



**ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA Y PROFESIONALES DE ENFERMERÍA:
FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN PARA GARANTIZAR EL
BIENESTAR PSICOLÓGICO Y SU CALIDAD DE VIDA LABORAL**

M^a del Pilar Bonasa Jiménez

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

TESIS DOCTORAL

M^a DEL PILAR BONASA JIMÉNEZ

**ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA Y
PROFESIONALES DE ENFERMERÍA: FACTORES
DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN
PARA GARANTIZAR EL BIENESTAR
PSICOLÓGICO Y SU CALIDAD DE VIDA
LABORAL**

DIRECTORES:

DR. JORDI TOUS-PALLARÉS

DR. URBANO LORENZO-SEVA



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

TESIS DOCTORAL

M^a DEL PILAR BONASA JIMÉNEZ

**ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA Y PROFESIONALES
DE ENFERMERÍA: FACTORES DE RIESGO Y
FACTORES DE PROTECCIÓN PARA GARANTIZAR EL
BIENESTAR PSICOLÓGICO Y SU CALIDAD DE VIDA
LABORAL**

DIRECTORES:

DR. JORDI TOUS-PALLARÉS

DR. URBANO LORENZO-SEVA

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA Y PROFESIONALES DE ENFERMERÍA: FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN
PARA GARANTIZAR EL BIENESTAR PSICOLÓGICO Y SU CALIDAD DE VIDA LABORAL
M^a del Pilar Bonasa Jiménez

M^a del Pilar Bonasa-Jiménez

ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA Y PROFESIONALES DE ENFERMERÍA:
FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN PARA
GARANTIZAR EL BIENESTAR PSICOLÓGICO Y SU CALIDAD DE VIDA
LABORAL

TESIS DOCTORAL

Dirigida por el Dr. Jordi Tous-Pallarés y el Dr. Urbano Lorenzo-Seva

Departamento de Psicología

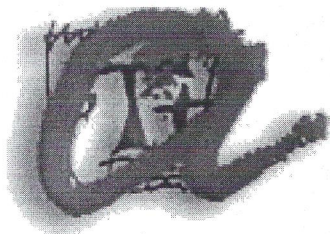


UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2016

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA Y PROFESIONALES DE ENFERMERÍA: FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN
PARA GARANTIZAR EL BIENESTAR PSICOLÓGICO Y SU CALIDAD DE VIDA LABORAL
M^a del Pilar Bonasa Jiménez



FAIG CONSTAR que el treball, titulat "*Estudiants d'infermeria i professionals d'infermeria: Factors de risc i factors de protecció per a garantir el benestar psicològic i la seva qualitat de vida laboral*", que presenta **M^a del Pilar Bonasa Jiménez** per a l'obtenció del títol de Doctor, ha estat realitzat sota la meva direcció al Departament de Psicologia d'aquesta universitat i que aconsegueix els requeriments per a ser llegida.

Tarragona, 2 de setembre de 2016

Els directors de la tesi doctoral

Dr. Jordi Tous Pallarès

Dr. Urbano Lorenzo Seva

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA Y PROFESIONALES DE ENFERMERÍA: FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN
PARA GARANTIZAR EL BIENESTAR PSICOLÓGICO Y SU CALIDAD DE VIDA LABORAL
M^a del Pilar Bonasa Jiménez

Agradecimientos

A las tres personas más importantes de mi vida que han hecho y hacen que todo sea posible y que tenga sentido: mis padres, *José M^a* y *Consuelo*, quienes me han enseñado los valores del compromiso, la constancia y la familia, y *Abel*, mi medio pomelo, que siempre está ahí como referente y apoyo en los buenos y malos momentos

A mis amigos-hermanos *Neus* y *Carles* que ya desde el principio (cuando apenas me conocían) han confiado en mis posibilidades, están ahí, y me apoyan incondicionalmente en todas las fases del camino

A mi imica *Dori* por ser un descubrimiento y un buen ejemplo a nivel personal y profesional, por su capacidad, constancia y perseverancia en todo aquello que se propone

A *Judit*, mi psicóloga favorita, un activo importante en lo profesional y lo personal desde que se incorporara a Centre de Diagnòstic mil años a, manteniendo el fuerte siempre operativo

Al personal de enfermería del Hospital Universitari Joan XXIII especialmente de los servicios de Hematología, Cirugía, UCI, Urgencias y Hospital de Día (sin olvidar al resto)

A *Mercè*, ex alumna de psicología y nuevo fichaje, quien no ha dudado en echarme una mano a nivel técnico cuando lo he precisado

A todos aquellos que forman parte de mi vida, a los que quiero y lo saben

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA Y PROFESIONALES DE ENFERMERÍA: FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN
PARA GARANTIZAR EL BIENESTAR PSICOLÓGICO Y SU CALIDAD DE VIDA LABORAL
M^a del Pilar Bonasa Jiménez

Prefacio

A la hora de redactar este apartado lo primero que me viene a la cabeza es cómo responder a la siguiente pregunta: ¿qué hace una chica como tú en un sitio como éste?

Este trabajo es la confluencia de una historia de vida y una historia profesional ligada al ámbito sanitario y a la intervención psicosocial.

Mi primer contacto con el ámbito sanitario fue como voluntaria de Cruz Roja Española en lo que antes se conocía popularmente como “ambulancias” (antigua UTSE). El interés por las personas y sus reacciones, por quienes cuidan y quienes reciben las atenciones se perfiló y potenció aún más gracias al Dr. Jordi Tous, quien me permitió participar en el proyecto de Fundació Universitat Rovira i Virgili (FURV)- STS Ambulàncies, y hacerlo también como docente en el Módulo de Intervención en Crisis y Emergencias del Máster de Intervención Psicosocial de la Universitat de Barcelona. De ahí a la docencia del módulo de psicología para la acreditación de los Técnicos de Transporte Sanitario en colaboración con IMFE Mas Carandell, nueva oportunidad de seguir trabajando con ellos, de seguir aprendiendo, retomar el contacto y hacer nuevos amigos, como Ramón, que merecen la pena.

Raro es el día que no aparece en las noticias alguna situación que ha requerido o requiere de la intervención de psicólogos y psicólogas en crisis y emergencias. Esa actuación, normalmente *in situ*, no es más que la punta del iceberg. La intervención psicosocial nos permite colaborar con otros profesionales (entre ellos enfermeras y enfermeros), trabajar en múltiples contextos y ayudar al abordaje de situaciones difíciles a víctimas primarias, secundarias y terciarias. Es un campo donde hay mucho por hacer con el rigor y responsabilidad que deben regir todas las disciplinas.

Las funciones en la enfermería actual se encuadran dentro de una perspectiva holística desde la cual se trata de dar respuesta a las necesidades físicas, emocionales y espirituales de las personas. Dentro de las múltiples posibilidades de intervención, nos centraremos en aquellos profesionales que trabajan en primera línea, en los centros hospitalarios, en contacto directo con la enfermedad y la muerte, con el sufrimiento de pacientes y familiares.

En términos generales, cuando nos decantamos por las profesiones sanitarias lo hacemos desde la vocación de ayuda y la idea romántica de “curar” y garantizar el bienestar de las personas. Eso es lo que nos hace realizar unos estudios y no otros, y es esa la realidad que debemos enfrentar ya desde la formación universitaria, cuando tenemos posibilidades de hacer prácticas, y una vez en el mundo real.

La práctica clínica, ya sea durante la etapa formativa o profesional, requiere de habilidades personales (competencias técnicas y emocionales) y de un acompañamiento adecuado por parte de los compañeros y compañeras, del servicio y del propio centro hospitalario.

Obviamente los requerimientos van a ser diferentes en función del servicio en el que el profesional se encuentre. La frecuencia e intensidad del contacto no será igual de elevada en el Servicio de Urgencias (donde acostumbra a haber más rotación de pacientes) que en un servicio como puede ser el de Hematología (donde los pacientes realizan varios ingresos para tratamiento y permanecen allí varios días) o el de Intermedios/UCI (donde requieren de una mayor monitorización y supervisión de cuidados). La presión, la carga emocional y de trabajo se relacionan directamente con las características de cada profesional, con sus herramientas de afrontamiento y con el apoyo social y percibido. Aspectos personales, contextuales y de interrelación que van a condicionar el bienestar de nuestros enfermeros y enfermeras y, por ende, la calidad de los servicios que nos prestan.

Con esta breve introducción sobre la realidad e importancia del rol enfermero respondemos en parte a la pregunta inicial: qué hace una psicóloga haciendo un trabajo sobre enfermería. Pero, como decía, sólo es parte de la respuesta así que, con el permiso del lector paso a responder la parte que falta.

Mi primer contacto con una enfermera, contacto consciente, directo y con relación de amistad, fue curiosamente haciendo cola para matricularme de primero de licenciatura de Psicología en la secretaria de la Facultad de Ciencias de la Educación y Psicología de la URV. Ahí conocí, de la forma menos previsible a una de las personas que se convirtió en un pilar fundamental en mi vida, Neus. Con su ejemplo, con los intercambios que fuimos (y seguimos) teniendo iba siendo cada vez más consciente de mi gran desconocimiento de su disciplina y de la importancia de ésta en materia de salud.

También por casualidad empecé a mantener relaciones de amistad con personas que se dedicaban (y dedican) a la enfermería y gracias a ellas conocí a “mi enfermero” de quién he aprendido cómo funciona el mundo hospitalario, en qué consisten las funciones de enfermería y que merece la pena hacer lo posible para mejorar su bienestar y su calidad de vida laboral. Él fue quien me dio la idea y quien me ayudó a conseguir tanto los contactos como la muestra para la primera fase del estudio. El personal de enfermería del Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona está demasiado acostumbrado a que se le pida colaboración para diversos estudios y ese bombardeo, junto al extenso número de pruebas que debían contestar suponía inicialmente un hándicap que se solventó gracias a su intervención.

Debo agradecer también de forma sincera la ayuda y colaboración de Olivia Hernández y Carmen Flores, responsables de Dirección de Enfermería, quienes me autorizaron sin problemas a poder llevar a cabo mi investigación.

Para la segunda fase conté con la inestimable ayuda de la Dra. M^a del Rosario Gómez Romero, enfermera doctorada en esta nuestra universidad, y quien me ayudó a conseguir la muestra valenciana de profesionales y estudiantes. Tuve la suerte también de poder contar con Carmen Berbis, enfermera del Hospital Universitari Joan XXIII y compañera en la Universitat Rovira i Virgili quien ha aguantado pacientemente mis miles de preguntas fascinada por la realidad de su disciplina.

Si bien mi interés sobre las características y el bienestar en enfermería se mantiene, mi perspectiva, desde el 17 de julio de 2015, es, lamentablemente, mucho más amplia. A los conocimientos derivados de mis relaciones de amistad se han unido otros, como familiar de paciente, fruto de la atención directa que las enfermeras y enfermeros prestan a los usuarios.

La variabilidad en cuanto a formas de ser, de actuar y de relacionarse, la carga de trabajo, la cantidad de conocimientos y técnicas que deben dominar y el no siempre fácil trato con pacientes y familiares, entre otras, ha focalizado aún más mi interés en su realidad, en sus necesidades y en intentar darles respuesta desde mi disciplina.

Por todo ello, por la confluencia de aspectos profesionales y personales es por lo que decidí emprender este trabajo que no es más que un primer paso a mayores colaboraciones.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA Y PROFESIONALES DE ENFERMERÍA: FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN
PARA GARANTIZAR EL BIENESTAR PSICOLÓGICO Y SU CALIDAD DE VIDA LABORAL
M^a del Pilar Bonasa Jiménez

Índice

Capítulo 1. Introducción teórica	1
1.1. Trabajo, condiciones laborales y bienestar psicológico	3
1.1.1 Normativa específica en España	3
1.1.1.1. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales	3
1.1.1.2. Ley orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres (LOIEMH).....	6
1.1.1.3. Ley Orgánica 5/2010, de 22 de junio, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.....	6
1.1.2 Repercusiones de falta de gestión o gestión inadecuada de los riesgos psicosociales.....	7
1.2. Contexto sanitario actual: necesidad de personal de enfermería.	9
1.3. Calidad de vida y calidad de vida laboral.	13
1.4. Enfermería: regulación, objetivos y competencias.....	15
1.4.1. Regulación formativa y profesional.	15
1.4.1.1. Competencias e implicaciones en y para la profesión.	15
1.4.2. Teoría vs práctica.	18
1.5. Organizaciones y Hospitales saludables	19
1.5.1. Organizaciones saludables	19
1.5.2. Hospitales Magnéticos	22
1.6. La importancia del ambiente de trabajo para la atracción y retención del personal	22
1.7. Estudiantes de enfermería/enfermeros en formación	25
1.7.1. Procedencia y elección de estudios de enfermería	25

1.7.2. Estudios centrados en estudiantes de enfermería	26
1.8. De la formación en enfermería a la práctica profesional: historia de una transición	27
1.8.1. Características individuales	29
1.9. Fenómenos disfuncionales en el contexto sanitario: Enfermería	33
Capítulo 2. Objetivos y método	41
2.1. Objetivos	43
2.1.1. Objetivo general	43
2.1.2. Objetivos específicos	43
2.2. Hipótesis	44
2.3. Método	45
2.3.1. Población y muestras	45
2.3.1.1. Personal de Enfermería (en adelante DUE's) del Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona y del Hospital Universitari i Policlínic La Fé de Valencia	45
2.3.1.2. Estudiantes de Enfermería de primer curso de la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona, de primero y segundo de Enfermería de la Universitat de Valencia	45
2.3.1.3. Profesionales de Enfermería del Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona	46
2.3.2. Instrumentos	46
2.3.2.1. Cuestionario sobre datos sociodemográficos	46
2.3.2.2. Escala de Impulsividad IFD	47
2.3.2.3. Escala de Agresividad ABP	47
2.3.2.4. Cuestionario de Salud General GHQ-30	47
2.3.2.5. Inventario de Violencia y Acoso Psicológico en el Trabajo IVAPT-E-R	48

2.3.2.6. Maslach Burnout Inventory MBI	48
2.3.2.7. Test Overall Personality Assessment Scale OPERAS	49
2.3.2.8. Escala de bienestar psicológico EBP	49
2.3.2.9. Escala de gestión de emociones, TMMS-24	50
2.3.2.10. Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo CESQT	50
2.3.2.11. Escala de Clima Psicosocial en el Trabajo ECPT	51
2.3.2.12. Entrevista semiestructurada	51
2.3.3. Procedimiento	52
Capítulo 3. Resultados	57
3.1. Fase I.	59
3.1.1. Características de las muestras	59
3.1.2. Tipología, origen y repercusiones de la violencia	61
3.1.3. Comparación de las puntuaciones obtenidas en variables individuales en ambas muestras	66
3.1.4. Comparación de las puntuaciones obtenidas en variables contextuales en ambas muestras	68
3.1.5. Puntuaciones obtenidas en variables individuales en profesionales	69
3.1.6. Comparativa entre las puntuaciones obtenidas en variables individuales en profesionales por género	69
3.1.7. Resultados de las correlaciones entre variables de la Fase I ..	70

3.2. Fase II.....	74
3.2.1. Características de las muestras.....	74
3.2.2. Comparación de las puntuaciones obtenidas en variables individuales en ambas muestras	77
3.2.3. Comparación de las puntuaciones obtenidas en variables contextuales en ambas muestras.....	79
3.2.4. Resultados de las correlaciones entre variables de la Fase II ..	80
3.3. Entrevista semiestructurada a Profesionales de Enfermería del Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona.....	85
Capítulo 4. Conclusiones, discusión y limitaciones	87
4.1. Conclusiones y discusión.....	89
4.2. Limitaciones.....	94
Capítulo 5. Propuesta de intervención	97
5.1. Objetivo general del programa de intervención psicosocial en enfermería.....	103
5.2. Objetivos específicos.....	103
5.3. Actividades para la intervención psicosocial.....	103
5.3.1. Previo a la elección de carrera.....	104
5.3.2. Durante el transcurso de los estudios universitarios.....	104
5.3.3. Tras la finalización de los estudios universitarios.....	104
5.3.4. En el centro de salud/centro hospitalario.....	105
Bibliografía	107
Anexos	131
Breu introducció al projecte d'investigació.....	133
Consentiment informat.....	136

Full d'autorització.....	137
Batería de pruebas administradas.....	138
Entrevista.....	154

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA Y PROFESIONALES DE ENFERMERÍA: FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN
PARA GARANTIZAR EL BIENESTAR PSICOLÓGICO Y SU CALIDAD DE VIDA LABORAL
M^a del Pilar Bonasa Jiménez

Índice de tablas

Tabla 1. Listado de pruebas administradas fase I.....	52
Tabla 2. Listado de pruebas administradas fase II.....	54
Tabla 3. Características demográficas grupo de profesionales y estudiantes.....	60
Tabla 4. Violencia en el centro sanitario: origen.....	62
Tabla 5. Violencia por edad	64
Tabla 6. Tipo de violencia por género, edad y servicio de pertenencia ..	65
Tabla 7. Origen de la violencia en relación a género, edad y servicio de pertenencia.....	66
Tabla 8. Repercusiones informadas por género y edad.....	66
Tabla 9. Resultados en las pruebas comunes sobre aspectos individuales (I)	67
Tabla 10. Resultados en las pruebas comunes sobre aspectos individuales (I)	68
Tabla 11. Resultados en las pruebas comunes sobre aspectos contextuales.....	68
Tabla 12. Profesionales: correlaciones entre factores de personalidad, origen, tipo y repercusiones de violencia	70
Tabla 13. Profesionales: correlaciones entre bienestar físico, psicológico, inteligencia emocional, origen, tipo y repercusiones de violencia.....	71
Tabla 14. Profesionales: correlaciones entre factores psicosociales y origen, tipo y repercusiones de violencia	71
Tabla 15. Profesionales: correlaciones entre violencia, <i>mobbing</i> y <i>burnout</i>	72
Tabla 16. Correlaciones en ambas muestras entre factores de personalidad, organizacionales, <i>mobbing</i> y <i>burnout</i>	73
Tabla 17. Características demográficas grupo de profesionales y estudiantes Fase II	75

Tabla 18. Resultados en las pruebas sobre aspectos individuales.....	78
Tabla 19. Resultados en las pruebas sobre aspectos organizacionales y <i>burnout</i>	79
Tabla 20. Resultados en las pruebas sobre aspectos individuales por género.....	80
Tabla 21. Resultados en las pruebas sobre aspectos organizacionales y burnout por género	80
Tabla 22. Clima laboral: relación con Inteligencia emocional, Bienestar Psicológico y Personalidad..	81
Tabla 23. Síndrome de estar quemado (SQT): relación con Clima laboral, Inteligencia emocional y Personalidad	82
Tabla 24. Bienestar Psicológico: relación con Burnout e Inteligencia emocional	83
Tabla 25. Personalidad: relación con Inteligencia emocional y Bienestar Psicológico.....	84
Tabla 26. Acrónimos y descripción de los factores evaluado.....	84

Índice de figuras

Figura 1. Factores psicosociales interrelación trabajador y organización .	4
Figura 2. Riesgos psicosociales en el contexto laboral.....	6
Figura 3. Equilibrio realidad y necesidades.....	13
Figura 4. Calidad de vida como integración de desarrollo personal organizacional.....	13
Figura 5. Indicadores calidad de vida laboral	14
Figura 6. Capacidades requeridas práctica enfermera	17
Figura 7. Abordaje de la gestión de recursos y dificultades	19
Figura 8. Beneficios recíprocos trabajador-empresa en organizaciones saludables.....	21
Figura 9. Aspectos individuales diferenciales.....	32
Figura 10. Procedimiento de información y recogida de muestra a profesionales.....	54
Figura 11. Profesionales y estudiantes por género Fase I.....	59
Figura 12. Estado civil profesionales y estudiantes.....	59
Figura 13. Tipo de contrato	60
Figura 14. Servicio de pertenencia	61
Figura 15. Turno de trabajo	61
Figura 16. Violencia en el lugar de trabajo	62
Figura 17. Tipos de violencia	62
Figura 18. Repercusiones de la violencia	63
Figura 19. Conocimiento de protocolos de actuación	63
Figura 20. Valoración existencia personal suficiente	63
Figura 21. Violencia por género.....	64
Figura 22. Violencia por servicio	64

Figura 23. Profesionales y estudiantes por género Fase II.....	74
Figura 24. Profesionales y estudiantes por estado civil	74
Figura 25. Tipo de contrato	75
Figura 26. Distribución por servicios	76
Figura 27. Turnos de trabajo	76
Figura 28. Conocimientos sobre protocolos	77
Figura 29. Valoración existencia personal suficiente	77
Figura 30. Violencia por género.....	77
Figura 31. Características y transición práctica enfermera	99
Figura 32. Condicionantes generales.....	101
Figura 33. Tipología y variables de bienestar.....	102
Figura 34. Propuesta de intervención psicosocial	103

Lista de abreviaturas

AACN	Asociación Americana de enfermeras de cuidados críticos
APA	Asociación Americana de Psicología
Cal/OSHA	California Occupational Safety and Health Administration
CAP	Centros de Atención Primaria
CCOO	Comisiones Obreras
CEE	Comunidad Económica Europea
DUE'S	Diplomado/a en Enfermería
EESE	Encuesta Europea de Salud en España
ENCT	Encuesta Nacional de Condiciones de trabajo Encuesta Nacional de Gestión de la Seguridad y Salud en
ENGE	las Empresas
ENS	Encuesta Nacional de Salud
EWCS	Encuesta Europea sobre Condiciones de Trabajo
FURV	Fundació Universitat Rovira i Virgili
INSHT	Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo Ley Orgánica para la Igualdad Efectiva de Mujeres y
LOEIEMH	Hombres
NIOSH	National Institute for Occupational Safety and Health
NTP	Nota Técnica Preventiva Organización para la Cooperación y el Desarrollo
OCDE	Económicos
OMS	Organización Mundial de la Salud
PATH	Practices for the Achievement of Total Health
QVL	Qualitat de Vida Laboral
RD	Real Decreto
SNS	Sistema Nacional de Salud
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UE	Unión Europea
WHO	World Health Organization

Capítulo 1

INTRODUCCIÓN

TEÓRICA

1.1. Trabajo, condiciones laborales y bienestar psicológico

La mayoría de los seres humanos pasamos gran parte de nuestra vida dentro del contexto laboral y lo que ahí ocurre tiene serias repercusiones a nivel personal, familiar y social. El trabajo articula nuestra vida, nos proporciona cierto poder adquisitivo, nos hace estar activos, incrementar nuestros conocimientos, mantener relaciones interpersonales, y ser reconocidos a nivel social.

La evolución de los sistemas de trabajo y la preocupación por el bienestar de los trabajadores se traduce en investigación específica pero también en normativa que trata de asegurar que los países garanticen su cumplimiento.

Desde 1973 el Consejo Europeo a través de la Fundación Europea para la Mejora de las condiciones de trabajo fija su interés en los aspectos estructurales, en la organización y remodelación de tareas y lugares de trabajo.

La salud, la seguridad y el respeto por las potencialidades, actitudes y motivaciones de los trabajadores es objetivo también de la Directiva UE 89/391/CEE obligando a los países miembros de la Unión Europea a modificar su legislación al respecto.

Entre los programas de promoción social de la Comisión Europea (1996-2000) encontramos aspectos relativos a la modernización del trabajo, identificación de nuevos riesgos profesionales y creación de entornos saludables, formación en igualdad y lucha contra la discriminación.

1.1.1. Normativa específica en España

Siguiendo las directrices europeas, en España contamos con normativa que es fundamental referir en un trabajo como el presente:

1.1.1.1. *Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.*

Establece la realización de acciones evaluativas para la identificación de riesgos. Entre estos, los riesgos psicosociales, condiciones presentes en la situación laboral, relacionadas con la organización, el contenido del trabajo y la realización de la tarea, que pueden afectar al bienestar y la salud (física, psíquica o social) del trabajador y al desarrollo del trabajo (NTP 443; NTP 720; Tous-Pallarés, Bonasa-Jiménez, Mayor-Sánchez y Espinoza-Díaz, 2011). El artículo 16 de la normativa hace referencia explícita a la evaluación de condiciones de trabajo, condiciones de la ocupación y relaciones sociales.

También a la existencia de factores moderadores y a la dificultad de determinación causa-efecto a nivel psicológico.



Figura 1. Factores psicosociales interrelación trabajador y organización

Que estos sean favorables o desfavorables, que tengan mayor o menor impacto y peores o mejores consecuencias va a depender no únicamente de aspectos estructurales u objetivables sino de aspectos subjetivos, dependiendo de las características, expectativas y necesidades, entre otras, de las personas que la conforman (NTP, 443). Así mismo, su traducción y sus consecuencias pueden ir más allá del contexto laboral, traduciéndose en disfunciones en otros ámbitos vitales.

Los *riesgos psicosociales* contemplados por la normativa de prevención de riesgos laborales son:

- *Carga mental*: número de estímulos, complejidad, esfuerzo de atención, presión del tiempo y fatiga percibida.
- *Autonomía temporal*: autogestión de los tiempos de trabajo y de descanso.
- *Contenido del trabajo*: hasta qué punto permite el desarrollo personal y profesional, y responde a sus necesidades y expectativas.
- *Supervisión-participación*: cuál es el grado de autonomía en la toma de decisiones.
- *Definición de rol*: información precisa o no sobre rol laboral u organizacional (ambigüedad de rol) y si las demandas entran en conflicto entre ellas o con los valores y creencias de la persona que debe llevarlas a cabo.
- *Interés por el trabajador*: planteamiento instrumental o a corto plazo vs planteamiento de implicación mediante el fomento de la estabilidad en el empleo, la evolución de la carrera profesional, la formación e información.
- *Relaciones personales*. Cantidad y calidad de los contactos

Según Cox y Griffiths (1995) son riesgos psicosociales:

- *Apoyo social o ayuda percibida*: elemento protector ante el estrés generado en el contexto laboral.
- *Desarrollo de habilidades y autorrealización en el trabajo*: oportunidad de hacer lo que se sabe hacer mejor, sentimiento de un trabajo bien hecho y útil, y de oportunidades de aprender y prosperar.
- *Autonomía*: disponibilidad efectiva para decidir sobre distintos aspectos del trabajo: orden de las tareas, método, ritmo, distribución y duración de las mismas, pausas, vacaciones o días libres y aplicación de ideas propias.
- *Estabilidad en el empleo, salario y promoción*.
- *Relaciones personales*: la falta de relaciones positivas se relaciona con manifestaciones somáticas de malestar emocional.
- *Tiempo de trabajo*: duración de la jornada, tipo y organización de horarios, trabajo en festivos y prolongación de la jornada, duración del trayecto casa-trabajo y conciliación de la vida personal con la laboral; y
- *Conductas violentas en el trabajo*: amenazas de violencia física, violencia física ejercida por personas ajenas al trabajo o pertenecientes a él, discriminación (por nacionalidad, sexual, edad, raza o etnia, religión discapacidad u orientación sexual) o pretensiones sexuales no deseadas.

Ambas clasificaciones ponen de manifiesto que los riesgos psicosociales son multifactoriales y dependen tanto de aspectos estructurales (organización del trabajo en su más amplio sentido) como de aspectos puramente individuales (historia, conocimiento, experiencia y expectativas del trabajador: posicionamiento ante las exigencias laborales) y aspectos resultantes de la interacción de las personas entre sí y con el contexto.

No dejan de ser, al fin y al cabo, fenómenos psicosociales, esto es, relaciones dinámicas, cambiantes y continuas entre elementos que se influyen mutuamente, en función de la composición y los mecanismos de las estructuras sociales, las características de los agentes interactuantes y del medio o contexto de la interacción.

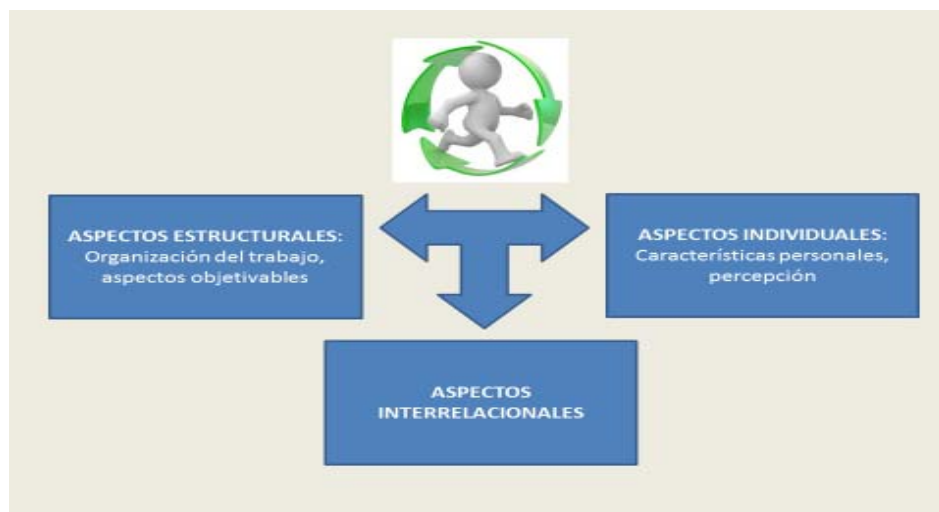


Figura 2. Riesgos psicosociales en el contexto laboral

1.1.1.2. *Ley orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres (LOIEMH).*

Basada en el principio de igualdad de trato de oportunidades en el ámbito laboral, trata de garantizar los derechos de conciliación de la vida personal, familiar y profesional de todos los trabajadores y promover medidas específicas para prevenir el acoso sexual y por razón de género.

Entre las medidas de conciliación laboral la normativa plantea: flexibilizar la distribución del tiempo y espacio de trabajo (trabajo desde casa, jornadas intensivas en verano, acumulación de horas, etc.), promover una cultura basada en la conciliación (acciones formativas dentro del horario laboral, reuniones en horas no cercanas a la finalización de la jornada, facilitar que miembros de la misma familia coincidan en el mismo centro de trabajo, etc.), ayudar en medidas relacionadas con el cuidado de personas dependientes, y cualquier otra ampliación o mejora que se pueda ofrecer desde la organización.

Las políticas de conciliación laboral se relacionan con una mejora de la productividad empresarial (rendimiento y desarrollo profesional), mejora de la calidad de la gestión de recursos humanos, del clima de trabajo, de la retención del talento (evitando la pérdida de personas formadas y con experiencia), de la imagen social y, por ende, de la atracción de clientes internos y externos. Así mismo, se traduce en una disminución de estrés laboral y otras patologías relacionadas.

1.1.1.3. *Ley Orgánica 5/2010, de 22 de junio, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.*

En cuanto que introduce el *mobbing* como delito: “(...) serán castigados los que, en el ámbito de cualquier relación laboral o funcional y prevaliéndose de su relación de superioridad, realicen contra otro de forma reiterada actos hostiles o humillantes que, sin llegar a constituir trato degradante, supongan grave acoso contra la víctima”. (Artº 173.1)

1.1.2. Repercusiones de falta de gestión o gestión inadecuada de los riesgos psicosociales

Encontramos múltiples estudios sobre las consecuencias de una mala gestión de los riesgos psicosociales, entre estos, las respuestas de estrés, la insatisfacción laboral, problemas de relación interpersonal, desmotivación laboral, absentismo y otras conductas contraproductivas. Las medidas de conciliación laboral, en cuanto que intervención, tienen un efecto positivo sobre este tipo de situaciones patológicas.

Según la VI Encuesta Nacional sobre Condiciones de Trabajo (ENCT, 2007) la tercera causa de riesgo psicosocial en el centro de trabajo sería el estrés, la ansiedad y la depresión, observándose con mayor frecuencia en la Administración Pública, la educación, los transportes y comunicaciones. Detectan que los riesgos varían en función del sector y que los trabajadores respondían de manera más benévola a las preguntas planteadas si se realizaban en el centro de trabajo que si lo hacían fuera de éste. Respecto a los datos que nos interesan para el presente estudio obtienen que el 5,9% de los encuestados manifestaba haber sufrido violencia física, el 0,7% acoso sexual y el 2,8% discriminación, siendo los porcentajes de todos ellos más elevados en el sector servicios (6%, 0,9% y 2,8%, respectivamente). Encuentran además que se dan más en mujeres que en hombres y que son más frecuentes cuanto mayor es el tamaño de la empresa.

En la Encuesta Nacional de Gestión de la Seguridad y Salud en las Empresas (ENGE, 2009) señalan como riesgos de accidentes en el sector servicios los atracos, agresiones físicas u otros actos violentos como quinta causa después de cortes y pinchazos, golpes, caídas al mismo nivel y accidentes de tráfico, siendo el porcentaje más elevado entre todos los sectores de actividad. En el sector sanitario identifican además una elevada carga mental o de trabajo relacionada con el tratamiento de la información y la toma de decisiones apreciándose dicha carga como excesiva tanto a nivel cognitivo/intelectual como emocional.

La IV Encuesta Europea sobre Condiciones de Trabajo (EWCS, 2005), señala que el 6% de los trabajadores europeos manifiestan estar expuestos a amenazas de violencia física. El 2% de dichas amenazas proviene de los compañeros y el 4% restante de personas ajenas. Desde la primera, 1995, el porcentaje de conductas de violencia y acoso en el trabajo se ha ido incrementando, y las víctimas principales siguen siendo las mujeres. Por sectores, son especialmente vulnerables Salud y Trabajo Social, Educación, Comercio, Transporte, Administración Pública, Defensa, Hoteles y Restaurantes. La violencia física se experimenta sobretodo en el sector sanitario y educativo, proviniendo sobretodo de gente ajena (no compañeros). La intimidación, entendida como amenazas de violencia, los sectores más afectados son las fuerzas de seguridad (total 13%) y el sector sanitario y educativo (total 10%). El acoso sexual se produce más en el sector de la restauración. Existen diferencias significativas entre los diferentes países europeos dependiendo del nivel de atención prestado al fenómeno y de la cultura tanto a nivel nacional como de las organizaciones.

La V Encuesta Europea sobre Condiciones de Trabajo (EWCS, 2010) dibuja el siguiente panorama: los trabajadores refieren haber recibido, de más a menos: 11% abuso verbal, el 5% amenazas y comportamiento vejatorio, 4% acoso (físico y psicológico), 2% atención sexual no deseada y violencia física y el 1% acoso sexual.

En los datos avanzados a los que tenemos acceso de la VI Encuesta Europea sobre Condiciones de Trabajo (EWCS, 2015) ésta no parece contemplar de manera específica aspectos relativos a violencia, pero sí destaca que son conductas mantenidas con el paso de los años, y que lo que varía es la percepción de las personas entrevistadas.

Si bien las diversas encuestas y estudios oficiales centran su interés en la cuantificación y propuesta de intervención de aspectos objetivables (con traducción física) como los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, no debemos olvidar que existen otras alteraciones de carácter psíquico como el estrés, el *burnout*, la violencia o el *mobbing*, frecuentemente infradetectadas, con origen y repercusiones habitualmente ligadas al contexto laboral. Sintomatología de carácter emocional que condiciona el bienestar físico y psicológico de la persona que lo sufre y del entorno que la rodea, y genera conductas contraproductivas como el absentismo, las bajas laborales, los elevados índices de rotación de personal o el decremento de la productividad con lo que todo ello conlleva a las empresas, a las familias y a la sociedad en general.

Las repercusiones de los fenómenos psicosociales a nivel económico, social, organizacional y de calidad de vida de las personas que directa o indirectamente los padecen, hacen necesario toda una serie de estudios para comprender su génesis, desarrollo, mantenimiento, presencia real y tratamiento más efectivo.

Encontramos varios estudios sobre estrés, *burnout* y *mobbing* desde una visión sesgada y no positiva. Parecen determinar que “*la víctima es víctima y lo será siempre*”, creando una serie de limitaciones en las personas que lo padecen sin tener en cuenta el compromiso que eso supone para su desarrollo vital posterior. Esto es, a menudo realizan un análisis del problema una vez instaurado, pero pocos contemplan la prevención primaria y el hecho de que todas las personas poseen sus propias herramientas o competencias de autogestión que les facilitará o dificultará su afrontamiento (Tous-Pallarés *et al*, 2011). Aspectos como la resiliencia o la personalidad resistente en personal sanitario, facilitan el ajuste y salubridad (física y psicológica), la calidad de vida laboral, la retención de personal y el planteamiento de las organizaciones saludables.

1.2. Contexto sanitario actual: necesidad de personal de enfermería.

Los avances médicos y tecnológicos se traducen en una prolongación de la vida y un envejecimiento de la población. La esperanza de vida en España es una de las más altas del mundo y sigue aumentando progresivamente año tras año. En 2015 la media de vida para las mujeres era 86,2 años y para los hombres de 80,40 años.

Vivimos más y mejor, pero necesitamos de más y mejores servicios y prestaciones. Este envejecimiento de la población se traduce en un incremento de la presión asistencial. Más usuarios en un sistema donde serían necesarios más recursos humanos, tecnológicos y de infraestructura, y donde parece apostarse más por el control de costes y la reorganización de plantillas (Greenwood, 2000; Camacho, 2012; Kingma, 2001; García-Amesto, Abadía-Taira, Durán, Hernández-Quevedo y Bernal-Delgado, 2012).

En España contamos con el Sistema Nacional de Salud (SNS), un sistema de cobertura universal con competencias traspasadas a las diferentes Comunidades Autónomas a finales de 2002. A partir de ese momento los diferentes Departamentos de Salud tienen la principal jurisdicción sobre la organización y prestación de servicios sanitarios, velando el sistema general por la equidad para todos los ciudadanos españoles (García-Amesto *et al* 2012).

La red de atención primaria es completamente pública y a excepción de Catalunya y Comunidad Valenciana, sus proveedores también pertenecen también al sector público. En estas dos comunidades se opta por la subcontratación para la prestación de diversos servicios. A nivel hospitalario sólo el 40% de los hospitales pertenecen al Sistema Nacional de Salud si bien muchos de los que ostentan titularidad privada cuentan con conciertos y reciben por ello financiación pública por su actividad (García-Amesto *et al*, 2012).

Las políticas sanitarias en España han evolucionado desde la búsqueda de la ampliación de la cobertura y el acceso a los servicios sanitarios de los años 80 (de un sistema de seguridad social restringido a un servicio de cobertura universal), a la contención de costes y la innovación de la gestión de los años 90, y más recientemente a la coordinación y cohesión de los sistemas sanitarios autonómicos (García-Amesto *et al* 2012).

Según García-Amesto *et al* (2010) nuestro Sistema Nacional de Salud obtiene buenos resultados a nivel internacional en referencia a estado de salud de la población, equidad en la cobertura, el acceso y la financiación, resultados de salud relacionados con la asistencia sanitaria, y la satisfacción de los usuarios. Este último parámetro sería diferente respecto a los criterios información a los pacientes y gestión de las listas de espera, cuya valoración no es positiva.

El actual contexto sanitario plantea la necesidad de modernización de los servicios públicos profesionalizando la gestión, desburocratizando los procesos y tratando de reducir el déficit financiero. Se pretende ofrecer una mejor calidad en el servicio y una mejor calidad de vida laboral mediante el incremento de eficiencia, productividad, competitividad, rendimiento, planificación de objetivos estratégicos y evaluación de resultados, indicadores de coste-beneficio, flexibilización y desregularización de las relaciones laborales, todo ello con efectos colaterales como el desgaste psicológico percibido debido a la presión asistencial. Dicho desgaste se ha demostrado parcialmente compensado en servicios o centros sanitarios con un buen clima sociolaboral.

