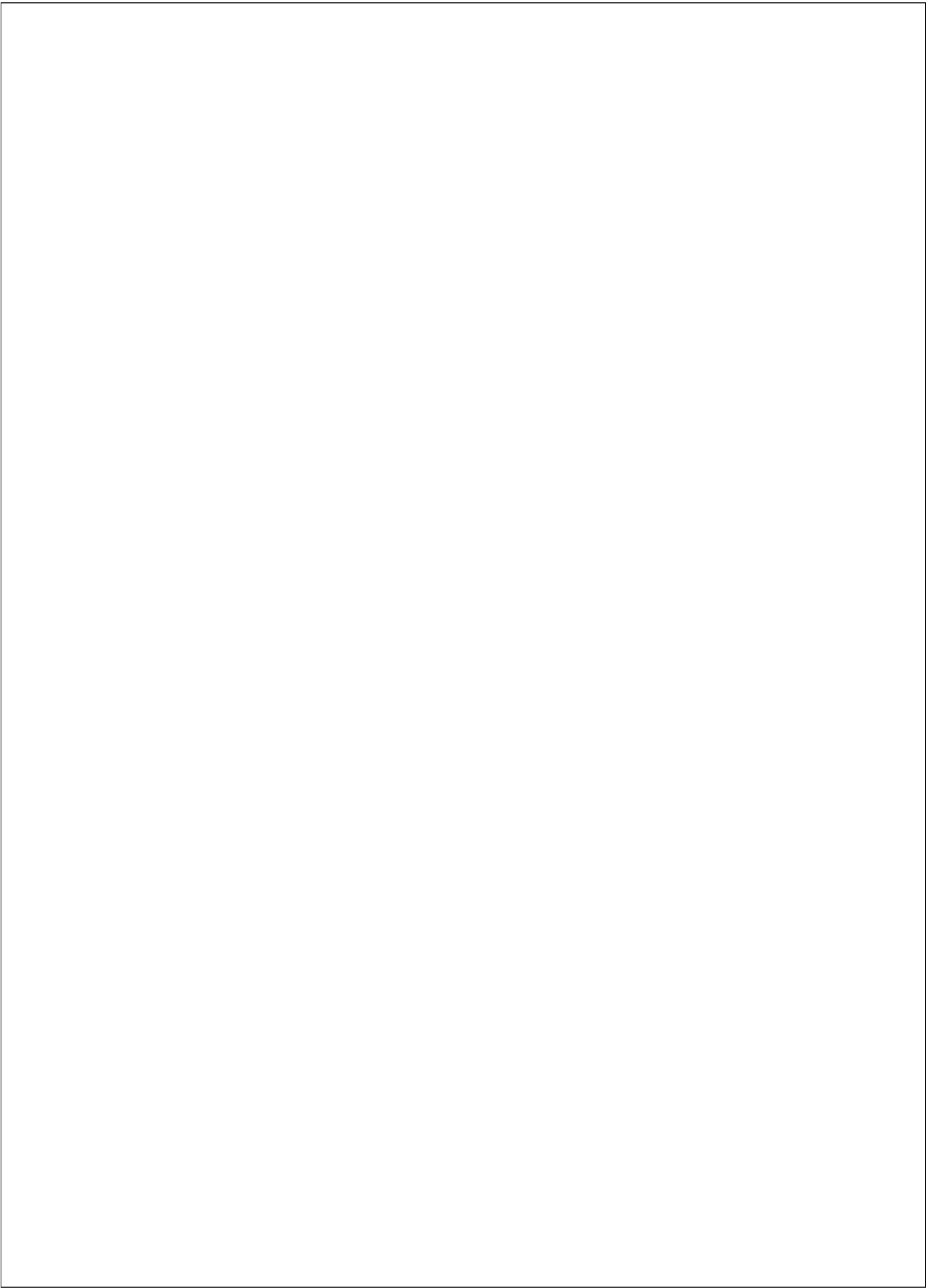
En relación al **liderazgo** opinaron que la organización, la gestión, la planificación, la participación, la implicación y la toma de decisiones de las enfermeras habían de mejorarse. Consideraban que las organizaciones habrían de estar menos burocratizadas y estar lideradas por personal sanitario competente, comprometido y con experiencia asistencial, debiéndose revisar los cargos de gestión periódicamente y valorar su continuidad o sustitución. Las direcciones enfermeras habían de tener liderazgo y proyecto enfermero y en los organigramas tendrían que estar al mismo nivel y con el mismo poder de decisión que los médicos. Las enfermeras gestoras habrían de ser líderes profesionalizadas y competentes, formadas y con conocimiento de la profesión, habrían de tener habilidades comunicativas y actitudes idóneas, estar implicadas en el proyecto, ejercer un liderazgo personalizado y de buen trato, así como tener poder de decisión. Una enfermera afirmaba *es necesario un liderazgo de la dirección enfermera, con un proyecto respetado y apoyado por la dirección general y otras categorías profesionales, liderado por los mandos intermedios y en el que las enfermeras se impliquen y participen activamente (E-1)*.

Las participantes opinaron de la **promoción profesional** que habría de: mejorar las oportunidades y la accesibilidad; ser objetiva, equitativa, justa; valorar las competencias, la antigüedad y *facilitar la promoción dentro del servicio en función de las capacidades y la formación del profesional (E-737)*; dar oportunidades de mejora laboral y de desarrollo profesional.

En relación al **desarrollo profesional** opinaron que se habría de: definir una carrera profesional única para todo el colectivo; introducir, mejorar, valorar más y ayudar a los profesionales a poder avanzar en su carrera profesional; regular distintas categorías en relación a los niveles de carrera profesional; introducir en los niveles de carrera profesional elementos de cambio e incentivación y actividades o competencias de mayor responsabilidad; e incluir la formación, la docencia y la investigación dentro de la jornada laboral.

6

DISCUSIÓN



6. DISCUSIÓN

Los resultados presentados han permitido avanzar notablemente hacia el logro del objetivo general de la investigación, que está centrado en evaluar la calidad de vida laboral de las enfermeras de Barcelona. Asimismo, los datos obtenidos han mostrado avances significativos en los diversos objetivos específicos propuestos para la investigación, dando por un lado respuestas a las preguntas que la orientaron y por otro lado reafirmando, actualizando, situando y matizando datos aportados por la literatura revisada, tanto la referida a la experiencia del trabajo y de la profesión en el contexto general de las transformaciones contemporáneas en el mundo del trabajo y de su organización, como a la más específicamente concernientes a la experiencia laboral de las enfermeras de Barcelona.

Para facilitar el orden de la discusión, ésta se ha organizado a partir de los objetivos específicos definidos en la investigación. En los apartados siguientes se desarrollarán con más detalle los aspectos que se han considerado relevantes en cada uno de los objetivos.

6.1. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN RELACIÓN AL OBJETIVO 1

El **objetivo 1** consiste en *evaluar el impacto percibido de las medidas de contención del gasto sanitario en las condiciones de trabajo de las enfermeras, identificando las diferencias en función del puesto y del ámbito de trabajo, del carácter del centro y de la situación contractual.*

La gestión de la crisis de la última década ha influido en las condiciones de trabajo y en la calidad de vida laboral de los trabajadores europeos⁽²⁵⁾. El gobierno español, en el contexto de crisis, optó por implementar políticas de austeridad que han tenido importantes repercusiones a nivel económico-financiero, político

y social ⁽²⁶⁾. En Cataluña, se aplicaron recortes en los presupuestos, entre ellos los del Departamento de Salud, que pasaron de 9.709,39 millones de euros en el año 2010 a 8.220,61 euros en el año 2014 como se puede ver en los informes del Instituto de Estadística de Catalunya ⁽³⁷⁾. Estos recortes comportaron que el Instituto Catalán de la Salud (ICS) y los centros sanitarios financiados con fondos públicos empezaran a aplicar diferentes medidas de contención del gasto para hacer frente a la disminución del presupuesto anual, a la reducción de las tarifas y a la actividad contratada; medidas que tuvieron una repercusión en la prestación de servicios y en los profesionales ⁽³⁴⁾.

En el contexto de crisis económica **las enfermeras percibieron un impacto negativo en sus condiciones de trabajo** como consecuencia de las medidas de contención del gasto aplicadas entre el 2010 y el 2014. Las enfermeras manifestaron pérdidas en la retribución económica, aumento de la complejidad y/o presión asistencial, incremento de las horas de la jornada laboral anual, incremento del número de pacientes por enfermera, aumento de la precariedad laboral e inestabilidad en el lugar de trabajo (relacionada con el incremento de la rotación por distintos servicios, con el cambio del ámbito o turno de trabajo y con la pérdida del empleo).

Lo primero que cabe destacar es que este impacto percibido fue notablemente alto para el conjunto de las personas encuestadas, fueran cuales fueran las circunstancias concretas de su trabajo. Y, en el marco de este alto impacto, que fue el denominador común a todos los contextos y situaciones laborales, se observó una variabilidad en el impacto de las medidas de contención, relacionada con el carácter del centro de trabajo (público, mixto o privado), con el ámbito (asistencial, docente, gestión, investigación) y con el puesto de trabajo (hospital, salud mental, sociosanitario, atención primaria); sin embargo, el principal causante de esta variabilidad fue el carácter del centro de trabajo, debido a que muchas de las medidas implementadas fueron aplicadas a trabajadores públicos y a personal laboral que realizaba función pública ⁽²⁷⁻³⁰⁾. También se evidenció variabilidad en algunos aspectos de las condiciones de trabajo, relacionada con la situación contractual (temporal, interino, estable).

En términos generales, los datos indican que quienes percibieron globalmente los efectos de la crisis con mayor intensidad fueron quienes tenían un contrato

temporal o interino, trabajaban en un centro de carácter público o mixto, en el ámbito asistencial y en atención primaria. Sin embargo, al analizar más detalladamente cada uno de las medidas aplicadas, como haremos a continuación, podemos observar que en determinados aspectos el impacto también fue alto en otros casos.

El **impacto percibido en la retribución económica global** fue alto en las enfermeras de los centros públicos y mixtos, en las asistenciales y en las gestoras, e indistinto al puesto de trabajo que ocupaban. La mayor afectación de las enfermeras de los centros públicos y mixtos, respondió a que las principales medidas de recorte económico fueron las derivadas de la aplicación del Real Decreto-ley (RDL) 8/2010 del 20 de mayo ⁽²⁷⁾, del RDL 20/2011 de 30 de diciembre ⁽²⁸⁾ y del RDL 20/2012 de 13 de julio ⁽²⁹⁾, estando estas medidas dirigidas a trabajadores públicos y a personal laboral que realizaba función pública. La **pérdida o congelación de la carrera profesional**, con un impacto percibido moderado, también comportó pérdidas retributivas en las enfermeras.

El **incremento de horas de jornada laboral anual** tuvo un impacto percibido como alto en las enfermeras de centros públicos y mixtos, en las enfermeras de atención primaria y de hospital, en las asistenciales y en las gestoras. Este incremento fue debido principalmente a la aplicación de la Ley 2/2012 de 29 de junio de los presupuestos generales del Estado ⁽³⁰⁾, que también estuvo dirigida a trabajadores públicos y a personal laboral que realizaba función pública.

El impacto del **incremento del ratio de pacientes por enfermera** fue percibido como moderado por las enfermeras de centros públicos y mixtos, así como por las de todos los puestos de trabajo, aunque cabe destacar que fue mayor en atención primaria. Las participantes opinaron que el incremento del ratio de pacientes por enfermera estaba asociado con la amortización de puestos de trabajo y con la cobertura parcial de los mismos, situación que pareció haber afectado más a las enfermeras de atención primaria. Según expuso el Departamento de Salud en una respuesta parlamentaria, el ICS redujo 787 enfermeras (11,8% del total) entre 2010 y 2015 ⁽¹⁹⁵⁾. Los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística en el 2014 indicaban que el ratio de enfermera por paciente, tanto a nivel estatal como a nivel autonómico, estaba muy por debajo de la media europea y para llegar a la equiparación sería necesario incrementar

131.040 enfermeras en España (46,76% del total), 17.293 en Cataluña y 10.489 en Barcelona ⁽¹⁹⁶⁾. Los datos de la Oficina Europea de Estadística (Eurostat) indican que entre el año 2011 y el 2014 España disminuyó 4.634 enfermeras, al pasar de 243.967 a 239.333, lo que supone 13 enfermeras menos por cada 100.000 habitantes ⁽¹⁹⁷⁾.

El impacto del **aumento de la complejidad y de la presión asistencial** fue percibido como alto por las enfermeras de centros públicos y mixtos, y las de todos los puestos de trabajo, aunque fue mayor en las de atención primaria. Las enfermeras relacionaron el aumento de la complejidad con el cierre de camas hospitalarias y de otras prestaciones o servicios, con la disminución de estancias hospitalarias y con la ausencia o el déficit de la cobertura de los puestos de trabajo amortizados, aspectos que también se habían identificado en el estudio de ATTAC-España de 2012 ⁽³⁴⁾.

El incremento del **ratio de pacientes por enfermera**, así como el **aumento de la complejidad y de la presión asistencial**, son factores que las enfermeras asociaron al aumento de la **carga de trabajo** y al **empeoramiento de sus condiciones laborales**.

Los resultados anteriores, se asemejan con los informes publicados por el sindicato de enfermería SATSE y por la Federación Europea de Asociaciones de Profesionales de Enfermería (EFN). Según SATSE, en España al 20% de la reducción salarial se añadió el aumento de la jornada laboral, el bloqueo de la carrera profesional, la limitación o supresión de las sustituciones, la pérdida de beneficios sociales y la reducción del número de días de descanso ⁽¹⁹⁸⁾. Por otra parte, el análisis realizado por la EFN del impacto de la crisis en el colectivo enfermero de 34 países europeos entre el año 2008 y el 2012, puso de manifiesto una disminución de los puestos de trabajo y de las contrataciones, una reducción o congelación de los salarios, un aumento de la carga de trabajo y una disminución de la satisfacción laboral de las enfermeras ⁽¹⁹⁹⁾.

La **precariedad laboral** tuvo un impacto moderado en relación al centro, al puesto y al ámbito de trabajo, aunque se manifestó más en las enfermeras de centros públicos y mixtos, así como en las enfermeras asistenciales. La percepción de precariedad laboral fue alta en profesionales con contratación

temporal y moderada en profesionales con contratación interina o estable. Los resultados muestran una asociación de la precariedad laboral con las condiciones de trabajo, especialmente las contractuales, que como veremos posteriormente generan incertidumbre e inseguridad en las enfermeras. A ese respecto, la contratación temporal no solo está relacionada con la precariedad laboral, sino también con la rotación por distintos servicios y con el cambio de ámbito o de turno de trabajo, que son justificados desde los gestores por la necesidad de cobertura de puestos de trabajo y de optimizar los recursos disponibles. Sin embargo, esta práctica puede generar disfunciones y tener implicaciones en la calidad del servicio prestado, ya que si bien la titulación genérica permite el ejercicio en cualquier lugar de trabajo enfermero, la competencia en un ámbito está determinada por los conocimientos, la especialización y la experiencia.

Las **pérdidas retributivas**, el **incremento del número de pacientes por enfermera**, el **aumento de la complejidad y de la presión asistencial**, así como la **precariedad laboral**, son algunos de los factores que contribuyen al empeoramiento de las condiciones de trabajo de las enfermeras, pudiendo generar su presencia y persistencia en el tiempo malestar, insatisfacción y *burnout*. Esta perspectiva ya fue descrita en el estudio RN4CAST, desarrollado en 13 países europeos, según el cual los profesionales de enfermería de los países en crisis presentaban mayor insatisfacción, *burnout* e intención de abandonar el trabajo ^(200,201).

También cabe destacar que las condiciones de trabajo descritas repercuten negativamente en la **calidad de la atención y de los cuidados**, en la **seguridad de las personas atendidas** y en la **satisfacción de los profesionales y de los pacientes**. Algunos estudios relacionan: la reducción del ratio enfermera/paciente, el aumento de la jornada laboral y la disminución de la satisfacción laboral con un incremento de la mortalidad, las infecciones nosocomiales, la sepsis y el alargamiento de la estancia hospitalaria; y el porcentaje de enfermeras cualificadas con menores tasas de mortalidad hospitalaria, de neumonía hospitalaria y de otros acontecimientos adversos ^(170,202-206). En la misma línea, según el informe RN4CAST, en los hospitales con mejor entorno laboral y menor carga de trabajo, la calidad de la atención fue mejor valorada por los pacientes y por los profesionales, siendo también mayor el nivel de satisfacción de ambos ⁽²⁰⁰⁾.

Paul de Raeve, secretario general de la EFN, sostuvo que en el contexto de crisis, los ajustes del sistema han obligado a las enfermeras a trabajar más duro para mantener los estándares de calidad, exigiéndoles más por menos y poniendo en peligro la calidad, la seguridad y los cuidados del paciente ⁽¹⁹⁹⁾.

Una primera valoración general, de los resultados de esta investigación pone de manifiesto que la experiencia contemporánea del trabajo de enfermería en Barcelona refleja, reproduce y en cierto modo amplifica lo que en los últimos tiempos se viene observando en el mundo del trabajo europeo en su conjunto y más específicamente en el ámbito del trabajo de enfermería. Estos resultados son concordantes, en líneas generales, con la información aportada por la literatura sobre el **impacto de la crisis en la experiencia del trabajo y en la calidad de vida laboral** de los trabajadores en general, y más específicamente sobre el impacto de las reformas contemporáneas de los sistemas de salud en los profesionales de la salud en general y en las enfermeras en particular. Muy especialmente, son concordantes con los datos del informe de la *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound)* sobre la experiencia de la crisis económica en la Unión Europea por la población trabajadora en general ⁽²⁰⁷⁾ y con otro informe de la misma institución sobre el impacto de la crisis en la calidad de vida en Europa, ambos informes del 2012 ⁽²⁰⁸⁾. También lo son con los datos aportados por el informe de la Organización Mundial de la Salud sobre el impacto de la crisis económica respecto a la salud mental ⁽²⁰⁹⁾.

En un sentido más general, los datos presentados apuntan también en la misma dirección que los de las últimas encuestas europeas quinquenales sobre las condiciones de trabajo, aplicadas por *Eurofound* ^(25,210,211), donde se hace patente la influencia de los cambios en la organización y la gestión del trabajo sobre las percepciones y valoraciones que la población trabajadora europea hace de sus condiciones materiales, sociales, técnicas y contractuales de trabajo, tanto en lo que ofrecen de oportunidades de desarrollo profesional como de circunstancias de riesgo, especialmente en lo concerniente a aspectos como la carga de trabajo, la presión temporal, la precarización contractual o la conciliación del trabajo con la vida personal y familiar. También lo son con los datos aportados por la literatura científica sobre los efectos de la gestión de la crisis en la salud de la población en general ⁽²¹²⁻²¹⁶⁾.

Son igualmente consistentes, aunque aparecen con mayor intensidad, con los estudios sobre calidad de vida laboral de profesiones de servicios de atención al público ⁽²¹⁷⁾. Y también con los de otros estudios sobre profesionales de la salud, empleando el mismo instrumento de recogida de datos que en esta tesis ^(20,23,218-220).

Es evidente, que en el contexto de crisis económica, la implementación de medidas de ahorro en los centros financiados con recursos públicos, ha tenido una repercusión negativa directa en las condiciones de trabajo de las enfermeras. Sin embargo, la crisis económica tan solo permite contextualizar algunos de los aspectos vinculados a las condiciones de trabajo actuales de las enfermeras.

6.2. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN RELACIÓN AL OBJETIVO 2

El **objetivo 2** consiste en *describir la valoración que las enfermeras hacen de las condiciones de trabajo, del bienestar laboral, del burnout y del engagement, como componentes de su calidad de vida laboral.*

Las condiciones de trabajo de las enfermeras y aspectos relacionados con ellas como son el bienestar y el malestar laboral, la satisfacción y la insatisfacción laboral, el estrés, los riesgos psicosociales, el *burnout*, el *engagement* o la calidad de vida laboral han sido objeto de investigación en las últimas décadas, algunos de ellos con mayor frecuencia como el estrés, la insatisfacción laboral y el *burnout*. La revisión bibliográfica muestra que estos aspectos relacionados con las condiciones de trabajo, ya han sido objeto de estudio a nivel nacional e internacional de forma previa a la crisis económica iniciada en el año 2008. Sin embargo, en el contexto de crisis actual, es especialmente importante hacer un buen análisis de las condiciones de trabajo de las enfermeras, así como de los aspectos relacionados con ellas, como son el estado de bienestar laboral, el *burnout*, el *engagement* y la calidad de vida laboral.

En una primera aproximación general, los datos obtenidos en esta investigación permiten afirmar que las enfermeras encuestadas valoraron de forma moderadamente positiva sus condiciones de trabajo y su grado de bienestar laboral, al tiempo que mostraron síntomas de la presencia de *burnout* en el colectivo y moderado-alto nivel de *engagement*. Sin embargo, los promedios de las puntuaciones de cada uno de estos grandes bloques enmascaran una diversidad relevante en lo que concierne a los factores y las escalas, que conviene precisar con más detalle.

La valoración general de las **condiciones de trabajo** de las enfermeras, aun estando categorizadas como buenas, evidenció la proximidad a unas CT malas, así como el alejamiento de unas CT óptimas y de excelencia. Si hiciéramos un símil de las condiciones de trabajo con una botella, ésta estaría algo más llena que vacía, cosa que señala un largo camino a recorrer y una parte importante de la botella a llenar hasta llegar a unas condiciones de excelencia.

Mirando los resultados con más detalle, se observa que no todos los aspectos de las dimensiones de las condiciones de trabajo fueron valorados de la misma forma, sino que ello dependió de factores y escalas. De los tres factores que integran el cuestionario de condiciones de trabajo, dos superaron bien el listón medio del "5" y el otro no llegó a superarlo. La valoración de los aspectos asociados a las condiciones de trabajo (regulación, desarrollo, entorno material y entorno social) mostró diferencias, observándose que los aspectos vinculados al entorno material y social estuvieron dentro de unos estándares buenos, a diferencia de algunos de los aspectos vinculados al desarrollo y a la regulación que fueron valorados como malos o muy próximos a ello. Por otro lado, la valoración de las profesionales respecto al ajuste de la organización a las enfermeras fue inferior a la adaptación de éstas a la organización, existiendo un alejamiento entre ambos.

Los aspectos relacionados con la **regulación**, aunque fueron valorados en el límite inferior de unas CT buenas, estuvieron muy distantes de unas CT óptimas o de excelencia. Aspectos como la conciliación del trabajo con la vida privada y familiar, la calidad del contrato laboral, la organización y el tiempo de trabajo, fueron valorados en el límite inferior de unas CT buenas, superando la barrera del "5"; mientras que aspectos como la retribución económica y la carga de

trabajo fueron valorados dentro de unas CT malas, estando por debajo del punto crítico del "5". Autores como Aiken, también identificaron el descontento de las enfermeras con los salarios, la gestión de los recursos humanos y la carga de trabajo; asimismo identificaban que dejar de hacer tareas por falta de tiempo era un aspecto que relacionaban con la seguridad del paciente y con eventos adversos ⁽²²¹⁾. La valoración cuantitativa de las facetas de las condiciones de trabajo ya descritas, fue ratificada y matizada con la opinión expresada de las participantes, que identificaron ciertas dificultades en la conciliación de la vida laboral, familiar y social, así como precariedad laboral asociada a la temporalidad y a la corta duración de los contratos de trabajo. Yamaguchi, también identificó problemas de conciliación en profesionales jóvenes que trabajaban en el entorno hospitalario ⁽²²²⁾. Las enfermeras además refirieron notables niveles de presión, carga, sobrecarga y desajuste entre el tiempo disponible y la actividad a desarrollar, aspectos que en el estudio de Ansoleaga ya se evidenciaban ⁽²³⁾. Estos aspectos se asociaron al bajo ratio enfermera/paciente, a la mayor complejidad del trabajo y dependencia de los pacientes, a una organización inadecuada del trabajo, a la ausencia o no idoneidad de los recursos materiales, así como a una mayor exigencia de usuarios, de familiares, de médicos y de la dirección. Bruyneel identifica en su estudio que en hospitales donde la plantilla es mayor y las enfermeras tienen más experiencia se dejan de realizar menos tareas que en hospitales donde las plantillas están más ajustadas ⁽¹⁶³⁾. Por último, las enfermeras también expresaron su disconformidad con la retribución económica no acorde a la titulación y a la responsabilidad asumida en el ejercicio de la profesión, así como pérdidas retributivas en el contexto de crisis. Por otro lado, el significado del trabajo que las enfermeras otorgaron al reconocimiento económico y a unas buenas condiciones socioeconómicas estuvo asociado a unas CT buenas, mientras que la desorganización en las tareas, las malas condiciones socioeconómicas y la sobrecarga de trabajo fueron relacionadas con unas CT malas. Autores como Arnoux-Nicolas refieren que el significado que las personas le dan al trabajo es un recurso que media entre los efectos negativos de las condiciones negativas del trabajo y las ganas de rotar o abandonar el trabajo ⁽²²³⁾.

Los aspectos relacionados con el **desarrollo**, fueron valorados globalmente dentro de unas CT malas. Esto es lo que ocurrió con los ítems sobre el apoyo recibido del personal directivo, la evaluación del rendimiento profesional por la institución, las relaciones con la dirección, la participación en las decisiones

organizacionales, las vías de promoción laboral, así como la justicia en la contratación, la remuneración y la promoción. Algunas opiniones expresadas por las enfermeras complementaron esta valoración cuando identificaron: falta de apoyo, respeto, valoración y reconocimiento desde la institución, la gerencia, la dirección y los mandos intermedios; déficits en el liderazgo y la comunicación, así como la necesidad de que hubiera líderes enfermeros profesionalizados, competentes, implicados y con poder de decisión; déficits en la participación de las enfermeras en las decisiones organizativas y clínicas; y la necesidad de incorporar acciones de mejora en la promoción profesional relacionadas con las oportunidades, la accesibilidad y los criterios de valoración. El significado del trabajo que dieron las enfermeras al reconocimiento y a las oportunidades de promoción profesional estuvo asociado a unas CT buenas, mientras que el poco reconocimiento lo asociaron a unas CT malas.

La revisión bibliográfica muestra coincidencias entre los resultados del presente estudio y los de otros autores. Chen observó que el reconocimiento del mando de enfermería y el económico repercute positivamente en la satisfacción del trabajo y en el compromiso con la organización, sin embargo el reconocimiento de los médicos no tenía ningún efecto⁽⁵²⁾. Shin, refería que las enfermeras tenían menor confianza con el líder y con otros profesionales de la salud, en cambio la confianza era mayor con sus compañeros, aspectos que también coinciden con los resultados de nuestra investigación⁽⁷⁹⁾. Por su parte, McCabe hizo énfasis en la necesidad de la comunicación abierta y eficaz de las limitaciones organizacionales y financieras para que las enfermeras no se alejaran de las posiciones de los gestores. También insistió en que el profesionalismo y el compromiso con la profesión son factores que influyen positivamente en la confianza entre enfermeras y gestores. Por otro lado, consideró importante la confianza como base para el trabajo en equipo, la delegación, el apoyo, los sistemas de comunicación abierta, la confidencialidad y la discreción⁽²²⁴⁾.

Las oportunidades para la formación continua, fueron valoradas en el límite inferior de unas CT buenas. Esta valoración no sorprende cuando escuchábamos la voz de las enfermeras proponiendo mejoras en el desarrollo de la carrera profesional, relacionadas con las oportunidades para realizar formación, docencia e investigación dentro de la jornada laboral, pero también mejoras en los criterios de acceso y de reconocimiento. El significado del trabajo otorgado por

las enfermeras a la existencia de oportunidades, relacionadas con la formación, el desarrollo y la promoción profesional está asociado a unas CT buenas.

Así mismo, la autonomía en la toma de decisiones profesionales fue valorada dentro de unas CT buenas aunque todavía muy distante de unas CT óptimas y de excelencia. Aunque las enfermeras dieron a la autonomía un significado del trabajo asociado a unas CT óptimas, también expresaron la necesidad de aumentar la autonomía en el desarrollo de su rol y de sus competencias, pero también en la gestión, la organización, la planificación, la programación, la distribución del trabajo y la toma de decisiones.

En síntesis, los aspectos vinculados a la **regulación** y al **desarrollo** fueron valorados dentro de unos estándares malos pero muy próximos al "5". Globalmente, el bloque de los aspectos de la organización y método no llegó pues al "*aprobado*" de media; lo cual indica una importante concentración de problemas en cuanto a los aspectos de las condiciones de trabajo que componen los ítems de las dos escalas del factor organización y método.

Los aspectos relacionados con el **entorno material**, entre ellos los servicios auxiliares (limpieza, seguridad, etc.), la prevención de riesgos laborales, los recursos materiales y técnicos, así como el entorno físico, las instalaciones y los equipamientos, fueron valorados dentro de unas CT buenas, aunque distaron de unas CT óptimas y excelentes. Estos aspectos aparecieron como satisfactorios, pero mejorables. Las enfermeras opinaron que el entorno físico requería una adecuación de las instalaciones, los equipamientos y los recursos materiales y técnicos; que había situaciones de riesgo laboral presentes como la carga, la sobrecarga y la presión laboral, la tensión y el estrés, el cansancio y el agotamiento. El significado de trabajo que otorgaron las enfermeras a aspectos como el trabajo inapropiado, la falta de recursos, la sobrecarga y el agotamiento, estuvieron asociados a unas CT malas.

En el estudio de Ansoleaga ⁽²³⁾ las enfermeras referían mejoras en los aspectos técnicos, materiales, de infraestructura y de tecnología, que aparentemente coinciden con la valoración cuantitativa que han realizado las participantes del presente estudio, a pesar de que en la valoración cualitativa manifiestan que hay aspectos que requieren mejoras. Otros aspectos como la sobrecarga y el

agotamiento, identificados por las participantes de esta investigación, coinciden con los resultados del estudio de Ansoleaga.