La necesidad de personal especializado choca de frente con la realidad en cuanto a la disponibilidad del personal de enfermería. Estudios internacionales señalan que el número de enfermeras y enfermeros es insuficiente. No hay suficientes estudiantes que encarrilen su vida laboral hacia este ámbito, y un porcentaje significativo de quienes ya se dedican acaban por abandonar (Conway y Camerino, 2005; Estry, Van der Heijden, Camerino, Fry, Le Nezet, Conway y Hasselhorn, 2008). Encontramos algunos estudios que señalan que menos del 50% de las enfermeras recomendarían a otras personas su profesión como opción de carrera (Heinrich, 2001) y que el 25% de ellas las disuadirían de forma activa (Baumann, Blythe, Kolotylo y Underwood, 2004).

Este desequilibrio se traduce en falta de personal, especialmente en los países desarrollados (Ulrich, Buerhaus, Donelan, Norman y Dittus, 2005; Kingma, 2001) y, por ende, en un riesgo para la seguridad de los pacientes y el bienestar de los profesionales al incrementarse su percepción subjetiva de estrés y la presión laboral a la que se ven sometidos (Ishihara, Ishibashi, Takahashi y Nakashima, 2014).

Otro de los fenómenos tradicionales de la enfermería es la emigración lo que provoca aún mayor desequilibrio de personal en los países de origen. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2015) tres son las titulaciones que mayor índice de ocupación encuentran fuera de nuestras fronteras: Enfermería, Administración y Dirección de Empresas y Arquitectura. Durante cierto tiempo muchos de nuestros profesionales de la enfermería y la medicina abandonaban España para ir a trabajar a países como el Reino Unido y Portugal (García *et al*, 2012). Kingma (2001) señala que ese movimiento profesional se debe básicamente a la búsqueda de mejora de posibilidades de aprendizaje y práctica, mejora de sueldo y condiciones laborales, y de seguridad personal.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, así como la Ley 18/2009, del 22 de octubre, de Ordenación Sanitaria de Catalunya recoge la necesidad de adaptación del sistema sanitario debido a la existencia de una crisis de salud pública a nivel internacional, las expectativas crecientes de la población, las transformaciones sociales y tecnológicas, y los movimientos migratorios y la multiculturalidad.

Una mayor presión asistencial y técnica requeriría de un mayor número de recursos, pero, lamentablemente, se pretende cumplir todos esos objetivos a la vez que se recortan las partidas presupuestarias destinadas a sanidad.

En Catalunya se han tomado medidas que afectan a nivel estructural y de personal en los establecimientos sanitarios. Los cierres de los servicios de urgencias en los Centros de Atención Primaria (CAP), de plantas o de quirófanos en los Hospitales, las limitaciones horarias en los servicios prestados, así como las amenazas de reducción de personal interino o con contrato eventual, generan una situación de inestabilidad en cuanto al personal sanitario y comprometen la calidad del servicio prestado a los usuarios, constituyéndose en factores predisponentes de situaciones conflictivas y violencia en ese contexto.

Del estudio sobre la Red Hospitalaria de Utilización Pública de 2009 (publicado en 2010) destacar dos datos: desciende de manera significativa el número de camas por cada 1000 habitantes respecto a 2004 (pasa a ser de 1,9), y se descarta la existencia de diferencias significativas en cuanto a personal de enfermería de 2004 a 2008.

En España la ratio enfermera-paciente se encuentra muy por debajo de la media europea, por debajo de países como Portugal, Polonia y Hungría (Proyecto RN4CAST). Según la OCDE en 2013 contábamos con 5,1 enfermeras por cada 1000 habitantes.

El reajuste de las plantillas se traduce en la calidad de los cuidados recibidos y en los resultados globales de salud, y en las enfermeras en cuanto a clima organizacional, grado de satisfacción laboral y predisposición al burnout y otros fenómenos disfuncionales (Fuentelsaz-Gallego, Moreno-Casbas, López-Zorraquino, Gómez-García y González-María, 2012).

Sólo el 35% de los pacientes estarían satisfechos con el sistema asistencial, uno de los porcentajes más bajos de Europa. Por hospitales la variabilidad es elevada, alguno de ellos es valorado positivamente sólo por el 20% de los pacientes.

La Encuesta Nacional de Salud (ENSE) señala una tendencia a la baja de la percepción subjetiva del estado de salud general de la población española. El 70% la valoraban como positiva en 2006 frente al 73,9% que lo hacían en 1987.

La Encuesta Europea de Salud en España (EESE) se encarga de estudiar la salud y los determinantes de la población adulta, la accesibilidad y utilización de los servicios sanitarios. Para ello tiene en cuenta los siguientes criterios: estado de salud (percepción, obesidad y sobrepeso, problemas de salud crónicos -diabetes, hipertensión arterial e hipercolesterolemia-, depresión, limitaciones para actividades básicas de la vida diaria ABVD, para actividades instrumentales AIVD, y dolor), estilo de vida (actividad física, sedentarismo, obesidad, consumo de fruta y verdura, consumo de alcohol y tabaco) y sistema sanitario (uso y accesibilidad).

Respecto a la valoración subjetiva del estado de salud en 2014 la EESE señala que es del 71% (75% de hombres y 67% de mujeres) mejoría posiblemente ligada a la leve recuperación económica. Destaca además que en ese año el 84,6% de la población mayor de 15 años había consultado a un médico (78,6% de hombres y 90,15 de mujeres), el 27,4% había acudido a un servicio de urgencias (29,4% de hombres y 25,3% de mujeres), el 8,7% había estado hospitalizado (8% de hombres y 9,4% de mujeres), y el 6,6% había acudido a hospital de día (6,1% de hombres y 7,1% de mujeres).

Es fundamental tratar de buscar el equilibrio entre el control de gastos y las mejoras de calidad por las repercusiones que tiene sobre el personal de enfermería (seguridad clínica, insatisfacción laboral y burnout) y sobre la calidad asistencial y salud de los pacientes (Camacho, 2012).



Figura 3. Equilibrio realidad y necesidades

1.3. Calidad de vida y calidad de vida laboral

La Organización Mundial de la Salud (Burton, 2010) define la calidad de vida como la *“percepción que tiene un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en el que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”*.

La calidad de vida laboral es un concepto multidimensional cuya definición depende de varias variables: la cultura, el contexto, el período, la perspectiva individual, social y ocupacional. Se trata por tanto de un concepto muy amplio influenciado por la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y las relaciones con los elementos esenciales del entorno.



Figura 4. Calidad de vida como integración de desarrollo personal y organizacional

Nadler y Lawler (1983) clasificaron las diferentes definiciones de calidad de vida laboral en 5 bloques en función de dónde ponían su enfoque: como reacción individual o subjetiva de la experiencia de trabajo, como proyecto cooperativo entre dirección y trabajadores para lograr beneficios conjuntos, como método de optimización del entorno laboral y como declaración ideológica sobre la naturaleza del trabajo.

Walton (1975) identifica como dimensiones o componentes de calidad de vida laboral: compensación adecuada y justa (salario), condiciones de trabajo saludables y seguras, oportunidades para desarrollar capacidades humanas, para el crecimiento continuo y la seguridad (estabilidad, desarrollo personal y profesional), integración social en la organización del trabajo, respeto de los derechos de los trabajadores (privacidad, libertad de expresión, etc.), espacio para la vida personal y relevancia social de la vida laboral.

Segurado y Agulló (2002) clasifican los diferentes indicadores de calidad de vida laboral descritos en la literatura en 4 bloques: individuales, medio ambiente de trabajo, organización y entorno socio laboral.

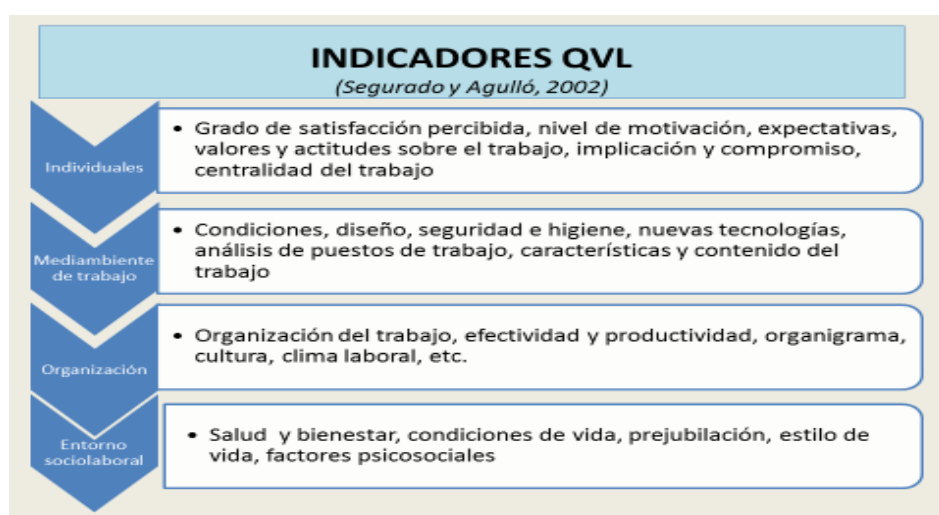


Figura 5. Indicadores calidad de vida laboral

Se han descrito múltiples *beneficios de implantar programas que favorezcan la calidad de vida laboral en las organizaciones*: mejora el rendimiento económico incrementando su productividad y reduciendo los costes, incrementa su valor de mercado y su imagen social, mejora la habilidad para atraer y retener a los mejores empleados fomentando su confianza y lealtad, reduce las tasas de absentismo. Aquellas organizaciones que generan bienes y/o servicios de calidad mediante adecuadas condiciones de trabajo y oportunidades de desarrollo personal/profesional incrementan sus beneficios y su consideración social (Efraty, Sirgi y Claiborne, 1990; Lau y May, 1998; Harter, Schmidt y Hayes, 2002).

Sólo garantizando la calidad de vida laboral del personal de enfermería garantizaremos también la calidad de los servicios que prestan en sus diferentes modalidades.

1.4. Enfermería: regulación, objetivos y competencias

Desde sus inicios la enfermería es una profesión de servicio y se espera de quien la ejerce que sea reflexivo, crítico, comprometido, solidario, respetuoso, responsable, honesto, creativo, participativo y humanista. Proporciona cuidados y promueve la salud de pacientes, familiares y grupos (Pérez-Rodríguez y Rodríguez-Becerra, 2010).

La intervención enfermera abarca diferentes niveles (personas, familias y grupos sociales) en diferentes momentos vitales y desde diferentes áreas de actuación: asistencia primaria y/ de atención especializada, docencia, investigación y gestión.

Entre sus objetivos la enfermería contribuye a proteger y mejorar la salud, la seguridad y el bienestar de la población, prevenir la enfermedad y sus consecuencias, y favorecer la sostenibilidad del sistema sanitario.

1.4.1. Regulación formativa y profesional

En España la formación en enfermería está regulada por el R.D. 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales, y la ORDEN CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. Su práctica profesional por la Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre creación de Colegios Profesionales, Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias y el RD 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería.

1.4.1.1. Competencias e implicaciones en y para la profesión

Encontramos desglosadas las competencias y objetivos que se espera adquieran los estudiantes de enfermería en el apartado 3 de la orden de 3 de julio referenciada con anterioridad. De su lectura y análisis se desprende una posible clasificación de objetivos en dos categorías: técnica y de interacción interpersonal.

Objetivos de carácter técnico

- Conocer y aplicar los fundamentos y principios teóricos y metodológicos de la enfermería.
- Prestar una atención sanitaria técnica, profesional, segura y de calidad en materia de salud acorde a los conocimientos científicos de cada momento, basada en la evidencia científica, con los medios disponibles, acorde a la legalidad y las normas deontológicas.
- Seguir las guías de práctica clínica y asistencial de diagnóstico, tratamiento o cuidado de un problema de salud para planificar y prestar cuidados a personas, familias o grupos.
- Diseñar, evaluar y modificar sistemas de cuidados dirigidos a las personas, familia o grupos. Conocer los principios de financiación sanitaria y sociosanitaria y utilizar de forma adecuada los recursos disponibles.

Objetivos de carácter relacional

- Comprender el funcionamiento interpersonal en función del género, grupo o comunidad en su contexto social y multicultural
- Considerar a las personas como seres autónomos e independientes, sin prejuzgarlas, respetar sus opiniones, creencias y valores, y garantizar su derecho a la intimidad (confidencialidad y secreto profesional). Promover y respetar su derecho de participación, información, autonomía y el consentimiento informado acorde a la forma en que viven su proceso de salud-enfermedad.
- Fomentar estilos de vida saludable y autocuidado, la educación para la salud, las conductas preventivas y terapéuticas.
- Establecer una comunicación eficaz con pacientes familia, grupos sociales y compañeros. Trabajar en equipo de forma cooperativa.
- Conocer estrategias para la confortabilidad y atención de síntomas a paciente y familia en caso de cuidados paliativos.

Esta agrupación pretende poner de manifiesto una realidad difícilmente evaluada y tenida en cuenta en los procesos formativos.

Los primeros, bajo el epígrafe “Objetivos de carácter técnico” hacen referencia a todo el conocimiento teórico sobre protocolos, aspectos éticos y técnicos que pueden transmitirse y evaluarse de forma objetiva.

Los segundos, “Objetivos de carácter relacional” se refieren a todas aquellas habilidades que no dependen únicamente de los profesionales o estudiantes sino también de los procesos de interacción con pacientes, familias o grupos, y aspectos relativos al propio contexto, esto es, todos aquellos procesos psicosociales derivados de las relaciones interpersonales que no tienen una receta única y unívoca para su abordaje.

La *práctica enfermera* precisa de:

- Un buen dominio de los procesos de comunicación, conocimiento de los diferentes estilos de relación interpersonal y de los fenómenos como la atribución, las primeras impresiones o la atracción. La empatía, la escucha activa y la aceptación incondicional (capacidades psicosociales).
- Aspectos puramente formativos sobre técnicas y procesos, el duelo o las respuestas esperables ante situaciones de hospitalización u otros aspectos desestabilizadores de la vida aparentemente controlada del individuo (habilidades clínicas).
- Habilidades relativas a la investigación, la toma de decisiones, priorización, capacidad crítica y de juicio (Reid 1994; Mc Millan 1999).



Figura 6. Capacidades requeridas práctica enfermera

Se espera por tanto del profesional de enfermería que tenga conocimientos actualizados sobre métodos, técnicas y protocolos, relativos a la legalidad y al código deontológico, a la investigación, sobre el sistema sanitario del que participa y sobre aquellos aspectos psicosociales propios de la dinámica humana a nivel individual familiar y grupal.

Que sea capaz de ir más allá de lo que conoce y que plantee nuevas alternativas acordes a la evidencia y el método científico. La pregunta es, ¿cómo nos aseguramos que realmente es esto lo que nuestros estudiantes esperan y que realmente se produce la transmisión y consolidación de forma adecuada durante todo el proceso profesionalizador?

1.4.2. Teoría vs práctica

En la práctica enfermera del día a día, los profesionales deben enfrentarse a las situaciones de enfermedad, a la evolución de éstas y a la relación interpersonal con pacientes y familiares. La frecuencia e intensidad del contacto será diferente en función de si hablamos de atención primaria u hospitalaria pero los fundamentos y procesos psicosociales implicados siguen siendo los mismos.

La enfermedad como tal supone una situación de cambio y crisis en la vida personal y las dinámicas familiares, sociales y laborales de quien la padece, pero también influye sobre las personas y el sistema que las atiende ya dirigida a su resolución, paliación o readaptación. El impacto, la nueva realidad, se manifiesta a nivel conductual, emocional, fisiológico y cognitivo, en forma de respuestas normales a situaciones anormales (Cohen, 1989). Esto es, la persona reacciona como puede, y como se espera que lo haga, a situaciones que no son en absoluto esperables.

La relación de ayuda, fundamento de la práctica enfermera, es a la vez un elemento terapéutico y una herramienta de trabajo. Implica poner a disposición del paciente las técnicas y procedimientos estandarizados, pero también la capacidad de movilizar aspectos interpersonales que influyen tanto en quien procura los cuidados como en quien los recibe. De todo ello dependerá en gran medida la recuperación de los pacientes, y el bienestar psicológico del personal de enfermería.

La necesidad humana de búsqueda de explicaciones y de control de las situaciones choca de frente con la realidad de la casuística asistencial, y requerirá de un abordaje específico en forma de entrenamiento psicosocial para su adecuada gestión, máxime si tenemos en cuenta la cantidad de estresores a los que se enfrenta el profesional de la enfermería ya desde su entrada en la etapa formativa y durante toda su trayectoria profesional.

Nada en psicología es estático. Las personas, los grupos y las realidades organizacionales interaccionan entre ellos y en sí mismos, evolucionan y se modifican para buscar adaptarse o readaptarse a partir de sus propias características, de los recursos existentes y de las demandas planteadas ya sean éstas de carácter interno o externo. En esa línea la realidad de la práctica enfermera desde la perspectiva de la Psicología supone:

- *A nivel individual*: que los profesionales posean un buen autoconocimiento de sí mismos, adecuadas estrategias de afrontamiento ante las dificultades y una personalidad estable.
- *A nivel interindividual*: buena capacidad de comunicación, entender los procesos psicosociales inherentes, su abordaje y gestión.
- *A nivel intergrupual u organizacional*: resolución y flexibilidad, conocimiento de las exigencias y sus recursos técnicos y humanos para no limitarse responder ante la aparición de problemas (enfoque reactivo) sino para ser capaz de adelantarse a ellos evitando que surjan o bien tratando de asegurar que puedan gestionarse de forma satisfactoria para todos los integrantes del sistema (enfoque proactivo).

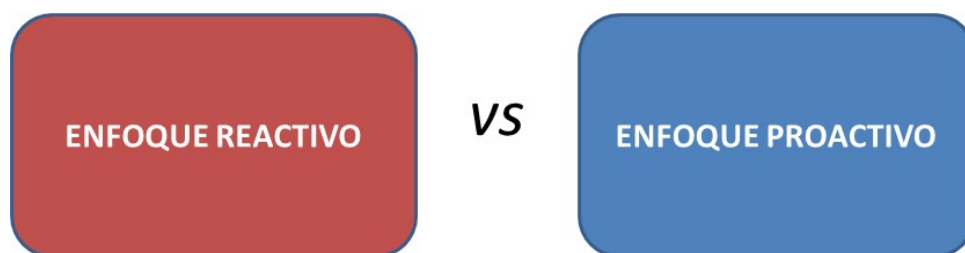


Figura 7. Abordaje de la gestión de recursos y dificultades

1.5. Organizaciones y Hospitales saludables

1.5.1. Organizaciones saludables

Los ambientes laborales insanos se traducen en errores médicos, servicios inadecuados, conflictos y estrés entre los profesionales de la salud (American Association of Critical-care nurses, AACN, 2005; Ishihara *et al*, 2014). En contra, creando y fomentando ambientes sanos se garantiza la seguridad del paciente, los resultados, la calidad del personal y la viabilidad financiera del centro sanitario (AACN, 2016).

No existe un único modelo de organización saludable pero sí coincidencias en los planteamientos de los diversos autores relativas a cuáles serían sus prácticas diferenciales: incremento de la participación y el reconocimiento de los empleados, búsqueda del equilibrio entre la vida laboral y la vida personal, fomento del desarrollo personal y profesional de los empleados, y mejora de la salud y seguridad en el trabajo.

La Asociación Americana de Psicología considera que una organización es saludable cuando realiza actividades de promoción de la salud, ayuda y apoya a sus empleados, busca la seguridad y la mejora de la salud frente a la enfermedad (American Psychological Association, 2012).

A nivel laboral la Organización Mundial de la Salud propone un modelo de organización saludable compuesto por: un *núcleo* (el compromiso por parte de la dirección, de los trabajadores, los valores y ética), ocho *acciones* (movilizar, estructurar, evaluar, priorizar, planificar, hacer, cualificar y mejorar) y cuatro *áreas de influencia* (ambiente físico, psicosocial, individual y compromiso con la comunidad) (OMS, 2010).

El modelo PATH (Practices for the Achievement of Total Health) de Grawitch, Gottschalk y Munz (2006) clasifica las prácticas organizacionales saludables en 5 categorías diferentes: conciliación de la vida personal y laboral, crecimiento y desarrollo de sus trabajadores (conocimientos, habilidades y aplicabilidad), salud y seguridad, reconocimiento y participación e implicación de los empleados en la toma de decisiones.

Las *organizaciones saludables* se caracterizan por:

- Fomentar una buena relación entre trabajadores y dirección, y la adaptación de los trabajadores con su trabajo y con la empresa.
- Ser flexibles y adaptarse a los cambios continuos propios de la dinámica socioeconómica actual.
- Constituirse en ambientes de aprendizaje de competencias.
- Estar conformadas por personas de varios géneros y procedencias.
- Apoyar a sus trabajadores cuando deben cuidar de familiares.
- Ser democráticas, más abiertas, y potenciar la comunicación ascendente y descendente.
- Proporcionar espacios de relax y tiempo libre.



Figura 8. Beneficios recíprocos trabajador-empresa en Organizaciones Saludables

En el ámbito sanitario Kramer y Hafner (1989) señalan 8 procesos esenciales que favorecen un ambiente de trabajo saludable:

- Trabajar con compañeros clínicamente competentes.
- Relaciones de colaboración entre médicos y enfermeras.
- Autonomía clínica.
- Apoyo a la educación.
- Percepción de contar con personal adecuado.
- Relaciones de apoyo por parte de los superiores de enfermería.
- Control de la práctica de enfermería.
- Transmisión y adopción de valores culturales centrados en el paciente.

La Asociación Americana de enfermeras de cuidados críticos promueve desde el año 2011 la creación de ambientes saludables de trabajo que apoyen y fomenten la excelencia del cuidado de los pacientes críticos o agudos. Valoran fundamental la colaboración, toma eficaz de decisiones, contar con personal adecuado, el reconocimiento y el liderazgo (AACN, 2016).

La AACN (2016) plantea que para establecer y mantener entornos de trabajo saludables es necesario que el personal de enfermería:

- Sea igual de competente en habilidades de comunicación y habilidades clínicas (comunicación especializada).
- Busque y fomente la verdadera colaboración.

- Sea valorado y se comprometa en la formulación, dirección y evaluación de políticas.
- Cuento con las competencias necesarias para satisfacer las necesidades del paciente.
- Sea reconocido y reconozca a los demás por el valor que aportan a la organización.
- Como líderes, potencien y vivan un ambiente de trabajo saludable, y comprometan a otros en su logro.

1.5.2. Hospitales Magnéticos

Constituyen una combinación del planteamiento de las organizaciones saludables y el relativo a la permanencia y abandono del personal de enfermería.

Su origen se remonta al estudio realizado en 1983 por la Academia Americana de Enfermería en el que se pretendía identificar las características de los ambientes laborales que atraían y mantenían a enfermeras cualificadas y promovían atención de calidad a sus pacientes. El primero en acreditarse fue, en 1994, el centro médico de la Universidad de Washington y en el año 2000 se exporta el modelo fuera de los Estados Unidos.

Su planteamiento se basa en cinco componentes clave: liderazgo transformacional, empoderamiento estructural, práctica profesional ejemplar, nuevo conocimiento, innovación y mejoras, y resultados empíricos (ANCC, 2016).

Si bien el desarrollo de la profesionalización de la disciplina ha sido diferente en nuestro país y en los países anglosajones, comprobamos que este tipo de centros contemplan básicamente las mismas competencias y objetivos que comentamos en apartados anteriores. Son centros que enfatizan el rol e importancia de la enfermería y de los servicios que ésta presta (Aiken, Clark, y Sloane, 2002; Aiken, Clark, Sloane, Sochalski y Silber, 2002).

1.6. La importancia del ambiente de trabajo para la atracción y retención del personal

La falta de una definición consensuada de qué es la rotación (algunas de ellas incluyen el abandono de la empresa voluntario e involuntario) hace difícil el estudio de este fenómeno a pesar de sus repercusiones en el ambiente laboral y las políticas de personal.

En el estudio sobre nuevas enfermeras llevado a cabo por Kovner, Christine, Brewer, Fatehi y Jun (2014) durante 10 años, observaron que aproximadamente el 17,5% de ellas abandonaba su primer trabajo al año de haberse incorporado.

En 1997 se crea el programa SALTSA (Samarbetsprogram mellan Arbetslivsinstitutet, LO, TCO och SACO) con el objetivo de estudiar las dinámicas y complejas realidades laborales de los países europeos desde una perspectiva nacional y supranacional (mercado laboral, empleo y organización del trabajo).

Es un planteamiento cooperativo, multidisciplinar y transnacional que pretende, entre otros, identificar criterios uniformes para evaluar afecciones relacionadas con el trabajo y proporcionar a los estados miembros una base para los programas de prevención. Inicialmente dependía del Instituto Sueco de vida laboral y desde julio de 2007 forma parte del Centro de investigación sobre vida laboral de la Universidad de Uppsala (Suecia). Dentro de este programa se enmarca el estudio de la Bergische Universität de Wupeertal (Alemania) iniciado en 1999 para identificar el porqué del abandono anticipado del personal de enfermería y la falta de atractivo de esta profesión para las nuevas generaciones.

Los estudios sobre permanencia y abandono del personal de enfermería coinciden en señalar la importancia del ambiente y las condiciones de trabajo, y plantean realizar programas de intervención in situ para paliar las condiciones laborales negativas y garantizar así una buena salud laboral.

La Organización Mundial de la Salud en sus resoluciones para el Fortalecimiento de la Enfermería y la Partería señala que es fundamental promover la calidad de vida laboral, mejorar la salud de los trabajadores y las condiciones de trabajo (OMS, 2010).

El ambiente laboral es la suma de las condiciones, influencias, fuerzas y valores culturales que influyen o modifican tanto la vida de las personas como el trabajo en una comunidad (Kramer, Maguire y Brewer, 2011). Cuando son saludables repercuten en una mayor retención del personal de enfermería, mayor satisfacción y calidad de vida laboral, reducen los niveles de estrés y los fenómenos disfuncionales (Hall, 1996).

Aspectos pragmáticos u objetivables son los relativos a la comodidad de las instalaciones o la accesibilidad a los recursos y equipos de forma que se facilita su acceso y se gestiona de forma mejor el tiempo de trabajo (Hendrich *et al*, 2008). Otro tipo de factores dependen más de la percepción y de la organización del trabajo, siendo su detección y/o valoración más complicada.

En un estudio con enfermeras de cuidados intensivos, Hayhurst, Saylor y Stuenkel (2005) determinaron que aquellas que no abandonaron el servicio percibían menos presión laboral, más autonomía, mayor cohesión entre iguales, y apoyo por parte de los supervisores. Éste último aspecto junto a los estados de agotamiento fue señalado también por Beecroft, Dorey y Wenten (2007) en enfermería general. Laschinger, Finegan y Wilk (2009) añaden a esta receta los turnos de noche, el incremento de las demandas de calidad y el tamaño de la carga de trabajo.

Erenstein y Mc Caffrey (2007) en una revisión de la literatura científica sobre contextos de trabajo saludable identifican como factores que favorecen la retención del personal de enfermería el fomento de la autonomía y el *empowerment*, y las oportunidades para participar en la toma de decisiones.

Para Kelloway y Day (2005) dos grandes grupos de factores configuran una organización saludable: ambientales y psicosociales. Su combinación se traduce a nivel individual (psicológico, conductual y fisiológico), institucional (productividad, rendimiento, descenso conductas disfuncionales) y nacional (decremento gastos sanitarios y laborales)

Christmas (2008) señala que son aspectos organizativos como la insatisfacción con la gestión y los horarios, y aspectos de relación interpersonal, los que condicionan el abandono y la rotación en enfermería. El ambiente de trabajo se ve influido por las relaciones entre el personal, del personal con los pacientes, el ratio-enfermera, el servicio y el tiempo destinado a gestiones administrativas (Hendrich *et al*, 2008).

El apoyo de compañeros y supervisores se relaciona directamente con la satisfacción laboral, el compromiso con el lugar de trabajo, la reducción del burnout (Ishiwara *et al*, 2014) y es un predictor significativo de agotamiento emocional (Aiken *et al*, 2002).

Los beneficios de un buen ambiente de trabajo repercuten en el personal de enfermería, en los pacientes, en la organización y en la sociedad en general. Permite contar con profesionales satisfechos con su trabajo, con una buena autoestima, cualificados y experimentados que proporcionan una mejor atención a los pacientes. Todo ello se traduce en una reducción de costes económicos y sociales en materia de salud (Hayhurst *et al*, 2005). Las relaciones interpersonales pueden ser un factor positivo o negativo. En ocasiones pueden suponer un sistema de apoyo y una influencia positiva y, en otras pueden condicionar un desajuste en el funcionamiento del departamento en caso de abandono de alguno de sus miembros o traducirse en problemas si se basan en la amenaza, la hostilidad u otros comportamientos disfuncionales (Christmas, 2008).

1.7. Estudiantes de enfermería/enfermeros en formación.

1.7.1. Procedencia y elección de estudios de enfermería

El acceso a los estudios de enfermería en España se realiza desde bachillerato, ciclos formativos o acceso a mayores de 25 años ya sea como primera opción o desde profesiones afines como la de auxiliar de enfermería en la búsqueda de mejoras profesionales. A pesar de ser una de las carreras de mayor demanda (San Rafael-Gutiérrez, Arreciado-Marañón, Bernaus-Poch y Vers-Prat, 2010) la oferta educativa no cubre las necesidades sociales de este tipo de profesionales (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y las Acreditaciones, 2004).

Llama la atención en nuestro país la falta de visibilidad o la falta de estudios relativos a cuál es el perfil de las personas que entran en enfermería más allá de las estadísticas propias de cada universidad sobre el número de plazas, si estas se cubren en primera o segunda opción o cuáles son los criterios formativos y numéricos para el acceso. Sí encontramos estudios específicos en países como México o Chile (Ríos Eranzo, M., Moncada Arroyo, L., Llanos Román, G., Santana González, R. y Salinas Gálvez, H, 2009; González-Velázquez, M. S., Lara-Barrón, A. M., Pineda-Olvera, J. y S. Crespo-Knopfler, S., 2014).

El Informe ANECA sobre inserción laboral (2004) señala que el 86% de los estudiantes y las estudiantes de enfermería eligen estos estudios por vocación, que el 87% encuentran empleo fácilmente y que, a pesar de ser contratos mayoritariamente de interinajes o eventuales, en caso de desempleo éste no es de larga duración. Según el INE (2015) enfermería se encuentra entre las titulaciones con mayor tasa de empleo (86%) siendo su tasa de desempleo del 8,1%.

Independientemente del origen y la motivación por este tipo de estudios, el ingreso en la universidad, tal como desarrollaremos con posterioridad, supone un cambio y se constituye, por ende, en un estresor. Ligado a éste se añaden las prácticas profesionales, un enfrentamiento del alumno ante la realidad del día a día. Nos encontramos por tanto ante dos vertientes: académica y profesional influyentes por igual en la motivación, desempeño y permanencia de nuestros estudiantes.

La elección de estudios universitarios se ve condicionada por la oferta institucional, las posibilidades económicas, el género, las expectativas laborales y el éxito académico.

Varios estudios determinan que históricamente las mujeres elegían carreras relacionadas con el cuidado y la enseñanza, y que los hombres optaban por carreras más técnicas (Buitrago-Echeverri, 2008; González-Velázquez, Lara-Barrón, Pineda-Olvera y Crespo-Knopfler, 2014).

1.7.2. Estudios centrados en estudiantes de enfermería

Más allá de los aspectos propiamente estructurales: planes de estudio, profesorado, tutores de prácticas, etc., las características individuales (Ríos, Moncada, Llanos, Santana, González y Gálvez, 2009) juegan un papel fundamental en la trayectoria educativa profesional. Características de personalidad, emocionales, expectativas, apoyos sociales y familiares, pueden constituirse en factores de protección o de riesgo para la salud física y mental de estudiantes y profesionales y de su mejor o peor desempeño. Encontramos además todos aquellos procesos psicosociales contextuales y de relación interpersonal, más elementos para una receta nada fácil de resolver.

Los primeros estudios sobre los estudiantes de enfermería se centraban en inteligencia como predictor del éxito académico (Bienstock, 1967; Brenfelman, 1975; Smith, 1968; Ahammed, Abdullah y Hassane, 2011), pero se determinó que ser más o menos inteligente no garantizaba que fueran buenos profesionales y ni tan siquiera que fueran capaces de superar los exámenes finales. Se introduce entonces el estudio de otras características como el temperamento, la personalidad, la inteligencia emocional, la resiliencia, las actitudes y la motivación, entre otras (Ahammed et al., 2011; Barchard, 2003; Sparkman, Maulding y Roberts, 2012; Suliman, 2010).

La principal *motivación* para la elección de estudio de enfermería es la vocación y el servicio, el cuidado de individuos y colectivos (Buitrago-Echeverri, 2008). Tienen un papel fundamental también las experiencias personales de contacto con el mundo sanitario, la duración de los estudios y las expectativas de encontrar un trabajo una vez finalizados (San Rafael-Gutiérrez, Arreciado-Marañón, Bernaus-Poch y Vers-Prat, 2010).

Zabala y Ruano (1989) señalan tres motivos tradicionales: *vocación* (ayuda a los demás, contactos con la enfermedad o influencia familiar), *prácticos* (años de estudio y versatilidad laboral) y *profesionales* (experiencia sanitaria previa o consideración social). Por sexos señala que son las mujeres quienes optan por ella más por vocación y que los hombres lo hacen básicamente por practicidad.

Las principales dudas a la hora de optar por los estudios son el temor a enfrentar situaciones derivadas de la atención directa a los pacientes, la urgencia y la muerte, superadas de manera paulatina durante el periodo de formación teórico-práctica (Buitrago-Echeverri, 2008).

Así mismo, el contacto con el contenido teórico de la carrera cambia la percepción de los estudiantes respecto al rol profesional y fideliza a aquellos que no escogieron la carrera como primera opción (San Rafael-Gutiérrez *et al.*, 2010).

Reavley y Wilson (1972) comparan características de *personalidad e inteligencia* entre estudiantes de enfermería general y psiquiátrica, entre aquellos que finalizan sus estudios y los que lo abandonan, y por género. Observan que, si bien inicialmente no se observaban diferencias relativas al área (general o psiquiátrica), éstas empiezan a aparecer en menos de un año, por lo que el período de entrenamiento inicial tendría un efecto de selección. En ese mismo período se produce la mayoría de abandonos observando diferencias de personalidad entre aquellos que se van y aquellos que se quedan. Los segundos puntuaban más alto en inteligencia, tenían un mayor sentido de la obligación y presentaban una mayor tendencia a la culpabilidad, y el autorreproche. A medida que avanza el proceso de entrenamiento se observa también una homogeneización en cuanto a rasgos de personalidad entre hombres y mujeres.

Ríos *et al* (2009) hacen una primera aproximación al estudio de las características de personalidad en estudiantes de enfermería mediante el Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (MIPS). Mayoritariamente los describen como personas abiertas, con tendencia a ver el lado bueno de las cosas y actitudes a favor de promover y enriquecer la vida. Seguros de sí mismos, previsores, metódicos y ordenados, son predecibles y competitivos. Buenos líderes, supervisan y consiguen que otros trabajen para alcanzar metas comunes. Respetan la tradición y la autoridad y muestran preferencia por los hechos y lo tangible.

1.8. De la formación en enfermería a la práctica profesional: historia de una transición

El paso de la teoría a la práctica, de la facultad al centro hospitalario, en cuanto cambio, es estresante de por sí, y dependiendo de cómo se lleve a cabo puede ser además desalentador y decepcionante o bien alentador y satisfactorio.

La transición al rol profesional es un proceso no lineal que genera cambios a nivel intelectual, emocional, de habilidades y de roles. Contiene experiencias, significados y expectativas y está influenciada por historias personales, contextos situacionales y responsabilidades profesionales, la ética de trabajo y la cultura (Duchscher, 2009).

Kramer (1974) acuñó esta experiencia de transición como “choque de realidad”, cómo se pasa de la imagen y valores que se enseña a nivel teórico con la realidad de los servicios de salud y la sensación de falta de fundamento, del rol conocido de estudiante al rol menos conocido de la práctica enfermera (Duchscher 2001, 2003; Delaney 2003). Éste incluye el contraste entre relaciones, roles, responsabilidades, conocimiento y expectativas de desempeño en uno y otro ambiente. Según Duchscher (2009) este choque se da durante los cuatro primeros meses.

Delaney (2003) plantea que el inicio de las prácticas sanitarias supuso un reto y un estrés para los graduados que fue mitigándose a medida que aumentaba su autoconfianza, sus sentimientos de logro y su autoimagen. Señala el autor que ya alrededor de las 12 semanas habían encontrado significado a su trabajo y muchos expresaban su disposición a trabajar solos.

La práctica profesional implica cambios físicos, intelectuales, emocionales, de desarrollo y socioculturales. La cultura hospitalaria acostumbra a estar arraigada, es firme, normativa y jerárquica, intelectualmente opresiva y cognitivamente restrictiva (Duchscher, 2001).

Este contraste puede traducirse en ambigüedad de rol, conflicto interno y la traducción de energía creativa en insatisfacción laboral y desilusión por la carrera (Gerrish 2000; Greenwood 2000; Winter-Collins y McDaniel, 2000; Duchscher 2001, 2003).

Las discordancias entre los valores aprendidos en la facultad y los propios del lugar de trabajo pueden traducirse en sentimientos de alienación e insatisfacción con su elección profesional (Ahmadi, Speedling y Kuhn-Weissman, 1987), sentimientos de inseguridad y de no estar suficientemente preparados para afrontar las demandas asistenciales (Speedling, Ahmadi y Kuhn-Weissman, 1981).

Si a todo lo anterior se le añade la privatización de los centros hospitalarios, los valores e ideologías de enfermería se encuentran limitados por los objetivos empresariales de productividad, eficiencia, orientación al logro y objetivos, pudiéndose traducir en la generación de dilemas éticos (Mohr, 1995).

Los ambientes de apoyo son fundamentales para la adaptación de los nuevos graduados a su nueva realidad profesional, y uno de los elementos fundamentales y facilitadores en esa dinámica son los tutores de los centros hospitalarios (Delaney, 2003).

Respecto al abandono, el 50% de los nuevos graduados japoneses señalaban, entre los motivos, la carga de trabajo, demandas, horarios, y aspectos relacionados con relaciones interpersonales con supervisores y compañeros (Takase, Oba y Yamashita, 2009).

1.8.1. Características individuales

La *personalidad*, rasgos que configuran la estructura del sujeto y condicionan su forma de actuar, enfrentarse a las situaciones y desarrollarse de manera más o menos adaptativa al entorno, se relaciona con el bienestar psicológico y la satisfacción vital. Puede modular tanto el apoyo social real como el percibido, condiciona al sujeto como ser individual y como ser social en todos los contextos vitales, y se ha llegado a relacionar con una mayor predisposición a padecer ciertas enfermedades, físicas y/o psicológicas, así como a padecer ciertas situaciones disfuncionales como la violencia o el conflicto, condicionando la capacidad de resiliencia del sujeto.

Estudios basados en el Modelo de los cinco factores (Costa y McCrae, 1980, 1988, 1989, 1992) plantean que con la edad los rasgos Neuroticismo y Apertura a la Experiencia, así como el subfactor actividad de Extraversión, decrecen (Costa y McCrae, 1988). Extraversión y Neuroticismo parecen ser los que se mantienen más estables a lo largo del tiempo siendo observables en diferentes culturas (Kline, 1993).

Según Carrigan (1960) y Plomin (1976), Impulsividad y Sociabilidad serían dos subfactores de Extraversión. Por sexo, los hombres puntúan más alto en Estabilidad Emocional y Energía y las mujeres en Afabilidad y Tesón. En Apertura Mental no se observan diferencias por género (Caprara, Barbaranelli y Borgogni, 1994). En la misma línea, las mujeres obtienen puntuaciones más elevadas en Neuroticismo y más bajas en Psicoticismo, lugar de control, autoestima y pensamiento racional (Cardenal y Fierro, 2001).

Diversos estudios encuentran mayores índices de agresividad física autoinformada en hombres que en mujeres, así como una tendencia a decrecer a medida que avanza la edad de los sujetos (Buss y Perry, 1992; Ramírez, Andreu y Fujihara, 2001).

No debemos olvidar el peso de la variable cultural en este factor, encontrando por ejemplo que en muestras de mujeres españolas éstas muestran mayores niveles de ira y hostilidad.

De todos los rasgos, la relación más estable parece encontrarse entre violencia y victimización con elevadas puntuaciones en Neuroticismo pero sin que quede claro hasta qué punto esto se debe a que estas personas: son percibidas como hostiles, exigentes, o difíciles a nivel interpersonal; desarrollan ese rasgo como consecuencia de haber sido sometidas a agresión durante un largo período de tiempo; o tienen tendencia a destacar de manera selectiva más acontecimientos negativos atribuyendo características hostiles a comportamientos ambiguos (Aquino y Thau, 2000).

Mathiesen y Einarsen (2001) se plantean hasta qué punto las víctimas en un contexto laboral son más vulnerables al mismo o reaccionan de un modo más sensible que otros ante el mismo tipo de comportamiento. Aquino y Thau (2009) destacan la percepción de intencionalidad de herir en la conducta del otro que condicionaría la interpretación por parte de la posible víctima.

También la *inteligencia emocional*, entendida como capacidad para identificar los sentimientos propios y ajenos, regularlos y usar la información obtenida para motivar comportamientos sociales adaptativos como si fueran herramientas para motivar, planificar y conseguir objetivos vitales (Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai, 1995) condicionaría la respuesta y percepción del individuo ante situaciones disfuncionales.

El *Bienestar Personal* o la Satisfacción Vital, la valoración global que hace el individuo sobre su calidad de vida en función de sus propios criterios de comparación con lo que supuestamente es el estándar apropiado, influye en su toma de decisiones y su conducta.

Mantiene relaciones negativas con variables asociadas a malestar psicológico (depresión, ansiedad, neuroticismo y psicoticismo) y relaciones de carácter positivo con factores de personalidad (Fierro, Jiménez y Berrocal, 1998).

El bienestar personal está conformado por una dimensión afectiva (afecto positivo, negativo y equilibrio entre ambos) y una dimensión cognitiva (satisfacción con la vida) (Denieve y Cooper, 1998), y contiene las siguientes dimensiones:

- *Autoaceptación*, sentirse bien con uno mismo siendo consciente de las propias limitaciones y manteniendo actitudes positivas hacia uno mismo. Es fundamental para el funcionamiento psicológico positivo (Keyes, Shmotkin y Ryff, 2002).

- *Relaciones interpersonales satisfactorias*, relaciones sociales estables y amigos en quienes confiar. Se encuentra una relación entre el riesgo de padecer enfermedades y disminución del tiempo de vida con situaciones de aislamiento social, soledad y pérdida de apoyo social (Berkman, 1995; Davis, Morris y Kraus, 1998; House, Landis y Umberson, 1988).
- *Dominio del entorno*, sensación de control sobre el mundo que potencia la sensación de poder influir sobre el contexto.
- *Propósito en la vida*, metas y objetivos que dotan a la vida de cierto sentido.
- *Crecimiento personal*, desarrollo de las potencialidades propias llevando al máximo las capacidades personales (Keyes *et al*, 2002).
- *Autonomía*, autodeterminación, asentamiento de las propias convicciones, mantenimiento de la independencia y autoridad personal (Ryff y Keyes, 1995) que permite resistir la presión social y autorregula mejor su comportamiento.

Chico-Librán (2006) plantea que el bienestar subjetivo está relacionado con Extraversión (explicando el 8% de la varianza) y con Neuroticismo (explicando el 44% de la varianza). Watson y Tellegen (1988) establecen que el afecto negativo estaría relacionado con el Neuroticismo y el afecto positivo con la Extraversión.

Costa y McCrae (1980) identifican que la satisfacción con la vida se relaciona con alta Extraversión y bajo Neuroticismo. Kline (1993) plantea que la Extraversión se relaciona con la satisfacción por cuanto son más felices las personas más sociables, asertivas y cooperativas, mientras que el Neuroticismo se relacionaría de forma negativa con la salud mental, aspecto en que coinciden con Lu y Shih (1997).

La *satisfacción laboral* es uno de los aspectos más estudiados desde la psicología. Se trata de una realidad que no depende únicamente de la naturaleza del trabajo sino de las expectativas que las personas tienen sobre qué es lo que su trabajo debe proporcionarles (Lu, While y Barriball, 2005).

Herzberg y Mausner (1959) plantean que se compone de dos entidades diferentes: satisfacción e insatisfacción. La primera se relaciona con factores motivadores (intrínsecos a la naturaleza y experiencia del trabajo): logro, reconocimiento, el trabajo en sí mismo y responsabilidad. La segunda, con factores higiénicos (extrínsecos): política empresarial, administración, supervisión, salario, relaciones interpersonales y condiciones laborales.

Para Spector (1997) la satisfacción laboral sería el resultado de sentimientos de aprecio, comunicación, compañeros de trabajo, beneficios sociales, condiciones de trabajo, naturaleza del trabajo, organización, políticas y procedimientos, salario, posibilidades de crecimiento personal, de oportunidades de promoción, de reconocimiento, seguridad y supervisión.



Figura 9. Aspectos individuales diferenciales

Según diferentes estudios las fuentes de *satisfacción en personal de enfermería* son: condiciones laborales, interacción (con pacientes, compañeros, superiores), el trabajo en sí mismo, la carga de trabajo (horarios, retos, rutinas, requerimientos de la tarea), remuneración, crecimiento y promoción, oportunidades de desarrollo profesional y logros, alabanzas y reconocimiento, control y responsabilidad, autonomía, toma de decisiones, seguridad laboral, estilos de liderazgo y políticas organizacionales (Adams, Bond y Arber, 1995; Nolan, Nolan y Grant, 1995; Aiken *et al*, 2002)

La autonomía es fundamental y ha sido muy estudiada, pero al tratarse de un concepto abstracto se confunde con profesionalidad, poder, imagen, control, autoridad, responsabilidad e independencia (Ballou, 1998; Keenan, 1998).

La investigación sobre ella se centra en tres áreas: deseo de un estatus profesional, impacto de la socialización de la profesión y satisfacción laboral a pesar de la burocratización del sistema. Algunas variables que conforman la autonomía son: autogobierno, habilidad, capacidad y competencia, reflexión crítica, toma de decisiones, libertad y autocontrol (Ballou, 1998). Independencia, juicio, conocimiento, autodeterminación y capacidad de toma de decisiones (Keenan, 1998)

1.9. Fenómenos disfuncionales en el contexto sanitario: Enfermería

La violencia en el contexto sanitario representa una cuarta parte de la violencia total en el contexto laboral (Di Martino, 2003) debido a la compleja organización, las estrechas relaciones entre trabajadores y usuarios, las peculiaridades de la atención sanitaria y los cambios que se producen en las relaciones entre pacientes y usuarios (Gracia, 1989).

No todos los incidentes violentos se denuncian, haciéndose mayoritariamente con los graves, esto es, los físicos con alguna consecuencia sobre el agredido. Según Gascón *et al* (2009) basándose en incidentes informados, el 11% del personal sanitario habría sufrido agresiones físicas, el 5% en más de una ocasión. El 64% habría sufrido comportamiento amenazante, intimidatorio o insultos (el 34% al menos en una ocasión y el 23,8% de manera repetida) siendo preferiblemente hombres, en hospitales grandes y en servicios de urgencias, quirúrgicos o psiquiátricos. El personal de enfermería recibió el 17% de las agresiones físicas, el 54,6% insultos y el 49,9% amenazas.

Un estudio del State Bureau of Employee Health (Hurrell, Worthington y Driscoll, 1997) relaciona 11 estresores con ataques físicos, 4 de ellos tanto en hombres como en mujeres: control limitado del trabajo, altos niveles de responsabilidad de otros, oportunidades limitadas de empleos alternativos y poco aprovechamiento de las habilidades.

El estrés se relaciona además con absentismo, enfermedades somáticas, alcoholismo, agotamiento y tentativas de suicidio, alteración del ritmo de sueño-vigilia, vida social y conciliación vida familiar y laboral. El personal de enfermería es más propenso a sufrir estas alteraciones en su trabajo (Demeuroti, Bakker, Nachreiner y Schaufeli, 2000; Fraga-Díez, 2001; Humpel y Caputi, 2001) debido al contacto con el sufrimiento humano y la muerte, conflictos con los compañeros, falta de preparación para tratar las necesidades emocionales de familiares y pacientes, incertidumbre acerca de la eficacia del tratamiento, cansancio y fatiga, miedo a incurrir en negligencias o impericias, y trabajo nocturno. Diferentes estudios relacionan esta situación con el abandono del puesto de trabajo e incluso de la profesión (Estudio-NEXT) perjudicando gravemente la calidad del servicio.

Los incidentes violentos responderían a la no satisfacción de las expectativas (41%) de los pacientes, la desestructuración social percibida, la falta de concepción del “*bien público*” y la ideología social que potencia el individualismo y la competencia (Farrel, 1999; Kivimäki, Elovainio y Vahtera, 2000).

El Defensor del Pueblo de Navarra (2008) recoge en su informe los resultados de la Encuesta del Consejo General de Enfermería de mayo de 2007 en el que consta que el 41% de las reacciones violentas contra el personal sanitario tiene su origen en la frustración de sus expectativas respecto a tiempo y pruebas diagnósticas, el 27% por no atender a sus demandas específicas, y el 20% por otras causas. El paciente cada vez es más exigente, está más informado y es más autónomo.

El 58,01% de las agresiones en el contexto sanitario se producen por el tiempo de espera; el 14,92% por disconformidad con un alta o baja médica; el 10,23% por disconformidad con el tratamiento (negación de recetas); 16,88% por otros motivos y 30,04% en casos de psiquiatría por no permitir abandonar el centro. Dichas agresiones son más frecuentes en grandes hospitales independientemente de su localización geográfica y en servicios específicos como urgencias, psiquiatría, salas de espera, y residencias geriátricas (NIOSCH, 2002, Gascón-Santos, Martínez-Jarrata, González-Andrade, Santed, Casalod y Rueda, 2009) debido principalmente a la sobresaturación, el tiempo limitado para la atención de pacientes, la falta de recursos y espacio para garantizar la privacidad. Todo ello resultando en un tratamiento despersonalizado con largos periodos de espera.

Factores psicosociales. Mal clima social, falta de apoyo por parte de superiores (Findorff, McGovern, Wall, Gerberich y Alexander, 2004) justicia organizacional pobre, falta de entrenamiento en prevención de la violencia y el acoso, acoso y habilidades de comunicación, falta de personal, trabajo a turnos y elevada carga de trabajo. En aquellas organizaciones que no se solucionan las dificultades con el grupo a nivel multidisciplinar son más propensas a contener situaciones de *bullying*, acoso por superiores y acoso sexual (Randle, 2003). Lewis (2006) encontró que el comportamiento violento se relacionaba con experiencias tempranas de ese tipo de conductas a nivel profesional, planteando que se trataría de algo aprendido.

Perfil del agresor. Presentaría elevados niveles de alteración del pensamiento, hipervigilancia y elevada agitación (Loewenstein, 1978), psicosis inducida por alcohol, esquizofrenia, abuso de sustancias y comorbilidad con trastornos de personalidad (Tiihonen, 1997; Wallace, 1998)

El 85% de las agresiones se realizaron por pacientes (27,3% del servicio de urgencias), el 21% presentaban trastorno mental o deterioro cognitivo, y el 5,7% estaban bajo los efectos de las drogas o alcohol (Gascón, 2009). El 96,8% de la violencia física proviene de los pacientes, la violencia psicológica de los pacientes y de supervisores (10,4%), colegas (10,9%), médicos (12,8%) y acompañantes (11%), (Gerberich, Church, McGovern, Hansen, Nachreiner, Geisser, Ryan, Mongin y Watt, 2004).

Los médicos serían quienes más abusarían verbalmente de las enfermeras, seguidos de pacientes y acompañantes (Safield y Salmond, 2003).

Perfil de las víctimas. Es el rol desarrollado y no el género de pertenencia el predictor de situaciones de violencia (Gascón *et al* 2009). Serían más vulnerables aquellas personas con un historial de abuso, mujeres jóvenes, con poca experiencia, con baja titulación (auxiliar de enfermería o enfermera en prácticas), solteras, en contacto cercano con los pacientes, con empleo de corta duración que trabajan en agudos o crónicos, elevado neuroticismo, uso de alcohol o drogas, con fatiga extrema y un elevado nivel de ansiedad que interferiría de manera negativa con el comportamiento del paciente (Chen, Sun, Hung y Chiu, 2009; Nolan, Soares, Dallander, Thomsen y Arnatz, 2001; Cooper y Swanson, 2002; Gerberich *et al*, 2004). No se encuentran diferencias entre violencia física y sexo o categoría profesional, sí en cuanto a servicio y tipo de hospital.

Violencia en el lugar de trabajo. El estudio de la agresión y la violencia en general ha recibido mucha atención por parte de la investigación en Psicología Social. Cuando ésta es física es mucho más fácil de delimitar, pero cuando es psicológica encontramos ya problemas incluso a la hora de definir el concepto y sus componentes. Coinciden los diferentes estudios en diferenciar entre formas directas e indirectas de victimización, siendo más frecuentes estas últimas (Baron, Neuman y Geddes, 1999).

En el contexto laboral se pueden dar diferentes *tipos de agresiones*, encontrando diferentes denominaciones en la literatura científica: Abuso psicológico (Hoffman, 1984), agresión psicológica, violencia psicológica, maltrato psicológico, maltrato emocional, abuso emocional (Keashly, 1998), abuso no físico (Hudson y McIntosh, 1981), abuso indirecto (Gondolf, 1987), abuso verbal (Strauss, 1979), manipulación psicológica o acoso moral, acoso laboral (Björkqvist *et al.* 1994, Bowling y Beehr, 2006), mobbing (Leymann, 1996; Zapf, Knorz y Kulla., 1996), pequeña tiranía (Ashford, 1997), *bullying* (Einarsen y Skogstad, 1996; Salin, 2003; Vartia, 1996), supervisión abusiva (Tepper, 2000), desprestigio social (Duffy, Ganster y Pagon, 2002), incivilidad (Anderson y Pearson, 1999; Cortina, Magley, Williams y Langhout, 2001), ataques contra la identidad (Aquino y Douglas, 2003) o victimización (Aquino, Grover, Bradfield y Allen, 1999).

Todo ello implica una dificultad para alcanzar una definición operativa y consensuada de lo que es el abuso psicológico.

La Nota Técnica Preventiva 489 sobre violencia en el lugar de trabajo señala que el hecho de que ésta se produzca dentro del lugar de trabajo no tiene porqué significar que sea como consecuencia directa de la actividad laboral, e incluso fuera de dicho contexto laboral se producen agresiones que pueden tener su origen en la relación laboral. Por otra parte, la violencia en el lugar de trabajo puede venir tanto por clientes o usuarios como por compañeros o superiores siendo sus implicaciones y repercusiones diferentes (Duran y Corral, 2009).

¿Más allá de la amenaza y la humillación pueden considerarse agresión psicológica conductas como la manipulación de la información o la desconsideración por las emociones de la otra persona? (Marshall, 1999).

Independientemente del nombre concreto asignado, todos estos fenómenos forman parte de una realidad más compleja, la violencia en el contexto laboral cuyo estudio se ve limitado o dificultado debido a: la existencia de componentes culturales que determinan que una conducta pueda considerarse abusiva en un contexto y en otro no; creencias y valores de los colectivos que establecen diferentes márgenes de tolerancia y aceptación del abuso; percepción e intencionalidad subjetivas del abuso que puede hacer que una misma conducta se interprete de manera diferente (Follingstad y Dehart, 2000); invisibilidad externa (Auburn, 2003); variedad de intensidad (de más sutil a más explícita) que dificulta la apreciación de las de menor intensidad (Marshall, 1999; Vitanza et al 1995); diferenciación clara entre acto aislado y conducta abusiva reiterada; efecto incrementador del uso combinado y sistemático de estrategias abusivas.

A nivel metodológico también aparecen dificultades: captación de la muestra, uso de conceptos comunes a las personas preguntadas y en los diferentes contextos nacionales, falta de valoración de los significados subjetivos y de su naturaleza progresiva. Así mismo, no todos los países se centran en los mismos tipos de fenómenos. En España, a diferencia del resto de países europeos, los estudios van más dirigidos a fenómenos como el *mobbing* (Informe Cisneros, 2003) y el acoso sexual (CCOO, 2002).

La California Division of Occupational Health and Safety (Cal/OSHA, 1995) divide los eventos violentos en tres tipos en función de los implicados y de la relación entre ellos:

Tipo 1. Sin relación de trato con la víctima, normalmente robos. Son menos frecuentes, pero suelen tener peores consecuencias para la víctima.

Tipo II. Con alguna relación profesional, normalmente proviene de quien está recibiendo un servicio y ocurren durante la prestación del mismo. Suelen ser agresiones físicas más leves, abusos verbales y amenazas, pero con mayor frecuencia de aparición valorándose como un riesgo constante por parte de muchos trabajadores; y

Tipo III. Con implicación ya sea con el lugar de trabajo o con algún trabajador concreto: empleador-victima, relación personal (cónyuge, ex cónyuge, pariente,...) o de manera indirecta por rencor o animadversión hacia el lugar de trabajo como carga representativa o simbólica. El objetivo más habitual es un compañero de trabajo o un superior y la acción está motivada por la percepción de dificultades en la relación con la víctima, buscando revancha, ajuste de cuentas o justicia.

Debido a su importancia, dificultades metodológicas y repercusiones, es necesario llevar a cabo estudios epidemiológicos lo más completos posibles, de cara a la detección e intervención, a nivel primario, secundario y terciario.

Aquino y Thau (2009) definen la victimización en el contexto laboral como la experiencia de ser un objetivo de la agresión en el lugar de trabajo. Ocurre cuando el bienestar personal, las necesidades físicas y psicológicas fundamentales son insatisfechas o frustradas, por uno o más miembros de la organización.

Dichas necesidades son el sentido de pertenencia, la dignidad personal, la creencia de que se puede predecir y controlar el ambiente y ser capaz de confiar en los demás (Stevens y Fiske, 1995).

En el presente estudio adoptaremos la definición de la Comisión Europea (1994) por la que, incluyendo tanto el aspecto físico como el psicológico, definen la violencia en el lugar de trabajo como incidentes donde el personal es abusado, amenazado o atacado en circunstancias relacionadas con su trabajo, incluyendo los desplazamientos hacia y desde el trabajo, que suponen un riesgo explícito para su seguridad, bienestar y salud.

Einarsen (2000) clasifica el acoso o violencia laboral según tenga su origen en: variables individuales (víctimas y agresores), relaciones interpersonales o características del entorno sociolaboral y sus riesgos inherentes asociados.

Varios estudios intentan determinar qué es lo que predispone a una persona para ser víctima de violencia en el contexto laboral centrándose básicamente en el estudio de características individuales y organizacionales dado que las unas influyen y condicionan inevitablemente a las otras.

Autores como Leymann (1990) plantean que este tipo de situaciones tienen su origen en factores organizacionales, Ausfelder (2002) las relaciona con las profesiones, identificando a los docentes como los más vulnerables.

Otros autores como Matthiesen y Einarsen (2001) describen un perfil específico hablando de personas recelosas, hipersensibles, depresivas, con tendencia a la somatización ante dificultades emocionales. En todo caso las variables individuales (personalidad, habilidades sociales o estrategias de afrontamiento) se constituyen en moduladoras de la intensidad de la percepción de la situación o de sus consecuencias (González-Trijueque, 2007).

Características estructurales de la organización y el contexto. El acoso psicológico laboral se vería favorecido por cuatro factores organizacionales: Gestión inadecuada en que se valora más la competitividad que la eficiencia; Trabajo constante bajo presión; Incredulidad o negación ante la existencia de este tipo de situaciones; Ausencia de ética laboral, convirtiéndose quien denuncia en víctima de acoso (Davenport, Schwartz y Elliot, 2002).

Es necesario que coexistan *antecedentes necesarios o estructuras que permiten el acoso*: pobre organización del trabajo (Salin, 2003, Einersen, 2000; Hoel y Salin, 2003; Leymann, 1990), organizaciones muy burocratizadas (Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz, Garosa y Morante, 2004) falta de comunicación y bajo control de las tareas a desempeñar, clima laboral deficiente (Vartia, 1996); cultura organizacional en la que se toleran situaciones abusivas, estilo de liderazgo, falta de armonía entre los grupos y poco apoyo entre los compañeros; Variables incentivadoras: elevada competitividad, beneficios esperados por el acosador; y Circunstancias desencadenantes, cambios organizacionales o en los grupos de trabajo

Einarsen, Raknes y Matthiesen (1994) encontraron una relación entre el *mobbing* y baja satisfacción con los siguientes factores: liderazgo, control sobre el trabajo, clima social, conflicto y/o ambigüedad de rol, tareas desafiantes y sobrecarga de trabajo.

Pérez, Nogareda, Martín y Sancho (2001) plantean que las conductas de violencia y acoso se ven favorecidas en aquellas organizaciones caracterizadas por una pobre organización del trabajo y de comunicación de objetivos y resultados, falta de apoyo e interés por parte de los superiores quienes ostentarían una dirección autoritaria, falta de relación con el resto del personal y de posibilidades de colaboración o mejoras a nivel personal o técnico, cargas excesivas de trabajo por falta de personal o mala distribución de las mismas, múltiples jerarquías, líderes espontáneos no oficiales, trabajos carentes de contenido, conflicto de rol y pobre comunicación.

Leyman (1990) describe 5 categorías de abuso: limitar la comunicación y el contacto social, desprestigiar a la persona ante los compañeros, así como su capacidad profesional y laboral y comprometer su salud.

Fendrich, Woodward y Richman (2002) plantean cuatro factores: agresión verbal, desvalorización, aislamiento-exclusión y coacciones.

Zapf, Knof y Kulle (1996) hablan de un ataque a la víctima con: medidas organizacionales, aislamiento social, a través de su vida privada, violencia física, atacando sus actitudes, agresión verbal y rumores.

El aislamiento social o físico, los conflictos interpersonales y la falta de apoyo se constituyen en generadores de estrés que puede desembocar en trastornos psicológicos al igual que la carga de trabajo o los turnos encontrándose relación con enfermedades o lesiones físicas (Bowling y Beehr, 2006); menor satisfacción en el trabajo; y disminución del grado de compromiso organizativo (Hoel, Cooper y Fargher 2003).

Los *factores precipitantes de violencia en el contexto laboral* serían básicamente tres:

- Relacionados con el entorno de trabajo (inestabilidad económica, situación o atención en zonas deprimidas o con alto índice de criminalidad).
- Relacionados con el trabajo en sí (estilos de gestión rígidos o autoritarios, presiones para el incremento de la productividad, plantillas inadecuadas (escasez, despidos, reducciones), realizado en solitario o grupos pequeños, por la noche, hasta tarde o muy de madrugada, con intercambio regular de dinero con clientes o acceso a bienes valiosos, con servicios de seguridad, de cara al público, con ciertos colectivos, retrasos, errores e incumplimientos.) y
- Relacionados con las propias características del agresor (inestabilidad psicológica, ausencia de responsabilidad individual, insatisfacción con el producto o servicio, largas esperas, percepción de promesas incumplidas; frustración, ira, estrés...).

Capítulo 2

OBJETIVOS Y MÉTODO

2.1. Objetivos

2.1.1. Objetivo general

El envejecimiento de la población en España y en el resto del mundo se traduce en nuevas necesidades y requerimientos a satisfacer, entre ellos, los relacionados con el ámbito de la salud. Una realidad marcada por un incremento de la presión asistencial en un contexto de crisis económica a la que se responde con una reducción de partidas presupuestarias. Esto es, no sólo hay mayor carga de trabajo sino que hay menos recursos humanos, materiales y técnicos para darle respuesta (Greenwood, 2000; Kingma, 2001; Camacho, 2012; García-Amesto *et al*, 2012).

Esta realidad, unida a las dificultades inherentes al trabajo en enfermería se traduce, de forma preocupante en una reducción de personal cualificado, bien porque no contamos con suficientes estudiantes, porque estos abandonan sus estudios o porque enfermeros cualificados cesan su actividad de forma prematura por abandono (Heinrich, 2001; Baumann *et al*, 2004; Conway y Camerino, 2005; Estry-Behar *et al*, 2008) o por movilidad geográfica buscando mejores condiciones laborales y de aprendizaje (García- Amesto *et al*, 2012).

Los motivos de permanencia y abandono son variados y coincidentes entre profesionales y estudiantes. Entre otros, el ambiente y condiciones de trabajo (Hall, 2008; Christmas, 2008), la percepción subjetiva de estrés y presión laboral, y las relaciones interpersonales con compañeros y superiores (Ishihara *et al*, 2014; Hayhurst *et al*, 2005; Takase *et al*, 2009). En estudiantes además, de manera más específica, el paso de la teoría a la práctica (Kramer, 1974; Ahmadi *et al*, 1987, Delaney, 2003) y la forma en que se aborda desde la universidad y el centro hospitalario. Desde esta necesidad, ampliamente descrita y justificada en el márco teórico, nos proponemos como objetivo elaborar un perfil de características personales, factores organizacionales, y de percepción de procesos disfuncionales que puedan condicionar el bienestar y la calidad de vida laboral de los profesionales de enfermería.

2.1.2. Objetivos específicos

Objetivo 1. Elaborar un perfil de las características sociodemográficas de profesionales y estudiantes de Enfermería.

Objetivo 2. Comparar aspectos personales (impulsividad, agresividad, manejo de emociones, bienestar físico y psicológico) y organizacionales (factores psicosociales) en relación a fenómenos disfuncionales propios del contexto laboral (*mobbing* y *burnout*) entre las muestras.

Objetivo 3. Relacionar la existencia de situaciones de violencia laboral en profesionales de enfermería con características individuales y organizacionales.

Objetivo 4. Diseñar un programa de intervención específico para intentar satisfacer las necesidades detectadas, en nuestro estudio, en profesionales de enfermería a lo largo de su trayectoria vital, desde la elección de los estudios hasta la práctica real.

2.2. Hipótesis

Una vez hemos revisado y relatado la literatura científica y hemos establecido los objetivos del estudio pasamos a plantear las siguientes hipótesis de trabajo:

Hipótesis 1. Dado que la personalidad se presupone relativamente estable durante toda la vida del sujeto a partir de la adolescencia, es de esperar que los rasgos de personalidad de los estudiantes de enfermería sean similares a los rasgos de personalidad de los profesionales de la misma disciplina.

Hipótesis 2. Como el efecto de la edad, el aprendizaje y la práctica profesional condiciona y disminuye la impulsividad disfuncional y la agresividad (verbal y/o física), se espera que las puntuaciones en estas variables sean mayores en estudiantes que en profesionales.

Hipótesis 3. Dado que el paso de los años incrementa la exposición a diferentes situaciones en el contexto sanitario (críticas y no críticas), e incrementa de forma progresiva las competencias técnicas y emocionales que de ellas se derivan, deberemos encontrar diferencias entre las puntuaciones obtenidas por estudiantes y profesionales en el manejo de emociones. Siendo los profesionales de enfermería quienes se espera que obtengan mejores resultados.

Hipótesis 4. Al ser la enfermería una profesión mayoritariamente vocacional, junto a la idealización del trabajo en Enfermería, se espera que los estudiantes presenten mayor bienestar psicológico que los profesionales en activo ya que éstos últimos conocen la realidad de la práctica y presentan un conocimiento más ajustado de las posibilidades reales de sus funciones.

Hipótesis 5. La presencia de situaciones disfuncionales (burnout y *mobbing*) será mayor en profesionales que en estudiantes de enfermería puesto que los primeros se encuentran de manera más directa en el contexto organizacional y de servicio.

Hipótesis 6. El papel de las características personales y organizacionales será mayor en el bienestar psicológico y la calidad de vida laboral de los profesionales, generando mayores herramientas para la gestión de situaciones disfuncionales (burnout, *mobbing* y violencia).

2.3. Método

Se trata de un estudio analítico descriptivo, de corte, que estudia y compara la situación de estudiantes y profesionales de enfermería, contrasta con profesionales, y propone un programa de intervención específico para la mejora de su desempeño personal, educativo, de adaptación y desarrollo profesional.

Desde un planteamiento biográfico y transaccional, dentro de un contexto específico que puede ser facilitador u obstaculizador, pretendemos abarcar desde la elección de los estudios universitarios hasta la inmersión en el mundo laboral de los profesionales de la enfermería (variables individuales, interindividuales, contextuales y de interacción). El paso adecuado de la idea a la práctica real puede garantizar su permanencia y la calidad del servicio que prestan con todas las repercusiones que de ello se derivan.

2.3.1. Población y muestras

En este estudio se han utilizado tres muestras: dos de profesionales de enfermería que trabajan en centros hospitalarios, y otra de estudiantes universitarios de cursos iniciales de Enfermería.

2.3.1.1. Personal de Enfermería (en adelante DUE's) del Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona y del Hospital Universitari i Policlínic La Fé de Valencia.

Se seleccionó la muestra mediante muestreo no aleatorio por accesibilidad desplazándonos durante varios días en los diferentes turnos de trabajo para explicar los objetivos de estudio, obtener el consentimiento informado y entregar la batería de cuestionarios. En la primera fase de un total de 115 cuestionarios entregados en los diferentes servicios se recogieron 64, esto es el 55,6%. En la segunda fase se recogieron 82. Debido a los diferentes turnos de trabajo y a figuras como las de retén de enfermería (personal a disposición de las necesidades del hospital) no fue posible contrastar cuánto personal conforma cada uno de los servicios.

2.3.1.2. Estudiantes de Enfermería de primer curso de la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona, de primero y segundo de Enfermería de la Universitat de Valencia.

Se les administró la batería de pruebas durante una sesión práctica de la asignatura de Psicología. En la primera fase inicialmente se diferenció a los que poseían algún tipo de experiencia profesional, fuera o dentro del sector sanitario (alta en seguridad social, n=36) de los que no (n=23) pero los análisis estadísticos demostraron que no había diferencias significativas entre ambos grupos por lo que se determinó trabajar como una única muestra. Finalmente este primer grupo estaba conformado por 59 sujetos. El segundo grupo fueron 44 personas.

2.3.1.3. Profesionales de Enfermería del Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona

Se contó con la colaboración de dos profesionales de la enfermería del Hospital Universitari Joan XXII seleccionados por accesibilidad y en base a cuatro criterios clave: antigüedad, trayectoria, funciones en el centro hospitalario y haber realizado/realizar funciones de tutorización de nuevos diplomados/graduados en Enfermería.

Criterios de inclusión: Personal de Enfermería del Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona y Hospital Universitari i Tecnològic La Fé de Valencia, y estudiantes de primer curso de Enfermería de la Universitat Rovira i Virgili, de primero y segundo de la Universitat de València

Criterios de exclusión: Personas con imposibilidad de entender el estudio, que no desearon participar de manera voluntaria o que se negaron a firmar el consentimiento informado.

2.3.2. Instrumentos

Se diseñaron baterías de pruebas en función de las características de ambas muestras y de los objetivos de investigación planteados por lo que algunas de las pruebas son coincidentes, pero también hay diferencias tal como se expondrá a continuación, y tal como se refleja en la tabla 1.

Si bien el presente estudio es eminentemente cuantitativo, se consideró importante contar con información procedente de los profesionales de la enfermería a modo complementario y de contraste sobre lo objetivado durante todo el trabajo y el programa de intervención planteado. Con ese fin, se diseñó una entrevista semiestructurada que se describirá en el apartado correspondiente.

2.3.2.1. Cuestionario sobre datos sociodemográficos.

Se recogió información concerniente a edad, sexo, estado civil, familiares a cargo y formación académica.

Los profesionales debían responder también a preguntas relativas a su actividad laboral: número de años trabajando en el centro hospitalario, tipo de contrato, grupo profesional, servicio de pertenencia, horario de trabajo, conocimiento y valoración de la existencia de protocolos de actuación frente a situaciones como estrés, *mobbing*, *burnout* o violencia, si han sufrido violencia durante su práctica profesional (tipo y origen) y valoración de consecuencias.

2.3.2.2. Escala de Impulsividad IFD (Dickman, 1990)

Utilizamos la versión española adaptada por Vigil (2006), consta de 23 ítems en formato verdadero/falso para medir:

- *Impulsividad Funcional* (IF, $\alpha = 0.78$). Conducta de toma rápida de decisiones con un análisis previo de las consecuencias positivas o negativas para el individuo.
- *Impulsividad Disfuncional* (ID, $\alpha = 0.76$). Actuación no reflexiva, ejecución rápida de la conducta, sin tener en cuenta las posibles consecuencias, aunque éstas sean negativas para la persona.

2.3.2.3. Escala de Agresividad ABP (Buss y Perry, 1992)

Versión española adaptada por Andreu, Peña-Fernández y Graña-Gómez (2002), en su versión reducida, conformada por 29 ítems con cinco opciones de respuesta (1 a 5) para la detección de individuos agresivos en población general. Valora cuatro variables:

- *Agresividad física* (Af, $\alpha = 0.82$) y *Agresividad verbal* (Av, $\alpha = 0.77$). Componente instrumental o motor del comportamiento que incluye perjudicar o dañar a los demás.
- *Ira* (Ir, $\alpha = 0,68$). Componente emocional o afectiva de la conducta que implica la activación física y la preparación para la agresión.
- *Hostilidad* (Hs, $\alpha = 0,75$). Componente cognitivo de la conducta que consiste en sentimientos de mala voluntad e injusticia.

2.3.2.4. Cuestionario de Salud General, GHQ-30 (Goldberg, 1998)

Versión española adaptada por Lobo, Pérez-Echeverría y Artal (1986). Instrumento autoadministrado conformado por 30 ítems en formato likert de 1 a 4 (no a mucho más que siempre) para la detección de molestias o trastornos, así como del estado de salud en población no clínica. Está limitado temporalmente a las dos últimas semanas y valora:

- *Síntomas psicósomáticos*, (*Sm*, $\alpha=0,87$).
- *Ansiedad e insomnio* (*As*, $\alpha=0,83$)
- *Disfunción social* (*Sf*, $\alpha=0,75$).
- *Depresión* (*Dp*, $\alpha=0,80$).

2.3.2.5. *Inventario de Violencia y Acoso Psicológico en el Trabajo, IVAPT-E-R*

Adaptación española de Carrión, López y Pando (2007), consta de 22 ítems para evaluar algunos aspectos de las relaciones psicológicas que se dan en el lugar de trabajo y que pueden ser desencadenantes de conflicto, violencia y acoso psicológico. ($\alpha= 0.911$). Permite medir:

- *Presencia e intensidad de situaciones de violencia psicológica en el trabajo*. Primera parte en la que el sujeto responde de 0 a 4 (nunca a muy frecuentemente) sobre la frecuencia de ocurrencia de lo que se le pregunta.
- *Existencia de acoso psicológico en el contexto laboral*. Segunda parte en la que el sujeto valora dicha frecuencia en comparación con sus compañeros de 1 a 3 (menos, igual o más), entendiéndose que el 3 implicaría intencionalidad de la conducta y, por ende, acoso.

2.3.2.6. *Maslach Burnout Inventory, MBI*

Versión española de Bresó, Salanova, y Schaufeli (2006). Instrumento conformado por 22 ítems en formato likert de 1 a 7 (ninguna a diariamente) sobre frecuencia de sentimientos y pensamientos en relación a la interacción con el trabajo. Valora tres aspectos:

- *Agotamiento emocional* (AE, $\alpha= 0.87$). Sentimientos de saturación y cansancio emocional debido a las demandas del trabajo.
- *Despersonalización o cinismo* (DP, $\alpha= 0.85$). Reconocimiento de actitudes de frialdad y distanciamiento, respuestas impersonales, falta de sentimientos e insensibilidad hacia los sujetos objeto de atención, y
- *Eficacia profesional o realización personal en el Trabajo* (RPT, $\alpha= 0.78$). Sentimientos de autoeficacia, y competencia en el trabajo.

2.3.2.7. Test Overall Personality Assessment Scale (OPERAS)

Versión española de Vigil-Colet, Morales-Vives, Camps, Tous-Pallarés y Lorenzo-Seva (2013). Instrumento conformado por 40 ítems en formato de respuesta likert de 1 a 5 (completamente en desacuerdo a completamente de acuerdo). Valora 5 factores de personalidad libres de los efectos de la Deseabilidad Social y la Aquiescencia:

- *Extraversión* (EXT, $\alpha = 0.86$). Nivel de sociabilidad de la persona, tendencia a ser hablador, a preferir situaciones sociales animadas, etc.
- *Afabilidad* (AF, $\alpha = 0.71$). Tendencia a ser amable y a considerar los sentimientos y derechos ajenos, empatía, cooperación, confianza, etc.
- *Apertura a la Experiencia* (AM, $\alpha = 0.81$). Disposición a conocer otras formas de pensar y actuar, interés por nuevas experiencias, curiosidad, etc.
- *Estabilidad Emocional* (EE, $\alpha = 0.86$). Tendencia a estar calmado, poca propensión a las emociones negativas de ansiedad, inseguridad, tristeza o miedo.
- *Responsabilidad*. (RP, $\alpha = 0.77$). Grado en que las personas asumen sus obligaciones, planificación, organización, meticulosidad, eficacia.

2.3.2.8. Escala de bienestar psicológico, EBP (Ryff, 1989; van Dierendonck, 2004)

Versión española adaptada por Díaz, Rodríguez-Carvajal, Blanco, Moreno-Jiménez, Gallardo, Valle y Van Dierendonck (2006) de 29 ítems con 6 opciones de respuesta estilo likert 1 a 6 (totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo). A mayor puntuación mayor índice de bienestar psicológico. Evalúa el grado en que el sujeto percibe su propia satisfacción en diferentes aspectos: subjetivo, material, laboral y de relación de pareja. Seis factores:

- *Autoaceptación* (AA, $\alpha = 0.84$). Actitudes positivas hacia uno mismo aún siendo plenamente consciente de las limitaciones.
- *Relaciones Interpersonales positivas* (RL, $\alpha = 0.78$). Capacidad para establecer y mantener relaciones sociales positivas, de amistad y crear vínculos.
- *Autonomía* (AT, $\alpha = 0.70$). Resistencia a la presión social, mantenimiento de la independencia y autoridad personal.

- *Dominio del entorno (DE, $\alpha = 0.82$)*. Sensación de control y habilidad para para transformar el contexto que le rodea.
- *Propósito en la vida (PV, $\alpha = 0.70$)*. Establecimiento de objetivos y metas que den sentido a la vida.
- *Crecimiento personal (CP, $\alpha = 0.71$)*. Necesidad intrínseca de desarrollo profesional y desarrollo personal.

2.3.2.9. *Escala de gestión de emociones, TMMS-24 (Trait Meta-Mood Scale, Salovey y Mayer, 1995)*

Versión española de Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos (2004), consta de 24 ítems de formato likert 1 a 5 (totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo) e informa sobre:

- Capacidad para identificar emociones en uno mismo y en los demás y saber expresarlas adecuadamente (*Atención emocional, At, $\alpha = 0.86$*).
- Comprender las emociones propias y ajenas mejorando el análisis de emociones futuras (*Claridad emocional, Cl, $\alpha = 0.90$*); y
- Manejar las emociones e influir en nuestros pensamientos (*Reparación emocional, Re, $\alpha = 0.86$*).