Los aspectos relacionados con el **entorno social**, entre ellos el reconocimiento de los usuarios y de los colegas, el compañerismo y el respeto del grupo de trabajo, fueron valorados globalmente dentro de unas CT buenas. Aunque el entorno social fue el aspecto mejor puntuado de las CT, éste no obtuvo la puntuación óptima deseable y estuvo alejada del ideario de excelencia. Además en la voz de las enfermeras afloró: la falta de apoyo, valoración, respeto y reconocimiento de los compañeros; la falta de reconocimiento social de los políticos, los ciudadanos, los usuarios y los familiares; y la necesidad de mayor visibilidad y reconocimiento social del trabajo de las enfermeras. El significado del trabajo otorgado por las enfermeras al poco reconocimiento y al clima negativo lo asociaron a unas CT malas, mientras que el reconocimiento y las buenas relaciones o el compañerismo lo asociaron a unas CT buenas. Autores como Dignani ⁽²²⁵⁾ refieren que el reconocimiento de los colegas y la buena interacción social repercuten positivamente en la satisfacción en el trabajo.

En resumen, los aspectos vinculados al **entorno material y social** fueron valorados dentro de unos estándares relativamente buenos, en comparación con los aspectos de regulación y desarrollo valorados previamente; sin embargo, todavía es posible la mejora del entorno material y el social.

El **ajuste de la organización a la persona** fue valorado en el límite inferior de unas CT buenas, rozando la línea central. Las enfermeras valoraron negativamente aspectos relacionados con la justicia en la valoración de los méritos, la estimulación del compromiso laboral, la sensación de libertad, el fomento de la motivación en el trabajo, el ajuste a sus aspiraciones y la posibilidad de crecimiento personal. Hay otros aspectos que las enfermeras valoraron positivamente (pero muy cercanos a unas CT malas) como por ejemplo si la organización del trabajo encajaba con sus expectativas, les proporcionaba identidad, les permitía trabajar a gusto, concordaba con sus valores, satisfacía sus intereses, respondía a sus necesidades, les permitía desarrollar sus competencias profesionales, les hacía sentir útiles y les exigía según sus capacidades. La opinión de las enfermeras recogió situaciones expresadas de desgaste, despersonalización, desmotivación, insatisfacción, abusos de poder, *burnout* y *mobbing*, que asociadas a una

percepción de falta de apoyo, respeto, valoración y reconocimiento por parte de la institución, la gerencia, la dirección y los mandos intermedios, puso de manifiesto un desajuste entre la organización y las expectativas de las enfermeras. El significado de trabajo que las enfermeras otorgaron a situaciones de injusticia, de cinismo organizacional, de mala gestión e insatisfacción se asoció a unas CT malas, el de despersonalización se vinculó a unas CT pésimas, mientras que el compromiso, la responsabilidad, la posibilidad de desarrollar sus competencias, la realización y la satisfacción se asoció a unas CT buenas.

La **adaptación de la persona a la organización**, fue valorada dentro de unas CT buenas. Las enfermeras valoraron positivamente la adaptación que realizaban ante las demandas de la propia organización, aunque no fue la óptima deseable y estaba alejada del ideario de excelencia. Las enfermeras valoraron que se adaptaban a las demandas realizadas por la organización relacionadas con la identificación de los cambios propuestos, la aceptación de las indicaciones en la forma de hacer el trabajo, la aplicación del protocolo ante los dilemas de conciencia, la asunción de los valores de la dirección, la interiorización de las normas establecidas en el servicio, el ajuste a los tiempos y ritmos de trabajo fijados y la adaptación a la política de la organización.

Formar parte de una organización comporta la adaptación a las directrices y normativas institucionales que son de obligatorio cumplimiento. Esto es acorde con lo que las profesionales han manifestado: se adaptan a las normativas, a los protocolos y a las políticas institucionales. Sin embargo, que se adapten, no significa que compartan las directrices y normativas o que se identifiquen con los valores de la organización. Destaca que aunque las profesionales han valorado más positivamente la asunción de los valores de la dirección, ha sido menor la identificación con el espíritu de los cambios propuestos. Esto se podría justificar por la vivencia negativa que generan los cambios en muchas personas.

La valoración realizada por las participantes indicó que **el ajuste de la organización a las enfermeras era menor que la adaptación de las enfermeras a la organización**. Las enfermeras opinaron que eran competentes, comprometidas y responsables. A pesar de ello, percibían una falta de apoyo, valoración, respeto y reconocimiento de la organización, la dirección y los mandos intermedios. Los significados del trabajo relacionados con el cuidar, la ética,

la eficacia y el bienestar se asociaron a unas CT buenas, mientras que la ineficacia y el malestar estuvieron asociados a unas CT malas.

En resumen, las enfermeras valoraron: de forma moderadamente positiva el conjunto de sus condiciones materiales y técnicas de trabajo; y de forma claramente positiva el clima social de trabajo, especialmente en el plano de las relaciones horizontales. Por otro lado, las profesionales valoraron más bajo el grado de ajuste de la organización a sus necesidades que su esfuerzo de adaptación a las exigencias de la organización.

Considerado en su globalidad, el carácter moderadamente positivo de la valoración realizada por las enfermeras de sus condiciones de trabajo, resulta concordante con lo aportado por informes actuales referidos a población trabajadora en general; como por ejemplo, el último informe de la Fundación Europea ⁽²⁵⁾ sobre condiciones de vida y de trabajo en la Unión Europea y otros de la Agencia Europea ^(12,13). Los resultados de la presente investigación también se inscriben en la línea de otros estudios actuales sobre calidad de vida laboral en profesionales de prestación de servicios públicos a personas ^(117,217,226), sobre calidad de vida laboral en profesionales de la salud en general ^(20,227) y sobre experiencia laboral de enfermeras ^(95,200,221,228-231). Desde tales perspectivas, las condiciones de trabajo actuales ofrecen oportunidades, desafíos y riesgos, tanto en lo que afecta al desarrollo positivo de las personas y de las organizaciones, como al estrés y a los riesgos psicosociales, que también les afectan.

La vertiente positiva del **bienestar laboral general** de las enfermeras se midió mediante las escalas integradas en el factor bienestar psicosocial y la negativa mediante las escalas integradas en el factor efectos colaterales, ambos referidos a la actividad laboral.

La valoración general del **bienestar psicosocial** y de sus tres componentes (afectos, competencias y expectativas) mostró una ligera tendencia a un estado bueno o de bienestar, aunque se evidenció claramente el alejamiento con respecto a un estado óptimo y al ideario de excelencia.

Los aspectos relacionados con los **afectos** y las **competencias** ante el trabajo obtuvieron, en el continuo del diferencial semántico, unas puntuaciones que

indicaban una ligera tendencia hacia un estado positivo, bueno o de bienestar, emergiendo ligeramente aspectos como la satisfacción, la seguridad, la tranquilidad, la potencia, el bienestar, la confianza, la claridad, la esperanza, la facilidad, la sensibilidad, la racionalidad, la competencia, la moralidad, la bondad, el éxito, la capacidad, el optimismo, la eficacia y la utilidad. De todos los aspectos valorados, sólo la incertidumbre indicó una ligera tendencia a un estado de malestar, que algunas enfermeras asociaron a la precariedad laboral y al tipo de contratación. Este dato es consistente con la observación de Garret, según el cual la incertidumbre en el entorno laboral funciona como un predictor del *burnout* ⁽²³²⁾. En esta misma línea apuntan diversos informes europeos ^(14,25,207,208,233,234).

La pérdida del estado de bienestar y la incertidumbre creada por la precariedad, no encuentra formas de seguridad al margen del comportamiento de los propios individuos. Esta incertidumbre hace que el comportamiento de las personas con un trabajo más estable se parezca al de las personas que viven en una situación de precariedad real ⁽¹⁰⁾.

Aunque la valoración global de las **expectativas** (dimensión del bienestar psicosocial referida al futuro percibido) fue positiva, muchos de los aspectos analizados fueron valorados negativamente e indicaron la existencia de cierto malestar en los profesionales. La mayoría de aquellos que estaban determinados directa o indirectamente por la organización tuvieron una valoración negativa, mientras que los que dependían de la propia persona tenían una valoración positiva. Las enfermeras valoraron que había bajado el nivel de excelencia en la organización y la identificación con los valores de ésta, su calidad de vida laboral y la de sus condiciones de trabajo, su participación en las decisiones de la organización, sus oportunidades de promoción profesional, su seguridad en el trabajo, su confianza en su futuro profesional y su estado de ánimo laboral. En este contexto laboral sorprende que no haya empeorado la valoración de aspectos como la realización, la satisfacción, la motivación y la conciliación. Mientras que algunos aspectos han aumentado levemente (la cordialidad en el ambiente de trabajo, el sentido del trabajo, la autoestima profesional o el acatamiento de las pautas de la dirección), en otros, el aumento ha sido mayor (la competencia, el compromiso, la capacidad de gestión de la carga, el rendimiento y la eficacia profesional), no obstante el aumento de éstos últimos puede estar relacionado con la necesidad de las enfermeras de dar respuesta al

empeoramiento de determinados aspectos de las condiciones de trabajo como son la carga, la presión asistencial, la complejidad, etc. Esta tendencia paradójica a seguir con una visión positiva del entorno laboral a pesar de todos los síntomas negativos reconocidos puede explicarse por el mecanismo descrito por Tummers ⁽²¹⁷⁾ de aferrarse a una visión positiva a pesar de todo, como modo de afrontamiento del estrés de los *“servidores públicos de frontera”*.

Los ajustes del sistema en el contexto de crisis han obligado a las enfermeras a trabajar más duro para mantener los estándares de calidad ⁽¹⁹⁹⁾. Los recortes presupuestarios derivados de la crisis económica han comportado la implementación de medidas de ahorro que han repercutido directamente en las condiciones de trabajo de estas profesionales. Todo ello ha acarreado inseguridad e incertidumbre laboral, disminución del ánimo de trabajo y de la calidad de vida, y pérdida de confianza en el futuro profesional. La perpetuación de estos aspectos en el tiempo puede empeorar mientras dure la situación de crisis general.

La valoración general de los **efectos colaterales** se realizó a través de sus tres componentes (somatización, desgaste y alienación). La presencia de efectos colaterales por causa del trabajo se valoró como baja, aunque hay que decir que está muy próxima a la línea media y muy alejada de una situación óptima o de excelencia. Por otro lado, cabe aclarar que puntuaciones por debajo de 3 en un rango de 0 a 6 pueden generar efectos engañosos al parecer *“bajos”*. Toda puntuación que no sea *“0”* indica la existencia de algún grado de problema y por tanto no puede encajar en la categoría de óptimo, porque ello comportaría presuponer que salir sólo algún día del trabajo con dolores de cabeza o de espalda, con tensiones musculares o con sobrecarga formaría parte del estado *“óptimo”* de experiencia laboral. Dicho ésto, pasamos a matizar los aspectos relacionados con los efectos colaterales, entre los que se ha observado diferencias: la somatización y la alienación obtuvieron puntuaciones globales más bajas que el desgaste.

Los trastornos digestivos, el insomnio y los dolores de cabeza, asociados a la **somatización**, tuvieron una prevalencia menor que los dolores de espalda y las tensiones musculares, que en las enfermeras asistenciales, se podría asociar más al desgaste físico que a la somatización, teniendo en cuenta la actividad física que desarrollan en el ejercicio de su profesión.

Los aspectos valorados en el **desgaste**, como son la sobrecarga de actividad, el agotamiento físico, el desgaste emocional y la saturación mental, tuvieron una prevalencia alta que indicó una situación de riesgo psicosocial. Distintos aspectos relacionados con las condiciones de trabajo actuales ⁽²³⁵⁾, como la sobrecarga, la presión y el desajuste entre el tiempo de trabajo y la actividad a desarrollar, pueden ser algunos de los principales causantes de esta situación de desgaste. Vimantaite ⁽⁶⁶⁾ describió que la fatiga física y la psicológica de las enfermeras, así como el estrés emocional de éstas, eran factores determinantes de insatisfacción en el trabajo, del aumento de los conflictos y de aparición de sintomatología física negativa que llevaba progresivamente al *burnout*.

Los aspectos valorados en la **alienación**, como la frustración, el trato despersonalizado, la baja realización profesional y el mal humor, tuvieron una prevalencia más baja que los del desgaste, pero al tiempo distante de una situación óptima o de excelencia. Distintos aspectos relacionados con las condiciones de trabajo, derivados de un desajuste entre las actuaciones de las organizaciones y las expectativas de las enfermeras, pueden ser algunos de los principales causantes de esta situación de alienación. Aunque las enfermeras tienen un nivel competencial alto, el contexto laboral actual no favorece el desarrollo de sus competencias, ni su participación en las decisiones organizacionales y además las oportunidades de promoción y de desarrollo profesional son escasas, favoreciendo todo ello la presencia de frustración y baja realización profesional. Por otro lado, aspectos como la falta de apoyo, respeto, valoración y reconocimiento desde la institución, la gerencia, la dirección y los mandos intermedios, así como la experiencia de un liderazgo y de mecanismos y formas de comunicación inadecuados o insuficientes, son factores que aparentemente favorecen el trato despersonalizado al que hacen referencia las enfermeras y al significado que otorgan a un trabajo asociado a unas CT pésimas.

Las condiciones de trabajo visibilizadas en el estudio explican la presencia identificada de efectos colaterales. La combinación de estos niveles de efectos colaterales con una percepción relativamente positiva de las condiciones de trabajo se puede explicar por el hecho que una cierta capacidad de desconectar del trabajo da mejor salud mental, salud física, bienestar y rendimiento en el trabajo ⁽²³⁶⁾. En su estudio sobre afrontamiento durante la prestación de servicios

públicos, basado en una conceptualización y revisión sistemática de la literatura, Tummers ⁽²¹⁷⁾ detectó que los *trabajadores de primera línea (frontline workers)*, servidores en trabajos de atención al público con alta implicación emocional, como maestros, trabajadores sociales, enfermeras y otros suelen experimentar estrés cuando prestan servicios públicos a los clientes, debido a su habitualmente alta carga de trabajo. Pero afrontan esta situación estresante elaborando una visión positiva de la misma moviéndose hacia los clientes y revelando una fuerte tendencia a superar estas dificultades proporcionando un servicio significativo y valorado como positivo por los propios trabajadores, a pesar de realizarlo bajo condiciones de estrés.

En relación a la valoración general del *burnout* cabe tener en cuenta que hay distintos grados, que van aumentando progresivamente, hasta llegar a una situación extrema que pueden llegar a dejar a una persona psicológicamente irreparable para el trabajo. La puntuación media y la desviación estándar obtenidas en los distintos ítems evaluados indican que una parte importante de profesionales puntúan por encima de umbrales que pueden considerarse ya críticos. Esto significa que no solo están en situación de riesgo psicosocial de *burnout*, sino que algunos ya están dentro de este proceso. Hecha esta puntuación general, se procede a revisar matices más concretos.

La valoración global de los componentes del *burnout* indicó la existencia de un nivel de cinismo más bajo que de agotamiento. Lo cual es una constante en la extensa literatura empírica sobre el *burnout* en personal de servicios en general y en las enfermeras en particular ^(97,117,237-240).

Un nivel entre bajo-moderado en aspectos asociados al **agotamiento** indicaron que la percepción de las enfermeras estaba asociada a ideas y sentimientos sobre que el trabajo fatiga, consume, agota emocionalmente, estresa o *quema* y está relacionado con la presencia de los efectos colaterales identificados, entre ellos la sobrecarga, el agotamiento físico, la saturación mental y el desgaste emocional. Todo ello no sorprende teniendo en cuenta las actuales condiciones de trabajo de las enfermeras, en las que la carga y la presión son altas y donde hay un desajuste entre el tiempo de trabajo y la actividad a desarrollar. Suñer, en su investigación, indica que a mayor agotamiento emocional peor es la salud percibida por los profesionales, lo cual se corresponde en nuestro

estudio, si relacionamos los resultados entre agotamiento percibido y la presencia de efectos colaterales identificados ⁽²⁴¹⁾. Por su parte, autores como Steege ⁽²⁴²⁾ dicen que el agotamiento es difícil de solucionar, debido a la propia cultura de las enfermeras que constituye una barrera para solucionarlo. En el estudio cualitativo que publicó recientemente, las enfermeras se describen como “*super-enfermeras*”, con capacidades extraordinarias para dar ayuda, sin compañía e invulnerables a cualquier situación.

Aunque se observó un nivel bajo de **cinismo**, destacó que la valoración realizada sobre la utilidad de su trabajo estaba muy próxima al riesgo moderado. Las enfermeras valoraron que en los últimos años había aumentado su competencia profesional (aspecto valorado en el bienestar psicosocial), sin embargo se preguntaban sobre la utilidad en su trabajo, lo cual por un lado sorprende y por otro se asocia a la percepción cualitativa, no cuantitativa, del poco reconocimiento que percibieron las enfermeras de parte de otros profesionales, de los usuarios, de los familiares y de la sociedad en general.

Autores como Khamisa ⁽⁹²⁾ y Lorenz ⁽²⁴³⁾ en sus investigaciones refieren que la falta de soporte organizacional puede dar lugar a un aumento de cinismo. Teniendo en cuenta que la percepción de las enfermeras fue que la organización se ajustaba menos a ellas respecto a su adaptación a la organización, no sorprende la valoración realizada respecto al cinismo, que dista del ideario de excelencia deseable.

Asimismo, a pesar del carácter estresante de su trabajo y de la presencia de cierto agotamiento, las enfermeras declararon esforzarse para realizarlo todo y bien y mostraron la percepción compartida de una alta eficacia profesional. En relación a la **eficacia profesional** cabe destacar que todos los ítems fueron valorados en niveles altos, a excepción del ítem referido a hacer bien su propio trabajo, que fue valorado como muy alto. La eficacia profesional percibida por las enfermeras fue muy buena en todo lo que hacía referencia a aspectos relacionados con las cualidades personales como el esfuerzo, las competencias personales y las profesionales. Sin embargo, en referencia a la contribución eficaz a la actividad de la organización, aun siendo bien valorada, destacó que estaba por debajo del resto de aspectos relacionados con la eficacia profesional.

Globalmente, se observa que entre los aspectos que valoran el cinismo y el agotamiento no hay ninguno interpretado como de muy bajo riesgo y en el caso de la eficacia profesional sólo hay un aspecto valorado de muy alta eficacia, lo cual indica que las enfermeras en todos los aspectos evaluados están alejadas del ideario deseable.

Por otro lado, teniendo en cuenta la valoración realizada de las condiciones de trabajo, sobre todo en aspectos relacionados con la regulación (tiempo de trabajo, carga de trabajo, calidad del contrato, etc.), el desarrollo (autonomía, participación, etc.) y la percepción que la adaptación de la organización a las enfermeras es menor que su ajuste a la organización, no sorprenden los resultados obtenidos en el cinismo y el agotamiento, sobretodo la valoración crítica realizada por algunos profesionales.

A partir de los resultados obtenidos, parece importante que las organizaciones continúen implementando y desarrollando acciones para prevenir el *burnout*, pero también es importante el papel que pueden tener los propios profesionales. A pesar de que hay estudios que han evidenciado que los rasgos de personalidad pueden favorecer el desarrollo del *burnout*⁽¹⁰⁷⁾, también hay otros en los que se muestra que la participación e implicación activa del propio trabajador en el diseño y la organización de su propio trabajo puede contribuir a prevenir el *burnout* y aumentar el *engagement*⁽²⁴⁴⁾.

La valoración de los tres componentes del *engagement* indica la existencia de un nivel de **dedicación** alto, acompañado de un nivel de **vigor** y **absorción** moderados. Aunque la valoración es positiva en los tres componentes, hay un acercamiento del vigor y de la absorción a la línea central que separa el polo positivo del negativo. Un nivel moderado o cercano a él en aspectos asociados a la dedicación (la inspiración y el reto por el trabajo), al vigor (el sentimiento de plenitud, fuerza, resistencia al trabajo durante periodos largos de tiempo y ganas de ir a trabajar) y a la absorción (sentimiento de inmersión, de dejarse llevar y de felicidad por la absorción en el trabajo) indican que el nivel de *engagement* observado en las enfermeras está alejado del ideario de excelencia deseado. Hay que tener en cuenta que la falta de *engagement* es un predictor de insatisfacción, de *burnout* y de intención de abandonar el trabajo⁽¹⁴⁵⁾.

Los niveles de *engagement* obtenidos no sorprenden, teniendo en cuenta las actuales condiciones de trabajo (precarias, inestables, flexibles, etc.) y la percepción que tienen las enfermeras que la adaptación de la organización a ellas es menor que su ajuste a la organización. Algunos autores identifican que para que el *engagement* en los trabajadores sea óptimo, debe haber un manejo óptimo de la organización respecto de la vida laboral y organizacional de los trabajadores ^(143,146). Por otro lado, el *engagement* prospera cuando los valores individuales de las personas coinciden con los de la propia organización ⁽¹³⁷⁾, aspecto que en las enfermeras estuvo alejado del ideario de excelencia.

Tampoco sorprenden los resultados de *engagement* teniendo en cuenta la valoración realizada respecto a algunos aspectos de las condiciones de trabajo, como son los asociados a la regulación (carga de trabajo, retribución económica, etc.) y al desarrollo (autonomía, promoción laboral, participación en decisiones organizacionales, apoyo recibido desde la organización y del personal directivo, etc.), ambos muy alejados de un nivel óptimo y de excelencia. Aspectos como la carga, la sobrecarga y la presión asistencial manifestada por las enfermeras, causa que tengan que hacer el trabajo más rápido y con más esfuerzo, y aunque lo realizan de una manera comprometida y con dedicación, a veces perciben bajo control. Todo ello las puede llevar a situaciones de insatisfacción, malestar e intranquilidad, a las que algunos autores han hecho referencia ⁽¹⁵⁾.

Aunque la valoración positiva que realizaron las enfermeras del entorno social es un aspecto favorable para el mantenimiento y desarrollo del *engagement* ⁽¹⁴⁷⁾, otros aspectos son contraproducentes como la falta de apoyo, valoración y reconocimiento que percibieron de la organización, la dirección y los mandos intermedios. En este sentido, autores como Nei indican que sería necesario que los líderes recibieran entrenamiento para identificar las necesidades de los trabajadores, así como para aumentar la satisfacción en el trabajo y el compromiso general con la organización ⁽²⁴⁵⁾. Pohl en su estudio evidencia que cuando hay un buen soporte del líder, el *engagement* es mayor ⁽²⁴⁶⁾. También afirma que la relación entre el compromiso laboral y la satisfacción laboral es un fenómeno individual y de grupo, observando que cuando el grupo está comprometido con el trabajo, favorece el compromiso individual ⁽²⁴⁶⁾.

Autores como Tourangeau ⁽²⁴⁷⁾ proponen reforzar el *engagement* y las condiciones de trabajo para mejorar la satisfacción laboral de las enfermeras. En el presente caso también haría falta mejorar las condiciones de trabajo para favorecer el *engagement* y el bienestar de las enfermeras. Algunos autores sostienen que el *job crafting*, entendido como la modelación del propio trabajo, es un factor importante para el bienestar y el *engagement* de los empleados ^(244,248).

6.3. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN RELACIÓN AL OBJETIVO 3

El **objetivo 3** consiste en *analizar las relaciones entre las condiciones de trabajo y los niveles percibidos de bienestar laboral, de burnout y de engagement.*

La relación directa entre las condiciones de trabajo con el bienestar psicosocial, la eficacia profesional y el *engagement*, así como la relación inversa con los efectos colaterales y dos de los componentes del *burnout* (el cinismo y el agotamiento), son conceptualmente coherentes. Estas relaciones se corresponden con los resultados obtenidos en la tabla de contingencia, donde se observa que al mejorar la percepción de las condiciones trabajo, pasando éstas de pésimas a malas a buenas y a óptimas, aumenta progresivamente el porcentaje de profesionales que realizan una valoración más positiva del bienestar psicosocial y del *engagement* (vigor, dedicación y absorción) a la vez que disminuye el porcentaje de profesionales que manifiestan una intensidad elevada de efectos colaterales, de agotamiento y de cinismo. Estos resultados coinciden con los del conjunto de la literatura revisada sobre el tema ^(97,228,230,231,249-252). En este sentido, Kalliath ⁽²⁵³⁾ concluyó que los profesionales que están satisfechos con el trabajo presentan menos agotamiento y despersonalización.

La correlación baja identificada en la eficacia profesional percibida se corresponde con la valoración de los profesionales que la puntúan como alta o muy alta indistintamente de las condiciones de trabajo percibidas (CT pésimas, CT malas, CT buenas y CT óptimas). Probablemente, la valoración positiva del entorno social realizada por las enfermeras les hizo mantener una alta eficacia

profesional, en la línea de lo propuesto por Tummers y colaboradores ^(217,226). Por su parte, Emold ⁽²⁵⁴⁾ sostuvo que las buenas habilidades comunicativas y la percepción positiva del entorno, podían promover la eficacia profesional así como amortiguar la aparición de agotamiento emocional.

6.4. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN RELACIÓN AL OBJETIVO 4

El **objetivo 4** consiste en *analizar las relaciones entre la sobrecarga de trabajo y las puntuaciones relativas a las condiciones de trabajo, al bienestar laboral, al burnout y al engagement.*

El **tiempo** y la **carga de trabajo** son dos indicadores que permiten valorar la **sobrecarga de trabajo**. Según un estudio de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA) ⁽⁶⁴⁾, el factor de riesgo seleccionado de forma más común por los trabajadores europeos encuestados en 2014 fue el tener *“demasiado poco tiempo y demasiado trabajo”* (23,0%). En nuestro estudio, en ambos casos se han visto diferencias significativas y tendencias de comportamiento similares, observándose en general una relación directa con las condiciones de trabajo, el bienestar psicosocial y el *engagement*, así como una relación inversa con los efectos colaterales y los factores negativos asociados al *burnout* (cinismo y agotamiento). Sin embargo, mientras que en el tiempo de trabajo las diferencias significativas mayoritariamente tuvieron un tamaño del efecto de bajo a moderado*, en la carga de trabajo fue de moderado* a alto**. Aunque se ha visto que la mejora del tiempo de trabajo como la disminución de la carga de trabajo inciden positivamente en las condiciones de trabajo, en el bienestar psicosocial y en el *engagement*, a la vez que minimizan los efectos colaterales y los efectos negativos asociados al *burnout*, las diferencias identificadas están mucho más acentuadas en la carga de trabajo, convirtiéndola en un predictor más sensible de la sobrecarga. Esta diferencia entre el tiempo y la carga de trabajo, puede ser debida a que las enfermeras tienden a relacionar la carga de trabajo con actividades que son de obligatorio cumplimiento, mientras que el tiempo de trabajo suele asociarse a actividades que deberían realizarse para

mejorar la calidad de la atención, de los cuidados y de los registros enfermeros, pero que si el tiempo de trabajo no lo permite, no se desarrollan o se desarrollan parcialmente. Un estudio revisado llega a la conclusión que las enfermeras del hospital tienen más dificultad para establecer relación con los pacientes debido a la falta de tiempo ⁽²²²⁾. Van Bogaert en su estudio identificaba que la sobrecarga prolongada llevaba a las enfermeras a una disminución de la eficacia y a una disminución del trabajo bien hecho, a quejas de fatiga, dolor de cabeza y vulnerabilidad por las enfermedades, así como a sentimientos de frustración ⁽¹⁶²⁾.

Por otro lado, cabe destacar que ni la mejora del tiempo de trabajo ni la disminución de la carga de trabajo parecen tener una repercusión en la eficacia profesional de las enfermeras, pues indistintamente de la situación fue valorada como alta, aunque se observó una discreta mejoría cuando las condiciones eran más favorables pero las diferencias identificadas no fueron significativas.

En su conjunto, los datos aportados en esta investigación son concordantes con los aportados por la literatura ^(12,13,64,98,117,155,157,172,186,234,255-257) y muy especialmente con los estudios promovidos por la EU-OSHA, según los cuales el sobretrabajo (*overwork*) o la sobrecarga del mismo (*work overload*) aparece como el principal estresor laboral contemporáneo en el conjunto de Europa, y en España en particular. Un estudio desarrollado por el Observatorio Europeo de Riesgos, dedicado a la *estimación del coste del estrés y los riesgos psicosociales relacionados con el trabajo* ⁽⁶⁴⁾, se basó en una revisión bibliográfica de la literatura empírica actual sobre los diversos efectos de los riesgos psicosociales en el trabajo, y enfatizó sus costes a escala social, sectorial, organizacional e individual (en los planos físico y psicológico). Según las conclusiones de este estudio, *las organizaciones se ven principalmente afectadas por los costes relacionados con el absentismo, el presentismo, el descenso de la productividad y una elevada rotación del personal*, mientras que *los principales costes para las personas tienen que ver con el deterioro de la salud, la mortalidad y una menor calidad de vida*. Unos costes que, según la misma Agencia, *también afectan en última instancia a las economías nacionales*. La conclusión general de este informe es la de que los costes financieros del estrés relacionado con el trabajo y de los riesgos psicosociales en el trabajo (costes de asistencia sanitaria, pérdida de productividad, absentismo, etc.) constituyen una gran justificación económica para prevenir el estrés y los riesgos psicosociales en el trabajo.

6.5. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN RELACIÓN AL OBJETIVO 5

El **objetivo 5** consiste en *analizar las relaciones entre las condiciones de trabajo y el significado del trabajo*.

Al analizar las relaciones entre las **condiciones de trabajo** y el **significado del trabajo** se observa una alta coherencia entre la valoración cuantitativa de las condiciones de trabajo y la cualitativa de los significados de la experiencia laboral aportada por las enfermeras que participaron en el estudio. Las condiciones de trabajo óptimas y buenas están asociadas a códigos de significado positivos mientras que las condiciones de trabajo malas y pésimas están asociadas a códigos de significado negativos.

Destaca que las enfermeras piensan en su profesión en términos de relación de cuidado al paciente (cuidar, humanismo, vocación, buenas relaciones con los pacientes...) y perciben su experiencia laboral y profesional en términos relativamente positivos, indicando aspectos que se deben proteger y fortalecer como son la eficacia, las buenas relaciones sociales y el compañerismo, el compromiso, la responsabilidad, el bienestar, las oportunidades para el desarrollo profesional, el vigor, la satisfacción, las buenas condiciones socioeconómicas, la ética, la realización y la autonomía, entre otras. En contrapartida, también identifican carencias, deficiencias, disfunciones y pérdidas en el diseño, la organización y la gestión del trabajo, así como de las condiciones del ejercicio profesional. Esta cara negativa está marcada especialmente por las malas condiciones socioeconómicas, la sobrecarga de trabajo, el agotamiento, el malestar, el clima negativo, la insatisfacción, el trabajo inapropiado, la injusticia, el poco reconocimiento, la mala gestión y el cinismo organizacional.