2.3.2.10. *Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo, CESQT (Gil-Monte, 2011)*

Escala de 20 ítems en formato de respuesta likert 0 a 4 (nunca a todos los días) para valoración de cogniciones, emociones y actitudes personales ante las experiencias laborales agrupadas en cuatro dimensiones:

- *Ilusión por el trabajo (IT, $\alpha = 0.90$)*. Deseo del individuo de alcanzar metas laborales como fuente de placer personal.
- *Desgaste psíquico (DP, $\alpha = 0.85$)*. Agotamiento emocional y físico debido al trabajo con personas que presentan o causan problemas.
- *Indolencia (IN, $\alpha = 0.74$)*. Actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia los usuarios o clientes.
- *Culpa (C, $\alpha = 0.85$)*. Responsabilización del comportamiento y las actitudes negativas en el trabajo.

Proporciona también un valor general, promedio de las escalas Ilusión por el trabajo, desgaste psíquico e Indolencia (SQT, $\alpha = 0.85$)

2.3.2.11. Escala de Clima Psicosocial en el Trabajo, ECPT

Versión desarrollada por Tous-Pallarés, Bonasa-Jiménez, Mayor-Sánchez y Espinosa-Díaz (2011) instrumento conformado por 16 ítems en formato likert 1 a 7 (totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo) para diagnóstico de factores psicosociales positivos y negativos percibidos por el trabajador respecto a su organización:

- *Contenido del trabajo* (CT $\alpha = 0.95$): percepción positiva o negativa de la autonomía del puesto de trabajo (tareas asignadas y posibilidad de organización) y de los estresores asociados (uso de habilidades y competencias, sentido de responsabilidad).
- *Relaciones personales* (RP $\alpha = 0.90$): con superiores y compañeros, percepción de integración, satisfacción y repercusiones en la coordinación de los grupos o equipos de trabajo; y
- *Definición de rol* (DR $\alpha = 0.89$): percepción de la estructura formal organizativa (proceso de relación, promoción y toma de decisiones), sentido que da a su trabajo, compromiso y posibilidades de estabilidad y desarrollo profesional (continuidad y mejora).

2.3.2.12. Entrevista semiestructurada

Diseñada específicamente para contrastar y complementar información relativa a: motivación personal para elegir los estudios y la profesión de enfermería, percepción sobre la capacitación teórica, técnica y emocional proporcionada en su etapa educativa, trayectoria profesional (años de experiencia, servicios, ...), dificultades encontradas en el día a día en su trabajo, resolución y apoyos a nivel interpersonal y del centro sanitario, ideación de abandono propia o ajena y qué la motivaba, recursos organizacionales y experiencias con la tutorización de nuevos profesionales.

2.3.3. Procedimiento

El trabajo de campo se llevó a cabo en tres fases: una primera fase (Fase I) a modo de estudio piloto con el objetivo de valorar la idoneidad de las pruebas para la medición de los factores que pretendemos analizar, una segunda fase (Fase II) en la que ya se trabajó directamente con aquellas pruebas que evaluaban las variables de interés en nuestra investigación. Y una tercera fase (Fase III) que consistía en la aplicación de dos entrevistas semiestructuradas a dos profesionales de la enfermería en ejercicio.

Se contactó con Dirección de Enfermería de ambos centros para explicarles el proyecto, verbalmente y por escrito, sus objetivos y la dinámica de funcionamiento, solicitando su aprobación y autorización.

Una vez obtenida dicha autorización, contamos con la ayuda de dos profesionales enfermeros que realizaron funciones de enlace y apoyo al estudio.

Fase I. Profesionales del Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona y estudiantes de primer curso de Enfermería de la Universitat Rovira i Virgili. Tras un análisis de la literatura específica sobre la realidad y necesidades del contexto enfermero, de forma exploratoria, se elaboró una extensa batería de pruebas y un cuestionario para la recogida de datos sociodemográficos que se administró a ambas muestras. (Tabla 1)

PRUEBAS	FASE I	
	DUE's	ESTUDIANTES
C. demográficos	X	X
<i>IFD</i>	X	X
<i>ABP</i>	X	X
<i>TMMS-24</i>	X	X
<i>GHQ-28</i>	X	X
<i>ECPT-16</i>	X	X
<i>IVAPT-PANDO</i>	X	X
<i>OPERAS</i>	X	
<i>EBP</i>	X	
<i>CESQT</i>	X	
<i>MBI</i>		X

Tabla 1. Listado de pruebas administradas Fase I

En la primera fase se realizó un recorrido sistemático por el centro sanitario planta a planta y servicio a servicio, teniendo en cuenta los diferentes turnos de trabajo (mañana, tarde, noche).

Tras el contacto, y previo a la administración de la batería se explicaba verbalmente y por escrito el proyecto, sus objetivos y la dinámica de funcionamiento, solicitando la firma de consentimiento informado.

También de forma sistemática se buscó la colaboración en la investigación de la siguiente forma:

- Aproximación y tanteo relativo al interés por conocer y participar en la investigación.
- Si la respuesta era negativa (únicamente en una ocasión y precisamente una persona que era además licenciada en psicología) se agradecía la atención prestada y se daba por finalizada la interacción.
- Si la respuesta era positiva se ampliaba la información de forma verbal y por escrito relativa a los objetivos, la dinámica, la importancia del tema y de su participación. Se les solicitaba que firmaran consentimiento informado y se les hacía entrega de la batería de pruebas con la consigna de, una vez contestadas, dejarlas en un espacio habilitado dentro del office de cada planta.
- Con carácter semanal, durante cuatro semanas, se fueron recogiendo los cuestionarios y aclarando las dudas que se iban planteando.

El mismo proceso se llevó a cabo con los estudiantes de enfermería siendo que las fases de información, consentimiento, resolución y recogida de cuestionarios se llevaron a cabo durante una de las clases presenciales.

Fase II. Profesionales del Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona i Politècnic La Fé de Valencia, y estudiantes de primer curso de la Facultad de Enfermería de la Universitat Rovira i Virgili (Tarragona), y de primer y segundo curso de Enfermería de la Escuela Universitaria de Enfermería La Fé (Valencia).

Con el objetivo de conseguir una mayor heterogeneidad de la muestra y para intentar minimizar aspectos contextuales, se determinó ampliar la muestra a otro centro hospitalario y a otro centro docente universitario distintos.

Se llevó a cabo el mismo procedimiento que en la fase anterior, con la salvedad que el número de pruebas administradas fue menor (Tabla 2) y los estudiantes eran de primer y segundo curso de enfermería. Mientras en la Universitat Rovira i Virgili las prácticas de diplomatura/grado se llevan a cabo ya en primer curso, en la Universitat de València empiezan en segundo curso.

Tal como se viera en la fase piloto, no se objetivaron diferencias relativas a tener o no experiencia sanitaria en estudiantes por lo que contar con estudiantes de primero nos supuso ampliar nuestra visión de la muestra.

PRUEBAS	FASE II	
	DUE's	ESTUDIANTES
C. demográficos	X	X
TMMS-24	X	X
ECPT-16	X	X
OPERAS	X	X
EBP	X	X
CESQT	X	X

Tabla 2. Listado de pruebas administradas Fase II

En ambas fases valoramos *características individuales* (rasgos de personalidad, inteligencia emocional, bienestar físico y psicológico) y *factores organizacionales* (contexto, cultura y clima). Buscamos valorar en qué se parecen y en qué se diferencian los estudiantes de enfermería de los profesionales, ver qué dificultades encuentran en su práctica profesional, y cómo se traducen en su funcionamiento personal y profesional.

Fase III. Entrevistas semiestructuradas con profesionales del Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona en ejercicio.



Figura 10. Procedimiento de información y recogida de muestra a profesionales

Tanto en la Fase I como en la Fase II se creó una base de datos en el programa SPSS 22.0 para el posterior tratamiento estadístico de la información.

Inicialmente tanto para la Fase I como la Fase II se describen las características sociodemográficas de las 4 muestras. Para ello se usó el cálculo de frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas.

Posteriormente, se realizó la comparación entre los grupos estudiados (profesionales y estudiantes) empleando como estadístico de contraste la prueba t de *Student* que nos permite comparar las medias en cada uno de los grupos, así como su relación con dos variables significativas (edad y género). Así mismo se hizo la comparativa de las puntuaciones de las variables dentro de la muestra de profesionales en función de género y edad.

Finalmente se realizó se usó un modelo de correlaciones bivariadas para evaluar la correlación lineal entre las diferentes subescalas de los tests administrados en ambas fases del estudio.

Los datos cualitativos obtenidos de las entrevistas en la fase III se utilizaron a modo descriptivo y de contraste con lo contenido en la literatura científica y los resultados cuantitativos obtenidos relacionándose de forma específica con la propuesta de intervención psicosocial.

Capítulo 3

Resultados

3.1. Fase I.

3.1.1. Características de las muestras

Muestra formada por 64 profesionales del Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona (en adelante, DUE's) y 59 estudiantes de primer curso de Enfermería de la Universitat Rovira i Virgili.

Los profesionales tienen una media de *edad* de 41,8 años (desviación típica, Sd= 11,33) en edades distribuidas desde los 21 a los 63 años. La muestra de estudiantes tiene una media de edad de 21,3 años (Sd= 5,64), en un intervalo de 18 a 44 años.

Género: La muestra de profesionales está compuesta por un 87% de mujeres y un 13% de hombres. La distribución es similar a la descrita en la literatura sobre la población en Enfermería que es mayoritariamente femenina (aproximadamente un 80%). El porcentaje de hombres es inferior en la muestra de estudiantes siendo de 1,7% frente al 98,3% de mujeres. (Figura 11).

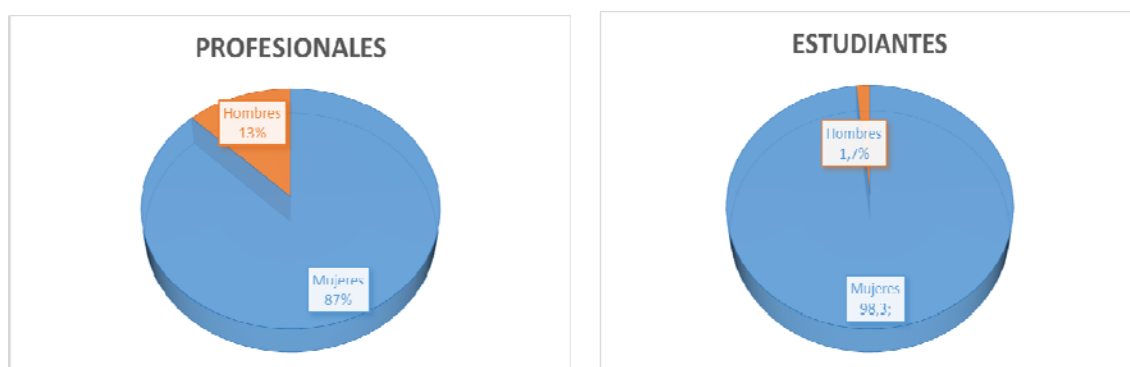


Figura 11. Profesionales y estudiantes por género Fase I

Estado civil: Un 39,1% de los profesionales están solteros, un 48,5% están casados o viven en pareja, un 7% separados o divorciados y un 1,6% viudos. El 93,2% de la muestra de estudiantes están solteros y el 5,1% casados. (Figura 12).

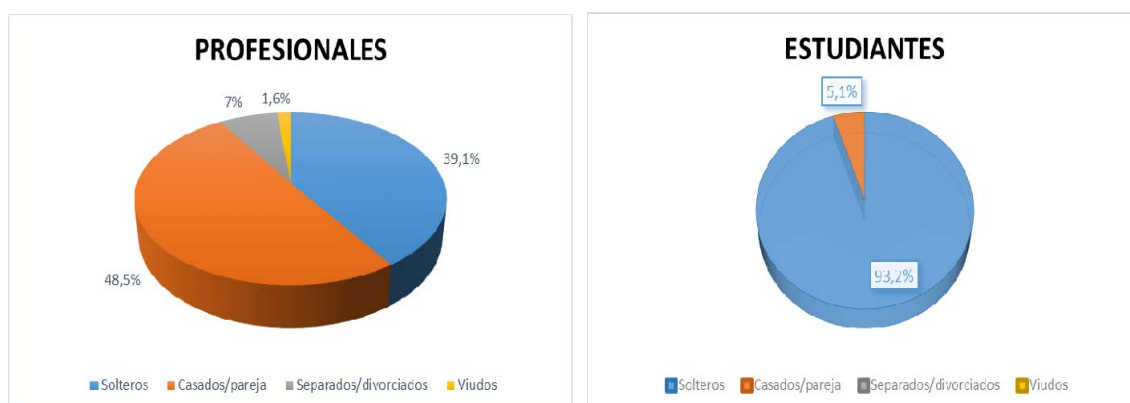


Figura 12. Estado civil profesionales y estudiantes

Responsabilidades familiares: Un 50% de los profesionales no tienen hijos y un 84,4% no tienen personas a su cargo. En el caso de los estudiantes de enfermería el 96,6% no tienen hijos y el 98,3% no tienen personas a su cargo. (Tabla 3)

Formación académica: El 100% de los profesionales sanitarios provienen de diplomatura y grado en Enfermería. Un 88,1% de los estudiantes lo hacen de bachillerato y el 11,9% restante de Formación Profesional. (Tabla 3).

Tabla 3. Características demográficas grupo de profesionales y estudiantes Fase I

		DUE's	Estudiantes
Familiares a cargo	No hijos	50%	96,6%
	No otros	84,4%	98,3%
Formación Académica	Bachillerato		88,1%
	Formación Profesional		11,9%
	Diplomatura	100%	

Años de trabajo en el centro hospitalario: Este parámetro se observa únicamente para los profesionales respondiendo únicamente el 63,9%. De estos el tiempo medio trabajado es de 17,8 años.

Grupo profesional: El 4,7% de los participantes ostentan cargos de responsabilidad frente al 95,3% que prestan sus servicios exclusivamente como DUE's en los diferentes servicios.

Tipo de contrato: El 60,9% informan tener un contrato fijo, el 20,3% de Interinidad, un 17,2% a tiempo parcial y un 1,6% como suplente (figura 13).

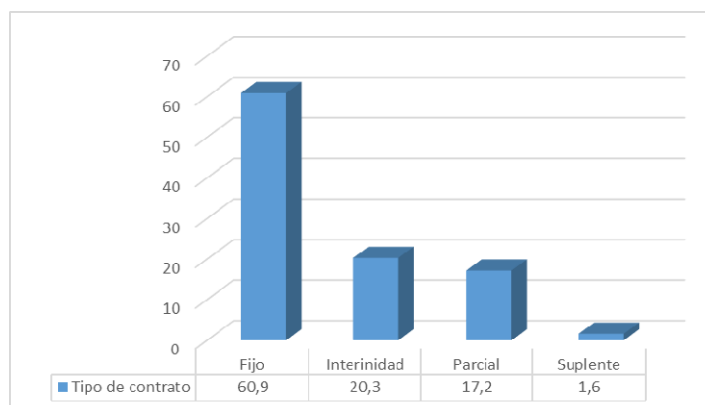


Figura 13. Tipo de contrato

Distribución por servicios: Urgencias 24,6%, Medicina Nuclear, Radiodiagnóstico y Diagnóstico por la Imagen 11,5%, Pediatría 9,8%, Ginecología 1,6%, Banco de Sangre 1,6%, Medicina Interna 8,2%, Cardiología 4,9%, Hospital de Día 5%, Medicina Intensiva (UCI) 19,7%, Cirugía General 11,5% y Retén 1,6%. (Figura 14).

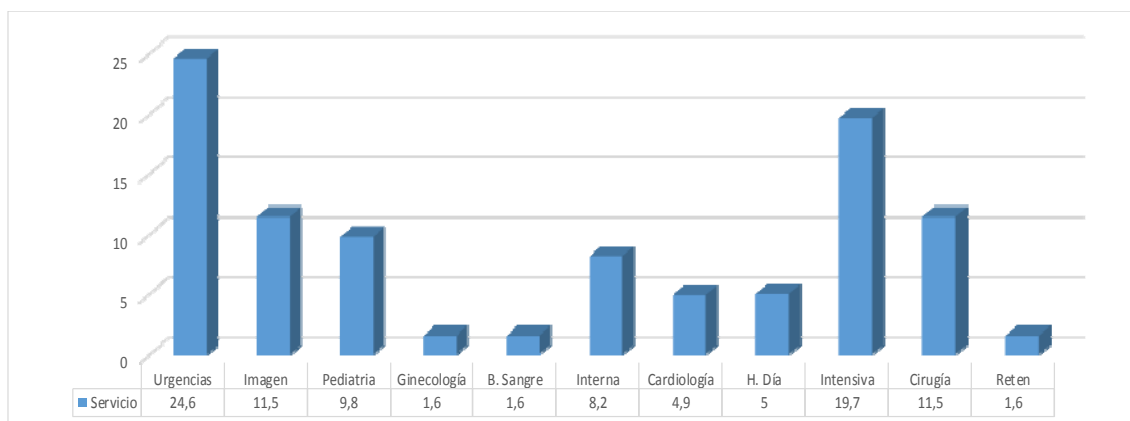


Figura 14. Servicio de pertenencia

Turnos de trabajo: Mañana 43,5%, Tarde 17,7%, Noche 1,6%, Rotatorio 35,5% y otros 1,7%. (Figura 15).

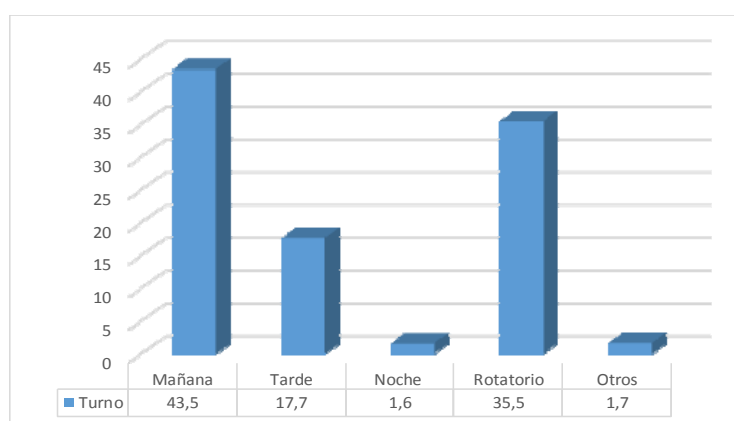


Figura 15. Turno de trabajo

3.1.2. Tipología, origen y repercusiones de la violencia

Las preguntas específicas sobre violencia sólo fueron respondidas por 59 de los profesionales que colaboraron en la investigación. De sus respuestas se desprenden los siguientes resultados.

Origen, tipo y repercusiones de la violencia en el puesto de trabajo: El 29,7% informa no haber sufrido violencia en el trabajo mientras que el 65,6% refiere haberlo hecho y un 4,7% no sabe o no contesta. (Figura 16)

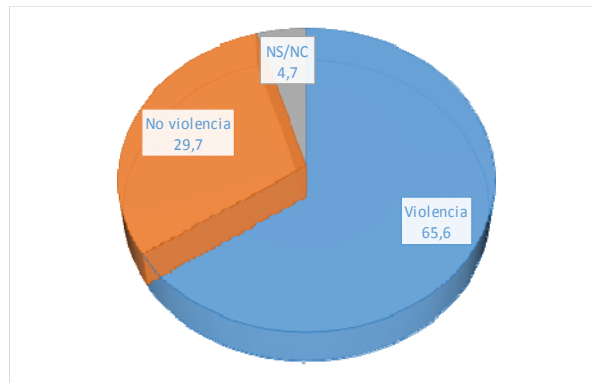


Figura 16. Violencia en el lugar de trabajo

De la violencia informada el 51,6% fue psicológica, seguida del 12,5% que fue psicológica y física, el 3,1% exclusivamente física y un 32,8% que no informan sobre tipología de violencia. (Figura 17).

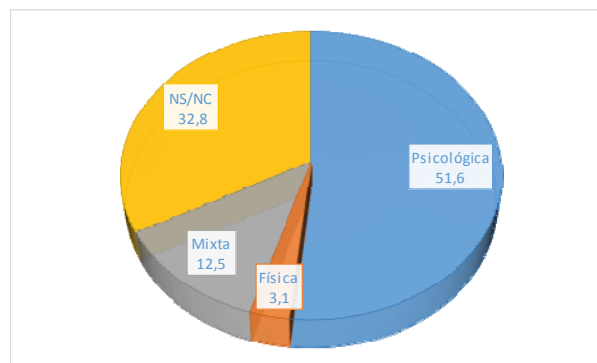


Figura 17. Tipos de violencia

De los que afirman haber sufrido violencia el 34,4% provino de acompañantes, seguido del propio paciente 14,1%, ambos (paciente y acompañante) 7,8%, otro compañero 4,7%, acompañante y compañero 1,6%, todos (paciente, acompañante y otro compañero) 4,7%. El 32,8% no informan sobre el tema. (Tabla 4).

Tabla 4. Violencia en el centro sanitario: origen

Agresor	Porcentaje
Paciente	14,1%
Acompañante	34,4%
Paciente y acompañante	7,8%
Compañero/a	4,7%
Acompañante y compañero	1,6%
Todos	4,7%
Ns/Nc	32,8%

Respecto a las repercusiones el 34,4% indican que les causó algún tipo de malestar frente al 29,7% que indican que forma parte de su trabajo no entendiéndolo que les causara perjuicio alguno. El 35,9% no informa sobre consecuencias. (Figura 18)

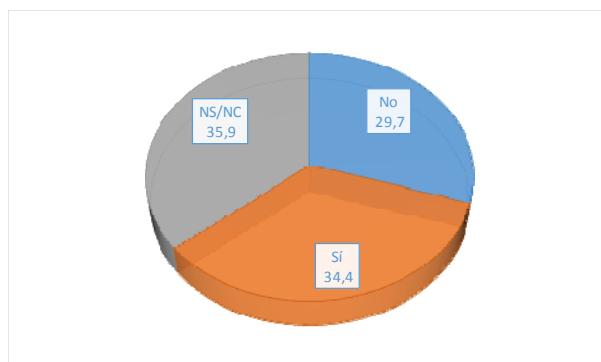


Figura 18. Repercusiones de la violencia

Conocimiento y valoración de los protocolos de actuación ante situaciones de estrés, burnout o violencia: El 55,6% afirma conocer de su existencia mientras que el 44,4% afirma no hacerlo. De los que afirman conocerlos no todos los valoran numéricamente, entre quienes lo hacen se obtiene una puntuación media de 5,6 (Figura 19)

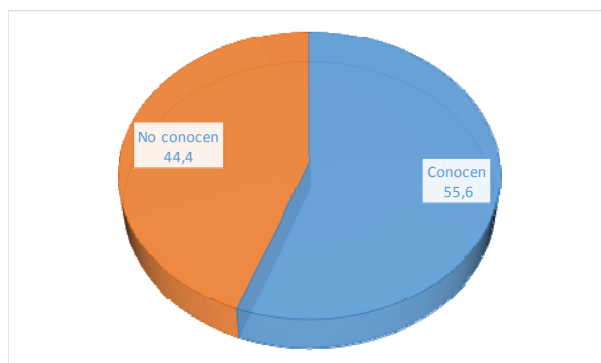


Figura 19. Conocimiento de protocolos de actuación

Valoración de la existencia de personal suficiente: El 57,8% considera que no hay DUE's suficientes para desarrollar las tareas propias del servicio, el 37,5% considera que sí y el 4,7% restante no sabe o no contesta. La valoración depende básicamente del servicio en cuestión ya que no todos requieren de los mismos requerimientos de asistencia (urgencia, atención, técnicas, etc.) (Figura 20)

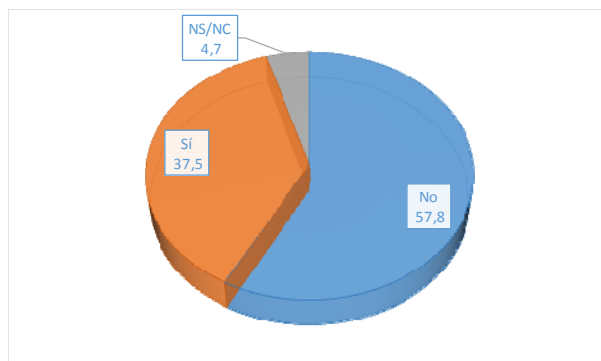


Figura 20. Valoración existencia personal suficiente

De los participantes que respondieron a las preguntas sobre violencia (n=59) el 60,7% de las mujeres y el 8,2% de los hombres respondieron haber sufrido violencia en el contexto laboral (Figura 21)



Figura 21. Violencia por género

Por *edad* son las personas de los grupos 40 a 49 (n=18) y 50 a 59 años (n=18) (21,9% y 17%, respectivamente) quienes manifiestan haber sufrido violencia, seguidos por el grupo de edad de 21 a 29 años (12,1%). Precisamente son estos los grupos de edad más numerosos por lo que la interpretación de los datos quedaría condicionada a un estudio más en profundidad (Tabla 5).

Tabla 5. Violencia por edad

Edad	n	Porcentaje
21 a 29 años	14	12,1%
31 a 39 años	9	2,4%
40 a 49 años	18	21,9%
50 a 59 años	18	17%
60 a 65 años	2	0%

Por *servicios* observamos que los más participativos son también los que refieren mayor índice de violencia: Urgencias (40%), Medicina Intensiva (15%) y Pediatría (16,5%). Los servicios de Medicina Nuclear, Radiodiagnóstico y Diagnóstico por la Imagen, a pesar de su participación únicamente reportan un 3,4% de violencia. Estos resultados se corresponden con los relatados en la literatura científica sobre violencia en el contexto sanitario. (Figura 22)

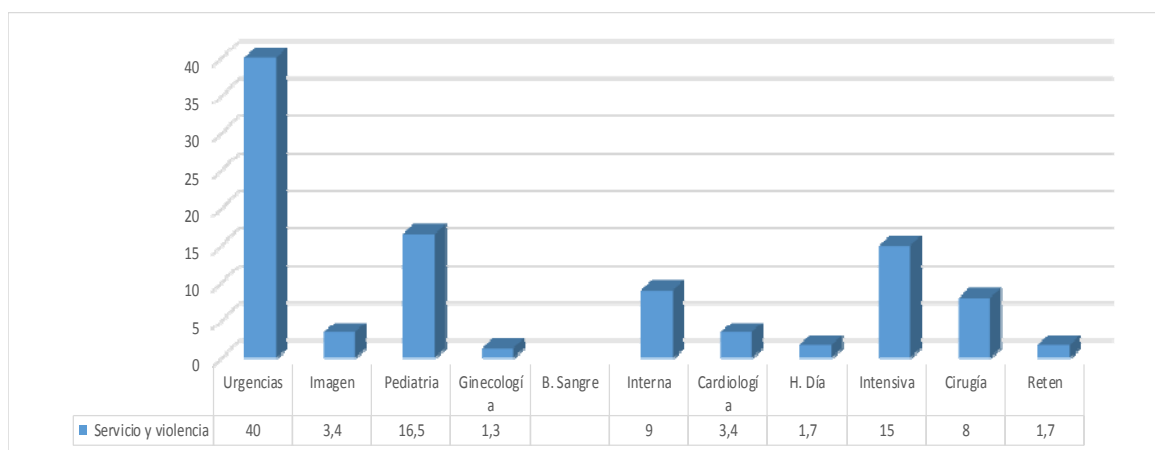


Figura 22. Violencia por servicio

Observamos que la mayor parte de la violencia informada es de carácter psicológico independientemente del género, edad o servicio de pertenencia del informante. Por grupos de edad únicamente un 2,3% informan de agresiones físicas correspondiendo a los grupos de edad de 31 a 39 años y de 50 a 59 años. Por servicios este tipo de agresión se informa en Medicina Interna (2,4%), Cirugía General (2,4%) y Retén (1,7%). En cuanto a agresiones psicológicas aparecen más en los servicios de urgencias (31%), Medicina Intensiva (11,9%) y Pediatría (9,5%) estando presente en otros servicios en porcentajes inferiores al 3%. (véase Tabla 6)

Tabla 6. Tipo de Violencia por género, edad y servicio de pertenencia

		Tipología		
		Física	Psicológica	Mixta
Género	Mujer (n=53)	2,3%	69,8%	16,3%
	Hombre (n=8)	2,3%	7%	2,3%
Edad	21 a 29 años (n=14)	0%	18,6%	4,6%
	31 a 39 años (n=9)	2,3%	9,2%	4,6%
	40 a 49 años (n=18)	0%	23,3%	2,3%
	50 a 59 años (n=18)	2,3%	20,9%	4,7%
	60 a 65 años (n=2)	0%	2,3%	2,3%
Servicio	Urgencias	0%	31%	0%
	M. Nuclear, Radiag. y	0%	4,8%	0%
	Diag. Im	0%	9,5%	4,8%
	Pediatría	0%	2,4%	0%
	Ginecología (n=1)	2,4%	4,8%	2,4%
	Medicina Interna (n=4)	0%	4,8%	0%
	Cardiología (n=3)	0%	2,4%	0%
	Hospital de Día (n=3)	0%	11,9%	7,1%
	Medicina Intensiva (UCI)	2,4%	2,4%	4,8%
	(n=8)	1,7%	2,4%	0%
	Cirugía General (n=7)			
	Retén (n=1)			

Respecto al origen de la violencia recibida en la categoría mixto se incluyen agresiones o amenazas por parte de pacientes, acompañantes o compañeros de trabajo de manera combinada. Observamos que las mujeres señalan mayoritariamente la violencia ejercida de manera mixta o combinada (18,6%) seguida de la que procede del propio paciente (14%), de los compañeros de trabajo (7%) y de los acompañantes del paciente (4,8%). Los hombres identifican principalmente a los pacientes como origen de la violencia recibida (7%), a sus acompañantes (2,3%) y a la modalidad mixta de agresor (2,3%), no haciendo referencia a los compañeros como posibles agresores (0%). (Tabla 7).

El paciente no es identificado como agresor en las franjas de edad de 21 a 29 años ni en la de 60 a 65 años. El compañero no lo es en las franjas de 21 a 29 y de 31 a 39.

La franja de edad de 31 a 39 años identifica prioritariamente a paciente (6,9%), acompañante (4,6%) y mixto (2,3%) como agresores; las de 40 a 49 y de 50 a 59 años invierten esta relación estableciendo que los agresores son principalmente los pacientes (9,3% y 11,5%, respectivamente). Estas diferencias respecto a la edad podrían estar relacionadas con otros aspectos como la experiencia previa. (Tabla 7).

A excepción de Hospital de Día y Medicina Intensiva (2,4%, respectivamente), en el resto de servicios no se identifica a los compañeros como agresores, valorando como principales agresores los acompañantes, seguidos de los pacientes y la modalidad mixta. (Tabla 7).

Tabla 7. Tipo de violencia y origen por género, edad y servicio de pertenencia

		Origen			
		Paciente	Acompañante	Compañero	Mixto
Género	Mujer (n=53)	14%	4,8%	7%	18,6%
	Hombre (n=8)	7%	2,3%	0%	2,3%
Edad	21 a 29 años (n=14)	0%	18,6%	0%	4,6%
	31 a 39 años (n=9)	6,9%	4,6%	0%	2,3%
	40 a 49 años (n=18)	4,6%	9,3%	2,3%	6,9%
	50 a 59 años (n=18)	7%	11,5%	2,3%	6,9%
	60 a 65 años (n=2)	0%	2,3%	2,3%	0%
Servicio	Urgencias	7,1%	16,7%	0%	7,1%
	M. Nuclear, Radiag. y Diag. Im	0%	2,4%	0%	2,4%
	Pediatría	0%	14,3%	0%	0%
	Ginecología (n=1)	0%	2,4%	0%	0%
	Medicina Interna (n=4)	2,4%	2,4%	0%	4,8%
	Cardiología (n=3)	0%	2,4%	0%	2,4%
	Hospital de Día (n=3)	0%	0%	2,4%	0%
	Medicina Intensiva (UCI) (n=8)	4,8%	9,5%	2,4%	2,4%
	Cirugía General (n=7)	7,1%	0%	0%	2,4%
	Retén (n=1)	0%	2,4%	0%	0%

El 53,7% de las mujeres informa que el episodio de violencia tuvo repercusiones posteriores en su día a día, independientemente de la intensidad. Para los hombres no parece causar problema alguno. Por grupos de edad el más afectado es el de 40 a 49 años (21,9%) seguido del de 50 a 59 años (17%) y el de 21 a 29 años (12,1%). (Tabla 8).

Tabla 8. Repercusiones informadas por género y edad

		%
Género	Mujer	53,7%
	Hombre	0%
Edad	21 a 29 años	12,1%
	31 a 39 años	2,4%
	40 a 49 años	21,9%
	50 a 59 años	17%
	60 a 65 años	0%

3.1.3. Comparación de las puntuaciones obtenidas en variables individuales en ambas muestras

En la prueba *IFD* no se observan diferencias significativas entre los dos grupos respecto a la variable impulsividad funcional (IF).

En cuanto a la impulsividad disfuncional (ID) sí se encuentran diferencias significativas, con un nivel de significación del 0.05, siendo mayor en los profesionales de enfermería que en los estudiantes. Ambos colectivos obtienen puntuaciones superiores a la media en los baremos de la escala tanto en impulsividad funcional (IF) como en impulsividad disfuncional (ID). La media para Impulsividad Funcional (IF) es de 5,5, y para Impulsividad Disfuncional (ID) de 2,9. (Tabla 9).

Se observan diferencias significativas en las variables que mide la prueba de agresividad ABP en ambos grupos. Aunque los estudiantes obtienen puntuaciones dentro de la media en Agresividad Física (15,5) y Hostilidad (17,7), sus puntuaciones son superiores a la media en Agresividad Verbal (12,7) e Ira (15,6) esto es, presentarían un perfil más tendente a responder de forma agresiva a nivel verbal y a manifestar emoción de ira. Los profesionales obtienen puntuaciones significativamente más bajas en todas las variables medidas por el test (ver Tabla 9).

Tabla 9. Resultados en las pruebas comunes sobre aspectos individuales I

		DUE's (n=64)	Estudiantes (n=59)	Sig.
IFD	Impulsividad Funcional (IF)	6,5 (2,69)	6,84 (2,71)	,534
	Impulsividad Disfuncional (ID)	13,37(2,52)	12,35 (2,95)	,045
ABP	Agresividad Física (Af)	12,3-(3,83)	15,45 (5,69)	,001
	Hostilidad (Hs)	13,84 (5,17)	17,77 (5,49)	<,0001
	Agresividad Verbal (Av)	10,34 (3,54)	12,69 (4,03)	,001
	Ira (Ir)	13,04 (4,00)	15,59 (5,05)	,003

1. Prueba de Levene para la igualdad de varianzas
2. Prueba de muestras independientes, T de Student Nivel de significación ,05

Respecto a la gestión de emociones, medida por el *TMMS-24*, se observan diferencias significativas en todas las variables. Los estudiantes obtienen puntuaciones medias más elevadas que las obtenidas por los profesionales en los factores Atención (At) y Claridad (Cl) lo que podría indicar una mayor capacidad en estos a la hora de identificar y comprender las emociones propias y ajenas. Por su parte los profesionales obtienen puntuaciones medias significativamente mayores a las de los estudiantes en la variable Reparación (Re) que indicarían su mayor capacidad para la gestión de las emociones propias y ajenas. (Tabla 10).

En la prueba sobre salud general *GHQ* se observan diferencias significativas entre ambos grupos en Somatización (Sm) y Corte 1, obteniendo los estudiantes mayores puntuaciones. Las puntuaciones de ambas muestras están por encima de los puntos de corte en Somatización (Sm), Disfunción Social (Sf) y Depresión (Dp), señalando la posible existencia de dicha sintomatología las dos semanas anteriores a la resolución de la prueba (Tabla 10).

Tabla 10. Resultados en las pruebas comunes sobre aspectos individuales II

		DUE's (n=64)	Estudiantes (n=59)	Sig.
TMMs	Atención (At)	24,98 (6,19)	31,44 (5,61)	<,0001
	Claridad (Cl)	26,61 (5,55)	29,92 (5,82)	,002
	Reparación (Re)	28,98 (5,03)	25,96 (6,79)	,007
GHQ	Somatización (Sm)	8,38 (3,51)	9,98 (3,49)	,014
	Ansiedad (As)	1,76 (0,77)	1,68 (0,69)	,535
	Disfunción social (Sf)	19,27 (5,36)	19,91 (3,35)	,430
	Depresión (Dp)	11,46 (5,05)	12,23 (2,94)	,306
	Corte 1	9,26 (3,76)	10,82 (3,64)	,023
	Corte 2	16,10 (6,52)	17,64 (4,15)	,121

3.1.4. Comparación de las puntuaciones obtenidas en variables contextuales en ambas muestras

A nivel de factores psicosociales, *ECPT-16*, sólo aparecen diferencias significativas en ambos grupos frente a la variable Organización (DR). Puntuaciones elevadas en este factor indican percepción de falta de control por parte de la institución y dificultades en la gestión diaria del trabajo. Los profesionales que viven el día a día en su puesto de trabajo detectan este indicador de mal clima laboral. No obstante, lo valoran dentro de la media de la escala. Aunque no haya diferencias significativas en las variables Autonomía y Realización personal (CT), ambos colectivos puntúan ligeramente por encima de la media del baremo de ambas variables. La percepción de autonomía en el trabajo y de buena relación personal (RP) son variables que inciden directamente en la percepción del buen clima en el trabajo. (Tabla 11).

En la prueba *IVAPT-PANDO* no se observan diferencias significativas entre ambos grupos en los factores Presencia de violencia o Acoso Psicológico, sí en Intensidad de violencia donde los profesionales obtienen puntuaciones más elevadas (pero dentro de la franja considerada de baja intensidad). Esto es, los profesionales al estar sujetos a situaciones de acoso presentan puntuaciones más elevadas que los estudiantes que no están expuestos a estas situaciones. Estas diferencias son significativas en la variable intensidad. En ambos grupos se observa la valoración de una alta presencia de violencia en el trabajo (puntuación igual o superior a 5) y estar sufriendo un elevado nivel de acoso psicológico (puntuación igual o superior a 8) lo que podría indicar presencia de acoso psicológico en su contexto laboral y formativo (Tabla 11).

Tabla 11. Resultados en las pruebas comunes sobre aspectos organizacionales

		DUE's (n=64)	Estudiantes (n=36)	Sig.
ECPT-16	Autonomía (CT)	53,45 (6,63)	52,76 (8,86)	,631
	Relación (RP)	52,98 (6,10)	51,77 (9,02)	,389
	Organización (DR)	48,77 (8,10)	43,45 (8,10)	<,000
IVAPT-PANDO	Presencia	8,17 (6,23)	7,50 (9,80)	,712
	Intensidad	11,79	7,50 (9,80)	,045
	Acoso	(10,70) 18,53 (7,69)	18,33 (8,10)	,905

1. Prueba de Levene para la igualdad de varianzas Prueba de muestras independientes, T de Student Nivel de significación ,05

3.1.5. Puntuaciones obtenidas en variables individuales en profesionales

La muestra de profesionales presentaría puntuaciones dentro de la media en los diferentes rasgos de personalidad medidos por la prueba *OPERAS*: Extraversión (EXT, media 47,12), Estabilidad Emocional (EE, media 71,35), Responsabilidad (RP, media 70,89), Afabilidad (AF, media 51,77) y Apertura a la Experiencia (AM, media 52,28).