La valoración numérica indica el nivel de satisfacción de las enfermeras con las condiciones del trabajo en el contexto actual barcelonés, mientras que los códigos de significado establecidos ponen nombre a los aspectos de aquellas condiciones que se deberían fortalecer y a los que se habría de modificar. También se observa una cierta correspondencia entre la valoración numérica de las condiciones de trabajo y el porcentaje de formas léxicas positivas, situándose

en ambos casos ligeramente por encima del punto medio que separa el polo positivo del negativo.

La valoración moderadamente positiva de las condiciones de realización de la propia experiencia laboral es concordante con lo recogido por los informes actuales sobre calidad de vida laboral en general ⁽²⁵⁾, en el sector sanitario en particular ^(15,189,220,227) y en el ámbito de la enfermería específicamente ^(95,221,227). También lo es la valoración negativa de las características y tendencias contemporáneas en cuanto a las condiciones de trabajo en general como factores de riesgo psicosocial ⁽²⁵⁸⁻²⁶⁰⁾ y de malestar laboral en el trabajo asistencial para el cuidado de la salud ^(97,231,249-251,261).

6.6. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN RELACIÓN AL OBJETIVO 6

El **objetivo 6** consiste en *analizar las relaciones entre las características sociodemográficas y laborales y las condiciones de trabajo, el bienestar laboral, el burnout y el engagement*.

Las relaciones establecidas entre las características sociodemográficas y laborales con las condiciones de trabajo, el bienestar laboral, el *burnout* y el *engagement* mostraron diferencias significativas con un tamaño efecto alto** en relación al ámbito de trabajo y al nivel de vida percibido, diferencias que se han considerado relevantes. Hubo aspectos asociados a estas dos variables que tuvieron diferencias significativas con efecto moderado* y que han sido consideradas menos relevantes.

En relación al **ámbito de trabajo** destacó que las enfermeras que valoraron peor las condiciones de trabajo fueron las asistenciales (seguidas de las gestoras, las investigadoras y las docentes). Las enfermeras asistenciales también percibieron que el ajuste de la organización a ellas era mucho menor que la adaptación de ellas a la organización, diferencia que en las docentes fue muy pequeña. Estas diferencias podrían justificar la peor valoración de las condiciones

de trabajo en las asistenciales y la mejor valoración en las docentes. En el desarrollo, también se observó una percepción diferencial entre las enfermeras asistenciales y las docentes, siendo peor valorado por las primeras. Esta situación podría ser debida a que en el entorno universitario, aspectos como la formación, la autonomía en la toma de decisiones profesionales y la evaluación del rendimiento profesional forman parte del trabajo diario, en cambio, en el ámbito asistencial realizar formación financiada dentro del horario laboral es una oportunidad escasa, el rol de colaboración se antepone al rol autónomo y la cultura de evaluación está escasamente implantada. Otros aspectos relacionados con las condiciones de trabajo en los que se identificaron diferencias, pero menos relevantes, fueron la regulación, el entorno social y material, que en todos los casos fueron peor valorados en las enfermeras asistenciales. Las diferencias en relación al ámbito también se hicieron visibles en el bienestar laboral general, el *burnout* y el *engagement*, aunque fueron menos relevantes pero se observó que en general las enfermeras asistenciales valoraron peor que las docentes el bienestar psicosocial y el *engagement*, además de puntuar más alto los efectos colaterales y el agotamiento.

Las diferencias existentes entre las enfermeras asistenciales y las docentes reafirman la relación directa observada entre las condiciones de trabajo con el bienestar psicosocial y el *engagement*, así como la relación inversa entre las condiciones de trabajo con los efectos colaterales y el agotamiento. Por ello no sorprende que las enfermeras asistenciales, que valoraron más bajo las condiciones de trabajo que las docentes, puntuasen también más bajo que éstas en el bienestar psicosocial y en el *engagement*, así como más alto en los efectos colaterales y en el agotamiento. En este sentido, alerta la valoración general que las enfermeras asistenciales realizaron de sus condiciones de trabajo porque son las responsables de dar una atención y cuidados de calidad a la población, pero también porque son el mayor número de profesionales de la disciplina enfermera. Si esta percepción negativa de las condiciones de trabajo se perpetua en el tiempo podría comportar en las profesionales malestar, insatisfacción, estrés, *burnout*, enfermedad, absentismo laboral e intención de abandonar la profesión, tal y como otros autores ya han evidenciado en sus estudios ^(200,201,223). Por todo ello, sería necesario que las organizaciones implementasen acciones dirigidas a mejorar las condiciones y el entorno de trabajo de las enfermeras, acciones que repercutirían positivamente en su bienestar y en su calidad de

vida laboral. Además, otros autores ya han identificado que mejorar las condiciones de trabajo de las enfermeras repercute positivamente en la calidad de la atención y los cuidados, en la seguridad y satisfacción de los pacientes, así como en los resultados de salud (tasas de mortalidad, de infección nosocomial, de acontecimientos adversos, etc.) ^(170,199,200,202-204,262)

Respecto al **nivel de vida** percibido por las enfermeras los resultados inducen a pensar que es un claro predictor de las condiciones de trabajo, del bienestar laboral, del *burnout* y del *engagement*. Las enfermeras que percibieron que su nivel de vida era bueno o muy bueno fueron las que valoraron mejor las condiciones de trabajo, el bienestar psicosocial y el *engagement*, así como las que puntuaron más bajo los efectos colaterales, el agotamiento y el cinismo. Contrariamente, las enfermeras que percibieron que su nivel de vida era malo o muy malo fueron las que valoraron peor las condiciones de trabajo, el bienestar psicosocial y el *engagement*, a la vez que fueron las que puntuaron más alto en los efectos colaterales, el agotamiento y el cinismo. Por otro lado, el nivel de vida percibido está muy relacionado con el porcentaje de jornada laboral y con la retribución económica, aunque también con la situación contractual, el ámbito y el horario de trabajo. El porcentaje de enfermeras que valoraron su nivel de vida como bueno fue mayor al aumentar el tiempo de la jornada laboral y la valoración de la retribución económica, observando en esta última las principales diferencias; también fue mayor este porcentaje en las enfermeras docentes y en las gestoras respecto a las investigadoras y las asistenciales, en las que tenían una contratación interina o estable respecto a las que la tenían temporal y en las que su trabajo era de lunes a viernes en relación a las que trabajaban días festivos. Todo lo anterior parece indicar que el nivel de vida percibido está determinado principalmente por variables laborales asociadas a las condiciones de trabajo y estas a su vez repercuten en el bienestar laboral, en el *burnout* y en el *engagement*.

Además de las diferencias observadas en el ámbito de trabajo y del nivel de vida percibido, se observaron diferencias en **otras variables sociodemográficas y laborales**, aunque fueron menos relevantes. Se observaron diferencias en las condiciones de trabajo, el bienestar laboral general, el *burnout* y el *engagement* en relación a la edad, los años de titulación, el carácter del centro de trabajo, la situación contractual, la jornada laboral, el tiempo de contratación, el puesto de trabajo, el horario, el turno y el tiempo de baja por enfermedad. En relación

al sexo y la dependencia de familiares a su cargo no se observaron diferencias relevantes.

En la **edad** y los **años de titulación** se observó que en ambos casos con el paso de los años mejoraba el desarrollo y la regulación. Esto parece coherente teniendo en cuenta que en general los profesionales de mayor edad son los que tienen más trayectoria y experiencia profesional, más estabilidad laboral y son los que probablemente han tenido más oportunidades de cambio y de mejora durante su vida laboral. También se observó un leve descenso en la somatización en relación al aumento de los años de titulación, aspecto que podría estar relacionado con el mayor dominio del entorno laboral y de la capacidad de afrontamiento de situaciones laborales complejas. No se ha observado diferencias en el *engagement* relacionadas con la edad, a diferencia de los estudios realizados por McNeese-Smith ^(263,264) en los que se indica que las enfermeras de mayor edad y que están en una fase de madurez en el desarrollo laboral muestran más compromiso con la organización, pero que cuando ya están en los últimos años de la etapa profesional disminuye su compromiso.

Aunque no se ha observado que las características sociodemográficas estudiadas incidan en el *burnout* algunos estudios indican que determinadas características personales de las enfermeras las hacen ser más sensibles al *burnout* ⁽⁴⁸⁾. Una de estas características podría ser la mayor resiliencia que está directamente relacionada con la mayor satisfacción del trabajo ⁽⁴⁵⁾ y por tanto minimiza el riesgo del *burnout*.

En los **centros de trabajo** privados hubo una mayor adaptación de la persona a la organización y una mejor valoración del entorno material que en los centros públicos; este último aspecto podría responder a la importancia que dan los centros privados a tener una buena imagen externa por lo que suelen disponer de unas buenas instalaciones, infraestructuras y servicios hoteleros para captar y mantener a los clientes.

Las enfermeras con una **contratación** temporal tuvieron una mayor adaptación a la organización y una peor valoración de la regulación, aspectos que pueden ser debidos a la precariedad e inestabilidad laboral en el entorno actual, que hace que las enfermeras que no tienen continuidad laboral tengan que aceptar

las demandas realizadas por las organizaciones para poder continuar trabajando, y probablemente por ello la adaptación es mayor que en las que tienen una contratación interina o estable.

La mejor valoración de las condiciones de trabajo, del desarrollo y de la regulación, estuvo relacionada con el mayor porcentaje de **jornada laboral**, lo cual es coherente.

Las enfermeras con mayor **tiempo de contratación** valoraron mejor la regulación y la eficacia profesional, aspectos que son coherentes, así como peor la adaptación a la organización. Conceptualmente sorprende que las enfermeras con mayor continuidad y estabilidad laboral fueran las que percibieran menor adaptación a la organización e indica bajo o nulo sentimiento de identidad con ésta. Esta situación probablemente se justifica por la percepción de bajo ajuste de la organización a las enfermeras, a lo que estas responden disminuyendo también su adaptación a la organización.

Las enfermeras que su **puesto de trabajo** era atención primaria valoraron mejor las condiciones de trabajo, el ajuste de la organización a la persona, el desarrollo y la regulación respecto a las de hospital. También se observó que el desgaste y la somatización en las enfermeras de sociosanitario y de hospital fueron mayores que en las de atención primaria y de salud mental. Todo ello hace pensar que aunque la crisis ha tenido un fuerte impacto en las enfermeras de atención primaria, las condiciones son mejores que en el hospital. Probablemente esta valoración es debida a que la situación de partida antes de la crisis era mejor en atención primaria y que hay aspectos de las condiciones laborales que son más favorables, como son el horario o la carga física de trabajo.

Las enfermeras que trabajaban en **horario** de lunes a viernes fueron las que puntuaron más alto las condiciones de trabajo, el ajuste de la organización a la persona, el desarrollo y la regulación. Por otro lado fueron las que puntuaron más bajo en efectos colaterales (alienación, desgaste y somatización) y más alto en bienestar psicosocial (expectativas y afectos). Esta valoración no sorprende, teniendo en cuenta que normalmente las profesionales que tienen un horario de lunes a viernes son las enfermeras que no trabajan en unidades de atención

continuada (hospitalización, urgencias, UCI, etc.) donde suele haber mayor carga de trabajo, presión asistencial y en general peores condiciones de trabajo, siendo lógico que el bienestar psicosocial sea mayor y la presencia de efectos colaterales menor.

Las enfermeras de **turno** diurno son las que manifiestan mejores condiciones de trabajo, de desarrollo y de regulación, así como menor somatización. No sorprende que valoren peor las condiciones de trabajo los profesionales de turno nocturno, teniendo en cuenta que la nocturnidad altera el ritmo de sueño-vigilia. Por otro lado, hay estudios que hacen referencia a que en el turno de noche trabajan muchas de las enfermeras acabadas de licenciar, que son las que en general tienen peores condiciones de contratación así como de regulación.

Las enfermeras que no estuvieron de **baja por enfermedad** o la baja fue inferior a 1 mes, fueron las que: valoraron mejor las condiciones de trabajo, el ajuste organización-persona y el bienestar psicosocial; puntuaron más bajo los efectos colaterales (desgaste); puntuaron más bajo en cinismo y en agotamiento, así como más alto en vigor. Todo ello hace pensar que las bajas por enfermedad de mayor duración pueden estar relacionadas con las condiciones de trabajo. En el estudio de Suñer se evidencia que las profesionales que presentan mayor agotamiento emocional son las que valoran peor la salud percibida ⁽²⁴¹⁾ y las que tiene mayor absentismo ⁽²⁶⁵⁾.

Además de las variables sociodemográficas y laborales hay **características personales**, como pueden ser la personalidad ⁽⁴⁸⁾ y la resiliencia ⁽⁴⁵⁾ entre otras, que no han sido estudiadas en la presente investigación pero que distintos autores han observado que pueden repercutir en la satisfacción laboral, en el *burnout* ⁽⁴⁸⁾ y en el abandono de la profesión ⁽²⁴⁷⁾.

6.7. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN RELACIÓN AL OBJETIVO 7

El **objetivo 7** consiste en *analizar cómo se distribuyen las puntuaciones de las condiciones de trabajo, del bienestar laboral, del burnout y del engagement según la calidad de vida laboral percibida.*

La **calidad de vida laboral** (CVL) de las enfermeras ha disminuido en los últimos años. Esto parece lógico, teniendo en cuenta que la aplicación de las medidas de contención del gasto en el contexto de crisis, tuvo un impacto negativo en las condiciones de trabajo de las enfermeras. Sin embargo, sorprende que la valoración del descenso de la CVL no haya sido mayor, teniendo en cuenta el impacto alto o moderado que tuvieron algunas de las medidas aplicadas, entre las que destacan las pérdidas retributivas, el incremento de la jornada laboral anual, el aumento de la complejidad y de la presión asistencial, el incremento del ratio de pacientes por enfermera y el aumento de la precariedad laboral.

Las enfermeras que perciben que más ha mejorado su CVL en los últimos años son las que valoran mejor las condiciones de trabajo, el bienestar psicosocial y el *engagement*, así como las que tienen menor presencia de efectos colaterales, de cinismo y de agotamiento. El descenso de las puntuaciones de las condiciones de trabajo, del bienestar psicosocial y del *engagement*, así como el aumento de las puntuaciones en los efectos colaterales, en el cinismo y en el agotamiento están acompañadas de un descenso de la CVL percibida. Conceptualmente parece coherente la relación directa establecida entre la CVL y las condiciones de trabajo, el bienestar psicosocial y el *engagement*, así como la relación inversa con los efectos colaterales, el cinismo y el agotamiento.

La eficacia profesional percibida fue puntuada alta en general. Las mayores puntuaciones fueron asociadas a los mayores niveles de CVL percibida.

La relación entre condiciones de trabajo y CVL mostró patrones homogéneos, y de relación lineal positiva: a mayores puntuaciones de las CT mayores niveles de CVL percibida.

6.8. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN RELACIÓN AL OBJETIVO 8

El **objetivo 8** consiste en *explorar los aspectos que mejorarían la calidad de vida laboral desde la visión de las enfermeras*.

Las enfermeras en general han opinado que mejoraría su **calidad de vida laboral** (CVL) si mejoraran las carencias, deficiencias, disfunciones y pérdidas relacionadas con sus condiciones de trabajo actuales. Muchos de los déficits identificados en las condiciones de trabajo, ya han sido identificados en otras investigaciones, como son los relacionados con la carga de trabajo, la autonomía, la participación, las condiciones de empleo y el desarrollo profesional. La mayoría de estos aspectos, el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) ⁽²⁶⁶⁾ y diferentes autores ^(40,63,65,85,87,95,96) los han considerado factores de riesgo laboral que pueden llevar a situaciones de malestar, insatisfacción, estrés, *burnout* y enfermedad. Otros aspectos que han aflorado, como son el desacuerdo con la retribución, la promoción, el liderazgo, la organización del trabajo, los compañeros de trabajo y la comunicación, autores como Panagiotis ⁽²⁶⁷⁾ y Masum ⁽²⁶⁸⁾ los han asociado a insatisfacción laboral. Otros autores han considerado como causas de malestar, estrés e insatisfacción situaciones como la falta de personal, el poco reconocimiento entre médicos y enfermeras ^(99,269), la falta de reconocimiento de la institución y los conflictos en el lugar de trabajo ⁽⁹⁷⁾, la falta de soporte del equipo de trabajo, los contratos laborales irregulares, el aumento de las cargas asistenciales, la fatiga psicológica ^(40,65,96), la precariedad en la contratación, la inseguridad ^(85,96,268), la excesiva exigencia emocional y el desequilibrio entre la vida profesional, personal y familiar ^(86,95). Las condiciones de trabajo asociadas a los conflictos interpersonales, las dificultades en las relaciones entre médicos y enfermeras, la falta de autonomía y de autoridad en la toma de decisiones y la indefinición del papel profesional, autores como Aiken han afirmado que pueden generar estrés crónico, *burnout*, insatisfacción profesional y abandono de la profesión ⁽¹⁷⁰⁾.

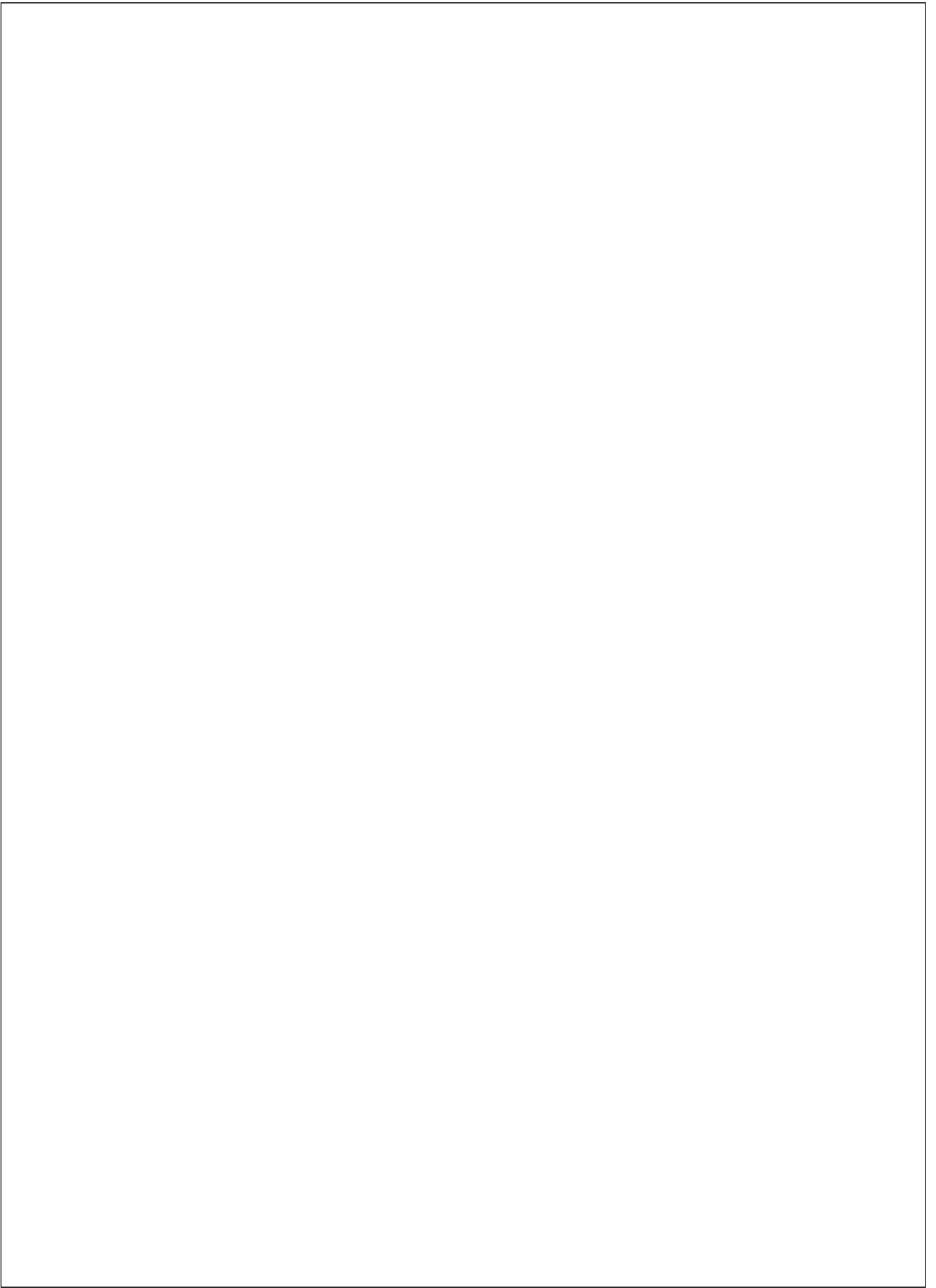
Otros estudios han evidenciado los efectos beneficiosos que generan unas condiciones de trabajo óptimas y que se corresponden con algunas de las acciones de mejora propuestas por las participantes. Autores como Lashinger ⁽²⁷⁰⁾ han

mostrado que el ejercicio de un buen liderazgo, realizado desde la transparencia, con buena comunicación, con soporte a los profesionales y con recursos para el trabajo y para la formación, conlleva un mayor compromiso de los trabajadores y lleva a una mejor relación en los equipos, aumentando la satisfacción laboral y la productividad. Otros autores han mostrado que las enfermeras que aplican sus habilidades en el trabajo, desarrollándolo autónomamente y evaluándolo, tienen mayor empoderamiento y una actitud más positiva respecto al trabajo, mayor satisfacción laboral y presentan menos ansiedad ⁽²⁷¹⁾. Autores como Kutney-Lee ⁽²⁷²⁾ han afirmado que en los hospitales magnéticos, en los que los entornos son en general favorables para todos los profesionales y en particular para las enfermeras, que pueden poner en práctica sus conocimientos y experiencia clínica, el riesgo de *burnout* e insatisfacción laboral es menor, hay mejores cuidados y resultados en los pacientes, siendo menor la intención de abandonar la profesión.

Todas estas observaciones encajan perfectamente en el panorama general descrito en el conjunto de informes de la Agencia Europea de la Salud y de la Seguridad en el Trabajo y de las sucesivas actualizaciones de la encuesta europea sobre condiciones de vida y de trabajo, ampliamente citadas a lo largo de este estudio y esta discusión y en los que se insiste en la importancia de la evaluación de los riesgos psicosociales, especialmente de los relacionados con el estrés laboral y con la sobrecarga de trabajo, y también en los costes personales, organizacionales, sociales y económicos de su no prevención y en las ventajas en todos los órdenes de su prevención efectiva y de la promoción de la calidad de vida laboral.

7

LIMITACIONES Y FORTALEZAS DEL ESTUDIO



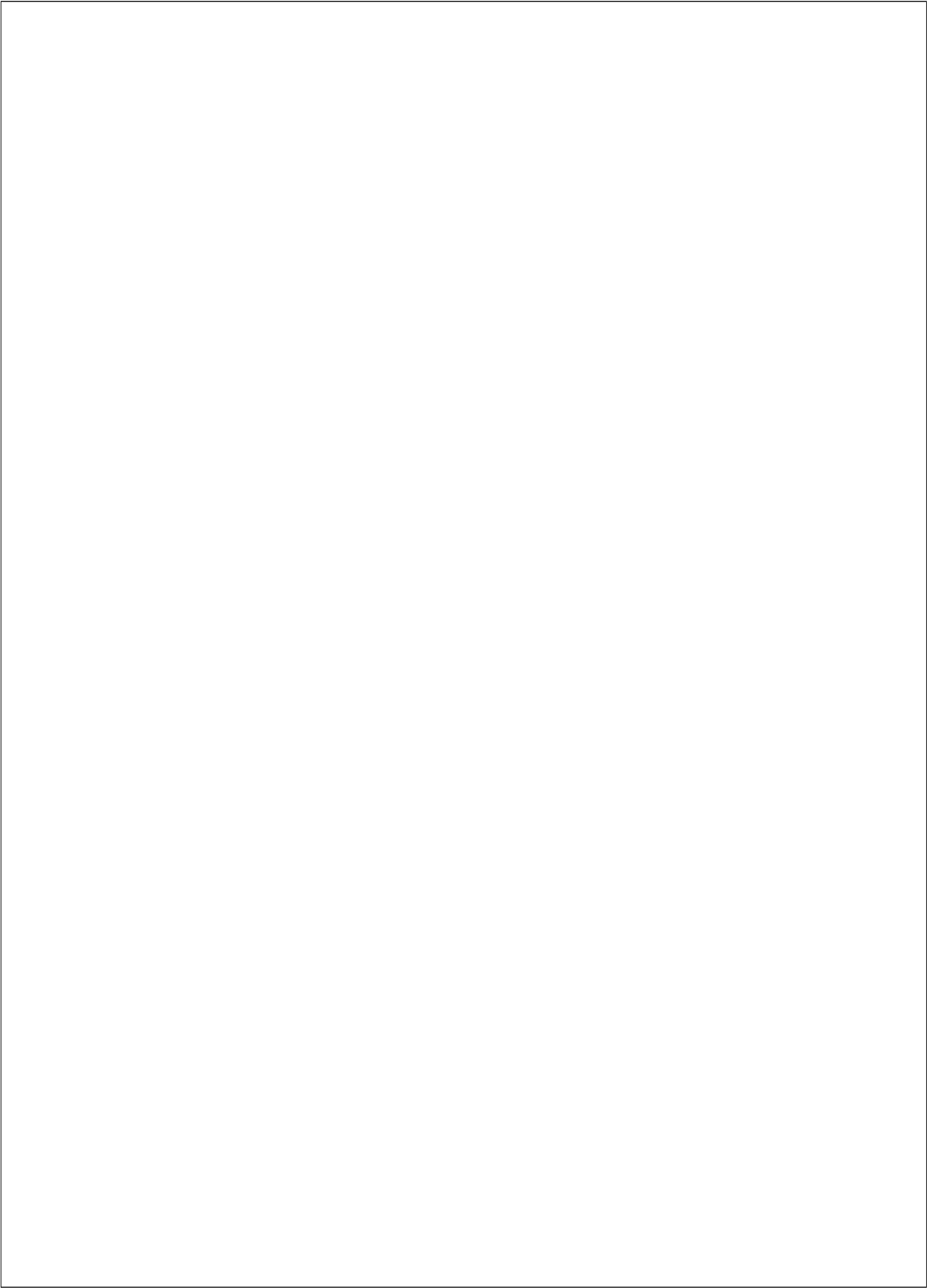
7. LIMITACIONES Y FORTALEZAS DEL ESTUDIO

Entre las **limitaciones** del estudio, cabe destacar, en el plano metodológico, el diseño transversal y un tipo de muestreo de carácter relativamente incidental, propiamente no aleatorio de relativa conveniencia y oportunidad.

El diseño transversal puede ser una limitación puesto que señala posibles asociaciones pero no permite establecer una relación causa-efecto de las asociaciones encontradas.

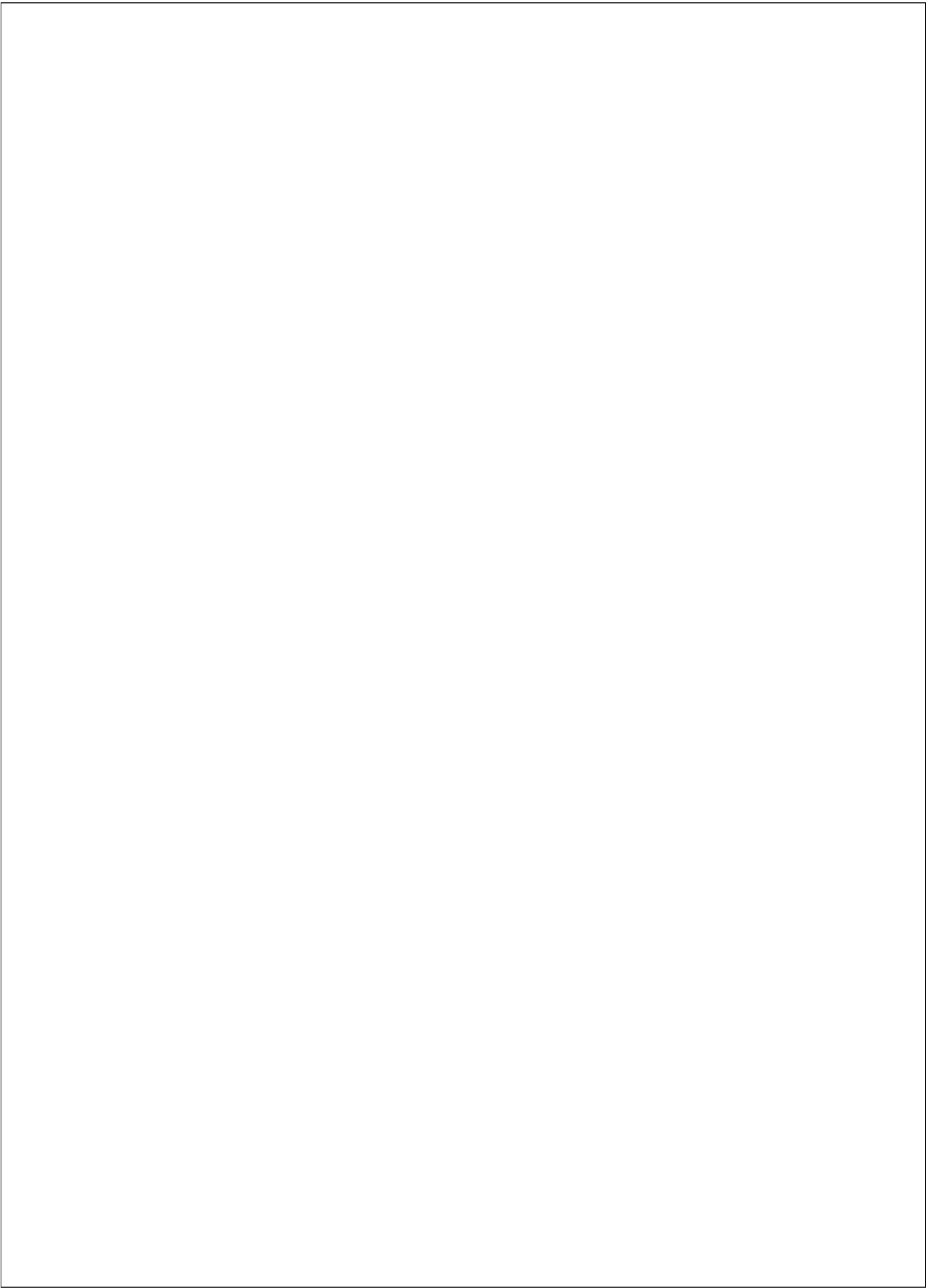
El tipo de muestreo hace que la muestra pudiera no ser representativa de las enfermeras de Barcelona, debido a que la participación fue voluntaria, y podría haber un sesgo de selección. Podrían haberse producido dos situaciones anómalas: la primera que hubieran participado más los profesionales con peor calidad de vida laboral, al sentir la necesidad de plasmar su malestar; y la segunda que los que percibían una mejor calidad de vida laboral, al estar más motivados, hubieran participado más. A pesar de ello, cabe decir que el perfil sociodemográfico de la muestra coincide con los datos de la población de enfermeras colegiadas de Barcelona.

Entre sus **puntos fuertes**, figura su diseño mixto, combinando una recogida de información cuantitativa, obtenida mediante una batería de herramientas en forma de escalas compuestas de series de ítems cerrados, así como información cualitativa recogida a partir de preguntas abiertas. Ello abrió la puerta a la aplicación de diversas técnicas de análisis de la información obtenida, incluyendo análisis estadístico, de contenido temático y de correspondencias. Otro punto a destacar es la amplitud del campo temático abarcado. Y finalmente, y no por ello menos importante, el tamaño del colectivo que participó en la investigación ($n = 1760$), una muestra que, aunque no se puede considerar estadísticamente representativa de la población de referencia, sin embargo reproduce sus características demográficas principales.



8

CONCLUSIONES



8. CONCLUSIONES

Conclusiones al objetivo 1. En el contexto de crisis, la aplicación de las medidas de contención del gasto sanitario ha tenido un impacto negativo en las condiciones de trabajo de las enfermeras, caracterizado por: recorte salarial, incremento de la jornada laboral, aumento de la carga de trabajo y precariedad e inseguridad laboral.

Conclusiones al objetivo 2. Las condiciones de trabajo y el bienestar psicosocial de las enfermeras, distaron mucho de una situación óptima o de excelencia. Las enfermeras presentaron efectos colaterales altos asociados a sobrecarga, agotamiento físico, saturación mental y desgaste emocional. La presencia de dolores de espalda y tensiones musculares también fue alta.

El entorno social y el material fueron los aspectos mejor valorados, mientras que la regulación y el desarrollo los peor valorados, donde se identificaron los principales problemas y las necesidades de mejora. Las enfermeras percibieron que su adaptación a la organización era superior a la de ésta a ellas. Además, aspectos como la participación, las oportunidades o la seguridad en el trabajo habían empeorado en los últimos años.

La valoración del *burnout* indicó presencia baja de cinismo, mayor agotamiento y alta eficacia. El *engagement* fue alto en la dedicación y moderado en el vigor y la absorción.

Conclusiones al objetivo 3. Las enfermeras con mejores condiciones de trabajo fueron las que tuvieron mayor bienestar psicosocial y *engagement*, así como las que tuvieron menor presencia de efectos colaterales, de cinismo y de agotamiento. La eficacia profesional fue alta indistintamente de las condiciones de trabajo.

Conclusiones al objetivo 4. El tiempo y la carga de trabajo estuvieron directamente relacionados con las condiciones de trabajo, el bienestar psicosocial y el *engagement* e inversamente relacionados con la presencia de efectos colaterales,

cinismo y agotamiento. La eficacia profesional fue alta indistintamente del tiempo y de la carga de trabajo.

Conclusiones al objetivo 5. El significado que las enfermeras dieron a su trabajo, mostró una experiencia laboral ambivalente, caracterizada por la tensión entre la vocación del cuidar (acompañada de compromiso, responsabilidad, eficacia y compañerismo) y la imposición de una sobrecarga de la tarea (con presencia de agotamiento, malas condiciones socioeconómicas, malestar y clima negativo). Se observó una relación directa entre la valoración que hacían de las condiciones del trabajo y el significado que le otorgaban a éste.

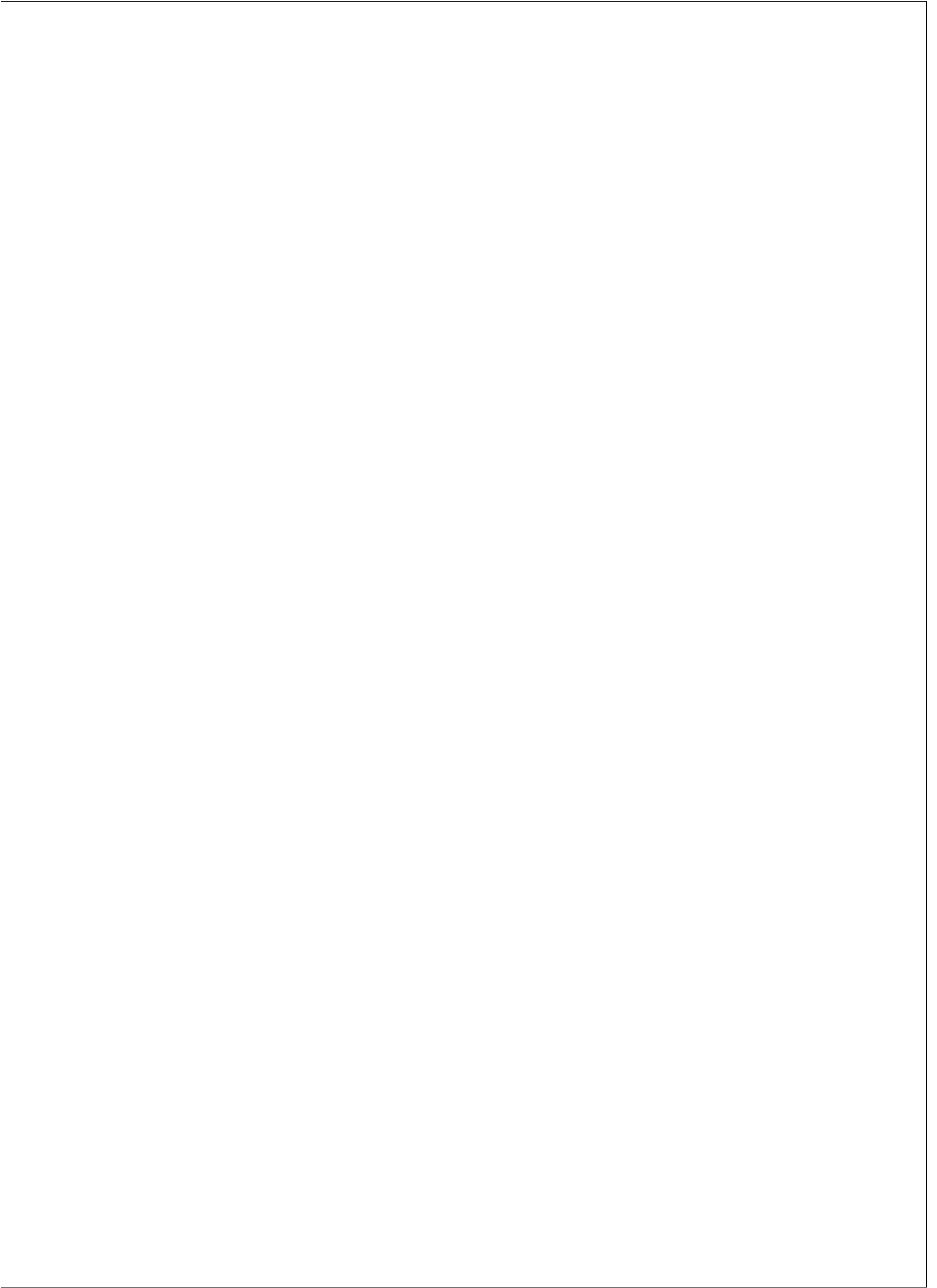
Conclusiones al objetivo 6. Entre las variables sociodemográficas y laborales estudiadas se observó que el nivel de vida percibido estuvo directamente relacionado con las condiciones de trabajo, con el bienestar psicosocial y con el *engagement*, e inversamente relacionado con los efectos colaterales, con el agotamiento y con el cinismo. Las enfermeras que percibieron su nivel de vida como bueno o muy bueno fueron profesionales que trabajaban a jornada completa, que valoraron que su retribución económica era buena u óptima, que tuvieron una contratación interina o estable, que estuvieron en el ámbito docente o gestor y que trabajaban de lunes a viernes. En cambio, las enfermeras que consideraron que su nivel de vida era malo o muy malo fueron profesionales que trabajaban a una jornada inferior al 50%, que valoraron que su retribución económica era pésima o mala, que tuvieron una contratación temporal, que estuvieron en el ámbito investigador o asistencial y que trabajaban días festivos.

Conclusiones al objetivo 7. La calidad de vida laboral estuvo directamente relacionada con las condiciones de trabajo, el bienestar psicosocial y el *engagement* e inversamente relacionada con la presencia de efectos colaterales, cinismo y agotamiento.

Conclusiones al objetivo 8. Las enfermeras propusieron distintos aspectos para mejorar su calidad de vida laboral, aspectos que daban respuesta a condiciones de trabajo deficitarias, y que estaban relacionadas principalmente con situaciones anómalas en la regulación (retribución, carga y tiempo de trabajo, calidad de contratación y conciliación) y en el desarrollo (autonomía, participación, desarrollo profesional, promoción, apoyo y reconocimiento). Mejorar los

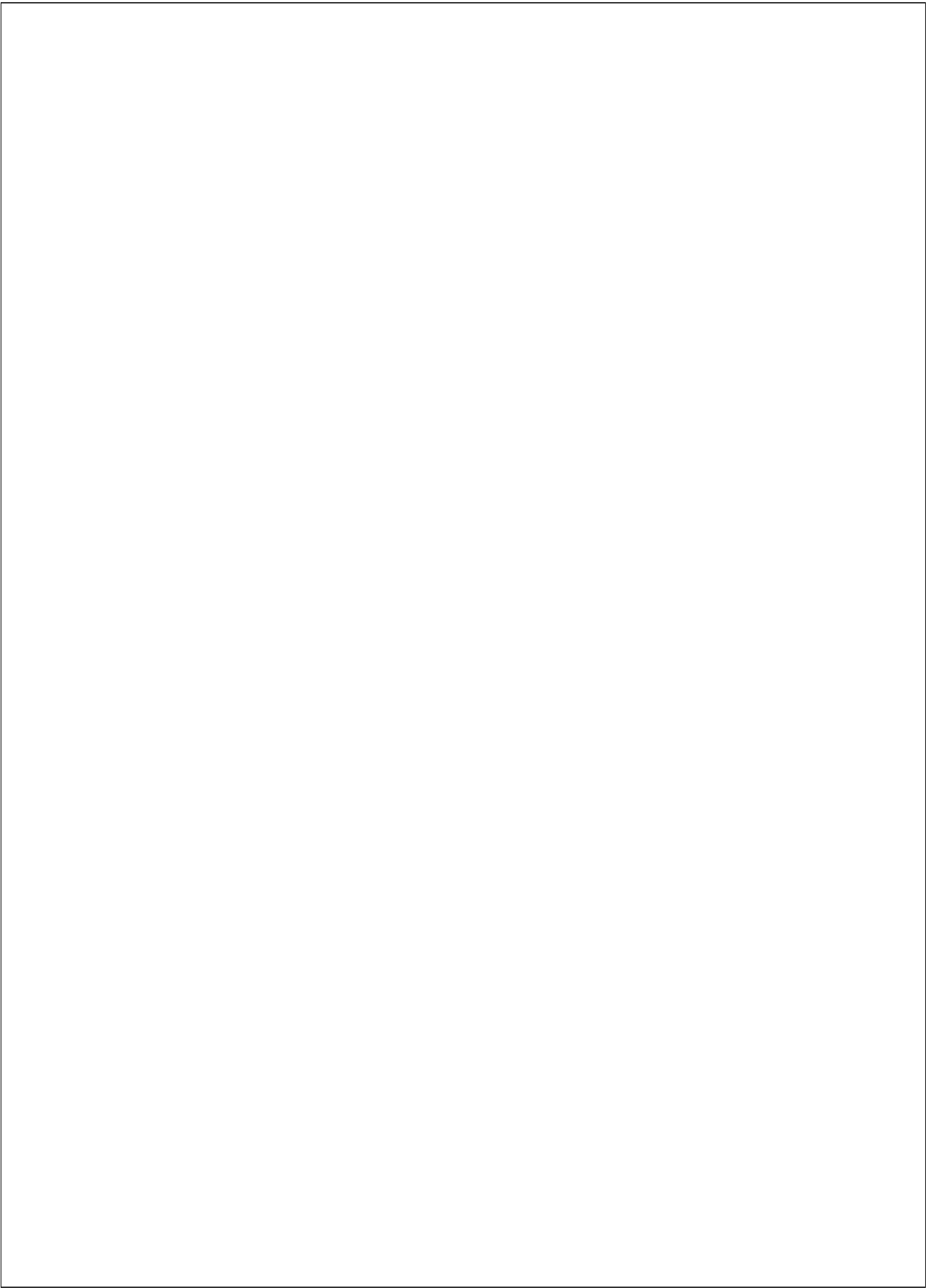
ratios enfermera/paciente, la contratación, la retribución, el apoyo, el reconocimiento, la autonomía, la participación, el desarrollo, la promoción profesional y el liderazgo son algunas de las acciones de mejora que las enfermeras propusieron para mejorar su calidad de vida laboral.

Conclusión general. Las enfermeras percibieron que su calidad de vida laboral había disminuido, que habían empeorado las condiciones de trabajo y que era necesario implementar acciones de mejora. Además, la valoración del bienestar psicosocial no fue óptima, había presencia de desgaste en los efectos colaterales y de agotamiento. En este contexto parece necesario implementar acciones dirigidas a mejorar las condiciones de trabajo de las enfermeras para minimizar los niveles de malestar laboral y el riesgo de *burnout*.



9

IMPLICACIONES TEÓRICAS Y PRÁCTICAS



9. IMPLICACIONES TEÓRICAS Y PRÁCTICAS

De la investigación realizada deriva un conocimiento del tema objeto de estudio, situado en el contexto de Barcelona, en el marco de cambios en la organización y gestión del sistema sanitario y de recortes por la crisis, aspectos que configuran, mantienen, refuerzan, amenazan y empeoran la calidad de vida laboral de los profesionales del cuidado en salud.

Por el **lado teórico**, puso de manifiesto la relevancia de las condiciones de trabajo de las enfermeras (carga asistencial, tipo de contrato, etc.) en su motivación, satisfacción y eficacia laboral.

Entre los aspectos nuevos e importantes del estudio, destaca la aportación de argumentos empíricos sobre la urgencia social de dar respuesta al empeoramiento de determinados aspectos de las condiciones de trabajo de las enfermeras, como la carga, la presión asistencial y la complejidad de su tarea.

Por el **lado práctico**, se extraen dos recomendaciones prioritarias:

- Adecuar los ratios de enfermera/paciente para minimizar la presión y la carga asistencial; y
- Mejorar las condiciones de contratación laboral y de retribución económica. Todo ello en orden a minimizar los niveles de malestar y riesgo de *burnout*; a maximizar los de seguridad, calidad y satisfacción, y en definitiva a promover la calidad de vida laboral y del servicio prestado a los pacientes y a la sociedad.

Por otra parte, del consenso de las **valoraciones y recomendaciones** de los organismos internacionales citados en la literatura revisada se desprenden una serie de consideraciones plenamente aplicables al campo de la presente investigación:

- El estrés laboral tiene antecedentes, causas y consecuencias, lo cual se aplica especialmente en el caso de las enfermeras.
- Evaluar y gestionar los riesgos psicosociales es más difícil y complejo que en el caso de los tradicionales riesgos físicos, mecánicos, ergonómicos de la salud y seguridad en el trabajo, especialmente en el caso de las enfermeras.

Calidad de vida laboral de las enfermeras:

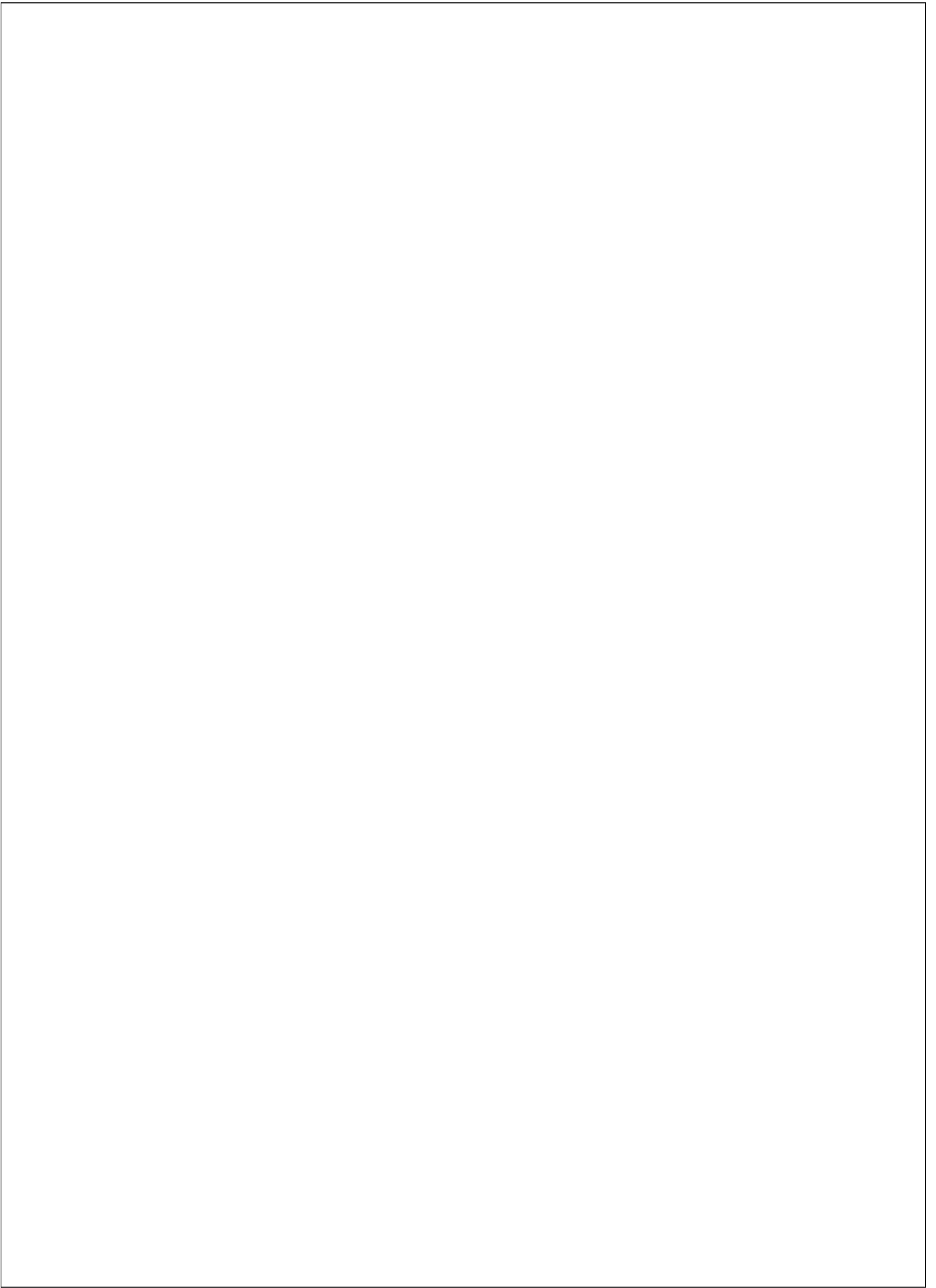
Evaluación y propuestas de mejora

- La evaluación permanente de los riesgos psicosociales es una tarea urgente y compleja, especialmente en el caso de las enfermeras.
- Los costes personales, organizacionales, sistémicos, sociales y económicos de no evaluar ni prevenir los riesgos psicosociales en el trabajo son mucho más elevados que los de evaluarlos y prevenirlos, especialmente en el caso de las enfermeras. Por ello, prevenir los riesgos psicosociales y promover la salud ocupacional y la calidad de vida laboral de las enfermeras es una buena apuesta, un buen ahorro, una buena inversión y un buen negocio para el sistema sanitario.
- La sobrecarga de trabajo no es sólo un problema laboral individual, también es un problema serio para la organización y para el conjunto del sistema sanitario. Afrontarla con decisión y eficacia es un reto para todos estos niveles.
- Una apuesta decidida, más allá de la retórica sobre la evaluación y la prevención de riesgos, por la promoción de la calidad de vida laboral de las enfermeras comporta cambios en algunas prioridades del sistema de salud, en aspectos centrales de la cultura organizacional y del estilo de gestión del sistema de salud orientados a la evaluación y prevención de riesgos psicosociales y la promoción de entornos de trabajo saludables.

The background is a solid blue color with several overlapping, semi-transparent circular patterns of varying shades of blue, creating a sense of depth and movement. The patterns are centered and radiate outwards from the middle of the page.

10

DIVULGACIÓN CIENTÍFICA Y
LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN



10. DIVULGACIÓN CIENTÍFICA Y LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

10.1. DIVULGACIÓN CIENTÍFICA DEL ESTUDIO

La difusión realizada del estudio a la comunidad científica ha sido a través de la presentación de artículos a revistas y presentación de comunicaciones (oral y póster) en actos científicos. En el *anexo 7* se muestran las acreditaciones disponibles actualmente.

Los **artículos** que se han elaborado hasta la actualidad son:

- **Granero-Lázaro A**, Blanch-Ribas JM, Roldán-Merino J, Torralbas-Ortega J, Escayola-Maranges AM. Crisis en el sector sanitario: Impacto percibido en las condiciones de trabajo de las enfermeras. *Enferm Clin.* 2017;27(3):163-171. Estado: Publicado.
- **Granero-Lázaro A**, Blanch-Ribas JM, Roldán-Merino J, Escayola-Maranges AM. Estrategias para mejorar la calidad de vida laboral: La perspectiva de las enfermeras. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental.* Estado: Aceptado para publicación 22/3/17. Ref. 07.
- **Granero A**, Blanch JM, Ochoa P. Condiciones laborales y significado del trabajo de enfermería en Barcelona. *Revista Latino-Americana de Enfermagem.* Estado: Enviado a la revista enero 2017.

Las **comunicaciones** presentadas a actos científicos han sido:

- **Granero Lázaro A**, Roldán Merino J, Blanch Ribas JM, Merodio Ruiz I, Escayola Maranges, A. Condiciones de trabajo y calidad de vida laboral percibida. XXXIV Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Murcia, 5-7 de abril de 2017. Comunicación oral. Estado: Presentada 6 de abril de 2017.
- **Granero Lázaro A**, Roldán Merino J, Blanch Ribas JM, Merodio Ruiz I, Escayola Maranges, A. Condiciones de trabajo y significado de trabajo. XXXIV Congreso

Nacional de Enfermería de Salud Mental. Murcia, 5-7 de abril de 2017. Comunicación póster.

Estado: Presentado 5-7 de abril de 2017.

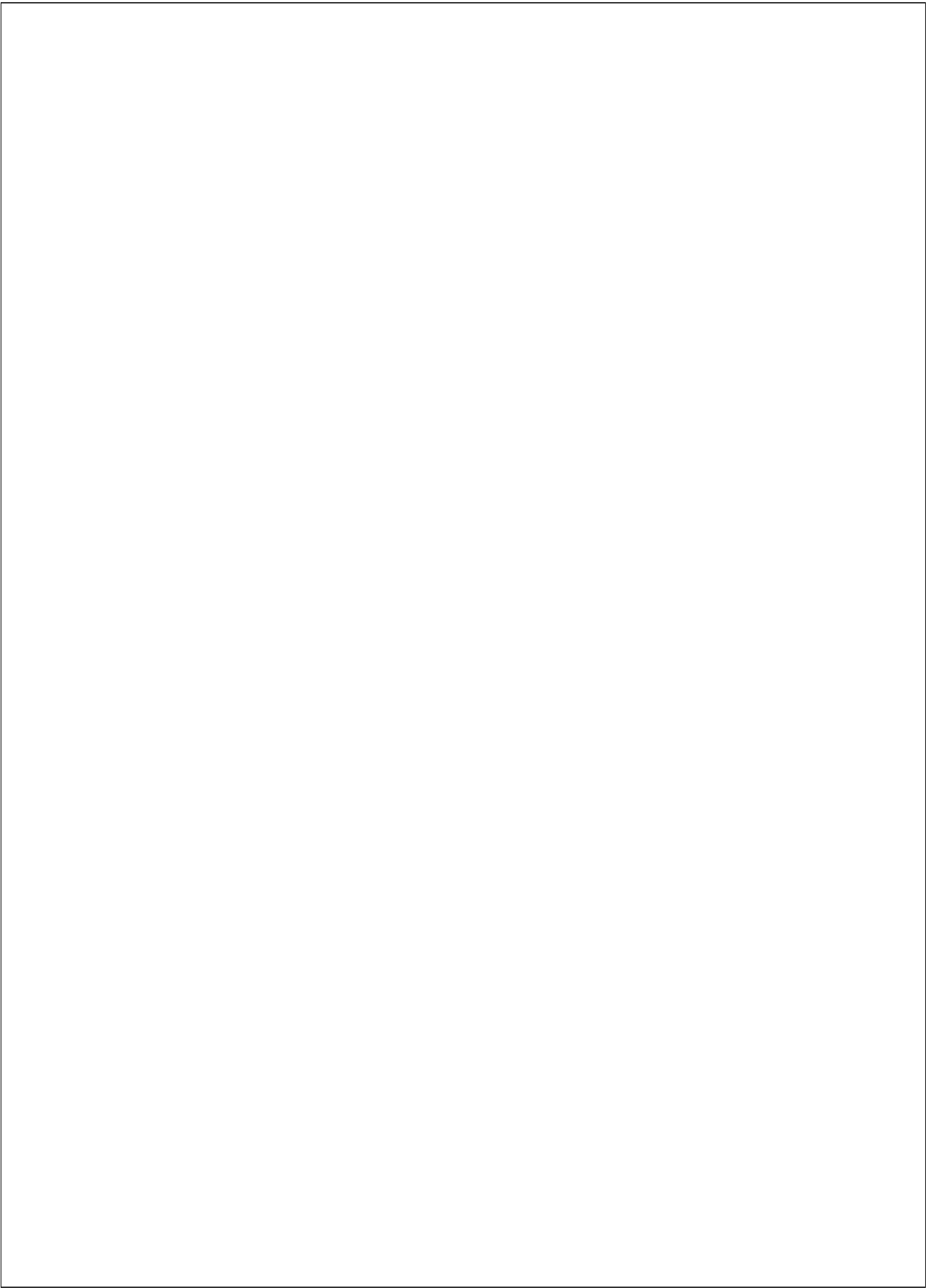
10.2. LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS

Entre las líneas que pueden enlazar con esta tesis figuran las que apuntan a las siguientes metas:

- Comprender más y mejor los mecanismos observados de afrontamiento de un trabajo de cuidado que, siendo percibido como muy estresante, suscita al tiempo una visión positiva del mismo; es decir, conocer y explicar mejor el proceso por el cual el desempeño de una profesión puede generar al tiempo desgaste y entusiasmo, agotamiento e implicación.
- Analizar y sistematizar lo que las condiciones de trabajo en enfermería conllevan de oportunidades positivas para el crecimiento personal, el desarrollo de la salud ocupacional y la calidad de vida laboral, el rendimiento profesional, la calidad del servicio y el desarrollo de organizaciones saludables.