En la prueba *EBP* la muestra obtiene elevadas puntuaciones en Autoaceptación (AA, media 65,31; Sd 15,18), medias en Relaciones interpersonales positivas (RL, media 25,04; Sd 6,45) y Satisfacción con la vida (PV, media 20,26; Sd 5,26) y bajas en Autonomía (AT, media 16,81; Sd 5,20). Estas puntuaciones podrían indicar un mejor autoconocimiento y aceptación de sí mismos, relaciones basadas en la confianza y que autorregulan su comportamiento, manteniendo su independencia y autoridad personal.

3.1.6. Comparativa entre las puntuaciones obtenidas en variables individuales en profesionales por género.

A nivel de aspectos individuales no se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a *rasgos de personalidad, bienestar psicológico y bienestar general o impulsividad*.

Sí se observan diferencias significativas en Agresividad Física, los hombres obtienen mayores puntuaciones, y en Atención y Desgaste, variables de inteligencia emocional, que son superiores en mujeres.

En cuanto a *factores psicosociales y mobbing* las mujeres obtienen mayores puntuaciones en Definición de Rol y en Intensidad de Acoso, no se observan diferencias significativas en el resto de factores respecto a esta variable.

Para la valoración de la existencia/inexistencia de burnout decidimos en esta primera fase comparar profesionales y estudiantes mediante una prueba más clásica, el *MBI*, y una relativamente más nueva pero que ha demostrado muy buenos resultados, *CESQT*. En fases posteriores sólo nos centraremos en los resultados de este último cuestionario al tener un baremo específico para profesionales de la salud.

La muestra de estudiantes presenta puntuaciones dentro de la media en Agotamiento Emocional (AE, media 19 a 26), Despersonalización (DP, media 6 a 9) y Realización Personal (RPT, media 34 a 39).

La muestra de profesionales por su parte obtiene puntuaciones inferiores a 2 en Desgaste (DP), Indolencia (IN) y Culpa (C), pero también en el factor ilusión por el trabajo (IT) indicadora de que el trabajo no se percibe como algo atractivo o como una fuente de placer personal.

3.1.7. Resultados de las correlaciones entre las variables de la Fase

En esta fase del análisis se relacionaron estadísticamente en primer lugar rasgos de personalidad con origen, tipo y repercusiones de violencia.

Observamos la existencia de correlaciones negativas entre Extraversión (EXT), Estabilidad emocional (EE) y Agradabilidad (AF) con Hostilidad (Hs) e Ira (Ir), así como correlaciones positivas entre Estabilidad emocional (Ee), Agradabilidad (AF) y Extraversión (EXT). Esto es, a menor Extraversión (EXT), menor Estabilidad emocional (EE) y menor Agradabilidad (AF), mayor Hostilidad (Hs) e Ira (Ir). (Tabla 12)

Tabla 12. Profesionales: correlaciones entre factores de personalidad, origen, tipo y repercusiones de violencia

	If	Id	Af	Hs	Av	Ir	Ds	Aq	Ex	Ee	Rp	Ag	Am	Vi	Tv	Agr	Rr	
If	1																	
Id	,333 [*]	1																
Af			1															
Hs				1														
Av				,504 ^{**}	1													
Ir				,609 ^{**}	,630 ^{**}	1												
Ds							1											
Aq								1										
Ex									1									
Ee									,410 ^{**}	1								
Rp											,568 ^{**}	1						
Ag											,449 ^{**}		1					
Am														1				
Vi															1			
Tv																1		
Agr																	1	
Rr																		1

If Impulsividad Funcional; Id Impulsividad Disfuncional; Af Agresividad Física; Hs Hostilidad; Av Agresividad Verbal; Ir Ira; Ds: Deseabilidad; Aq: Aquiescencia; Ex: Extraversión; Ee: Equilibrio Emocional; Rp: Responsabilidad, Ag: Amabilidad; Am: Apertura a la Experiencia; Vi: Violencia; Tv: Tipo de violencia; Agr: Agresor y Rr: Repercusiones
 ** Correlación significativa al 0,01 * Correlación significativa al 0,05

A nivel de *sintomatología psicológica e inteligencia emocional* existe una correlación entre el Tipo de violencia sufrido (Tv) y la Ansiedad (As) de (r=0,335). También existe correlación entre el Tipo de violencia (Tv) y la Somatización (Sm) de (r=0,388), entre Tipo de violencia (Tv) y Ansiedad (As) (r=0,419), entre Tipo de violencia (Tv) y Depresión (Dp) de (r=0,365), entre Tipo de violencia (Tv) y Corte 1 (C1) de (r=0,409), entre Tipo de violencia (Tv) y

Corte 2 (C2) de (r=0,402), entre Tipo de violencia (Tv) y Reparación (Rp) de (r=-0,379).

Por otra parte, las Repercusiones de la violencia (Rr) correlacionan significativamente con relaciones interpersonales (Ri) con (r=-0,353). (Tabla 13).

Tabla 13. Profesionales: correlaciones entre bienestar físico, psicológico, inteligencia emocional, origen, tipo y repercusiones de violencia

	Vi	Tv	Agr	Rr	Sm	As	Sf	Dp	C1	C2	At	Cl	Rp	Au	Ri	Aut	Sa
Vi	1																
Tv		1															
Agr			1														
Rr				1													
Sm					1												
As						1											
Sf							1										
Dp								1									
C1									1								
C2										1							
At											1						
Cl												1					
Rp													1				
Au														1			
Ri															1		
Aut																1	
Sa																	1

Vi: Violencia; Tv: Tipo de violencia; Agr: Agresor y Rr: Repercusiones; Sm Somatización; As Ansiedad; Sf Disfunción Social; Dp Depresión; C1 Corte 1; C2 Corte 2; At Atención; Cl Claridad; Rp Reparación; Sm Somatización; As Ansiedad; Sf Disfunción Social; Dp Depresión; C1 Corte 1; C2 Corte 2; At Atención; Cl Claridad; Rp Reparación; Au: Autoaceptación; Ri: Relaciones Interpersonales; Aut: Autonomía; Sa: Satisfacción Vital ** Correlación significativa al 0,01 * Correlación significativa al 0,05

A nivel de factores psicosociales (y organizacionales) únicamente se observa correlación entre la Autonomía (Aut) y el Tipo de Violencia sufrida (Tv) de (r=-0,533) y entre Autonomía (Aut) y la Relación (Rel) con (r=0,414). (ver Tabla 14).

Tabla 14. Profesionales: correlaciones entre factores psicosociales y origen, tipo y repercusiones de violencia

	Vi	Tv	Agr	Rr	Aut	Rel	Org
Vi	1						
Tv		1					
Agr			1				
Rr				1			
Aut					1		
Rel						1	
Org							1

Vi: Violencia; Tv: Tipo de violencia; Agr: Agresor y Rr: Repercusiones; Aut: Autonomía; Rel: Relación; Org: Organización ** Correlación significativa al 0,01

Cuando se calculan las correlaciones entre variables de violencia, burnout y presencia de acoso psicológico en el trabajo (mobbing) aparecen una serie de interés:

Así, se relacionan el Tipo de violencia (Tv) con la Ilusión (Ilu) en un ($r=0,310$). También se relacionan el Agresor (Agr) con la Culpa (Cul) en un ($r=0,338$). Por su parte, la Culpa (Cul) correlaciona con Presencia (Pr) en un ($r=0,539$) y con la Intensidad en un ($r=0,456$).

Por otra parte, se observan correlaciones significativas entre la puntuación global de Síndrome del Quemado en el Trabajo (Ces) con Presencia (Pr) en un ($r=0,301$) y la puntuación global de Síndrome del Quemado en el Trabajo (Ces) con la Intensidad (Int) de un ($r=0,330$).

La Indolencia (Ind) correlaciona con la Presencia (Pre) en ($r=0,318$), con la Intensidad (Int) en un ($r=0,315$) y con el Acoso (Ac) en un ($r=0,404$)

Finalmente, se observan también correlaciones entre Ilusión (Ilu) con Acoso ($r=-0,284$); entre Desgaste (Des) y Presencia (Pre) ($r=0,396$) y entre Desgaste (Des) e Intensidad (Int) de ($r=0,435$). (Tabla 15)

Tabla 15. Profesionales: correlaciones entre violencia, mobbing y burnout

	Vi	Tv	Agr	Rr	Ilu	Des	Ind	Cul	Ces	Pre	Int	Ac
Vi	1											
Tv		1										
Agr			1									
Rr				1								
Ilu		,310*			1							
Des				-,315*		1						
Ind						,451**	1					
Cu			,338*			,476**	,418**	1				
Ces					,642**	,811**	,699**	,426**	1			
Pre						,396**	,318*	,539**	,301*	1		
Int						,435**	,315*	,456**	,330**	,937**	1	
Ac				-,284*			,404**			,289*	,249*	1

Vi: Violencia; Tv: Tipo de violencia; Agr: Agresor y Rr: Repercusiones Ilu: Ilusión, Des: Desgaste; In: Indolencia; Cul: Culpa; Ces:CESPQ; Pr: Presencia; Int: Intensidad; y Ac: Acoso ** Correlación significativa al 0,01 * Correlación significativa al 0,05

Por lo que respecta a las relaciones entre rasgos de personalidad, factores organizacionales, *mobbing* y *burnout*, nuestros resultados indican unas correlaciones bajas o muy bajas entre las variables.

Sí que se obtienen correlaciones entre la Autoaceptación (Au) y la Satisfacción vital (Sv) de un ($r=0,811$); entre Equilibrio emocional (Ee) y Satisfacción Vital (Sv)de ($r=0,532$) y entre Culpa (Cul) con Autonomía (Aut) de ($r=-0,539$).

También se observan correlaciones significativas de ($r= 0,467$) entre la Autoaceptación (Au) y la Presencia (Pre) y entre la Autoaceptación (Au) y la Intensidad de ($r=0,473$), entre Extraversión (Ex) y Autonomía (Aut) de ($r= -0,412$), entre Equilibrio emocional (Ee) y Autonomía (Aut) de ($r= 0,486$),

Las correlaciones entre Amabilidad (Am) y Satisfacción Vital (Sv) son de ($r=0,410$), entre Desgaste (Des) y Culpa (Cul) son de ($r=0,428$).

Entre Autonomía (Au) y Culpa la correlación es de ($r=-0,539$), entre Autonomía (Au) y Presencia es de ($r=0,509$) y, entre Autonomía (Au) e Intensidad (Int) es de ($r=0,428$). (véase la Tabla 16).

Tabla 16. Correlaciones en ambas muestras entre factores de personalidad, organizacionales, *mobbing* y burnout

	DS	AQ	EX	EE	CO	AG	AM	IL	DE	IN	CU	AU	RI	AUT	SAT	PR	INT	AC
DS	1																	
AQ		1																
EX			1															
EE	-,302 [*]	,467 ^{**}	,410 ^{**}	1														
CO	-,265 [*]	,422 ^{**}		,568 ^{**}	1													
AG	-,370 ^{**}	-,348 [*]	,401 ^{**}	,762 ^{**}	,449 [*]	1												
AM							1											
ILU					,340 ^{**}			1										
DES				-,263 [*]		,266 [*]		,573 ^{**}	1									
IN								,407 ^{**}	,396 ^{**}	1								
CP				-,307 [*]					,428 ^{**}	,374 ^{**}	1							
AU					,279 [*]	,293 [*]		,386 ^{**}				1						
RI					,486 ^{**}	,398 ^{**}	,324 [*]		,403 ^{**}		,539 ^{**}		1					
RI				,341 ^{**}	-,294 [*]				,275 [*]			,424 ^{**}	1					
AUT		,317 [*]			-,264 [*]				,383 ^{**}		,331 ^{**}	,329 ^{**}	,798 ^{**}	1				
SA		,345 ^{**}			,599 ^{**}	,532 ^{**}	,410 ^{**}	,280 [*]			,330 ^{**}	,811 ^{**}	,382 ^{**}	,299 [*]	1			
PR									,345 ^{**}	,271 [*]	,509 ^{**}		,345 ^{**}	,467 ^{**}		1		
INT									,399 ^{**}	,276 [*]	,428 ^{**}		,360 ^{**}	,473 ^{**}		,921 ^{**}	1	
AC										,330 ^{**}			,292 [*]	,373 ^{**}	,283 [*]	,275 ^{**}	,254 [*]	1
AC		,342 ^{**}																

Ds: Deseabilidad; AQ: Aquiescencia; Ex: Extraversión; EE: Equilibrio Emocional; CO: Responsabilidad; AG: Amabilidad; AM: Apertura a la Experiencia; ILU: Ilusión; DES: Desgaste; IN: Indolencia; CP: Culpa; AU: Autoaceptación; RI: Relaciones Interpersonales; AUT: Autonomía; SA: Satisfacción Vital; Pr: Presencia; INT: Intensidad; y AC: Acoso ** Correlación significativa al 0,01 * Correlación significativa al 0,05

3.2. Fase 2.

3.2.1. Características de las muestras

Edad: Los profesionales evaluados para ésta investigación tienen una *media de edad* de 41,49 años con una desviación estándar (D.S) de 11,28. Sus edades están distribuidas desde los 21 hasta los 63 años. Por su parte, la muestra de estudiantes evaluada tiene una media de edad de 21,9 años (D.S.= 6,9) Sus edades están distribuidas en un intervalo comprendido entre los 18 y los 48 años.

Género: La muestra de profesionales está compuesta por un 82,9% de mujeres y un 17,1% de hombres. El porcentaje de hombres es inferior en la muestra de estudiantes: 18,2% frente al 81,8% de mujeres. Resultados similares a los obtenidos en la Fase I y la literatura científica. (Figura 23).

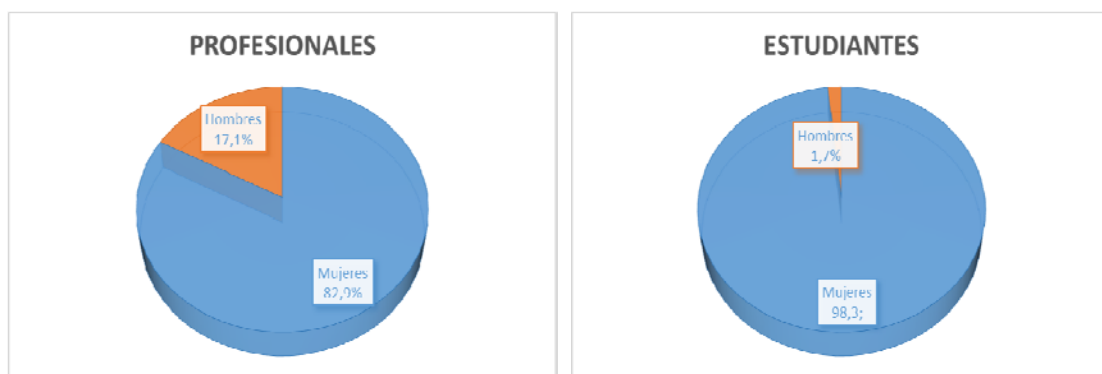


Figura 23. Profesionales y estudiantes por género Fase II

Estado civil: Un 35,4% de los profesionales están solteros frente a un 56,1% que están casados o viven en pareja, un 7,4% están separados o divorciados. El 75% de la muestra de estudiantes están solteros, el 20,4% casados o viven en pareja, y el 4,5% separados o divorciados. (Figura 24).

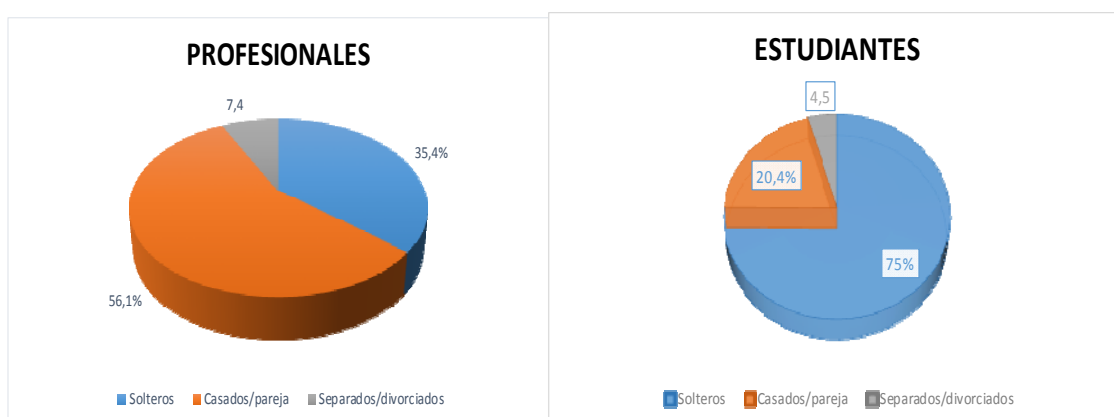


Figura 24. Profesionales y estudiantes por estado civil

Responsabilidades familiares: De los profesionales, un 87,8% no tiene personas a su cargo, el 8,5% tiene una y el 3,7% dos. Un 50% no tiene hijos, el 35,4% tiene dos, el 12,2% tiene uno, y el 2,4% tiene tres hijos. En los estudiantes de enfermería el 88,6% no tiene hijos y el 97,7% no tiene personas a su cargo. El 6,8% tiene un hijo, y el 4,5% tiene dos. El 2,3% de los estudiantes tiene una única persona al cargo diferente de los hijos. (Tabla 17).

Formación: El 100% de los profesionales de nuestra muestra posee estudios de diplomatura o grado en Enfermería. Un 59,1% de los estudiantes provienen de bachillerato, el 38,6% de un grado o licenciatura anterior, y el 2,3% restante de Formación Profesional u otros.

Tabla 17. Características demográficas grupo de profesionales y estudiantes Fase II

		DUE's (n=82)	Estudiantes (n=44)
Hijos	No hijos	50 %	88,6 %
	1 hijo	12,2 %	6,8 %
	2 hijos	35,4 %	4,5 %
	3 hijos	2,4 %	0 %
Familiares a cargo	Ninguno	87,8 %	97,7 %
	Uno	8,5 %	2,3 %
	Dos	3,7 %	0 %

Años de trabajo en el centro hospitalario: El promedio de años trabajados en el centro actual es de 10,65 años. El 10,17% lleva menos de un año en el centro hospitalario, el 20,36% de 1 a 5 años, el 15,25% de 6 a 10 años, el 25,42% de 11 a 20 años, el 18,65% de 21 a 30 años y el 10,17% de 31 a 40 años.

Tipo de contrato: El 57,3% de los profesionales informan tener un contrato fijo, el 23,2% de Interinidad, un 17,1% a tiempo parcial y un 2,4% como suplente. (Figura 25).

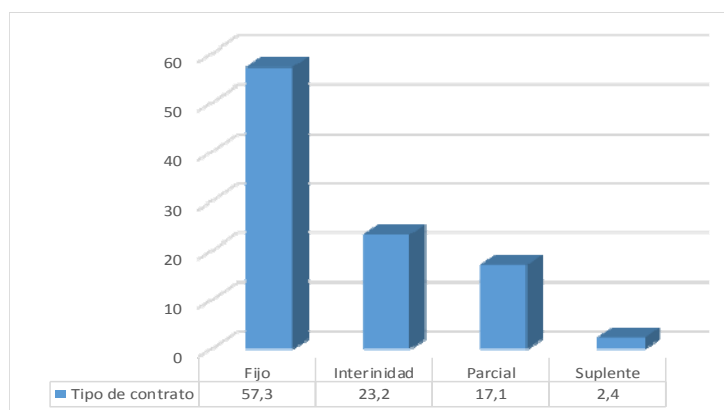


Figura 25. Tipo de contrato

Grupo profesional: El 9,8% de los participantes ostentan cargos de responsabilidad frente al 90,2% que prestan sus servicios exclusivamente como DUE's en los diferentes servicios.

Distribución por servicios: Urgencias 18,3%, Medicina Nuclear, Radiodiagnóstico y Diagnóstico por la Imagen 4,9%, Pediatría 4,9%, Ginecología 1,2%, Banco de Sangre 1,2%, Medicina Interna 9,8%, Cardiología 3,7%, Hematología/Oncología 9,8%, Hospitalización 3,6%, Prevención de riesgos laborales 4,9%, Hospital de Día 2,4 %, Medicina Intensiva (UCI)/Intermedios 12,2%, Digestología 1,2%, Quirófano 6,1%, Salud Mental 6,1%, Rehabilitación 1,2% y Retén 8,5%. (Figura 26).

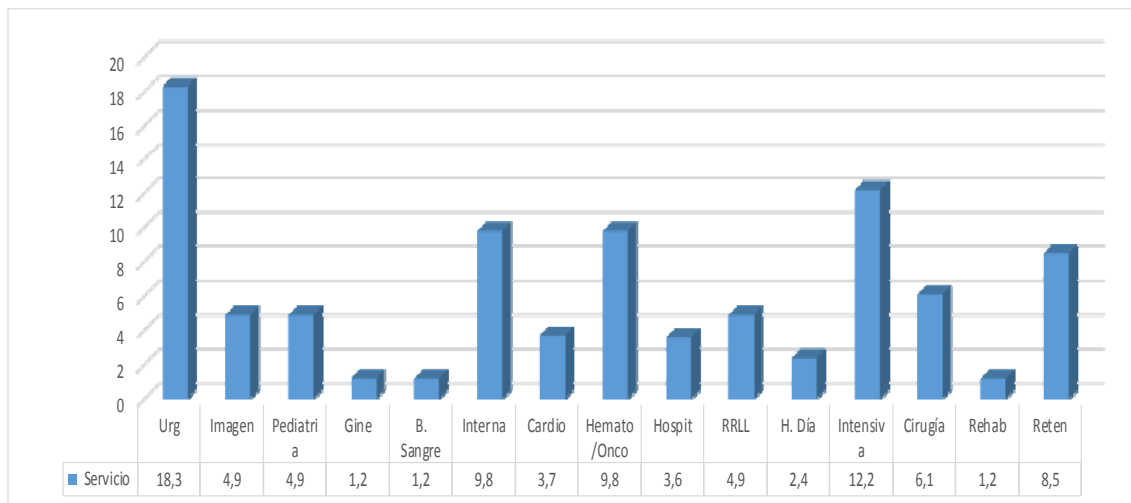


Figura 26. Distribución por servicios

Turnos de trabajo: Mañana 41,3%, Tarde 12,5%, Noche 1,3%, Rotatorio 42,5% y otros 2,5%. (Figura 27).

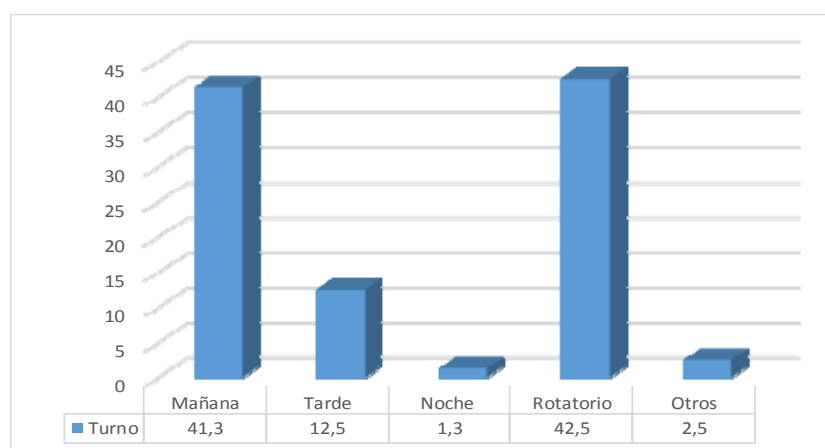


Figura 27. Turnos de trabajo

Conocimiento y valoración de los protocolos de actuación ante situaciones de estrés, burnout o violencia: El 54,9% afirma conocer de su existencia mientras que el 45,1% afirma no tener constancia de los mismos. De los que afirman conocerlos el 50% les da una valoración de notable (7-8), un 33,3% los da por suficientes (5-6) y un 16,8% los considera insuficientes (1-4). (Figura 28).

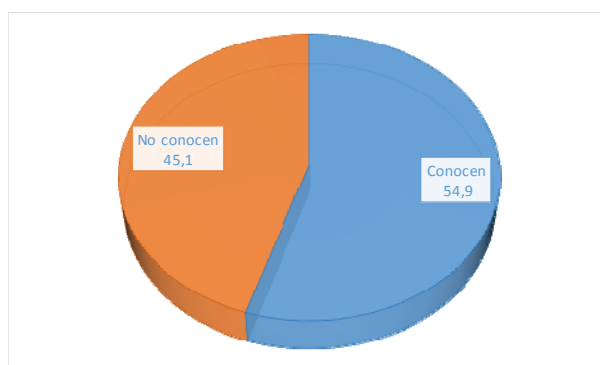


Figura 28. Conocimientos sobre protocolos

Valoración de la existencia de personal suficiente: El 40,5% considera que sí hay DUE's suficientes para desarrollar las tareas propias del servicio, y el 59,5% considera que no. Al igual que se señalara en la Fase I, el número de personal depende de cada servicio. (Figura 29).

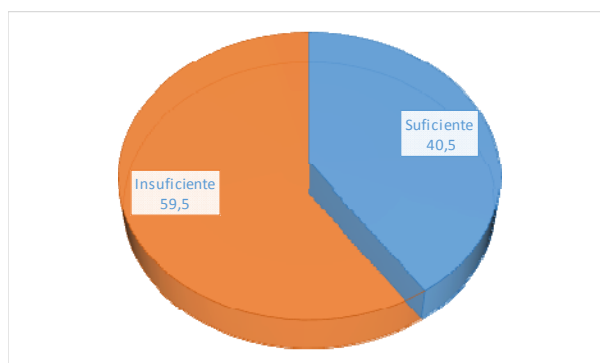


Figura 29. Valoración existencia personal suficiente

El 51,2% de los profesionales respondieron sí a si habían sufrido violencia en su lugar de trabajo. De estos el 82,9% eran mujeres y el 17,1% hombres. (Figura 30).

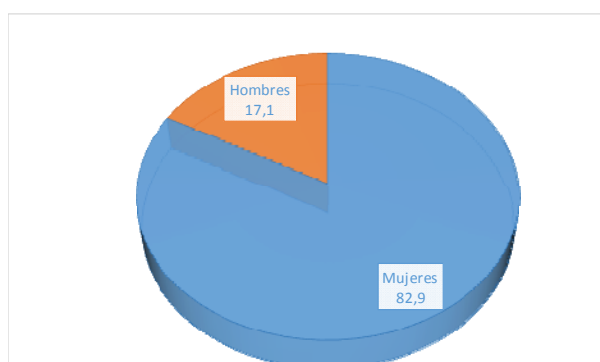


Figura 30. Violencia por género

3.2.2. Comparación de las puntuaciones obtenidas en variables individuales en ambas muestras

En la prueba de personalidad *OPERAS* los profesionales obtienen mayores puntuaciones significativas en Deseabilidad social (DS), Estabilidad emocional (EE), Responsabilidad (RP) y Afabilidad (AF). Esto es, están más preocupados por la imagen que se tiene de ellos, son calmados y poco propensos a sentir emociones negativas (ansiedad, inseguridad, tristeza y miedo). Amables, consideran los sentimientos y los derechos ajenos. En el resto de factores no se observan diferencias significativas entre ambas muestras. (Tabla 18)

Observamos dos diferencias significativas de puntuaciones en la prueba *TMMS-24*: Claridad (Cl) y Reparación emocional (Re), ambas más elevadas en profesionales que en estudiantes. Esto es, los profesionales tendrían mayor facilidad para identificar sentimientos propios y ajenos y en cuanto la gestión de las emociones. En la Fase I únicamente se encontraban diferencias en este segundo factor. (Tabla 18)

Se observan diferencias significativas en prácticamente la totalidad de parámetros de bienestar emocional medidos por la prueba *EBP*. Los *estudiantes* obtienen mayores puntuaciones en todos los factores medidos por la prueba a excepción de Autoaceptación (AA) y Crecimiento personal (CP). Esto es, son proactivos, aprovechan y buscan oportunidades en el entorno, se marcan metas y objetivos vitales por los que luchan, tienen sus propios criterios y convicciones, cuentan con apoyos sociales estables y mantienen su independencia y autoridad personal. Por su parte los *profesionales* presentan un funcionamiento psicológico positivo, se sienten bien con ellos mismos a pesar de ser conscientes de sus propias limitaciones, y muestran empeño por seguir creciendo como personas, desarrollar sus potencialidades y llevar al máximo sus capacidades. (Tabla 18)

Tabla 18. Resultados en las pruebas sobre aspectos individuales

		DUE's (n=82)	Estudiantes (n=44)	Sig.
OPERAS	Deseabilidad (DS)	56,24 (8,8)	52,79 (7,6)	.024
	Aquiescencia (AQ)	49,64 (9,5)	46,22 (16,5)	.143
	Extraversión (EXT)	46,67 (9,2)	48,65 (9,7)	.268
	Estabilidad emocional (EE)	49,98 (8,2)	44,00 (9,9)	.001
	Responsabilidad (RP)	50,67 (8,1)	46,68 (9,8)	.024
	Afabilidad (AF)	50,91 (8,9)	45,09 (10,6)	.003
	Apertura Experiencia (AM)	52,45 (8,1)	49,86 (9,7)	.137
TMMS	Atención (At)	25,56 (6,35)	27,52 (4,7)	.075
	Claridad (Cl)	27,93 (6,2)	24,45 (5,7)	.002
	Reparación (Rp)	29,79 (5,5)	28,72 (4,2)	.024
EBP	Autoaceptación (AA)	4,72 (0,7)	4,41 (0,6)	.030
	Rel. Interpersonales positivas (RL)	2,71 (1,3)	4,04 (1,0)	<.0001
	Autonomía (AT)	1,8 (1,1)	3,15 (0,4)	<.0001
	Dominio del entorno (DE)	3,2 (0,9)	3,9 (0,6)	<.0001
	Propósito en la vida (PV)	3,9 (0,9)	4,36 (0,9)	.025
	Crecimiento personal (CP)	4,79 (0,8)	4,3 (0,9)	.010

1. Prueba de Levene para la igualdad de varianzas
2. Prueba de muestras independientes, T de Student Nivel de significación ,05

3.2.3. Comparación de las puntuaciones obtenidas en variables contextuales en ambas muestras

En la prueba *ECPT-16* ambas muestras obtienen puntuaciones similares en cuanto a percepción de aspectos relativos al contenido del trabajo (CT) y al funcionamiento estructural de la organización. Los profesionales puntúan de forma más elevada y significativa en el parámetro que valora la satisfacción e integración dentro del grupo de trabajo, con compañeros y superiores (RP). (Tabla 19)

Los resultados en el *CESQT* identifican diferencias significativas en Ilusión (IL) y Culpa (C), ambas superiores en estudiantes. Esto es, los estudiantes mostrarían mayor deseo de alcanzar metas laborales, así como mayor tendencia a sentirse responsables de sus actitudes y comportamientos en el trabajo. (Tabla 19)

Tabla 19. Resultados en las pruebas sobre aspectos organizacionales y burnout

		DUE's (n=82)	Estudiantes (n=44)	Sig.
ECPT-16	Autonomía (CT)	52,97 (7,2)	52,04 (5,9)	.440
	Relación (RP)	53,74 (6,5)	45,34 (7,7)	<.0001
	Organización (DR)	48,76 (7,9)	46,45 (7,6)	.115
CESQT	Ilusión (IL)	2,99 (0,7)	3,27 (0,5)	.018
	Desgaste (DP)	1,73 (0,9)	1,96 (0,8)	.174
	Indolencia (IN)	1,06 (0,7)	0,89 (0,6)	.172
	Culpa (C)	0,81 (0,6)	1,07 (0,8)	.049
	Total (CESQT)	1,22 (0,6)	1,12 (0,4)	.355

1. Prueba de Levene para la igualdad de varianzas
2. Prueba de muestras independientes, T de Student Nivel de significación ,05

Por género en el *OPERAS* encontramos diferencias significativas únicamente en Responsabilidad (PR) y Deseabilidad (DS) parámetros donde las mujeres obtienen puntuaciones más elevadas. Esto es, se mostrarían más preocupadas por proporcionar una imagen social adecuada y tendrían una mayor tendencia a responder a sus obligaciones de una forma planificada y responsable. (Tabla 20).

En cuanto a inteligencia emocional medida con el *TMMS-24* las mujeres parecen tener una mayor facilidad para la identificación de emociones propias y ajenas (At). (Tabla 20).

En bienestar emocional, *EBP*, las mujeres puntúan significativamente más alto en crecimiento personal (CP) que los hombres lo que pondría de manifiesto una preferencia por evolucionar y a ir aprendiendo de las experiencias mayor en éstas. (Tabla 20)

Tabla 20. Resultados en las pruebas sobre aspectos individuales por género

		Mujeres (n=104)	Hombres (n=22)	Sig.
OPERAS	Deseabilidad (DS)	56,00 (8,4)	50,45 (7,5)	.004
	Aquiescencia (AQ)	49,02 (12,4)	45,72 (12,4)	.268
	Extraversión (EXT)	47,18 (9,3)	48,22 (9,7)	.648
	Estabilidad emocional (EE)	48,05 (9,2)	47,13 (9,6)	.685
	Responsabilidad (RP)	50,13 (8,7)	45,22 (9,0)	.027
	Afabilidad (AF)	48,94 (9,6)	48,59 (11,1)	.892
	Apertura Experiencia (AE)	51,75 (8,5)	49,86 (9,7)	.603
TMMS	Atención (At)	26,46 (5,8)	25,22 (6,1)	.039
	Claridad (CI)	27,18 (6,0)	24,54 (6,7)	.100
	Reparación (Re)	29,33 (5,0)	50,54 (10,0)	.451
EBP	Autoaceptación (AA)	4,64 (0,7)	4,50 (0,7)	.451
	Rel. Interpersonales positivas (RL)	3,13 (1,3)	3,40 (1,6)	.461
	Autonomía (AT)	2,29 (1,1)	2,56 (1,1)	.331
	Dominio del entorno (DE)	3,48 (0,9)	3,63 (1,0)	.536
	Propósito en la vida (PV)	4,16 (0,9)	3,79 (0,9)	.118
	Crecimiento personal (CP)	4,72 (0,8)	4,21 (0,9)	.033

1. Prueba de Levene para la igualdad de varianzas
 2. Prueba de muestras independientes, T de Student Nivel de significación ,05

No se observan diferencias significativas relativas al género (hombre/mujer) en las puntuaciones relativas a aspectos organizacionales y burnout medidas por la prueba *ECPT-16* y *CESQT*. (Tabla 21)

Tabla 21. Resultados en las pruebas sobre aspectos organizacionales y burnout por género

		Mujeres (n=104)	Hombres (n=22)	Sig.
ECPT-16	Autonomía (CT)	52,81 (7,1)	51,86 (4,8)	.448
	Relación (RP)	51,34 (7,5)	48,27 (9,9)	.181
	Organización (DR)	48,30 (8,0)	46,31 (7,0)	.249
CESQT	Ilusión (II)	3,10 (0,7)	3,01 (0,5)	.499
	Desgaste (DP)	1,88 (0,9)	1,51 (0,7)	.094
	Indolencia (IN)	0,98 (0,6)	1,10 (0,7)	.471
	Culpa (C)	0,88 (0,7)	1,00 (0,6)	.489
	Total (CESQT)	1,19 (0,5)	1,17 (0,4)	.852

1. Prueba de Levene para la igualdad de varianzas
 2. Prueba de muestras independientes, T de Student Nivel de significación ,05

3.2.4. Resultados de las correlaciones entre las variables de la Fase II

En esta fase del análisis se relacionaron estadísticamente los resultados de las encuestas de clima laboral, síndrome del quemado en el trabajo, inteligencia emocional y personalidad.

Del análisis de las correlaciones observamos que entre Clima laboral e Inteligencia Emocional aparecen relacionados los factores Relaciones interpersonales (REL) y claridad (CL) ($r=0,447$).

Por lo que respecta a Bienestar Psicológico esta relación es similar en las dimensiones Relaciones interpersonales (REL) con Autoaceptación (AUTO) en ($r=0,483$) y entre Relaciones interpersonales (REL) y Propósito de vida en un ($r=0,469$).

Por lo que respecta a la relación con las variables de personalidad se observa la misma relación entre Relaciones interpersonales (REL) y Estabilidad emocional (Ee) en ($r=0,480$), entre Relaciones interpersonales (REL) y Responsabilidad (RP) ($r=0,439$) y entre Relaciones interpersonales (REL) y Afabilidad con($r=0,462$). (Tabla 22)

Tabla 22. Clima laboral: relación con Inteligencia emocional, Bienestar Psicológico y Personalidad

	AUTO	REL	ORG	ATT	CL	REP	AUA	RPP	AUT	DOM	CRE	PRV	DS	AQ	EXT	EE	RP	AF	AM
AUTO	1																		
REL	,378**	1																	
ORG	-,233**		1																
ATT				1															
CL		,447**		,197*	1														
REP	,325**	,289**	-,178*		,394**	1													
AUA	,189*	,483**			,495**	,350**	1												
RPP			-,210*	,191*	,181*		,192*	1											
AUT								,843**	1										
DOM			-,192*	,205*	,262**	,196*	,397**	,745**	,778**	1									
CRE		,208*		,346**	,353**	,240**	,427**	,625**	,599**	,698**	1								
PRV	,224*	,469**		,225*	,564**	,332**	,789**			,361**	,484**	1							
DS		,209*			,208*		,216*					,289**	1						
AQ		,230**												1					
EXT		,220*				,196*	,195*	,504**	,293**	,337**	,310**				1				
EE	,188*	,480**			,466**	,417**	,547**	,184*		,294**	,342**	,529**		,252**	,288**	1			
RP	,193*	,439**			,416**	,275**	,456**			,243**	,387**	,613**		,232**		,564**	1		
AF	,213*	,462**			,180*	,187*	,328**					,281**		,257**	,270**	,569**	,290**	1	
AM		,323**		,222*	,396**	,211*	,270**			,185*	,317**	,310**				,328**	,405**		1

AUTO: Autonomía; **REL:** Relaciones; **ORG:** Organización; **ATT:** Atención; **CL:** Claridad; **REP:** Reparación; **AUA:** Autoaceptación; **RPP:** Relaciones interpersonales; **AUT:** Autonomía; **DOM:** Dominio del entorno; **CRE:** Crecimiento personal; **PRV:** Propósito en la vida; **DS:** Deseabilidad; **AQ:** Aquiescencia; **EXT:** Extraversión; **EE:** Equilibrio emocional; **RP:** Responsabilidad; **AF:** Afabilidad; **AM:** Apertura a la experiencia

En cuanto a la relación entre el Síndrome de estar quemado (SQT) y el Clima laboral, se observa una cierta relación lineal directa entre el Índice general de Burnout y Organización ($r=0,402$).

No existe relación lineal entre el Índice general de Burnout (SQT) y las variables de Inteligencia emocional y Personalidad.

Se observa una correlación positiva entre el Índice general de Burnout (SQT) y la variable Desgaste (DES) de ($r=0,739$), entre Índice general de Burnout (SQT) e Indolencia (INDO) de ($r=0,817$). Hay correlaciones negativas significativas entre Índice general de Burnout (SQT) e Ilusión por el trabajo (ILU) ($r=-0,717$).