11

BIBLIOGRAFÍA



11. BIBLIOGRAFÍA

1. Larbi GA. The new public management approach and crisis states for social development. *United Nations Res Inst Soc Dev.* 1999;(112):1-60.
2. Morales M. Nueva gestión pública en Chile: Orígenes y efectos. *Rev Cienc Política.* 2014;34(2):417-38.
3. Blanch JM. Afrontando la nueva gestión pública: Obedeciendo y resistiendo. En: Ferreira MC, García JN, Pereira C, Mendes AM, editores. *Dominação e resistência no contexto trabalho-saúde.* Sao Paulo: Mackenzie; 2011. p. 81-98.
4. Sennett R. La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo. Barcelona: Anagrama; 2000.
5. Sennett R. La cultura del nuevo capitalismo. 2ª edición. Barcelona: Anagrama; 2006.
6. Blanch JM, Stecher A. La empresarización de servicios públicos y sus efectos colaterales. Implicaciones psicosociales de la colonización de universidades y hospitales por la cultura del nuevo capitalismo. Avance de resultados de una investigación iberoamericana. En: Wittke T, Melogno P, editores. *Psicología y organización del Trabajo. Producción de subjetividad en la organización del trabajo.* Montevideo: Psicolibros; 2009. p. 191-209.
7. Blanch JM, Stecher A. Organizaciones excelentes como factores de riesgo psicosocial. La modernización de los sistemas de salud desde la perspectiva del personal sanitario: Un estudio iberoamericano. En: Carrillo MA, editor. *Psicología y Trabajo: Experiencias de investigación en Iberoamérica.* México: U. A. Querétaro; 2010. p. 88-104.
8. Blanch JM. Teoría de las relaciones laborales. Tomo I: Fundamentos. Tomo II: Desafíos. Barcelona: EDIUOC; 2003.
9. Blanch JM. Procesos psicosociales en el empleo, el desempleo y el subempleo. Barcelona: UOC; 2016.
10. Fumagalli A. Bioeconomía y capitalismo cognitivo. Hacia un nuevo paradigma de acumulación. Madrid: Traficantes de Sueños; 2010.
11. Agulló E. Entre la precariedad laboral y la exclusión social: los otros trabajos, los otros trabajadores. En: Agulló E, Ovejero A, editores. *Trabajo, individuo y sociedad Perspectivas psicosociológicas sobre el futuro del trabajo.* Madrid: Pirámide; 2001.
12. EU-OSHA. Guía de la campaña: Gestión del estrés y de los riesgos psicosociales en el trabajo [Internet]. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas; 2014 [citado 2016 Mar 23]. Disponible en: https://www.junta-deandalucia.es/empleo/webiapr/larpsico/sites/es.empleo.webiapr.larpsico/files/recursos/documentacion_normativa/ESTRÉS.pdf
13. Eurofound and EU-OSHA. Psychosocial risks in Europe: working conditions and interventions. [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2014 [citado 2017 Mar 23]. Disponible en: <https://osha.europa.eu/en/tools-and->

- publications/publications/reports/psychosocial-risks-eu-prevalence-strategies-prevention
14. EU-OSHA. La estimación del coste del estrés y los riesgos psicosociales relacionados con el trabajo. Revisión bibliográfica. [Internet]. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas; 2014 [citado 2017 Mar 23]. Disponible en: <file:///C:/Users/urgencies/Downloads/597calculating-the-cost-of-work-related-stress-and-psychosocial-risks-ES.pdf>
 15. Ochoa PJ. Significado del trabajo en la profesión médica. Un estudio iberoamericano. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2012.
 16. Sennett R. El artesano. Barcelona: Anagrama; 2009.
 17. Blanch JM, Cantera L. El capitalismo sanitario como factor de riesgo psicosocial. Marco y agenda para un estudio de los efectos colaterales de la nueva gestión de los servicios de salud. En: Guillén C, Guil R, editores. Psicología Social: Un encuentro de perspectivas. Cádiz: Asociación de profesionales de Psicología Social; 2007. p. 1075–80.
 18. Blanch JM. La doble cara (organizacional y personal) de la flexibilización del trabajo. Desafíos, responsabilidad y agenda de la psicología del trabajo y de la organización. *Perspect en Psicol.* 2008;11:11–26.
 19. Blanch JM. Un instrumento para la evaluación de las condiciones psicosociales de trabajo. *Salud (i) Ciencia.* 2011;18(2):164.
 20. Blanch JM. Calidad de vida laboral en hospitales y universidades mercantilizados. *Papeles del Psicólogo.* 2014;35(1):40–7.
 21. Harvey N. Breve historia del neoliberalismo. Madrid: Akal; 2007.
 22. Ugalde A, Homedes N. Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina. *Rev Panam Salud Publica.* 2005;17(3):202–9.
 23. Ansoleaga E, Toro JP, Godoy L, Stecher A, Blanch J. Malestar psicofisiológico en profesionales de la salud pública de la Región Metropolitana. *Rev Med Chile.* 2011;139:1185–91.
 24. Navarro V. Dangerous to your health: Capitalism in health care. New York: *Monthly Review*; 1993.
 25. Eurofound. Primeros resultados: Sexta Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo. [Internet]. Dublin: Eurwork; 2016 [citado 22 Ago 2016]. Disponible en: <http://www.eurofound.europa.eu/es/publications/resume/2015/working-conditions/first-findings-sixth-europe>.
 26. Bacigalupe A, Martín U, Font R, González-Rábago Y, Bergantiños N. Austeridad y privatización sanitaria en época de crisis: ¿existen diferencias entre las comunidades autónomas? *Gac Sanit.* 2016;30(1):47–51.
 27. BOE. Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo. Boletín Oficial del Estado, nº126, (24 May 2010). [citado 8 May 2016] [Internet]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2010/05/24/pdfs/BOE-A-2010-8228.pdf>

28. BOE. Real Decreto-ley 20/2011, de 30 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 315, (31 Dic 2011). [citado 8 May 2016] [Internet]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2011/12/31/pdfs/BOE-A-2011-20638.pdf>
29. BOE. Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio. Boletín Oficial del Estado, nº 168, (14 Jul 2012). [citado 8 May 2016] [Internet]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2012/07/14/pdfs/BOE-A-2012-9364.pdf>
30. Ley 2/2012, de 29 de junio, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2012. Boletín Oficial del Estado, nº 156, (30 Jun 2012). [citado 8 May 2016] [Internet]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2012/06/30/pdfs/BOE-A-2012-8745.pdf>
31. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS). Determinants Socials i econòmics de la salut: Efectes de la crisi econòmica en la salut de la població de Catalunya [Internet]. 2014 [citado 2017 Mar 23]. 82 p. Disponible en: http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/contingutsadministratius/observatori_efectes_crisi_salut_document.pdf
32. Agencia EFE/Barcelona. Collell señala al coste de la sanidad como causa principal del déficit. El Periódico. 3 Ene 2011; Sección política.
33. Colom A, Marimon S, Tuà T. Anàlisi del pressupost de salut 2011 i propostes alternatives per millorar el Sistema Públic de Salut. [Internet]. Barcelona: Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris; 2011 [citado 2017 Mar 23]. Disponible en: http://www.caps.cat/images/stories/Presentaci_Parlament_maig_2012mf_final.pdf
34. ATTAC-España. La privatización de los servicios públicos en España [Internet]. 2012. Disponible en: http://www.attac.es/wp-content/uploads/2013/01/Web_v1.0.pdf
35. OECD. Stat 2011 [Internet]. París: OECD; 2011 [citado 2016 Aug 22]. Disponible en: <http://www.oecd.org>
36. Generalitat de Catalunya. Pla salut 2011- 2015. General Catalunya [Internet]. 2012; 178. Disponible en: <http://www.coill.org/Ficheros/Novedades/plasalut2011-15.pdf>
37. IDESCAT. Web de l'Estadística Oficial de Catalunya [Internet]. Barcelona: IDESCAT; 2006 [citado 2016 Aug 22]. Disponible en: <http://www.idescat.cat/>
38. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de gasto sanitario público 2014: principales resultados. 2014.
39. Mansilla F. Manual de riesgos psicosociales en el trabajo: Teoría y práctica: Cómo influyen los factores de riesgos psicosociales en el trabajo y su prevención. España: Editorial Académica Española; 2012.
40. Lavoie-Tremblay M, Bonin JP, Lesage AD, Bonneville-Roussy A, Lavigne GL, Laroche D. Contribution of the psychosocial work environment to psychological distress among health care professionals before and during a major organizational change. *Health Care Manag.* 2010;29(4):293-304.
41. World Health Organization. Entornos Laborales Saludables: Fundamentos y Modelo de la OMS. Contextualización, Prácticas y Literatura de Apoyo [Internet]. 2010 [citado 2017 Jan 15]. p. 144. Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf

Calidad de vida laboral de las enfermeras:

Evaluación y propuestas de mejora

42. NICE. Mental wellbeing at work (PH22). Reino Unido: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2009.
43. NICE. Healthy workplaces: improving employee mental and physical health and wellbeing (QS147). Reino Unido: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2017.
44. Blanch JM, Sahagún M, Cantera L, Cervantes G. Cuestionario de Bienestar Laboral General: Estructura y Propiedades Psicométricas. *Rev Psicol del Trab y las Organ*. 2010;26(2):157-70.
45. Zheng Z, Gangaram P, Xie H, Chua S, Ong S, Koh S. Job satisfaction and resilience in psychiatric nurses: A study at the Institute of Mental Health, Singapore. *Int J Ment Heal Nurs*. 2017;Forthcoming.
46. Fernández MI, Villagrasa JR, Gamo MF, Vázquez J, Cruz E, Aguirre MV, Andradas V. Estudio de la Satisfacción laboral y de sus determinantes en los trabajadores sanitarios de un área de Madrid. *Rev Esp Salud Pública*. 1995; 69: 487-97.
47. Liu Y, Aunguroch Y, Yunibhand J. Job satisfaction in nursing: a concept analysis study. *Int Nurs Rev*. 2016;63(1):84-91.
48. Kim YH, Kim SR, Kim YO, Kim JY, Kim HK, Kim H young. Influence of type D personality on job stress and job satisfaction in clinical nurses: The mediating effects of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction. *J Adv Nurs*. 2016;73(4).
49. Dirlam J, Zheng H. Job satisfaction developmental trajectories and health: A life course perspective [Internet]. Vol. 178, *Social Science & Medicine*. Elsevier Ltd; 2017 [citado 2017 Mar 22]. p. 95-103. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953617300473>
50. Suárez M, Asenjo M, Sánchez M. Job satisfaction among emergency department staff. *Australas Emerg Nurs J*. 2016;20(1):31-6.
51. Hakanen JJ, Peeters MCW, Schaufeli WB. Different types of employee well-being across time and their relationships with job crafting. *J Occup Health Psychol*. 2017;(2).
52. Chen F, Yang M, Gao W, Liu Y, De Gieter S. Impact of satisfactions with psychological reward and pay on Chinese nurses' work attitudes. *Appl Nurs Res*. 2015;28(4):29-34.
53. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction With Life scale. *J Pers Soc Psychol*. 1985;49:71-5.
54. Hills P, Argyle M. The Oxford Happiness Questionnaire: A compact scale for the measurement of psychological well-being. *Pers Individ Dif*. 2002;33(7):1073-82.
55. Endicott J, Nee J, Harrison W, Blumenthal R. Quality of Life Enjoyment and Life Satisfaction Questionnaire: a new measure. *Psychopharmacological Bulletin*. 1993; 28: 321-6.
56. Ryff CD, Keyes CL. The structure of psychological well-being revisited. *J Pers Soc Psychol*. 1995;69(4):719-27.
57. Sánchez-Cánovas J. Escala de bienestar psicológico. Madrid: TEA; 1998.

58. Blanch JM, Sahagún M, Cervantes G. Estructura factorial del cuestionario de condiciones de trabajo. *Rev Psicol del Trab y las Organ.* 2010;26(3):175–89.
59. Núñez González E, Estévez Guerra GJ, Hernández Marrero P, Marrero Medina CD. Una propuesta destinada a complementar el cuestionario Font-Roja de satisfacción laboral. *Gac Sanit.* 2007;21(2):136–41.
60. Lizán L. Características métricas del Cuestionario de Calidad de Vida Profesional. *Gac Sanit.* 2004;18(6):489–489.
61. Cervantes G, Maria J, Ribas B, Hermoso D. Qualitat de vida laboral en centres assistencials de salut catalans. *Arch Prev Riesgos Labor.* 2010;14(1):21–7.
62. Peiró J, Prieto F. *Tratado de psicología del trabajo (2V)*. Madrid: Síntesis; 1996.
63. Arterman A, Colom J, Gabilondo A, Massachs EM. La salut i el benestar dels professionals sanitaris en l'entorn laboral. Guia de bones pràctiques per a institucions, equips i professionals. Departament de Salut. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Agència de Salut pública de Catalunya; 2012.
64. EU-OSHA. Calculating the cost of work-related stress and psychosocial risks [Internet]. www.healthy-workplaces.eu. 2014 [citado 2017 Mar 23]. Disponible en: <https://www.healthy-workplaces.eu/es/tools-and-resources/publications>
65. Purcell SR, Kutash M, Cobb S. The relationship between nurses' stress and nurse staffing factors in a hospital setting. *J Nurs Manag.* 2011;19(6):714–20.
66. Vimantaite R, Seskevicius A. The burnout syndrome among nurses working in Lithuanian cardiac surgery centers. *Med.* 2006;42(7):600–5.
67. Ilhan MN, Durukan E, Taner E, Maral I, Bumin MA. Burnout and its correlates among nursing staff: questionnaire survey. *J Adv Nurs.* 2008;61(1):100–6.
68. Zysnarska M, Bernad D, Adamek R, Maksymiuk T. Tobacco smoking among nurses: a lack of knowledge or effect of work overload? *Int J Ment Heal Nurs Forthcom.* 2008;65(10):602–4.
69. Violante S, Benso P, Gerbaudo L, Violante B. Correlation between job satisfaction and stress factors, burn-out and psychosocial well-being among nurses working in different healthcare settings. *G Ital Med Lav Ergon.* 2009;31:36–44.
70. Ksiazek I, Stefaniak TJ, Stadnyk M, Ksia J. Burnout syndrome in surgical oncology and general surgery nurses: A cross-sectional study. *Eur J Oncol Nurs.* 2011;15:347–50.
71. BOE. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. Boletín Oficial del Estado, nº 269, (10 noviembre 1995). [citado 4 Sep 2016] [Internet]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1995/11/10/pdfs/A32590-32611.pdf>
72. Directiva 89/391/CEE del Consejo de 12 de junio de 1989 relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo. Pub. L. No. 183-7 (12 de junio de 1989).
73. Moncada S, Llorens C, Navarro A, Kristensen TS. ISTAS21: Versión en lengua castellana del cuestionario psicosocial de Copenhague (COPSOQ). *Arch Prev Riesgos Labor.* 2005;8(1):18–29.

Calidad de vida laboral de las enfermeras:

Evaluación y propuestas de mejora

74. INSHT. Cuestionario del método de evaluación de factores psicosociales. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2006.
75. Lahera M, Góngora JJ. Factores Psicosociales. Identificación de situaciones de riesgo. Navarra: Fondo de publicaciones del Gobierno de Navarra; 2002.
76. INSHT NTP 349. Prevención del estrés: Intervención sobre el individuo. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 1994.
77. Landsbergis P. ¿Qué se debe hacer para prevenir los riesgos psicosociales en el trabajo? Arch Prev Riesgos Labor. 2008; 11 (1): 36-44.
78. Britt T, Buchda V, Launder S, Hudak B, Hulvey L, Karns K et. al. Stress and Health. 2012; 28: 11-22.
79. Shin JI, Lee E. The effect of social capital on job satisfaction and quality of care among hospital nurses in South Korea. J Nurs Manag. 2016;24(7):934-42.
80. Shamsi V, Mahmoudi H, Nir MS, Darzi HB. Effect of job specialization on the hospital stay and job satisfaction of ED nurses. Trauma Mon. 2016;21(1):21-4.
81. Siller J, Dolansky MA, Clavelle JT, Fitzpatrick JJ. Shared governance and work engagement in emergency nurses. J Emerg Nurs. 2016;42(4):325-30.
82. Portero S, Vaquero M. Desgaste profesional, estrés y satisfacción laboral del personal de enfermería en un hospital universitario. Rev Lat Am Enfermagem. 2015;23(3):543-52.
83. Novel G. Mediación organizacional: Desarrollando un modelo de éxito compartido. Madrid: Reus; 2010.
84. Novel G. Mediación en Salud: Un Nuevo paradigma cultural en organizaciones que cuidan. Madrid: Reus; 2012.
85. Riahi S. Role stress amongst nurses at the workplace: Concept analysis. J Nurs Manag. 2011;19(6):721-31.
86. Larrabee JH, Wu Y, Persily C, Simoni PS, Johnston P, Marcischak TL et al. Influence of stress resiliency on RN job satisfaction and intent to stay. West J Nurs Res. 2010;32(1):81-102.
87. Jourdain G, Chênevert D. Job demands-resources, burnout and intention to leave the nursing profession: A questionnaire survey. Int J Nurs Stud. 2010;47(6):709-22.
88. INSHT. Estrés Laboral. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2001.
89. Burgess L, Irvine F, Wallymahmed A. Personality, stress and coping in intensive care nurses: a descriptive exploratory study. Nurs Crit Care. 2010;15(3):129-40.
90. Duarte J, Pinto-Gouveia J, Cruz B. Relationships between nurses' empathy, self-compassion and dimensions of professional quality of life: A cross-sectional study. Int J Nurs Stud. 2016;60:1-11.
91. Khamisa N, Oldenburg B, Peltzer K, Ilic D. Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. Int J Environ Res Public Health. 2015;12(1):652-66.

92. Khamisa N, Peltzer K, Ilic D, Oldenburg B. Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses: A follow-up study. *Int J Nurs Pract.* 2016;22(6):538-45.
93. Collins M. Taking a lead on stress: Rank and relationship awareness in the NHS. *J Nurs Manag.* 2006;14(4):310-7.
94. Letvak S, Ruhm C, Lane S. The impact of nurses' health on productivity and quality of care. *J Nurs Adm.* 2011;41:162-7.
95. Cortese CG, Colombo L, Ghislieri C. Determinants of nurses' job satisfaction: the role of work-family conflict, job demand, emotional charge and social support. *J Nurs Manag.* 2010;18(1):35-43.
96. Applebaum D, Fowler S, Fiedler N, Osinubi O, Robson M. The impact of environmental factors on nursing stress, job satisfaction, and turnover intention. *J Nurs Adm.* 2010;40(7-8):323-8.
97. Faller MS, Gates MG, Georges JM, Connely CD. Work-related burnout, job satisfaction, intent to leave, and nurse-assessed quality of care among travel nurses. *J Nurs Adm.* 2011;41(2):71-7.
98. EU-OSHA. Riesgos emergentes para la seguridad y salud en el trabajo. Observatorio Europeo de Riesgos. [Internet]. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas; 2009 [citado 2017 Feb 7]. Disponible en: [http://www.cigsaudelaboral.org/files/descargas/RIESGOS NUEVOS Y EMERGENTES. Observatorio Europeo de Riesgos.pdf](http://www.cigsaudelaboral.org/files/descargas/RIESGOS_NUEVOS_Y_EMERGENTES_Observatorio_Europeo_de_Riesgos.pdf)
99. Papathanassoglou EDE, Karanikola MNK, Kalafati M, Giannakopoulou M, LEMONIDOU C, Albarran JW. Professional autonomy, collaboration with physicians, and moral distress among European intensive care nurses. 2012;21(2).
100. INSHT. Cuestionario de estrés laboral. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2001.
101. INSHT. NTP 394. Satisfacción laboral: escala general de satisfacción. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 1995.
102. Goldberg DP. The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire. London: Oxford University Press; 1972.
103. INSHT. NTP 213. Cuestionario de satisfacción laboral. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 1988.
104. Chernis C. Staff burnout: Job stress in the Human Services. Beverly Hills and London: SAGE; 1980.
105. Bresó E, Salanova M, Schaufeli WB, Nogareda C. NTP 732: Síndrome de estar quemado por el trabajo "Burnout" (III): Instrumento de medición [Internet]. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Barcelona: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 2007 [citado 2017 Jan 7]. p. 1-5. Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_732.pdf

Calidad de vida laboral de las enfermeras:

Evaluación y propuestas de mejora

106. Carlin M, Garcés de los Fayos Ruiz J. El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *An Psicol.* 2010;26(1):169–80.
107. Ríos MI, Godoy C, Sánchez-Meca J. Síndrome de quemarse por el trabajo, personalidad resistente y malestar psicológico en personal de enfermería. *An Psicol.* 2011;27(1):71–9.
108. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav.* 1981;2:99–113.
109. Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. *J Soc Issues.* 1974;90(1):159–65.
110. Singh J, Goolsby JR, Rhoads GK. Behavioral and psychological consequences of boundary spanning burnout for customer service representatives. *J Mark Res.* 1994;31(4):558–69.
111. Spaniol L, Caputo J. Professional burn-out: a personal survival kit. Levington, MA: Human Services Associates; 1979.
112. Edelwich J, Brodsky A. Burn-out: stages of disillusionment in the helping professions. Nueva York: Human Sciences Press; 1980.
113. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annu Rev Psychol.* 2001;52:397–422.
114. Cox T, Kuk G, Leiter M. Burnout, health, work stress and organizational helthiness. En: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T, editores. Professional burnout: Recent developments in theory and research. London: Taylor & Francis; 1996.
115. Golembiewski RT, Munzenrides R, Carter D. Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in od research and praxis. *Journal of Applied Behavioral Science.* 1983; 19: 461-81.
116. Salanova M, Schaufeli WB, Llorens S, Peiró JM, Grau R. Desde el “burnout” al “engagement”: ¿ una nueva perspectiva? *Rev Psicol.* 2000;16(2):117–34.
117. Gil-Monte P, Moreno B. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Grupos profesionales de riesgo. Madrid: Pirámide; 2007.
118. Gil-Monte PR, Peiró J. Desgaste físico en el trabajo: el síndrome del quemarse. Madrid: Síntesis; 1997.
119. Tekindal B, Tekindal MA, Pinar G, Ozturk F, Alan S. Nurses’ burnout and unmet nursing care needs of patients’ relatives in a Turkish state hospital. *Int J Nurs Pract.* 2012; 18: 68-76.
120. Leiter MP, Maslach C. The impact of interpersonal environment on burnout and organizacional commitment. *Journal of Organizational Behaviour.* 1988; 9: 297-308.
121. Leiter M. Burnout as a developmental process; consideration of models. En: Schaufeli V, Maslach C, Marek T, editores. Professional burnout: Recent developments in theory and research. London: Taylor & Francis; 1996. p. 237–50.
122. Lee RT, Ashforth BE. A longitudinal study of burnout among supervisors and managers: Comparisons between the Leiter and Maslach (1988) and Golembiewski et al

- (1986) models. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 1993; 54: 369-98.
123. Gil-Monte PR, Peiró JM, Valcárcel P. A causal model of burnout process development: An alternative to Golembiewski and Leiter models. Work presented at the "Seven European Congress on Work and Organisational Psychology". Gyor (Hungary); 1995.
 124. O'Mahony N. Nurse burnout and the working environment. *Emergency nurse*. 2011;19(5):30-7.
 125. INHST. NTP 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o burnout (II): consecuencias, evaluación y prevención. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales; 2006.
 126. Maslach C. Understanding burnout: Definitional issues in analysing a complex phenomenon. En: *Pain WS*, editores. *Job stress and burnout*. Beberly Hills CA: Sage; 1982.
 127. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Rev Esp Salud Pública*. 2009;83:215-30.
 128. Malagón-Aguilera MC, Fuentes-Pumarola C, Suñer-Soler R, Bonmatí-Tomàs A, Fernández-Peña R, Bosch-Farré C. El sentido de coherencia en el colectivo enfermero. *Enferm Clin*. 2012;22(4):214-8.
 129. Kobasa SC. Stressful life events, personality and health: an inquiry into hardiness. *Journal of personality and social psychology*. 1979;37:1-11.
 130. Bresó E, Salanova M, Schaufeli WB. In search of the "Third Dimension" of Burnout: Efficacy or Inefficacy? *Appl Psychol*. 2007;56(3):460-78.
 131. Pines, A. y Aronson, E. *Career Burnout: Causes and cures*. New York: The Free Press; 1988.
 132. Moreno-Jiménez B, Bustos R, Matallana A, Miralles T. La evaluación del Burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. *Rev Psicol Trab y las Organ*. 1997;13(2):185-207.
 133. Jones JW. *The Staff Burnout Scale For Health Professionals (SBS-HP)*. Park Ridge, Illinois: London House; 1980.
 134. García Izquierdo M, Velandrino AP. Una escala para la evaluación del burnout profesional de las organizaciones. *An Psicol*. 1992;8(1-2):131-8.
 135. Schaufeli WB, Salanova M, González-Romá V, Bakker AB. The measurement of engagement and burnout: a two sample confirmatory factor analytic approach. *J Happiness Stud*. 2002;3:71-92.
 136. Salanova M, Schaufeli W. *El engagement en el trabajo. Cuando el trabajo se convierte en pasión*. Madrid: Alianza Editorial; 2009.
 137. Leiter MP, Bakker AB. Work engagement: Introduction. En: Bakker AB, Leiter MP, editores. *Work Engagement: A Handbook of essential theory and research*. East Sussex, Great Britain: Psychology Press; 2010. p. 1-9.

Calidad de vida laboral de las enfermeras:

Evaluación y propuestas de mejora

138. Demerouti E, Bakker AB, De Jonge J, Jansen P, Schaufeli WB. Burnout and engagement at work as a function of demands and control. *Scand J Work Environ Health*. 2001;27(4):279-86.
139. Bakker AB, Demerouti E. The Job Demands-Resources model: state of the art. *J Manag Psychol*. 2007;22(3):309-28.
140. Lorente L, Vera M. Las organizaciones saludables: "El engagement en el trabajo." *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*. 2010;73:16-20.
141. Schaufeli WB, Bakker AB. Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *J Organ Behav*. 2004;25(3):293-315.
142. Salanova M, Schaufeli W. El engagement en el trabajo. Cuando el trabajo se convierte en pasión. Madrid: Alianza; 2009.
143. Salanova M, Schaufeli WB. El engagement de los empleados: Un reto emergente para la dirección de los recursos humanos. *Estud Financ Rev Trab y Segur Soc*. 2004;261(62):109-38.
144. Lisbona A, Morales JF, Palací FJ. El engagement como resultado de la socialización organizacional. *Int J Psychol Psychol Ther*. 2009;9(1):89-100.
145. Sawatzky JV, Enns CL. Exploring the key predictors of retention in emergency nurses. *J Nurs Manag*. 2012; 20 (5): 696-707.
146. Carrasco AM, Corte CM, León JM. Engagement: un recurso para optimizar la salud psicosocial en las organizaciones y prevenir el burnout y estrés laboral. *Rev Digit Prevención*. 2010;(1):1-22.
147. Halbesleben JR. A meta-analysis of work engagement: relationships with burnout, demands, resources, and consequences. En: Bakker AB LM, editor. *Work Engagement: A Handbook of essential theory and research*. East Sussex, Great Britain: Psychology Press; 2010.
148. Bjarnadottir A. Work engagement among nurses in relationally demanding jobs in the hospital sector. *Nord J Nurs Res*. 2011;31(3):30-4.
149. Bamford M, Wong C, Laschinger H. The influence of authentic leadership and areas of work life on work engagement of registered nurses. *J Nurs Manag*. 2013;21(3):529-40.
150. Laschinger HKS, Finegan J. Empowering nurses for work engagement and health in hospital settings. *JONA*. 2005;35(10):439-449.
151. Stajkovic AD. Development of a core confidence-higher order construct. *J Appl Psychol*. 2006;91(6):1208-24.
152. Sánchez- Anguita A. *Salud Laboral. Autoeficacia, ansiedad y satisfacción*. Salamanca: Amaru Ediciones; 2006.
153. Fairris D. Towards a theory of Work intensity. *East Econ J*. 2004;30(4):587-601.
154. Hart R. *The economics of overtime working*. Cambridge: Cambridge University Press; 2004.

155. Thomas GF, King CL, Baroni B, Cook L, Keitelman M. Reconceptualizing E-mail Overload. *J Bus Tech Commun*. 2006;20(3):252–87.
156. Bawden D, Robinson L. The dark side of information: Overload, anxiety and other paradoxes and pathologies. *J Inf Sci*. 2009;35(2):180–91.
157. Duxbury L, Lyons S, Higgins C. Too Much to do, and not enough time: An examination of role overload. En: Korabik K, Lero D, Whitehead D, editores. *Handbook of Work-Family Integration*. San Diego: Academic Press; 2008. p. 125–40.
158. Drobnic S, Beham B, Prag P. Good job, jood life? Working conditions and quality of life in Europe. *Soc Indic Res*. 2010;99(2):205–25.
159. Tarafdar M, Gupta A, Turel O. The dark side of information technology use. *Inf Syst J*. 2013;23(3):269–75.
160. EU-OSHA. *Cómo abordar los problemas psicosociales y reducir el estrés relacionado con el trabajo*. Luxemburgo: Oficina Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas; 2003.
161. EU-OSHA. *Riesgos emergentes*. Observatorio Europeo de Riesgos [Internet]. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas; 2009 [citado 2017 Mar 23]. Disponible en: <http://www.cigsaudelaboral.org/files/descargas/RIESGOS NUEVOS Y EMERGENTES>. Observatorio Europeo de Riesgos.pdf
162. Bogaert P Van, Peremans L, Heusden D Van, Verspuy M, Kureckova V, Cruys Z Van De, et al. Predictors of burnout, work engagement and nurse reported job outcomes and quality of care: a mixed method study. *BMC Nurs*. 2017;1–14.
163. Bruyneel L, Li B, Ausserhofer D, Lesaffre E, Dumitrescu I, Smith HL, et al. Organization of hospital nursing, provision of nursing care, and patient experiences with care in Europe. *Med care Res Rev*. 2015;72(6):643–64.
164. Abu-Ghori IK, Bodrick MME, Hussain R, Rassool GH. Nurses' involvement in end-of-life care of patients after a do not resuscitate decision on general medical units in Saudi Arabia. *Intensive Crit Care Nurs*. 2016;33:21–9.
165. INSHT. *Introducción a la prevención de riesgos laborales de origen psicosocial*. Documento divulgativo. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2001.
166. INSHT. *Psicosociología en el trabajo*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 1996.
167. INSHT NTP 455. *Trabajo a turnos y nocturno; aspectos organizativos*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 1997.
168. INSHT. *La carga mental de trabajo*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2002.
169. Villalobos GH. *Vigilancia epidemiológica de los factores psicosociales*. Aproximación conceptual y valorativa. *Cienc Trab*. 2004;(14):197–201.
170. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalsi J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA J Am Med Assoc*. 2002;288(16):1987–93.

Calidad de vida laboral de las enfermeras:

Evaluación y propuestas de mejora

171. O'Brien-Pallas I, Tomblin G, Shamian J, Li X, Hayes L. Impact and determinants of nurse turnover: a pan-Canadian study. *Journal of Nursing Management*. 2010; 18: 1073-86.
172. EU-OSHA. Cómo abordar los problemas psicosociales y reducir el estrés relacionado con el trabajo. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas; 2003.
173. INSHT. NTP 438. Prevención del estrés. Intervención sobre la organización. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 1997.
174. Pines A, Aronson E, Kafry D. Burnout: From tedium to personal growth. New York: Free press; 1981.
175. Gilbert S, Laschinger H, Pleiter M. The mediating effect of burnout on the relationship between structural empowerment and organizational citizenship behaviours. *Journal of Nursing Management*. 2010;18:339-48.
176. Dorz S, Novara C, Sica C, Sinavio E. Predicting burnout among HIV/AIDS and oncology health care workers. *Psychology & Health*. 2003;18(5):677-85.
177. Garros E. Los procesos emocionales de resistencia: un afrontamiento adaptativo ante el desgaste profesional. Estudio en una muestra de enfermería [dissertation]. Madrid (Facultad de Psicología): Universidad Autónoma de Madrid; 2003.
178. Grau R, Salanova M, Peiró JM. Efectos modulares de la autoeficacia en el estrés laboral. *Apuntes de Psicología*. 2000;15(1):57-75.
179. Blanch JM. Condiciones de trabajo y riesgos psicosociales bajo la Nueva Gestión. Formación continuada a distancia (FOCAD). 2011;1-33.
180. Blanch J. La transición universitaria del claustro a la empresa. Tensiones éticas suscitadas por la gestión neoliberal. En: Rezer R, editor. *Ética e Ciência nas diferentes dimensões da Educação Superior – Experiências, Reflexões e Desafios*. Chapecó, Br.: Argos; 2013. p. 87-108.
181. Blanch JM. El trabajo académico digital como factor de riesgo psicosocial: usos y abusos de las TIC en la educación superior. *Educ em Perspect*. 2013;4(2):511-32.
182. Gallie D. Work pressure in Europe 1996-2001: Trends and determinants. *Br J Ind Relations*. 2005;43(3):351-75.
183. Blanch J. Trabajar y Bienestar. Barcelona: FUOC; 2012.
184. Bakker AB, Demerouti E. The job demands-resources model: state of the art. *J Manag Psychol*. 2007;22(3):309-28.
185. Salanova M, Llorens S. Current state of research on burnout and future challenges. *Papeles del Psicol*. 2008;29(1):59-67.
186. Salanova M. Psicología de la salud ocupacional. Madrid: Síntesis; 2009.
187. Eurofound. Work.-related stress. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions; 2010.
188. Blanch JM, Crespo FJ, Sahagún M. Sobrecarga de trabajo, tiempo asistencial y bienestar psicosocial en la medicina mercantilizada. En: Ansoleaga E, Artaza O, Suárez J,

- editores. *Personas que cuidan Personas: Dimensión Humana y Trabajo en Salud*. Santiago de Chile: OPS/OMS - Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud; 2012. p. 176-82.
189. Ochoa P, Blanch JM. Work, malaise, and well-being in Spanish and Latin-American doctors. *Rev Saude Publica*. 2016;50(21):1-14.
 190. Schaufeli WB, Bakker AB. Utrecht work engagement scale. Occupational Health Psychology Unit Utrecht. 2011.
 191. Schaufeli W, Leiter MP, Maslach C, Jackson SE. The Maslach Burnout Inventory -General Survey. En: Maslach C, Jackson SE, Leiter MP, editores. *MBI manual*. 3er ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1996.
 192. Schaufeli WB, Martinez IM, Marques-Pinto M, Salanova M, Bakker A. Burnout and Engagement in University Students: A Cross-National Study. *J Cross Cult Psychol*. 2002;33(5):464-81.
 193. Schaufeli WB, Salanova M, González-Romá V, Bakker AB. The Measurement of Engagement and Burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *J Happiness Stud*. 2002;3:71-92.
 194. Llorens S, Schaufeli W, Bakker A, Salanova M. Does a positive gain spiral of resources, efficacy beliefs and engagement exist? *Comput Human Behav*. 2007;23(1):825-41.
 195. Mouzo J. Los recortes de Artur Mas acabaron con un millar de médicos de familia. *El País*. 21 Jun 2016; Sección política.
 196. Consejo General de Colegios de Enfermería. Informe sobre recursos humanos sanitarios en España. 2014;86.
 197. Eurostat. Healthcare personnel statistics - nursing and caring professionals. 2016;1-15.
 198. Esteban S. Salud y enfermeras a cualquier precio... o no. Rol enfermería. 2014;37(6):7.
 199. EFN-European Federation of Nurses Associations. *Caring in Crisis. The Impact of the Financial Crisis on Nurses and Nursing*. 2012.
 200. Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*. 2012;344:1717.
 201. Fuentelsaz-Gallego C, Moreno-Casbas T, López-Zorraquino D, Gómez-García T, González ME, Martín AMG, et al. Percepción del entorno laboral de las enfermeras españolas en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Proyecto RN4CAST-España. *Enferm Clin*. 2012;22(5):261-8.
 202. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *N Engl J Med*. 2002;346(22):1715-22.
 203. Kane R, Shamliyan T, Mueller C, Duval S, Wilt T. The Association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: systematic review and meta-analysis. *Med Care*. 2007;45(12):1195-204.

Calidad de vida laboral de las enfermeras:

Evaluación y propuestas de mejora

204. Escobar-Aguilar G, Gómez-García T, Ignacio-García E, Rodríguez-Escobar J, Moreno-Casbas T, Fuentelsaz-Gallego C, et al. Entorno laboral y seguridad del paciente: comparación de datos entre los estudios SENECA y RN4CAST. *Enferm Clin.* 2013;23(3):103-13.
205. EFN. "At what cost? The economic crisis, population and health" - The nurses' view. Brussels; 2012. p. 1-2.
206. Bueno JMV. Evidencias frente a los recortes en las plantillas de Enfermería. *Enfermería Docente.* 2013;99:39-41.
207. Eurofound. Experiencing the economic crisis in the EU: Changes in living standards, deprivation and trust [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2012 [citado 2017 Mar 23]. Disponible en: https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_files/pubdocs/2012/07/en/1/EF1207EN.pdf
208. Eurofound. Third European Quality of Life Survey - Quality of life in Europe: Impacts of the crisis [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2012 [citado 2017 Mar 23]. Disponible en: https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1264en_0.pdf
209. World Health Organization. Impact of economic crises on mental health. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe; 2011.
210. Eurofound. Quinta Encuesta Europea sobre las Condiciones de Trabajo-2010. [Internet]. Dublin: Eurofound. 2012. Disponible en: http://www.eurofound.europa.eu/surveys/ewcs/2010/index_es.htm
211. Eurofound. Fifth European Working Conditions Survey: Overview report [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2012 [citado 2017 Jan 12]. Disponible en: <http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef1182.htm>
212. Stuckler D, Basu S. Por qué la austeridad mata. El coste humano de las políticas de recorte. Madrid: Santillana; 2013.
213. Stuckler D, Basu S, McKee M. Budget crises, health, and social welfare programmes. *BMJ.* 2010;340:77-9.
214. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet.* 2009;374(9686):315-23.
215. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet.* 2011;378(9786):124-5.
216. Suhrcke M, Stuckler D. Will the recession be bad for our health? It depends. *Soc Sci Med.* 2012;74(5):647-53.
217. Tummers LLG, Bekkers V, Vink E, Musheno M. Coping during Public Service delivery: A conceptualization and systematic review of the literature. *J Public Adm Res Theory.* 2015;25(4):1099-126.
218. Cervantes G, Blanch JM, Hermoso D. Qualitat de vida laboral en centres assistencials de salut catalans. *Arch Prev Riesgos Labor.* 2011;14 (1): 21-7.

219. Blanch JM, Crespo FJ, Sahagún MA. Sobrecarga de trabajo, tiempo asistencial y bienestar psicosocial en la medicina mercantilizada. En: Ansoleaga E, Artaza O, Suárez J, (editores). *Personas que cuidan personas: Dimensión humana y trabajo*. Santiago de Chile: Organización Panamericana de Salud - Universidad Diego Portales; 2012.
220. Blanch JM, Ochoa PJ, Sahagún MA. Resignificación del trabajo y de la profesión médica bajo la nueva gestión sanitaria. En: Ansoleaga E, Artaza O, Suárez J, editores. *Personas que cuidan personas: dimensión humana y trabajo en salud*. Santiago de Chile: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; 2012. p. 165-75.
221. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van Den Heede K, Sermeus W, RN4CAST Consortium. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(2):143-53.
222. Yamaguchi Y, Inoue T, Harada H, Oike M. Job control, work-family balance and nurses' intention to leave their profession and organization: A comparative cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud*. 2016;64:52-62.
223. Arnoux-Nicolas C, Sovet L, Lhotellier L, Di Fabio A, Bernaud JL. Perceived work conditions and turnover intentions: The mediating role of meaning of work. *Front Psychol*. 2016;7:1-9.
224. McCabe TJ, Sambrook S. The antecedents, attributes and consequences of trust among nurses and nurse managers: A concept analysis. *Int J Nurs Stud*. 2014;51(5):815-27.
225. Dignani L, Tocaceli A. Nurses and Job Satisfaction: Results of an Italian Survey. *J US-China Public Adm*. 2013;10(4):379-87.
226. Tummers L, Bekkers V, Steijn B. Policy alienation of public professionals. *Public Manag Rev*. 2009;11(5):685-706.
227. Aiken LH, Sloane DM, Clarke S, Poghosyan L, Cho E, You L, et al. Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. *Int J Qual Heal Care*. 2011;23(4):357-64.
228. Ceballos-Vásquez P, Rolo-González G, Hernández-Fernaud E, Díaz-Cabrera D, Paravic-Klijn T, M B-M. Psychosocial factors and mental work load: a reality perceived by nurses in intensive care units. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015;23(2):315-22.
229. Mininel VA, Baptista PCP, Felli VEA. Psychic workloads and strain processes in nursing workers of brazilian university hospitals. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2011;19(2):340-7.
230. Lu H, Barriball KL, Zhang X, While AE. Job satisfaction among hospital nurses revisited: A systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2012;49(8):1017-38.
231. Chan ZCY, Tam WS, Lung MKY, Wong WY, Chau CW. A systematic literature review of nurse shortage and the intention to leave. *J Nurs Manag*. 2013;21(4):605-13.
232. Garrett C. The effect of nurse staffing patterns on medical errors and nurse burnout. *AORN J*. 2008;87(6):1191-204.

233. Eurofound. Trends in job quality in Europe. [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2012 [citado 2017 Mar 23]. Disponible en: <http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef1228.htm>
234. EU-OSHA. Second European Survey of Enterprise on New and Emerging Risks (ESENER-2) [Internet]. 2015 [citado 2017 Mar 23].
235. Steege LM, Pasupathy KS, Drake DA. A work systems analysis approach to understanding fatigue in hospital nurses. *Ergonomics*. 2017;17(30):1-14.
236. Wendsche J, Lohmann-haislah A. A Meta-Analysis on Antecedents and Outcomes of Detachment from Work. *Front Psychol*. 2017;7:1-24.
237. Maslach C, Leiter MP, Jackson SE. Making a significant difference with burnout interventions: Researcher and practitioner collaboration. *J Organ Behav*. 2012;33:296-300.
238. Montgomery A, Panagopoulou E, Kehoe I, Valkanos E. Connecting organisational culture and quality of care in the hospital: is job burnout the missing link? *J Health Organ Manag*. 2011;25(1):108-23.
239. Penson R, Dignan F, Canellos G, Picard C, Lynch T. Burnout: caring for the caregivers. *Oncologist*. 2000;5(5):425-34.
240. Poghosyan L, Clarke SP, Finlayson M, Aiken LH. Nurse burnout and quality of care: Cross-National Investigation in six countries. *Res Nurs Heal*. 2010;33(4):288-98.
241. Suñer-Soler R, Grau-Martín A, Font-Mayolas S, Gras ME, Bertran C, Sullman MJM. Burnout and quality of life among Spanish healthcare personnel. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2013;20(4):305-13.
242. Steege LM, Rainbow JG. Fatigue in hospital nurses - "Supernurse" culture is a barrier to addressing problems: A qualitative interview study. *Int J Nurs Stud*. 2017;67:20-8.
243. Lorenz VR, Guirardello EDB. El ambiente de la práctica profesional y el síndrome de burnout en enfermeros en la atención básica. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014;22(6):926-33.
244. Hakanen JJ, Seppälä P, Peeters MCW. High job demands, still engaged and not burned out? The role of job crafting. *Int J Behav Med*. 2017;Forthcoming.
245. Nei D, Snyder LA, Litwiller BJ. Promoting retention of nurses: A meta-analytic examination of causes of nurse turnover. *Health Care Manage Rev*. 2015;40(3):237-53.
246. Pohl S, Galletta M. The role of supervisor emotional support on individual job satisfaction: A multilevel analysis. *Appl Nurs Res*. 2017;33:61-6.
247. Tourangeau AE, Cranley LA. Nurse intention to remain employed: Understanding and strengthening determinants. *J Adv Nurs*. 2006;55(4):497-509.
248. Sakuraya A, Shimazu A, Eguchi H, Kamiyama K, Hara Y, Namba K. Job crafting, work engagement, and psychological distress among Japanese employees: a cross-sectional study. 2017;1-7.

249. Humphries N, Morgan K, Conry MC, McGowan Y, Montgomery A, McGee H. Quality of care and health professional burnout: narrative literature review. *Int J Health Care Qual Assur.* 2014;27(4):293-307.
250. Van Bogaert P, Clarke S, Roelant E, Meulemans H, Van de Heyning P. Impacts of unit-level nurse practice environment and burnout on nurse-reported outcomes: a multilevel modelling approach. *J Clin Nurs.* 2010;19(11-12):1664-74.
251. Van der Doef M, Mbazzi FB, Verhoeven C. Job conditions, job satisfaction, somatic complaints and burnout among East African nurses. *J Clin Nurs.* 2012;21(11-12):1763-75.
252. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Sixth European Working Conditions Survey. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2016.
253. Kalliath T, Morris R. Job satisfaction among nurses: a predictor of burnout levels. *J Nurs Adm.* 2002;32(12):648-54.
254. Emold C, Schneider N, Meller I, Yagil Y. Communication skills, working environment and burnout among oncology nurses. *Eur J Oncol Nurs.* 2011;15(4):358-63.
255. EU-OSHA. European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER): Managing Safety and Health at Work. [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2010 [citado 2017 Mar 23]. Disponible en: https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/reports/esener1_osh_management
256. EU-OSHA. Una buena SST es un buen negocio. [Internet]. Luxemburgo: Una buena SST es un buen negocio; 2014 [citado 2017 Mar 23]. Disponible en: <https://osha.europa.eu/es/themes/good-osh-is-good-for-business>
257. Eurofound. Work-related stress [Internet]. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions; 2010 [citado 2017 Mar 23]. Disponible en: https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_files/docs/ewco/tn1004059s/tn1004059s.pdf
258. European Agency for Safety and Health at Work. Calculating the cost of work-related stress and psychosocial risks. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2014. p. 0-41.
259. García M, Castañeda R, Urbanos R, Oliva J, De la Cruz O, Ipiña A, et al. Costes Socio-Económicos de los Riesgos Psicosociales [Internet]. Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente UGT-CEC; 2013 [citado 2017 Feb 18]. p. 1-175. Disponible en: <http://www.observatorio-rse.org.es/Publicaciones/GuiaCostes.pdf>
260. Ardichvili A, Kuchinke KP. International Perspectives on the Meanings of Work and Working: Current Research and Theory. *Adv Dev Hum Resour.* 2009;11(2):155-67.
261. Chen I-H, Brown R, Bowers BJ, Chang W-Y. Work-to-family conflict as a mediator of the relationship between job satisfaction and turnover intention. *J Adv Nurs.* 2015;71(10):2350-63.
262. Ruotsalainen JH, Verbeek JH, Mariné A, Serra C. Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(4).

Calidad de vida laboral de las enfermeras:

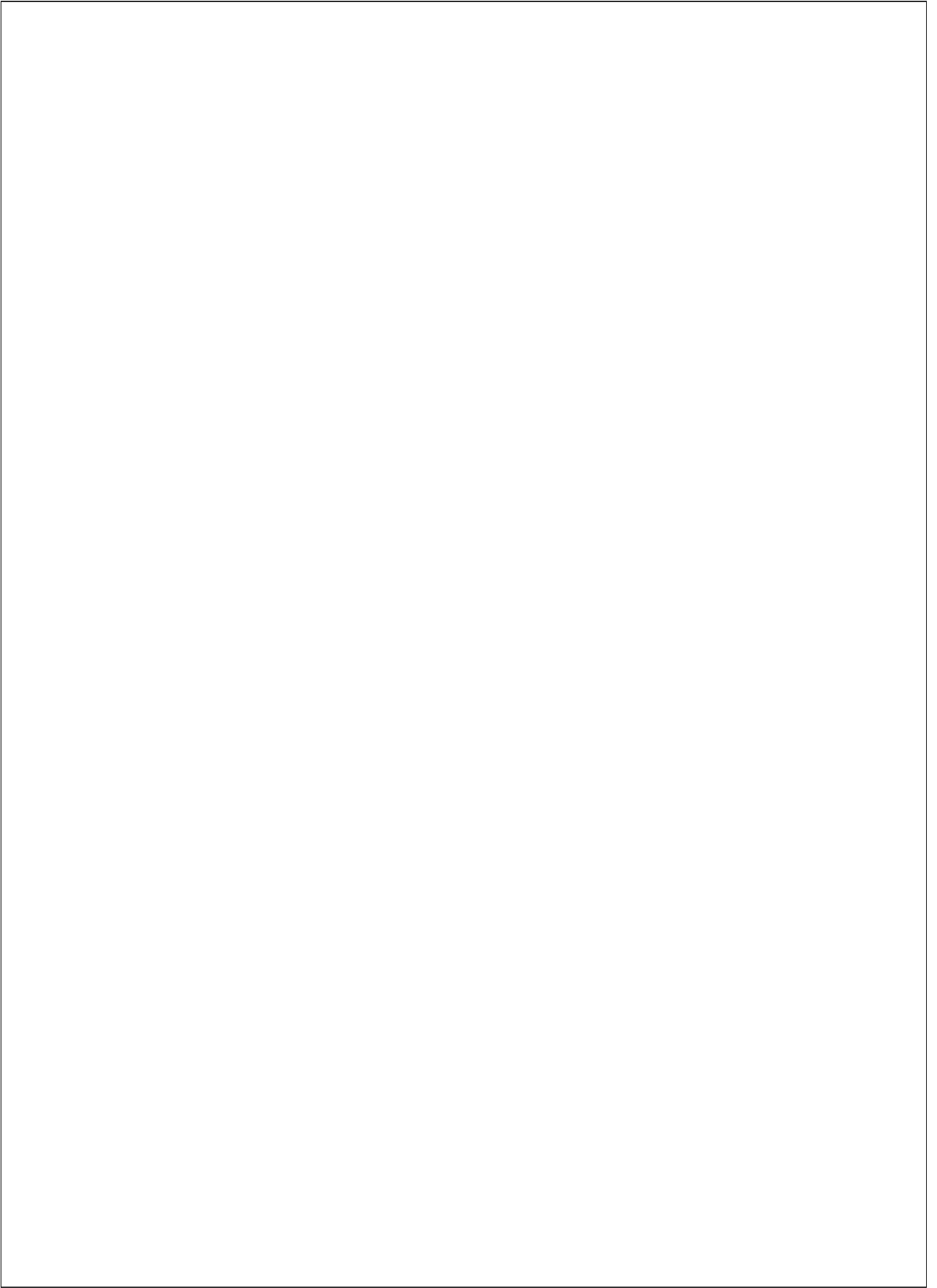
Evaluación y propuestas de mejora

263. McNeese-Smith D. Job stages of entry, mastery, and disengagement among nurses. *J Nurs Adm.* 2000;30(3):140-7.
264. McNeese-Smith D, Van Servellen G. Age, developmental, and job stage influences on nurse outcomes. *Outcomes Manag Nurs Pr.* 2000;4(2):97-104.
265. Suñer-Soler R, Grau-Martín A, Flichtentrei D, Prats M, Braga F, Font-Mayolas S, et al. The consequences of burnout syndrome among healthcare professionals in Spain and Spanish speaking Latin American countries. *Burn Res.* 2014;1(2):82-9.
266. Cuenca R. Introducción a la prevención de riesgos laborales de origen psicosocial. INSHT, editor. Madrid: Ministerio de Empleo y Seguridad Social; 1996.
267. Ioannou P, Katsikavali V, Galanis P, Velonakis E, Papadatou D, Sourtzi P. Impact of job satisfaction on Greek nurses' health-related quality of life. *Saf Health Work.* 2015;6(4):324-8.
268. Masum AKM, Azad MAK, Hoque KE, Beh LS, Wanke P, Arslan Ö. Job satisfaction and intention to quit: an empirical analysis of nurses in Turkey [Internet]. Vol. 4, PeerJ. 2016 [citado 2017 Feb 23]. p. e1896. Disponible en: <https://peerj.com/articles/1896>
269. Pipe TB, Buchda VL, Launder S, Hudak B, Hulvey L, Karns KE, et al. Building personal and professional resources of resilience and agility in the healthcare workplace. *Stress Health.* 2012;28(1):11-22.
270. Laschinger HKS, Wong CA, Grau AL. Authentic leadership, empowerment and burnout: A comparison in new graduates and experienced nurses. *J Nurs Manag.* 2013;21(3):541-52.
271. Kuokkanen L, Leino-Kilpi H, Numminen O, Isoaho H, Flinkman M, Meretoja R. Newly graduated nurses' empowerment regarding professional competence and other work-related factors. *BMC Nurs.* 2016;15(22):1-8.
272. Kutney-Lee A, Stimpfel AW, Sloane DM, Cimiotti JP, Quinn LW, Aiken LH. Changes in patient and nurse outcomes associated with magnet hospital recognition. *Med Care.* 2015;53(6):550-7.

The background is a solid blue color with several large, overlapping, curved lines in a lighter shade of blue, creating a sense of motion and depth. The lines are centered and sweep across the page.

12

ANEXOS



12. ANEXOS

12.1 ANEXO 1: FORMULARIO DE LA INVESTIGACIÓN

PRESENTACIÓN

La crisis actual ha comportado la aplicación de reformas en el sector público. En el sector sanitario ha conllevado la aplicación de medidas de ahorro en las organizaciones sanitarias, que están repercutiendo en las condiciones de trabajo y en el grado de bienestar de las enfermeras. En este contexto planteamos un estudio cuyo objetivo es realizar un diagnóstico de situación sobre la calidad de vida laboral de las enfermeras de la provincia de Barcelona.

Para poder realizar este estudio necesitamos tu colaboración en la cumplimentación de este **cuestionario** que integra escalas de condiciones de trabajo, bienestar laboral, *burnout* y compromiso profesional (Blanch 2010), escalas que han sido validadas previamente en estudios realizados a profesionales de la salud.

No se trata de un examen de respuestas buenas o malas, correctas o erróneas, sino de un instrumento de investigación. Todos los puntos de vista expresados en él serán válidos e interesantes.

La información recogida será analizada globalmente, respetando la **confidencialidad** de las respuestas y el **anonimato de los participantes y de los centros de trabajo**. La participación es voluntaria y puedes retirar tu participación en el estudio sin necesidad de justificarlo.

Los **resultados** obtenidos serán difundidos a la comunidad científica.

El **tiempo calculado para responder este cuestionario es de 20 minutos**.

Gracias por tu disposición a responder el cuestionario, por el tiempo y la atención que le vas a dedicar y por la valiosa información que aportará.

Datos sociodemográficos y laborales

Marque con una X la respuesta escogida

0. Soy enfermera/o y trabajo en la provincia de:

- Barcelona
- Gerona
- Lérida
- Tarragona
- Otra provincia española

1. Sexo:

- Mujer
- Hombre *(Desplegable)*

2. Año de nacimiento:

_____ *(Desplegable 1948 → 1993)*

3. Año de finalización de los estudios de enfermería:

_____ *(Desplegable 1966 → 2014)*

4. Años de antigüedad como enfermera en el centro de trabajo actual:

_____ *(Desplegable 1 → 47)*

5. Carácter del centro de trabajo (titularidad, gestión, utilización, etc.):

- Público (Instituto Catalán de la Salud)
- Privado
- Mixto (Concertado -XHUP,...-)

6. ¿Qué categoría profesional tienes reconocida en la organización donde trabajas?

- Enfermera/o generalista (ATS, DUE, Graduado en Enfermería)
- Comadrona
- Otro: _____

7. Situación contractual:

- Funcionario o estatutario
- Contrato laboral fijo
- Interino (hasta la convocatoria de plaza)
- Contrato/s temporal/es
- No trabajo
- Otro: _____

8. Porcentaje de dedicación laboral al centro:

- 100% (Jornada completa)
- 75-99%
- 50-74%
- 25-49%
- < 25%
- Otro: _____

9. En el último año, ¿Cuántos meses has estado contratada como enfermera?

- No he estado contratada
- < a 1 mes
- De 1 a < a 3 meses
- De 3 a < a 6 meses
- De 6 a < a 9 meses
- De 9 a < a 12 meses
- Todo el año *(Desplegable)*

10. ¿En qué ámbito desarrollas tu actividad profesional predominantemente?

- Asistencial
- Docente
- Gestión
- Investigación *(Desplegable)*

11. Actualmente trabajas en:

- Atención primaria
- Salud Mental
- Socio-Sanitario
- Hospital o clínica
- Otro: _____

12. En qué especialidad desarrollas tu actividad habitualmente:

- Atención familiar y comunitaria
- Geriatría
- Psiquiatría y/o Salud Mental
- Medicina y/o especialidades médicas
- Cirugía y/o especialidades quirúrgicas
- Traumatología y/o especialidades quirúrgicas
- Pediatría
- Ginecología y/u obstetricia
- Enfermería del Trabajo
- Ejercicio libre
- Otro: _____

13. Actualmente trabajas en:

- Consulta en Atención Primaria y/o Atención Comunitaria
- Consulta ambulatoria en Centro Hospitalario
- Unidad de Hospitalización
- Hospital de día
- Hospitalización domiciliaria
- Urgencias
- Urgencias extrahospitalarias
- Hemodiálisis
- Quirófano
- UCI
- Otro: _____

14. Tu horario laboral habitual se desarrolla de:

- Lunes a viernes excepto días festivos
- Lunes a viernes y ocasionalmente trabajo días festivos, sábados y/o domingos
- Lunes a domingo con descansos periódicos en días laborables y fines de semana
- Sólo fines de semana y/o festivos
- Otro: _____

15. Turno de trabajo habitual:

- Mañana
- Tarde
- Jornada partida mañana y tarde
- Rotatorio mañana y tarde
- Día de 12 horas
- Noche
- Otro: _____

16. En los últimos 12 meses, ¿Cuánto tiempo has estado de baja por enfermedad?

Está excluida la baja por riesgo de embarazo y la maternal

- No he estado de baja por enfermedad
- < a 1 mes
- De 1 a < 3 meses
- De 3 a < 6 meses
- De 6 a < 9 meses
- De 9 a < 12 meses
- Todo el año *(Desplegable)*

17. Valora tu nivel de vida actual:

- Muy malo
- Malo
- Regular
- Bueno
- Muy bueno *(Desplegable)*

18. ¿Tienes familiares que dependen de ti?

- Sí
- No *(Desplegable)*

Inventario de medidas y repercusiones de la contención del gasto en el centro de trabajo en el contexto de crisis económica

Marque con una X la respuesta escogida

19. Cuáles de las siguientes medidas se han aplicado en tu organización e indica si a ti te han repercutido negativamente como enfermera:

	Sí han aplicado la medida en mi organización y Sí me ha afectado directamente	Sí han aplicado la medida en mi organización y no me ha afectado directamente	No han aplicado la medida en mi organización
Reducción del 5% del salario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retirada paga/s extraordinaria/s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida parcial o total de la DPOs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida o congelación de la carrera profesional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incremento de las horas de jornada laboral anual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incremento del número de pacientes por enfermera de forma temporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incremento del número de pacientes por enfermera de forma definitiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aumento de la complejidad y/o presión asistencial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incremento de la rotación por distintos servicios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambio del ámbito de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambio del turno de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aumento de la precariedad laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Despido o expediente de regulación de empleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de empleo por no renovación de contrato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cuestionarios de condiciones de trabajo, bienestar laboral, *engagement* y *burnout*

Marque con una **X** la respuesta escogida

20. Valore los siguientes aspectos de las condiciones de trabajo en su centro marcando el número que se ajuste más a su opinión

0 = Valor pésimo; 10 = Valor óptimo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Entorno físico, instalaciones y equipamientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recursos materiales y técnicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prevención de riesgos laborales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicios auxiliares (limpieza, seguridad, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compañerismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respeto en el grupo de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reconocimiento del propio trabajo por colegas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reconocimiento del propio trabajo por personas usuarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Valore los siguientes aspectos de las condiciones de trabajo en su centro marcando el número que se ajuste más a su opinión

0 = Valor pésimo; 10 = Valor óptimo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tiempo de trabajo (horarios, ritmos, descansos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organización general del trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retribución económica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carga de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calidad del contrato laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conciliación trabajo - vida privada y familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Valore los siguientes aspectos de las condiciones de trabajo en su centro marcando el número que se ajuste más a su opinión

0 = Valor pésimo; 10 = Valor óptimo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Autonomía en la toma de decisiones profesionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Justicia en la contratación, la remuneración y la promoción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oportunidades para la formación continua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vías de promoción laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participación en las decisiones organizacionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relaciones con la dirección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evaluación del rendimiento profesional por la institución	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apoyo recibido del personal directivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. La actual organización del trabajo de mi centro...

0 = Nunca; 10 = Siempre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Satisface mis intereses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me exige según mis capacidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Responde a mis necesidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encaja con mis expectativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se ajusta a mis aspiraciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concuerda con mis valores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facilita que mis méritos sean valorados con justicia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estimula mi compromiso laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me permite trabajar a gusto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me motiva a trabajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me da sensación de libertad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me hace crecer personalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me permite desarrollar mis competencias profesionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me proporciona identidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me hace sentir útil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Ante las demandas de mi organización...

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me adapto a la política del centro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asumo los valores de la dirección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acepto que me digan cómo debo hacer mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interiorizo fácilmente las normas establecidas en mi servicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me identifico con el espíritu de los cambios propuestos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aplico el protocolo ante cualquier dilema de conciencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me ajusto a los tiempos y ritmos de trabajo fijados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Actualmente, en mi trabajo, siento ...