Además, las correlaciones entre Culpa (CULP) e Indolencia (INDO) es de ($r=0,468$) y entre Culpa (CULP) y el Índice general de Burnout (SQT) es de ($r=0,405$). Entre Ilusión por el trabajo (ILU) e Indolencia (INDO) la correlación es de ($r=-0,414$). (Tabla 23)

Tabla 23. Síndrome de estar quemado (SQT): relación con Clima laboral, Inteligencia emocional y Personalidad

	AUTO	REL	ORG	ILU	DES	INDO	CULP	SQT	ATT	CL	REP	DS	AQ	EXT	EE	RP	AF	AM
AUTO	1																	
REL	,378**	1																
ORG	-,233**		1															
ILU	,319**	,235**	-,280**	1														
DES	-,194 [†]	-,193 [†]	,283**	-,287**	1													
INDO	-,213 [†]	-,082	,347**	-,414**	,389**	1												
CULP		-,190 [†]			,250**	,468**	1											
SQT	-,312**	-,216 [†]	,402**	-,717**	,739**	,817**	,405**	1										
ATT				,345**	,199 [†]				1									
CL		,447**		,250**	-,177 [†]		-,314**	-,199 [†]	,197 [†]	1								
REP	,325**	,289**	-,178	,240**		,279**		-,298		,394**	1							
DS		,209 [†]								,208 [†]		1						
AQ		,230**		,208 [†]									1					
EXT		,220 [†]					-,186 [†]	-,178 [†]			,196 [†]			1				
EE	,188 [†]	,480**		,222 [†]	-,275**	-,259**	-,336**	-,332**		,466**	,417**		,252**	,288**	1			
RP	,193 [†]	,439**		,378**		-,220 [†]	-,284**	-,307**		,416**	,275**		,232**		,564**	1		
AF	,213 [†]	,462**		,204 [†]	-,224 [†]	-,286**	-,210 [†]	-,317**		,180 [†]	,187 [†]		,257**	,270**	,569**	,290**	1	
AM		,323**		,177 [†]					,222 [†]	,396**	,211 [†]				,328**	,405**		1

AUTO: Autonomía; **REL:** Relaciones; **ORG:** Organización; **ILU:** Ilusión por el trabajo; **DES:** Desgaste; **INDO:** Indolencia; **CULP:** Culpa; **SQT:** Índice general de Burnout; **ATT:** Atención; **CL:** Claridad; **REP:** Reparación; **DS:** Deseabilidad; **AQ:** Aquiescencia; **EXT:** Extraversión; **EE:** Equilibrio emocional; **RP:** Responsabilidad; **AF:** Afabilidad; **AM:** Apertura a la experiencia

Cuando se cruzan las variables que componen el Bienestar psicológico con las puntuaciones del SQT (Tabla 25) observamos que existen correlaciones entre los factores Ilusión por el trabajo (ILU) y el Crecimiento personal de ($r=0,426$), entre Ilusión por el trabajo (ILU) y Propósito en la vida (PRV) de ($r=0,441$).

Existe también correlaciones significativas negativas entre la Autoaceptación (AUTO) y la Culpa (CULP) ($r=-0,452$), y el Índice general de Burnout ($r=0,443$), y entre el Propósito en la vida (PRV) y la Culpa (CULP) ($r=-0,436$), y entre Propósito en la vida (PRV) y el Índice general de Burnout (SQT) de ($r=-0,448$).

Respecto a la relación entre el Bienestar psicológico y la Inteligencia emocional, existe cierta relación lineal directa entre Claridad (CA) y Autoaceptación (AUTO) ($r=0,495$), y Propósito en la vida (PRV) ($r=0,564$). (ver Tabla 25)

Del análisis de las correlaciones existentes entre las variables que componen la dimensión Bienestar psicológico, se desprende que es positiva entre las variables Relaciones interpersonales positivas (RPP) y la Autonomía (AUT) de ($r=0,843$) y entre Relaciones interpersonales positivas (RPP) y el Dominio del entorno (DOM) de ($r=0,745$).

Entre la Autonomía (AUT) y el Dominio del entorno (DOM) la correlación es de ($r=0,778$), mientras que entre la Autoaceptación (AUA) y el Propósito en la vida (PRV) es de ($r=0,789$).

Además, existe correlación positiva entre el Crecimiento Personal (CRE) y Autoaceptación (AUA) de ($r=0,427$), entre el Crecimiento Personal (CRE) y Relaciones interpersonales positivas (PPP) de ($r=0,625$), entre el Crecimiento Personal (CRE) y Autonomía (AUTO) de ($r=0,599$) y entre el Crecimiento Personal (CRE) y el Dominio del entorno (DOM) de ($r=0,698$). Entre Propósito en la vida (PRV) y Crecimiento personal (CRE) se da una correlación de ($r=0,484$). (Tabla 24)

Tabla 24 Bienestar Psicológico: relación con Burnout e Inteligencia emocional

	ILU	DES	INDO	CULP	SQT	ATT	CL	REP	AUA	RPP	AUT	DOM	CRE	PRV
ILU	1													
DES	-,287**	1												
INDO	-,414**	,389**	1											
CULP		,250**	,468**	1										
SQT	-,717**	,739**	,817**	,405**	1									
ATT	,345**	,199*				1								
CL	,250**	-,177*		-,314**	-,199*	,197*	1							
REP	,240**		-,279**		-,298**		,394**	1						
AUA	,373**	-,338**	-,308**	-,452**	-,443**		,495**	,350**	1					
RPP	,271**		-,209*		-,251**	,191*	,181*		,192*	1				
AUT	,257**		-,181*		-,227*					,843**	1			
DOM	,365**	-,186*	-,297**		-,369**	,205*	,262**	,196*	,397**	,745**	,778**	1		
CRE	,426**		-,265**	-,210*	-,337**	,346**	,353**	,240**	,427**	,625**	,599**	,698**	1	
PRV	,441**	-,293**	-,305**	-,436**	-,448**	,225*	,564**	,332**	,789**			,361**	,484**	1

ILU: Ilusión por el trabajo; DES: Desgaste; INDO: Indolencia; CULP: Culpa; SQT: Índice general de Burnout; ATT: Atención; CL: Claridad; REP: Reparación; AUA: Autoaceptación; RPP: Relaciones interpersonales; AUT: Autonomía; DOM: Dominio del entorno; CRE: Crecimiento personal; PRV: Propósito en la vida

En cuanto a la relación entre Personalidad e Inteligencia emocional (Tabla 26), la correlación entre Estabilidad emocional (EE) y Claridad (CL) es de ($r=0,466$), entre Estabilidad emocional (EE) y la Reparación (RP) es de ($r=0,417$), y entre la Responsabilidad y la Claridad es de ($r=0,416$).

Las correlaciones entre Personalidad y Bienestar psicológico se dan entre las variables de Extraversión (EX) y Relaciones interpersonales positivas (RP) en un ($r=0,504$); entre Estabilidad emocional (EE) y Autoaceptación (AUTO) ($r=0,547$), entre Estabilidad emocional (EE) y Propósito en la vida en un ($r=0,529$)

Entre Responsabilidad (RE) y Autoaceptación (AUTO) la correlación es de ($r=0,456$) mientras que entre Responsabilidad (RE) y Propósito en la vida es de ($r=0,613$). (ver Tabla 25)

Por último, con respecto a la relación existente entre las diferentes variables que componen la dimensión Personalidad, las correlaciones positivas relacionan Extraversión (EX) y Responsabilidad (RESP) de ($r=0,564$), Extraversión (EX) y Afabilidad (AF) con ($r=0,569$). También correlacionan con ($r=0,405$ la Responsabilidad (RESP) y Apertura a la experiencia (AM).

Tabla 25. Personalidad: relación con Inteligencia emocional y Bienestar Psicológico

	ATT	CL	REP	AUA	RPP	AUT	DOM	CRE	PRV	DS	AQ	EXT	EE	RP	AF	AM
ATT	1															
CL	,197 [*]	1														
REP		,394 ^{**}	1													
AUA		,495 ^{**}	,350 ^{**}	1												
RPP	,191 [*]	,181 [*]		,192 [*]	1											
AUT		,119			,843 ^{**}	1										
DOM	,205 [*]	,262 ^{**}	,196 [*]	,397 ^{**}	,745 ^{**}	,778 ^{**}	1									
CRE	,346 ^{**}	,353 ^{**}	,240 ^{**}	,427 ^{**}	,625 ^{**}	,599 ^{**}	,698 ^{**}	1								
PRV	,225 [*]	,564 ^{**}	,332 ^{**}	,789 ^{**}			,361 ^{**}	,484 ^{**}	1							
DS		,208 [*]		,216 [*]					,289 ^{**}	1						
AQ											1					
EXT			,196 [*]	,195 [*]	,504 ^{**}	,293 ^{**}	,337 ^{**}	,310 ^{**}				1				
EE		,466 ^{**}	,417 ^{**}	,547 ^{**}	,184 [*]		,294 ^{**}	,342 ^{**}	,529 ^{**}		,252 ^{**}	,288 ^{**}	1			
RP		,416 ^{**}	,275 ^{**}	,456 ^{**}			,243 ^{**}	,387 ^{**}	,613 ^{**}		,232 ^{**}		,564 ^{**}	1		
AF		,180 [*]	,187 [*]	,328 ^{**}					,281 ^{**}		,257 ^{**}	,270 ^{**}	,569 ^{**}	,290 ^{**}	1	
AM	,222 [*]	,396 ^{**}	,211 [*]	,270 ^{**}			,185 [*]	,317 ^{**}	,310 ^{**}				,328 ^{**}	,405 ^{**}		1

ATT: Atención; **CL:** Claridad; **REP:** Reparación; **AUA:** Autoaceptación; **RPP:** Relaciones interpersonales; **AUT:** Autonomía; **DOM:** Dominio del entorno; **CRE:** Crecimiento personal; **PRV:** Propósito en la vida; **DS:** Deseabilidad; **AQ:** AQUIESCENCIA; **EXT:** Extraversión; **EE:** Equilibrio emocional; **RP:** Responsabilidad; **AF:** Afabilidad; **AM:** Apertura a la experiencia

A modo de resumen, en la siguiente tabla aparecen los acrónimos y descripción de los diferentes factores medidos por las pruebas agrupados por colores (Tabla 26). En orden OPERAS, TMMS-24, EBP, ECPT y CESQT.

Tabla 26. Acrónimos y descripción de los factores evaluados

DS	Deseabilidad	ATT	Atención	DOM	Dominio del entorno	CULP	Culpabilidad
AQ	AQUIESCENCIA	CL	Claridad	CRE	Crecimiento personal	SQT	Total
EXT	Extraversión	REP	Reparación	PRV	Propósito en la vida	AUTO	Autonomía
EE	Equilibrio emocional	AUA	Autoaceptación	ILU	Ilusión	REL	Relaciones
RP	Responsabilidad	RPP	Relaciones interpersonales	DES	Desgaste	ORG	Organización
AF	Afabilidad	AUT	Autonomía	INDO	Indolencia		
AM	Apertura a la experiencia						

3.3. Entrevista semiestructurada a Profesionales de Enfermería del Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona

Con el objetivo de obtener información de carácter más cualitativo y contrastar la viabilidad de nuestra propuesta, se realizaron dos entrevistas semiestructuradas que, tal como se describen en la metodología, nos permitieron obtener la visión de personas de amplia trayectoria dentro del centro hospitalario: por tiempo de vinculación laboral, paso por diferentes servicios y el ejercicio de funciones de responsabilidad como cargo de confianza o como tutores de alumnos de enfermería.

Motivación para la elección de los estudios.

- En ambos no fue vocacional sino más bien accidental. A pesar de ello valoran de manera positiva la estabilidad, empleabilidad y versatilidad que les facilita el ser enfermero/a y descartan pensar o haber pensado en abandonar su profesión o conocer a compañeros/as que lo hayan pensado o hecho.
- Señalan la satisfacción personal del trabajo bien hecho, desde la perspectiva de ayuda a los demás y la capacitación técnica. Valoran de forma muy positiva el trato con los demás.

A nivel de gestión/organizacional

- Lamentan la falta de recursos materiales y humanos, la carga de trabajo y la presión asistencial.
- Conocen de la formación proporcionada por el centro hospitalario pero entienden que ésta debería llevarse a cabo dentro del horario laboral y no fuera, de manera que pudieran compatibilizar mejor su vida laboral y personal.
- Las políticas de promoción y desarrollo no parecen ser claras o al menos conocidas por todos, aspecto que, junto al hecho de tratarse de un ente público puede limitar la trayectoria profesional dentro del centro hospitalario.
- Valoran como mejorable la relación con los facultativos médicos, señalando que en ocasiones no muestran respeto por sus funciones o su trabajo.

A nivel de formación/preparación

- Reconocen la falta de preparación técnica y emocional tras finalizar los estudios y entienden que el aprendizaje de ambos aspectos depende mayoritariamente del deseo y voluntad del profesional y no tanto de que se les facilite desde la organización.
- La tutorización de estudiantes de enfermería, es voluntaria, y no se recibe formación alguna relativa a cómo hacerlo. Destacan que existen muchas diferencias entre quienes realizan estas funciones a nivel de atención y técnica, condicionando la satisfacción y aprendizaje de los estudiantes.
- Consideran que sería interesante poder generar espacios de intercambio de experiencias entre los diferentes profesionales a modo de aprendizaje de capacidades técnicas y emocionales.

Capítulo 4

Conclusiones, discusión y limitaciones

4.1. Conclusiones y discusión

Hasta el momento los estudios sobre la realidad del contexto sanitario, específicamente en enfermería, se han limitado a servicios concretos (psiquiátricos, geriátricos o servicios de urgencias), al uso de cuestionarios autoinformados o registros y se han llevado a cabo desde una perspectiva reactiva y no proactiva. Es decir, como respuesta a un problema y no a modo profiláctico. Existen además pocos estudios que traten de relacionar características personales y competencias entre profesionales y estudiantes de enfermería y estudiantes de esa misma disciplina.

En nuestro estudio comparamos características de estudiantes de enfermería y profesionales para tratar de delimitar la existencia de un perfil concreto que garantice o comprometa el desempeño profesional posterior. Por otra parte, identificando las herramientas de autogestión, características personales y organizacionales en relación a la realidad laboral de quienes ya están prestando sus servicios como enfermeros/as, y evaluando la presencia/ausencia y características de fenómenos disfuncionales como el burnout, el *mobbing* o la violencia, podemos plantear programas específicos de intervención primaria, secundaria y terciaria.

Identificamos qué diferencia a los estudiantes de enfermería de los que ya están trabajando en esta disciplina, cómo son y cómo se enfrentan a las dificultades del día a día. Entendiendo que se trata de un proceso que parte de la motivación para emprender los estudios y que sigue variando y evolucionando durante toda la trayectoria y hasta la práctica profesional.

Basándonos en experiencias previas en el contexto sanitario y las características observadas, proponemos un programa de intervención integral que comprometa a los ámbitos formativo (universidad) y asistencial (centros sanitarios) de manera coordinada tal como reclaman los diversos estudios analizados, con el objetivo de incrementar tanto la calidad de vida laboral como la calidad asistencial de nuestros profesionales de la enfermería.

En ambas fases hemos observado que las muestras son mayoritariamente femeninas, distribución similar a la descrita por la literatura sobre población de Enfermería, calculándose que sería aproximadamente de un 87% del total. La franja de edad abarca de los 18 a los 65 años, la media de edad del grupo de profesionales es prácticamente el doble de la de los estudiantes (41,8 años en la primera fase y 41,5 en la segunda frente a los 21,3 años de los estudiantes en la primera fase y los 21,9 en la segunda). Difieren también en cuanto a responsabilidades familiares y formación, dos variables que condicionarían tanto las necesidades vitales como las pautas de actuación.

Pasemos ahora a valorar el cumplimiento/incumplimiento de las hipótesis planteadas:

Hipótesis 1. Dado que la personalidad se presupone relativamente estable durante toda la vida del sujeto a partir de la adolescencia, es de esperar que los rasgos de personalidad de los estudiantes de enfermería sean similares a los rasgos de personalidad de los profesionales de la misma disciplina.

Los profesionales obtienen mayores puntuaciones significativas en deseabilidad social, estabilidad emocional, responsabilidad y afabilidad. Esto es, están más preocupados por la imagen que se tiene de ellos, son calmados y poco propensos a sentir emociones negativas (ansiedad, inseguridad, tristeza y miedo). Amables, consideran los sentimientos y los derechos ajenos. No se observan diferencias significativas en los factores apertura a la experiencia y extraversión. Los rasgos diferenciales podrían encontrarse mediatizados por el ejercicio de la práctica profesional y las demandas técnicas e interracionales que la conforman.

En contra de lo encontrado en estudios como los de Caprara et al (1994) o los de Cardenal y Fierro (2001) no se observan puntuaciones diferenciales concretas entre rasgos hombres y mujeres, y no aparecen rasgos destacables en la primera fase. En la segunda fase sí se observan diferencias significativas por género en los rasgos responsabilidad y deseabilidad siendo las mujeres quienes obtienen una mayor puntuación. Esto es, se mostrarían más preocupadas por proporcionar una imagen social adecuada y mayor tendencia a responder a sus obligaciones de una forma planificada y responsable.

Hipótesis 2. El efecto de la edad, el aprendizaje y la práctica profesional condiciona y disminuye la impulsividad disfuncional y la agresividad (verbal y/o física). Es por ello que estas puntuaciones serán mayores en estudiantes que en profesionales;

Al comparar los rasgos de impulsividad y agresividad en ambas muestras observamos que, si bien no existen diferencias en cuanto a la planificación y valoración de consecuencias antes de actuar (impulsividad funcional) sí existen en cuanto a actuar de manera poco reflexiva (impulsividad disfuncional) obteniendo los DUE mayores puntuaciones.

Los estudiantes presentarían una mayor tendencia al sentimiento de ira y a responder verbalmente de manera agresiva. Por género, los hombres obtienen mayores puntuaciones en Agresividad Física coincidiendo con estudios como los de Andreu et al (1995), Buss y Perry (1992) o Ramírez et al (2001).

Tal como se recoge en la literatura científica, la edad se constituye en un modulador de la agresividad, disminuyendo a medida que pasa el tiempo. En contra de lo esperado, los profesionales parece que tendrían menos reparos o menos frenos a la hora de actuar de forma poco reflexiva posiblemente por el efecto de la experiencia y un exceso de autoconfianza en sus propias posibilidades.

Hipótesis 3. La exposición a las diferentes situaciones en el contexto sanitario y el incremento de las competencias técnicas y emocionales que de ella se derivan, se traducirá en diferencias entre los dos grupos relativas al manejo de emociones, siendo los profesionales quienes obtendrán mejores resultados.

La gestión de emociones o inteligencia emocional se constituye en un factor protector clave ante los estresores vitales. La muestra de estudiantes parece tener mayor capacidad a la hora de identificar y comprender las emociones propias y ajenas mientras que los profesionales poseen mayor capacidad para la auto y heterogestión de las mismas. Sería conveniente valorar, a partir de un seguimiento específico de la muestra de estudiantes, si ese cambio en los factores tiene su origen en la educación recibida, esto es, si el personal que está ejerciendo no tuvo ese tipo de entrenamiento, o si se trata de un elemento cambiante que se va modelando con el ejercicio diario de la profesión. Por género, las mujeres parecen tener mayor facilidad para la identificación de emociones propias y ajenas. Dado el tamaño de la muestra no aparecen resultados significativos que relacionen esta variable con el factor edad.

Hipótesis 4. El hecho de que la enfermería sea una profesión mayoritariamente vocacional, junto a la idealización del trabajo enfermero, hará que los estudiantes presenten mayor bienestar psicológico que los profesionales, quienes conocen la realidad y presentan un conocimiento más ajustado de las posibilidades reales de sus funciones.

Profesionales y estudiantes muestran malestar emocional a nivel de ansiedad, depresión y dificultades interpersonales en la línea de lo señalado por la ENCT (2007). Tanto la sintomatología como la gravedad de la misma es mayor en los estudiantes, no debiendo olvidar que la prueba se adscribe a las dos semanas previas a su resolución y el hecho de que pueden existir factores ajenos como exámenes o cambios organizacionales que condicionarían los resultados, requiriendo de un mayor estudio. Este extremo no se valoró en la segunda fase por lo que no puede hacerse referencia alguna al respecto.

Las mujeres puntúan significativamente más alto en el factor crecimiento personal (bienestar emocional) que los hombres lo que pondría de manifiesto una preferencia por evolucionar e ir aprendiendo de las experiencias mayor en éstas.

El hecho de que nuestra muestra, al igual que en la realidad profesional, contemos con más mujeres que hombres, hace que esta conclusión quede relativizada.

Hipótesis 5. La presencia de situaciones disfuncionales (burnout y mobbing) será mayor en profesionales que en estudiantes de enfermería puesto que los primeros se encuentran de manera más directa en el contexto organizacional y de servicio.

Acorde a nuestro planteamiento, en la muestra de estudiantes no se observa agotamiento, despersonalización o baja realización personal; por su parte, en la muestra de profesionales únicamente destacaría baja ilusión por el trabajo, indicando que no se valora como algo atractivo o que genere satisfacción personal.

Este último factor puede tener su origen en la situación de descontento e inestabilidad descrita con anterioridad, aspecto éste que se mantiene muy presente durante todo el estudio e importante factor de riesgo psicosocial señalado por autores como Cox y Griffiths (1995), Davenport *et al* (2002) en cuanto que supone trabajo bajo presión y pueden constituirse en lo que Salin (2003) define como Circunstancias desencadenantes por cuanto se está pendiente de cambios organizacionales, la falta de comunicación planteada por Pérez-Bilbao (2001) favorece la aparición de rumores y compromete tanto el clima organizacional como la calidad de vida de los trabajadores y la calidad de los servicios prestados, potenciando situaciones de estrés y de conflicto que pueden generar conductas violentas, tal como recoge Di Martino (2003).

Hipótesis 6. El papel de las características personales y organizacionales será mayor en el bienestar psicológico y la calidad de vida laboral de los profesionales, generando mayores herramientas para la gestión de situaciones disfuncionales (burnout, mobbing y violencia).

El 65,5% de los profesionales informaron haber sufrido violencia en el lugar de trabajo procedente de acompañantes (34,4%), pacientes (14,1%), otro compañero (4,7%) y de origen mixto (9,4%).

Este tipo de violencia fue principalmente verbal o psicológica (51,6%), aunque se informa también de la combinación con violencia física (12,5%).

Coinciden nuestros resultados con los de la EWCS (2005) y con los estudios de Chen et al (2009), Nolan et al (2000), Cooper y Swanson (2002) y Gerberich et al (2004) en que las víctimas son mayoritariamente mujeres (EWCS, 2005) informando de mayores repercusiones de los episodios en cuestión que los hombres, ambos parecen asumir que forma parte de la profesión que ejercen y que las consecuencias no pasan de un período temporal concreto (ese día o el día posterior) (Marshall, 1999; Follingstad y Dehart, 2000). Por edades el perfil cambia, siendo el intervalo de 40 a 59 años donde se informa más de episodios violentos. No contemplamos en nuestro estudio la discriminación o acoso sexual, centrándonos únicamente en conductas violentas de carácter físico, psicológico o mixto.

Tres son los servicios que informan de mayor número de agresiones: Urgencias Medicina Intensiva y Pediatría precisamente los más participativos en esta primera fase del estudio y los que Gascón *et al* (2009) y el NIOSCH señalan como más vulnerables a este tipo de situaciones.

No se observan diferencias significativas relativas al género (hombre/mujer) en los aspectos organizacionales y burnout. Ambas muestras valoran la presencia de violencia y acoso psicológico en el contexto laboral y educativo, respectivamente, siendo la muestra de profesionales quienes la describen como de mayor intensidad.

El respaldo ofrecido por la organización en forma de protocolos adecuados de actuación y de información al respecto, esto es, que el personal tenga conocimiento de qué hacer, dónde acudir y sienta que puede hacerlo, se considera un factor protector ante situaciones como el burnout, el *mobbing* o la violencia en el contexto laboral, tal como plantean Cox y Griffiths (1995). En este caso apenas el 55,6% afirma conocer de la existencia de este tipo de herramientas, siendo la valoración de un 5,63. Así mismo, otro de los factores asociados a estrés y violencia en el trabajo lo constituye la falta de personal que en este caso se valora de manera diferente según el servicio de pertenencia (siendo que las necesidades son diferentes), con todo, el 57,8% considera que es necesario más personal de enfermería para llevar a cabo las tareas propias de atención y cuidado (Cox y Griffiths, 1995)

Las relaciones interpersonales, factor protector, son muy valoradas por la muestra de profesionales, mostrando un ajuste adecuado entre la autonomía propia para la autogestión personal y profesional y la integración y satisfacción en el grupo de pertenencia (Cox y Griffiths, 1995)

No se observan relaciones significativas entre rasgos de personalidad, origen, tipo y repercusiones informadas de la violencia más allá de la agresividad física con la presencia/ausencia de este tipo de conductas.

La tipología de violencia, sus repercusiones y el origen de la misma se relaciona con sintomatología de carácter ansioso, depresivo y de somatización, teniendo un impacto negativo sobre la gestión de emociones propias y ajenas y comprometiendo la valoración de las relaciones interpersonales.

En cuanto a los factores psicosociales, la autonomía presenta una relación negativa con tipo de violencia y relaciones interpersonales. Se observa una relación entre los fenómenos disfuncionales de violencia, burnout y *mobbing* condicionándose de manera recíproca en los diferentes factores valorados en las pruebas administradas.

4.2. Limitaciones

La actual crisis económica y el cambio de gestión a nivel autonómico, traducido en cambios en la dirección del centro hospitalario y en recortes a nivel de material, servicios y de personal condiciona la motivación del personal de enfermería a la hora de realizar estudios de cualquier tipo a pesar de contar con la colaboración de Dirección de Enfermería. Esto se traduce a nivel de participación obteniendo mayoritariamente la de personal que ya ostenta plaza fija (y no debe preocuparse por renovación o no de contratos) o con contrato de interinidad pero una larga trayectoria profesional dentro del centro sanitario, motivados por la posibilidad de diseñar e implementar un plan de mejora.

Enfermería es una profesión todavía muy feminizada por lo que la participación de hombres es muy limitada y condiciona las conclusiones a las que podemos llegar tras medir y relacionar los diferentes factores de estudio.

La media de edad de ambos grupos (profesionales y estudiantes) es muy diferente como también lo es el contexto vital en el que se desarrollan (estado civil y responsabilidades familiares) aspectos que condicionan sus resultados en las pruebas. El hecho además de que en unos tengan experiencia en el contexto sanitario y otros no, hace difícil la generalización de resultados dado que no es lo mismo responder sobre la realidad vivida que sobre las expectativas sobre lo que se espera en el contexto laboral una vez insertado.

A pesar de la disponibilidad inicial del personal de enfermería el elevado número de ítems de las pruebas y el esfuerzo que suponía responderlos, condicionó también la participación. El hecho de facilitar un espacio físico en cada planta y servicio (office de Enfermería) y temporal (cuatro semanas) ha servido de criba dado que han respondido aquellas personas que estaban más motivadas, recogiendo menos protocolos de los entregados.

Mayoritariamente contamos con la colaboración de profesionales con una media aproximada de 18 años en el centro hospitalario, con plaza (contrato fijo) y en menor medida con quienes ostentaban un contrato de interinidad o eventual, siendo estos últimos los que se encuentran principalmente comprometidos de aquí a final de año debido a los recortes anteriormente mencionados.

Se obtuvo también colaboración por parte de enfermeros que ostentan cargos de gestión sin que realizáramos, en este estudio, ninguna comparativa al respecto dado que el grueso de la muestra de profesionales era personal de base. Poder realizar un análisis más exhaustivo y de carácter comparativo entre diferentes centros hospitalarios y ampliarlo a la totalidad de Catalunya nos proporcionaría más información relativa a percepción y acciones de gestión proveniente de aquellos que se realizan ese tipo de funciones.

El tipo de contrato y el tipo de responsabilidad repercute también en el horario de trabajo motivo por el que casi la mitad de nuestra muestra informa trabajar en turno de mañana. Los turnos de trabajo se han relacionado con riesgo de sufrir violencia al igual que con otras patologías y procesos disfuncionales dentro de la organización, aspecto éste que se valorará en fases posteriores de nuestra investigación (Cox y Griffiths, 1995).

La muestra de estudiantes y de profesionales proviene de universidades y centros hospitalarios universitarios públicos por lo que sería conveniente poder ampliar esta investigación a otros centros educativos y hospitalarios de carácter concertado o privado. Es de esperar que, si bien las motivaciones de ayuda a los demás se encuentran en la base de la elección profesional existan diferencias relativas al acceso, la trayectoria y abordaje formativo, así como relativas a un contexto organizacional más restrictivo a nivel, por ejemplo, de recursos a pesar de las similitudes relativas a las tareas.

Capítulo 5

Propuesta de intervención

El presente programa de intervención responde a la revisión teórica y los resultados obtenidos durante la presente investigación, así como a experiencias previas en programas de intervención específica con personal de transporte sanitario (Tous- Pallarés, Bonasa Jiménez *et al* 2012).

Partimos de un planteamiento de carácter proactivo, psicobiográfico y transaccional. Esto es, entendemos que quien se dedica a la enfermería parte de un proceso previo de motivación, expectativas y experiencias vitales que le llevan a la elección de sus estudios, y va evolucionando, al igual que lo hace la realidad que le rodea, desde que los inicia y durante toda su trayectoria profesional. Se trata de un camino en el que va a encontrar tanto obstáculos como impulsores y en la medida en que se le pueda preparar para identificarlos y hacer un acompañamiento efectivo, será más viable que sea positivo y se traduzca en beneficios para la persona, el servicio y la profesión.

Las personas poseen ya un elenco de habilidades y estrategias que han ido acumulando a lo largo de su vida y nuestra función consiste en identificar sus potencialidades, deficiencias y dificultades ya desde el ingreso a los estudios con el fin de potenciar las primeras y tratar de solventar o cubrir las segundas, evitando así futuros problemas de adaptación, relación o emocionales en las diferentes etapas formativas pre y post prácticas.

Como hemos visto a lo largo del presente estudio, hay una serie de competencias técnicas y de habilidades que son fundamentales para la práctica enfermera. Coordinar y complementar las que provienen del marco académico con las de la realidad profesional es fundamental para garantizar el desempeño laboral pero también los aspectos ligados al desarrollo personal, social y profesional.

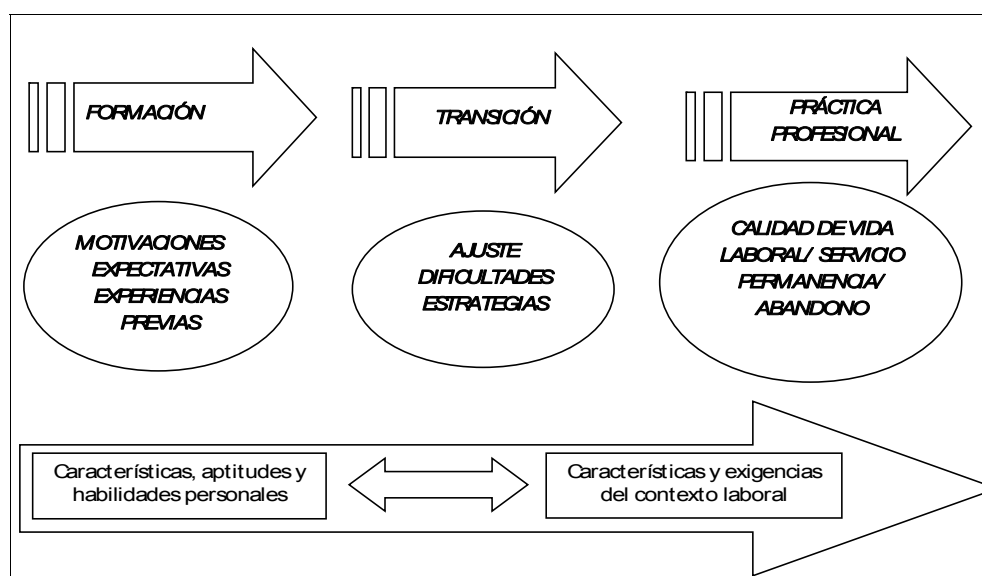


Figura 31. Características y transición práctica enfermera

Encontramos variables contextuales (propias de la organización o circunstanciales) y variables personales (rasgos de personalidad, inteligencia emocional, estrategias de afrontamiento de problemas, etc.). Las primeras son de más difícil modificación, pero pueden valorarse de forma diferente, tal como se ha visto a lo largo del presente trabajo si proporcionamos herramientas específicas.

En función del tipo de dificultad o problema surgen dos posibilidades de afrontamiento: la gestión de la fuente de estrés o el incremento de recursos para enfrentarlo (orientadas al problema) o, ante aquellos estresores perdurables o inmodificables, el cambio de percepción y vivencia mediante la regulación de las emociones negativas (orientadas a la regulación emocional).

Si conocemos cuál es la motivación que lleva a la persona a realizar los estudios de enfermería y cuáles son sus expectativas al respecto, podemos hacer un acompañamiento ajustado a lo largo de su trayectoria académica mediante recursos como el Plan de Acción Tutorial (PAT) de la Universitat Rovira i Virgili (URV).

Si valoramos cuál es el grado de competencia en habilidades de comunicación, sociales, empatía y capacidad de trabajo en equipo, entre otras, podemos facilitar su desarrollo, mediante técnicas formativas específicas acordes a la necesidad de la persona. La percepción de éxito se liga a la consecución del éxito en una suerte de rueda que es necesario potenciar desde el ámbito académico y laboral.

Otros aspectos como la flexibilidad o capacidad para adaptarse a situaciones nuevas son de carácter más estructural pero no por ello son inmutables. Si bien no será posible un cambio sí lo será un entrenamiento para poner en práctica técnicas específicas.

La autogestión emocional y el autoconocimiento son dos variables imprescindibles a tener en cuenta en todas las disciplinas, especialmente en aquellas que tratan con personas en situación de vulnerabilidad. Si saben cómo funcionan o qué es lo que más les puede afectar, dejando de lado la idea generalizada y poco adaptativa de que al ser profesionales la afectación de haberla es mínima, es más fácil que puedan solicitar ayuda o gestionar los problemas en un estadio previo evitando que se enquisten o que sean más graves.

Otro aspecto fundamental es el que se relaciona con la normalización de respuestas emocionales adaptativas como el estrés o la ansiedad. Las personas pueden verse desbordadas en momentos específicos por demandas internas o externas y eso se traduce a nivel cognitivo, conductual y fisiológico. De su identificación y normalización dependerá que se enquisten o se resuelvan.

A pesar de la tan necesaria sensación de control (falso control) es fundamental saber que no somos invulnerables, todos, absolutamente todos, tenemos un punto de ruptura a partir del cual nos desestabilizamos. De cómo lo abordemos y de cuál sea el apoyo social percibido dependerá su resolución.

El Modelo ABC (Costa y López, 2003) nos proporciona una forma muy visual para el análisis y comprensión de nuestra conducta y de la conducta de la persona a la que atendemos. Los autores describen tres aspectos interrelacionados que condicionan el aprendizaje y la respuesta a las diferentes situaciones: Antecedentes (A), Biografía (B) y Consecuencias (C). Los antecedentes hacen relación a aspectos previos y contextuales de la situación. La biografía a características físicas y a cómo la persona piensa, siente y actúa. Las consecuencias son cómo influye la conducta en el contexto y cómo esa influencia se incorpora a las experiencias vitales de la persona condicionando la totalidad de las fases.

Desde la psicología cognitivo conductual se señalan dos condicionantes generales que van a condicionar el desempeño y comportamiento de la persona:

1. *Aspectos individuales*: genéticos, rasgos de personalidad, estrategias de afrontamiento, educación, formación, sistema de valores y experiencia previa
2. *Aspectos ambientales*: características físicas, carga emocional, carga de trabajo, recursos y apoyo social percibido.

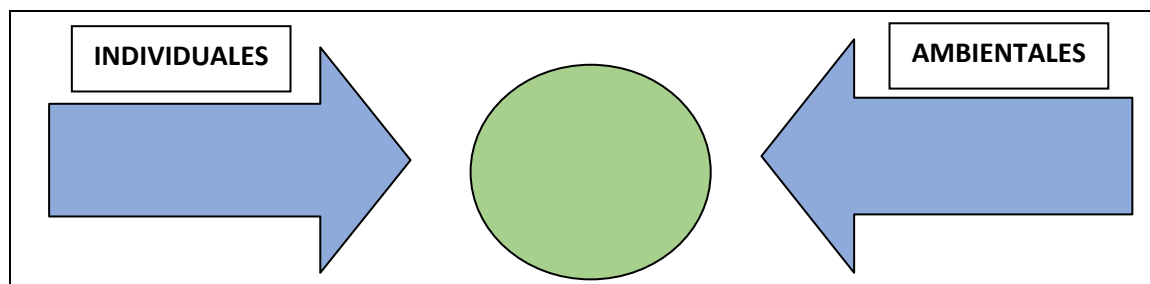


Figura 32. Condicionantes generales

Otros aspectos a tener en consideración son la resiliencia y la personalidad resistente (*hardiness*).

Resiliencia es el proceso por el cual las personas ante la adversidad o los problemas no se quedan con el malestar emocional que les genera, sino que actúan y piensan con el objetivo de adaptarse y seguir adelante con sus vidas. Diversos autores señalan que todos poseemos esa capacidad y que se desarrollará o no si contamos con el apoyo familiar o social necesario.

Observamos cómo una vez más el contexto, el ambiente, es fundamental para el bienestar de las personas. Puede desarrollarse y está ligada a mantener relaciones de cariño y apoyo (dentro y fuera de la familia), la capacidad para planificar y llevar a cabo planes realistas, autoimagen y autovaloración positiva (confianza en fortalezas y habilidades), habilidades de comunicación, de solución de problemas y autocontrol emocional.

La *personalidad resistente* es un concepto multifactorial que protege a la persona ante hechos vitales negativos. El término fue acuñado en 1972 por Kobasa y Maddi, y ha recibido mucha atención desde ese momento (Peñacoba y Moreno, 1998; Godoy-Izquierdo y Godoy, 2002). Los autores plantean que la conforman tres características: compromiso, control y reto. Implica un reconocimiento personal de las propias metas y habilidades, un sentimiento de comunidad, implicación y convicción para enfrentarse y resolver las situaciones. Las situaciones son predecibles y el cambio se constituye en oportunidad para el crecimiento personal. Los autores plantean que es posible su aprendizaje de una manera temprana (en la familia) o con posterioridad en forma de entrenamiento basado en tres técnicas: reconstrucción situacional (identificar y comprender situaciones positivas y negativas), focalización en el significado emocional y autocompensación (búsqueda de situaciones alternativas cuando la originaria no se puede modificar).

Es fundamental diseñar y aplicar programas de transición entre universidades y hospitales para favorecer la adaptación de los estudiantes y los nuevos graduados al lugar de trabajo (Ishiwara *et al*, 2004)

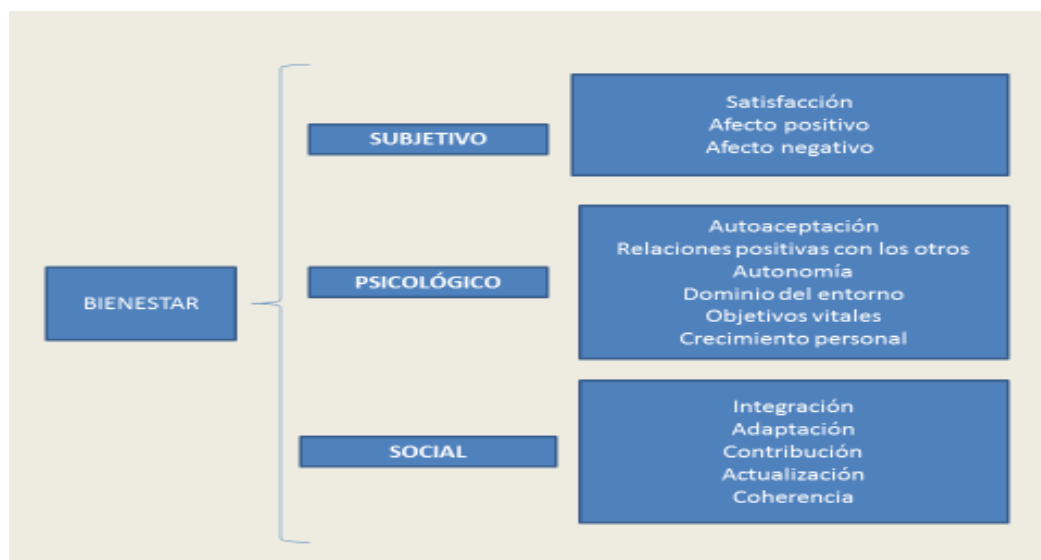


Figura 33. Tipología y variables de bienestar (elaboración propia a partir de Blanco, 2007)

5.1. Objetivo general del programa de intervención psicosocial en enfermería

Conocer las características particulares y mejorar la calidad de vida, calidad de vida laboral y bienestar psicológico de profesionales y estudiantes de enfermería para garantizar su adscripción a la disciplina, su evolución y desarrollo profesional, y la prestación de servicios de calidad.