	1	2	3	4	5	6	7
(1) Insatisfacción (7) Satisfacción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1) Inseguridad (7) Seguridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1) Intranquilidad (7) Tranquilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1) Impotencia (7) Potencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1) Malestar (7) Bienestar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1) Desconfianza (7) Confianza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1) Incertidumbre (7) Certidumbre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1) Confusión (7) Claridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1) Desesperanza (7) Esperanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1) Dificultad (7) Facilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1) Insensibilidad (7) Sensibilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1) Irracionalidad (7) Racionalidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1) Incompetencia (7) Competencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1) Inmoralidad (7) Moralidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1) Maldad (7) Bondad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1) Fracaso (7) Éxito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1) Incapacidad (7) Capacidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1) Pesimismo (7) Optimismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1) Ineficacia (7) Eficacia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1) Inutilidad (7) Utilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. En los últimos años:

	1 = Ha bajado; 7 = Ha subido						
	1	2	3	4	5	6	7
Mi motivación por el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi identificación con los valores de la organización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi rendimiento profesional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi capacidad de gestión de mi carga de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La calidad de mis condiciones de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi autoestima profesional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La cordialidad en mi ambiente social de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La conciliación de mi trabajo con mi vida privada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi confianza en mi futuro profesional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi calidad de vida laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El sentido de mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi acatamiento de las pautas de la dirección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi estado de ánimo laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mis oportunidades de promoción laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi sensación de seguridad en el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi participación en las decisiones de la organización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi satisfacción con el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi realización profesional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El nivel de excelencia de mi organización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi eficacia profesional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi compromiso con el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi competencia profesional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Actualmente, por causa de mi trabajo, siento ...

	0 = Nunca; 6 = Siempre						
	0	1	2	3	4	5	6
Trastornos digestivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insomnio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tensiones musculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sobrecarga de actividad laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desgaste emocional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agotamiento físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saturación mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baja realización profesional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trato despersonalizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frustración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Actualmente ...

	0 = Nunca; 6 = Siempre						
	0	1	2	3	4	5	6
Siento agotamiento emocional por mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Al final de la jornada, siento que el trabajo me ha "consumido"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siento fatiga por la mañana al enfrentarme a otro día de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajar todo el día realmente es estresante para mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soy capaz de resolver eficazmente los problemas surgidos en mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siento que mi trabajo me ha "quemado"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contribuyo eficazmente a la actividad de mi organización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desde que empecé en este puesto, he perdido interés por mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
He perdido entusiasmo por mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En mi opinión, hago bien mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me estimula conseguir objetivos en mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
He realizado muchas cosas valiosas en mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me pregunto por la utilidad de mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dudo sobre el valor de mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo seguridad de que en mi trabajo soy eficaz acabando las cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Actualmente ...

0 = Nunca; 6 = Siempre

	0	1	2	3	4	5	6
En mi trabajo, siento plenitud de energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi trabajo tiene sentido y propósito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El tiempo " <i>vuela</i> " cuando estoy trabajando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento con fuerza y vigor en mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siento entusiasmo por mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando estoy trabajando, olvido todo lo que pasa alrededor de mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi trabajo me inspira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando me levanto por la mañana, tengo ganas de ir a trabajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soy feliz cuando experimento absorción por mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siento orgullo del trabajo que hago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy en plena inmersión en mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puedo continuar trabajando durante largos períodos de tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi trabajo es retador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me " <i>dejo llevar</i> " por mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soy muy persistente en mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me es difícil " <i>desconectar</i> " del trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incluso cuando las cosas no van bien, continuo trabajando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Adecuación del tiempo de trabajo

Marque con una **X** la respuesta escogida

30. Para hacer bien todo mi trabajo, con mi actual jornada laboral, en general ...

	1	2	3	4	5	6	7	
Me falta tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Me sobra tiempo

31. Escriba las palabras clave que le vengan a la mente cuando piensa en su trabajo

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	

32. Señale lo mejor de su trabajo

33. Señale lo peor de su trabajo

34. ¿Qué considera que se podría hacer para mejorar la calidad de vida laboral de las enfermeras?

Muchas gracias por sus respuestas, por su tiempo y por su atención

12.2. ANEXO 2: CUESTIONARIO DE CONDICIONES DE TRABAJO *(Blanch JM, Sahagún M y Cervantes G; 2010)*

Cuestionario de condiciones de trabajo

1. Factor organización y método

1.1. Escala organización y método: *Regulación*

Instrucciones: Rodee el número elegido

Valor pésimo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Valor óptimo
Valore los siguientes aspectos de las condiciones de trabajo en su centro												
Tiempo de trabajo (horarios, ritmos, descansos, etc.)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Organización general del trabajo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Retribución económica	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Carga de trabajo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Calidad del contrato laboral	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Conciliación trabajo - vida privada y familiar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

1.2. Escala organización y método: *Desarrollo*

Instrucciones: Rodee el número elegido

Valor pésimo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Valor óptimo
Valore los siguientes aspectos de las condiciones de trabajo en su centro												
Autonomía en la toma de decisiones profesionales	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Justicia en la contratación, remuneración y la promoción	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Oportunidades para la formación continua	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Vías de promoción laboral	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Participación en las decisiones organizacionales	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Relaciones con la dirección	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Evaluación del rendimiento profesional por la institución	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Apoyo recibido del personal directivo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

2. Factor organización y entorno

2.1. Escala organización y entorno material

Instrucciones: Rodee el número elegido

Valor pésimo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Valor óptimo
Valore los siguientes aspectos de su entorno de trabajo												
Entorno físico, instalaciones y equipamientos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Recursos materiales y técnicos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Prevención de riesgos laborales	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Servicios auxiliares (limpieza, seguridad, etc.)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

2.2. Escala organización y entorno social

Instrucciones: Rodee el número elegido

Valor pésimo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Valor óptimo
Valore los siguientes aspectos de su entorno de trabajo												
Compañerismo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Respeto en el grupo de trabajo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Reconocimiento del propio trabajo por colegas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Reconocimiento del propio trabajo por personas usuarias	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Calidad de vida laboral de las enfermeras:
Evaluación y propuestas de mejora

3. Factor organización y persona

3.1. Escala ajuste organización-persona

Instrucciones: Rodee el número elegido

Valor pésimo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Valor óptimo
La actual organización del trabajo de mi centro...												
Satisface mis intereses	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Me exige según mis capacidades	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Responde a mis necesidades	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Encaja con mis expectativas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Se ajusta a mis aspiraciones	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Concuerda con mis valores	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Facilita que mis méritos sean valorados con justicia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Estimula mi compromiso laboral	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Me permite trabajar a gusto	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Me motiva a trabajar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Me da sensación de libertad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Me hace crecer personalmente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Me permite desarrollar mis competencias profesionales	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Me proporciona identidad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Me hace sentir útil	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

3.2. Escala adaptación persona-organización

Instrucciones: Rodee el número elegido

Valor pésimo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Valor óptimo
Ante las demandas de mi organización...												
Me adapto a la política del centro	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Asumo los valores de la dirección	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Acepto que me digan cómo debo hacer mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Interiorizo fácilmente las normas establecidas en mi servicio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Me identifico con el espíritu de los cambios propuestos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Aplico el protocolo ante cualquier dilema de conciencia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Me ajusto a los tiempos y ritmos de trabajo fijados	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

12.3. ANEXO 3: CUESTIONARIO DE BIENESTAR LABORAL GENERAL *(Blanch JM, Sahagún M, Cantera L y Cervantes G; 2010)*

Cuestionario de bienestar laboral general

1. Factor de bienestar psicosocial

1.1. Escala afectos

Instrucciones: Rodee el número elegido

Actualmente, en mi trabajo, siento:

Insatisfacción	1	2	3	4	5	6	7	Satisfacción
Inseguridad	1	2	3	4	5	6	7	Seguridad
Intranquilidad	1	2	3	4	5	6	7	Tranquilidad
Impotencia	1	2	3	4	5	6	7	Potencia
Malestar	1	2	3	4	5	6	7	Bienestar
Desconfianza	1	2	3	4	5	6	7	Confianza
Incertidumbre	1	2	3	4	5	6	7	Certidumbre
Confusión	1	2	3	4	5	6	7	Claridad
Desesperanza	1	2	3	4	5	6	7	Esperanza
Dificultad	1	2	3	4	5	6	7	Facilidad

1.2. Escala de competencias

Instrucciones: Rodee el número elegido

Actualmente, en mi trabajo, siento:

Insensibilidad	1	2	3	4	5	6	7	Sensibilidad
Irracionalidad	1	2	3	4	5	6	7	Racionalidad
Incompetencia	1	2	3	4	5	6	7	Competencia
Inmoralidad	1	2	3	4	5	6	7	Moralidad
Maldad	1	2	3	4	5	6	7	Bondad
Fracaso	1	2	3	4	5	6	7	Éxito
Incapacidad	1	2	3	4	5	6	7	Capacidad
Pesimismo	1	2	3	4	5	6	7	Optimismo
Ineficacia	1	2	3	4	5	6	7	Eficacia
Inutilidad	1	2	3	4	5	6	7	Utilidad

Calidad de vida laboral de las enfermeras:
Evaluación y propuestas de mejora

1.3. Escala de expectativas

Instrucciones: Rodee el número elegido

	Ha bajado	1	2	3	4	5	6	7	Ha subido
En los últimos años:									
Mi motivación por el trabajo		1	2	3	4	5	6	7	
Mi identificación con los valores de la organización		1	2	3	4	5	6	7	
Mi rendimiento profesional		1	2	3	4	5	6	7	
Mi capacidad de gestión de mi carga de trabajo		1	2	3	4	5	6	7	
La calidad de mis condiciones de trabajo		1	2	3	4	5	6	7	
Mi autoestima profesional		1	2	3	4	5	6	7	
La cordialidad en mi ambiente social de trabajo		1	2	3	4	5	6	7	
La conciliación de mi trabajo con mi vida privada		1	2	3	4	5	6	7	
Mi confianza en mi futuro profesional		1	2	3	4	5	6	7	
Mi calidad de vida laboral		1	2	3	4	5	6	7	
El sentido de mi trabajo		1	2	3	4	5	6	7	
Mi acatamiento de las pautas de la dirección		1	2	3	4	5	6	7	
Mi estado de ánimo laboral		1	2	3	4	5	6	7	
Mis oportunidades de promoción laboral		1	2	3	4	5	6	7	
Mi sensación de seguridad en el trabajo		1	2	3	4	5	6	7	
Mi participación en las decisiones de la organización		1	2	3	4	5	6	7	
Mi satisfacción con el trabajo		1	2	3	4	5	6	7	
Mi realización profesional		1	2	3	4	5	6	7	
El nivel de excelencia de mi organización		1	2	3	4	5	6	7	
Mi eficacia profesional		1	2	3	4	5	6	7	
Mi compromiso con el trabajo		1	2	3	4	5	6	7	
Mis competencias profesionales		1	2	3	4	5	6	7	

2. Factor de efectos colaterales

2.1. Escala de somatización

Instrucciones: Rodee el número elegido

	Nunca	0	1	2	3	4	5	6	Siempre
		Actualmente, por causa de mi trabajo siento...							
Trastornos digestivos	0	1	2	3	4	5	6		
Dolores de cabeza	0	1	2	3	4	5	6		
Insomnio	0	1	2	3	4	5	6		
Dolores de espalda	0	1	2	3	4	5	6		
Tensiones musculares	0	1	2	3	4	5	6		

2.2. Escala de desgaste

Instrucciones: Rodee el número elegido

	Nunca	0	1	2	3	4	5	6	Siempre
		Actualmente, por causa de mi trabajo siento...							
Sobrecarga de actividad laboral	0	1	2	3	4	5	6		
Desgaste emocional	0	1	2	3	4	5	6		
Agotamiento físico	0	1	2	3	4	5	6		
Saturación mental	0	1	2	3	4	5	6		

2.3. Escala de alienación

Instrucciones: Rodee el número elegido

	Nunca	0	1	2	3	4	5	6	Siempre
		Actualmente, por causa de mi trabajo siento...							
Mal humor	0	1	2	3	4	5	6		
Baja realización profesional	0	1	2	3	4	5	6		
Trato despersonalizado	0	1	2	3	4	5	6		
Frustración	0	1	2	3	4	5	6		

12.4. ANEXO 4: MASLACH BURNOUT INVENTORY - GENERAL SURVEY (Bresó E, Salanova M, Schaufeli WB y Nogareda C; 2007)

Maslach burnout inventory - general survey

Instrucciones: Rodee el número elegido

	Nunca	0	1	2	3	4	5	6	Siempre
	Actualmente ...								
Siento agotamiento emocional por mi trabajo *	0	1	2	3	4	5	6		
Al final de la jornada, siento que el trabajo me ha "consumido" *	0	1	2	3	4	5	6		
Siento fatiga por la mañana al enfrentarme a otro día de trabajo *	0	1	2	3	4	5	6		
Trabajar todo el día realmente es estresante para mí *	0	1	2	3	4	5	6		
Soy capaz de resolver eficazmente los problemas surgidos en mi trabajo **	0	1	2	3	4	5	6		
Siento que mi trabajo me ha "quemado" *	0	1	2	3	4	5	6		
Contribuyo eficazmente a la actividad de mi organización **	0	1	2	3	4	5	6		
Desde que empecé en este puesto, he perdido interés por mi trabajo ***	0	1	2	3	4	5	6		
He perdido entusiasmo por mi trabajo ***	0	1	2	3	4	5	6		
En mi opinión, hago bien mi trabajo **	0	1	2	3	4	5	6		
Me estimula conseguir objetivos en mi trabajo **	0	1	2	3	4	5	6		
He realizado muchas cosas valiosas en mi trabajo **	0	1	2	3	4	5	6		
Me pregunto por la utilidad de mi trabajo ***	0	1	2	3	4	5	6		
Dudo sobre el valor de mi trabajo ***	0	1	2	3	4	5	6		
Tengo seguridad de que en mi trabajo soy eficaz acabando las cosas **	0	1	2	3	4	5	6		

En la escala se especifican los ítems que corresponden a agotamiento*, cinismo** y eficacia profesional***.

12.5. ANEXO 5: UTRECHT WORK ENGAGEMENT SCALE

(Salanova M, Schaufeli WB y Nogareda C; 2009)

Utrecht work engagement scale

Instrucciones: Rodee el número elegido

	Nunca	0	1	2	3	4	5	6	Siempre
	Actualmente ...								
En mi trabajo, siento plenitud de energía *	0	1	2	3	4	5	6		
Mi trabajo tiene sentido y propósito **	0	1	2	3	4	5	6		
El tiempo "vuela" cuando estoy trabajando ***	0	1	2	3	4	5	6		
Me siento con fuerza y vigor en mi trabajo *	0	1	2	3	4	5	6		
Siento entusiasmo por mi trabajo **	0	1	2	3	4	5	6		
Cuando estoy trabajando, olvido todo lo que pasa alrededor de mí ***	0	1	2	3	4	5	6		
Mi trabajo me inspira **	0	1	2	3	4	5	6		
Cuando me levanto por la mañana, tengo ganas de ir a trabajar *	0	1	2	3	4	5	6		
Soy feliz cuando experimento absorción por mi trabajo ***	0	1	2	3	4	5	6		
Siento orgullo del trabajo que hago **	0	1	2	3	4	5	6		
Estoy en plena inmersión en mi trabajo ***	0	1	2	3	4	5	6		
Puedo continuar trabajando durante largos períodos de tiempo *	0	1	2	3	4	5	6		
Mi trabajo es retador **	0	1	2	3	4	5	6		
Me "dejo llevar" por mi trabajo ***	0	1	2	3	4	5	6		
Soy muy persistente en mi trabajo *	0	1	2	3	4	5	6		
Me es difícil "desconectar" del trabajo ***	0	1	2	3	4	5	6		
Incluso cuando las cosas no van bien, continuo trabajando *	0	1	2	3	4	5	6		

En la escala se especifican los ítems que corresponden a vigor*, dedicación** y absorción***.

12.6. ANEXO 6: APROBACIÓN PROYECTO DE TESIS POR LA COMISIÓ DE BIOÈTICA DE LA UNIVERSIDAD DE BARCELONA



UNIVERSITAT DE BARCELONA



Gestió de la Recerca

Pavelló Rosa (recinte Maternitat)
primer pis
Travessera de les Corts, 131-159
08028 Barcelona
Tel. 93 403 53 95 - 93 403 53 97
Fax (34) 93 403 54 00
g.recerca@ub.edu
www.ub.es/ogrc/ogrc.htm

COMISSIÓ DE BIOÈTICA

En Albert Royes i Qui, Secretari de la Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona

CERTIFICA

Que analitzada la sol·licitud presentada per Alberto Granero Lázaro, doctorand en el Departament d'Infermeria de Salut Pública, Salut Mental i Materno-infantil de l'Escola Universitària d'Infermeria, i referent a la Tesi intitulada "CALIDAD DE VIDA LABORAL DE LAS ENFERMERAS: DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN Y PROPUESTAS DE MEJORA", dirigida per la Dra. Glòria Novel Martí, aquesta Comissió, per acord de data 4 de juliol de 2013, va aprobar informar favorablement des del punt de vista bioètic, la realització de l'esmentada tesi.

I perquè en quedi constància a tots els efectes, signa aquest document, amb el vist i plau del President de la Comissió, a Barcelona, 4 de juliol de 2013.



Vist i Plau
El president de la Comissió de Bioètica
de la Universitat de Barcelona

Institutional Review Board (IRB00003099)

12.7. ANEXO 7: DIVULGACIÓN CIENTÍFICA DEL ESTUDIO

Artículo: *Crisis en el sector sanitario: Impacto percibido en las condiciones de trabajo de las enfermeras.*

Autores: **Alberto Granero-Lázaro**, Josep M Blanch-Ribas, Juan Francisco Rol-dán-Merino, Jordi Torralbas Ortega, Anna Maria Escayola-Maranges.

Revista: Enfermería Clínica. 2017;27(3):163-171.

Estado: Publicado.

Referencia: Ref. ENFCLIN-16-127R1.

	<p>Elsevier España, SLU Av. Josep Tarradellas, 20-30 1ª Planta 08029 Barcelona Spain t +34 932000711 f +34 932091136 elsevier.com</p>	<p>Empowering Knowledge</p>
<p>D. José Alonso, en calidad Publishing Editor de Elsevier España, S.L.U.</p>		
<p>CERTIFICA:</p>		
<p>Que D. Alberto Granero Lázaro constan como autor del artículo "Crisis en el sector sanitario: Impacto percibido en las condiciones de trabajo de las enfermeras" (Ref. ENFCLIN-16-127R1), que ha sido aceptado para publicarse en la revista Enfermería Clínica.</p>		
<p>Para que así conste y a petición del D. Alberto Granero Lázaro, firmo el presente en Barcelona a quince de marzo de dos mil diecisiete.</p>		
		
<p>José Alonso Publishing Editor</p>		

Calidad de vida laboral de las enfermeras:
Evaluación y propuestas de mejora

Artículo: *Estrategias para mejorar la calidad de vida laboral: La perspectiva de las enfermeras.*

Autores: Alberto Granero-Lázaro, Josep M Blanch-Ribas, Juan Francisco Roldán-Merino, Anna Maria Escayola-Maranges.

Revista: Española de Enfermería de Salud Mental (*Spanish Journal of Mental Health Nursing*).

Estado: Aceptado para publicación a 22/3/17.

Referencia: Ref. 07.



D. Juan Roldán Merino, Editor de la Revista Española de Enfermería de Salud Mental (Spanish Journal of Mental Health Nursing).

CERTIFICA

Que D. Alberto Granero Lázaro consta como coautor del artículo "***Estrategias para mejorar la calidad de vida laboral: La perspectiva de las enfermeras***", que ha sido aceptado para ser publicado en la Revista Española de Enfermería de Salud Mental (Spanish Journal of Mental Health Nursing).

Para que así conste y a petición de D. Alberto Granero Lázaro, firmo el presente en Barcelona a 22 de marzo de dos mil diecisiete.

Juan Roldán Merino

22, de marzo de 2017

Revista Española de Enfermería de Salud Mental
(Spanish Journal of Mental Health Nursing)
Dirección: C/ Gallur 451, 28047 Madrid, España
Teléfono: (+34) 91 465 75 61
Fax: (+34) 91 465 94 58
Email: revespensaludmental@uah.es

Artículo: *Condiciones laborales y significado del trabajo de enfermería en Barcelona.*

Autores: Alberto Granero, Josep M Blanch, Paola Ochoa.

Revista: Latino-Americana de Enfermagem.

Estado: Enviado para valoración de la revista a enero 2017.

-----Missatge original-----

De: onbehalfof+author+eerp.usp.br@manuscriptcentral.com [mailto:onbehalfof+author+eerp.usp.br@manuscriptcentral.com]

Enviat: jueves, 16 de febrero de 2017 18:00

Per a: jmbr.blanch@gmail.com

A/c: Albert Granero Lázaro - COIB <agranero@coib.cat>;
jmbr.blanch@gmail.com; pjochoa@espol.edu.ec

Tema: Revista Latino-Americana de Enfermagem - RLAE-2017-2100 has been unsubmitted

16-Feb-2017

Dear Ms. Blanch:

Your manuscript, RLAE-2017-2100, entitled "Condiciones laborales y significados del trabajo de enfermería en Barcelona" has been unsubmitted to the Revista Latino-Americana de Enfermagem.

Please refer to the attached checklist to verify the necessary corrections and use the option CONTINUE SUBMISSION in your Author Center at <https://mc04.manuscriptcentral.com/rlae-scielo>.

Sincerely,

Revista Latino-Americana de Enfermagem Editorial Office

Calidad de vida laboral de las enfermeras:

Evaluación y propuestas de mejora

Comunicación oral: *Condiciones de trabajo y calidad de vida laboral percibida.*

Autores: Granero Lázaro A, Roldán Merino J, Blanch Ribas JM, Merodio Ruiz I, Escayola Maranges, A.

Acto científico: XXXIV Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental.

Lugar y fecha de presentación: Murcia, 5-7 de abril de 2017.

Estado: Presentada 6 de abril de 2017.



DON CARLOS AGUILERA SERRANO, SECRETARIO DE LA ASOCIACIÓN NACIONAL DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL, DE LA QUE ES PRESIDENTE DON FRANCISCO MEGÍAS LIZANCOS.

INFORMA QUE:

D. Alberto Granero Lázaro, D. Juan Roldán Merino, D. Josep María Blanch Ribas, D. Igor Merodio Ruíz, D^a. Ana Escayola Maranges

Son AUTORES de la COMUNICACIÓN ORAL titulada:

“Condiciones de Trabajo y Calidad de Vida Laboral percibida.”

Presentada en el XXXIV Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental, que ha tenido lugar en esta ciudad los días del 5 al 7 de los corrientes.


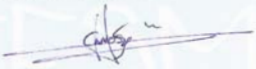
Igualmente ha sido publicado como CAPÍTULO DE LIBRO 18

En: «Las enfermeras de salud mental y la exclusión social».
I.S.B.N.: 978-84-946764-2-0
Edita: Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental.

Tiene reconocimiento científico.

Y para que conste, expido el presente en Murcia a siete de Abril de dos mil diecisiete.

V^oB^o
EL PRESIDENTE



XXXIV Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental
"Las enfermeras de salud mental y la exclusión social: hablando claro"
Murcia, 5-7 de abril de 2017

TRABAJO COMPLETO

Título: Condiciones de trabajo y calidad de vida laboral percibida.

Autores: Alberto Granero Lázaro, Juan Roldán Merino, Josep Maria Blanch Ribas, Igor Merodio Ruiz, Ana Escayola Maranges.

Introducción

La gestión de la crisis económica está influyendo en las condiciones de trabajo y en la calidad de vida laboral de los trabajadores europeos¹. Las políticas estatales de austeridad, desarrolladas en el contexto de crisis, han repercutido a nivel económico-financiero, político y social². En Cataluña, la reducción del presupuesto del Departamento de Salud entre 2010 y 2014 fue de 1026 millones de euros³. Este recorte comportó que los centros sanitarios financiados con fondos públicos empezaran a aplicar diferentes medidas de contención del gasto (cierre de camas de hospitalización, reducciones de plantillas, bajada de salarios, etc.) que han tenido una repercusión en las condiciones de trabajo de los profesionales⁴.

Además de la crisis económica, ha habido otros factores como son el incremento de los costes en salud, el aumento de las expectativas de la población respecto a la sanidad, los avances tecnológicos, los cambios en las políticas de financiación y de seguridad de los pacientes, que han determinado la necesidad de transformación de las Organizaciones Sanitarias^{7,8}, para: ser más ágiles y rentables, contener el gasto, dar respuesta a las necesidades de los pacientes, mejorar la seguridad y la calidad asistencial y ser más eficientes. Algunos de éstos cambios también han empeorado las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud en general y de las enfermeras en particular. Actualmente

Calidad de vida laboral de las enfermeras:

Evaluación y propuestas de mejora

las condiciones de trabajo requieren altos niveles de atención y concentración, elevada responsabilidad, sobrecarga, así como largos y desordenados horarios y turnos de trabajo, aspectos que han contribuido a que los riesgos psicosociales en el entorno laboral estén cada vez más presentes^{9,10,11}.

El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT)¹² considera entre los factores de riesgo psicosocial las condiciones ambientales y los factores relacionados con la organización y la gestión del trabajo. La coexistencia y persistencia de determinados factores de riesgo pueden sobrepasar la capacidad de afrontamiento de la persona generándole situaciones de malestar, estrés, insatisfacción, *burnout* o alteraciones de la salud física y mental^{10,13,14} que pueden poner en peligro el sentido del trabajo, el bienestar y la calidad de vida laboral.

Distintos autores^{7,14-18}, también han evidenciado que las condiciones de trabajo de las enfermeras pueden repercutir en la calidad de la atención y los cuidados, en los resultados de salud y en la satisfacción de los usuarios.

En este contexto se pretende analizar cómo han valorado las enfermeras sus condiciones de trabajo actuales, si consideran que su calidad de vida laboral ha aumentado o ha disminuido en los últimos años y valorar qué relaciones se establecen entre las condiciones de trabajo y la calidad de vida laboral percibida.

Objetivos

Objetivo general

Analizar cómo se distribuyen las puntuaciones de las condiciones de trabajo en relación a la calidad de vida laboral percibida.

Objetivos específicos

- Analizar el perfil de la muestra estudiada.
- Identificar si la calidad de vida laboral percibida ha disminuido o ha aumentado en los últimos años.

Metodología

Estudio descriptivo, transversal y correlacional realizado en la provincia de Barcelona.

La población fueron las enfermeras de la provincia de Barcelona que estaban en disposición activa en junio de 2.014 según el registro del *Col·legi oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona* (COIB).

El tamaño de la muestra estimada fue de 1.744 enfermeras para una población finita de 32.463, con una precisión del 3%, un intervalo de confianza del 99% y una proporción esperada del 50%. Los criterios de inclusión establecidos fueron estar trabajando como enfermera o en disposición activa de trabajo y los criterios de exclusión fueron ejercer un trabajo distinto al de enfermera o estar trabajando fuera de la provincia de Barcelona.

La técnica de muestreo fue no probabilística y consecutiva. La captación de los participantes fue a través de los canales de comunicación del COIB, que difundieron una nota informativa a las enfermeras sobre la investigación, dándoles acceso a un formulario on-line que recogía las respuestas de los participantes y las almacenaba automáticamente en la base de datos de la investigación.

La muestra de estudio fueron 1.760 enfermeras que se encontraban en el momento del estudio en situación o disposición activa de trabajo.

Se recogieron los datos sociodemográficos y laborales de las participantes, entre ellos: la edad, el sexo, los años desde la titulación, la categoría profesional, el carácter del centro de trabajo, la situación contractual, la antigüedad en el centro de trabajo, el porcentaje de la jornada laboral, el tiempo de contratación en el último año, el ámbito de trabajo, el puesto de trabajo y el horario.

Para analizar las condiciones de trabajo y la calidad de vida laboral percibida se utilizó:

- El cuestionario de condiciones de trabajo (c-CT)⁵. Las condiciones de trabajos se evaluaron en un rango de 0 (valor mínimo) a 10 (valor máximo).

- El cuestionario de bienestar laboral general (c-BLG)⁶. La calidad de vida laboral percibida se evaluó mediante el ítem *en los últimos años, mi calidad de vida laboral ha subido o ha bajado* del c-BLG. La calidad de vida laboral se evaluó en un rango de 1 a 7, donde 4 era el punto central, los valores < a 4 indicaban que había bajado la calidad de vida laboral en los últimos años y los valores > a 4 que había subido la calidad de vida laboral.

El tratamiento estadístico se realizó mediante el programa SPSS *Statistics* 23. Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables incluidas en el estudio y un análisis univariante para estudiar la relación entre las condiciones de trabajo y la calidad de vida laboral percibida, utilizando el análisis de la varianza. Se trabajó con un nivel de significación $p < 0,05$ y se calculó el tamaño del efecto mediante la *D de Cohen (d)* considerando un tamaño del efecto bajo ($\leq 0,30$), moderado* (entre $> 0,30-0,80$) o alto** ($> 0,80$).

Desarrollo

El **perfil** que caracterizó la muestra fue de mujeres (85,9%), con una edad media de 41,9 años (DE 10,4), que se habían graduado hacía 18,3 años (DE 10,8). Las participantes fueron principalmente enfermeras generalistas, trabajaban en centros de carácter público o mixto, tenían una situación contractual estable, con una antigüedad de 13,5 años (DE 10,0), trabajaban a jornada completa, habían estado contratadas todo el último año y desarrollaban su trabajo en el ámbito asistencial, en hospital o clínica y en turno diurno.

Al preguntar a las enfermeras *si en los últimos años su calidad de vida laboral había subido o había bajado*, la puntuación media obtenida fue de 3,6 (DE 1,9), lo que indicaba que **había bajado su calidad de vida laboral**.

Las **puntuaciones medias en las condiciones de trabajo** y de los aspectos asociados a ellas (adaptación persona-organización, ajuste organización-persona, entorno social, entorno material, desarrollo y regulación), en relación a la valoración que las enfermeras realizaron de su calidad de vida laboral percibida (pésima de 1 a 2,5, mala > 2,5 a 4, buena > 4 a 5,5 y óptima > 5,5 a 7) se muestran en la *tabla 1*.

En relación a las condiciones de trabajo se observó que:

- La adaptación de la persona a la organización y el ajuste de la organización a la persona disminuyeron en relación al descenso de la calidad de vida laboral percibida. Destacó que conforme la calidad de vida laboral percibida era menor, la diferencia entre la adaptación de la persona a la organización y el ajuste de la organización era mayor, es decir que descendió más rápidamente el ajuste de la organización a la persona que la adaptación de la persona a la organización.
- Los aspectos peor valorados fueron el desarrollo y la regulación.
- Los aspectos mejor valorados fueron el entorno social y el material, que obtuvieron valoraciones buenas u óptimas independientemente de la calidad de vida laboral percibida por las enfermeras, aunque aumentaron o disminuyeron en relación directa a la valoración realizada de la calidad de vida laboral.

Calidad de vida laboral de las enfermeras:
Evaluación y propuestas de mejora

Tabla 1. Puntuación de las condiciones de trabajo en relación a la calidad de vida laboral percibida

n = 1760	Calidad vida laboral	n	Media	DE	gl	F	Sig	D de Cohen (d)		
								Mala	Buena	Óptima
Condiciones de trabajo	Pésima	559	4,6	1,4	3	388,9	< 0,001	-0,91**	-1,55**	-2,05**
	Mala	585	5,7	1,2					-0,73*	-1,28**
	Buena	256	6,5	1,0						-0,61*
	Óptima	360	7,2	1,1						
Rango 0-10										
Adaptación persona-organización	Pésima	559	5,9	1,9	3	101,5	< 0,001	-0,34*	-0,69*	-1,06**
	Mala	585	6,5	1,5					-0,41*	-0,83**
	Buena	256	7,1	1,3						-0,46*
	Óptima	360	7,7	1,3						
Rango 0-10										
Ajuste organización-persona	Pésima	559	3,1	2,1	3	410,4	< 0,001	-0,97**	-1,62**	-2,11**
	Mala	585	5,0	1,8					-0,73*	-1,26**
	Buena	256	6,3	1,5						-0,59*
	Óptima	360	7,2	1,6						
Rango 0-10										
Entorno social	Pésima	559	6,3	2,0	3	72,6	< 0,001	-0,32*	-0,64*	-0,88**
	Mala	585	6,9	1,6					-0,38*	-0,64*
	Buena	256	7,5	1,3						-0,30
	Óptima	360	7,9	1,3						
Rango 0-10										
Entorno material	Pésima	559	5,2	1,9	3	107,2	< 0,001	-0,47*	-0,77*	-1,07**
	Mala	585	6,1	1,5					-0,39*	-0,72*
	Buena	256	6,6	1,4						-0,34*
	Óptima	360	7,1	1,4						
Rango 0-10										
Desarrollo	Pésima	559	3,1	1,9	3	304,5	< 0,001	-0,90**	-1,50**	-1,85**
	Mala	585	4,7	1,8					-0,62*	-1,01**
	Buena	256	5,8	1,7						-0,41*
	Óptima	360	6,5	1,9						
Rango 0-10										
Regulación	Pésima	559	3,7	1,8	3	300,4	< 0,001	-0,88**	-1,35**	-1,81**
	Mala	585	5,2	1,5					-0,55*	-1,05**
	Buena	256	6,0	1,4						-0,53*
	Óptima	360	6,7	1,4						
Rango 0-10										

Conclusiones

- La calidad de vida laboral percibida de las enfermeras ha empeorado en los últimos años.
- Las condiciones de trabajo mejor valoradas, distan mucho de la valoración ideal de excelencia.
- Hay una relación directa entre la valoración de la calidad de vida laboral percibida y las condiciones de trabajo, observándose que la calidad de vida laboral

es mejor valorada cuando las condiciones de trabajo son mejores y peor valorada cuando son peores.

- La valoración de la calidad de vida laboral percibida es un predictor del estado de las condiciones de trabajo de las enfermeras.
- Es necesario que las organizaciones sanitarias implementen medidas dirigidas a mejorar las condiciones de trabajo de las enfermeras para:
 1. Mejorar el bienestar y la calidad de vida laboral de las enfermeras, así como prevenir el malestar, el estrés, la insatisfacción, el *burnout* y las alteraciones de la salud física y mental.
 2. Prevenir un impacto negativo en la calidad de la atención, en la seguridad y la satisfacción de los pacientes y en los resultados de salud de la población.

Bibliografía

1. Eurofound. Primeros resultados: Sexta Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo. [Internet]. Dublin: Eurwork; 2016 [citado 22 Ago 2016]. Disponible en: <http://www.eurofound.europa.eu/es/publications/resume/2015/working-conditions/first-findings-sixth-europe>.
2. Bacigalupe A, Martín U, Font R, González-Rábago Y, Bergantiños N. Austeridad y privatización sanitaria en época de crisis: ¿existen diferencias entre las comunidades autónomas? *Gac Sanit*. 2016;30(1):47-51.
3. IDESCAT. Web de l'Estadística Oficial de Catalunya [Internet]. Barcelona: IDESCAT; 2006 [citado 2016 Aug 22]. Disponible en: <http://www.idescat.cat/>
4. ATTAC-España. La privatización de los servicios públicos en España [Internet]. 2012. Disponible en: http://www.attac.es/wp-content/uploads/2013/01/Web_v1.0.pdf
5. Blanch JM, Sahagún M, Cervantes G. Estructura factorial del cuestionario de condiciones de trabajo. *Rev Psicol del Trab y las Organ*. 2010;26(3):175-89.
6. Blanch JM, Sahagún M, Cantera L, Cervantes G. Cuestionario de Bienestar Laboral General: Estructura y Propiedades Psicométricas. *Rev Psicol del Trab y las Organ*. 2010;26(2):157-70.
7. Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*. 2012;344:1717.
8. Ochoa P, Blanch JM. Work, malaise, and well-being in Spanish and Latin-American doctors. *Rev Saude Publica*. 2016;50(21):1-14.
9. Lavoie-Tremblay M, Bonin JP, Lesage AD, Bonneville-Roussy A, Lavigne GL, Laroche D. Contribution of the psychosocial work environment to psychological distress among health care professionals before and during a major organizational change. *Health Care Manag*. 2010;29(4):293-304.

Calidad de vida laboral de las enfermeras:

Evaluación y propuestas de mejora

10. Mansilla F. Manual de riesgos psicosociales en el trabajo: Teoría y práctica: Cómo influyen los factores de riesgos psicosociales en el trabajo y su prevención. España: Editorial Académica Española; 2012.
11. Sánchez-Anguita A. Salud Laboral. Autoeficacia, ansiedad y satisfacción. Salamanca: Amaru Ediciones; 2006.
12. Cuenca R. Introducción a la prevención de riesgos laborales de origen psicosocial. INSHT, editor. Madrid: Ministerio de Empleo y Seguridad Social; 1996.
13. Arterman A, Colom J, Gabilondo A, Massachs EM. La salut i el benestar dels professionals sanitaris en l'entorn laboral. Guia de bones pràctiques per a institucions, equips i professionals. Departament de Salut. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Agència de Salut pública de Catalunya; 2012.
14. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalsi J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA J Am Med Assoc.* 2002;288(16):1987-93.
15. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *N Engl J Med.* 2002;346(22):1715-22.
16. Kane R, Shamliyan T, Mueller C, Duval S, Wilt T. The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: systematic review and meta-analysis. *Med Care.* 2007;45(12):1195-204.
17. EFN. "At what cost? The economic crisis, population and health" - The nurses' view. Brussels; 2012. p. 1-2.
18. Escobar-Aguilar G, Gómez-García T, Ignacio-García E, Rodríguez-Escobar J, Moreno-Casbas T, Fuentelsaz-Gallego C, et al. Entorno laboral y seguridad del paciente: comparación de datos entre los estudios SENECA y RN4CAST. *Enferm Clin.* 2013;23(3):103-13.

Comunicación póster: *Condiciones de trabajo y significado de trabajo.*

Autores: Granero Lázaro A, Roldán Merino J, Blanch Ribas JM, Merodio Ruiz I, Escayola Maranges, A.

Acto científico: XXXIV Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental.

Lugar y fecha de presentación: Murcia, 5-7 de abril de 2017.

Estado: Presentado 5-7 de abril de 2017.

317

AEESEME
ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA
DE SALUD MENTAL

MENTAL HEALTH EUROPE
SANTÉ MENTALE EUROPE

DON CARLOS AGUILERA SERRANO, SECRETARIO DE LA ASOCIACIÓN NACIONAL DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL, DE LA QUE ES PRESIDENTE DON FRANCISCO MEGÍAS LIZANCOS.

INFORMA QUE:

D. Alberto Granero Lázaro, D. Juan Roldán Merino, D. Josep María Blanch Ribas,
D. Igor Merodio Ruíz, D^a. Ana Escayola Maranges

Son AUTORES de la COMUNICACIÓN formato PÓSTER titulado:

Condiciones de trabajo y significado de trabajo

Expuesto en el XXXIV Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental, que ha tenido lugar en el Auditorio y Centro de Congresos "Victor Villegas" del 5 al 7 de los corrientes.

Tiene reconocimiento científico.

Y para que conste, expido el presente en Murcia a siete de Abril de dos mil diecisiete.

V^oB^o
EL PRESIDENTE

XXXIV Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental
“Las enfermeras de salud mental y la exclusión social: hablando claro”
Murcia, 5-7 de abril de 2017

RESUMEN DE COMUNICACIÓN CIENTÍFICA

Título: Condiciones de trabajo y significado de trabajo.

Autores: Alberto Granero Lázaro, Juan Roldán Merino, Josep Maria Blanch Ribas, Igor Merodio Ruiz, Ana Escayola Maranges.

Formato de Presentación: Comunicación póster.

Datos autor responsable:

- **Nombre y apellidos:** Alberto Granero Lázaro
- **Ámbito de trabajo:** Salud Mental Parc Taulí.
- **Dirección postal:** Parc Taulí 1. Sabadell (Barcelona). DP: 08208.
- **Correo electrónico:** agranero@tauli.cat

RESUMEN

Introducción

En la última década las condiciones de trabajo (CT) han experimentado profundas transformaciones por los cambios generales desarrollados en el mundo del trabajo y por la crisis económica, que han comportado un empeoramiento de las CT de las enfermeras¹. Estudios como el RN4CAST han puesto de manifiesto que las enfermeras de los países europeos en crisis, presentan mayor insatisfacción, *burnout* e intención de abandonar el trabajo².

En el contexto de crisis, las políticas estatales de austeridad y la reducción del presupuesto del Departamento de Salud en Cataluña, comportaron la aplicación de medidas de contención del gasto en los centros sanitarios financiados con fondos público, medidas que han tenido una repercusión negativa en las CT

de las enfermeras³. En este contexto pretendemos analizar cuáles son las CT y el significado del trabajo (ST) para las enfermeras de Barcelona.

Objetivos

Analizar la relación entre la valoración cuantitativa que las enfermeras hicieron de sus CT y los significados que dieron a su propia experiencia laboral.

Metodología

El diseño fue mixto (cuantitativo y cualitativo), descriptivo y transversal.

La muestra estudiada fue de 1.760 enfermeras de la provincia de Barcelona en situación o disposición activa de trabajo.

Las variables estudiadas fueron las condiciones de trabajo (CT), que se valoraron a través del cuestionario de condiciones de trabajo (c-CT)⁴ y el significado de trabajo (ST) que se valoró a partir del análisis textual de los datos obtenidos en la pregunta *escriba las palabras clave que le vengan a la mente cuando piensa en su trabajo*. Para determinar las relaciones existentes entre el ST y las CT se realizó un análisis de correspondencias entre ambas variables.

Desarrollo

Las CT fueron valoradas con una media de 5,8 DE 1,6 en un rango de 0 a 10. El corpus de la variable ST estuvo formado por 8.043 formas léxicas distribuidas en 31 códigos. Las formas léxicas de índole negativa fueron 3.063 (38,1%) y las de índole positiva 4.980 (61,9%).

El análisis de correspondencia mostró tres grandes agrupaciones de formas léxicas que definieron el ST para los que tenían:

- CT óptimas que lo asociaron a términos como autonomía, realización y bienestar;

- CT buenas que lo asociaron a términos como satisfacción, oportunidades, compañerismo, vigor, eficacia, buenas condiciones socioeconómicas, compromiso, responsabilidad, competencias, ética, cuidar, reconocimiento económico y reconocimiento;
- CT malas que lo asociaron a términos como agotamiento, trabajo inapropiado, clima negativo, desorganización de tareas, sobrecarga, malas condiciones socioeconómicas, poco reconocimiento, malestar, injusticia, cinismo organizacional, insatisfacción, mala gestión, falta de recursos e ineficacia.

Las CT pésimas asociaron el ST a despersonalización.

Conclusiones

Se observa una alta coherencia entre la valoración numérica de las CT y los significados de la experiencia laboral aportada por las enfermeras que participaron en el estudio. Destaca que las enfermeras piensan en términos relativamente positivos, indicando aspectos a proteger y fortalecer, pero también identifican importantes carencias, deficiencias y disfunciones en el diseño, la organización y la gestión del trabajo y de las condiciones del ejercicio profesional.

Bibliografía

1. Eurofound. Primeros resultados: Sexta Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo. [Internet]. Dublin: Eurwork; 2016 [citado 22 Ago 2016]. Disponible en: <http://www.eurofound.europa.eu/es/publications/resume/2015/working-conditions/first-findings-sixth-europe>.
2. Fuentelsaz-Gallego C, Moreno-Casbas T, López-Zorraquino D, Gómez-García T, González ME, Martín AMG, et al. Percepción del entorno laboral de las enfermeras españolas en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Proyecto RN4CAST-España. *Enferm Clin*. 2012;22(5):261-8.
3. ATTAC-España. La privatización de los servicios públicos en España [Internet]. 2012. Disponible en: http://www.attac.es/wp-content/uploads/2013/01/Web_v1.0.pdf
4. Blanch JM, Sahagún M, Cervantes G. Estructura factorial del cuestionario de condiciones de trabajo. *Rev Psicol del Trab y las Organ*. 2010;26(3):175-89.

CONDICIONES DE TRABAJO Y SIGNIFICADO DE TRABAJO

Autores: A. Granero Lázaro (1,2), J. Roldán Merino (3), JM. Blanch Ribas (4), I. Merodio Ruiz (2), A. Escayola Maranges (2).

(1) Colegio Oficial de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona (COIB); (2) Parc Taulí Sabadell Hospital Universitario; (3) Escuela Universitaria de Enfermería Sant Joan de Déu Universidad de Barcelona (UB); (4) Facultad de Psicología Universidad Autónoma de Barcelona (UAB).

INTRODUCCIÓN

En la última década las condiciones de trabajo (CT) han experimentado profundas transformaciones por los cambios generales desarrollados en el mundo del trabajo y por la crisis económica, que han comportado un empeoramiento de las CT de las enfermeras¹. Estudios como el RN4CAST han puesto de manifiesto que las enfermeras de los países europeos en crisis, presentan mayor insatisfacción, burnout e intención de abandonar el trabajo².

En el contexto de crisis, las políticas estatales de austeridad y la reducción del presupuesto del Departamento de Salud en Cataluña, comportaron la aplicación de medidas de contención del gasto en los centros sanitarios financiados con fondos públicos, medidas que han tenido una repercusión negativa en las CT de las enfermeras³. En este contexto pretendemos analizar cuáles son las CT y el significado del trabajo (ST) para las enfermeras de Barcelona.

OBJETIVO

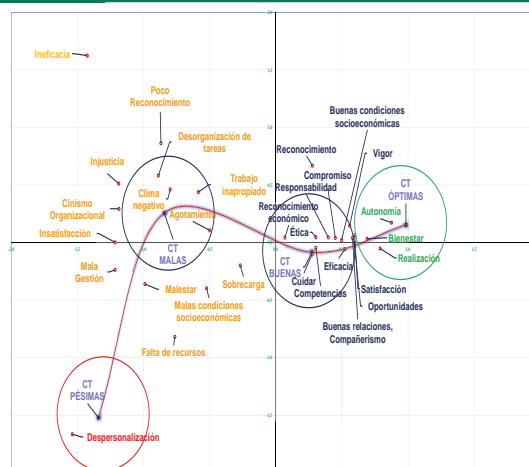
Analizar la relación entre la valoración cuantitativa que las enfermeras hicieron de sus CT y los significados que dieron a su propia experiencia laboral.

METODOLOGÍA

- El **diseño** fue mixto (cuantitativo y cualitativo), descriptivo y transversal.
- La **muestra** estudiada fue de **1760 enfermeras** de la provincia de Barcelona en situación o disposición activa de trabajo.
- Las **variables de estudio** fueron las **condiciones de trabajo**, valoradas mediante el cuestionario de condiciones de trabajo (c-CT)⁴ y el **significado de trabajo** que se valoró a partir del análisis textual de los datos obtenidos en la pregunta "escriba las palabras clave que le vengan a la mente cuando piensa en su trabajo".
- Se realizó un **análisis de correspondencias** entre las variables Significado de Trabajo y Condiciones de Trabajo para determinar las relaciones entre ellas.

DESARROLLO

- La **media de las CT** fue de **5,8** con una desviación estándar de 1,6 en un rango de 0 (valor mínimo) a 10 (valor máximo).
 - El **corpus del ST** estuvo formado por **8043 formas léxicas** distribuidas en **31 categorías**. Las formas léxicas de **índole negativa** fueron **3063 (38,1%)** y las de **índole positiva** **4980 (61,9%)**.
 - El análisis de correspondencia mostró **3 grandes agrupaciones de formas léxicas que definieron el ST** para los que tenían:
 - ✓ **CT óptimas (> 7,5-10)** que lo asociaron a términos como autonomía, realización y bienestar.
 - ✓ **CT buenas (> 5-7,5)** que lo asociaron a términos como satisfacción, oportunidades, compañerismo, vigor, eficacia, buenas condiciones socioeconómicas, compromiso, responsabilidad, competencias, ética, cuidar, reconocimiento económico y reconocimiento.
 - ✓ **CT malas (> 2,5-5)** que lo asociaron a términos como agotamiento, trabajo inapropiado, clima negativo, desorganización de tareas, sobrecarga, malas condiciones socioeconómicas, poco reconocimiento, malestar, injusticia, cinismo organizacional, insatisfacción, mala gestión, falta de recursos.
- Las **CT pésimas (0-2,5)** asociaron el ST a despersonalización. En el **gráfico** se muestran las agrupaciones de las formas léxicas.

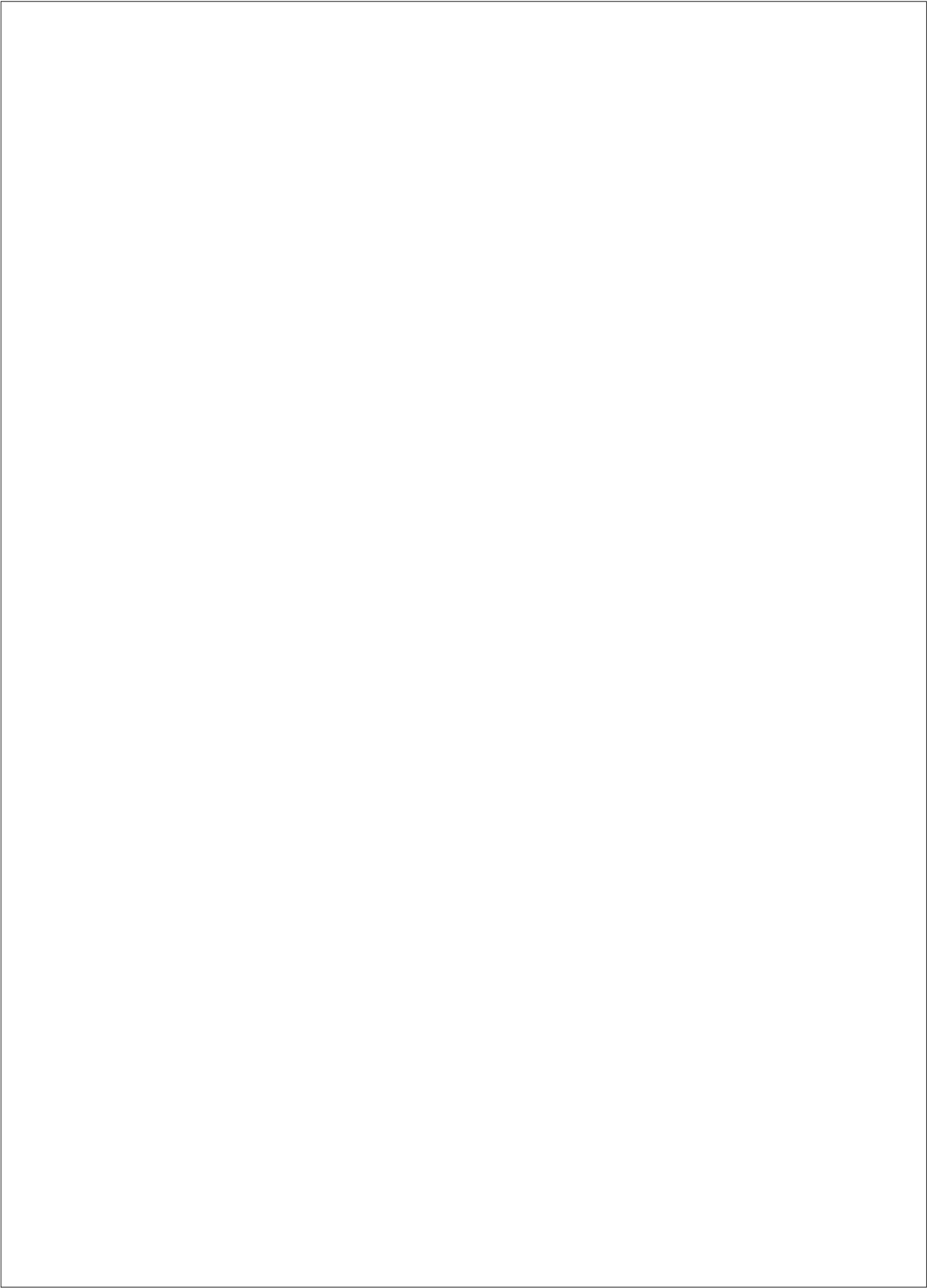


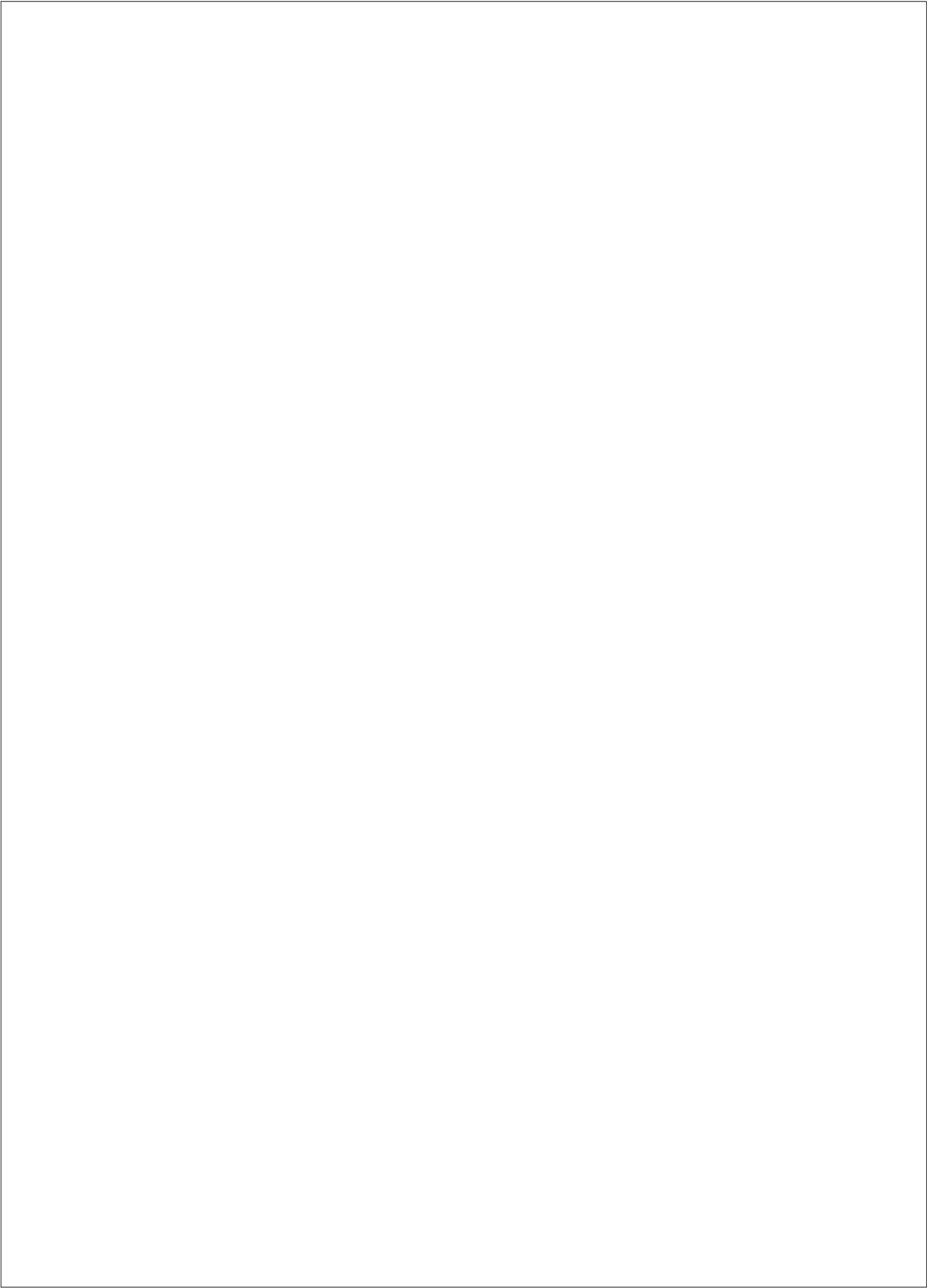
CONCLUSIONES

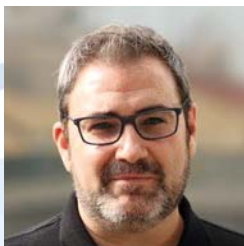
Se observa una alta coherencia entre la valoración numérica de las CT y los significados de la experiencia laboral aportados por las enfermeras que participaron en la investigación. Destaca que las enfermeras piensan en términos relativamente positivos, indicando aspectos a proteger y a fortalecer, pero también identifican importantes carencias, deficiencias y disfunciones en el diseño, la organización y la gestión del trabajo, así como en las condiciones del ejercicio profesional.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- EUROFOUND Primeros resultados: Sexta Encuesta Europea sobre las Condiciones de Trabajo. [Internet]. Dublin: Eurwork; 2016 [citado 22 Ago 2016]. Disponible en: <http://www.eurofound.europa.eu/es/publications/resume/2015/working-conditions/first-findings-sixth-european-working-conditions-survey-resume>
- 2.- Fuentesaz-Gallego C, Moreno-Casbas T, Lopez-Zorrequin D, Gómez-García T, González-María E. Percepción del entorno laboral de las enfermeras españolas en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Proyecto RN4CAST-España. Enfermería Clínica. 2012; 22(5):261-68. Doi: 10.1016/j.enfcli.2012.09.001
- 3.- ATTAC-España. La privatización de los servicios públicos en España. [Internet]. ATTAC-España; 2012. [citado 8 May 2016]. Disponible en: http://www.attac.es/wp-content/uploads/2013/01/Web_v1.0.pdf
- 4.- Blanch JM, Sahagún M, Cervantes G. Estructura factorial de la Escala de Condiciones de Trabajo. Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones. 2010; 26 (3):175-189.







Alberto Granero Lázaro

Formación Graduada: Diplomado en enfermería por la Universidad de Barcelona (UB) en 1990, Diplomado en fisioterapia por la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) en 1994 y Licenciado en antropología social y cultural por la UAB en 2008.

Formación Especializada: Especialista en enfermería de salud mental en 2010.

Formación Máster: Máster en administración y gestión en enfermería por la UB en 1996, Máster en ciencias de la enfermería por la Universidad Internacional de Cataluña en 2004, Máster en investigación etnográfica, teoría antropológica y relaciones interculturales por la UAB en 2009, Máster de liderazgo y gestión de los servicios de enfermería por la UB en 2011.

Formación Post-Graduada: Experto universitario en enfermería comunitaria por la Universidad Complutense en 1993, Post-grado en intervención de enfermería en salud mental y psiquiatría por la UB en 1999, Especialista en factores de riesgo psicosocial en el sector sanitario catalán por la Universidad Abat Oliba en 2013.

Doctorando del Programa de Doctorado en ciencias enfermeras de la UB (2011-2017) con la investigación *“Calidad de vida laboral de las enfermeras: Evaluación y propuestas de mejora”*.

Experiencia Laboral: Enfermero asistencial en la Fundación Hospital de Mollet de 1990 a 1992 y en la Corporación Sanitaria Parc Taulí (CSPT) de 1992 a 1997. Enfermero gestor en la CSPT desde 1997 hasta la actualidad que ocupa el cargo de Jefe de enfermería del centro de salud mental.

Experiencia Docente: Profesor asociado en el Departamento de enfermería fundamental y médico quirúrgica de la UB de 2004 a 2010. Docente del Máster en emergencias extrahospitalarias en la Escuela Universitaria de Enfermería (EUE) Fundación Universitaria del Bages (2011-16) y del Máster de enfermería psiquiátrica y salud mental en la EUE San Juan de Dios (2006-07). Promotor y docente de actividades de formación continua en salud mental en la CSPT (1998 a 2017).

Experiencia en Investigación: Autor y coautor de publicaciones en revistas científicas y comunicaciones en jornadas y congresos (1997 a 2017).

Líneas de Trabajo: Gestión autónoma enfermera, Metodología asistencial enfermera en salud mental y Condiciones de vida laboral de las enfermeras.

Participación: Miembro del comité institucional de docencia de la CSPT (1998-2003), miembro del comité institucional de formación de la CSPT (2004-2012) y miembro de la subcomisión de docencia de enfermería de la CSPT (2012-2017). Miembro de la comisión de gestión autónoma del Colegio Oficial de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona (COIB) de 2003 a 2007. Actualmente Vocal de enfermería de salud mental y miembro de la Junta de Gobierno del COIB desde 2011.