5.2. Objetivos específicos

- Destacar la necesidad del autoconocimiento a nivel de personalidad, motivaciones, expectativas, habilidades y limitaciones para el afrontamiento de las tareas laborales, educativas y personales.
- Concienciar de los procesos psicosociales que se generan en las relaciones interpersonales y especialmente sobre aquellos que afectan a la práctica de la enfermería.
- Identificar los factores protectores y factores de riesgo inherentes a situaciones disfuncionales como el estrés, burnout u otras problemáticas laborales y educativas.
- Proporcionar herramientas de gestión de emociones, resolución de problemas y relaciones interpersonales.
- Reflexionar sobre la importancia del liderazgo y la organización efectiva del trabajo en enfermería.
- Potenciar la actitud proactiva para la resolución y superación de las dificultades propias del trato con los usuarios y los compañeros.



Figura 34. Propuesta de intervención psicosocial

5.3. Actividades para la intervención psicosocial

5.3.1. Previo a la elección de carrera

- Charlas informativas sobre enfermería en centros de secundaria, plan de estudios y exposición de experiencias reales.
- Visitas guiadas a centros de salud donde los alumnos pudieran ver la práctica real diaria de enfermería.
- Orientación vocacional adecuada y resolución de dudas.
- Juegos de rol, donde los futuros estudiantes pudieran ponerse en el lugar del enfermero.
- Facilitar que los orientadores puedan tener contacto con el centro hospitalario y sus profesionales para poder aclarar sus dudas sobre la profesión o bien para poder poner en contacto a los estudiantes con personal de enfermería.
- Aquellas que se deriven de las particularidades de los grupos y sus intereses.

5.3.2. Durante el transcurso de los estudios universitarios

- Valoración psicosocial sobre características personales, competencias y herramientas con carácter previo para establecer un nivel base (indicadores psicosociales).
- Información sobre todos los servicios que ofrece la universidad a sus estudiantes para garantizar la satisfacción de necesidades personales.
- Fomentar el papel del tutor del PAT, formar a los tutores para poder hacer una buena acogida y seguimiento de los alumnos a su entrada y en los momentos clave de cambio como puede ser el inicio de las prácticas
- Fomentar la coordinación del tutor del PAT con el tutor de centro para valorar y gestionar el desempeño, adaptación y posibles dificultades que pueda tener el alumno.
- Impulsar la coordinación entre el Departamento de Enfermería y el Departamento de Psicología para la evaluación y seguimiento de los estudiantes de dicha disciplina.

5.3.3. Tras la finalización de los estudios universitarios

- Valoración psicosocial de contraste sobre características personales, competencias y herramientas (indicadores psicosociales).

5.3.4. En el centro de salud/centro hospitalario

- Hacer una buena selección del personal que entra en función de competencias pero sobretodo en función de actitudes.
- Fomentar experiencias en las que diferentes enfermeros de diferentes servicios puedan entrar en contacto de forma que se potencia el conocimiento entre ellos, la idea de la organización como un todo y se facilita la colaboración entre áreas y departamentos.
- Demostrar de la importancia de los medios informáticos para acelerar y economizar tareas de gestión de tratamientos o de pacientes. Si los registros telemáticos se hacen de forma adecuada el ahorro de tiempo es significativo y no es necesario realizar también registros en papel, economizando recursos.
- Recompensar y reconocer el papel del personal en forma de promociones de puestos o facilitando la participación en jornadas y congresos que sirven para su actualización profesional y, por ende, para su autosatisfacción personal.
- Mejorar las políticas de contratación. Contratos de pocas horas obligan a buscar otros empleos fuera del centro hospitalario y eso hace que vayan más cansados y el servicio que prestan esté más limitado.
- Potenciar una formación adecuada a las peticiones y necesidades del personal dentro del horario de trabajo y no fuera de éste. Facilitar y financiar que el personal de enfermería pueda asistir a cursos y congresos a cargo del centro hospitalario.
- Una mayor implicación del personal de enfermería con puestos de responsabilidad que sirvan como ejemplos de funcionamiento y gestión.
- Mejora de los entornos laborales con el objetivo de optimizar los resultados en salud y ofrecer mayor estabilidad y satisfacción al personal de enfermería.
- Fomentar el contacto y el intercambio de estudiantes de enfermería para fomentar su identidad profesional y ayudarles a la hora de enfrentarse al mundo laboral. Seguimiento que podría llevarse en colaboración con el centro universitario.
- Potenciar espacios de intercambio entre profesionales y estudiantes y creación de un programa de *mentoring* que facilitaría el desarrollo del recién graduado y el reconocimiento del mentor como profesional destacado.
- Programas de formación continuada dentro del servicio en el que presten sus servicios aplicados a la práctica y dificultades cotidianas.

- Formación específica en liderazgo y resolución de problemas para aquellas personas con cargo de gestión.

De manera transversal, en todas las fases se realizaría una evaluación de su funcionamiento y resultados de cara a hacer reajustes a las necesidades que vayan surgiendo.

Dicha evaluación se llevaría a cabo con carácter semestral en los centros educativo y de salud en forma de reuniones con los responsables, reuniones con los alumnos y administración de pruebas específicas que se irán seleccionando en función de la demanda objetivada.

Así mismo, las sesiones formativas servirán para poder ir valorando aspectos como clima y satisfacción y ajustarlas a las necesidades detectadas.

Bibliografía

Adams, A., y Bond, S. (2000). Hospital nurses' job satisfaction, individual and organizational characteristics. *Journal of Advanced Nursing*. 32 (3): 536-543.

Adams, A., Bond, S. y Arber, S. (1995). Development and validation of scales to measure organizational features of acute hospital wards. *International Journal of Nursing Studies*. 32 (6): 612-627.

Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditaciones (2004). Libro Blanco Título de grado de Enfermería.

Aguilar-Luzón, M. C. y Augusto-Landa, J. M. (2009). Relación entre inteligencia emocional percibida, personalidad y capacidad empática en estudiantes de enfermería. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual* 17.2

Ahammed, S., Abdullah, A., Hassane, S. (2011). The role of emotional intelligence in the academic success of United Arab Emirates university students. *International Education*. 41 (1): 7-25.

Ahmadi, K. S., Speedling, E. J. y Kuhn-Weissman, G. (1987). The newly hired hospital staff nurses' professionalism, satisfaction and alienation. *International Journal of Nursing Studies*. 24: 107-121

Aiken, L. H., Clark, S. P. y Sloane, D. M. (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings. *Nursing Outlook*, 50: 187-194

Aiken, L. H., Clark, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. y Silber, J. H. (2002) Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burn out, and job dissatisfaction. *Journal of American Medical Association*. 288: 1987-1993.

Aiken, L. H. y Patricia, P. A. (2000). Measuring organizational traits of hospitals: The revised Nursing Work Index. *Nursing Research*. 49: 146-153

Alves Apóstolo, J. L., Alves Rodrigues, M. y Pineda Olvera, J. (2007). Evaluación de los estados emocionales de estudiantes de enfermería. *Índex de Enfermería*. 16(56): 26-29

Amat Puig V., Fernández Gonzaga C., Orts Cortés I., Poveda Salva M. R., Romá Ferri M. T. y Ribera Domene, D. Estrés en estudiantes de enfermería (1990). *Revista Rol de Enfermería*. 140: 75-78.

American Association of Critical-Care Nurses. (2016). AACN Standards for establishing and sustaining healthy work environments A Journey to Excellence 2nd edition.

American Nurses Credentialing Center. (2007). List all magnet-designated facilities.

[visitado 15 junio 2016]

URL: <http://www.nursecredentialing.org/Magnet/FindaMagnetFacility>

Amor Aradilla-Herrero, A. y Tomás-Sábado, J. (2006) Efectos de un programa de educación emocional sobre la ansiedad ante la muerte en estudiantes de enfermería. *Enfermería Clínica*. 16 (6): 321-326

Anderson, C. (2002). Workplace violence: are some nurses more vulnerable? *Issues in Mental Health Nursing*, 23: 351-366.

Anderson, C. A. y Bushman, B. J. (2002). Human aggression. *Annual Review of Psychology*, 53: 27-51

Anderson, L. M. y Pearson, C. M. (1999). Tit for tat? The spiraling effect of incivility in the workplace. *Academy of Management Review*. 24: 452-471.

Andreu, J. M., Peña-Fernández, M. E. y Graña-Gómez, J. L. (2002). Adaptación psicométrica de la versión española del cuestionario de agresión. *Psicothema*. 14(2): 476-482.

Aquino, K. y Douglas, S. (2003). Identity threat and antisocial behavior in organizations: the moderating effects of individual differences, aggressive modeling, and hierarchical status. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 90: 195-208.

Aquino, K. y Thau, S. (2009). Workplace Victimization: Aggression from the Target's Perspective. *Annual Review of Psychology*. 60: 717-741.

Aquino, K., Grover, S. L., Bradfield, M. y Allen, D. (1999). The effects of negative affectivity, hierarchical status, and self-determination on workplace victimization. *Academy of Management Journal*. 42: 260-272.

Arrogante, O., y Pérez-García, A. M. (2013). El bienestar subjetivo percibido por los profesionales no sanitarios ¿es diferente al de enfermería de intensivos? Relación con personalidad y resiliencia. *Enfermería intensiva*. 24(4): 145-154

Ashford, B. E. (1997). Petty tyranny in organizations: a preliminary examination of antecedents and consequences. *Canadian Journal of Administrative Sciences*. 14: 126-140.

Auburn, P. R. (2003). Towards an operational definition of psychological maltreatment of children. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*. 64 (6-A): 1967.

Ausfelder, T. (2002). Mobbing. El acoso moral en el trabajo. Prevención, síntomas y soluciones. Barcelona: Océano.

Ballou K. A. (1998). A Concept Analysis of Autonomy. *Journal of Professional Nursing* 14(2): 102-10.

Barbanelli C., y Caprara G. V. (2000) Measuring the Big Five in self report and other ratings: A multi trait multimethod study. *European Journal of Psychological Assessment*.16: 31-43.

Barchard, K. A. (2003). Does emotional intelligence assist in the prediction of academic success? *Educational and Psychological Measurement*. 63 (5): 840-858.

Baron, R. A., Neuman, J. H. y Geddes, D. (1999). Social and personal determinants of workplace aggression: evidence for the impact of perceived injustice and the type A behavior pattern, *Aggressive Behavior*. 25: 281-296.

Baron, R. A., y Neuman, J. H. (1996). Workplace violence and workplace aggression: Evidence on their relative frequency and potential causes. *Aggressive Behaviour*. 22(3): 161-173.

Baumann A., Blythe J., Kolotylo, C. y Underwood, J. (2004). The International Nursing Labour Market Report. *The Nursing Sector Study Corporation*, Ottawa, ON

Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 11(3): 125-146.

Beecroft, P. C., Dorey, F. y Wenten, M. (2007). Turnover intention in new graduate nurses: A multivariate analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 62: 41-52.

Berkman, Lisa F. (1995). The Role of Social Relations in Health Promotion. *Psychosomatic Medicine - Special Issue: Superhighways for Disease*. 57(3): 245-254.

Bernstein, I. A. y Gesn, P. R. (1997). On the dimensionality of the Buss/Perry Aggression Questionnaire. *Behavior Research and Therapy*. 35: 563-568.

Berrios Martos, M. P., Augusto Landa, J. M., y Aguilar Luzón, M. C. (2006). Inteligencia emocional percibida y satisfacción laboral en contextos hospitalarios. Un estudio exploratorio con profesionales de enfermería. *Índex de enfermería*. 15(54): 1132-1296.

Bienstock, H. (1967). Realities of the job market for high school dropout. En D. Sachreiber (ed.). *Profile of School Dropout: A reader of America's Major Educational Problem*. Vintage Books, Nueva York.

Björkqvist, K., Österman, K., y Hjelt-Bäck (1994). Aggression among university employees. *Aggressive Behavior*. 20: 173-183.

Bowling, N. A., y Beerhr, T. A. (2006). Workplace harassment from the victim's perspective: a theoretical model and meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 91: 998-1012.

Brengelman, J. C (1975). Determinantes personales del rendimiento escolar. Primer Symposium sobre aprendizaje y modificación de conducta en ambientes educativos. INCIE, Madrid, 155-170.

Bresó, E., Salanova, M. y Schaufeli, W. NTP 732: Síndrome de estar quemado por el trabajo "Burnout" (III): Instrumento de medición, *INSHT* (2006).

Bryant, F. B. y Smith, B. D. (2001). Refining the Architecture of Aggression: A Measurement Model for the Buss-Perry Aggression Questionnaire. *Journal of Research in Personality*. 35: 138-167.

Buitrago-Echeverri, M. T. (2008). Razones para estudiar enfermería y dudas sobre la profesión. Las voces de los/las estudiantes. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 10 (1): 21-38.

Burton, J. (2010). WHO Healthy workplace framework and model: Background and supporting literature and practices. New York: World Health Organization.

Buss, A. H. y Perry, M. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63: 452-459.

California Occupational Safety and Health Administration (Cal/OSHA) 1995 Cal/OSHA Guidelines for Workplace Security, San Francisco CA, State of California Department of Industrial Relations, Californian Division of Occupational Safety and Health.

Calnan M., Wainwright D., Almond S. (2000). Job strain, effort-reward imbalance and mental distress: a study of occupation in general medical practice. *Work Stress*.1: 297-311

Camacho Bejarano, C. (2012) Seguridad clínica, niveles de satisfacción y calidad de los cuidados hospitalarios. *Enfermería Clínica*. 22(3): 170-172

Caprara G. V., Barbaranelli C., Borgogni L., y Perugini M. (1993) The Big Five Questionnaire: a new questionnaire to assess the five factor model. *Personality and Individual Differences*.15: 281-288.

Cardenal, V. H. y Fierro, A. B. (2001). Sexo y edad en estilos de personalidad, bienestar social y adaptación social. *Psicothema*. 13(1): 118-126.

Carrigan, P. M. (1960). Extraversion-introversion as a dimension of personality: a reappraisal. *Psychological Bulletin*. 57: 329-360.

Carrión, M. A., López, F. y Pando, M. (2007). Inventario de Violencia y acoso Psicológico en el Trabajo: IVAPT-E-R. *Colección Evaluación Psicosocial nº 1. Asociación de Expertos en Psicología Aplicada*.

Chen, W. C., Sun, Y. H., Hung, L. T. y Chiu, H. J. (2009). Incidence and Risk Factors of Workplace Violence on Nursing Staffs Carin for Chronic Psychiatric Patients in Taiwan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 6: 2812-2821.

Chen, Z. H.; Wang Binder, R. L.; Mc Niel, D. E. (1994) Staff gender and risk of assault on doctors and nurses. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*. 22: 545-550.

Chico-Librán, E. (2000). Búsqueda de Sensaciones. *Psicothema*. 12(2): 229-235.

Chico-Librán, E. (2000) Relación entre la impulsividad funcional y disfuncional y los rasgos de personalidad de Eysenck. *Anuario de Psicología*. 31: 79-87.

Chico-Librán, E. (2006). Personality Dimensions and Subjective Well-being. *The Spanish Journal of Psychology*. 9(1): 38-44.

Christmas, K. (2008). How Work Environment Impacts Retention. *Nursing Economics*, 26 (5): 316-318

Clark, L. A., Watson, D., Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*. 103(1): 103-116.

Cohen, R. (2004). Social Relationships and Health. *American Psychologist*. 676-684

Conway, P. M. y Camerino, D. (2005). El “estudio NEXT”: Investigación sobre el abandono anticipado del ejercicio de la enfermería en los sistemas sanitarios europeos. *The Global Occupational Health Network* 8-10.

Cooper, C., y Swanson, N. (2002) Workplace violence in the health Sector- State of the art. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI *Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector*.

Cortina. L. M., Magley, V. J., Williams, J. H., y Langhout, R. D. (2001). Incivility in the workplace: incidence and impact. *Journal of Occupational Health Psychology*. 6: 64-80

Costa Cabanillas, M. y López Méndez, E. (2003). Consejo psicológico. Una alianza estratégica para el apoyo, la potenciación y el cambio. Editorial Síntesis.

Costa, P. T. y Mc Crae, R. R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*. 38: 668-678.

Costa, P. T., Mc Crae, R. R. y Dye, D. A. (1991). Facet scales for agreeableness and conscientiousness: a revision of the NEO Personality Inventory. *Personal Individual Differences*. 12: 887-898.

Cox, T. y Griffiths, A. (1995). The nature and measurement of work stress: theory and practice. In J. Wilson and N. Corlett (Eds.) *The Evaluation of Human Work: A Practical Ergonomics Methodology*. London: Taylor y Francis. J.A.M.

Davenport, N., Schwartz, R. D. y Elliott, G. P. (2002): *Mobbing. Emotional abuse in the American Workplace*. Ames, IO: Civil Society Publishing.

Davis, M. H., Morris, M. M., y Kraus, L. A. (1998). Relationship-specific and global perception of social support: Associations with well-being and attachments. *Journal of Personality and Social Psychology*. 74: 468-481.

Defensor del Pueblo de Navarra. (2008). La violencia en el ámbito de la administración sanitaria. Informe especial al Parlamento de Navarra. Institución del Defensor del Pueblo de la Comunidad Foral de Navarra.

De Jonge J., Bosma H., Richard P., Siegrist J. (2000) Job strain, effect-reward imbalance and employee well-being: a large scale cross-sectional study. *Social Science and Medicine*. 5: 1317-1327.

Delaney C. (2003) Walking a fine line: graduate nurses' transition experiences during orientation. *Journal of Nursing Education*. 42(10): 437-443.

De León A. (1985). Experiencia de integración teoría-práctica en los estudios de enfermería. *Revista ROL Enfermería*. (88): 27-29.

Demerouti, E., Bakker, A., Nachreiner, F. y Schaufeli, W. (2000). A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 32: 1-20.

Denieue, K. y Cooper, H (1998). The happy Personality: a Meta-Analysis of 137 Personality Traits and Subjective Well-being. *Psychological Bulletin*. 124(2): 197-229.

Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., y van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*. 18: 572-577.

Dickman, S. (1990). Functional and dysfunctional impulsivity. Personality and cognitive correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*. 58(1): 95-102.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen R. J. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with life Scale, *Journal of Personality Assessment*. 49: 71-75.

Di Martino, V (2002). Workplace violence in the health sector-Country case studies: Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand, plus and additional Australian study: Synthesis report, Geneva: ILO/ICN/PSI *Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector*.

Di Martino, V. (2003). Workplace Violence in the health sector. Relationship between work stress and workplace violence in the health sector, Geneva: ILO/ICN/PSI *Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector*.

Duchscher, J. E. B. (2009). Transition shock: The initial stage of role adaptation for newly graduated Registered Nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 65: 1103-1113.

Duchscher, J. E. B. (2003) Critical thinking: perceptions of newly graduated female baccalaureate nurses. *Journal of Nursing Education*. 4 (1): 14-27.

Duchscher, J. E. B. (2001) Out in the real world: newly-graduated nurses in acute-care speak out. *Journal of Nursing Administration*. 31. (9): 426-439.

Duffy, M. K., Ganster, D. C. y Pagon, M. (2002). Social undermining and social support in the workplace. *Academy of Management Journal*, 45: 331-351.

Duran, J. y Corral, A. (2009). Working conditions and quality of life in Spanish workplaces, European Foundation for the improvement of Living and Working Conditions.

Efraty, D., Sirgy, M. y Claiborne, C. (1991). The effects of personal alienation on organizational identification: A quality-of-work-life model. *Journal of Business and Psychology*. 6 (1): 57-78.

Egan, M., Tannahill, C., Petticrew, M. y Thomas, S. (2008). Psychosocial risk factors in home and community settings and their associations with population health and health inequalities: A systematic meta-review. *BMC Public Health*.

Einarsen, S. y Sköglstad, A. (1996). Bullying at work: epidemiological findings in public and private organizations. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 5: 185-201.

Einarsen, S., (2000). Harassment and bullying at work: a review of the Scandinavian approach. *Aggression and Violent Behavior*. 5: 379-401.

Einarsen, S., Raknes, B. I. y Matthiesen, S. B. (1994). Bullying and harassment at work and their relationship to work environment quality: An exploratory study. *Sexual European Work and Organizational Psychologist*. 4(4): 381-401.

Encuesta Nacional de Gestión de la Seguridad y Salud en las Empresas 2009 (ENGE), Ministerio de Trabajo e Inmigración e Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. España.

Erenstein, C. F., y Mc. Caffrey, R. (2007). How healthcare work environments influence retention. *Holist Nursing Practice*. 21 (6): 303-307.

España. Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre creación de Colegios Profesionales.

España. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, 29 de abril de 1986, Boletín Oficial del Estado, 102: 15207-15224.

España. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. Boletín Oficial del Estado, 10 de noviembre de 1995, 269: 32590-32611

España. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

España. Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

España. RD 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería.

España. Ley orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres (LOIEMH).

España. ORDEN CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero.

España. Llei 18/2009, de 22 de juliol, d'Ordenació Sanitària de Catalunya, 30 d'octubre de 2009, Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, 5495: 81070-81116.

España. Ley Orgánica 5/2010, de 22 de junio, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

Estryn-Behar, M., Van der Heijden, B., Camerino, D., Fry, C., Le Nezet, O., Conway, P. M., y Hasselhorn, H. M. (2008). Violence risks in nursing — results from the European NEXT-Study. *Occupational Medicine*. 58(2): 107-114.

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. (2012). European Working Conditions Survey, 2010. [data collection]. UK Data Service. SN: 6971.

Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2002) Relation of perceived emotional intelligence and health-related quality of middle aged women, *Psychological Reports*. 91: 47-99.

Fendrich, M., Woodward, R. P. y Richman, J. A. (2002). The structure of harassment and abuse in the workplace. A factorial comparison of two measures. *Violence and Victims*. 17(4): 491-505.

Fierro, A., Jiménez, J. A. y Berrocal. (1998). Bienestar personal y adaptación social en la estructura de la personalidad. Congreso de Evaluación Psicológica, Benalmádena. 1-3 mayo.

Fierro, A. y Cardenal. V. (1996). Dimensiones de personalidad y satisfacción personal. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 49 (1): 65-82.

Findorff, M. J., McGovern, P. M., Wall, M., Gerberich, S. G. y Alexander, B. (2004). Risk factors for work related violence in a health care organization. *Injury Prevention*. 10: 296-302.

Finn C. P. (2001). Autonomy: An Important Component for Nurses' Job Satisfaction. *International Journal of Nursing Studies*. 38(3): 349-57.

Follingstad, D. R. y DeHart, D. D. (2000). Defining psychological abuse of husbands toward wives: Contexts, behaviors and typologies. *Journal of Interpersonal Violence*. 15(9): 891-920.

Fornés Vives, J., Gallego Caminero, G., Barceló Oliver, M. y Gutiérrez Casado, A. (1994). Causal and emotional factors related to work stress in ICU nursing staff. The importance of accurate measurement. *Intensive and Critical Care Nursing*. 10 (1): 41-50.

Fraga-Díez, I. (2001). Desmotivación y enfermería: diagnóstico del problema. *Metas de Enfermería*. 38(4): 38-41.

Fuentelsaz-Gallego, C., Moreno-Casbas, T., López-Zorraquino, D., Gómez-García, T. y González-María, E. (2012). Percepción del entorno laboral de las enfermeras españolas en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Proyecto RN4CAST-España. 22(5): 261-268.

García Armesto, S., Abadía Taira, M. B., Durán, A., Hernández Quevedo, C., Bernal Delgado, E. (2011). España. Análisis del sistema sanitario. *Sistemas sanitarios en transición*. 12(4): 1-269.

Gascón-Santos, S. (2006). Análisis Médico-Legal de la violencia en centros asistenciales: agresiones a profesionales. Tesis Doctoral Universidad de Zaragoza.

Gascón-Santos, S., Martínez-Jarrata, B., González-Andrade, F., Santed, A., Casalod, Y. y Rueda, A. (2009). Aggression Towards Health Care Workers in Spain: A Multi-facility Study to Evaluate the Distribution of a Growing Violence Among Professionals, Health Facilities and Departments, *International Journal of Occupational Environmental and Health*, 15: 30-36.

Generalitat de Catalunya (2010). Central de Resultats, Segon informe. *Departament de Salut*.

Generalitat de Catalunya (2011). Memòria Institut Català de la Salut 2010. Departament de Salut, Institut Català de la Salut Gerència Territorial Camp de Tarragona.

Gerberich, S. G., Church, T. R., McGovern, P. M., Hansen, H. E., Nachreiner, N. M., Geisser, M. S., Ryan, A. D., Mongin, S. J., y Watt, G. D. (2004). An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: The Minnesota Nurses' Study. *Occupational and Environmental Medicine*. 61: 495-503.

Gerrish K. (2000). Still fumbling along? A comparative study of the newly qualified nurse's perception of the transition from student to qualified nurse. *Journal of Advanced Nursing*. 32 (2): 473-480.

Gil-Monte, P. R. (2011). Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo. Tea Ediciones. Madrid. España.

Gil-Monte, P., Carretero, N. y Roldán, M. D. (2005). Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en monitores de taller para personas con Discapacidad *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. 21(1-2): 107-123

Godoy-Izquierdo, D. y Godoy, J. F. (2002). La personalidad resistente: Una revisión de la conceptualización e investigación sobre la dureza Clínica y Salud. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. 13 (2): 135-162.

Gondolf, E.W. (1987). Evaluating programs for men who batter: Problems and prospects. *Journal of Family Violence*. 2(1): 95-108.

González-Trijueque, D. y Delgado-Marina, S. (2008). El acoso psicológico en el lugar de trabajo, antecedentes organizacionales. *Boletín de Psicología*. 93: 7-20.

González-Trijueque, D. (2007): El acoso psicológico en el lugar de trabajo: epidemiología, características psicosociales y repercusiones forenses. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

González-Velázquez, M.S., Lara-Barrón, A. M., Pineda-Olvera, J. y Crespo-Knopfler, S. (2014). Perfil de ingreso de los alumnos de Enfermería, Facultades de Estudios Superiores Iztacala y Zaragoza, *UNAM Enfermería universitaria*. 11(1): 11-18

Gracia-Guillén, D. (1989). Los Cambios en la Relación Médico-Enfermo, *Medicina Clínica*. 93:100-102.

Grawitch, M. J., Gottschalk, M. y Munz, D. C. (2006). The path to a healthy workplace: A critical review linking healthy workplace practices, employee well-being, and organizational improvements. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*. 58: 129-147.

Greenwood J. (2000) Critique of the graduate nurse: an international perspective. *Nurse Education Today*. 20: 17-23

Hoel, H. y Cooper, C. L. y Faragher, B. (2001). The experience of bullying in Great Britain: the impact of organizational status. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 10: 443-465.

Hall R. (1996). Organizaciones, estructura y procesos. Prentice-Hall Internacional.

Harter, J. K., Schmidt, F. L., y Hayes, T. L. (2002). Business-unit-level relationship between employee satisfaction, employee engagement, and business outcomes: a meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*. 87(2): 268-279.

Hayhurst A, Saylor, C y Stuenkel, D. (2005). Work environmental factors and retention of nurses. *Journal of Nursing Care Quality*. 20(3): 283-288

Heinrich J. (2001). Nursing Workforce: Multiple Factors Create Nurse Recruitment and Retention Problems [Electronic version]. (Rep. No. GAO-01-912T). United States General Accounting Office (USGAO): Testimony before the subcommittee on Oversight of Government Management, Restructuring and the District of Columbia, Committee on Governmental Affairs, U.S. Senate. USGAO, Washington, DC. Retrieved from <http://www.gao.gov/new.items/d01912t.pdf> consultado 12 junio 2016.

Herrera Sánchez, R. y Cassals Villa, M. (2005). Algunos factores influyentes en la calidad de vida laboral de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*. 21(1): 1561-2961.

Hoffman, P. (1984). Psychological abuse of women by spouses and live-in lovers. *Women and Therapy*. 3(1): 37-49.

House, J. S., Landis, K. R. y Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*. 241: 540-545.

Hudson, W.W. y McIntosh, S. (1981). The index of spouse abuse. *Journal of Marriage and the Family*. 43(4): 873-888

Humpel, N y Caputi, P. (2001) Exploring the relationship between work stress, years of experience and emotional competency using a sample of Australian mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 8(5): 399-403.

Hurrell, J. J., Worthington, K. A. y Driscoll, R. J. (1997) Job stress, gender and workplace violence: Analysis of assault experiences of state employees, in *Violence on the Job*, by G.R. VandenBos and E.Q. Bulatao, *American Psychological Association*, Washington DC.

Instituto Nacional de Estadística (2015). Encuesta de inserción laboral de titulados universitarios.

Ishihara, I. I., Ishibashi, Y., Takahashi, K. y Nakashima, M. (2014). Effect of organizational factors and work environments on newly graduated nurses' intention to leave. *Japan Journal of Nursing Science*. 11 (3): 200-210

IV Encuesta Europea sobre Condiciones de Trabajo (EWCS, 2005), Observatorio Europeo de las Condiciones de Trabajo, Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo.

Keashly, L. (1998). Emotional Abuse in the workplace: conceptual and empirical issues. *Journal of Emotional Abuse*. 1: 85-117.

Keenan, J. (1999). A concept analysis of autonomy. *Journal of Advanced Nursing*. 29 (3): 556-562

Keyes, C., Shmotkin, D. y Ryff, C. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*. 82: 1007-1022.

Kelloway, E. K. y Day, A. L. (2005). Building healthy workplaces: What we know so far. *Canadian Journal of Behavioural Sciences*. 37(4): 223-235.

Kingma, M. (2001). Nursing migration: global treasure hunt or disaster-in-the-making? *Nursing Inquiry*. 8: 205-212.

Kivimäki, M., Elovainio, M. y Vahtera, J. (2000). Workplace bullying and sickness absence in hospital staff. *Occupational and Environmental Medicine*. 57: 656-660.

Kovner, C. T., Christine, T, Brewer, C. S., Fatehi, F, y Jun J. (2014). What does nurses turnover rate mean and what is the rate? *Policy, Politics, & Nursing Practice*. 15(3-4): 64-71.

Kramer M. (1974). *Reality Shock: Why Nurses Leave Nursing*. C.V. Mosby Company, St Louis.

Kramer, M. y Hafner, L. P. (1989). Shared values: Impact on staff nurse job satisfaction and perceived Productivity. *Nursing Research*. 38: 172-177.

Kramer, M., Maguire, P. y Brewer, B. B. (2011) Clinical nurses in Magnet hospitals confirm productive, healthy unit work environments. *Journal of Nursing Management*. 19: 5-17.

Laschinger, H. K. S., Finegan, J. y Wilk, P. (2009). New graduate burnout: The impact of professional practice environment, workplace civility, and empowerment. *Nursing Economics*. 27: 377-383.

Kramer M., Schmalenberg C. E. (2003). Magnet Hospital Staff Nurses Describe Clinical Autonomy. *Nursing Outlook*. 51(1):13-19.

Laschinger, H. K. S., Shamian, J. & Thomson, D. (2001). Impact of Magnet Hospital characteristics on nurses' perceptions of trust, burnout, quality of care, and work satisfaction. *Nursing Economics*. 19: 209-219

Lau, R. y May, B. (1998). A Win-Win paradigm for Quality of Work life and Business Performance. *Human Resource Development Quarterly*. 9 (3): 211-227.

Lazarus R. y Folkman S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca

Lewis, M. A. (2006). Nurse bullying: organizational considerations in the maintenance and perpetration of health care bullying cultures. *Journal of Nursing Management*. 14:52-58.

Leyman, H. (1990). Mobbing and psychological terror at workplaces. *Violence and Victims*. 5: 119-126.

Leymann, H. (1996). The content and development of mobbing at work. *European Journal of Work Organizational Psychology*. 5: 165-184.

Leymann, H. y Gustafsson, A. (1996). Mobbing at work and the development of post-traumatic stress disorders. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 5: 251-275.

Lobo, A., Pérez-Echeverría, M. J. y Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*. 16: 135-140.

Loewenstein, L. F. (1978). Who is the bully?. *Bulletin of the British Psychological Society*, 31: 316-318.

Loewenstein, L. F. (1994). The intensive treatment of bullies and victims of bullying in a therapeutic community and school. *Education Today*. 44(4):62-68.

López, F. y López M. J. (2011). Situaciones generadoras de estrés en los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Ciencia y enfermería*. XVII (2): 47-54.

Lu, L. y Shih, J. B. (1997). Sources of happiness: A qualitative approach. *Journal of Social Psychology*. 137: 181-187.

Lu, H., While, A. E. y Barriball, K. L. (2005). Job satisfaction among nurses: a literature review. *International Journal of Nursing Studies* 42: 211-227

Maddi, S. R. y Kobasa, S. C. (1984). The hardy executive: Health under stress. Homewood: Dow Jones-Irwin.

Makowska, Z., Merecz, D., Moscicka, A. y Kolasa, W. (2002). The validity of General Health Questionnaires, GHD-12 and GHQ-28, in Mental Health Studies of Working People. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*. 15 (4) 353-362.

Marshall, L. L. (1999). Effects of men's subtle and overt psychological abuse on low-income women. *Violence and Victims*. 14(1): 69-88.

Martín Daza, F. y Pérez Bilbao, J. NTP 443: Factores psicosociales: metodología de evaluación. *INSHT*, 1997.

Matthiesen, S. B., y Einarsen, S., (2001). MMPI-2 configurations among victims of bullying at work, *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 10(4): 467-484.

Mohr, W. K. (1995). Values, ideologies, and dilemmas: professional and occupational contradictions. *Journal of Psychosocial Nursing*. 33 (1): 29-34.

Molina, J. D., Andrade-Rosa, C., González-Parra, S., Blasco-Fontecilla, H., Real, M. A. y Pintor, C. (2006). The factor structure of the General Health Questionnaire (GHQ): a scaled version for general practice in Spain. *European Psychiatry*. 21: 478-486.

Morales-Vives, F., Codorniu-Raga, M. J. y Vigil-Colet, A. (2005). Características psicométricas de las versiones reducidas del cuestionario de agresividad de Buss y Perry. *Psicothema*. 17(1): 96-100.

Moreno, B., Rodríguez, A., Garrosa, E. y Morante, M. E. (2005). Antecedentes organizacionales del acoso psicológico en el trabajo: un estudio exploratorio. *Psicothema*. 17(4): 627-632.

Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A., Garrosa, E., Morante, M. E. (2004): Acoso psicológico en el trabajo: una aproximación organizacional. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*: 20(3): 277-289.

Mosteiro, M. J. y Porto, A. M. (2000). Los motivos de elección de estudios en alumnos y alumnas de universidad. *Innovación educativa*. 10: 121-132.

Muñoz Devesa, A., Morales Moreno, I., Bermejo Higuera, J. C., y Galán González Serna, J.M. (2014). La relación de ayuda en Enfermería. *Índex de Enfermeria*. 23 (4): 1132-1296.

Nadler, D. A. y Lawler, E. E. (1983). Factors influencing the success of labor management quality of work life projects. *Journal of Occupational Behavior*. 1(1): 53-67.

National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) (2002). Violence: occupational hazards in hospitals, Publication 101, Washington, DC, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, DHHS (NIOSH).

Nogareda. C. y Almodóvar, A. NTP 702. El proceso de evaluación de los factores psicosociales. INSHT, 2005.

Nolan, M., Nolan J. y Grant, G. (1995). Maintaining nurses' job satisfaction and morale. *British Journal of Nursing*. 4 (19): 1148-1154.

Nolan P., Soares J., Dallender J., Thomsen S., Arnetz B. (2001) A comparative study of the experiences of violence of English and Swedish mental health nurses. *International Journal of Nursing Studies*. 38: 419-26.

Occupational Safety and Health Administration, OSHA (1998). Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health Care and Social Service Workers; United States Department of Labor, 3148: Washington, DC, USA, 1998.

Öner, H. y Üstün, B. (2013). The Stress Sources of Nursing Students Educational Sciences: Theory & Practice. *Spring*. 13(2): 760-766

OSHA (1998). Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health Care and Social Service Workers; United States Department of Labor, Occupational Safety and Health Administration, OSHA 3148: Washington, DC, USA, 1998.

Pando-Moreno, M., Aranda-Beltrán, C., Preciado-Serrano, L., Franco-Chávez, S. A. y Salazar-Estrada, J. G. (2006). Validez y Confiabilidad del Inventario de Violencia y Acoso Psicológico en el Trabajo (IVAPT-PANDO). *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 11(2): 319-332.

Parada Torres, E. (Coord) (2008). Psicología y emergencia. Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia. *Editorial Desclée de Brouwer*.

París, L. y Omar, A. (2008) Predictores de satisfacción laboral en médicos y enfermeros. *Estudos de Psicologia*. 13(3): 233-244

Pellegrino, E. (1985). The Caring Ethics. En: Bishop A, Scudder J, editors. Caring, curing, coping: nurse, physicians, patient relationships Alabama: University Alabama Press. 8-30

Peñacoba, C. y Moreno, B. (1998). El concepto de personalidad resistente. Consideraciones teóricas y repercusiones prácticas. *Boletín de psicología*. 58: 61-96.

Pérez Andrés, C., Alameda Cuesta, A. y Albéniz Lizarraga, C. (2002). La formación práctica en enfermería en la escuela universitaria de enfermería de la comunidad de Madrid. Opinión de los alumnos y de los profesionales asistenciales. Un estudio cualitativo con grupos de discusión. *Revista Española de Salud Pública*. 76(5): 517-530.

Pérez Bilbao, J., Nogareda Cuixart, C., Martín Daza, F. y Sancho Figueroa, T. (2001). Mobbing. Violencia física y acoso sexual. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

Pérez Rodríguez, I. C. y Rodríguez Becerra, F. (2010). La identidad profesional como configuración subjetiva de la personalidad de los estudiantes de la carrera de enfermería. *Cuadernos de educación y desarrollo*. 2 (19).

Plomin, R. A. (1976). Extraversion: sociability and impulsivity. *Journal of Personality and Social Psychology*. 58 (1): 95-102.

Ramírez, J. M., Andreu, J. M. y Fujihara, T. (2001): Cultural and sex differences in aggression: A comparison between Japanese and Spanish students using two different inventories. *Aggressive Behavior*. 27: 313-332.

Randle, J. (2003). Bullying in the nursing profession, *Journal of Advanced Nursing*. 43(4): 395-401.

Reavley, W. y Wilson, L. J. (1972). Personality structure of general and psychiatric student nurses: A comparison. *International Journal of Nursing Studies*. 9 (4): 225-234

Reig, A., Cartagena, E., Ribera, D., García, J. A., Caruana, A. y Maciá, L. (1986). Estrés profesional en Enfermería: un análisis empírico en el hospital. *Enfermería Científica*. 46: 4-12

Ribera, D., Cartagena de la Peña, E., Reig Ferrer, A., Romá Ferri, M. T. , Sans Quintero, I., y Caruana Vañó, A. (1993). Estrés laboral y salud en profesionales de enfermería. Estudio empírico en la provincia de Alicante. Universidad de Alicante

Rios, M., Moncada, L., Llanos, G., Santana, R., González, H. y Gálvez, S. (2009). Perfil psicológico de los estudiantes de primer año de enfermería. Estudio preliminar. *Ciencia y Enfermería*. XV(1): 99-108

Ryff, C. y Keyes, C. (1995) The structure of psychological well-being revised. *Journal of Personality and Social Psychology*. 69: 719-727.

Salanova, M. (2008). Organizaciones saludables: Una aproximación desde la Psicología Positiva. En: C. Vázquez y G. Hervás (Eds.), *Psicología Positiva: Bases científicas del bienestar y la resiliencia*. Madrid: Alianza Editorial

Salanova, M. (2008). Organizaciones saludables y desarrollo de recursos humanos. *Trabajo y Seguridad Social*. 47: 279-321.

Salanova, M., Martínez, I. M., y Llorens, S. (2005). *Psicología Organizacional Positiva*. En F. Palací (Coord.), *Psicología de la Organización*. Madrid: Pearson Prentice Hall.

Salin, D. (2003) Ways of explaining workplace bullying: a review of enabling, motivating and precipitating structures and processes in the work environment, *Human Relations*. 56(10): 1213-1232.

Salin, D. (2008). The prevention of workplace bullying as a question of human resource management: Measures adopted and underlying organizational factors, *Scandinavian Journal of Management*. 24: 221-231.

Salovey, P., Mayer J. D., Goldman, S. L., Turvey, C. y Palfai, P. T. (1995) Emotional Attention, Clarity and Repair: Exploring Emotional Intelligence Using the Trait Meta-Mood Scale in Pennebaker, J.K. *Emotion, disclosure and Health*. Washington DC, American Psychological Association. 125-154.

Salovey P. y Mayer J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*. 9: 185-211

San Rafael-Gutiérrez, S., Arreciado-Marañón, A. Bernaus-Poch, E., y Vers-Prat, O. (2010). Factores que influyen en la elección de los estudios de enfermería. *Enfermería Clínica*. 20 (4): 236-242.

Segurado, A. y Agulló, E. (2002) Calidad de vida laboral: hacia un enfoque integrador desde la Psicología Social. *Psicothema*. 14 (4): 828- 836.

Sermeus W., Aiken L. H., Van den Heede K., Rafferty A. M., Griffiths P. y Moreno-Casbas M.T. (2011). Nurse Forecasting in Europe (RN4CAST): rationales, design and methodology. *BMC Nursing*: 10:6.

Smith, G. M. (1968). Personality correlates of academic performance in three dissimilar populations. *Preceding of the 77th Annual Convention of American Psychological Association*. 303-304

Sparkman, L. A., Maulding, W. S. y Roberts, J. G. (2012). Non-cognitive predictors of student success in college. *College Student Journal*. 46 (3): 642-652.

Spector, P. E. (1997). Job Satisfaction: Application, Assessment, Causes, and Consequences. *SAGE Publications*, London

Speedling, E. J., Ahmadi, K. S. y Kuhn-Weissman, G. (1981). Encountering reality: Reactions of newly hired RNs to the world of medical center. *International Journal of Nursing Studies*. 18: 217-225

Stevens, L. E., y Fiske, S. T. (1995) Motivation and cognition in social life: a social survival perspective. *Social Cognition*. 13: 189-214.

Straus, M. A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: The Conflict Tactics Scales. *Journal of Marriage and the Family*. 41: 75-88.

Suliman, W. A. (2010). The relationship between learning styles, emotional social intelligence, and academic success of under graduate nursing students. *Journal of Nursing Research*. 18(2): 136-143.

Takase, M., Oba, K. y Yamashita, N. (2009). Generational differences in factors influencing job turnover among Japanese nurses: An exploratory comparative design. *International Journal of Nursing Studies*. 46: 957-967.

Tepper, B. J. (2000). Consequences of abusive supervision. *Academy of Management Journal*. 43: 178-190.

Tiihonen, J., Isohanni, M. y Rasanen, P. (1997) Specific major mental disorders and criminality: a 26-year prospective study of the 1966 northern Finland birth cohort. *American Journal of Psychiatry*. 154: 840-845.

Tous-Pallarès, J., Bonasa Jiménez, M. P., Mayor Sánchez, C. y López-Novella, J. (2012). Mejora de calidad de vida laboral y calidad de servicio en trabajadores de transporte sanitario: Programa de evaluación e intervención. *Revista de Seguridad y Salud en el Trabajo*. 67: 22-29

Tous-Pallarés, J., Bonasa-Jiménez, M. P., Mayor-Sánchez, C. y Espinosa-Díaz, I. (2011): Escala Clima Psicosocial en el Trabajo: desarrollo y validación. *Anuario de Psicología*. 41 (1.3): 51-65

Úbeda I, Pujol G., Olivé C., Álvarez R., Segura M. S. (1993). Opinión de las enfermeras sobre las experiencias clínicas docentes. *Enfermería Clínica*. 3 (1): 11-15.

Ulrich, B. T., Buerhaus, P. I., Donelan, K., Norman, L., y Dittus, R. (2005). How RNs view the work environment: Result of a national survey of registered nurses. *Journal of Nursing Administration*. 35: 389-396.

Vartia, M. (1996). The sources of bullying-psychological work environment and organizational climate. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 5: 203-214.

Vartia, M. (2001). Consequences of workplace bullying with the respect to the well-being of its targets and the observers of bullying, *Scandinavian Journal of Work Environment Health*. 27(1): 63-69.

Vartia, M., Virtanen, M., Kivimaki, M., Elovainio, M., Vahtera, J., y Keltikangas-Jarvinen, L. (2003). Personality traits as predictors of workplace bullying, paper presented at the XIth European Congress on Work and Organizational Psychology, May 14-17, Lisbon, Portugal.

VI Encuesta Nacional Condiciones de Trabajo 2007 (ENCT) Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

Vigil-Colet, A., Morales-Vives, F., Camps, E., Tous-Pallarés, J. y Lorenzo-Seva, U. Development and validation of the Overall Personality Assessment Scale (OPERAS). (2013). *Psicothema*. 25 (1): 100-106

Vigil-Colet, A., Morales-Vives, F. y Tous-Pallarés, J. (2008). The relationships between Functional and Dysfunctional Impulsivity and Aggression across different samples. *The Spanish Journal of Psychology*. 11(2): 480-487.

Vitanza, S., Vogel, L. C. M. y Marshall, L. L. (1995). Distress and symptoms of posttraumatic stress disorder in abused women. *Violence and Victims*. 10(1): 23-34.

Wallace, C., Mullen, P. y Burgess, P., (1998). Serious criminal offending and mental disorder. Case linkage study. *British Journal of Psychiatry*. 172:477-484.

Warr, P. (1990). The measurement of well-being and other aspects of mental health. *Journal of Occupational Psychology*. 63: 193-210.

Watson, D., Clark, L. A., y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*. 47: 1063-1070.

Walton, R. (1975). Criterios de la Calidad de Vida en el Trabajo. *The Free Press*, EEUU.

Winter-Collins A. y McDaniel A. (2000). Sense of belonging and NG satisfaction. *Journal for Nurses in Staff Development*. 16 (3):103-111

World Health Organisation. (2000). The World Health Report 2000. Health systems: improving performance. WHO.

Wright, T. A., y Doherty, E. M. (1998). Organizational behavior “rediscovers” the role of emotional well-being. *Journal of Organizational Behavior*. 19: 481-485.

Zabala Blanco J., Ruano Gómez, M. I. (1989). Motivos de la Elección de la Profesión de Enfermería. *Enfermería Científica*. 93:7-10.

Zapf, D. y Einarsen, S. (2001) Bullying in the workplace: Recent trends in research and practice. An introduction. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 10(4): 369-373.

Zapf, D., Knorz, C. y Kulla, M. (1996). On the relationship between mobbing factors, and job content, social work environment, and health outcomes, *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 5: 215-237.

Zupiria-Gorostidi, X., Uranga-Iturrioz, M. J., Alberdi-Erice, M. J., Barandiaran-Lasa, M. T., Huitzi-Egileor, X. y Sanz-Cascante, X. (2006). Fuentes de estrés en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería. Evolución a lo largo de la diplomatura. *Enfermería Clínica*. 16(5): 231-7

Anexos



BREU INTRODUCCIÓ AL PROJECTE D'INVESTIGACIÓ: FACTORS PSICOSOCIALS I VICTIMITZACIÓ A L'ENTORN LABORAL: ANÀLISI DE VULNERABILITAT AL SECTOR SANITARI

RESUM

Les repercussions derivades del treball assistencial han estat estudiades àmpliament per la comunitat científica. A les professions assistencials, és a dir, aquelles que es desenvolupen a partir del tracte amb persones, infermers, metges, psicòlegs, assistents socials, etc., és on els problemes psicosocials i de relació interpersonal adquireixen nivells més elevats.

Sovint la conducta humana al treball assistencial del professional sanitari s'avalua des d'una visió esbiaixada plantejant l'existència de dificultats d'adaptació dels professionals a elements estressors inespecífics de l'entorn laboral i entenent que es tracta d'una professió de risc. És cert que s'enfronten a estressors sobre els que tenen poques possibilitats de control (pacients, usuaris, familiars...) però hi ha d'altres factors com els organitzacionals o les habilitats personals per a la autogestió de l'adaptació i la resposta personal que fan de mediadors entre el treball i l'obtenció o percepció de qualitat de vida laboral.

Als darrers anys a més de l'estrés o el burnout s'observa un increment de les agressions físiques i verbals als establiments sanitaris contra els facultatius que hi presten els seus serveis comprometent el seu benestar personal, la seva salut física i mental, la seva qualitat de vida i la de les seves intervencions.

Més enllà de l'estudi de les repercussions negatives d'aquests fenòmens és fonamental tenir en compte les habilitats personals del professional sanitari des d'una vessant preventiva i positiva, de cara a realitzar processos de selecció, acollida i formació que garanteixin el correcte afrontament de situacions disfuncionals al context sanitari.

Altres variables com els trets de personalitat i experiències personals prèvies, el tipus de tasca, el nivell de coneixement, el rol dins del grup o equip de treball expliquen, juntament amb les variables més contextuais l'estratègia de la persona per tal d'adaptar-se al seu entorn laboral.

OBJECTIUS

(1) Mesurar les variables psicosocials que es relacionen amb la gènesis del burnout i violència en estudiants i professionals d'infermeria.

(2) Identificar característiques de vulnerabilitat a processos disfuncionals com el burnout o la violència al context sanitari en professionals de la infermeria.

(3) Avaluat les diferències entre les puntuacions dels professionals i estudiants en la seva percepció de risc psicosocial del seu treball.

(4) Desenvolupar una proposta d'intervenció per tal de prevenir i pal·liar situacions disfuncionals com el burnout o la violència al lloc de treball.

METODOLOGIA

CARACTERÍSTIQUES DE LA MOSTRA

Professionals sanitaris, DUL's, hagin o no patit violència al lloc de treball, seleccionats mitjançant mostreig no aleatori d'accessibilitat i que hi participin de manera voluntària.

INSTRUMENTS:

Bateria d'avaluació DiPsi per a la valoració de:

- **Patró actitudinal** del treballador per tal d'atendre positivament a les demandes de les tasques que desenvolupa: motivació i satisfacció laboral, percepció d'assetjament, violència laboral o burnout i trets de personalitat;
- **Funcions, tasques i característiques específiques del lloc de treball;** i

- **Característiques de l'estructura organitzativa.**

L'administració de les proves és d'uns 45 minuts aproximadament i per tal de garantir l'anonimat dels participants es codificaran amb un número, excloent-hi les dades de caràcter més personal.

TRACTAMENT DE LES DADES:

Mitjançant el paquet estadístic SPSS (versió 22.0)

Totes les dades es trobaran subjectes a la Llei 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de dades de caràcter personal i seran utilitzades únicament per a la investigació i objectius de caire científic.



CONSENTIMENT INFORMAT

Estimat/da participant,

Estem realitzant un estudi sobre *Factors Psicosocials i Victimització a l'entorn laboral al sector sanitari*, concretament en l'àmbit d'Infermeria, per tal de tractar d'identificar aquells factors que puguin estar relacionats amb la vulnerabilitat a patir situacions com el *burnout* o la violència.

És per això que sol·licito la seva participació voluntària en aquesta investigació mitjançant la resposta anònima a una sèrie de qüestionaris psicològics d'una durada aproximada de 45 minuts. Els qüestionaris seran codificats amb un número de cara a no tenir constància de dades personals.

La informació obtinguda serà gestionada tal com preveu la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal, sent el responsable del fitxer el Dr. Jordi Tous-Pallarés, coordinador de l'Àrea de Psicologia Social (Departament de Psicologia) Facultat de Ciències de l'Educació i Psicologia, garantint l'exercici dels drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició de les dades facilitades, respectant la confidencialitat i per ús exclusiu a efectes d'investigació.

L'estudi no comporta cap risc ni rep cap benefici, és per això que no rebrà cap compensació econòmica per participar.

Si així ho desitja pot sol·licitar tenir accés als resultats de la investigació ficant-se en contacte amb l'àrea de Psicologia Social, Universitat Rovira i Virgili, Campus Sescelades, Facultat de Psicologia, Edifici WO, Laboratori de Grups, 43007 Tarragona. Telèfon 977 558 207.



AUTORITZACIÓ

He llegit i entès el procediment anterior descrit. L'investigadora m' ha aclarit els dubtes i voluntàriament dono el meu consentiment per a participar en l'estudi de la Universitat Rovira i Virgili sobre *Factors Psicosocials i Victimització a l'entorn laboral a l'àmbit de la Infermeria*.

He rebut còpia del procediment.

Nom i cognoms del participant

Signatura

Data



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

<i>Codi</i>	<i>Centre</i>

Diagnóstico Psicosocial

Bateria BIENESTAR PERSONAL

Antes de empezar agradecerle su amable participación en nuestro estudio.

Encontrará una serie de preguntas que tratan de valorar diferentes aspectos relacionados con la práctica de la enfermería y va dirigido tanto a profesionales con experiencia como a estudiantes de enfermería sin ella.

Al inicio de cada cuestionario encontrará información sobre qué mide y la forma de darle respuesta. No se trata de un examen, no hay respuesta correctas ni incorrectas, y son totalmente anónimos. Los datos se emplearán únicamente para investigación.

De acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, Jordi Tous-Pallarés, coordinador del Área de Psicología Social del Departament de Psicologia, Facultat de Ciències de l'Educació i Psicologia de la Universitat Rovira i Virgili, como responsable del fichero, garantiza el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos facilitados, y se compromete, en la utilización de los datos incluidos en el fichero, a respetar su confidencialidad y a utilizarlos de acuerdo con la finalidad del presente proyecto de investigación.

Gracias de nuevo por su colaboración

DATOS DESCRIPTIVOS

1.- DATOS PERSONALES.

1.1. Edad: _____ años

1.2. Género: 1 Hombre
 2 Mujer

1.3. Estado civil: 1 Soltero /a
 2 Casado /a
 3 Separado /a
 4 Otras.....

1.4. Número de hijos a su cargo: _____ hijos

1.5. Otros familiares a su cargo: _____ familiares

1.6. Formación académica: 1 Certificado de estudios
 2 Graduado escolar
 3 Formación profesional
 4 Bachillerato
 5 Universitarios
 6 Otros

1.7. ¿Está Vd. estudiando Enfermería en la actualidad? 1 Sí
 2 No

En caso de responder afirmativamente a la pregunta anterior, pase directamente a responder las preguntas del cuestionario.

2.- DATOS DEL TRABAJO QUE REALIZA.

2.1. Explique brevemente en qué consiste el tipo de trabajo que realiza

2.2. Número de años o meses que lleva trabajando en la empresa actual:

2.3. Tipo de contrato:

1	Fijo
2	Interino
3	A tiempo parcial

2.4. Grupo profesional:

1	Dirección Enfermería
2	Adjunta de Enfermería
3	Coordinadora de Enfermería
4	Enfermera/o clínica/o
5	Enfermera/o
6	Otros.....

2.5. Servicio al que pertenece:

2.6. Horario de trabajo:

2.7. ¿Conoce de la existencia de protocolos de actuación ante situaciones de estrés, burnout o violencia?

1	Sí
2	No

Cómo los valora (1 a 10, siendo 1 la puntuación mínima y 10 la máxima):

2.8. ¿Considera que hay enfermeras/os suficientes para desarrollar las tareas propias de su servicio?

1	Sí
2	No

2.9. ¿Ha sufrido algún episodio de violencia en su puesto de trabajo?

1	Sí
2	No

En caso de responder afirmativamente a la pregunta anterior, responda también las preguntas siguientes:

2.10. ¿Qué tipo de violencia sufrió?

1	Física
2	Psicológica
3	Mixta

2.11 ¿De quién provino la violencia?

1	Paciente
2	Acompañante
3	Otro compañero/a

2.12 ¿Repercutió negativamente en su día a día? ¿En qué forma?:

Este cuestionario contiene 23 frases, conteste verdadero (V) o falso (F) en función de su manera más frecuente de ser, pensar o actuar.

1. No me gusta tomar decisiones de forma rápida, aunque sean decisiones sencillas, como por ejemplo, qué ropa me pongo o qué voy a cenar.	V	F
2. Frecuentemente digo lo primero que se me ocurre sin pensar mucho antes	V	F
3. Me gusta solucionar lenta y cuidadosamente los problemas	V	F
4. Soy bueno aprovechando las ventajas de las oportunidades inesperadas, en las que tienes que hacer algo rápidamente o pierdes tu oportunidad	V	F
5. La mayor parte del tiempo puedo concentrarme en mis trabajos de forma rápida	V	F
6. Frecuentemente me propongo actividades sin pensar si seré capaz de llevarlas a cabo	V	F
7. Frecuentemente compro cosas sin pensar si realmente me puedo permitir comprarlas	V	F
8. No me siento a gusto cuando tengo que decidirme rápidamente	V	F
9. Me gusta tomar parte en conversaciones rápidas en las que realmente no hay mucho tiempo para pensar antes de hablar	V	F
10. A menudo me decido rápidamente sin tomarme el tiempo necesario para considerar la situación desde todos los puntos de vista	V	F
11. Frecuentemente, no paso mucho tiempo pensando sobre una situación antes de actuar	V	F
12. No me gusta tener que hacer las cosas de forma rápida, aun cuando esté haciendo algo que no es muy difícil	V	F
13. Disfrutaría trabajando en una ocupación que requiera tomar decisiones rápidas	V	F
14. Frecuentemente, me meto en situaciones apuradas porque no pienso antes de actuar	V	F
15. Muchas veces los planes que hago no resultan bien porque antes no los he madurado cuidadosamente	V	F
16. Me gusta los deportes y los juegos en los que se tiene que escoger el próximo movimiento muy rápidamente	V	F
17. A menudo pierdo oportunidades debido a que tengo que decidirme rápidamente	V	F
18. La gente me valora porque puedo pensar de forma rápida	V	F
19. Raramente me veo implicado en proyectos sin considerar primero los posibles potenciales problemas	V	F
20. Antes de tomar decisiones importantes, sopeso cuidadosamente los pro y los contra	V	F
21. Soy bueno razonando detenidamente	V	F
22. Intento evitar aquellas actividades donde tengo que actuar sin tener antes mucho tiempo para pensar	V	F
23. A menudo digo y hago cosas sin considerar las consecuencias	V	F

Este cuestionario contiene 29 frases. Lea, por favor, atentamente cada una de ellas y escoja la respuesta en función de su manera más frecuente de ser, pensar o actuar en una escala de 1 a 5 teniendo en cuenta que: Muy pocas veces **1 2 3 4 5** Muchas veces

1. De vez en cuando no puedo controlar el impulso de golpear a otra persona	1	2	3	4	5
2. Cuando no estoy de acuerdo con mis amigos, discuto abiertamente con ellos	1	2	3	4	5
3. Me enfado rápidamente, pero se me pasa enseguida	1	2	3	4	5
4. A veces soy bastante envidioso	1	2	3	4	5
5. Si se me provoca lo suficiente, puedo golpear a otra persona	1	2	3	4	5
6. A menudo no estoy de acuerdo con la gente	1	2	3	4	5
7. Cuando estoy frustrado, muestro el enfado que tengo	1	2	3	4	5
8. En ocasiones siento que la vida me ha tratado injustamente	1	2	3	4	5
9. Si alguien me golpea, le respondo golpeándole también	1	2	3	4	5
10. Cuando la gente me molesta, discuto con ellos	1	2	3	4	5
11. Algunas veces me siento tan enfadado como si estuviera a punto de estallar	1	2	3	4	5
12. Parece que siempre son otros los que consiguen las oportunidades	1	2	3	4	5
13. Me suelo implicar en las peleas algo más de lo normal	1	2	3	4	5
14. Cuando la gente no está de acuerdo conmigo, no puedo evitar discutir con ellos.	1	2	3	4	5
15. Soy una persona apacible	1	2	3	4	5
16. Me pregunto por qué algunas veces me siento tan resentido por algunas cosas	1	2	3	4	5
17. Si tengo que recurrir a la violencia para proteger mis derechos, lo hago	1	2	3	4	5
18. Mis amigos dicen que discuto mucho	1	2	3	4	5
19. Algunos de mis amigos piensan que soy una persona impulsiva	1	2	3	4	5
20. Sé que mis «amigos» me critican a mis espaldas	1	2	3	4	5
21. Hay gente que me incita hasta tal punto que llegamos a pegarnos	1	2	3	4	5
22. Algunas veces pierdo los estribos sin razón	1	2	3	4	5
23. Desconfío de desconocidos demasiado amigables	1	2	3	4	5
24. No encuentro ninguna buena razón para pegar a una persona	1	2	3	4	5
25. Tengo dificultades para controlar mi genio	1	2	3	4	5
26. Algunas ocasiones siento que la gente se está riendo de mí a mis espaldas	1	2	3	4	5
27. He amenazado a gente que conozco	1	2	3	4	5
28. Cuando la gente se muestra especialmente amigable, me pregunto qué querrán	1	2	3	4	5
29. He llegado a estar tan furioso que rompía cosas	1	2	3	4	5

Este cuestionario pretende evaluar su estado general de salud responda únicamente si ha sentido alguna de estas molestias en las últimas dos semanas.

	1	2	3	4
1. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerza para nada	No	Como antes	Más que antes	Mucho más que antes
2. ¿Ha sentido la sensación de estar enfermo?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
3. ¿Ha tenido dolores de cabeza?	No	Como siempre	Más que siempre	Mucho más que siempre
4. ¿Ha tenido pesadez en la cabeza o la sensación de que la cabeza le va a estallar?	No	Igual que antes	Más que antes	Mucho más que antes
5. ¿Se despierta demasiado temprano y ya no se puede volver a dormir?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
6. ¿Al despertar se siente cansado?	No	Como siempre	Más que siempre	Mucho más que siempre
7. ¿Se ha sentido lleno de vida y energía?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
8. ¿Ha tenido dificultad para dormir o conciliar el sueño?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
9. ¿Ha tenido dificultad para dormir de un tirón toda la noche?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
10. ¿Ha pasado noches inquietas o intranquilas?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
11. ¿Ha perdido el interés en su arreglo personal?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
12. ¿Se ha preocupado menos su forma de vestir?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
13. ¿Ha sentido que por lo general hace las cosas bien?	Mejor que antes	Igual que antes	Peor que antes	Mucho peor que antes
14. ¿Se ha sentido satisfecho por su manera de hacer las cosas?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
15. ¿Se siente cariño y afecto por quienes lo rodean?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
16. ¿Se lleva bien con los demás?	Mejor que antes	Como antes	Peor que antes	Mucho peor que antes
17. ¿Ha estado mucho tiempo platicando con los demás?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
18. ¿Ha tenido miedo a decir ciertas cosas a la gente porque tiene la impresión de que va a hacer el ridículo?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
19. ¿Ha sentido que esta jugando un papel útil en la vida?	Más que antes	Igual que antes	Menos útil que antes	Mucho menos útil que antes

20. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
21. ¿Siente miedo ante todo lo que tiene que hacer?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
22. ¿Disfruta sus actividades diarias?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
23. ¿Se ha sentido asustado y con mucho miedo sin que haya una buena razón?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
24. ¿Ha tenido la sensación de que la gente se le queda viendo?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
25. ¿Ha perdido la confianza y fé en sí mismo?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
26. ¿Siente que no se puede esperar nada de la vida?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
27. ¿Ha sentido que no vale la pena vivir?	No, para nada	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
28. ¿Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida?	No, para nada	No creo	Alguna vez	Si
29. ¿Ha pensado estar muerto y lejos de todo?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
30. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?	No, para nada	No creo	Alguna vez	Si

El cuestionario que está a punto de contestar, tiene como intención conocer algunos aspectos de las relaciones psicológicas en el lugar de trabajo, para ello se requiere que conteste los dos incisos con sus preguntas: El primero (A) se refiere a la frecuencia con la que ocurre lo que se pregunta, y el segundo, (B) a la frecuencia con que le ocurre respecto a sus compañeros.

	Muy	Frecuentemente	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
A	frecuentemente	3	2	1	0
	4				
B	Menos que a mis	Igual que a mis	Más que al resto		
	compañeros	compañeros	de mis compañeros		
	1	2	3		

PREGUNTAS	A	B
1. Recibo ataques a mi reputación		
2. Han tratado de humillarme o ridiculizarme en público		
3. Recibo burlas, calumnias o difamaciones públicas		
4. Se me asignan trabajos o proyectos con plazos tan cortos que son imposibles de cumplir		
5. Se me ignora o excluye de las reuniones de trabajo o en la toma de decisiones		
6. Se me impide tener información que es importante y necesaria para realizar mi trabajo		
7. Se manipulan las situaciones de trabajo para hacerme caer en errores y después acusarme de negligencia o ser un mal trabajador(a)		
8. Se extienden por la empresa rumores maliciosos o calumniosos sobre mi persona		
9. se desvalora mi trabajo y nunca se me reconoce que algo lo haya hecho bien		
10. Se ignoran mis éxitos laborales y se atribuyen maliciosamente a otras personas o elementos ajenos a él, como la casualidad, la suerte, la situación del mercado, etc.		
11. Se castigan mis errores o pequeñas fallas mucho más duramente que al resto de mis compañeros/as		
12. Se me obstaculizan las posibilidades de comunicarme con compañeros y/o con otra áreas de la empresa		
13. Se me interrumpe continuamente cuando trato de hablar		
14. Siento que se me impide expresarme		
15. Se me ataca verbalmente verbales criticando los trabajos que realizo		
16. Se me evita o rechaza en el trabajo (evitando el contacto visual, mediante gestos de rechazo explícito, desdén o menosprecio, etc.)		
17. Se ignora mi presencia, por ejemplo, dirigiéndose exclusivamente a terceros (como si no me vieran o no existiera)		
18. Se me asignan sin cesar tareas nuevas		
19. Los trabajos o actividades que se me encargan requieren una experiencia superior a las competencias que poseo, y me las asignan con la intención de desacreditarme		
20. Se me critica de tal manera en mi trabajo que ya dudo de mi capacidad para hacer bien mis tareas		

21. Tengo menos oportunidades de capacitarme o formarme adecuadamente, que las que se ofrecen a otros compañeros		
22. Se bloquean o impiden las oportunidades que tengo de algún ascenso o mejora en mi trabajo		

*La(s) persona(s) que me produce las cosas arriba mencionadas es:

Mi(s) superior(s) _____ Compañero(s) de trabajo _____
Subordinado(s) _____

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con la que siente los siguientes enunciados

0	1	2	3	4	5	6
Nunca/ Ninguna vez	Casi nunca/ pocas veces al año	Algunas veces/ una vez al mes o menos	Regularmente / pocas veces al mes	Bastantes veces/ una vez por semana	Casi siempre/ pocas veces por semana	Siempre/ Todos los días

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando	
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	
10	Siento que me he hecho más duro con la gente	
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	
13	Me siento frustrado en mi trabajo	
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra mis pacientes	
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	

A continuación, se presenta un conjunto de frases en relación con tu forma de pensar y de actuar.

		Completamente en desacuerdo	Bastante desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Completamente de acuerdo
		1	2	3	4	5
1	Me gusta probar cosas nuevas.					
2	Soy el alma de la fiesta.					
3	Me siento cómodo conmigo mismo.					
4	Siempre estoy dispuesto a asumir					
5	Siempre mantengo mi palabra.					
6	Suelo hablar bien de los demás.					
7	El arte me parece aburrido.					
8	Me desenvuelvo bien en situaciones sociales.					
9	A menudo tengo el ánimo por el suelo.					
10	Evito mis obligaciones.					
11	Alguna vez he cogido algo que no era mío.					
12	Respeto a los demás.					
13	Creo en la importancia de formarse					
14	Hablo poco.					
15	A menudo me siento triste.					
16	Dejo las cosas a medias.					
17	Creo que los demás tienen buenas					
18	Evito las discusiones filosóficas.					
19	Alguna vez he dicho algo malo de alguien.					
20	Hago amigos con facilidad.					
21	Es difícil que las cosas me preocupen.					
22	Dejo mis cosas desordenadas.					
23	Soy muy crítico con los demás.					
24	Me gusta visitar museos.					
25	Prefiero que otros sean el centro de atención.					
26	Alguna vez me he aprovechado de alguien.					
27	Me dejo llevar por el pánico con facilidad.					
28	Soy perfeccionista.					

Este cuestionario contiene 38 frases. Lea, por favor, atentamente cada una de ellas y escoja la respuesta en función de su manera más frecuente de ser, pensar o actuar en una escala de 1 a 6 teniendo en cuenta que:

Totalmente en desacuerdo **1 2 3 4 6** Totalmente de acuerdo

1. Cuando repaso la historia de mi vida, estoy contento con cómo han resultado las cosas.	1	2	3	4	5	6
2. A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones.	1	2	3	4	5	6
3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente.	1	2	3	4	5	6
4. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida.	1	2	3	4	5	6
5. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga.	1	2	3	4	5	6
6. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad.	1	2	3	4	5	6
7. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo.	1	2	3	4	5	6
8. No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar.	1	2	3	4	5	6
9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí.	1	2	3	4	5	6
10. Me juzgo por lo que yo creo que es importante, no por los valores que otros piensan que son importantes.	1	2	3	4	5	6
11. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto.	1	2	3	4	5	6
12. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo.	1	2	3	4	5	6
13. Si tuviera la oportunidad, hay muchas cosas de mí mismo que cambiaría.	1	2	3	4	5	6
14. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas.	1	2	3	4	5	6
15. Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones.	1	2	3	4	5	6
16. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo.	1	2	3	4	5	6
17. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.	1	2	3	4	5	6

18. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí.	1	2	3	4	5	6
19. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad.	1	2	3	4	5	6
20. Me parece que la mayor parte de las personas tienen más amigos que yo.	1	2	3	4	5	6
21. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general.	1	2	3	4	5	6
22. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen.	1	2	3	4	5	6
23. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida.	1	2	3	4	5	6
24. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo.	1	2	3	4	5	6
25. En muchos aspectos, me siento decepcionado de mis logros en la vida.	1	2	3	4	5	6
26. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza.	1	2	3	4	5	6
27. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos.	1	2	3	4	5	6
28. Soy bastante bueno manejando muchas de mis responsabilidades en la vida diaria.	1	2	3	4	5	6
29. No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida.	1	2	3	4	5	6
30. En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo.	1	2	3	4	5	6
31. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí.	1	2	3	4	5	6
32. A menudo cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia están en desacuerdo.	1	2	3	4	5	6
33. No quiero intentar nuevas formas de hacer las cosas; mi vida está bien como está	1	2	3	4	5	6
34. Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafíen lo que uno piensa sobre sí mismo y sobre el mundo.	1	2	3	4	5	6
35. Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona.	1	2	3	4	5	6
36. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.	1	2	3	4	5	6
37. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio, y crecimiento.	1	2	3	4	5	6
38. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida, daría los pasos más eficaces para cambiarla.	1	2	3	4	5	6

Las siguientes afirmaciones hacen referencia a sus emociones y sentimientos en general, esto es, no necesariamente limitadas al trabajo de enfermería. Lea atentamente cada frase e indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo según la siguiente escala:

Totalmente en desacuerdo **1 2 3 4 5** Totalmente de acuerdo

1. Presto mucha atención a los sentimientos.	1	2	3	4	5
2. Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.	1	2	3	4	5
3. Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.	1	2	3	4	5
4. Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.	1	2	3	4	5
5. Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.	1	2	3	4	5
6. Pienso en mi estado de ánimo constantemente.	1	2	3	4	5
7. A menudo pienso en mis sentimientos.	1	2	3	4	5
8. Presto mucha atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
9. Tengo claros mis sentimientos.	1	2	3	4	5
10. Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
11. Casi siempre sé cómo me siento.	1	2	3	4	5
12. Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.	1	2	3	4	5
13. A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.	1	2	3	4	5
14. Siempre puedo decir cómo me siento.	1	2	3	4	5
15. A veces puedo decir cuáles son mis emociones.	1	2	3	4	5
16. Puedo llegar a comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
17. Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.	1	2	3	4	5
18. Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.	1	2	3	4	5
19. Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	1	2	3	4	5
20. Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.	1	2	3	4	5
21. Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.	1	2	3	4	5
22. Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.	1	2	3	4	5
23. Tengo mucha energía cuando me siento feliz.	1	2	3	4	5
24. Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.	1	2	3	4	5

Las afirmaciones siguientes son sobre su trabajo y sobre las consecuencias que se derivan de su relación con éste para como profesional y como persona. Piense con qué frecuencia le surgen a usted estas ideas o con qué frecuencia las siente. Lea atentamente cada una de ellas y escoja la respuesta en función de su manera más frecuente de ser, pensar o actuar teniendo en cuenta que:

Nunca **0 1 2 3 4** Todos los días

1. Mi trabajo me supone un reto estimulante	0	1	2	3	4
2. No me apetece atender a algunos pacientes	0	1	2	3	4
3. Creo que muchos pacientes son insoportables	0	1	2	3	4
4. Me preocupa el trato que he dado a algunas personas en el trabajo	0	1	2	3	4
5. Veo mi trabajo como una fuente de realización personal	0	1	2	3	4
6. Creo que los familiares de los pacientes son unos pesados	0	1	2	3	4
7. Pienso que trato con indiferencia a algunos pacientes	0	1	2	3	4
8. Pienso que estoy saturado/a por el trabajo	0	1	2	3	4
9. Me siento culpable por alguna de mis actitudes en el trabajo	0	1	2	3	4
10. Pienso que mi trabajo me aporta cosas positivas	0	1	2	3	4
11. Me apetece ser irónica/o con algunos pacientes	0	1	2	3	4
12. Me siento agobiada/o por el trabajo	0	1	2	3	4
13. Tengo remordimientos por algunos de mis comportamientos en el trabajo	0	1	2	3	4
14. Etiqueto o clasifico a los pacientes según su comportamiento	0	1	2	3	4
15. Mi trabajo me resulta gratificante	0	1	2	3	4
16. Pienso que debería pedir disculpas a alguien por mi comportamiento	0	1	2	3	4
17. Me siento cansada/o físicamente en el trabajo	0	1	2	3	4
18. Me siento desgastada/o emocionalmente	0	1	2	3	4
19. Me siento ilusionada/o por mi trabajo	0	1	2	3	4
20. Me siento mal por algunas cosas que he dicho en el trabajo	0	1	2	3	4
21. No me apetece hacer ciertas cosas de mi trabajo	0	1	2	3	4
22. Me siento decepcionada/o por lo que es mi trabajo	0	1	2	3	4
23. Creo que merezco algo mejor que este trabajo	0	1	2	3	4
24. Pienso que estoy estancada/o y no progreso en mi trabajo	0	1	2	3	4
25. Creo que algunas cosas que hago en mi trabajo no sirven para nada	0	1	2	3	4
26. Pienso que la empresa me está utilizando	0	1	2	3	4

A continuación, le presentamos una serie de situaciones relacionadas con cómo valora el trabajo diario del ejercicio de la enfermería. Conteste a cada pregunta indicando su grado de acuerdo o desacuerdo con los enunciados:

Totalmente en desacuerdo **1 2 3 4 5 6 7** Totalmente de acuerdo

1. Tengo buenas relaciones con todos mis compañeros de trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
2. Puedo decidir cómo organizo mi trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
3. Me considero satisfecho con mi puesto de trabajo actual.	1	2	3	4	5	6	7
4. Me gusta ampliar la formación relacionada con mi trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
5. Creo que tengo un buen rendimiento laboral y profesional.	1	2	3	4	5	6	7
6. Me noto cansado cuando empiezo otro día de trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
7. Me preocupan los problemas de mis compañeros de trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
8. En mi trabajo recibo órdenes contradictorias.	1	2	3	4	5	6	7
9. Tengo un trabajo muy repetitivo.	1	2	3	4	5	6	7
10. Mi trabajo consta de tareas muy diversas.	1	2	3	4	5	6	7
11. Puedo organizar y decidir la forma de realizar mi trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
12. Mis compañeros y jefes me culpan de sus errores.	1	2	3	4	5	6	7
13. Para promocionar en mi empresa hay que ser sumiso.	1	2	3	4	5	6	7
14. Me siento muy integrado con mi grupo de trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
15. Realizo un trabajo que considero humillante.	1	2	3	4	5	6	7
16. Mi trabajo consta de muchas tareas sin sentido.	1	2	3	4	5	6	7

1. ¿Podría indicarnos, de más a menos importante, cuáles fueron sus motivos para estudiar enfermería?
2. ¿Considera que recibió durante su carrera los contenidos teóricos y prácticos que esperaba?, ¿coincidieron con la idea que tenía sobre la práctica enfermera?
3. ¿Cree que salió suficientemente preparado, a nivel técnico y emocional, para enfrentarse a las prácticas profesionales? ¿Y para su desempeño en el mundo laboral?
4. ¿Podría indicarnos si encontró dificultades a la hora de adaptarse a la práctica profesional? En caso de dar una respuesta afirmativa, ¿cómo las resolvió? ¿necesitó ayuda externa?
5. ¿Alguna vez ha pensado en abandonar su profesión? ¿En qué momento? ¿por qué? ¿qué le hizo cambiar de idea?
6. ¿Conoce a alguien que haya pensado en abandonarla? ¿llegó finalmente a hacerlo? ¿En qué momento? ¿conoce cuál fue el motivo? ¿qué piensa al respecto?
7. ¿Podría indicarnos qué valora más de su trabajo o qué le gusta más y por qué? ¿Y tres cosas que valora menos o que no le gustan tanto y por qué?
8. ¿Nos describiría brevemente su trayectoria profesional? ¿cuántos años lleva trabajando en el hospital? ¿por qué puestos o servicios ha ido pasado? ¿Cuál es su puesto actual, funciones y responsabilidad?
9. ¿Ha llevado o lleva alumnos en prácticas? ¿Considera que los estudiantes actuales de enfermería que hacen prácticas en su centro de salud están suficientemente preparados? ¿Cree que les falta algún tipo de formación técnica o emocional para mejorar?

10. ¿Qué mejoraría o cambiaría en su trabajo actual?

11. ¿Qué medidas conoce de las que se toman desde la dirección del hospital para mejorar la calidad de vida laboral del personal de enfermería?



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI