



UNIVERSIDAD DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

**¿Influye la Crisis Económica en la Calidad de Vida de los
Profesionales de Enfermería?**

D^a Ghada Khalil Abouzeid Abouzeid

2018



UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

¿Influye la crisis económica en la calidad de vida de los profesionales de enfermería?

Realizada por:

Ghada Khalil Abouzeid Abouzeid

Dirigida por:

Dra. María José López Montesinos

Dra. Laura Martínez Alarcón

AÑO 2018



D^a. M^a José López Montesinos, Profesora Titular de Universidad del Área de Enfermería en el Departamento de Enfermería, AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "¿Influye la crisis económica en la calidad de vida de los profesionales de enfermería?", realizada por D^a. Ghada Khalil, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 10 de septiembre de 2018





D^a. Laura Martínez Alarcón, Doctora de Universidad del Área de Ciencias de la Salud en el Departamento de Enfermería, AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "¿Influye la crisis económica en la calidad de vida de los profesionales de enfermería?", realizada por D. GHADA KHALIL ABOUZEID ABOUZEID, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 10 de Septiembre de 2018

INDICE	
Resumen	1
Abstract	7
Agradecimientos.....	13
Índice de tablas., figuras y gráficos	17
Índice de tablas.....	19
Índice de figuras	21
Índice de gráficos.....	21
CAPITULO I. INTRODUCCIÓN	23
I. INTRODUCCIÓN.....	25
I.1 DEFINICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA	25
I.2 CALIDAD DE VIDA LABORAL	32
I.3 CLIMA ORGANIZACIONAL	38
I.4 LA REPERCUSIÓN DE LA CRISIS ECONÓMICA EN LA CALIDAD DE VIDA LABORAL DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	44
I.4.1 Crisis económica en el siglo XX.....	44
I.4.2 Crisis económica del siglo XXI.....	45
I.4.3 Factores desencadenantes de la crisis económica española	47
I.4.4 Crisis económica y recortes en sanidad	51
I.5 REMUNERACIÓN	55
I.6 JORNADA LABORAL.....	61
I.6.1 Turnos y horarios.....	61
CAPITULO II. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	69
II.1 HIPÓTESIS DE TRABAJO.....	71
II.2 OBJETIVOS.....	71
CAPITULO III. MATERIAL Y MÉTODOS	73
III.1 DISEÑO DEL ESTUDIO.....	75

III.1.1 Revisión bibliográfica.....	75
III. 1. 2 Características del estudio.....	76
III. 1. 3 Periodo del estudio.....	76
III.1.3.1 Temporalidad de la recogida de documentación seleccionada	76
III.1.3.2 Temporalidad de la recogida de datos	77
III. 1. 4 Localización.....	77
III. 1. 5 Población a estudio	78
III. 1. 5.1 Selección de la muestra	79
III. 1. 5. 1. 1 Criterios de inclusión	79
III. 1. 5. 1. 2 Criterios de exclusión	79
III.2 DISEÑO DEL TRABAJO DE CAMPO	80
III.2.1 Distribución de cuestionarios.....	80
III.2.2 Recogida de los datos.....	81
III. 3 INSTRUMENTO DE MEDIDA	82
III. 3 .1 Cuestionario CVP-35	82
III. 3 .2 Cuestionario de crisis económica y calidad de vida	85
III. 3 .3 Escala de somnolencia de Epworth	86
III. 4 CUESTIONARIO FINAL	87
III. 5 VARIABLES A ESTUDIO	88
III.6 ESTUDIO PILOTO	92
III.7 ANÁLISIS ESTADÍSTICO	93
CAPITULO IV. RESULTADOS	95
IV.1 GRADO DE CUMPLIMENTACIÓN DEL ESTUDIO	97
IV.1.1 Características de la muestra	97
IV.1.2 Análisis descriptivo.....	98
IV.1.2.1 Variables sociodemográficas	98
IV.1.2.2 Variables académicas.....	101

IV.1.2.3 Variables laborales.....	102
IV.1.3 Análisis descriptivo del cuestionario CVP35	103
IV.1.4 Agrupación de las variables del cuestionario CVP35 en dimensiones.....	108
IV.1.5 Análisis bivariante	110
IV.1.5.1 Variables sociodemográficas	110
IV.1.5.2 Variables académicas y laborales	116
IV.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL CUESTIONARIO "CUESTIONARIO DE CRISIS	
ECONÓMICA Y CALIDAD DE VIDA"	128
IV.2.1 Análisis bivariante	131
IV.2.1.1 Variables sociodemográficas	131
IV.2.1.2 Variables académicas y laborales	135
IV.3 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH.....	139
IV.3.1 Agrupación de las variables de la escala de somnolencia de Epworth.....	141
CAPITULO V. DISCUSIÓN.....	143
V.1 DISCUSIÓN	145
V.2 CALIDAD DE VIDA LABORAL (CVP-35).....	148
V.3 CARGAS EN EL TRABAJO	149
V.4 APOYO DIRECTIVO	151
V.5 MOTIVACIÓN INTRÍNSECA.....	154
V.6 CRISIS ECONÓMICA Y CALIDAD DE VIDA	156
V.7 TRASTORNOS DEL SUEÑO. ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH	157
V.8 LIMITACIONES DEL ESTUDIO	159
CAPITULO VI. CONCLUSIONES.....	161
CAPITULO VII. ABREVIATURAS.....	167
CAPITULO VIII. BIBLIOGRAFÍA.....	171
CAPITULO IX. ANEXO I	183

Resumen

Resumen

Antecedentes

Para Krugman (1991) "el bienestar de la economía es muy parecido al bienestar de un individuo. Las cosas importantes que afectan al nivel de vida de las personas son: la productividad, la distribución de la renta y el desempleo. Si éstas son satisfactorias, no hay nada que pueda ir mal, y si no lo son, nada puede ir bien". Desde el inicio de la crisis económica en los años 2007-2008, los recortes se han incrementado en la sanidad pública, y como resultado de dichos recortes, ha surgido la disminución de la contratación de recursos humanos en todas las categorías con despidos de eventuales e interinos aparte de vacantes sin cubrir; además de las bajas forzosas y la no cobertura de bajas de enfermedad (Bayle, 2013). Los recortes salariales y la congelación de los sueldos, así como los recortes en recursos humanos y materiales, son factores que influyen en la calidad de vida laboral de los profesionales de enfermería y como consecuencia repercuten en el trabajo, el descanso y la vida del trabajador.

Objetivo

El objetivo principal de este estudio es medir la repercusión de la crisis económica en la calidad de vida laboral de los profesionales de enfermería de un centro hospitalario comarcal de la Región de Murcia y analizar si existe una asociación entre crisis económica, calidad de vida laboral y calidad del sueño del trabajador condicionadas con dicha crisis.

Metodología

Se realiza un estudio documental sobre calidad de vida en general y en los profesionales de enfermería en particular, relacionado con la crisis económica. Tras una revisión bibliográfica sobre instrumentos de medición de calidad de vida y previo análisis documental, se realiza un trabajo de campo de tipo descriptivo, observacional, cuantitativo, concurrente, transversal sobre calidad de vida a una muestra de profesionales de enfermería del ámbito hospitalario (N=240). Se utiliza el cuestionario CVP-35 (Cabezas, 2000) para medir la calidad de vida de los profesionales de enfermería. Para valorar el impacto de la crisis económica en la calidad de vida de los profesionales de enfermería tanto en el trabajo como en la vida personal, se procede a elaborar un cuestionario que se valida y se adapta a nuestro medio. Para medir la repercusión del trabajo en el descanso y vida del trabajador, se utiliza la Escala de Somnolencia de Epworth (Murray, 1991) en la versión adaptada por Ferrer, Vilagut, Monasterio *et al* (1999).

Resultados

De una muestra de 240 se obtuvieron un total de 208 encuestas válidas: Grado de cumplimentación 87%. El 39% de los encuestados tenía entre 30 y 39 años y otro 39% entre 40 y 49 años. Un 83% eran mujeres y 17% hombres. En cuanto al estado civil, un 81% de ellos estaba casado o con pareja. Con respecto a la formación académica, un 85% son D.U.E. y solamente el 2% realizaron algún estudio superior. La media de la antigüedad en la empresa es de 191,65 días ($16 \pm 8,6$ años) y en el servicio donde trabajan actualmente es de 103,11 días ($8.6 \pm 7,3$ años). En cuanto al tipo de contrato, un 52% de los participantes tiene un contrato fijo, un 35% interino/temporal y 13% por

sustitución. Al analizar la calidad de vida laboral en enfermería encontramos una satisfacción alta de los profesionales con la calidad de vida percibida (94%). Los resultados obtenidos por ítems individuales a las respuestas del cuestionario de la calidad de vida profesional (CVP-35), indicaron que un porcentaje máximo se encontró en la pregunta *“Me siento capacitado para realizar mi trabajo”* (97%). **La motivación intrínseca** ha sido valorada positivamente por parte de los profesionales de enfermería (82%). Los porcentajes bajos han sido para **el apoyo directivo** (45%). Al evaluar las **cargas en el trabajo** el nivel más alto ha sido el 41% y por ítem individual el porcentaje más alto se registró en *“Realizaba gran cantidad de trabajo”* (86%). Los resultados ponen de manifiesto que existen asociaciones significativas ($p < 0.05$) al analizar los ámbitos sociodemográficos (edad y estado civil) y su relación con las tres dimensiones (cargas en el trabajo, apoyo directivo, motivación intrínseca) de la calidad de vida laboral.

Respecto a los resultados obtenidos sobre la percepción de la crisis económica por los profesionales de enfermería, el porcentaje más alto (83%) se registró en el desacuerdo de los profesionales de enfermería sobre los recortes que sufría el sector sanitario a causa de la crisis. Existen asociaciones significativas ($p < 0.05$) entre la edad, el sexo, el estado civil de los encuestados y la situación económica del trabajador. Respecto a los trastornos del sueño y el insomnio, como factores que puedan influir en la calidad de vida del trabajador a causa de la crisis económica, el porcentaje medio más alto (43%) revelaba que los encuestados no sufrían somnolencia diurna según la escala del instrumento utilizado.

Conclusiones

Los profesionales de enfermería indican una elevada satisfacción con su calidad de vida laboral en general. En la dimensión cargas de trabajo, se aprecia el estrés y el sobreesfuerzo que el trabajador debe realizar para poder alcanzar los objetivos con la calidad deseada. El apoyo directivo no ha sido, hasta ahora, un estímulo apropiado para que puedan desarrollar sus ideas y sugerir cambios. En cuanto a la motivación intrínseca, el apoyo familiar y de los compañeros ha sido de gran utilidad en la vida del trabajador. La formación continuada es una necesidad reclamada por parte del profesional de enfermería para su crecimiento y desarrollo. La crisis económica y sus consecuencias condicionan la calidad de vida laboral y familiar del profesional, con repercusión en la prestación de calidad asistencial en el desempeño de su trabajo, a diferencia de los escasos problemas que se presentan en relación a los trastornos del sueño que sufren los componentes de la muestra.

Abstract

Abstract

Background

For Krugman (1991) "the welfare of the economy is very similar to the well-being of an individual. The important things that affect the level of life of people are: productivity, income distribution and unemployment." If these are satisfactory, there is nothing that can go wrong, and if they are not, nothing can go well ". Since the beginning of the economic crisis in the years 2007-2008, the cuts have increased in public health, and as a result of these cuts, there has been a decrease in the hiring of human resources in all categories with dismissals of eventual workers. interns other than unfilled vacancies; in addition to forced removals and non-coverage of sick leave (Bayle, 2013). Salary cuts and the freezing of salaries, as well as cuts in human and material resources, are factors that influence the quality of working life of nursing professionals and as a result impact on work, rest and life of the worker.

Objective

The main objective of this study is to measure the impact of the economic crisis on the quality of working life of the nursing professionals of a regional hospital in the Region of Murcia and analyze whether there is an association between economic crisis, quality of work life and quality of the sleep of the worker conditioned with said crisis.

Methodology

A documentary study on quality of life in general and nursing professionals in particular, related to the economic crisis. After a literature review on quality of life measurement instruments and previous documentary analysis, a descriptive, observational, quantitative, concurrent, cross-sectional field work on quality of life was

carried out on a sample of nursing professionals from the hospital field (N = 240). The CVP-35 questionnaire (Cabezas, 2000) is used to measure the quality of life of nursing professionals. In order to assess the impact of the economic crisis on the quality of life of nursing professionals both at work and in personal life, we proceed to prepare a questionnaire that is validated and adapted to our environment. To measure the impact of work on rest and worker's life, the Epworth Sleepiness Scale (Murray, 1991) is used in the version adapted by Ferrer, Vilagut, Monasterio et al (1999).

Results

A sample of 240 a total of 208 valid surveys were obtained: Degree of completion 87%. 39% of the respondents were between 30 and 39 years old and another 39% between 40 and 49 years old. 83% were women and 17% men. Regarding marital status, 81% of them were married or with a partner. With regard to academic training, 85% are D.U.E. and only 2% did some superior study. The average of seniority in the company is 191.65 days (16 ± 8.6 years) and in the service where they currently work is 103.11 days (8.6 ± 7.3 years). Regarding the type of contract, 52% of the participants have a fixed contract, 35% interim / temporary and 13% substitution. When analyzing the quality of work life in nursing we found a high satisfaction of the professionals with the quality of life perceived (94%). The results obtained by individual items to the answers of the professional quality of life questionnaire (CVP-35), indicated that a maximum percentage was found in the question "I feel qualified to do my job" (97%). The intrinsic motivation has been valued positively by nursing professionals (82%). The low percentages have been for managerial support (45%).

When evaluating workloads, the highest level was 41% and by individual item the highest percentage was recorded in "Performed a lot of work" (86%). The results show that there are significant associations ($p < 0.05$) when analyzing the sociodemographic areas (age and marital status) and their relationship with the three dimensions (workloads, managerial support, intrinsic motivation) of the quality of working life.

Regarding the results obtained on the perception of the economic crisis by the nursing professionals, the highest percentage (83%) was registered in the disagreement of the nursing professionals about the cuts suffered by the health sector due to the crisis. There are significant associations ($p < 0.05$) between the age, sex, marital status of the respondents and the economic situation of the worker. Regarding sleep disorders and insomnia, as factors that may influence the quality of life of the worker due to the economic crisis, the highest average percentage (43%) revealed that the respondents did not suffer from daytime drowsiness according to the scale of the instrument use.

Conclusions

Nursing professionals indicate high satisfaction with their quality of work life in general. In the dimension of workloads, the stress and overexertion that the worker must perform in order to reach the objectives with the desired quality is appreciated. The managerial support has not been, until now, an appropriate stimulus for them to develop their ideas and suggest changes. In terms of intrinsic motivation, family and peer support has been very useful in the life of the worker. Continuing education is a need claimed by the nursing professional for their growth and development. The economic crisis and its consequences condition the quality of work and family life of the

professional, with an impact on the provision of quality care in the performance of work, unlike the few problems that arise in relation to sleep disorders that suffer the components of the sample.

Agradecimientos

AGRADECIMIENTOS

A todos los profesionales de enfermería del Hospital Rafael Méndez de Lorca, que sin su colaboración no hubiera sido posible sacar este trabajo a la luz.

A mis directoras de tesis, la Dra. María José López Montesinos y la Dra. Laura Martínez Alarcón, por haber confiado en mí, por su apoyo, ayuda y consejos, siempre positivos.

A Guadalupe Ruíz Merino por su ayuda para sacar adelante el proceso estadístico de este trabajo.

A mi marido Riad por su gran apoyo moral y por su confianza en mí.

A mis hijos Cherin, Firas y Jad por ser la alegría de mi vida.

*Índices de tablas, gráficos
y figuras*

Índice de tablas

Tabla 1. Definiciones propuestas para el concepto de Calidad de Vida por diferentes autores.	31
Tabla 2. Definiciones propuestas para el concepto de Calidad de Vida Laboral por diferentes autores.	33
Tabla 3. Características de la crisis económica más importantes del siglo XX Y XXI.	47
Tabla 4. Secuencia de los distintos tipos de crisis de la "Fase cíclica de declive" (2007-2008)..	49
Tabla 5. Fases del estudio.	76
Tabla 6. Características de la población a estudio según el servicio o la unidad y el turno.	78
Tabla 7. Características principales del estudio realizado.	92
Tabla 8. Frecuencias y porcentajes de participación según el servicio o la unidad.	97
Tabla 9. Variables sociodemográficas de la muestra.	99
Tabla 10. Variables relacionadas con la formación académica de la muestra.	101
Tabla 11. Variable laboral: tipo de contrato de la muestra.	102
Tabla 12. Análisis descriptivo del cuestionario de calidad de vida profesional (CVP-35)	106
Tabla 13. Agrupación por dimensiones de las variables del cuestionario de calidad de vida profesional (CVP-35).	109
Tabla 14. Edad de los encuestados relacionada con el cuestionario de calidad de vida profesional (CVP-35).	110
Tabla 15. Sexo y estado civil de los encuestados relacionado con el cuestionario de calidad de vida profesional (CVP-35).	113
Tabla 16. Formación académica de los encuestados relacionado con el cuestionario de calidad de vida profesional (CVP-35).	117
Tabla 17. Formación académica de posgrado de los encuestados relacionado con el cuestionario de calidad de vida profesional (CVP-35)	122

Tabla 18. Tipo de contrato laboral de los encuestados relacionado con el Cuestionario de calidad de vida profesional (CVP-35).	125
Tabla 19. Análisis descriptivo del Cuestionario de Crisis Económica y Calidad de Vida.	130
Tabla 20. Edad de los encuestados relacionada con el Cuestionario de Crisis Económica y Calidad de Vida.....	132
Tabla 21. Variables sociodemográficas: sexo y estado civil de los encuestados relacionados con el Cuestionario de Crisis Económica y Calidad de vida.	134
Tabla 22. Formación académica de los encuestados relacionada con el Cuestionario de Crisis Económica y Calidad de Vida.	136
Tabla 23. Formación académica de posgrado relacionada con el Cuestionario de la Crisis Económica y Calidad de Vida	137
Tabla 24. Tipo de contrato relacionado con el cuestionario de Crisis Económica y Calidad de Vida.....	138
Tabla 25. Análisis descriptivo de la Escala de Somnolencia de Epworth en profesionales de Enfermería.....	140
Tabla 26. Agrupación por grado de somnolencia de las variables de la Escala de Somnolencia de Epworth.....	141

Índice de figuras

Figura 1. Variables que intervienen en el trabajo a turnos	61
Figura 2. Mapa del Área 3 de Salud: Lorca del Servicio Murciano de Salud	77

Índice de gráficos

Gráfico 1. Sueldo medio de un profesional de enfermería en distintos países.	57
Gráfico 2. Porcentajes de participación según el servicio o la unidad.	98
Gráfico 3. Distribución de la muestra por sexo.	100
Gráfico 4. Distribución de la muestra por estado civil.	100

CAPITULO I
Introducción

I. | INTRODUCCIÓN

I.1 | DEFINICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

La discordancia sobre la definición de la calidad de vida ha sido el punto de partida de análisis entre investigadores en diferentes ámbitos culturales, científicos y sociales (García Riaño, 1991) intentando ajustar dichas definiciones a la vida de un ser vivo muy complejo: el ser humano. Ante la amplitud de definiciones se ha realizado una revisión documental sobre el tema.

El estudio de la calidad de vida se remonta a la antigüedad, con el origen del hombre y su lucha continua para satisfacer sus necesidades y conseguir una buena calidad de vida. Los filósofos griegos (Diener y Suh, 2000), analizaron bienestar y felicidad sin llegar a definir el tema en sí, intentaron dar una respuesta a un universo real como bienestar, felicidad y satisfacción cuyos conceptos han sido el punto de partida de los investigadores actuales, fundamentado en la Antigua Grecia hasta el día de hoy.

Según Nietzsche la vida misma es: *“Un instinto de crecimiento, de duración, de acumulación de fuerzas y de poder”* (Irigibel-Uriz, 2007). Para Nietzsche la vida depende de la fuerza de voluntad de extenderse y de la fuerza del poder. Su visión y la de otros filósofos ha sido el núcleo de muchas investigaciones sobre la calidad de vida humana. Actualmente, el diccionario de la lengua de la Real Academia Española (RAE 2015) define la calidad de vida como: *“Conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida”*.

El economista Pigou propuso el uso del término “*Calidad de Vida*” en 1932 (Tonon, 2007). Su empleo se limitaba en medir la actividad económica de forma sistemática y comprendía exclusivamente bienes y servicios. Hoy en día el término calidad de vida se considera polivalente debido a su uso como lenguaje diario donde aparece en los debates sociales y científicos (Tonon, 2007).

A comienzos del siglo XX, el estudio de calidad de vida ha captado la atención de los investigadores y ha pasado a centrarse en la persona, su propia decisión y su necesidad de logro de una mayor satisfacción con su vida. Dicho término empieza a aparecer durante la década de los 50 y 60 como concepto, cuya valoración científica y sistemática se concretaba en evaluar el medio ambiente y el deterioro de la vida urbana (Gómez y Sabeh, 2001).

Para algunos autores como Moreno y Ximénez (1996), el término de calidad de vida es reciente y empieza a utilizarse aproximadamente en el año 1975. Posteriormente, tiene gran difusión a lo largo de los años ochenta, considerando que es un concepto que procede de la medicina con una extensión rápida a la sociología y psicología, *"desplazando términos algo difíciles de operacionalizar como la felicidad y el bienestar"*. Por otro lado, Gómez y Sabeh (2001) señalan que, a mediados de los años 70 y comienzo de los 80 los indicadores sociales pasaron a ser diferenciados del concepto de la calidad de vida. Para ellos, dicho término empezó a convertirse en un concepto multidimensional de las políticas sociales, dado que hace referencia a buenas condiciones de vida objetivas y un grado de bienestar subjetivo. El término de la calidad de vida fue incluido en 1974 en la primera revista monográfica de EEUU *"Social*

Indicators Research". En "*Sociological Abstracts*" en 1979 su cita ayudó a su extensión teórica y metodológica y desplegó una amplia investigación en torno al término.

Los autores Levi y Anderson (1980) definen la calidad de vida como: *"una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa"*. Para Szalai (1980) la calidad de vida es *"la evaluación subjetiva del carácter bueno o satisfactorio de la vida como un todo"*. Por otro lado, Van Dam (1968) considera que no existe una definición aceptada de calidad de vida, sino que con este término se hace referencia a una serie de opiniones e ideas, como quejas físicas y psíquicas, sentimientos de bienestar, sexualidad humana y actividades cotidianas. Por ello, se puede considerar que salud, felicidad y bienestar han sido unos objetivos claves para conseguir un estado óptimo de calidad de vida.

Otra definición de calidad de vida la da Chaturvedi (1991) que la define como *"la sensación subjetiva de bienestar del individuo"*. García Riaño (1991) señala que hay que recurrir a los términos precisos de la calidad de vida para hacer historia, unos términos que engloban salud bienestar y felicidad; no existiendo referencias históricas bibliográficas que trataran la calidad de vida como un concepto. Quintero (1992) la considera el indicador multidimensional del bienestar material y espiritual del hombre en un marco social y cultural determinado. Por otro lado, Borthwick-Duffy (1992) cree que éste es un concepto amplio que engloba elementos como la salud física, el estado psicológico, el medio ambiente, las relaciones sociales y la relación de cada persona con su entorno. Felce y Perry (1995) la definen como la *"calidad de las condiciones de vida de una persona, como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, como la combinación de componentes objetivos y subjetivos"*.

Varios son los autores (Buela-Casal et al., 1991) que consideran que el término "calidad de vida" tiene su origen principalmente en medicina para extenderse rápidamente a la sociología y la psicología. Sin embargo, la preocupación individual y social para mejorar las condiciones de vida, existen desde los comienzos de la vida humana. Arostegi (1999) considera que el interés por conocer el bienestar humano y la inquietud por una sociedad que se ve influenciada por la industrialización, abre un interés peculiar en medir los indicadores en un determinado momento social y económico, partiendo de las ciencias sociales a través de unos datos objetivos. Dichos indicadores objetivos tuvieron su propia evolución para después, en un segundo momento, contemplar elementos subjetivos.

Según Haas (1999) es un término multidisciplinario dependiendo de la percepción individual de cada persona, sus valores y el conjunto de circunstancias que lo rodean. Para Casas (1999) la calidad de vida como objetivo y proceso se desarrolla según el medio que le adopta. Pero cada ámbito es obligado a concordarse con los desarrollos previos, aunque sean de aspecto científico, político o técnico. De ahí nace la diferencia en su significado exacto en diferentes ámbitos actualmente.

Se ha considerado que esta gran difusión y multiplicidad de concepciones puede derivar de la naturaleza diversa del concepto de la calidad de vida (Cummins, 2000). La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) la define como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con

su entorno. A pesar de la evolución que se percibe en las categorías en este concepto, Gómez y Sabeh (2001) señalan que todavía existe una falta de consenso sobre la definición del concepto y su evaluación. Por ello, se considera que han existido dos aproximaciones básicas: aquella que lo concibe como una entidad unitaria y la que lo evalúa como un constructo compuesto por una serie de dominios.

Para otros investigadores como Ardila (2003), la expresión de calidad de vida como definición integradora ha sido evaluada mediante métodos subjetivos y objetivos. También resumida cómo un concepto que puede ser entendido y aplicado a niveles individuales, organizacionales y sociales. Ardila define la calidad de vida como una combinación de elementos objetivos y subjetivos considerando la calidad de vida como un estado de satisfacción general que depende de la personalidad o la forma de ser de cada persona. Por ello, los aspectos objetivos han sido clasificados como elementos derivados del bienestar material, la salud percibida y las relaciones armónicas con el ambiente físico social y con la comunidad. Desde su punto de vista, los elementos subjetivos son una sensación de bienestar físico, psicológico y social incluyendo otros elementos subjetivos como la intimidad, la expresión emocional, la seguridad, la salud percibida y la productividad personal. Refiriéndose en la evaluación objetiva y subjetiva a fundamentos como salud, trabajo, alimentación, derechos humanos, medio ambiente, relaciones sociales y la forma de ser de cada individuo.

Cummins (2005) considera que los economistas miden el concepto de la calidad de vida basándose en elementos tangibles (material) mientras los científicos sociales lo harán en la percepción individual sobre la calidad de vida. Por ello, el concepto de la calidad de vida hoy en día integra tres ramas de las ciencias: economía, medicina y

ciencias sociales. Cada una de estas disciplinas ha impulsado el desarrollo de un punto de vista diferente en lo que se refiere a cómo debe conceptualizar la calidad de vida. La autora Maya (2006) considera que debemos asumir conscientemente los estilos de vida saludables o "factores protectores de la calidad de vida" para prevenir desajustes psicosociales, espirituales y mantener el bienestar, para crear calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano. Dichos factores protectores o estilos de vida podrían ser, según ella: a) Tener sentido de vida, objetivos de vida y plan de acción; b) Mantener la autoestima, el sentido de pertenencia e identidad; c) Mantener la autodecisión, la autogestión y el deseo de aprender; d) Brindar afecto y mantener la integración social y familiar; e) Tener satisfacción con la vida; f) Promover la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación; g) Capacidad de autocuidado; h) Seguridad social y control de factores de riesgo como obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, estrés y algunas patologías como hipertensión y diabetes; i) Ocupación de tiempo libre y disfrute del ocio; j) Comunicación y participación a nivel familiar y social; k) Accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación, culturales, recreativos, etc. y l) Seguridad económica.

La calidad de vida es un área de estudio que ha despertado especial interés entre los investigadores a lo largo de la historia. Este interés ha ido aumentando en los últimos años del siglo XX hasta convertirse en un concepto utilizado en muchos ámbitos como la economía, la salud, la salud mental, la educación, la política, los servicios sociales y las familias (Iglesias Guerra et al., 2010).

Investigadores como Urzúa y Caqueo-Urizar (2012) recogen algunas definiciones del concepto de calidad de vida. Los autores del estudio, pretenden demostrar a través

de la clasificación de los distintos modelos de definiciones propuestos por varios investigadores sobre el concepto de la calidad de vida, que no existe una definición única de dicho término, ni una completa diferenciación con otros conceptos similares, siendo frecuentemente mal utilizada (Tabla 1).

Tabla 1. Definiciones propuestas para el concepto de Calidad de Vida por diferentes autores.

AUTOR	DEFINICIÓN
Shaw (1977)	La calidad de vida de manera objetiva y cuantitativa, diseñando una ecuación que determina la calidad de vida individual: $QL=NE \times (H+S)$, en donde NE representa la dotación natural del paciente, H la contribución hecha por su hogar y su familia a la persona y S la contribución hecha por la sociedad. Críticas: la persona no evalúa por sí misma, segundo, no puede haber cero calidad de vida.
Hornquist (1982)	Términos de satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural.
Calman (1987)	Satisfacción, alegría, realización y la habilidad de afrontar.
Opong et al. (1987)	Condiciones de vida o experiencia de vida.
Ferrans (1990b)	El bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella.
Bigelow et al. (1991)	Ecuación en donde se balancean la satisfacción de necesidades y la evaluación subjetiva de bienestar.
Martin & Stockler (1998)	Tamaño de la brecha entre las expectativas individuales y la realidad a menor intervalo, mejor calidad de vida.
Haas (1999)	Evaluación multidimensional de circunstancias individuales de vida en el contexto cultural y valórico al que se pertenece.
Lawton (1999)	Evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo.

Fuente: Urzúa y Caqueo -Urizar. Calidad de vida: una revisión teórica del concepto, 2012.

En esta revisión teórica sobre la definición de la calidad de vida se puede evidenciar que se trata de un concepto multidimensional, foco de discusión de muchos investigadores. Algunos han separado los indicadores subjetivos (percepción individual

de cada sujeto) de los objetivos (oportunidad de acceso a la salud, bienes y trabajo) y otros han evaluado la calidad de vida mediante métodos objetivos y subjetivos.

I.2 | CALIDAD DE VIDA LABORAL

El investigador García Sánchez (1993) define la calidad de vida laboral (CVL) como una *"experiencia del bienestar derivada del equilibrio que percibe el individuo entre las demandas o carga de trabajo desafiante, intenso y complejo, y los recursos (psicológicos, organizacionales y relacionales) de que dispone para afrontar esas demandas"*. Para él, el estado del bienestar en el trabajo nace de la percepción del trabajador de un equilibrio entre las demandas y los recursos disponibles para enfrentarse a ellas. Señala que, además del trabajo, las cargas engloban la salud del individuo, su entorno familiar, su necesidad de formación y la seguridad en el empleo. En esta misma línea, San Martín et al. (1995) considera que la satisfacción del individuo en su trabajo es una variable importante relacionada con la calidad de vida de los trabajadores y con el comportamiento organizacional.

Ante la amplitud de las definiciones de la calidad de vida laboral, la variabilidad de las opiniones de los investigadores al analizar el tema, Segurado y Agulló (2002) agrupan varias definiciones sobre el tema (Tabla 2). La mayoría de los investigadores manifiestan la importancia de un buen clima organizacional como factor esencial que influye en el comportamiento de los trabajadores y al mismo tiempo en la productividad de la organización. Dichas definiciones se basan en valoraciones del individuo con relación a su ambiente laboral, usando términos como motivación, humanización necesidades personales y vida privada (Segurado y Agulló, 2002).

Tabla 2. Definiciones propuestas para el concepto de Calidad de Vida Laboral por diferentes autores.

AUTOR	DEFINICION
Walton (1973)	Un proceso para humanizar el lugar de trabajo
Katzell et al. (1975)	Un trabajador disfruta de alta CVL cuando: a) experimenta sentimientos positivos hacia su trabajo y sus perspectivas de futuro, b) está motivado para permanecer en su puesto de trabajo y realizarlo bien y c) cuando siente que su vida laboral encaja bien con su vida privada de tal modo que es capaz de percibir que existe un equilibrio entre las dos de acuerdo con sus valores personales
Suttle (1977)	Grado en que los miembros de la organización satisfacen necesidades personales importantes a través de sus experiencias en la organización
Nadler y Lawler (1983)	Forma de pensar sobre las personas, el trabajo y las organizaciones. Sus elementos distintivos tienen que ver con: 1) el impacto del trabajo sobre las personas y sobre la eficacia organizacional y 2) la participación en la solución de problemas y toma de decisiones organizacional
Delamotte y Takezawa (1984)	Conjunto de problemas laborales y sus contramedidas reconocidas como importantes determinantes de la satisfacción del trabajador y la productividad en muchas sociedades durante su periodo de crecimiento económico
Turcotte (1985)	La dinámica de la organización del trabajo que permite mantener o aumentar el bienestar físico y psicológico del hombre con el fin de lograr una mayor congruencia con su espacio de vida total
Sun (1988)	Un proceso dinámico y continuo para aumentar la libertad de los empleados en el puesto de trabajo mejorando la eficacia organizacional y el bienestar de los trabajadores a través de intervenciones de cambio organizacional planificadas, que incrementarán la productividad y la satisfacción
Fernández y Giménez (1988)	El grado en que la actividad laboral que llevan a cabo las personas está organizada objetiva y subjetivamente, tanto en sus aspectos operativos como relacionales, en orden a contribuir a su más completo desarrollo como ser humano
Robbins (1989)	Un proceso a través del cual una organización responde a las necesidades de sus empleados desarrollando los mecanismos que les permitan participar plenamente en la toma de decisiones de sus vidas laborales
Munduate (1993)	Una meta que implica la mejora de la efectividad organizacional mediante la transformación de todo el proceso de gestión de los recursos humanos. Como proceso, la transición desde un sistema de control a un sistema de participación. Como filosofía, considera las personas como un recurso más que como un costo extensivo del proceso de producción
Heskett et al. (1994)	La calidad del ambiente de trabajo contribuye a la satisfacción de los empleados
De la Poza (1998)	Un conjunto de estrategias de cambio con objeto de optimizar las organizaciones, los métodos de gerencia y/o los puestos de trabajo, mediante la mejora de las habilidades y aptitudes de los trabajadores, fomentando trabajos más estimulantes y satisfactorios y traspasando poder, responsabilidad y autonomía a los niveles inferiores
Fernández Ríos (1999)	Grado de satisfacción personal y profesional existente en el desempeño del puesto de trabajo y en el ambiente laboral, que viene dado por un determinado tipo de dirección y gestión, condiciones de trabajo, compensaciones, atracción e interés por las actividades realizadas y nivel de logro y autodesarrollo individual y en equipo
Lau (2000)	Las condiciones y ambientes de trabajo favorables que protegen y promueven la satisfacción de los empleados mediante recompensas, seguridad laboral y oportunidades de desarrollo personal

Fuente: Segurado Torres y Agulló Tomás. Calidad de vida laboral: hacia un enfoque integrador desde la Psicología Social, 2002.

Según Casas et al. (2002), la Calidad de Vida Laboral puede definirse como: "*un proceso dinámico y continuo en el que la actividad laboral está organizada objetiva y subjetivamente, tanto en sus aspectos operativos como relacionales, en orden a contribuir al más completo desarrollo del ser humano*". Por un lado, el concepto de la Calidad de Vida Laboral es multidimensional y está relacionado con aspectos significativos (horarios, retribución, medio ambiente laboral, beneficios, servicios obtenidos, posibilidades de carrera profesional y relaciones humanas, etc.) que tienen que ver con la satisfacción, la motivación y el rendimiento laboral de los trabajadores. Por otro lado, el hecho de identificar las dimensiones más relevantes en los profesionales sanitarios, podría crear instrumentos de medida tanto de forma global como por dimensiones. Con ello se podrían determinar los aspectos que deben ser mejorados en las organizaciones, modelizar y mejorar los problemas identificados, medir resultados, así como realizar comparaciones, aunando los objetivos de los trabajadores y de la organización. En este mismo estudio, Casas et al. (2002) consideran que el trabajo es muy significativo para los empleados desde el punto de vista económico, social y psicológico para su bienestar y su desarrollo. Aunque también consideran que estas compensaciones no se garantizan siempre en todos los trabajos. Para Guerrero et al. (2004), conseguir una calidad de vida en el trabajo resulta de la evolución del concepto de salud del trabajador, desde un enfoque centrado en la enfermedad hasta otro más amplio que abarca los determinantes y los cambios en las condiciones de salud y de la enfermedad. Guerrero considera que un profesional cuya formación es científico/técnica y/o biotecnológica es un ser bio-psico-social durante las 24 horas que se relaciona con su familia, con el clima laboral y al mismo tiempo con el

entorno que lo rodea. La calidad de vida laboral como la satisfacción en el trabajo ejercen un impacto directo sobre la calidad asistencial (Martin-Fernández et al., 2007).

De este modo, la calidad de vida laboral para muchos autores depende de varios factores. Un buen clima organizacional se relaciona con aspectos significativos para el trabajador: horarios, retribución, medio ambiente laboral, beneficios, servicios obtenidos, posibilidades de carrera profesional y las relaciones humanas. Estos aspectos influyen en la satisfacción, la motivación y el rendimiento laboral de los trabajadores. También pueden lograr el bienestar y el desarrollo del trabajador a través de tres factores: factor económico, social y psicológico (García, 1993; Casas, 2002; Segurado et al., 2002; Guerrero et al., 2004). Resultados similares encuentra López Montesinos (2013) en un estudio sobre las "Consecuencias psicosociales del trabajo en los profesionales de enfermería hospitalaria, como gestión de recursos humanos". Este estudio analizó la relación que existe entre las variables psicosociales, las variables demográficas y sociolaborales de los enfermeros. El objetivo fue detectar los niveles de satisfacción laboral, los síntomas psicósomáticos y el bienestar psicológico en dichos profesionales. Además de demostrar que las consecuencias psicosociales del ámbito laboral pueden afectar tanto a la salud y rendimientos del personal de enfermería como a la seguridad del paciente, por la posible asociación que se establece entre las consecuencias y la calidad asistencial prestada en el marco de las políticas de seguridad del paciente. El estudio se realizó con una muestra de 476 profesionales de enfermería procedentes de 9 hospitales de la Región de Murcia en España. Los enfermeros tenían que cumplimentar un protocolo de salud laboral que contiene herramientas de medición de variables psicosociales, como satisfacción laboral (relación con los supervisores, satisfacción con el trabajo, el ambiente físico, las prestaciones percibidas

y la satisfacción total). Para medir la sintomatología psicosomática asociada al estrés en el trabajo, se utilizó la *Escala Golembiewski*, adaptada de Hock (1988). Para medir el nivel de bienestar psicológico, utilizó *Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-28*. El resultado del estudio señala la presencia de alteraciones psicosociales en profesionales de enfermería, derivados del trabajo en el rendimiento y absentismo laboral, asociado a una insatisfacción ante condiciones laborales relacionado con variables sociodemográficas y sociolaborales (entorno físico y espacio del trabajo). El estudio indica que las consecuencias psicosociales vienen derivadas de la imposibilidad de acceder a una formación continuada, inestabilidad de los contratos de trabajo, turnicidad (turnos nocturnos y rotatorios), además de la situación familiar, la edad del profesional de enfermería y la antigüedad en el puesto del trabajo y en la empresa. Según los resultados, las consecuencias psicosociales analizadas en el profesional de enfermería pueden estar relacionadas con la seguridad del paciente de un lado, y los niveles de morbilidad y mortalidad del paciente de otro.

Un estudio similar, realizado por Sánchez (2003) en Atención Primaria del Área 10 de la Comunidad de Madrid donde participaron todos los profesionales del Área (n=419) pretendía conocer la calidad de vida profesional percibida por los trabajadores e identificar los componentes de la misma. Se utilizó como instrumento de medición el cuestionario de calidad de vida profesional (CVP-35) además de variables demográficas y laborales. Las conclusiones del trabajo indican que la calidad de vida es peor entre el personal médico que en el resto de los trabajadores, percibiéndose una excesiva carga de trabajo y escasos recursos aportados por la organización. Además, encontraron un nivel medio de calidad de vida en el resto de los profesionales.

Otro estudio realizado por Fernández (2007) que utilizó también el cuestionario de la calidad de vida profesional (CVP-35) para conocer la percepción de la calidad de vida de todos los profesionales de enfermería en Atención Primaria de Soria (n=104). Las conclusiones obtenidas en este estudio revelaron una puntuación media en la Calidad de vida global percibida y en la capacidad de desconectarse del trabajo al final de la jornada laboral. La puntuación mínima de media se encontró en la pregunta relacionada con la mejora de la calidad de vida por parte de la empresa y la puntuación máxima de media se encontró en la pregunta sobre el apoyo familiar.

Una investigación sobre calidad de vida profesional en enfermería (Guitart, 2008) realizado en el Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios en Cataluña, utilizó también el cuestionario de calidad de vida profesional (CVP-35) para medir la “Calidad de vida profesional de los enfermeros dentro del equipo multidisciplinar”. Los resultados demostraron que la calidad de vida en enfermería está muy por debajo del resto de los profesionales del equipo y encontraron un nivel bajo de apoyo por parte de los responsables para mejorar la motivación de los profesionales de enfermería. Dichos resultados fueron el motivo de que los profesionales de enfermería buscaran el apoyo en la familia o en la automotivación.

En otro estudio sobre calidad de vida laboral (Andrades y Suazo, 2007) donde participaron 100 enfermeros de un hospital de Chile, el objetivo fue conocer su calidad de vida y los factores asociados utilizando el cuestionario WHOQOL-BREF. Los resultados indicaron que el dominio mejor percibido por los enfermeros fue “Relaciones Sociales” y el “Físico” el peor. La calidad de vida global se calificó como “buena”, mientras la calidad de vida en salud fue percibida por los profesionales como “conforme”. Las

variables significativas para la calidad de vida fueron la edad, la situación de pareja y la realización de turnos de noche. Los autores del estudio sugirieron nuevos estudios para profundizar especialmente en las variables que no resultaron estadísticamente significativas como la condición de mujer de las enfermeras y su triple rol.

I.3 | CLIMA ORGANIZACIONAL

En cuanto al Clima Organizacional, Gonçalves (2007) destaca diferentes elementos para poder comprender mejor este concepto. El autor considera que el Clima Organizacional se refiere a las características del medio ambiente de trabajo, percibidas directa o indirectamente por los trabajadores que ejercen en ese medio. Dicho Clima tiene también consecuencias en el comportamiento laboral. Gonçalves considera que el Clima es un mediador que interviene entre los factores del sistema organizacional y el comportamiento individual, aunque se diferencian de una organización a otra. El autor del artículo concluye que el conjunto de estructuras, características organizacionales y los individuos que las componen forman un "sistema interdependiente altamente dinámico". A través de este análisis, Gonçalves demuestra que, de todos los enfoques sobre el concepto del clima laboral, lo que cobra mayor importancia es que el comportamiento de un trabajador no resulta de los factores organizacionales existentes, sino que depende de la "percepciones" que tenga el trabajador de dichos factores. Como resultado, el clima creado por los factores y estructuras del sistema conduce a determinados comportamientos del individuo que pueden ser perjudiciales a la organización, y por tanto al clima, completándose así el circuito. En base a todo lo mencionado anteriormente, el autor llega a la siguiente definición de Clima Organizacional: *"Es un fenómeno interviniente que media entre los factores del sistema*

organizacional y las tendencias motivacionales que se traducen en un comportamiento con consecuencias sobre la organización (productividad, satisfacción, rotación, etc.)". Por otro lado, la definición del Clima Organizacional supone un conjunto de componentes y determinantes que pueden ofrecer una visión global de la organización. Dichos componentes y determinantes pueden ser: a) El ambiente físico como son las instalaciones y el espacio físico entre otros; b) Características estructurales como el tamaño y estilo de la dirección; c) Ambiente social que engloba las relaciones interpersonales y con la dirección; d) Características personales como el comportamiento del trabajador y la motivación del mismo y f) Comportamiento organizacional que incluye la productividad, turnos y horarios, absentismo, carga de trabajo, la satisfacción laboral, etc. (Salazar E. et al., 2009). El autor considera que estos componentes y determinantes forman un clima organizacional que depende de la percepción de sus miembros y determina los comportamientos de los trabajadores hacia la organización. Por ello, un Clima Organizacional apropiado depende del correcto desempeño de la organización (González et al., 2014).

Un buen clima organizacional está relacionado directamente con la calidad de vida profesional en general y de enfermería objeto del estudio en especial según lo mencionado anteriormente. Dado que los enfermeros son el objeto de nuestra investigación, cabe destacar su función, definir su labor y, cómo no, conocer su identidad profesional.

La madre de la enfermería moderna Florence Nightingale, declaró en 1946 que lo que la enfermera tiene que realizar es: *“Dejar al paciente en las mejores condiciones posibles para que la naturaleza siga su curso”*. A mediados del siglo XIX, Nightingale

fundamentó la enfermería como profesión. Fue la primera teórica en enfermería y supo aplicar sus conocimientos de historia y filosofía al estudio de la realidad que formó la mayor parte de su vida, *el cuidado de la salud de las personas*. Gracias a ella, las enfermeras empezaron a desarrollar sus conocimientos teóricos a partir de la segunda mitad del siglo XX. El hecho de adoptar su teoría, permitió que los enfermeros desarrollen sus prácticas en el cuidado de las personas, familia y comunidad (Amaro, 2004). Nightingale fue la primera enfermera que marcó el camino de sus homólogos en la aplicación del método científico en la práctica asistencial de enfermería.

En su modelo conceptual, Virginia Henderson en 1961 define la enfermería como: *“una mezcla de arte y ciencia, cuyo papel es imprescindible en la prevención de las enfermedades del individuo y en evitar el sufrimiento del paciente a la hora de su muerte”* (Bridges Daisy, 1961). Henderson considera que la enfermera forma parte de un grupo interdisciplinar, en el cual coopera junto a otros profesionales, en la calidad de asistencia del individuo. Para Pepin et al. (1996), existen unas características principales que definen a una enfermera. Características que van desde lo general a lo particular: la enfermera es un compromiso personal y profesional con el cuidado, cuya experiencia en el campo sanitario y compromiso se centra en desarrollar el potencial de las personas. Además, es una persona polivalente y multidisciplinar que aprovecha sus recursos y conocimientos para cuidar y promover la salud de las personas y la califica como una persona competente cuyo objetivo es optimizar el valor de los cuidados. Orem define la enfermería como *“un servicio humano, proceso interpersonal y una tecnología que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma, para mantener la salud, la vida y el bienestar”* (Vega y González, 2007). Cavalheiro et al. (2008) indican que la profesión de enfermería es estresante donde el profesional se enfrenta

diariamente a numerosos acontecimientos potenciales como la enfermedad y la muerte, además del contacto cotidiano con compañeros y familiares. Todo ello, constituye factores de riesgo que perjudican directa o indirectamente a la calidad de vida de las enfermeras.

Sobre el estrés laboral, Freudenberg (1974) fue el primero en definir el "*síndrome de burnout*" como un síndrome de desgaste profesional (estar quemado por el trabajo). Debido al estrés laboral dentro de la institución, lo sufren profesionales con relaciones directas y continuas con las personas (tal como maestros, policías y enfermeros). Para Leiter y Maslach (2003), el estrés laboral se debe factores como las condiciones del trabajo, las relaciones con los compañeros, la sociedad, la personalidad de cada uno, el ambiente socioeconómico, el tipo de organización y el liderazgo. Limonero et al. (2004) afirman que la mayoría de los profesionales se ven expuestos, en un momento determinado, a un estado de estrés, debido a las condiciones de su trabajo. Pero los profesionales sanitarios en general y los de enfermería, en particular, se ven más expuestos a una situación del estrés laboral crónico, lo que conlleva un problema importante tanto para la persona que lo padece como para la organización en la que trabaja. Así que, tanto el estrés laboral como el síndrome de *burnout*, el desgaste profesional o síndrome de estrés asistencial (Novoa, 2005), son factores que influyen directamente en la satisfacción laboral y en la percepción de la calidad de vida en el trabajo, por lo que han sido tratados ampliamente en el campo de enfermería (Álvarez y Fernández, 1991; Cabezas, 1998; Koivula et al., 2000; Nayeri al., 2009). El estudio descriptivo de Herrera y Cassals (2005) sobre algunos factores que influyen en la calidad de vida en el trabajo en el área de enfermería del Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí" en Cuba, identifica los agentes estresores del personal de enfermería según sus

características socio demográficas y profesionales y valora su grado de vulnerabilidad, autoestima y satisfacción. Los resultados del estudio demostraron bajos indicadores de vulnerabilidad ante el estrés y una elevada autoestima y satisfacción, contrariamente a los citados anteriormente sobre los agentes causantes del estrés laboral. El estudio señala que la principal causa que produce el estrés entre el personal de enfermería está relacionada con la agonía y muerte de los pacientes.

El profesional de enfermería según lo mencionado anteriormente, es un ser que cuida a las personas, la familia y la comunidad. Previene las enfermedades, evita el sufrimiento del paciente y ofrece servicio humano para mantener la salud, la vida y el bienestar del paciente. Es un compromiso personal y profesional con el cuidado, polivalente y multidisciplinar que optimiza los valores de los cuidados. De esta forma, la profesión de enfermero es estresante por enfrentarse diariamente a acontecimientos como la enfermedad y la muerte. García et al. (2005) consideran que la enfermería es una de las profesiones que está sometida a altos niveles de estrés, lo cual puede afectar a su calidad de vida profesional y conducir a un estado de insatisfacción laboral. Fidalgo (2005) lo confirma en un estudio donde expone varias definiciones sobre el Síndrome de estar quemado por el trabajo o "*burnout*". Concluye que, operacionalmente, se puede definir el concepto como: "*una respuesta al estrés laboral crónico integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de la organización*".

En esta misma línea, López Montesinos (2009) identifica diferentes predictores de estrés laboral como son la sobrecarga del trabajo, la falta de definición de funciones, así como los escasos recursos y la enorme responsabilidad en el ambiente laboral. La falta del reconocimiento profesional, el no existir conciliación en el trabajo y la confrontación en el ambiente laboral, son factores que someten al personal de enfermería a un ambiente cargado de tensión y por lo tanto predispone al profesional a un estado de estrés.

A la raíz de todo lo expuesto anteriormente, se ha considerado necesario analizar la percepción personal de los profesionales de enfermería de la calidad de vida laboral, medir la repercusión del trabajo en el descanso y la vida del trabajador, y valorar el impacto de la crisis económica en la calidad de vida de los profesionales de enfermería tanto en el trabajo como en la vida personal.

Por otro lado, uno de los aspectos objetivos de la definición de la calidad de vida mencionado anteriormente es el bienestar material (Ardila, 2003). En esta misma línea, Maya (2006) considera que la seguridad económica es uno de los componentes de la calidad de vida. Los recortes salariales y la congelación de los sueldos se pueden considerar como factores influyentes en la calidad de vida de los profesionales de enfermería desde el comienzo de la crisis en el año 2007 hasta el día de hoy. De este modo, la OMS y la OPS (Organización Panamericana de la Salud) consideran que: "La salud, la seguridad y el bienestar son de fundamental importancia para los propios trabajadores y sus familias y también para la productividad, la competitividad y la sostenibilidad de las empresas y, por ende, para las economías de los países y del mundo" (OMS Y OPS, 2016). Un importante motivo para estudiar la repercusión de la

crisis económica en la calidad de vida laboral de los profesionales de enfermería e identificar la asociación entre ambas.

I.4 | LA REPERCUSIÓN DE LA CRISIS ECONÓMICA EN LA CALIDAD DE VIDA LABORAL DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

En el pasado se han producido dos grandes crisis que han dejado una importante huella en la historia y la sociedad como son la crisis económica del “*Crack del 29*” (López Fernández de Lascoiti, 2009) y otra más cercana a nuestros días como la “*Fase cíclica de declive de 2007*” (Villar, 2009). A través de este estudio, analizamos si influye esta última crisis económica en el sector sanitario y como consecuencia en la calidad de vida de los profesionales de enfermería.

I.4.1 | Crisis económica en el siglo XX

Según López Fernández de Lascoiti (2009), la crisis económica iniciada en 1929 ha sido uno de los hechos históricos más importantes de la primera mitad del siglo XX y sus consecuencias afectaron a millones de ciudadanos. Los acontecimientos decisivos del siglo XX, como el auge de los fascismos o la Segunda Guerra Mundial, están íntimamente unidos al desarrollo de esta crisis. El autor califica la década de 1920 como un periodo de crecimiento y desarrollo económico. Pero los desequilibrios existentes cristalizaron en la crisis más profunda del sistema capitalista, excepcional por su gravedad y por su larga duración. La depresión desestabilizó la vida de una gran parte del mundo, facilitó el auge de las rivalidades entre las naciones y obligó al sistema capitalista a buscar la solución en nuevas vías económicas y sociales (López Fernández de Lascoiti, 2009). La crisis económica mundial del 24 de octubre de 1929 (jueves negro),

conocida como “*Crack del 29*” o la Gran Depresión originada en Estados Unidos que se propagó geográficamente desde allí al resto del mundo. Los precios de las acciones en Wall Street sufren la caída más grande de la historia, los bancos exigen el pago de los préstamos concedidos a otros países, al igual que a personas individuales que no podían devolverlos. Los clientes de los bancos pierden la confianza y retiran sus depósitos. Esta falta de dinero en los bancos prohíbe invertir en los sectores industriales y agrícolas. Como resultado, en 1932 la mayor parte de los bancos entraron en quiebra (Comin, 2011). El autor resume los factores que causaron la crisis de los años treinta de la siguiente manera: la sobreproducción, el desorden monetario, la desigual y relativa recuperación económica y la especulación. Las consecuencias de la crisis dejaron una gran tasa de desempleo en Estados Unidos, Alemania, Reino Unido y la Gran Depresión fue una de las causas que desencadenó la II Guerra Mundial (Comin, 2011) (Tabla 3).

1.4.2 | Crisis económica del siglo XXI

Para Steinberg (2008), la crisis que estalló en agosto de 2007 se ha transformado en una crisis financiera sistémica, cuyo epicentro ya no está sólo en EEUU, sino que se ha desplazado a Europa y Japón y está teniendo un fuerte impacto en el crecimiento de las economías emergentes. El autor califica la crisis financiera mundial como resultado de una liberalización financiera sin regulación adecuada por un lado y del exceso de liquidez global originado en los Estados Unidos por otro lado (Tabla 3). Según Villar (2009) la crisis económica se originó en marzo del 2007, tras una fase de expansión continua y constante desde 1992. Por lo tanto, el periodo 2004-2007 ha sido el de mayor prosperidad, bonanza, bienestar y desarrollo en más de 30 años. Dicha etapa finalizó dejando paso a una profunda crisis que se ha llamado “*Fase cíclica de declive*” que es

cuando estalla la peor crisis financiera de la historia y la más grave desde el “*Crack del 29*”. Debido al hundimiento de las hipotecas de alto riesgo en agosto de 2007, los países desarrollados cayeron en una profunda recesión que obligó a los gobiernos de dichos países a adoptar medidas urgentes para salvar sus sistemas financieros y no caer en una gran depresión. Villar (2009) analiza las causas de la crisis como resultado de una serie de circunstancias: primero fueron los fallos de regulación y control financiero de los países desarrollados, principalmente Estados Unidos, segundo los errores de política monetaria y por último una escasa gestión de las entidades financieras. El diario “*El País*” publicó en el año 2008 un artículo titulado como “Lehman Brothers se declara en bancarrota”, donde asegura la quiebra del cuarto banco de inversión de Estados Unidos confirmando los temores sobre la estabilidad del país (Pozzi, 2008). A partir de este día se desplomó la bolsa de Nueva York arrastrando a las bolsas del mundo entero. Una crisis financiera que califica Marichal (2013) en su libro “*Nueva historia de las grandes crisis financieras: Una perspectiva global*” como el “*tsunami financiero*”.

Tabla 3. Características de la crisis económica más importantes del siglo XX Y XXI.

CRISIS/SIGLO	ORIGEN/AÑO	PRINCIPALES CAUSAS	CONSECUENCIAS
Crisis económica del siglo XX	Estados Unidos (Crack del 1929)	<ul style="list-style-type: none"> • Bonanza y bienestar económico (años 20) • Sobreproducción • Subconsumo • Hipotecas <i>subprime</i> • Venta de acciones a precios altos • Crecimiento artificial de la bolsa de valores 	<ul style="list-style-type: none"> • Caída de la bolsa de valores (Nueva York) • Quiebra bancaria • Cierre de empresas • Paro • Reducción de consumo • Ruina en el sector agrícola y ganadero • Crisis económica mundial
Crisis económica del siglo XXI	Estados Unidos (Fase cíclica de declive 2007-2008)	<ul style="list-style-type: none"> • Bonanza y bienestar económico (desde 1992) • Demanda de acciones (precios altos) • Sobreproducción • Estancamiento* • Altos precios de materias primas: Alimentos, petróleo • Hipotecas subprime** 	<ul style="list-style-type: none"> • Caída de la bolsa de valores (Nueva York) • Quiebra bancaria (Lehman Brothers) • EE.UU reduce sus compras del exterior • Cierre de empresas y reducción de consumo • Crisis financiera europea (falta mercado para sus exportaciones) • Quiebra bancaria europea y crisis financiera

Estancamiento:** Estancamiento económico a la vez que persiste la subida de los precios y salarios. *Hipotecas subprime:** Hipotecas de alto riesgo. Fuente: Elaboración propia.

1.4.3 | Factores desencadenantes de la crisis económica española

La historia económica de España en las tres últimas décadas ha estado dominada por tres dedicaciones diferentes: las del desarrollo (años sesenta), las de la llegada y dominio de la crisis económica internacional (años setenta) y las del diseño y aplicación de políticas de ajuste capaces de recuperar el dinamismo de nuestra economía e integrarla en Europa (años ochenta) (Quintana, 1988). El gran deseo de desarrollo que se apoderó de los españoles a nivel social e individual en los años sesenta y a la grave

crisis económica marcada por altas tasas de paro e inflación de los años setenta, llegando finalmente a unas obligaciones y políticas de ajustes que exigían a los españoles para vivir en Europa en los años ochenta. En España, Recarte (2009) resume que los principales problemas mundiales que afectaban a la economía española desde agosto de 2007 eran los siguientes: 1) La fuerte subida de los precios de las fuentes de energía de las que depende especialmente la economía española como son el petróleo, el gas y el carbón; 2) La subida de los precios de las materias primas, que afectaría a la producción industrial; y 3) La subida de los precios de muchos productos alimenticios, hecho que termina afectando a la renta de las familias con menos ingresos. Por otro lado, Dávila y González (2009) afirman que la crisis económica mundial en general y la española en particular, perjudican a la salud de las personas y poblaciones a través de diferentes mecanismos y circuitos que pueden ser directos e indirectos. Consideran que algunos de estos mecanismos actúan a corto plazo, mientras otros sólo se dejarán sentir a largo plazo. Hernández et al. (2011) afirman que la crisis económica, recesión o depresión son a lo largo de la historia los resultados de los comportamientos económicos que pueden llegar a ser destructores. Por ello, es muy importante preverlas tomando medidas a tiempo para controlarlas e impedir su expansión, tanto en las consecuencias como en la dirección. Según la autora, los desencadenantes de una crisis económica, recesión o depresión se deben a dos factores importantes: el comportamiento de la población (gastos por encima de los ingresos) y las políticas gubernamentales pues la existencia de una multiplicidad de choques económicos, marcada como una bajada de la demanda con una exagerada producción, pueden conducir a menudo a fluctuaciones cíclicas. Los gobiernos son los que tienen que tomar las medidas adecuadas para prevenir situaciones que pueden desembocar en una crisis

económica y, posteriormente, a una gran depresión. A lo largo de la historia parece causa común el que no se prevea y se tomen "medidas adecuadas en el momento oportuno" (Hernández et al. 2011). Ruesga (2013) resume la sucesión de factores que caracterizaron la Gran Depresión, que han ido desencadenándose desde el año 2007 en los países desarrollados en general, y en los países miembros de la Unión Europea en especial (Tabla 4).

Tabla 4. Secuencia de los distintos tipos de crisis de la "Fase cíclica de declive" (2007-2008).

Crisis financiera	<ul style="list-style-type: none"> • El exceso de liquidez de la política monetaria clásica de tipos básicos estalla en burbujas. • La carencia de regulación-supervisión propicia estrategias financieras cortoplacistas.
Crisis económica	<ul style="list-style-type: none"> • Las instituciones financieras cierran el crédito ante la desconfianza generalizada en los mercados. • La economía real, adicta al apalancamiento, se queda sin financiación para seguir consumiendo e invirtiendo.
Crisis del empleo	<ul style="list-style-type: none"> • La crisis de demanda sin financiación se traslada a la oferta. • Parte de las burbujas financieras se construyeron en sectores intensivos en mano de obra.
Crisis de la deuda	<ul style="list-style-type: none"> • Efecto clásico de la crisis sobre los ingresos y gastos públicos que se traduce en mayor déficit. • Costosos programas de rescate financiero para los grandes bancos "too big to fail".
Crisis de austeridad	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de ajuste (prioridad a la reducción del déficit público) con condicionalidad de los "rescates financieros". • Salidas de capital hacia el exterior buscando mercados "de calidad". • Los ajustes redundan en caídas del consumo y de la inversión. Depresión económica recurrente.

Fuente: Ruesga Benito, S. M. *Para entender la crisis económica en España. El círculo vicioso de la moneda única y la carencia de un modelo productivo eficiente.*, 2013.

Un estudio del Instituto Nacional de Estadística (INE) (2012), bajo el título de "Calidad de vida, más allá del crecimiento económico", pone en evidencia que la idea de la actividad medida a partir del Producto Interior Bruto (PIB), no es la única forma de medir el bienestar de las personas y el progreso de las sociedades. Dicho artículo señala que la información estadística ha proliferado en aspectos que puedan servir para

describir las condiciones de vida de las personas, como son los sanitarios, educativos, medioambientales, el bienestar de las personas y la desigualdad. En este mismo estudio, el INE muestra la necesidad de estudiar el desarrollo de las sociedades complementando los datos económicos con otras perspectivas como la calidad de vida y la sostenibilidad. Podemos concluir que una forma de medir el desarrollo de una sociedad es investigar las condiciones de vida de la población por medio de la pobreza y la desigualdad (INE, 2012). La nueva tasa de pobreza creada por "*At risk of poverty or social exclusion: AROPE*" analiza la pobreza a través de tres indicadores: falta de ingresos, privación material severa o vivir en un hogar con baja intensidad laboral. La tasa de privación material en España alcanza el 13,2% de la población en 2010 frente a un 17% de media en la Unión Europea (INE, 2012). El INE considera que una persona se encuentra en una situación de privación material cuando sufre tres carencias de un listado total de nueve. Además, cuando una persona sufre un déficit de cuatro carencias, se considera que la privación material es severa. Los nueve indicadores de este listado son: no tener capacidad para afrontar gastos imprevistos, no poder permitirse ir de vacaciones al menos una semana al año, tener retraso en el pago de gastos relacionados con la vivienda principal en los últimos 12 meses, no poder permitirse mantener la vivienda con una temperatura adecuada, ni permitirse una comida de carne, pollo o pescado al menos cada dos días, tampoco poder disponer de lavadora, TV y automóvil (INE 2012). España es uno de los países que más ha sufrido el duro impacto de la crisis económica, con una tasa de desempleo rápida y preocupante y con unas políticas anticrisis basadas en la disminución de los presupuestos destinados a políticas sociales y cambios normativos de profundo contenido ideológico (Cortès-Franch y López-Valcarcel, 2014). Los autores afirman que la crisis económica es un problema que afectó a todas las

personas en nuestra sociedad (incluyendo a los que tienen poder económico) y que poco a poco se instaló en nuestras casas y deterioró vidas con el desempleo y la falta de recursos imprescindibles en la vida diaria.

1.4.4 | Crisis económica y recortes en sanidad

La situación económica que está sufriendo España desde la caída de la crisis económica en el año 2007, obliga al gobierno a plantear una serie de reformas para reducir el déficit público afectando al personal de las Administraciones Públicas de una forma directa (BOE. Real Decreto-Ley 20/2012). Se suprime la paga extraordinaria del mes de diciembre y la paga adicional de complemento específico, se congelan las retribuciones salariales y del empleo público, se reducen los días de libre disposición y se suprimen los días adicionales por antigüedad tanto en el caso de las vacaciones como en los días por asuntos particulares. Además, se amplía la jornada laboral (37,5 horas semanales en vez de 35 horas), se modifica el régimen retributivo durante la incapacidad temporal por contingencias comunes (menos el 50% los primeros tres días, menos el 25% desde el cuarto día hasta el vigésimo), despido masivo del personal sanitario (desaparición de contratos interinos o de larga duración por contratos sucesivos de corta duración) y la eliminación de la aportaciones a planes de pensiones que incluyen la cobertura de la contingencia de jubilación.

Todas estas medidas se articularon mediante un Real Decreto-Ley 20/2012, de 13 de julio, *“medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad”* (BOE. Real Decreto-Ley 20/2012). Bayle (2013) considera que desde el inicio de la crisis los recortes se han cebado en la sanidad pública. Como resultado de

dichos recortes, surgió la disminución de los profesionales de todas las categorías con despidos de eventuales e interinos además de vacantes sin cubrir, de las bajas forzadas y la no cobertura de bajas por enfermedad. Bayle (2013) afirma que, a raíz de los recortes era inevitable el cierre de plantas, quirófanos, recursos en horario de tarde, además de producirse la desaparición de puntos de atención continuada. En este mismo artículo señala que la intensidad de los recortes ha sido distinta según las comunidades autónomas, pero asegura que los recortes se han producido en todas ellas: “mientras que el promedio de disminución presupuestaria ha sido del 11,42%, ésta ha oscilado desde el 1,3 hasta el 23,3% según las autonomías”. El resultado de los recortes ha sido el agravamiento de la calidad de la atención sanitaria y un incremento de las listas de espera. También comenta que se ha visto afectada la relación entre recursos sanitarios (los profesionales) y los resultados en salud (la morbilidad/mortalidad). Lo confirman también Peña-Sánchez et al. (2013) en un estudio para medir la satisfacción profesional del personal médico de atención especializada, donde la medida de la satisfacción de los profesionales de la medicina y otros profesionales sanitarios es más relevante en un entorno de crisis económica, donde los cambios pueden afectar a estos profesionales y a la calidad de los servicios sanitarios. Dichos recortes aparecen en el informe conjunto de la Comisión Europea (CE) y la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) “*Panorama de la Salud: Europa 2014*” (Informe OCDE y CE, 2014), España se encuentra entre los países de la UE (Unión Europea) que más han recortado su gasto sanitario durante la crisis económica: un 1,9% anual de media entre 2009 y 2012, frente al crecimiento del 4% anual en el periodo 2000-2009 y donde se está registrando un nuevo aumento de las listas de espera desde 2010.

El citado Informe señala que el gasto sanitario en España asciende al 9,3% del producto interior bruto (PIB), por encima de la media de la UE (8,7%), pero lejos de las primeras posiciones ocupadas por Holanda (11,8%), Francia (11,6%) y Alemania (11,3%) según los últimos datos disponibles correspondientes a 2012. Entre 2009 y 2012 el gasto sanitario real (ajustado por la inflación) descendió en la mitad de los países de la UE y sufrió un frenazo significativo en los demás. Como media, el gasto sanitario descendió un 0,6% anual, mientras que entre 2000 y 2009 había experimentado un crecimiento anual de un 4,7%. Ello se debió según el informe, a los recortes en personal sanitario y en sus salarios, a las reducciones de los honorarios de los profesionales sanitarios, a los precios farmacéuticos más bajos y al aumento del copago por los pacientes (Informe OCDE y CE, 2014).

Además de España, los países que más han recortado en sanidad durante la crisis son Grecia (-9%), Luxemburgo (-5,1%), Irlanda (-3,7%), Croacia (-3,6%), Portugal (-3,3%) y Chipre (-2,5%). Este mismo informe comenta que, aunque el gasto sanitario creció de forma moderada en 2012 en varios países como Austria, Alemania y Polonia, siguió disminuyendo en España (3,3%). El mayor recorte desde el inicio de la crisis ocurrió en Grecia, Italia, Portugal, República Checa y Hungría (Informe OCDE y CE, 2014).

España es también junto con Portugal, Estonia y Polonia, el país con más lista de espera para intervención de prótesis de rodilla. Por otro lado, este informe de la Comisión y la OCDE "*Panorama de la Salud: Europa 2014*", comenta que la sanidad de cada español "se abarata" 250 euros y expone que España destinó unos 250 euros menos por persona y año en sanidad a lo largo de 2012 en comparación con el año anterior. Según el informe, los principales recursos humanos asistenciales decrecen: los

3,8 médicos por cada 1.000 habitantes es la misma cifra que se logró en el ejercicio anterior, aunque en términos brutos, el total de los facultativos disminuyó en 434. El dato vuelve a estar seis décimas por encima de la media de la OCDE. Más relevante fue la caída en el número de enfermeros, que ha pasado de los 5,5 por cada 1.000 españoles de 2011 a los 5,2 en 2012.

El último estudio publicado por el Sindicato de Enfermería (2017) titulado *“Percepción del Estrés en los profesionales de Enfermería en España. Comparativa 2012-2017”*, formula realizar un diagnóstico sobre la situación de los profesionales de enfermería (salud y condiciones laborales) y la evolución del sistema sanitario en los últimos años, tras los recortes en recursos humanos y materiales sufridos en todos los servicios sanitarios a causa de la crisis económica. El estudio se realizó mediante una encuesta a enfermeros en activo de todo el país durante los meses de febrero y marzo del 2017. En los resultados del estudio, los profesionales de enfermería alertan sobre las malas condiciones laborales y el déficit en la plantilla, lo que provoca un deterioro de la calidad asistencial que se presta a los ciudadanos. Admiten que sufren un pésimo ambiente laboral y manifiestan la falta de tiempo y recursos para atender de manera adecuada a sus pacientes. Dicho estudio señaló que, como consecuencia de esta situación, la salud y la integridad física se sigue resintiendo año tras año y se sigue sufriendo estrés, dolencias y otras enfermedades en un porcentaje muy alto. Los resultados del estudio manifiestan que un 80% de los profesionales de enfermería se siente estresado, 51% *“quemado”* y 71% sufre agotamiento emocional. De igual manera, muchos de ellos sufren dolencias y síntomas físicos: un 90% padece tensión muscular y un 90% nerviosismo, temor y angustia. Los problemas sexuales se manifestaron en este estudio en un 44% y los trastornos del sueño en un 85%. El Sindicato de Enfermería

(2017) indica que un 72% de los encuestados afirmó que la atención al paciente ha empeorado y el 81% de ellos cree que el ambiente laboral se ha deteriorado.

En conclusión, varios estudios citados anteriormente ponen en evidencia la repercusión de los recortes en recursos materiales y humanos. Dado que el personal de enfermería es nuestro objeto de estudio, a continuación, se procede a realizar un análisis comparativo sobre la remuneración del personal de enfermería en Europa con sus homólogos españoles, para posteriormente analizar los cambios de turnos sufridos en la época de crisis y sus consecuencias sobre la calidad de vida de este profesional.

I.5 | REMUNERACIÓN

La OCDE (2013) publica un estudio comparativo titulado como "*Rémunération du personnel infirmier*" sobre los salarios de enfermería hospitalaria en Europa y algunos otros países como Estados Unidos, Canadá y Australia. El estudio pretende comparar por un lado el salario medio de un turno rotatorio de un enfermero/a con el salario percibido por los trabajadores en cada uno de estos países. Por otro lado, se pretende comparar la remuneración de enfermería con sus homólogos de cada país mencionado anteriormente. Los autores del estudio aclaran que, en algunos países la tasa de crecimiento de la remuneración de enfermería no cubre el periodo desde 2008 hasta 2010, debido a la no disponibilidad de datos recientes en países como Bélgica, Canadá y Países Bajos.

La OCDE (2013) presenta los datos de dos maneras. En primer lugar, se compara el salario medio de todos los trabajadores de cada país con el de enfermería del mismo país, en el año 2011 (los datos se refieren únicamente a los enfermeros con más alto

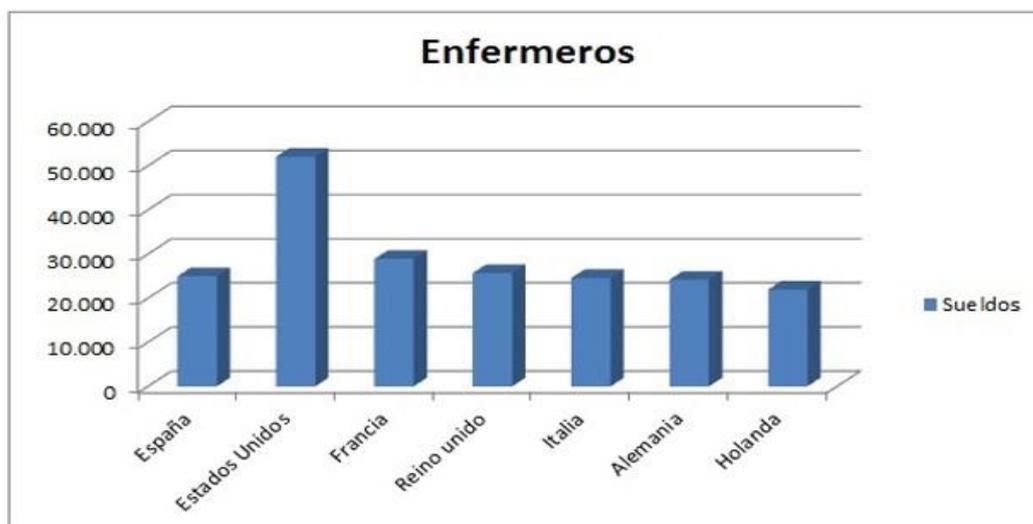
nivel en los Estados Unidos, Australia y Canadá y es una sobreestimación). En segundo lugar, el nivel de remuneración de la profesión de enfermería de cada país convertido, según el estudio, a la moneda común que es el dólar estadounidense (en miles), corregido por la paridad del poder adquisitivo (indicador económico que permite comparar de una manera “realista” el nivel de vida entre distintos países, atendiendo al producto interior bruto (PIB) de cada país), para poder comparar el bienestar económico de los profesionales de enfermería con sus homólogos en otros países, en el año 2011. En tercer lugar, la tasa de crecimiento de la remuneración en enfermería hospitalaria entre 2005-2011.

Dicho estudio pone en evidencia que, en la mayoría de los países objeto del estudio, la remuneración de un enfermero en atención especializada era ligeramente superior al salario mínimo medio en el año 2011. En Luxemburgo era un 40% más elevado. Así, la diferencia entre lo percibido en Estados Unidos y el salario medio alcanzaba un 30%. Sin embargo, en Grecia, España, Australia y Alemania la diferencia era un 20%. Cabe destacar que en algunos países el salario de un enfermero era más o menos equivalente al salario medio. En la República Eslovaca y Hungría, la diferencia con el salario medio en 2011 era inferior al 20%. Convertido a la moneda común, la remuneración del personal de enfermería era cuatro veces más alta en Luxemburgo que en Hungría, la República Eslovaca y Estonia. En este mismo estudio, la OCDE destaca que los enfermeros estadounidenses gozan de una remuneración más alta que sus homólogos en otros países, lo que explica la capacidad de Estados Unidos en atraer a profesionales de enfermería extranjeros (Aiken y Cheung, 2008). Según los autores del estudio, las presiones presupuestarias debidas a la crisis económica han hecho que

algunos países europeos bajen los salarios, aunque sea temporalmente. Así, en Grecia la remuneración anual en enfermería ha bajado un 6% al año entre 2009 y 2011.

Otro estudio reciente confirma los datos del estudio anterior sobre el salario medio de enfermería en España, comparado con Estados Unidos y algunos países europeos. Dicho estudio realizado con datos recopilados de la consultora norteamericana *Pay Scale* sobre salarios medios anuales, afirma que España se sitúa en el cuarto país en el Ranking salarial con un salario anual de 24.976 euros (Redacción Medica, 2016). Esta cifra queda lejos de los 52.047 euros anuales en Estados Unidos, pero no demasiado alejada de los 28.903 euros de un enfermero francés o los 25.715 de uno británico. Por otro lado, el sueldo de un profesional de enfermería español se encuentra ligeramente por encima de los profesionales italianos que ganan 24.565 euros anuales, los alemanes con sueldos de 24.190 o los holandeses que se sitúan últimos en esta clasificación, con 21.941 euros anuales (Gráfico1).

Gráfico 1. Sueldo medio de un profesional de enfermería en distintos países.



Fuente: Redacción Medica ¿Gana más el enfermero en España que en el extranjero?, 2016.

En España, la ley General De Sanidad Ley 14/1986 (BOE. Real Decreto-Ley 14/1986), en el Capítulo II de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, su Artículo 49 expone: "Las comunidades Autónomas deberán organizar sus servicios de salud de acuerdo con los principios Básicos de la presente ley". Por lo tanto, las Comunidades Autónomas tienen la competencia en el sector de salud y cada uno de ellos cuenta con su servicio sanitario, sus tablas salariales para los trabajadores en el sector sanitario, lo que hace que el sueldo de enfermería varíe de una comunidad a otra. A esto se añaden los pluses de la antigüedad y de la especialidad.

El Diario ABC publica en 2014 el artículo "*¿Cuánto cobra un enfermero?*" cuyos datos son extraídos de la Agencia de noticias internacional (EFE, 2014). La nota de prensa pone en evidencia que las retribuciones habituales de un profesional sanitario, ya sea estatuario o funcionario, están formadas como mínimo por tres componentes: el sueldo base, el complemento de destino y los complementos específicos.

Cabe mencionar que los datos comparativos sobre salarios de enfermería en todas las comunidades autónomas son muy escasos y resulta difícil realizar una comparación de todas las remuneraciones de enfermería en todo el territorio español. Por lo cual, se han recopilado datos de algunas comunidades autónomas elegidas al azar y publicadas en diferentes páginas de la web. Sobre el sistema retributivo de los salarios de enfermería en España, Vicioso (2014) publica en el diario digital *Redacción Medica* un estudio comparativo de unas cifras recopiladas a través del Sindicato de Enfermería (SATSE) sobre sueldos de enfermería en las diferentes comunidades de España bajo el título "*los enfermeros cobran hasta 10.300 euros al año de diferencia según la comunidad en la que trabajan*". En este estudio señala que los sueldos de enfermería en

España no son homogéneos, afirmando la existencia de una diferencia exagerada entre las comunidades que más pagan con lo que menos. Dicha diferencia puede llegar hasta 10.262 euros al año en Atención primaria (AP) y de 6.912 euros en Especializada. El citado estudio afirma que el sueldo total medio de un enfermero en AP es de 1.832,32 euros brutos mensuales, es decir 25.652,48 al año. Las retribuciones en la comunidad del País Vasco es la más elevada, 2.201,87 euros mensuales; en segundo lugar, viene Cataluña con 2.053,63 seguido de Navarra 2.050,92 euros al mes. Por el contrario, Galicia es la comunidad donde menos se cobra (1.468,82 euros). Es decir, según Vicioso (2014) la diferencia es 363,5 euros menos que la media nacional. El autor del estudio señala que el profesional de enfermería en Galicia es el único del país que no llega a cobrar 10 euros por hora, quedándose a 26 céntimos de lograrlo. Por el contrario, los enfermeros en el País Vasco cobran un tercio más, hasta alcanzar los 15 euros/hora. El sueldo base de enfermería en todo el territorio nacional es de 958,98 euros, excepto en Navarra, donde es mucho más elevado: 1.519,20 euros. En este mismo estudio, Vicioso (2014) señala que la disparidad de los salarios entre una comunidad y otra resulta de la suma de los complementos a final de mes. En cuanto al complemento de destino dicha diferencia va desde los 473,35 euros que se aplica en 13 regiones hasta los 509,84 euros que se suman en Galicia. Por el contrario, esta diferencia sí que se nota en el complemento específico que va desde los 12,68 euros de Madrid hasta los 744,63 euros de País Vasco. En cuanto a la Atención Especializada dicho estudio confirma que la diferencia entre los trabajadores que más cobran y los que menos, a tenor de la autonomía en la que desempeñan su trabajo, también es de 6.912,36 euros anuales.

A la cabeza de la tabla regional, en cuanto a las retribuciones personales se sitúa Murcia, cuyos profesionales perciben un total de 32.217,08 euros anuales (2.301,22

mensuales), seguida del País Vasco y Baleares (2.201,87 y 2.083,14 euros mensuales, respectivamente). Pero, además, hay otras dos comunidades en las que las nóminas sobrepasan los 2.000 euros: Canarias (2.065,66) y Navarra (2.050,92). Todas las demás se quedan por debajo. En la última posición se coloca la Comunidad de Madrid que con 1.807,48 euros es de las retribuciones mensuales más bajas. Respecto a la media, los enfermeros de Especializada madrileños cobran 140,07 euros menos que la media nacional (1.947,55). Según Vicioso (2014) al igual que en el caso anterior, la divergencia se encuentra en los complementos específicos (que van desde los 142,29 euros mensuales de Madrid a los 551,06 de Cataluña; siendo la media nacional de 348,16 euros y donde Canarias no contempla ninguna cantidad). Además, hay trece territorios que tienen una retribución de productividad fija (desde los 1,48 euros mensuales de Madrid a los 552,45 de Murcia).

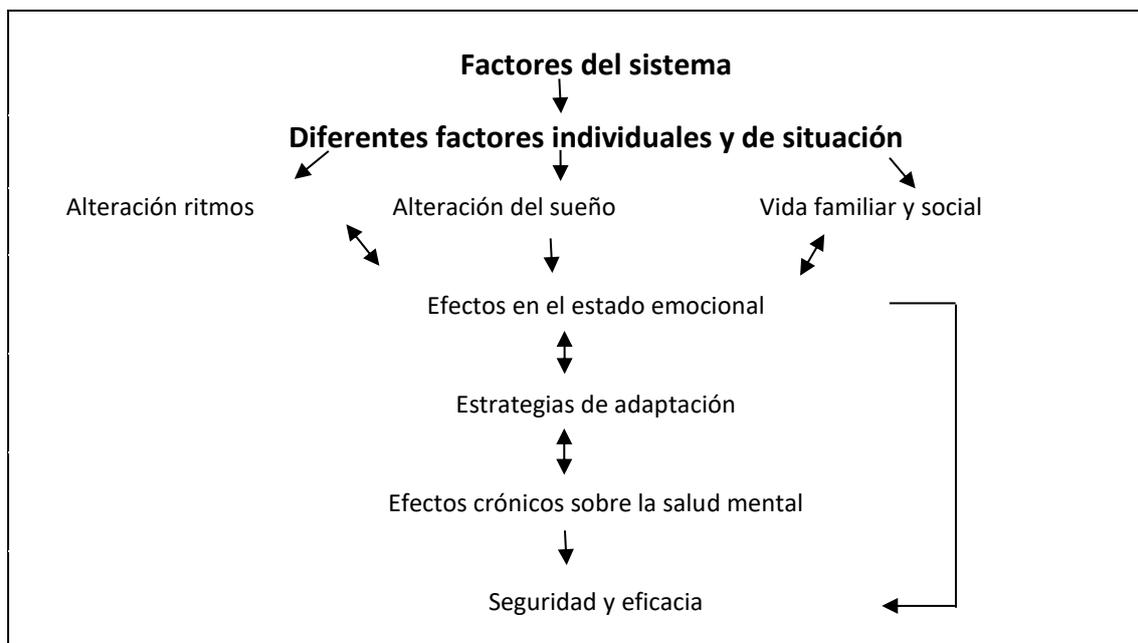
I.6 | JORNADA LABORAL

I.6.1 | Turnos y horarios

Sobre los riesgos psicosociales en el trabajo nocturno, Peiró y Salvador (1993) afirman que es un agente estresante que afecta al ciclo biológico, provocando alteraciones en los ciclos circadianos (ritmos biológicos intrínsecos de carácter periódico que se manifiestan con un intervalo de 24 horas) y del sueño-vigilia. En esta misma línea, Nogareda y Nogareda (1995) aseguran que las personas que trabajan en turnos de noche sufren un desequilibrio biológico y una alteración del sueño debido a una inadaptación de los ritmos corporales y de los cambios de los hábitos alimentarios. A

parte de los efectos negativos sobre la salud de las personas, también se ven perturbadas la vida familiar y social. La autora del artículo resume que estas variables afectan negativamente la salud de las personas a distintos niveles (Figura 1).

Figura 1. Variables que intervienen en el trabajo a turnos



Fuente: Nogareda Cuixart, C., y Nogareda Cuixart, S.: Trabajo a turnos y nocturno: Aspectos organizativos. Madrid, España: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 1995.

Se ha observado que el turno de noche hace que los trabajadores no sincronicen sus ritmos biológicos (Shapiro y Kayumov, 2000). Como resultado, sufren una reducción del sueño sobre todo cuando el sueño es diurno y cuanto más tarde se inicie. En este caso, aumenta el sueño en el que se producen Movimientos Rápidos de Ojos (REM por las siglas en inglés Rapid Eyes Movements) y se disminuye el sueño lento No REM, en el que pasamos el 80% del tiempo que dormimos. Esto conduce a trastornos del sueño que influyen negativamente en la conducta y la disminución del nivel de activación cortical, lo que aumenta el riesgo de accidentes, bajando tanto el rendimiento como la motivación y el estado de ánimo. Monk (2000) confirma los estudios anteriores considerando que, con respecto a los horarios y los turnos de los trabajadores, éstos se

enfrentan a una serie de problemas para adaptarse a los cambios biológicos en las fases de actividad y reposo, alteración del sueño y a otros factores domésticos y sociales.

Las fases del sueño se dividen en dos: la fase REM, caracterizada con movimientos oculares rápidos, y la No REM. Las dos fases tienden a interrelacionarse (al término de cada fase no REM, lo habitual es que se produzca una fase REM). La No REM comprende cuatro fases: La primera fase es de un sueño ligero, con somnolencia progresiva y descenso de la actividad fisiológica. La segunda fase dura de 10 a 20 minutos, se considera una fase de buen dormir, aunque el individuo sigue sensible a estímulos externos como el ruido. La tercera fase dura de 15 a 30 minutos y es cuando el sujeto inicia el principio de un sueño profundo. Le sigue la cuarta fase, caracterizada con un sueño profundo, descanso y restauración del organismo. El sueño REM dura de 10 a 20 minutos como una fase de sueño intenso en colorido y sensaciones. Se produce en la última etapa de cada ciclo REM. Se aceleran de una forma autónoma tanto los movimientos oculares, como la frecuencia cardíaca, las respiraciones y la tensión arterial. En esta etapa ocurren la mayoría de los sueños y es más difícil de despertar al sujeto (Potter y Griffin, 2003).

Por otro lado, la Directiva 2003/88/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 4 de noviembre de 2003 (Consejo CE, 2003), definen al trabajo por turnos como "*toda forma de organización del trabajo en equipo por la que los trabajadores ocupan sucesivamente los mismos puestos de trabajo con arreglo a un ritmo determinado, incluyendo el ritmo rotatorio, y que podrá ser de tipo continuo o discontinuo, implicando para los trabajadores la necesidad de realizar un trabajo en distintas horas a lo largo de un periodo dado de días o semanas*". El Parlamento Europeo y el Consejo de la Unión

Europea afirman que *"ciertos estudios han demostrado que el organismo humano es especialmente sensible durante la noche a las perturbaciones ambientales, así como a determinadas modalidades penosas de organización del trabajo, y que los períodos largos de trabajo nocturno son perjudiciales para la salud de los trabajadores y pueden poner en peligro su seguridad en el trabajo"*.

La Agencia EFE, a través de un artículo publicado en el periódico *"Elmundo.es"* (2006) titulado "Trabajo nocturno acorta la vida, merma salud y rompe matrimonios", pone de manifiesto los diversos estudios de Estivill y Rodríguez que aseguran a EFE que *"los trabajadores de turnos de noche pierden cinco años de vida por cada quince años de jornada laboral, se divorcian tres veces más que el resto de sus compañeros y tienen un 40% más de posibilidades de padecer trastornos neuropsicológicos, digestivos y cardiovasculares"*. Así, los trabajadores nocturnos padecen, según estos investigadores, insomnio, irritabilidad, trastornos digestivos, ataques de pánico, enfermedades cardiovasculares por estrés crónico, etc., como consecuencias patológicas resultantes de los trabajos que se realizan sin sol.

Otro estudio epidemiológico llevado a cabo por Knuston et al. (2007) sobre los cambios metabólicos derivados de la falta de sueño, confirma la hipótesis del estudio anterior e indica que existe un papel importante entre la restricción del sueño y el aumento de la prevalencia de diabetes y obesidad. Por lo cual, las alteraciones en el metabolismo de la glucosa, así como el aumento del apetito y la disminución del gasto energético, podrían ser las causas de la subida de peso y el riesgo de padecer diabetes como consecuencias de la falta de sueño.

Un estudio publicado por Dall'Ora et al. (2015) en la revista British Medical Journal (BMJ) sobre las ventajas e inconvenientes de los turnos de 12 horas, afirma que estos turnos son cada vez más frecuentes en países como Inglaterra (39%), Polonia (el 99% de los enfermeros trabajan un turno de más de 12 horas) e Irlanda (79%). El estudio se realizó entre enfermeros hospitalarios donde se encuestaron 31.627 enfermeros en 488 hospitales de 12 países europeos (España, Bélgica, Inglaterra, Finlandia, Alemania, Grecia, Irlanda, Países Bajos, Noruega, Polonia, Suiza y Suecia). La mayoría de los encuestados eran mujeres, con un promedio de 38 años y una tasa de respuesta del 62% (de este estudio se excluyeron los enfermeros de las unidades de cuidados intensivos o de larga distancia). Se utilizaron 118 preguntas en relación con el desgaste *burnout* (mediante una medida tridimensional validada internacionalmente (MBI)), la satisfacción en el trabajo y la intención de abandonarlo). Los resultados de la encuesta demuestran que los mayores niveles de desgaste, en las tres dimensiones, se encuentran en los profesionales que realizan el turno de 12 horas (con un 40% de insatisfacción laboral e intención de abandonar el trabajo del 31%) comparados con los que realizan turnos de 8 horas. Aparte de las horas adicionales reales trabajadas, las horas extraordinarias dieron resultados desfavorables en todos los ámbitos. Parece ser que cambiar los turnos de 12 horas no retiene a los enfermeros en la práctica clínica del hospital. Aunque se cree que esta duración es la preferible por los enfermeros, los políticos y gestores ya que, para estos últimos, los turnos de 12 horas suponen recortes en los gastos de los servicios públicos europeos. En esta misma línea, los autores del artículo señalan la importancia de que los gestores sean conscientes de las consecuencias de dicho turno de 12 horas. Según ellos, afecta al bienestar, aumenta el absentismo de los trabajadores y es agotador, lo que conduce a un mayor riesgo de

cometer errores. Además, perjudica la calidad de la atención y finalmente supondría una alta rotación del personal.

Sin embargo, un estudio sobre la calidad de vida en enfermería y los factores que influyen en ella, revela resultados diferentes a los citados anteriormente. Pone en evidencia la ausencia de un alto riesgo de problemas psicológicos en los componentes de la muestra, aunque se encontraron síntomas psicossomáticos, *burnout*, insatisfacción laboral y bajo bienestar psicológico. Dicho estudio se realizó sobre una muestra de 476 profesionales de enfermería, procedentes de 9 centros hospitalarios de la Región de Murcia (López Montesinos, 2009). En este trabajo de investigación se estudió también el indicador de calidad del sueño y nivel de somnolencia, valorado mediante la Escala de Somnolencia de Epworth (Murray, 1991), versión adaptada por Ferrer et al. (1999). Se midió la repercusión del trabajo en el descanso, sueño y vida de los enfermeros. Los resultados indicaron una ausencia de somnolencia (en el 57% de los casos), ligera somnolencia (en el 36,1%) y moderada (5,8%) (López Montesinos, 2009).

En relación a los horarios del trabajo, el "Huffington Post" (2015) publicó un artículo titulado "Los españoles trabajan 318 horas más al año que los alemanes". Fue un exitoso experimento realizado en una residencia de ancianos en Gotemburgo (Suecia), sobre profesionales de enfermería. Dicho estudio muestra unos resultados bastante positivos en la calidad del trabajo, con una mayor productividad y menos bajas por enfermedad o depresión. Se trata de un estudio experimental controlado que consistió en bajar a seis horas las horas trabajadas en lugar de ocho, cobrando el mismo salario. Parece ser que estas medidas han reabierto un debate sobre la cantidad de las horas que hay que trabajar al día, haciendo que la OCDE vuelva a reavivar en su página web,

la última estadística del año 2014, según publicó el "Huffington Post" (2015). Estos datos estadísticos demuestran que los empleados que más horas realizan, entre los 34 países miembros de este organismo, son los mexicanos con 2.228 horas por año, mientras que a la cabeza de Europa están los griegos con 2.042 horas. Los que menos realizan son los alemanes con 1.371 horas al año, 318 menos que los españoles que, según transmite el periódico, con sus 1.689 horas anuales, ocupan la posición número 14 en el listado de la OCDE.

La jornada laboral española se sitúa 81 horas por debajo de la media de los países industrializados, que es de 1.770 horas. Le siguen la holandesa (1.425h) y la noruega (1.426h), seguida de Dinamarca (1.438h) y Francia (1.489h). Según la OCDE se trata de países con alta productividad y con mayor presencia de la industria en la economía. Trabajan menos y tienen mejor renta. El Huffington Post afirma que la OCDE entiende que la clave es que son muy productivos y en que el hecho de que haya un mayor número de personas trabajando, aunque sea menos horas, lleva a un mejor reparto de la carga laboral. Además, la OCDE afirma que los trabajos a tiempo parcial son muy comunes en estas naciones.

Cabe destacar que, en el hospital Rafael Méndez (Área III de salud, Lorca), que es el objeto de este estudio, los turnos de trabajo de enfermería son de **14 horas** (mañana/tarde), **17 horas** (tarde/noche) y **24 horas** (mañana/tarde/noche); mientras los turnos fijos de mañana (**7 horas**) se mantienen en consultas y pruebas especiales. Según la organización, es un turno "*antiestrés*" que supone tres o cuatro días de libranza para el trabajador. Fue solicitado por los propios profesionales para dedicar más tiempo a sus vidas familiares y evitar el estrés resultante de la vida laboral (el turno anterior consistía

en 2 mañanas, 2 tardes y 2 noches, más los tres días de libranza). Dicho turno ha vuelto a ser un tema de debate y conflicto entre el Colegio Oficial de Enfermería y diferentes sindicatos (SATSE, CCOO) y la Inspección de trabajo (CESM). El motivo es la eliminación de los turnos de 14 horas en la unidad de cuidados intensivos en un hospital de Murcia, a raíz de un informe del Sindicato Médico de la Región de Murcia (CESM) que considera “ilegales” estas jornadas que se vienen desarrollando durante los últimos tres años. Para el SATSE estas jornadas son “de carácter voluntario, siempre que mejoren el servicio y no conlleven perjuicio para el paciente, ya que suponen ofrecer un mejor servicio y facilitan la conciliación familiar a los trabajadores” (EFE, 2017).

CAPITULO II
Hipótesis y Objetivos

II. | HIPÓTESIS DE TRABAJO Y ANÁLISIS DE OBJETIVOS

II.1 | HIPÓTESIS DE TRABAJO

La última crisis económica ha afectado a la calidad de vida laboral y a la calidad del sueño del profesional de enfermería que trabaja en el Hospital General Universitario Rafael Méndez de Lorca.

II.2 | OBJETIVOS

Para contrastar la hipótesis a estudio se establecen los siguientes objetivos:

- 1.- Analizar la calidad de vida laboral percibida por los profesionales de enfermería en un centro hospitalario comarcal de la región de Murcia.
- 2.- Analizar la calidad del sueño y nivel de somnolencia de los profesionales de enfermería en un centro hospitalario comarcal de la región de Murcia.
- 3.- Determinar las variables psicosociales que condicionan la calidad de vida laboral relacionada con la crisis económica.
- 4.- Determinar las variables psicosociales que condicionan la calidad del sueño y nivel de somnolencia.

CAPITULO III
Material y
Métodos

III. | MATERIAL Y MÉTODOS

III.1 | DISEÑO DEL ESTUDIO

III.1.1 | Revisión bibliográfica

Se realizó un estudio documental sobre calidad de vida en general y la calidad de vida laboral en los profesionales de enfermería en particular, relacionado con la crisis económica y su repercusión en el descanso y vida del trabajador. Para ello se consultaron las siguientes bases de datos: Pubmed, Scielo, Cochrane, Web of Science, Scopus, Dialnet Plus, Lissa, Nursing & Allied Health Database y Nursing and Health Sciences.

Además, se consultaron páginas institucionales y especializadas como: El Ministerio de Sanidad (www.msssi.gob.es), el Instituto Nacional de Estadística (INE) (www.ine.es/), el portal sanitario MurciaSalud (www.murciasalud.es/), la Agencia de Noticias Internacional (EFE) (www.efe.com/), la Organización Mundial de la Salud (OMS) (www.who.int/es), la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (www.oecd.org/centrodemexico/laocde/), *American Academy of Sleep Medicine* (AASM) (<https://aasm.org/>), *Sleep Research Society-Association for Sleep Scientists* (www.sleepresearchsociety.org/) y el Sindicato de Enfermería (SATSE) (<http://satse.es/>).

Los descriptores utilizados en la búsqueda documental fueron: *calidad de vida, quality of life; qualité de vie, crisis económica, economic crisis, crise économique; calidad del sueño, sleep quality, qualité du sommeil; enfermería, nurses or nursing, infirmier; recortes en sanidad, cuts in health, les coupes dans le système de santé; burnout; remuneración en enfermería, remuneration of nursing, rémunération infirmier.*

Se seleccionaron artículos redactados en inglés, francés y español.

El estudio estaba compuesto de 3 fases como puede observarse en la tabla 5.

Tabla 5. Fases del estudio.

1ª Fase	Estudio documental sobre calidad de vida relacionada con la crisis económica en los profesionales de enfermería. Selección de las herramientas de medición para la investigación.
2ª Fase	Trabajo de campo: Selección de la muestra, distribución y recogida de cuestionarios. Análisis estadístico de los resultados sobre calidad de vida de los profesionales de enfermería relacionada con la crisis económica y su repercusión en el descanso y vida del trabajador.
3ª Fase	Exposición de resultados, discusión y conclusiones del estudio.

III. 1. 2 | Características del estudio

El tipo de estudio realizado es descriptivo, observacional, concurrente, cuantitativo, transversal sobre calidad de vida a una muestra de profesionales de enfermería del ámbito hospitalario.

III. 1. 3 | Periodo de estudio

III.1.3.1 | Temporalidad de la recogida de documentación seleccionada

Revisión bibliográfica analizada de 2009 a 2015, sobre el tema objeto del estudio, independientemente de otra documentación revisada, referente para el estudio, fuera de esta temporalidad.

III.1.3.2 | Temporalidad de la recogida de datos

El estudio se realizó en el año 2016 entre los meses de noviembre y marzo.

III. 1. 4 | Localización

La realización del estudio se ha llevado a cabo en un centro hospitalario comarcal de la Región de Murcia (Hospital Rafael Méndez, Área III de Salud, Lorca). Está gestionado por el Servicio Murciano de Salud que es un organismo perteneciente a la Consejería de Sanidad y Política Social de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Este hospital fue inaugurado en 1990 y cuenta en la actualidad con 283 camas en activo. En febrero de 2010 recibió la acreditación de Hospital General Universitario como consecuencia de la apertura del Campus Universitario de Lorca. Está ubicado a unos 4 Km de la ciudad de Lorca en la pedanía de La Torrecilla. Abarca un área de influencia de unos 172.630 habitantes (Murcia Salud, 2017) (Figura 2).

Figura 2. Mapa del Área 3 de Salud: Lorca del Servicio Murciano de Salud



Fuente: Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia. Murcia Salud: Área de Salud III (Lorca)

III. 1. 5 | Población a estudio

La población a estudio está compuesta por los profesionales de enfermería del Hospital General Universitario Rafael Méndez de Lorca (Área III de Salud) que se encontraban en activo en el momento del estudio. Incluidos también los enfermeros especialistas en Salud Mental y los especialistas de los cuidados de las mujeres durante el embarazo, el parto y post parto (Matronas). El universo se componía de 240 profesionales de enfermería. De ellos, tres enfermeros ejercían su labor de atención especializada en el Centro de Salud "Santa Rosa" (Atención Primaria) (Tabla 6).

Tabla 6. Características de la población a estudio según el servicio o la unidad y el turno.

SERVICIO	N=240	TURNO
Quirófano	34	M (Fijas)/D/G
Unidad de Cuidados Intensivos	26	M-TN
Medicina Interna (1 y 2)	24	M-TN
Urgencias	22	M-TN
Traumatología	14	M-TN
Pediatría	13	M-TN
Obstetricia y Ginecología	12	M-TN
Diálisis	11	D
Especialidades	12	M-TN
Paritorio	10	M-TN
Consultas	11	M
Farmacia	6	D
Radiología	6	M (Fijas)/M-TN
Hospital de Día	6	D
Pruebas Especiales	5	M (Fijas)/D
Centro de Salud Santa Rosa	4	M (Fijas)
Supervisor de área	6	M/G
Psiquiatría	3	M-TN
Cirugía	13	M-TN
Esterilización	1	M (Fijas)
Salud Laboral	1	M (Fijas)

M-TN (Turno de 17 horas): se trabaja una mañana, al siguiente día se trabaja la tarde y la noche (3 días de libranza). **G (Turno de 24 horas):** Entra por la mañana y sale al día siguiente por la mañana (3 o 4 días de libranza). **M (Fijas):** turno de 7 horas (libranza fines de semana y festivos). **D (Diurno):** Turno de 14 horas, mañana y tarde.

III.1.5. 1 | Selección de la muestra

III. 1. 5. 1. 1 | Criterios de inclusión

- Ser profesional de enfermería perteneciente al Hospital General Universitario Rafael Méndez de Lorca.
- Encontrarse en activo en el momento del estudio y estar desempeñando su trabajo en una unidad hospitalaria de dicho Hospital durante al menos un mes previo al estudio.
- Tener un contrato de trabajo del tipo: fijo, interino, por sustitución o temporal.

III. 1. 5. 1. 2 | Criterios de exclusión

- No otorgar su consentimiento para participar en el estudio.
- No entregar los cuestionarios debidamente cumplimentados.
- Incapacidad para comprender alguno de los cuestionarios.

III.2 | DISEÑO DEL TRABAJO DE CAMPO

III.2.1 | Distribución de cuestionarios

Para la correcta distribución de los cuestionarios se procedió con los siguientes pasos:

- Se solicitó la autorización de la Dirección del Hospital General Universitario Rafael Méndez para la distribución de las encuestas del estudio.
- Se realizó una reunión con el Supervisor de Recursos Humanos para conseguir el número total de profesionales de enfermería que formaban la plantilla de Atención Especializada del Área III de Salud de Lorca. Con estos datos se obtuvo información sobre todas las unidades del hospital y el número de profesionales que ejercían en cada unidad.
- Posteriormente, se realizó una reunión con la Supervisora de Formación Continuada para informarle del proyecto de investigación y solicitar su colaboración para contactar con los Supervisores de cada unidad y entregarles las encuestas.
- Se introdujo el cuestionario anónimo en un sobre autoadhesivo que permitía al encuestado contestar garantizando su anonimato y su libertad de respuesta, ya que se podía cerrar el sobre antes de entregarlo al supervisor de su unidad.
- Para asegurar la correcta distribución y recogida de los cuestionarios, éstos fueron entregados al supervisor de la unidad.
- Estos sobres se recogían en otro más grande rotulado con el número correspondiente de los profesionales que trabajaban en cada unidad (por ejemplo: *Quirófano: 34 enfermeros*).

- Las encuestas fueron distribuidas en todas las unidades del hospital en las que trabajan los profesionales de enfermería entre los meses de noviembre a marzo de 2016.
- El plazo de entrega y recogida de los cuestionarios fue de un mes contando desde el día de la entrega.

III.2.2 | Recogida de los datos

Una vez cumplido el plazo de un mes, se procedió a la recogida de las encuestas contactando con los supervisores de todas las unidades del hospital. Sin olvidar los tres profesionales que se encontraban en Atención Primaria.

Posteriormente se ordenaron los datos y se clasificaron en una tabla matriz. Estos datos se codificaron para su posterior tratamiento estadístico.

III. 3 | INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Tras una revisión bibliográfica sobre instrumentos de medición de la calidad de vida, la crisis económica y la calidad del sueño, se decidió utilizar como herramientas:

III. 3 .1 | Cuestionario CVP-35

Propuesto por García (1993), diseñado y basado en el modelo teórico demandas-control-apoyo social de Karasek (1989) y validado por Cabezas (2000) para la población española. Ha sido aceptado, utilizado y reevaluado por diversos investigadores (Martín et al., 2004; Ribera, 2008; Fernández et al., 2008) que demostraron que constituye un instrumento válido, fiable y bien aceptado por los trabajadores. Destaca, además, por su multidimensionalidad para medir la calidad de vida profesional. Se ha utilizado en diversos estudios realizados en diferentes áreas y situaciones (Cortés et al., 2003; Sánchez et al., 2003; Martín et al., 2004; Fernández et al., 2007), que han mostrado la consistencia interna del instrumento, su capacidad discriminatoria y su estructura factorial.

El CVP-35 consta de 35 preguntas cerradas que se responden en una escala de 1 a 10, con las categorías *nada* (valores de 1 y 2); *algo* (3, 4 y 5); *bastante* (6, 7 y 8) y *mucho* (9 y 10). Está constituido por 3 dimensiones: ***carga en el trabajo*** (11 ítems), ***apoyo directivo*** (13 ítems) y ***motivación intrínseca*** (10 ítems). Además, queda una pregunta (Cabezas, 2000) no agrupada a ninguno de los dominios anteriores: ***calidad de vida percibida*** (Cabezas, 2000; Martín et al., 2004; Martín-Fernández, 2007).

Para poder analizar y procesar los datos obtenidos con este instrumento, fue necesario recategorizar dos de los valores obtenidos. Así, para las respuestas *Mucho* y

Bastante se decidió unificar la respuesta como una sola categoría: *Mucho/bastante*.

Quedando la categorización final de este cuestionario de la siguiente manera: **1 Nada** (valores 1-2); **2 Algo** (valores 3, 4, 5) y **3 Mucho/bastante** (valores 6, 7, 8, 9, 10).

En este cuestionario se valoran los ítems de manera individual, para posteriormente proceder a la agrupación de las preguntas en tres dimensiones:

La primera dimensión recoge la **“Carga en el trabajo”** (11 ítems) relacionada con la cantidad del trabajo, las prisas y agobios en el trabajo, la presión de los jefes, la presión para mantener la calidad del trabajo, la descripción específica o por escrito de las responsabilidades, la incomodidad física y la falta de tiempo para la vida personal. Se analiza si el trabajador sufre interrupciones molestas a menudo o conflictos con otras personas y la posibilidad de padecer consecuencias negativas en su salud a causa del trabajo.

La dimensión **“Apoyo directivo”** (13 ítems) está relacionada con la satisfacción respecto al sueldo, el apoyo del jefe relacionado con el reconocimiento, el desarrollo y el derecho a recibir información. Recoge el apoyo de la organización al trabajador y su preocupación por su calidad de vida, tanto cómo por su libertad en la toma de decisiones y la posibilidad de que las respuestas del profesional de enfermería sean escuchadas y aplicadas. Esta dimensión también está relacionada con la cantidad de actividades que realiza el trabajador a diario y si conoce sus competencias diarias, la posibilidad de ser creativo y de expresar lo que piensa o necesita en el trabajo.

La tercera dimensión alude a la **“Motivación intrínseca”** (10 ítems) y está relacionada con la motivación, la capacitación para realizar el trabajo y la capacidad de

ser creativo. Estudia el apoyo que recibe el trabajador, tanto de su familia como de sus compañeros, la capacidad para realizar su trabajo y el orgullo que siente hacia él, la satisfacción con el trabajo que desempeña y su capacidad de desconectar al acabar la jornada laboral.

Queda una pregunta no agrupada a ninguno de los dominios anteriores (Cabezas, 2000) relacionada con la satisfacción global con la vida, cuyo objetivo es medir la percepción que tienen los trabajadores de su calidad de vida con la pregunta *“Me siento satisfecho con mi vida”*.

III. 3 .2 | Cuestionario de crisis económica y calidad de vida

El impacto de la crisis económica en la calidad de vida de enfermería tanto en el trabajo como en la vida personal, se mide mediante el “*Cuestionario de Crisis Económica y Calidad de Vida*” que consta de 15 ítems. Estos ítems valoran dimensiones relacionadas con: a) los recortes en los recursos humanos, materiales y salariales que afectan al trabajo (3 ítems); b) la reducción salarial que afecta a la vida personal y familiar (3 ítems); c) si está de acuerdo con los recortes que sufre el sistema sanitario y si dichos recortes considera que afectan a la calidad de los cuidados enfermeros (2 ítems); d) si tiene otros ingresos fuera de la institución y su sueldo cubre sus gastos hasta el final del mes (2 ítems); e) si la crisis económica afecta a su bienestar económico, su salud y su actividad de ocio (4 ítems) y f) si tiene una sobrecarga de trabajo a causa de la crisis económica (1 ítem).

Las opciones de respuesta de este cuestionario de cada valor son: *Nada* (valor 1); *Algo* (valor 2) y *Mucho/bastante* (valor 3).

La crisis económica en España surgió en el 2007-2008, hecho tan reciente que ha constituido una cierta dificultad a la hora de encontrar un cuestionario específico que contenga todos los ítems mencionados anteriormente. Para la elaboración de dicho cuestionario se ha extraído documentación sobre el tema objeto del estudio, a partir de la revisión bibliográfica efectuada AEN (Asociación Española de Neuropsiquiatría) y FADSP (Federación de Asociaciones en defensa Sanidad Pública) (AEN Y FADSP, 2012; Pérez et al., 2014; Cortès-Franch y López-Valcarcel, 2014) y del estudio piloto previo para su validación y adecuación a la muestra.

III. 3 .3 | Escala de somnolencia de Epworth

Para medir la repercusión del trabajo en el descanso y en la vida del trabajador se ha utilizado la Escala de Somnolencia de Epworth (Murray, 1991) en la versión adaptada por Ferrer et al. (1999). Esta escala evalúa el grado de somnolencia diurna como indicador de calidad del sueño.

Consta de 8 ítems con respuestas valoradas según una Escala Likert de cuatro puntos, con un rango que varía desde 0 (*Nunca se dormiría o nunca le entra sueño*) hasta 3 (*Alta posibilidad de que le entre sueño*). Los ítems reflejan situaciones en las que aparece en mayor o menor grado el estado de somnolencia: “*sentado y leyendo*”, “*como pasajero en el coche*”, “*en el coche al pararse unos minutos el tráfico*”, o “*como pasajero una hora seguida en el coche*”.

Los resultados de esta escala, según el criterio apuntado por Sierra (2006), indican que puntuaciones obtenidas entre 0 y 6 determinan una *ausencia* de somnolencia. Una *ligera* somnolencia si las puntuaciones obtenidas varían entre 7 y 13, *moderada* entre 14 y 19 y la *grave* somnolencia (somnolencia patológica) con una puntuación máxima entre 20 y 24.

III. 4 | CUESTIONARIO FINAL

El cuestionario final estaba formado por tres páginas y cuatro apartados. En la **primera página** se informaba al encuestado sobre el proyecto de investigación, el motivo de la encuesta y la procedencia del investigador. Se solicitaba su colaboración agradeciéndole su participación. Posteriormente, aparecía una nota informativa garantizando su anonimato y requiriendo para ello que cerrara el sobre después de rellenar el cuestionario y antes de su entrega. En esta misma página se encontraba el primer apartado en una tabla que recogía los datos sociodemográficos necesarios para el estudio como eran la edad, el sexo y el estado civil del encuestado. También los datos relacionados con la antigüedad en la empresa y en el puesto de trabajo. Además, se incluían preguntas que recogían información acerca de la formación académica de estos profesionales de enfermería (Titulación o Estudios Superiores/Especialidad).

En la **segunda página**, se incluía el “*Cuestionario sobre la calidad de vida profesional CVP-35*”.

La **tercera página** contenía los dos últimos apartados: El cuestionario “*Crisis económica y calidad de vida*”. El cuarto y último apartado lo configuraba el cuestionario: *Escala de somnolencia de Epworth*, cuyo objetivo era valorar la calidad del sueño del encuestado y la posible influencia del turno en su calidad de vida.

La encuesta finaliza con el agradecimiento por haber colaborado (Anexo I).

III. 5 | VARIABLES A ESTUDIO

Las variables **independientes** analizadas son agrupadas en estas categorías:

a) Variables socio-personales

- 1.-Edad. La edad se expresa en años.
- 2.-Sexo. Se diferencia entre varón y mujer
- 3.-Estado Civil. Se diferencian:
 - a.- Soltero/a
 - b.- Casado/a o en pareja
 - c.- Divorciado/a o separado/a
 - d.- Viudo/a

b) Variables académicas

- 4.- Formación Académica: Donde se distingue:
 - a.- Ayudante Técnico Sanitario (ATS)
 - b.- Diplomado Universitario en Enfermería (DUE)
 - c.- Grado en Enfermería
5. Formación Académica de posgrado. Se diferencian:
 - a.- Máster
 - b.- Doctorado
 - c.- Especialidad
 - d.- Otros.....

c) Variables laborales

6. Unidad o servicio de trabajo: Recogidos todos los servicios o unidades donde trabajaban los profesionales.
7. Antigüedad en la empresa y en el servicio. Expresado en días, meses y años.
8. Tipo de contrato. Diferenciando entre:
 - a.- Fijo
 - b.- Interino/Temporal
 - c.- Por sustitución

d) Variables del cuestionario CVP-35

9. Sufrir interrupciones molestas a menudo
10. Padecer consecuencias negativas en su salud a causa de su trabajo
11. Falta de tiempo para dedicarle a su vida personal
12. Sentir incomodidad física
13. Sufrir conflictos con otras personas
14. Realizar gran variedad de actividades
15. Sentir posibilidad de expresar lo que piensa y necesita
16. Sus jefes le apoyan en desarrollar sus propios criterios
17. Tener posibilidad de que sus propuestas sean escuchadas y aplicadas
18. Estar satisfecho/a con su sueldo
19. Tener posibilidad de ser creativo/a
20. Su empresa se preocupa por su calidad de vida laboral
21. Ver reconocido su esfuerzo
22. Recibir información de los resultados obtenidos
23. Tener posibilidades de promoción profesional
24. Tener gran cantidad de trabajo
25. Sufrir estrés a consecuencia de su trabajo
26. Sentir prisa y agobios para poder realizar su trabajo
27. Sentir presión por parte de sus jefes para realizar su trabajo
28. Recibir presión para mantener la calidad de su trabajo
29. Considerar que su trabajo es importante para mejorar la calidad de vida de los pacientes
30. Tener una descripción específica y por escrito de sus responsabilidades
31. Le queda claro lo que tiene que hacer a diario
32. Se considera libre para tomar decisiones

33. Su familia apoya su trabajo
34. Tener el apoyo de sus compañeros
35. Recibir apoyo de sus subordinados
36. Tener ganas de ser creativo
37. Estar orgulloso/a de su trabajo
38. Sentirse motivado por parte de sus superiores
39. Estar satisfecho/a con el trabajo que desempeña
40. Se siente capacitado/a para realizar su trabajo
41. Se exige capacitación para realizar su trabajo
42. Desconecta al acabar la jornada laboral
43. Se siente satisfecho con mi vida

Donde se distingue:

- a.- Nada (valor 1)
- b.- Algo (valor 2)
- c.- Bastante (valor 3)
- d.- Mucho (valor 4)

e) Variables del cuestionario de crisis económica y calidad de vida

44. Los recortes en recursos humanos han afectado a su trabajo
45. Los recortes en recursos materiales han afectado a su trabajo
46. Los recortes salariales han afectado a su trabajo
47. La reducción salarial por la crisis económica ha afectado a su vida personal
48. La reducción salarial por la crisis económica ha afectado a su vida familiar
49. Estar de acuerdo con los recortes que sufre el sistema sanitario
50. Los recortes en sanidad han cambiado la calidad de los cuidados enfermeros
51. Tener otros ingresos fuera de la institución
52. Su sueldo cubre sus gastos hasta final del mes

53. La crisis económica afecta a su "bienestar económico" (hipoteca, gastos personales, compras..., etc.)
54. La congelación o reducción de su salario a causa de la crisis económica influye en la calidad de su trabajo
55. Su situación económica influye en su salud
56. Su situación laboral le transmite seguridad económica
57. Sentir que está realizando más trabajo que antes de la crisis económica a causa de los recortes en el personal de enfermería
58. Sus actividades de ocio han cambiado a causa de la crisis económica

Donde se distingue:

- a.- Nada (valor 1)
- b.- Algo (valor 2)
- c.- Bastante (valor 3)
- d.- Mucho (valor 4)

f) Variables de la Escala de somnolencia de Epworth

59. Sentado/a leyendo.
60. Sentado/a viendo la televisión.
61. Sentado/a, inactivo/a en un lugar público (por ejemplo; en el cine, en un acto público, o una reunión).
62. Como pasajero/a una hora seguida en el coche.
63. Descansando por la tarde cuando las circunstancias lo permiten.
64. Sentado/a charlando con alguien.
65. Sentado/a tranquilamente después de una comida sin alcohol.
66. En coche al pararse unos minutos el tráfico.

Donde se distingue:

- a.- Nunca le entra sueño (valor 0)
- b.- Ligera somnolencia (valor 1)
- c.- Moderada somnolencia (valor 2)
- d.- Alta posibilidad de que le entre sueño (valor 3)

III.6 | ESTUDIO PILOTO

Previamente a la distribución del cuestionario se realizó un estudio piloto donde se administró dicho cuestionario a un Grupo Focal de 25 expertos, como método de validación cualitativo, para comprobar la adecuación de la herramienta de medición a la muestra seleccionada y al tema objeto de estudio. Se comprobó con dicho estudio piloto el nivel de comprensión, si existía alguna dificultad y la extensión del documento, según percepción y opinión de los encuestados. Tras validarse y adaptarse el texto original a la muestra, se elaboró el cuestionario definitivo.

Según los profesionales de enfermería, la carga de trabajo diario les impide contestar a unas encuestas largas y con varias opciones, debido a la llegada a diario de varios cuestionarios por parte de investigadores y estudiantes. Para mejorar su colaboración e interferir lo menos posible en su carga laboral, sería preferible que fueran encuestas reducidas y necesitaran poco tiempo cumplimentarlas. Al pasar la prueba piloto, los participantes señalaron que para ellos era similar marcar la opción de respuesta “mucho” o “bastante”, pues la veían análoga, surgiendo dudas y errores en ellos.

Las características principales del estudio se muestran en la tabla 7.

Tabla 7. Características principales del estudio realizado.

Tipo de estudio	Estudio observacional de corte transversal
Población de referencia	Profesionales de Enfermería del Hospital General Universitario Rafael Méndez de Lorca.
Periodo de estudio	Noviembre de 2015 a marzo del 2016
Instrumento de medida	CUESTIONARIO CVP-35 CUESTIONARIO DE CRISIS ECONÓMICA Y CALIDAD DE VIDA ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH Aplicados de forma anónima, voluntaria y auto-cumplimentada.

III.7 | ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos se almacenaron y se analizaron mediante el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (S.P.S.S.) 21.0 (Armonk, New York. IBM Corporation).

Se realiza estadística descriptiva de cada una de las variables analizadas, utilizándose para las variables continuas la media \pm la desviación estándar y para las variables cualitativas las frecuencias y los porcentajes.

Para el análisis bivalente se utilizaron los test de t de Student y el test de χ^2 de Pearson cumplimentado con un análisis de residuos. Se utiliza el test exacto de Fisher cuando las tablas de contingencia tienen celdas con una frecuencia esperada <5 .

En todos los casos, sólo los valores de p inferiores a 0,05 se consideraron estadísticamente significativos.

CAPITULO IV
Resultados

IV | RESULTADOS

IV.1 | GRADO DE CUMPLIMENTACIÓN DEL ESTUDIO

De las 240 encuestas repartidas, se cumplimentaron correctamente 208 cuestionarios (n=208) lo que supone un grado de cumplimentación del 87%.

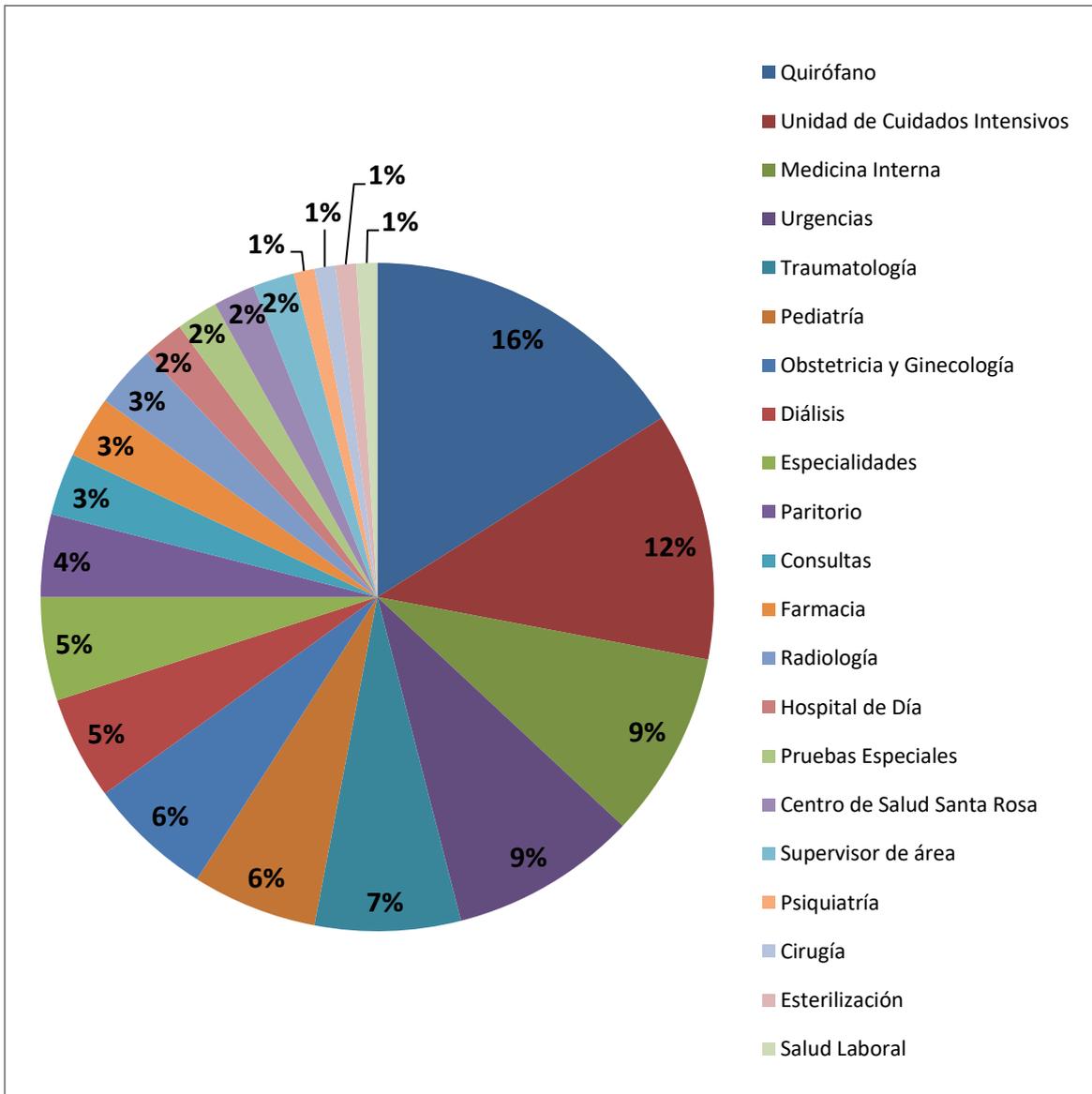
IV.1.1 | Características de la muestra

Los porcentajes de participación según la unidad o servicio encuestado se puede observar en la tabla 8. La participación más alta fue en quirófano, con un 16% (n=34), seguido por la unidad de cuidados intensivos (UCI) con un 12% (n=26).

Tabla 8. Frecuencias y porcentajes de participación según el servicio o la unidad.

SERVICIO	n=208 (100%)
Quirófano	34 (16%)
Unidad de Cuidados Intensivos	26 (12%)
Medicina Interna	19 (9%)
Urgencias	18 (9%)
Traumatología	14 (7%)
Pediatría	13 (6%)
Obstetricia y Ginecología	12 (6%)
Diálisis	11 (5%)
Especialidades	11 (5%)
Paritorio	9 (4%)
Consultas	6 (3%)
Farmacia	6 (3%)
Radiología	6 (3%)
Hospital de Día	4 (2%)
Pruebas Especiales	4 (2%)
Centro de Salud Santa Rosa	4 (2%)
Supervisor de área	4 (2%)
Psiquiatría	3 (1%)
Cirugía	2 (1%)
Esterilización	1 (1%)
Salud Laboral	1 (1%)

Gráfico 2. Porcentajes de participación según el servicio o la unidad.



IV.1.2 | Análisis descriptivo

IV.1.2.1 | Variables sociodemográficas

Edad

El 39% de los encuestados tienen una edad comprendida entre los 30 y 39 años (n=81), al igual que ocurre con los que tienen entre 40 y 49 años de edad (39%; n=80). Solamente el 2% de los encuestados tiene más de 60 años (n=4) (Tabla 9).

Sexo

La mayoría de la muestra era de sexo femenino (83%; n=172), siendo el 17% restante hombres (n=36) (Tabla 9).

Estado civil

Un 81% de los encuestados (n=168) estaban casados o con pareja, un 15% (n=30) eran solteros y un 3% (n=7) estaban divorciados o separados (Tabla 9).

Tabla 9. Variables sociodemográficas de la muestra.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	n=208 (100%)
Edad	
<30 años	11 (5%)
30-39 años	81 (39%)
40-49 años	80 (39%)
50-59 años	32 (15%)
>60 años	4 (2%)
Sexo	
Hombre	36 (17%)
Mujer	172 (83%)
Estado Civil	
Soltero/a	30 (15%)
Casado/En pareja	168 (81%)
Divorciado/Separado	7 (3%)
Viudo/a	3 (1%)

Gráfico 3. Distribución de la muestra por sexo.

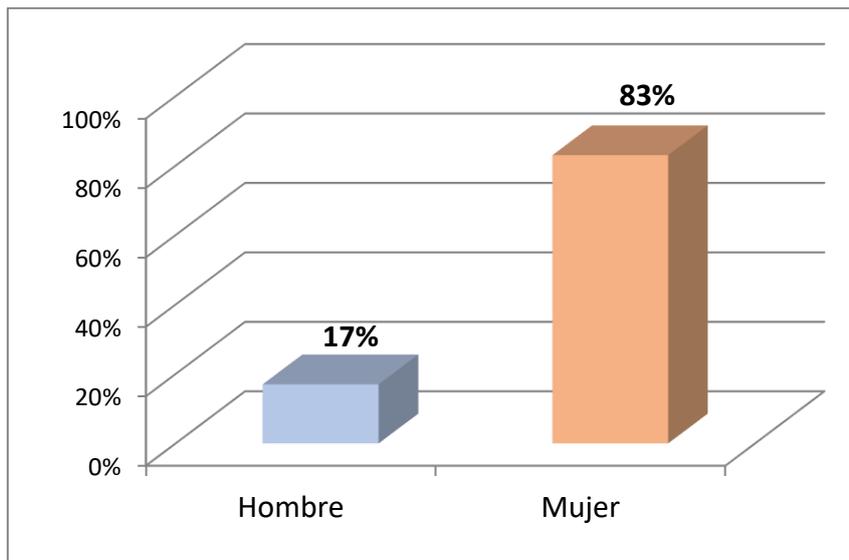
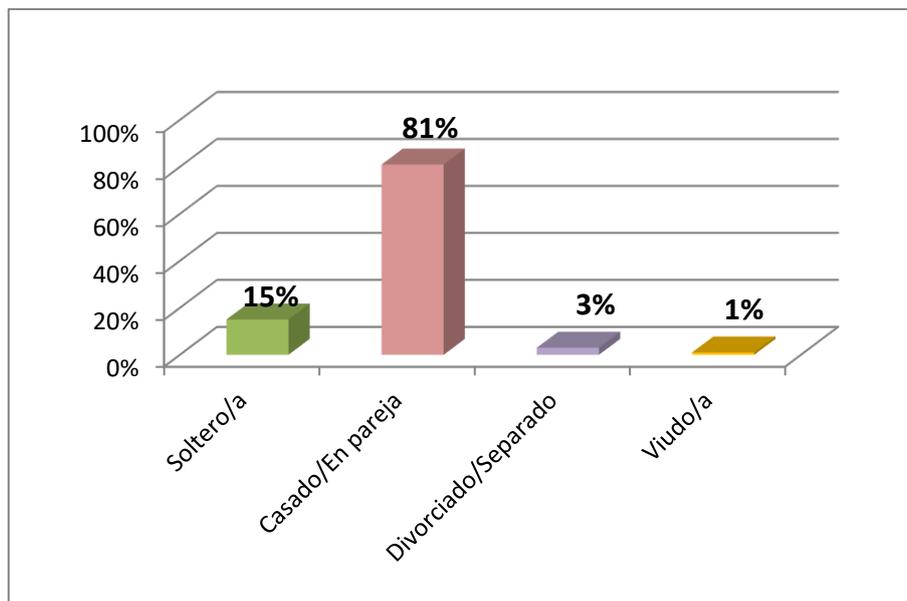


Gráfico 4. Distribución de la muestra por estado civil.



IV.1.2.2 | Variables académicas

Formación académica

El 85% (n=176) de los profesionales de enfermería eran Diplomados Universitarios de Enfermería (DUE), un 11% (n=23) poseían estudios de Grado y el 4% restante (n=9) eran Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS) (Tabla 10).

Formación académica de posgrado

El 11% (n=22) de los encuestados señala que ha realizado un Máster formativo y un 1% los estudios de Doctorado. Además, el 16% de los encuestados indicaron que habían realizado alguna especialidad. En cuanto a otros estudios, el 2% había realizado otro tipo de estudios superiores (Tabla 10).

Tabla 10. Variables relacionadas con la formación académica de la muestra.

VARIABLES ACADÉMICAS	n=208 (100%)
Formación académica	
DUE	176 (85%)
Grado	23 (11%)
ATS	9 (4%)
Máster	
No	186 (89%)
Sí	22 (11%)
Doctorado	
No	205 (99%)
Sí	3 (1%)
Especialidad	
No	175 (84%)
Sí	33 (16%)
Otros estudios	
No	204 (98%)
Sí	4 (2%)

IV.1.2.3 | Variables laborales

Antigüedad en la empresa y en el servicio

La media de antigüedad en la empresa de los profesionales encuestados fue de 192 ± 104 meses ($16 \pm 8,6$ años). La media de antigüedad en el servicio era de 103 ± 87 meses ($8.6 \pm 7,3$ años).

Tipo de contrato

Un 52% de los enfermeros/as encuestados ($n=109$) poseía un contrato fijo, el 35% un contrato interino o temporal y el 13% restante trabajaban con un contrato por sustitución (Tabla 11).

Tabla 11. Variable laboral: tipo de contrato de la muestra.

VARIABLE LABORAL	n=208 (100%)
Tipo de contrato	
Fijo	109 (52%)
Interino/Temporal	72 (35%)
Por sustitución	27 (13%)

IV.1.3 | Análisis descriptivo del cuestionario CVP35

Con la utilización del cuestionario CVP35 se ha analizado la percepción que tienen profesionales de enfermería de la calidad de vida en su puesto de trabajo.

Con respecto a los resultados obtenidos, un 43% (n=89) de los encuestados afirmaba *“algo”* en relación con la pregunta ***“Sufro interrupciones molestas a menudo en mi trabajo”*** (Pregunta 1). Un 44% (n=92) también admite que *“algo”* a la cuestión ***“Padece consecuencias negativas en su salud a causa de su trabajo”*** (Pregunta 2). Además, un 47% (n=97) de los enfermeros/as señaló que *“algo”* a ***“Me falta de tiempo para dedicarme a mi vida personal”*** (Pregunta 3). En relación a la pregunta ***“Siento incomodidad física”*** un 38% (n=80) de los trabajadores contestó que *“algo”* (Pregunta 4). Un 50% (n=103) de ellos afirmaba que *“nada”* al contestar si ***“Sufro conflictos con otras personas”*** (Pregunta 5). Un 81% (n=168) contestó que *“bastante-mucho”* a ***“Realizo gran variedad de actividades”*** en el trabajo, y solo el 3% (n=6) indicaba que *“nada”* (Pregunta 6). Al contestar si ***“Siento la posibilidad de expresar lo que pienso y necesito”***, un 59% (n=122) indicó que *“bastante-mucho”*. Un 49% (n=101) señalaron *“bastante-mucho”* en ***“Mis jefes me apoyaban en desarrollar mis propios criterios”*** (Pregunta 8). Ante la pregunta de ***“Tengo posibilidad de que mis propuestas sean escuchadas y aplicadas”***, un 46% (n=95) contestó que *“algo”* (Pregunta 9). El 43% (n=90) de los encuestados afirmó que *“algo”* en la afirmación ***“Estoy satisfecho con mi sueldo”*** (Pregunta 10). El 51% (n=106) contestaron que *“algo”* a la pregunta de si ***“Tengo posibilidad de ser creativo”*** (Pregunta 11). En cuanto a si ***“Su empresa se preocupaba por su calidad de vida laboral”***, un 44% (n=92) de los encuestados considera que *“algo”* (Pregunta 12). Un 42% (n=88) señaló que *“algo”* a la afirmación de ***“Veo reconocido mi***

esfuerzo” en el trabajo (Pregunta 13). Un 45% (n=94) contestaron con *“algo”* a **“Recibo información de los resultados obtenidos”** en el trabajo (Pregunta 14).

El 45% (n=93) de los encuestados señaló *“algo”* en cuanto a si **“Tengo posibilidades de promoción profesional”** (Pregunta 15). Por otro lado, un 86% (n=178) de los profesionales de enfermería afirmó que *“bastante-mucho”* en **“Tengo gran cantidad de trabajo”** (Pregunta 16). Un 58% (n=121) confirmó que **“Sufría estrés a consecuencia de su trabajo”** *“bastante-mucho”* (Pregunta 17). Además, un 62% (n=128) aseguró que **“Sentía prisa y agobios para poder realizar su trabajo”** *“bastante-mucho”* (Pregunta 18). Un 43% (n=90) afirmó *“algo”* que **“Sentía presión por parte de sus jefes para realizar su trabajo”** (Pregunta 19). Un 45% (n=93) indica que *“algo”* en **“Recibo presión para mantener la calidad de mi trabajo”** (Pregunta 20). Mientras, un 95% (n=198) de los encuestados **“Consideraba que su trabajo es importante para mejorar la calidad de vida de los pacientes”** *“bastante-mucho”* (Pregunta 21). Un 38% (n=78) de los profesionales de enfermería al contestar si **“Tenían una descripción específica y por escrito de las responsabilidades que tenían”** indicaron que *“algo”* (Pregunta 22). Un 86% (n=178) señaló que *“bastante-mucho”* **“Le quedaba claro lo que tenía que hacer a diario”** (Pregunta 23). Un 45% (n=94) contestó que *“algo”* a si **“Se consideraba libre en tomar decisiones”** (Pregunta 24).

En relación con la afirmación de **“Su familia apoyaba su trabajo”**, un 93% (n=193) indicó que *“bastante-mucho”* (Pregunta 25). De la misma manera, un 87% (n=180) de los profesionales de enfermería señaló también que *“bastante-mucho”* **“Tenían el apoyo de sus compañeros”** en el trabajo (Pregunta 26). El 71% (n=148) de los encuestados indicó con respecto a **“Recibo el apoyo de sus subordinados”** entre

“bastante-mucho” (Pregunta 27). Un 71% (n=147) manifestó que **“Tenía ganas de ser creativo”** entre *“bastante-mucho”* (Pregunta 28). El 93% (n=194) señaló que **“Estaba orgulloso de su trabajo”** *“bastante-mucho”* (Pregunta 29). Además, un 45% (n=93) manifestó **“Sentirse motivado por parte de sus superiores”** entre *“bastante-mucho”* (Pregunta 30). Por otro lado, un 86% (n=179) estaba entre *“bastante-mucho”* **“satisfecho con el trabajo que desempeñaba”** (Pregunta 31). Se observa también que un 97% (n=201) **“Se sentía capacitado para realizar su trabajo”** entre *“bastante-mucho”* (Pregunta 32). Un 93% (n=194) considera que **“Se exige capacitación para realizar su trabajo”** *“bastante-mucho”* (Pregunta 33). Un 64% (n=133) indicó que era capaz de **“Desconectar al acabar la jornada laboral”** entre *“bastante-mucho”* y solamente el 4% (n=8) de los encuestados señalaron que no podían desconectar *“nada”* tras su jornada (Pregunta 34). Finalmente, un 94% (n=195) de los profesionales de enfermería **“Se sentían satisfechos con su vida”** entre *“bastante-mucho”* (Pregunta 35) (Tabla 12).

Tabla 12. Análisis descriptivo del cuestionario de calidad de vida profesional (CVP-35)

Variables CVP35	n=208 (100%)
1. Sufro interrupciones molestas a menudo	
Nada	41 (20%)
Algo	89 (43%)
Bastante-Mucho	78 (37%)
2. Padezco consecuencias negativas en mi salud a causa de mi trabajo	
Nada	48 (23%)
Algo	92 (44%)
Bastante-Mucho	68 (33%)
3. Me falta tiempo para dedicarme a mi vida personal	
Nada	53 (25%)
Algo	97 (47%)
Bastante-Mucho	58 (28%)
4. Siento incomodidad física	
Nada	64 (31%)
Algo	80 (38%)
Bastante-Mucho	64 (31%)
5. Sufro conflictos con otras personas	
Nada	103 (50%)
Algo	76 (36%)
Bastante-Mucho	29 (14%)
6. Realizo gran variedad de actividades	
Nada	6 (3%)
Algo	34 (16%)
Bastante-Mucho	168 (81%)
7. Siento la posibilidad de expresar lo que pienso y necesito	
Nada	13 (6%)
Algo	73 (35%)
Bastante-Mucho	122 (59%)
8. Mis jefes me apoyan en desarrollar mis propios criterios	
Nada	22 (10%)
Algo	85 (41%)
Bastante-Mucho	101 (49%)
9. Tengo posibilidad de que mis propuestas sean escuchadas y aplicadas	
Nada	22 (10%)
Algo	95 (46%)
Bastante-Mucho	91 (44%)
10. Estoy satisfecho con mi sueldo	
Nada	36 (17%)
Algo	90 (43%)
Bastante-Mucho	82 (40%)
11. Tengo posibilidad de ser creativo	
Nada	35 (17%)
Algo	106 (51%)
Bastante-Mucho	67 (32%)
12. Mi empresa se preocupa por mi calidad de vida laboral	
Nada	83 (40%)
Algo	92 (44%)
Bastante-Mucho	33 (16%)
13. Veo reconocido mi esfuerzo	
Nada	69 (33%)
Algo	88 (42%)
Bastante-Mucho	51 (25%)
14. Recibo información de los resultados obtenidos	
Nada	70 (34%)
Algo	94 (45%)
Bastante-Mucho	44 (21%)
15. Tengo posibilidades de promoción profesional	
Nada	70 (34%)
Algo	93 (45%)
Bastante-Mucho	45 (21%)
16. Tengo gran cantidad de trabajo	
Nada	3 (1%)
Algo	27 (13%)
Bastante-Mucho	178 (86%)
17. Sufro estrés a consecuencia de mi trabajo	
Nada	17 (8%)
Algo	70 (34%)
Bastante-Mucho	121 (58%)
18. Siento prisa y agobios para poder realizar mi trabajo	
Nada	25 (12%)
Algo	55 (26%)
Bastante-Mucho	128 (62%)

Tabla de 12. Análisis descriptivo del cuestionario de calidad de vida profesional (CVP-35) (Continuación).

Variables CVP35	n=208 (100%)
19. Siento presión por parte de mis jefes para realizar mi trabajo	
Nada	59 (26%)
Algo	90 (43%)
Bastante-Mucho	64 (31%)
20. Recibo presión para mantener la calidad de mi trabajo	
Nada	37 (18%)
Algo	93 (45%)
Bastante-Mucho	78 (27%)
21. Considero que mi trabajo es importante para mejorar la calidad de vida de los pacientes	
Nada	1 (1%)
Algo	9 (4%)
Bastante-Mucho	198 (95%)
22. Tengo una descripción específica y por escrito de las responsabilidades que tengo	
Nada	53 (25%)
Algo	78 (38%)
Bastante-Mucho	77 (37%)
23. Me queda claro lo que tengo que hacer a diario	
Nada	8 (4%)
Algo	22 (10%)
Bastante-Mucho	178 (86%)
24. Me considero libre en tomar decisiones	
Nada	22 (11%)
Algo	94 (45%)
Bastante-Mucho	92 (44%)
25. Mi familia apoya mi trabajo	
Nada	3 (1%)
Algo	12 (6%)
Bastante-Mucho	193 (93%)
26. Tengo el apoyo de mis compañeros	
Nada	3 (1%)
Algo	25 (12%)
Bastante-Mucho	180 (87%)
27. Recibo el apoyo de mis subordinados	
Nada	10 (5%)
Algo	50 (24%)
Bastante-Mucho	148 (71%)
28. Tengo ganas de ser creativo	
Nada	11 (5%)
Algo	50 (24%)
Bastante-Mucho	147 (71%)
29. Estoy orgulloso de mi trabajo	
Nada	-
Algo	14 (7%)
Bastante-Mucho	194 (93%)
30. Me siento motivado por parte de mis superiores	
Nada	32 (15%)
Algo	83 (40%)
Bastante-Mucho	93 (45%)
31. Estoy satisfecho con el trabajo que desempeño	
Nada	3 (1%)
Algo	26 (13%)
Bastante-Mucho	179 (86%)
32. Me siento capacitado para realizar mi trabajo	
Nada	-
Algo	7 (3%)
Bastante-Mucho	201 (97%)
33. Se exige capacitación para realizar mi trabajo	
Nada	4 (2%)
Algo	10 (5%)
Bastante-Mucho	194 (93%)
34. Desconecto al acabar la jornada laboral	
Nada	8 (4%)
Algo	67 (32%)
Bastante-Mucho	133 (64%)
35. Me siento satisfecho con mi vida	
Nada	1 (1%)
Algo	12 (5%)
Bastante-Mucho	195 (94%)

IV.1.4 | Agrupación de las variables del cuestionario CVP35 en dimensiones

Una vez valorados los ítems de manera individual, se procedió a agrupación de las variables en 3 dimensiones: a) **Cargas en el trabajo** (11 ítems); b) **Apoyo directivo** (13 ítems) y c) **Motivación intrínseca** (10 ítems). Quedando una pregunta no agrupada a ninguno de los dominios anteriores como ya han reflejado otros análisis (Cabezas, 2000). Una vez recogidos los datos, se realizó un análisis descriptivo de las diferentes dimensiones (Tabla 13).

a) Cargas en el trabajo

Los resultados obtenidos al evaluar las cargas en el trabajo muestran que solamente el 22% de los encuestados indica que no tiene cargas de trabajo (*Nada*) mientras que un 37% registraron un nivel medio (*Algo*) y el 41% un nivel alto (entre *Mucho/Bastante*).

b) Apoyo directivo

En cuanto al apoyo directivo, un 17% de los trabajadores indicó que no sentía recibirlo (*Nada*), el 35% registraron un nivel medio (*Algo*) y un 48% señalaron que el nivel de apoyo directivo en el trabajo era alto (*Mucho/Bastante*).

c) Motivación intrínseca

Los resultados de este estudio indicaron que solo el 4% de los encuestados revela no recibir ninguna motivación intrínseca (*Nada*), mientras que un 15% señala un nivel medio de motivación (*Algo*) y el resto, un 82% dicen tener un nivel alto de motivación intrínseca (*Mucho/Bastante*) (Tabla 13).

Tabla 13. Agrupación por dimensiones de las variables del cuestionario de calidad de vida profesional (CVP-35).

VARIABLES POR DIMENSIONES	n=208 (100%)		
	NADA	ALGO	MUCHO-BASTANTE
Cargas en el trabajo			
Tengo gran cantidad de trabajo	3 (1%)	27 (13%)	178 (86%)
Siento prisa y agobios para poder realizar mi trabajo	25 (12%)	55 (26%)	128 (62%)
Siento presión por parte de mis jefes para realizar mi trabajo	59 (26%)	90 (43%)	64 (31%)
Recibo presión para mantener la calidad de mi trabajo	37 (18%)	93 (45%)	78 (37%)
Me falta tiempo para dedicarme a mi vida personal	53 (25%)	97 (47%)	58 (28%)
Siento incomodidad física	64 (31%)	80 (38%)	64 (31%)
Tengo una descripción específica y por escrito de las responsabilidades que tengo	53 (25%)	78 (38%)	77 (37%)
Sufro interrupciones molestas a menudo en mi trabajo	41 (20%)	89 (43%)	78 (37%)
Sufro estrés a consecuencia de mi trabajo	17 (8%)	70 (34%)	121 (58%)
Sufro conflictos con otras personas	103 (50%)	76 (36%)	29 (14%)
Padezco consecuencias negativas en mi salud a causa de mi trabajo	48 (23%)	92 (44%)	68 (33%)
Media	22%	37%	41%
Apoyo directivo			
Estoy satisfecho con mi sueldo	36 (17%)	90 (43%)	82 (40%)
Veo reconocido mi esfuerzo	69 (33%)	88 (42%)	51 (25%)
Tengo posibilidades de promoción profesional	70 (34%)	93 (45%)	45 (21%)
Recibo el apoyo de mis subordinados	10 (5%)	50 (24%)	148 (71%)
Mis jefes me apoyaban en desarrollar mis propios criterios	22 (10%)	85 (41%)	101 (49%)
Recibo información de los resultados obtenidos	70 (34%)	94 (45%)	44 (21%)
Mi empresa se preocupa por mi calidad de vida laboral	83 (40%)	92 (44%)	33 (16%)
Me considero libre en tomar decisiones	22 (11%)	94 (45%)	92 (44%)
Realizo gran variedad de actividades	6 (3%)	34 (16%)	168 (81%)
Tengo posibilidad de que mis propuestas sean escuchadas y aplicadas	22 (10%)	95 (46%)	91 (44%)
Me queda claro lo que tengo que hacer a diario	8 (4%)	22 (10%)	178 (86%)
Tengo posibilidad de ser creativo	35 (17%)	106 (51%)	67 (32%)
Siento la posibilidad de expresar lo que pienso y necesito	13 (6%)	73 (35%)	122 (59%)
Media	17%	35%	48%
Motivación intrínseca			
Me siento motivado por parte de mis superiores	32 (15%)	83 (40%)	93 (45%)
Tengo ganas de ser creativo	11 (5%)	50 (24%)	147 (71%)
Se exige capacitación para realizar mi trabajo	4 (2%)	10 (5%)	194 (93%)
Mi familia apoya mi trabajo	3 (1%)	12 (6%)	193 (93%)
Me siento capacitado para realizar mi trabajo	-	7 (3%)	201 (97%)
Considero que mi trabajo es importante para mejorar la calidad de vida de los pacientes	1 (1%)	9 (4%)	198 (95%)
Estoy orgulloso de mi trabajo	-	14 (7%)	194 (93%)
Tengo el apoyo de mis compañeros	3 (1%)	25 (12%)	180 (87%)
Estoy satisfecho con el trabajo que desempeño	3 (1%)	26 (13%)	179 (86%)
Desconecto al acabar la jornada laboral	8 (4%)	67 (32%)	133 (64%)
Media	4%	15%	82%
Satisfacción con la vida			
Me siento satisfecho con mi vida	1 (1%)	12 (5%)	195 (94%)

IV.1.5 | Análisis bivariante

IV.1.5.1 | Variables sociodemográficas

Edad

Al estudiar la relación entre la edad del encuestado con la calidad de vida laboral, se observaron asociaciones significativas en la variable *“Mi familia apoya a mi trabajo”* donde se observa que aquellos que menos contestan *“bastante- mucho”* se encuentran en la franja de edad entre los 50-59 años ($p < 0.006$). Además, también existen diferencias en *“Desconecto al acabar la jornada laboral”*, donde todos los que tienen menos de 30 años indican desconectar *“bastante-mucho”* vs. los que tienen entre 50-59 años que muy pocos dicen desconectar *“algo”* ($p < 0,047$) (Tabla 14).

Tabla 14. Edad de los encuestados relacionada con el cuestionario de calidad de vida profesional (CVP-35).

n=208 (100%)	EDAD					p
	<30 años n=11 (5%)	30-39 años n=81 (39%)	40-49 años n=80 (39%)	50-59 años 32 (15%)	>60 años n=4 (2%)	
1. Sufro interrupciones molestas a menudo						
Nada n=41 (20%)	2 (5%)	13 (32%)	15 (37%)	10 (24%)	1 (2%)	0.712
Algo n=89 (43%)	3 (3%)	37 (42%)	36 (41%)	11 (12%)	2 (2%)	
Bastante/Mucho n=78 (37%)	6 (8%)	31 (40%)	29 (37%)	11 (14%)	1 (1%)	
2. Padezco consecuencias negativas en mi salud a causa de mi trabajo						
Nada n=48 (23%)	4 (8%)	15 (31%)	18 (38%)	9 (19%)	2 (4%)	0.469
Algo n=92 (44%)	5 (6%)	33 (36%)	38 (41%)	14 (15%)	2 (2%)	
Bastante/Mucho n=68 (33%)	2 (3%)	33 (49%)	24 (35%)	9 (13%)	0	
3. Me falta tiempo para dedicarme a mi vida personal						
Nada n=53 (25%)	4 (7%)	14 (26%)	20 (38%)	13 (25%)	2 (4%)	0.177
Algo n=97 (47%)	3 (3%)	39 (40%)	41 (42%)	13 (14%)	1 (1%)	
Bastante/Mucho n=58 (28%)	4 (7%)	28 (48%)	19 (33%)	6 (10%)	1 (2%)	
4. Siento incomodidad física						
Nada n=64 (31%)	3 (5%)	21 (33%)	26 (40%)	12 (19%)	2 (3%)	0.643
Algo n=80 (38%)	5 (6%)	29 (36%)	35 (44%)	10 (13%)	1 (1%)	
Bastante/Mucho n=6 (31%)	3 (5%)	31 (48%)	19 (30%)	10 (16%)	1 (1%)	
5. Sufro conflictos con otras personas						
Nada n=103 (50%)	8 (8%)	38 (37%)	39 (38%)	17 (16%)	1 (1%)	0.531
Algo n=76 (36%)	1 (1%)	30 (40%)	31 (41%)	11 (14%)	3 (4%)	
Bastante/Mucho n=29 (14%)	2 (7%)	13 (45%)	10 (34%)	4 (14%)	0	
6. Realizo gran variedad de actividades						
Nada n=6 (3%)	0	1 (17%)	4 (67%)	1 (16%)	0	0.742
Algo n=34 (16%)	3 (9%)	10 (29%)	15 (44%)	5 (15%)	1 (3%)	
Bastante/Mucho n=168 (81%)	8 (5%)	70 (42%)	61 (36%)	26 (15%)	3 (2%)	
7. Siento posibilidad de expresar lo que pienso y necesito						
Nada n=13 (6%)	0	3 (23%)	7 (54%)	3 (23%)	0	0.504
Algo n=73 (35%)	3 (4%)	27 (37%)	27 (37%)	13 (18%)	3 (4%)	
Bastante/Mucho n=122 (59%)	8 (6%)	51 (42%)	46 (38%)	16 (13%)	1 (1%)	
8. Mis jefes me apoyan en desarrollar mis propios criterios						
Nada n=22 (10%)	3 (14%)	7 (32%)	11 (50%)	1 (4%)	0	0.243
Algo n=85 (41%)	4 (5%)	30 (35%)	31 (37%)	17 (20%)	3 (3%)	
Bastante/Mucho n=101 (49%)	4 (4%)	44 (44%)	38 (37%)	14 (14%)	1 (1%)	

Tabla 14. Edad de los encuestados relacionada con el cuestionario CVP-35 (Continuación).

n=208 (100%)	EDAD					p
	<30 años n=11 (5%)	30-39 años n=81 (39%)	40-49 años n=80 (39%)	50-59 años 32 (15%)	>60 años n=4 (2%)	
9. Tengo posibilidad de que mis propuestas sean escuchadas y aplicadas						
Nada n=22 (10%)	3 (14%)	6 (27%)	10 (45%)	3 (14%)	0	0.116
Algo n=95 (46%)	3 (3%)	33 (35%)	41 (43%)	14 (15%)	4 (4%)	
Bastante/Mucho n=91 (44%)	5 (5%)	42 (46%)	29 (32%)	15 (17%)	0	
10. Estoy satisfecho/a con mi sueldo						
Nada n=36 (17%)	1 (3%)	14 (39%)	16 (44%)	5 (14%)	0	0.133
Algo n=90 (43%)	4 (5%)	30 (33%)	39 (43%)	17 (19%)	0	
Bastante/Mucho n=82 (40%)	6 (7%)	37 (45%)	25 (31%)	10 (12%)	4 (5%)	
11. Tengo posibilidad de ser creativo/a						
Nada n=35 (17%)	3 (9%)	14 (40%)	14 (40%)	4 (11%)	0	0.938
Algo n=106 (51%)	5 (5%)	39 (37%)	42 (39%)	17 (16%)	3 (3%)	
Bastante/Mucho n=67 (32%)	3 (5%)	28 (42%)	24 (36%)	11 (16%)	1 (1%)	
12. Mi empresa se preocupa por mi calidad de vida laboral						
Nada n=83 (40%)	5 (6%)	29 (35%)	32 (39%)	16 (19%)	1 (1%)	0.449
Algo n=92 (44%)	3 (3%)	42 (46%)	34 (37%)	10 (11%)	3 (3%)	
Bastante/Mucho n=33 (16%)	3 (9%)	10 (30%)	14 (43%)	6 (18%)	0	
13. Veo reconocido mi esfuerzo						
Nada n=69 (33%)	3 (4%)	25 (36%)	27 (39%)	12 (18%)	2 (3%)	0.972
Algo n=88 (42%)	5 (6%)	36 (41%)	32 (36%)	13 (15%)	2 (2%)	
Bastante/Mucho n=51 (25%)	3 (6%)	20 (39%)	21 (41%)	7 (14%)	0	
14. Recibo información de los resultados obtenidos						
Nada n=70 (34%)	3 (4%)	28 (40%)	29 (42%)	8 (11%)	2 (3%)	0.677
Algo n=94 (45%)	4 (5%)	35 (37%)	34 (36%)	19 (20%)	2 (2%)	
Bastante/Mucho n=44 (21%)	4 (9%)	18 (41%)	17 (39%)	5 (11%)	0	
15. Tengo posibilidades de promoción profesional						
Nada n=70 (34%)	2 (3%)	28 (40%)	29 (42%)	10 (14%)	1 (1%)	0.744
Algo n=93 (45%)	7 (8%)	36 (39%)	31 (33%)	16 (17%)	3 (3%)	
Bastante/Mucho n=45 (21%)	2 (4%)	17 (38%)	20 (45%)	6 (13%)	0	
16. Tengo gran cantidad de trabajo						
Nada n=3 (1%)	0	2 (67%)	1 (33%)	0	0	0.802
Algo n=27 (13%)	3 (11%)	8 (30%)	10 (37%)	5 (18%)	1 (4%)	
Bastante/Mucho n=178 (86%)	8 (4%)	71 (40%)	69 (39%)	27 (15%)	3 (2%)	
17. Sufro estrés a consecuencia de mi trabajo						
Nada n=17 (8%)	1 (6%)	6 (35%)	8 (47%)	2 (12%)	0	0.705
Algo n=70 (34%)	5 (7%)	23 (33%)	26 (37%)	15 (22%)	1 (1%)	
Bastante/Mucho n=121 (58%)	5 (4%)	52 (43%)	46 (38%)	15 (12%)	3 (3%)	
18. Siento prisa y agobios para poder realizar mi trabajo						
Nada n=25 (12%)	3 (12%)	4 (16%)	11 (44%)	6 (24%)	1 (4%)	0.227
Algo n=55 (26%)	2 (4%)	22 (40%)	21 (38%)	10 (18%)	0	
Bastante/Mucho n=128 (62%)	6 (5%)	55 (43%)	48 (38%)	16 (12%)	3 (2%)	
19. Siento presión por parte de mis jefes para realizar mi trabajo						
Nada n=54 (26%)	3 (6%)	15 (28%)	24 (44%)	11 (20%)	1 (2%)	0.065
Algo n=90 (43%)	2 (2%)	43 (48%)	35 (39%)	10 (11%)	0	
Bastante/Mucho n=64 (31%)	6 (9%)	23 (36%)	21 (33%)	11 (17%)	3 (5%)	
20. Recibo presión para mantener la calidad de mi trabajo						
Nada n=37 (18%)	3 (8%)	10 (27%)	15 (40%)	8 (22%)	1 (3%)	0.158
Algo n=93 (45%)	3 (3%)	34 (37%)	42 (45%)	14 (15%)	0	
Bastante/Mucho n=78 (37%)	5 (6%)	37 (47%)	23 (30%)	10 (13%)	3 (4%)	
21. Considero que mi trabajo es importante para mejorar la calidad de vida de los pacientes						
Nada n=1 (1%)	0	0	1 (100%)	0	0	0.748
Algo n=9 (4%)	1 (11%)	2 (22%)	3 (34%)	3 (33%)	0	
Bastante/Mucho n=198 (95%)	10 (5%)	79 (40%)	76 (38%)	29 (15%)	4 (2%)	
22. Tengo una descripción específica y por escrito de las responsabilidades que tengo						
Nada n=53 (25%)	2 (4%)	15 (28%)	27 (51%)	8 (15%)	1 (2%)	0.243
Algo n=78 (38%)	6 (8%)	35 (45%)	27 (34%)	10 (13%)	0	
Bastante/Mucho n=77 (37%)	3 (4%)	31 (40%)	26 (34%)	14 (18%)	3 (4%)	

Tabla 14. Edad de los encuestados relacionada con el cuestionario CVP-35 (Continuación).

n=208 (100%)	EDAD					P
	<30 años n=11 (5%)	30-39 años n=81 (39%)	40-49 años n=80 (39%)	50-59 años 32 (15%)	>60 años n=4 (2%)	
23. Me queda claro lo que tengo que hacer a diario						
Nada n=8 (4%)	0	2 (25%)	5 (63%)	1 (12%)	0	0.613
Algo n=22 (10%)	3 (14%)	8 (36%)	7 (32%)	4 (18%)	0	
Bastante/Mucho n=178 (86%)	8 (5%)	71 (40%)	68 (38%)	27 (15%)	4 (2%)	
24. Me considero libre en tomar decisiones						
Nada n=22 (11%)	3 (14%)	7 (32%)	11 (50%)	1 (4%)	0	0.360
Algo n=94 (45%)	5 (5%)	36 (38%)	38 (41%)	13 (14%)	2 (2%)	
Bastante/Mucho n=92 (44%)	3 (3%)	38 (41%)	31 (34%)	18 (20%)	2 (2%)	
25. Mi familia apoya a mi trabajo						
Nada n=3 (1%)	0	0	1 (34%)	1 (33%)	1 (33%)	0.006
Algo n=12 (6%)	0	4 (34%)	4 (33%)	4 (33%)	0	
Bastante/Mucho n=193 (93%)	11 (6%)	77 (40%)	75 (39%)	27 (14%)	3 (1%)	
26. Tengo el apoyo de mis compañeros						
Nada n=3 (1%)	0	1 (33%)	2 (67%)	0	0	0.119
Algo n=25 (12%)	2 (8%)	8 (32%)	5 (20%)	9 (36%)	1 (4%)	
Bastante/Mucho n=180 (87%)	9 (5%)	72 (40%)	73 (40%)	23 (13%)	3 (2%)	
27. Recibo apoyo de mis subordinados						
Nada n=10 (5%)	0	4 (40%)	6 (60%)	0	0	0.702
Algo n=50 (24%)	2 (4%)	19 (38%)	18 (36%)	9 (18%)	2 (4%)	
Bastante/Mucho n=148 (71%)	9 (6%)	58 (39%)	56 (38%)	23 (16%)	2 (1%)	
28. Tengo ganas de ser creativo						
Nada n=11 (5%)	2 (18%)	5 (46%)	3 (27%)	1 (9%)	0	0.702
Algo n=50 (24%)	2 (4%)	20 (40%)	21 (42%)	6 (12%)	1 (2%)	
Bastante/Mucho n=147 (71%)	7 (5%)	56 (38%)	56 (38%)	25 (17%)	3 (2%)	
29. Estoy orgulloso/a de mi trabajo						
Nada	-	-	-	-	-	0.153
Algo n=14 (7%)	2 (14%)	2 (14%)	6 (43%)	4 (29%)	0	
Bastante/Mucho n=194 (93%)	9 (5%)	79 (41%)	74 (38%)	28 (14%)	4 (2%)	
30. Me siento motivado por parte de mis superiores						
Nada n=32 (15%)	3 (9%)	11 (34%)	14 (44%)	4 (13%)	0	0.155
Algo n=83 (40%)	2 (2%)	30 (36%)	36 (44%)	11 (13%)	4 (5%)	
Bastante/Mucho n=93 (45%)	6 (7%)	40 (43%)	30 (32%)	17 (18%)	0	
31. Estoy satisfecho/a con el trabajo que desempeño						
Nada n=3 (1%)	0	2 (67%)	1 (33%)	0	0	0.466
Algo n=26 (13%)	3 (11%)	7 (27%)	9 (35%)	7 (27%)	0	
Bastante/Mucho n=179 (86%)	8 (5%)	72 (40%)	70 (39%)	25 (14%)	4 (2%)	
32. Me siento capacitado/a para realizar mi trabajo						
Nada	-	-	-	-	-	0.833
Algo n=7 (3%)	1 (14%)	3 (43%)	2 (29%)	1 (14%)	0	
Bastante/Mucho n=201 (97%)	10 (5%)	78 (39%)	78 (39%)	31 (15%)	4 (2%)	
33. Se exige capacitación para realizar mi trabajo						
Nada n=4 (2%)	0	0	2 (50%)	2 (50%)	0	0.464
Algo n=10 (5%)	0	3 (30%)	6 (60%)	1 (10%)	0	
Bastante/Mucho n=194 (93%)	11 (6%)	78 (40%)	72 (37%)	29 (15%)	4 (2%)	
34. Desconecto al acabar la jornada laboral						
Nada n=8 (4%)	0	3 (37%)	3 (38%)	2 (25%)	0	0.047
Algo n=67 (32%)	0	32 (48%)	30 (45%)	5 (7%)	0	
Bastante/Mucho n=133 (64%)	11 (8%)	46 (35%)	47 (35%)	25 (19%)	4 (3%)	
35. Me siento satisfecho con mi vida						
Nada n=1 (1%)	0	0	1 (100%)	0	0	0.482
Algo n=12 (5%)	1 (8%)	8 (67%)	1 (8%)	2 (17%)	0	
Bastante/Mucho n=195 (94%)	10 (5%)	73 (38%)	78 (40%)	30 (15%)	4 (2%)	

Sexo

Aunque no se observaron asociaciones estadísticamente significativas entre el sexo del encuestado y su calidad de vida laboral, cabe destacar la variable **“Siento presión por parte de mis jefes para realizar mi trabajo”**, donde las mujeres indican en un 73% que **“bastante-mucho”** vs. el 27% de los hombres ($p=0.055$) (Tabla 15).

Estado civil

Se observan asociaciones estadísticamente significativas en las variables **“Siento prisa y agobios para poder realizar mi trabajo”** (dicen sentir **“algo”** el 5% en solteros vs. 9% en divorciados/separados; $p<0.026$) y **“Recibo presión para mantener la calidad de mi trabajo”** (87% de los que indican **“algo”** están casados vs. el 20% de los que señala **“bastante-mucho”** que son solteros; $p<0.045$) (Tabla 15).

Tabla 15. Sexo y estado civil de los encuestados relacionado con el cuestionario de calidad de vida profesional (CVP-35).

n=208 (100%)	SEXO		p	ESTADO CIVIL				p
	Hombre n=36 (17%)	Mujer n=172 (83%)		Soltero/a n=30 (15%)	Casado/a En pareja n=168 (81%)	Divorciado/a Separado/a n=7 (3%)	Viudo/a n=3 (1%)	
1. Sufro interrupciones molestas a menudo								
Nada n=41 (20%)	6 (15%)	35 (85%)	0.880	2 (5%)	35 (86%)	3 (7%)	1 (2%)	0.109
Algo n=89 (43%)	16 (18%)	73 (82%)		11 (13%)	74 (83%)	2 (2%)	2 (2%)	
Bastante/Mucho n=78 (37%)	14 (18%)	64 (84%)		17 (22%)	59 (76%)	2 (3%)	0	
2. Padezco consecuencias negativas en mi salud a causa de mi trabajo								
Nada n=48 (23%)	6 (12%)	42 (88%)	0.460	5 (10%)	41 (86%)	2 (4%)	0	0.713
Algo n=92 (44%)	19 (21%)	73 (79%)		16 (18%)	70 (76%)	4 (4%)	2 (2%)	
Bastante/Mucho n=68 (33%)	11 (16%)	57 (84%)		9 (13%)	57 (84%)	1 (2%)	1 (1%)	
3. Me falta tiempo para dedicarme a mi vida personal								
Nada n=53 (25%)	8 (15%)	45 (85%)	0.480	9 (17%)	42 (79%)	1 (2%)	1 (2%)	0.863
Algo n=97 (47%)	15 (15%)	82 (85%)		14 (14%)	77 (80%)	5 (5%)	1 (1%)	
Bastante/Mucho n=58 (28%)	13 (22%)	45 (78%)		7 (12%)	49 (84%)	1 (2%)	1 (2%)	
4. Siento incomodidad física								
Nada n=64 (31%)	10 (16%)	54 (84%)	0.507	16 (15%)	51 (80%)	3 (5%)	0	0.308
Algo n=80 (38%)	12 (15%)	68 (85%)		13 (16%)	61 (76%)	3 (4%)	3 (4%)	
Bastante/Mucho n=6 (31%)	14 (22%)	50 (78%)		7 (11%)	56 (87%)	1 (2%)	0	
5. Sufro conflictos con otras personas								
Nada n=103 (50%)	14 (14%)	89 (86%)	0.324	14 (14%)	85 (82%)	3 (3%)	1 (1%)	0.867
Algo n=76 (36%)	15 (20%)	61 (80%)		10 (13%)	61 (80%)	3 (4%)	3 (67%)	
Bastante/Mucho n=29 (14%)	7 (24%)	22 (76%)		6 (21%)	22 (76%)	1 (3%)	0	
6. Realizo gran variedad de actividades								
Nada n=6 (3%)	1 (17%)	5 (83%)	0.858	0	5 (83%)	1 (17%)	0	0.157
Algo n=34 (16%)	7 (21%)	27 (79%)		4 (12%)	27 (79%)	3 (9%)	0	
Bastante/Mucho n=168 (81%)	28 (17%)	140 (83%)		26 (15%)	136 (81%)	3 (2%)	3 (2%)	
7. Siento posibilidad de expresar lo que pienso y necesito								
Nada n=13 (6%)	1 (8%)	12 (92%)	0.456	3 (23%)	9 (69%)	1 (8%)	0	0.593
Algo n=73 (35%)	11 (15%)	62 (85%)		8 (11%)	60 (82%)	4 (6%)	1 (1%)	
Bastante/Mucho n=122 (59%)	24 (20%)	98 (80%)		19 (16%)	99 (81%)	2 (2%)	2 (2%)	
8. Mis jefes me apoyan en desarrollar mis propios criterios								
Nada n=22 (10%)	3 (14%)	19 (86%)	0.642	5 (23%)	16 (73%)	1 (4%)	0	0.751
Algo n=85 (41%)	13 (15%)	72 (85%)		14 (17%)	68 (80%)	2 (2%)	1 (1%)	
Bastante/Mucho n=101 (49%)	20 (20%)	81 (80%)		11 (11%)	84 (83%)	4 (4%)	2 (2%)	
9. Tengo posibilidad de que mis propuestas sean escuchadas y aplicadas								
Nada n=22 (10%)	4 (18%)	18 (82%)	0.429	6 (27%)	15 (68%)	1 (5%)	0	0.648
Algo n=95 (46%)	13 (14%)	82 (86%)		12 (13%)	79 (83%)	3 (3%)	1 (1%)	
Bastante/Mucho n=91 (44%)	19 (21%)	72 (79%)		12 (13%)	74 (82%)	3 (3%)	2 (2%)	

Tabla 15. Sexo y estado civil de los encuestados relacionado con el cuestionario de calidad de vida profesional (CVP-35) (Continuación).

n=208 (100%)	SEXO		p	ESTADO CIVIL				p
	Hombre n=36 (17%)	Mujer n=172 (83%)		Soltero/a n=30 (15%)	Casado/a En pareja n=168 (81%)	Divorciado/a Separado/a n=7 (3%)	Viudo/a n=3 (1%)	
10. Estoy satisfecho/a con mi sueldo								
Nada n=36 (17%)	5 (14%)	31 (86%)	0.560	5 (14%)	30 (83%)	0	1 (3%)	0.387
Algo n=90 (43%)	14 (16%)	76 (84%)		12 (13%)	76 (85%)	2 (2%)	0	
Bastante/Mucho n=82 (40%)	17 (21%)	65 (79%)		13 (16%)	62 (76%)	5 (6%)	2 (2%)	
11. Tengo posibilidad de ser creativo/a								
Nada n=35 (17%)	6 (17%)	29 (83%)	0.617	9 (26%)	26 (74%)	0	0	0.370
Algo n=106 (51%)	16 (15%)	90 (85%)		12 (11%)	87 (82%)	5 (5%)	2 (2%)	
Bastante/Mucho n=67 (32%)	14 (21%)	53 (79%)		9 (13%)	55 (82%)	2 (3%)	1 (2%)	
12. Mi empresa se preocupa por mi calidad de vida laboral								
Nada n=83 (40%)	8 (10%)	75 (90%)	0.056	16 (19%)	67 (81%)	0	0	0.095
Algo n=92 (44%)	20 (22%)	72 (78%)		11 (12%)	75 (82%)	4 (4%)	2 (2%)	
Bastante/Mucho n=33 (16%)	8 (24%)	25 (76%)		3 (9%)	26 (79%)	3 (9%)	1 (3%)	
13. Veo reconocido mi esfuerzo								
Nada n=69 (33%)	10 (14%)	59 (86%)	0.597	10 (14%)	59 (86%)	0	0	0.401
Algo n=88 (42%)	15 (17%)	73 (83%)		11 (12)	70 (80%)	5 (6%)	2 (2%)	
Bastante/Mucho n=51 (25%)	11 (22%)	40 (78%)		9 (18%)	39 (76%)	2 (4%)	1 (2%)	
14. Recibo información de los resultados obtenidos								
Nada n=70 (34%)	9 (13%)	61 (87%)	0.473	8 (11%)	60 (86%)	2 (3%)	0	0.298
Algo n=94 (45%)	18 (19%)	76 (81%)		12 (13%)	75 (80%)	5 (5%)	2 (2%)	
Bastante/Mucho n=44 (21%)	9 (20%)	35 (80%)		10 (23%)	33 (75%)	0	1 (2%)	
15. Tengo posibilidades de promoción profesional								
Nada n=70 (34%)	7 (10%)	63 (90%)	0.135	10 (14%)	58(83%)	2(3%)	0	0.630
Algo n=93 (45%)	19 (20%)	74 (80%)		13 (14%)	73(79%)	4(4%)	3(3%)	
Bastante/Mucho n=45 (21%)	10 (22%)	35 (78%)		7 (16%)	37(82%)	1(2%)	0	
16. Tengo gran cantidad de trabajo								
Nada n=3 (1%)	0	3 (100%)	0.670	0	3 (100%)	0	0	0.847
Algo n=27 (13%)	4 (15%)	23 (85%)		4 (15%)	21 (78%)	2 (7%)	0	
Bastante/Mucho n=178 (86%)	32 (18%)	146 (82%)		26 (14%)	144 (81%)	5 (3%)	3 (2%)	
17. Sufro estrés a consecuencia de mi trabajo								
Nada n=17 (8%)	3 (18%)	14 (82%)	0.707	2 (12%)	14 (82%)	1 (6%)	0	0.600
Algo n=70 (34%)	10 (14%)	60 (86%)		11 (16%)	53 (76%)	4 (5%)	2 (3%)	
Bastante/Mucho n=121 (58%)	23 (19%)	98 (81%)		17 (14%)	101 (83%)	2 (2%)	1 (1%)	
18. Siento prisa y agobios para poder realizar mi trabajo								
Nada n=25 (12%)	4 (16%)	21 (84%)	0.142	5 (20%)	20 (80%)	0	0	0.026
Algo n=55 (26%)	5 (9%)	50 (91%)		3 (5%)	45 (82%)	5 (9%)	2 (4%)	
Bastante/Mucho n=128 (62%)	27 (21%)	101 (79%)		22 (17%)	103 (80%)	2 (2%)	1 (1%)	
19. Siento presión por parte de mis jefes para realizar mi trabajo								
Nada n=54 (26%)	6 (11%)	48 (89%)	0.055	6 (11%)	44 (82%)	4 (7%)	0	0.152
Algo n=90 (43%)	13 (14%)	77 (86%)		10 (11%)	77 (86%)	1 (1%)	2 (2%)	
Bastante/Mucho n=64 (31%)	17 (27%)	47 (73%)		14 (22%)	47 (73%)	2 (3%)	1 (2%)	
20. Recibo presión para mantener la calidad de mi trabajo								
Nada n=37 (18%)	3 (8%)	34 (92%)	0.187	5 (13%)	28 (76%)	4 (11%)	0	0.045
Algo n=93 (45%)	20 (21%)	73 (79%)		9 (10%)	81 (87%)	1 (1%)	2 (2%)	
Bastante/Mucho n=78 (37%)	13 (17%)	65 (83%)		16 (20%)	59 (76%)	2 (3%)	1 (1%)	
21. Considero que mi trabajo es importante para mejorar la calidad de vida de los pacientes								
Nada n=1 (1%)	1 (100%)	0	0.081	0	1 (100%)	0	0	0.069
Algo n=9 (4%)	1 (11%)	8 (89%)		0	7 (78%)	2 (22%)	0	
Bastante/Mucho n=198 (95%)	34 (17%)	164 (83%)		30 (15%)	160 (81%)	5 (3%)	3 (1%)	
22. Tengo una descripción específica y por escrito de las responsabilidades que tengo								
Nada n=53 (25%)	10 (19%)	43 (81%)	0.941	9 (17%)	42 (79%)	1 (2%)	1 (2%)	0.693
Algo n=78 (38%)	13 (17%)	65 (83%)		12 (15%)	62 (80%)	4 (5%)	0	
Bastante/Mucho n=77 (37%)	13 (17%)	64 (83%)		9 (12%)	64 (83%)	2 (3%)	2 (2%)	

Tabla 15. Sexo y estado civil de los encuestados relacionado con el cuestionario de calidad de vida profesional (CVP-35) (Continuación).

n=208 (100%)	SEXO		p	ESTADO CIVIL				p
	Hombre n=36 (17%)	Mujer n=172 (83%)		Soltero/a n=30 (15%)	Casado/a En pareja n=168 (81%)	Divorciado/a Separado/a n=7 (3%)	Viudo/a n=3 (1%)	
23. Me queda claro lo que tengo que hacer a diario								
Nada n=8 (4%)	2 (25%)	6 (75%)	0.832	2 (25%)	6 (75%)	0	0	0.470
Algo n=22 (10%)	4 (18%)	18 (82%)		6 (27%)	16 (73%)	0	0	
Bastante/Mucho n=178 (86%)	30 (17%)	148 (83%)		22 (12%)	146 (82%)	7 (4%)	3 (2%)	
24. Me considero libre en tomar decisiones								
Nada n=22 (11%)	4 (18%)	81 (82%)	0.896	5 (23%)	17 (77%)	0	0	0.226
Algo n=94 (45%)	15 (16%)	79 (84%)		15 (16%)	74 (79%)	5 (5%)	0	
Bastante/Mucho n=92 (44%)	17 (18%)	75 (82%)		10 (11%)	77 (84%)	2 (2%)	3 (3%)	
25. Mi familia apoya mi trabajo								
Nada n=3 (1%)	1 (33%)	2 (67%)	0.575	0	3 (100%)	0	0	0.885
Algo n=12 (6%)	3 (25%)	9 (75%)		3 (25%)	9 (75%)	0	0	
Bastante/Mucho n=193 (93%)	32 (17%)	161 (83%)		27 (14%)	156 (80%)	7 (4%)	3 (2%)	
26. Tengo el apoyo de mis compañeros								
Nada n=3 (1%)	0	3 (100%)	0.685	0	3 (100%)	0	0	0.685
Algo n=25 (12%)	5 (20%)	20 (80%)		6 (24%)	19 (76%)	0	0	
Bastante/Mucho n=180 (87%)	31 (17%)	149 (83%)		24 (13%)	146 (81%)	7 (4%)	3 (2%)	
27. Recibo apoyo de mis subordinados								
Nada n=10 (5%)	1 (10%)	9 (90%)	0.820	2 (20%)	8 (80%)	0	0	0.885
Algo n=50 (24%)	9 (18%)	41 (82%)		7 (14%)	42 (84%)	1 (2%)	0	
Bastante/Mucho n=148 (71%)	26 (18%)	122 (82%)		21 (14%)	118 (80%)	6 (4%)	3 (2%)	
28. Tengo ganas de ser creativo								
Nada n=11 (5%)	1 (9%)	10 (91%)	0.349	3 (27%)	8 (73%)	0	0	0.352
Algo n=50 (24%)	6 (12%)	44 (88%)		5 (10%)	40 (80%)	6 (43%)	4 (67%)	
Bastante/Mucho n=147 (71%)	29 (20%)	118 (80%)		22 (15%)	120 (81%)	4 (3%)	1 (1%)	
29. Estoy orgulloso/a de mi trabajo								
Nada	-	-	0.757	-	-	-	-	0.328
Algo n=14 (7%)	2 (14%)	12 (86%)		4 (29%)	9 (64%)	1 (7%)	0	
Bastante/Mucho n=194 (93%)	34 (17%)	160 (83%)		26 (13%)	159 (82%)	6 (3%)	3 (2%)	
30. Me siento motivado por parte de mis superiores								
Nada n=32 (15%)	4 (12)	28 (88%)	0.690	5 (16%)	26 (81%)	1 (3%)	0	0.832
Algo n=83 (40%)	16 (19%)	67 (81%)		14 (17%)	64 (77%)	4 (5%)	1 (1%)	
Bastante/Mucho n=93 (45%)	16 (17%)	77 (83%)		11 (12%)	78 (84%)	2 (2%)	2 (2%)	
31. Estoy satisfecho/a con el trabajo que desempeño								
Nada n=3 (1%)	0	3 (100%)	0.292	1 (33%)	2 (67%)	0	0	0.811
Algo n=26 (13%)	7 (27%)	19 (73%)		5 (19%)	21 (81%)	0	0	
Bastante/Mucho n=179 (86%)	29 (16%)	150 (84%)		24 (13%)	145 (81%)	7 (4%)	3 (2%)	
32. Me siento capacitado/a para realizar mi trabajo								
Nada	-	-	0.218	-	-	-	-	0.243
Algo n=7 (3%)	0	7 (100%)		2 (29%)	4 (57%)	1 (14%)	0	
Bastante/Mucho n=201 (97%)	36 (18%)	165 (82%)		28 (14%)	164 (82%)	6 (3%)	3 (1%)	
33. Se exige capacitación para realizar mi trabajo								
Nada n=4 (2%)	0	4 (100%)	0.526	0	4 (100%)	0	0	0.939
Algo n=10 (5%)	1 (10%)	9 (90%)		1 (10%)	9 (90%)	0	0	
Bastante/Mucho n=194 (93%)	35 (18%)	159 (82%)		29 (15%)	155 (80%)	7 (4%)	3 (1%)	
34. Desconecto al acabar la jornada laboral								
Nada n=8 (4%)	3 (37%)	5 (63%)	0.280	1 (12%)	5 (63%)	2 (25%)	0	0.054
Algo n=67 (32%)	10 (15%)	57 (85%)		10 (15%)	55 (82%)	1 (2%)	1 (1%)	
Bastante/Mucho n=133 (64%)	23 (17%)	110 (83%)		19 (14%)	108 (81%)	4 (3%)	2 (2%)	
35. Me siento satisfecho con mi vida								
Nada n=1 (1%)	0	1 (100%)	0.898	0	1 (100%)	0	0	0.963
Algo n=12 (5%)	2 (17%)	10 (83%)		2 (17%)	9 (75%)	1 (8%)	0	
Bastante/Mucho n=195 (94%)	34 (17%)	161 (83%)		28 (14%)	158 (81%)	6 (3%)	3 (2%)	

IV.1.5.2 | Variables académicas y laborales

Formación Académica

En cuanto a la relación entre la formación académica de los profesionales de enfermería y la calidad de vida laboral, se observaron asociaciones estadísticamente significativas en las variables ***“Padezco consecuencias negativas en mi salud a causa de mi trabajo”*** (el 93% de los profesionales que indicaban *“bastante-mucho”* eran D.U.E. vs. el 23% de los profesionales que señalaban *“nada”* tenían el título de Grado; $p<0.022$). También se han observado asociaciones estadísticamente significativas con respecto a la variable ***“Recibo información de los resultados obtenidos”*** (el 88% de los profesionales que indicaban *“algo”* eran D.U.E. vs. el 25% de los profesionales que señalaban *“bastante-mucho”* eran Grado; $p<0.022$). Además, aparece significación estadística en la variable ***“Tengo gran cantidad de trabajo”*** (considerando un 33% de los D.U.E. vs. un 67% de los profesionales de Grado que *“nada”*; $p<0.042$).

Por último, al analizar la variable ***“Me siento motivado por parte de mis superiores”***, se observa asociación estadísticamente significativa entre los profesionales que indican *“algo”* siendo un 93% los D.U.E. vs. aquellos profesionales de Grado que indican en un 18% *“bastante-mucho”* ($p<0.021$) (Tabla 16).

Tabla 16. Formación académica de los encuestados relacionado con el cuestionario de calidad de vida profesional (CVP-35).

n=208 (100%)	FORMACIÓN ACADÉMICA			
	A.T.S. n=9 (4%)	D.U.E. n=176 (85%)	Grado n=23 (11%)	P
1. Sufro interrupciones molestas a menudo				
Nada n=41 (20%)	3 (7%)	34 (83%)	4 (10%)	0.822
Algo n=89 (43%)	4 (5%)	75 (84%)	10 (11%)	
Bastante/Mucho n=78 (37%)	2 (3%)	67 (86%)	9 (11%)	
2. Padezco consecuencias negativas en mi salud a causa de mi trabajo				
Nada n=48 (23%)	2 (4)	35 (73%)	11 (23%)	0.022
Algo n=92 (44%)	4 (4%)	78 (85%)	10 (11%)	
Bastante/Mucho n=68 (33%)	3 (4%)	63 (93%)	2 (3%)	
3. Me falta tiempo para dedicarme a mi vida personal				
Nada n=53 (25%)	1 (2%)	50 (94%)	2 (4%)	0.191
Algo n=97 (47%)	6 (6%)	77 (79%)	14 (14%)	
Bastante/Mucho n=58 (28%)	2 (3%)	49 (85%)	7 (12%)	
4. Siento incomodidad física				
Nada n=64 (31%)	4 (6%)	50 (78%)	10 (16%)	0.472
Algo n=80 (38%)	2 (2%)	70 (88%)	8 (10%)	
Bastante/Mucho n=64 (31%)	3 (5%)	56 (87%)	5 (8%)	
5. Sufro conflictos con otras personas				
Nada (n=103 (50%))	5 (5%)	84 (82%)	14 (14%)	0.795
Algo n=76 (36%)	3 (4%)	66 (87%)	7 (9%)	
Bastante/Mucho n=29 (14%)	1 (3%)	26 (90%)	2 (7%)	
6. Realizo gran variedad de actividades				
Nada n=6 (3%)	1 (17%)	5 (83%)	0	0.519
Algo n=34 (16%)	2 (6%)	28 (82%)	4 (12%)	
Bastante/Mucho n=168 (81%)	6 (4%)	143 (85%)	19 (11%)	
7. Siento posibilidad de expresar lo que pienso y necesito				
Nada n=13 (6%)	0	13 (100%)	0	0.384
Algo n=73 (35%)	3 (4%)	64 (88%)	6 (8%)	
Bastante/Mucho n=122 (59%)	6 (5%)	99 (81%)	17 (14%)	
8. Mis jefes me apoyan en desarrollar mis propios criterios				
Nada n=22 (10%)	0%	21 (96%)	1 (4%)	0.508
Algo n=85 (41%)	3 (3%)	73 (86%)	9 (11%)	
Bastante/Mucho n=101 (49%)	6 (6%)	82 (81%)	13 (13%)	
9. Tengo posibilidad de que mis propuestas sean escuchadas y aplicadas				
Nada n=22 (10%)	1 (5%)	19 (86%)	2 (9%)	0.943
Algo n=95 (46%)	4 (4%)	82 (86%)	9 (10%)	
Bastante/Mucho n=91 (44%)	4 (4%)	75 (83%)	12 (13%)	
10. Estoy satisfecho/a con mi sueldo				
Nada n=36 (17%)	2 (6%)	31 (86%)	3 (8%)	0.207
Algo n=90 (43%)	5 (5%)	79 (88%)	6 (7%)	
Bastante/Mucho n=82 (40%)	2 (2%)	66 (81%)	14 (17%)	
11. Tengo posibilidad de ser creativo/a				
Nada n=35 (17%)	3 (8%)	29 (83%)	3 (9%)	0.058
Algo n=106 (51%)	6 (6%)	92 (87%)	8 (7%)	
Bastante/Mucho n=67 (32%)	0	55 (82%)	12 (18%)	

Tabla 16. Formación académica de los encuestados relacionado con el cuestionario de calidad de vida profesional (CVP-35) (Continuación).

n=208 (100%)	FORMACIÓN ACADÉMICA			P
	A.T.S n=9 (4%)	D.U.E n=176 (85%)	Grado n=23 (11%)	
12. Mi empresa se preocupa por mi calidad de vida laboral				
Nada n=83 (40%)	4 (5%)	71 (86%)	8 (9%)	0.232
Algo n=92 (44%)	5 (5%)	79 (86%)	8 (9%)	
Bastante/Mucho n=33 (16%)	0	26 (79%)	7 (21%)	
13. Veo reconocido mi esfuerzo				
Nada n=69 (33%)	3 (4%)	62 (90%)	4 (6%)	0.067
Algo n=88 (42%)	5 (6%)	75 (85%)	8 (9%)	
Bastante/Mucho n=51 (25%)	1 (2%)	39 (76%)	11 (22%)	
14. Recibo información de los resultados obtenidos				
Nada n=70 (34%)	4 (6%)	61 (87%)	5 (7%)	0.022
Algo n=94 (45%)	4 (4%)	83 (88%)	7 (8%)	
Bastante/Mucho n=44 (21%)	1 (2%)	32 (73%)	11 (25%)	
15. Tengo posibilidades de promoción profesional				
Nada n=70 (34%)	5 (7%)	59 (84%)	6 (9%)	0.054
Algo n=93 (45%)	1 (1%)	84 (90%)	8 (9%)	
Bastante/Mucho n=45 (21%)	3 (7%)	33 (73%)	9 (20%)	
16. Tengo gran cantidad de trabajo				
Nada n=3 (1%)	0	1 (33%)	2 (67%)	0.042
Algo n=27 (13%)	1 (4%)	24 (89%)	2 (7%)	
Bastante/Mucho n=178 (86%)	8 (4%)	151 (85%)	19 (11%)	
17. Sufro estrés a consecuencia de mi trabajo				
Nada n=17 (8%)	0	14 (82%)	3 (18%)	0.705
Algo n=70 (34%)	4 (6%)	60 (86%)	6 (9%)	
Bastante/Mucho n=121 (58%)	5 (4%)	102 (84%)	14 (12%)	
18. Siento prisa y agobios para poder realizar mi trabajo				
Nada n=25 (12%)	0	20 (80%)	5 (20%)	0.418
Algo n=55 (26%)	3 (6%)	48 (87%)	4 (7%)	
Bastante/Mucho n=128 (62%)	6 (5%)	108 (84%)	14 (11%)	
19. Siento presión por parte de mis jefes para realizar mi trabajo				
Nada n=54 (26%)	3 (5%)	43 (80%)	8 (15%)	0.781
Algo n=90 (43%)	3 (3%)	79 (88%)	8 (9%)	
Bastante/Mucho n=64 (31%)	3 (5%)	54 (84%)	7 (11%)	
20. Recibo presión para mantener la calidad de mi trabajo				
Nada n=37 (18%)	2 (5%)	30 (81%)	5 (14%)	0.799
Algo n=93 (45%)	4 (4%)	77 (83%)	12 (13%)	
Bastante/Mucho n=78 (37%)	3 (4%)	69 (88%)	6 (8%)	
21. Considero que mi trabajo es importante para mejorar la calidad de vida de los pacientes				
Nada n=1 (1%)	0	1 (100%)	0	0.752
Algo n=9 (4%)	0	9 (100%)	0	
Bastante/Mucho n=198 (95%)	9 (4%)	166 (84%)	23 (12%)	
22. Tengo una descripción específica y por escrito de las responsabilidades que tengo				
Nada n=53 (25%)	1 (2%)	47 (89%)	5 (9%)	0.863
Algo n=78 (38%)	4 (5%)	65 (83%)	9 (12%)	
Bastante/Mucho n=77 (37%)	4 (5%)	64 (83%)	9 (12%)	

Tabla 16. Formación académica de los encuestados relacionado con el cuestionario de calidad de vida profesional (CVP-35) (Continuación).

n=208 (100%)	FORMACIÓN ACADÉMICA			P
	A.T.S n=9 (4%)	D.U.E n=176 (85%)	Grado n=23 (11%)	
23. Me queda claro lo que tengo que hacer a diario				
Nada n=8 (4%)	0	7 (88%)	1 (12%)	0.312
Algo n=22 (10%)	0	17 (77%)	5 (23%)	
Bastante/Mucho n=178 (86%)	9 (5%)	152 (86%)	17 (10%)	
24. Me considero libre en tomar decisiones				
Nada n=22 (11%)	0	19 (86%)	3 (14%)	0.660
Algo n=94 (45%)	4 (4%)	82 (87%)	8 (9%)	
Bastante/Mucho n=92 (44%)	5 (5%)	75 (82%)	12 (13%)	
25. Mi familia apoya a mi trabajo				
Nada n=3 (1%)	0	3 (100%)	0	0.833
Algo n=12 (6%)	0	10 (83%)	2 (17%)	
Bastante/Mucho n=193 (93%)	9 (4%)	163 (85%)	21 (11%)	
26. Tengo el apoyo de mis compañeros				
Nada n=3 (1%)	0	2 (67%)	1 (33%)	0.347
Algo n=25 (12%)	0	24 (96%)	1 (4%)	
Bastante/Mucho n=180 (87%)	9 (5%)	150 (83%)	21 (12%)	
27. Recibo apoyo de mis subordinados				
Nada n=10 (5%)	0	10 (100%)	0	0.565
Algo n=50 (24%)	1 (2%)	43 (86%)	6 (12%)	
Bastante/Mucho n=148 (71%)	8 (5%)	123 (83%)	17 (12%)	
28. Tengo ganas de ser creativo				
Nada n=11 (5%)	0	10 (91%)	1 (9%)	0.166
Algo n=50 (24%)	3 (6%)	46 (92%)	1 (2%)	
Bastante/Mucho n=147 (71%)	6 (4%)	120 (82%)	12 (14%)	
29. Estoy orgulloso/a de mi trabajo				
Nada	-	-	-	0.255
Algo n=14 (7%)	0	14 (100%)	0	
Bastante/Mucho n=194 (93%)	9 (5%)	162 (83%)	23 (12%)	
30. Me siento motivado por parte de mis superiores				
Nada n=32 (15%)	1 (3%)	29 (91%)	2 (6%)	0.021
Algo n=83 (40%)	2 (2%)	77 (93%)	4 (5%)	
Bastante/Mucho n=93 (45%)	6 (7%)	70 (75%)	17 (18%)	
31. Estoy satisfecho/a con el trabajo que desempeño				
Nada n=3 (1%)	0	2 (67%)	1 (33%)	0.324
Algo n=26 (13%)	0	25 (96%)	1 (4%)	
Bastante/Mucho n=179 (86%)	9 (5%)	149 (83%)	21 (12%)	
32. Me siento capacitado/a para realizar mi trabajo				
Nada	-	-	-	0.518
Algo n=7 (3%)	0	7 (100%)	0	
Bastante/Mucho n=201 (97%)	9 (5%)	169 (84%)	23 (11%)	
33. Se exige capacitación para realizar mi trabajo				
Nada n=4 (2%)	0	4 (100%)	0	0.648
Algo n=10 (5%)	1 (10%)	7 (70%)	2 (20%)	
Bastante/Mucho n=194 (93%)	8 (4%)	165 (85%)	21 (11%)	
34. Desconecto al acabar la jornada laboral				
Nada n=8 (4%)	0	6 (75%)	2 (25%)	0.752
Algo n=67 (32%)	3 (5%)	57 (85%)	7 (10%)	
Bastante/Mucho n=133 (64%)	6 (4%)	113 (85%)	14 (11%)	
35. Me siento satisfecho con mi vida				
Nada n=1 (1%)	0	1 (100%)	0	0.141
Algo n=12 (5%)	0	8 (67%)	4 (33%)	
Bastante/Mucho n=195 (94%)	9 (4%)	167 (86%)	19 (10%)	

Formación Académica de posgrado

Al estudiar la relación entre la formación académica de postgrado (Master) y la calidad de vida laboral de los profesionales de enfermería, se observaron asociaciones estadísticamente significativas en las siguientes variables: ***“Mis jefes me apoyan en desarrollar mis propios criterios”***, el 27% de los que indican que *“nada”* han realizado un Master ($p < 0.026$). Con respecto a la pregunta ***“Sufro estrés a consecuencia de mi trabajo”***, un 96% de los que afirman que *“algo”* no poseen un Máster mientras que un 16% de los que indican que *“bastante-mucho”* sí lo tienen ($p < 0.016$). Al analizar la variable ***“Siento prisa y agobios para poder realizar mi trabajo”***, un 96% de los que afirman que *“algo”* no poseen un Máster mientras que un 15% de los que indican *“bastante-mucho”* sí lo tienen ($p < 0.041$). Con respecto a la pregunta ***“Siento presión por parte de mis jefes para realizar mi trabajo”***, un 100% de los que afirman que *“nada”* no poseen un Máster mientras que un 15% de los que indican que *“algo”* sí lo tienen ($p < 0.011$), (Tabla 17).

En cuanto a la relación entre la formación académica de postgrado (Doctorado) y la calidad de vida laboral de los profesionales de enfermería, se observaron asociaciones estadísticamente significativas en las siguientes variables: ***“Mis jefes me apoyan en desarrollar mis propios criterios”***, solamente el 9% de los que indican que *“nada”* han realizado un Doctorado ($p < 0.005$). Con respecto a la pregunta ***“Tengo posibilidad de que mis propuestas sean escuchadas y aplicadas”***, el 14% de los que indican que *“nada”* han realizado un Doctorado ($p < 0.000$). Al analizar la variable ***“Tengo gran cantidad de trabajo”***, un 99% de los que afirman que *“bastante-mucho”* no poseen el Doctorado mientras que un 7% de los que indican *“algo”* sí lo tienen ($p = 0.021$). En cuanto a si ***“Siento presión por parte de mis jefes para realizar mi trabajo”***, solamente el 5%

de los que afirman que *“bastante-mucho”* poseen el Doctorado ($p=0.033$). Al analizar la variable *“Tengo el apoyo de mis compañeros”*, un 99% de los que afirman que *“bastante-mucho”* no poseen el Doctorado mientras que un 33% de los que indican *“nada”* sí lo tienen ($p<0.000$). Por último, al analizar la variable *“Me siento motivado por parte de mis superiores”*, solo el 6% de los que indican que *“nada”* han realizado un Doctorado ($p=0.037$) (Tabla 17).

Respecto a la relación entre la formación académica de postgrado (Especialidad) y la calidad de vida laboral de los profesionales de enfermería, se observaron asociaciones en las variables: *“Realizo gran variedad de actividades”*, el 29% de los que indican *“algo”* poseen una especialidad ($p=0.041$). En relación con la pregunta *“Me considero libre en tomar decisiones”*, un 89% de los que afirman que *“bastante-mucho”* no poseen ninguna especialidad mientras que un 23% de los que indican *“algo”* sí la tienen ($p=0.020$). En cuanto a si *“Mi familia apoya a mi trabajo”*, un 67% de los que indican *“nada”* sí la tienen ($p=0.042$). Por último en la pregunta *“Me siento satisfecho con mi vida”* ($p=0.045$) (Tabla 17).

Tabla 17. Formación académica de posgrado de los encuestados relacionado con el cuestionario de calidad de vida profesional (CVP-35)

n=208 (100%)	FORMACION ACADÉMICA DE POSGRADO								
	MASTER			DOCTORADO			ESPECIALIDAD		
	NO n=186 (89%)	SI n=22 (11%)	P	NO n=205 (99%)	SI n=3 (1%)	P	NO n=175 (84%)	SI n=33 (16%)	P
1. Sufro interrupciones molestas a menudo									
Nada n=41 (20%)	38 (93%)	3 (7%)	0.681	41 (100%)	0	0.601	35 (85%)	6 (15%)	0.057
Algo n=89 (43%)	78 (88%)	11 (12%)		87 (98%)	2 (2%)		69 (78%)	20 (22%)	
Bastante/Mucho n=78 (37%)	70 (90%)	8 (10%)		77 (99%)	1 (1%)		71 (91%)	7 (9%)	
2. Padezco consecuencias negativas en mi salud a causa de mi trabajo									
Nada n=48 (23%)	45 (94%)	3 (6%)	0.461	48 (100%)	0	0.147	43 (90%)	5 (10%)	0.354
Algo n=92 (44%)	80 (87%)	12 (13%)		89 (97%)	3 (3%)		74 (80%)	18 (20%)	
Bastante/Mucho n=68 (33%)	61 (90%)	7 (10%)		68 (100%)	0		58 (85%)	10 (15%)	
3. Me falta tiempo para dedicarme a mi vida personal									
Nada n=53 (25%)	48 (91)	5 (9%)	0.345	52 (98%)	1 (2%)	0.895	46 (87%)	7 (13%)	0.822
Algo n=97 (47%)	89 (92%)	8 (8%)		96 (99%)	1 (1%)		81 (84%)	16 (16%)	
Bastante/Mucho n=58 (28%)	49 (85%)	9 (15%)		57 (98%)	1 (2%)		48 (83%)	10 (17%)	
4. Siento incomodidad física									
Nada n=64 (31%)	59 (92%)	5 (8%)	0.668	64 (100%)	0%	0.088	55 (86%)	9 (14%)	0.422
Algo n=80 (38%)	71 (89%)	9 (11%)		77 (96%)	3 (4%)		64 (80%)	16 (20%)	
Bastante/Mucho n=6 (31%)	56 (88%)	8 (12%)		64 (100%)	0		56 (88%)	8 (12%)	
5. Sufro conflictos con otras personas									
Nada n=103 (50%)	96 (93%)	7 (7%)	0.213	101 (98%)	2 (2%)	0.736	89 (86%)	14 (14%)	0.510
Algo n=76 (36%)	65 (86%)	11 (14%)		75 (99%)	1 (1%)		61 (80%)	15 (20%)	
Bastante/Mucho n=29 (14%)	25 (86%)	4 (14%)		29 (100%)	0		25 (86%)	4 (14%)	
6. Realizo gran variedad de actividades									
Nada n=6 (3%)	6 (100%)	0	0.259	6 (100%)	0	0.705	6 (100%)	0	0.041
Algo n=34 (16%)	28 (82%)	6 (18%)		33 (97%)	1 (3%)		24 (71%)	10 (29%)	
Bastante/Mucho n=168 (81%)	152 (91%)	16 (9%)		166 (99%)	2 (1%)		145 (86%)	23 (14%)	
7. Siento posibilidad de expresar lo que pienso y necesito									
Nada n=13 (6%)	12 (92%)	1 (8%)	0.939	12 (92%)	1 (8%)	0.097	11(85%)	2 (15%)	0.809
Algo n=73 (35%)	65 (8%)	8 (11%)		73 (100%)	0		63(86%)	10 (14%)	
Bastante/Mucho n=122 (59%)	109 (89%)	13 (11%)		120 (98%)	2 (2%)		101(83%)	21 (17%)	
8. Mis jefes me apoyan en desarrollar mis propios criterios									
Nada n=22 (10%)	16 (73%)	6 (27%)	0.026	20 (91%)	2 (9%)	0.005	18 (82%)	4 (18%)	0.743
Algo n=85 (41%)	78 (92%)	7 (8%)		84 (99%)	1 (1%)		70 (82%)	15 (18%)	
Bastante/Mucho n=101 (49%)	92 (91%)	9 (9%)		101 (100%)	0		87 (86%)	14 (14%)	
9. Tengo posibilidad de que mis propuestas sean escuchadas y aplicadas									
Nada n=22 (10%)	17 (77%)	5 (23%)	0.106	19 (86%)	3 (14%)	0.000	19 (86%)	3 (14%)	0.164
Algo n=95 (46%)	88 (93%)	7 (7%)		95 (100%)	0		75 (79%)	20 (21%)	
Bastante/Mucho n=91 (44%)	81 (89%)	10 (11%)		91 (100)	0		81 (8%)	10 (11%)	
10. Estoy satisfecho/a con mi sueldo									
Nada n=36 (17%)	32 (89%)	4 (11%)	0.972	36 (100%)	0	0.557	32 (89%)	4 (11%)	0.652
Algo n=90 (43%)	81 (90%)	9 (10%)		89 (99%)	1 (1%)		74 (82%)	16 (18%)	
Bastante/Mucho n=82 (40%)	73 (89%)	9 (11%)		80 (98%)	2 (2%)		69 (84%)	13 (16%)	
11. Tengo posibilidad de ser creativo/a									
Nada n=35 (17%)	30 (86%)	5 (14%)	0.569	33 (94%)	2 (6%)	0.059	31 (89%)	4 (11%)	0.695
Algo n=106 (51%)	97 (92%)	9 (8%)		105 (99%)	1 (1%)		89 (84%)	17 (16%)	
Bastante/Mucho n=67 (32%)	59 (88%)	8 (12%)		67 (100%)	0		55 (82%)	12 (18%)	

Tabla 17. Formación académica de posgrado de los encuestados relacionado con el Cuestionario de calidad de vida profesional (CVP-35) (Continuación).

n=208 (100%)	FORMACION ACADÉMICA DE POSGRADO								
	MASTER			DOCTORADO			ESPECIALIDAD		
	NO n=186 (89%)	SI n=22 (11%)	P	NO n=205 (99%)	SI n=3 (1%)	P	NO n=175 (84%)	SI n=33 (16%)	P
12. Mi empresa se preocupa por mi calidad de vida laboral									
Nada n=83 (40%)	76 (92%)	7 (8%)	0.310	82 (99%)	1 (1%)	0.650	72 (87%)	1 (13%)	0.699
Algo n=92 (44%)	79 (86%)	13 (14%)		90 (98%)	2 (2%)		76 (83%)	16 (17%)	
Bastante/Mucho n=33 (16%)	31 (94%)	2 (6%)		33 (100%)	0		27 (82%)	6 (18%)	
13. Veo reconocido mi esfuerzo									
Nada n=69 (33%)	60 (87%)	9 (13%)	0.711	67 (97%)	2 (3%)	0.400	58 (84%)	11 (16%)	0.875
Algo n=88 (42%)	80 (81%)	8 (9%)		87 (99%)	1 (1%)		73 (83%)	15 (17%)	
Bastante/Mucho n=51 (25%)	46 (90%)	5 (10%)		51 (100%)	0		44 (86%)	7 (14%)	
14. Recibo información de los resultados obtenidos									
Nada n=70 (34%)	63 (90%)	7 (10%)	0.412	68 (97%)	2 (3%)	0.422	60 (86%)	10 (14%)	0.894
Algo n=94 (45%)	86 (92%)	8 (8%)		93 (99%)	1 (1%)		78 (83%)	16 (17%)	
Bastante/Mucho n=44 (21%)	37 (84%)	7 (16%)		44 (100%)	0		37 (84%)	7 (16%)	
15. Tengo posibilidades de promoción profesional									
Nada n=70 (34%)	64 (91%)	6 (9%)	0.617	69 (99%)	1 (1%)	0.611	59 (84%)	11 (16%)	0.662
Algo n=93 (45%)	81 (87%)	12 (13%)		91 (98%)	2 (2%)		80 (86%)	13 (14%)	
Bastante/Mucho n=45 (21%)	41 (91%)	4 (9%)		45 (100%)	0		36 (80%)	9 (20%)	
16. Tengo gran cantidad de trabajo									
Nada n=3 (1%)	3 (100%)	0	0.833	3 (100%)	0	0.021	3 (100%)	0	0.244
Algo n=27 (13%)	24 (89%)	3 (11%)		25 (93%)	2 (7%)		20 (74%)	7 (26%)	
Bastante/Mucho n=178 (86%)	159 (89%)	19 (11%)		177 (99%)	1 (1%)		152 (85%)	26 (15%)	
17. Sufro estrés a consecuencia de mi trabajo									
Nada n=17 (8%)	17 (100%)	0	0.016	17 (100%)	0	0.459	15 (88%)	2 (12%)	0.556
Algo n=70 (34%)	67 (96%)	3 (4%)		68 (97%)	2 (3%)		61 (87%)	9 (13%)	
Bastante/Mucho n=121 (58%)	102 (84%)	19 (16%)		120 (99%)	1 (1%)		99 (82%)	22 (18%)	
18. Siento prisa y agobios para poder realizar mi trabajo									
Nada n=25 (12%)	24 (96%)	1 (4%)	0.041	24 (96%)	1 (4%)	0.374	19 (76%)	6 (24%)	0.438
Algo n=55 (26%)	53 (96%)	2 (4%)		55 (100%)	0		48 (87%)	7 (13%)	
Bastante/Mucho n=128 (62%)	109 (85%)	19 (15%)		126 (98%)	2 (2%)		108 (84%)	20 (16%)	
19. Siento presión por parte de mis jefes para realizar mi trabajo									
Nada n=54 (26%)	54 (100%)	0	0.011	54 (100%)	0	0.033	46 (85%)	8 (15%)	0.141
Algo n=90 (43%)	76 (84%)	14 (16%)		90 (100%)	0		71 (79%)	19 (21%)	
Bastante/Mucho n=64 (31%)	56 (88%)	8 (12%)		61 (95%)	3 (5%)		58 (91%)	6 (9%)	
20. Recibo presión para mantener la calidad de mi trabajo									
Nada n=37 (18%)	36 (97%)	1 (3%)	0.046	37 (100%)	0	0.517	33 (89%)	4 (11%)	0.569
Algo n=93 (45%)	78 (84%)	15 (16%)		92 (99%)	1 (1%)		76 (82%)	17 (18%)	
Bastante/Mucho n=78 (37%)	72 (92%)	6 (8%)		76 (97%)	2 (3%)		66 (85%)	12 (15%)	
21. Considero que mi trabajo es importante para mejorar la calidad de vida de los pacientes									
Nada n=1 (1%)	1 (100%)	0	0.573	1 (100%)	0	0.926	1 (100%)	0	0.838
Algo n=9 (4%)	9 (100%)	0		9 (100%)	0		8 (89%)	1 (11%)	
Bastante/Mucho n=198 (95%)	176 (89%)	22 (11%)		195 (99%)	3 (1%)		166 (84%)	32 (16%)	
22. Tengo una descripción específica y por escrito de las responsabilidades que tengo									
Nada n=53 (25%)	47 (89%)	6 (11%)	0.866	52 (98%)	1 (2%)	0.388	46 (87%)	7 (13%)	0.740
Algo n=78 (38%)	69 (89%)	9 (11%)		76 (97%)	2 (3%)		66 (85%)	12 (15%)	
Bastante/Mucho n=77 (37%)	70 (91%)	7 (9%)		77 (100%)	0		63 (82%)	14 (18%)	

Tabla 17. Formación académica de posgrado de los encuestados relacionado con el Cuestionario CVP-35 (Continuación).

n=208 (100%)	FORMACION ACADÉMICA DE POSGRADO								
	MASTER			DOCTORADO			ESPECIALIDAD		
	NO n=186 (89%)	SI n=22 (11%)	P	NO n=205 (99%)	SI n=3 (1%)	P	NO n=175 (84%)	SI n=33 (16%)	P
23. Me queda claro lo que tengo que hacer a diario									
Nada n=8 (4%)	7 (88%)	1 (12%)	0.139	8 (100%)	0	0.420	7 (88%)	1 (12%)	0.286
Algo n=22 (10%)	17 (77%)	5 (23%)		21 (96%)	1 (4%)		21 (96%)	1 (4%)	
Bastante/Mucho n=178 (86%)	162 (91%)	16 (9%)		176 (99%)	2 (1%)		147 (83%)	31 (17%)	
24. Me considero libre en tomar decisiones									
Nada n=22 (11%)	20 (91%)	2 (9%)	0.647	22 (100%)	0	0.700	21 (96%)	1 (4%)	0.020
Algo n=94 (45%)	82 (87%)	12 (13%)		92 (98%)	2 (2%)		72 (77%)	22 (23%)	
Bastante/Mucho n=92 (4%)	84 (91%)	8 (9%)		91 (99%)	1 (1%)		82 (89%)	10 (11%)	
25. Mi familia apoya a mi trabajo									
Nada n=3 (1%)	3 (100%)	0	0.804	3 (100%)	0	0.118	1 (33%)	2 (67%)	0.042
Algo n=12 (6%)	11 (92%)	1 (8%)		11 (92%)	1 (8%)		11 (92%)	1 (8%)	
Bastante/Mucho n=193 (93%)	172 (89%)	21 (11%)		191 (99%)	2 (1%)		163 (85%)	30 (15%)	
26. Tengo el apoyo de mis compañeros									
Nada n=3 (1%)	2 (67%)	1 (33%)	0.104	2 (67%)	1 (33%)	0.000	2 (67%)	1 (33%)	0.137
Algo n=25 (12%)	20 (80%)	5 (20%)		24 (96%)	1 (4%)		18 (72%)	7 (28%)	
Bastante/Mucho n=180 (87%)	164 (91%)	16 (9%)		179 (99%)	1 (1%)		155 (86%)	25 (14%)	
27. Recibo apoyo de mis subordinados									
Nada n=10 (5%)	9 (90%)	1 (10%)	0.985	10 (100%)	0	0.217	9 (90%)	1 (10%)	0.777
Algo n=50 (24%)	45 (90%)	5 (10%)		48 (96%)	2 (4%)		43 (86%)	7 (14%)	
Bastante/Mucho n=148 (71%)	132 (89%)	16 (11%)		147 (99%)	1 (1%)		123 (83%)	25 (17%)	
28. Tengo ganas de ser creativo									
Nada n=11 (5%)	10 (91%)	1 (9%)	0.457	11 (100%)	0	0.532	9 (8%)	2 (18%)	0.090
Algo n=50 (24%)	47 (94%)	3 (6%)		50 (100%)	0		47 (94%)	3 (6%)	
Bastante/Mucho n=147 (71%)	129 (88%)	18 (12%)		144 (98%)	3 (2%)		119 (81%)	28 (19%)	
29. Estoy orgulloso/a de mi trabajo									
Nada	-	-	0.665	-	-	0.064	-	-	0.355
Algo n=14 (7%)	13 (93%)	1 (7%)		13 (93%)	1 (7%)		13 (93%)	1 (7%)	
Bastante/Mucho n=194 (93%)	173 (89%)	21 (11%)		192 (99%)	2 (1%)		12 (84%)	32 (16%)	
30. Me siento motivado por parte de mis superiores									
Nada n=32 (15%)	28 (88%)	4 (12%)	0.711	30 (94%)	2 (6%)	0.037	27 (84%)	5 (16%)	0.513
Algo n=83 (40%)	76 (92%)	7 (8%)		82 (99%)	1 (1%)		67 (81%)	16 (19%)	
Bastante/Mucho n=93 (45%)	82 (88%)	11 (12%)		93 (100%)	0		81 (87%)	12 (13%)	
31. Estoy satisfecho/a con el trabajo que desempeño									
Nada n=3 (1%)	3 (100%)	0	0.268	3 (100%)	0	0.540	2 (67%)	1 (33%)	0.587
Algo n=26 (13%)	21 (81%)	5 (19%)		25 (96%)	1 (4%)		23 (89%)	3 (11%)	
Bastante/Mucho n=179 (86%)	162 (91%)	17 (9%)		177 (99%)	2 (1%)		150 (84%)	29 (16%)	
32. Me siento capacitado/a para realizar mi trabajo									
Nada	-	-	0.355	-	-	0.745	-	-	0.907
Algo n=7 (3%)	7 (100%)	0		7 (100%)	0		6 (86%)	1 (14%)	
Bastante/Mucho n=201 (97%)	179 (89%)	22 (11%)		198 (99%)	3 (1%)		169 (84%)	32 (16%)	
33. Se exige capacitación para realizar mi trabajo									
Nada n=4 (2%)	4 (100%)	0	0.783	4 (100%)	0	0.066	4 (100%)	0	0.643
Algo n=10 (5%)	9 (90%)	1 (10%)		9 (90%)	1 (10%)		8 (80%)	2 (20%)	
Bastante/Mucho n=194 (93%)	173 (89%)	21 (11%)		192 (99%)	2 (1%)		163 (84%)	31 (16%)	
34. Desconecto al acabar la jornada laboral									
Nada n=8 (4%)	8 (100%)	0	0.128	8 (100%)	0	0.941	5 (63%)	3 (37%)	0.112
Algo n=67 (32%)	56 (84%)	11 (16%)		66 (99%)	1 (1%)		54 (81%)	13 (19%)	
Bastante/Mucho n=133 (64%)	122 (92%)	11 (8%)		131 (99%)	2 (1%)		116 (87%)	17 (13%)	
35. Me siento satisfecho con mi vida									
Nada n=1 (1%)	0	1 (100%)	0.014	1 (100%)	0	0.904	0	1 (100%)	0.045
Algo n=12 (5%)	11 (92%)	1 (8%)		12 (100%)	0		9 (75%)	3 (25%)	
Bastante/Mucho n=195 (94%)	175 (90%)	20 (10%)		192 (99%)	3 (1%)		166 (85%)	29 (15%)	

Tipo de contrato

Al estudiar la relación entre el tipo de contrato y la calidad de vida laboral de los profesionales de enfermería, se observan asociaciones estadísticamente significativas en las variables: *“Tengo una descripción específica y por escrito de las responsabilidades que tengo”* donde el 19% de los que indican *“nada”* tiene un contrato interino/temporal ($p=0.013$). También en la pregunta *“Me queda claro lo que tengo que hacer a diario”*, el 88% de los que indican *“nada”* tienen un contrato fijo y un 32% de los que indican *“algo”* tienen uno de sustitución ($p=0.021$). Con respecto a *“Estoy orgulloso/a de mi trabajo”*, el 37% de los que afirman que *“bastante-mucho”* tienen un contrato interino o temporal ($p=0.039$) (Tabla 18).

Tabla 18. Tipo de contrato laboral de los encuestados relacionado con el Cuestionario de calidad de vida profesional (CVP-35).

n=208 (100%)	TIPO DE CONTRATO			p
	Fijo n=109 (52%)	Interino/Temporal n=72 (35%)	Sustitución n=27 (13%)	
1. Sufro interrupciones molestas a menudo				
Nada n=41 (20%)	23 (56%)	12 (29%)	6 (15%)	0.206
Algo n=89 (43%)	52 (58%)	25 (28%)	12 (14%)	
Bastante/Mucho n=78 (37%)	34 (44%)	35 (45%)	9 (11%)	
2. Padezco consecuencias negativas en mi salud a causa de mi trabajo				
Nada n=48 (23%)	27 (26%)	14 (29%)	7 (15%)	0.854
Algo n=92 (44%)	48 (52%)	34 (37%)	10 (11%)	
Bastante/Mucho n=68 (33%)	34 (50%)	24 (35%)	10 (15%)	
3. Me falta tiempo para dedicarme a mi vida personal				
Nada n=53 (25%)	30 (57%)	15 (28%)	8 (15%)	0.807
Algo n=97(47%)	49 (51%)	35 (36%)	13 (13%)	
Bastante/Mucho n=58 (28%)	30 (52%)	22 (38%)	6 (10%)	
4. Siento incomodidad física				
Nada n=64 (31%)	36 (56%)	20 (31%)	8 (13%)	0.678
Algo n=80 (38%)	43 (54%)	29 (36%)	8 (10%)	
Bastante/Mucho n=64 (31%)	30 (47%)	23 (36%)	11 (17%)	
5. Sufro conflictos con otras personas				
Nada n=103 (50%)	50 (48%)	40 (39%)	13 (13%)	0.441
Algo n=76 (36%)	46 (60%)	21 (28%)	9 (12%)	
Bastante/Mucho n=29 (14%)	13 (45%)	11 (38%)	5 (17%)	
6. Realizo gran variedad de actividades				
Nada n=6 (3%)	5 (83%)	0	1 (17%)	0.414
Algo n=34 (16%)	18 (53%)	13 (38%)	3 (9%)	
Bastante/Mucho n=168 (81%)	86 (51%)	59 (35%)	23 (14%)	
7. Siento posibilidad de expresar lo que pienso y necesito				
Nada n=13 (6%)	9 (69%)	3 (23%)	1 (8%)	0.800
Algo n=73 (35%)	38 (52%)	25 (34%)	10 (14%)	
Bastante/Mucho n=122 (59%)	62 (51%)	44 (36%)	16 (13%)	
8. Mis jefes me apoyan en desarrollar mis propios criterios				
Nada n=22 (10%)	13 (59%)	5 (23%)	4 (18%)	0.122
Algo n=85 (41%)	50 (59%)	23 (27%)	12 (14%)	
Bastante/Mucho n=101 (49%)	46 (45%)	44 (44%)	11 (11%)	

Tabla 18. Tipo de contrato laboral de los encuestados relacionado con el Cuestionario de calidad de vida profesional (CVP-35) (Continuación).

n=208 (100%)	TIPO DE CONTRATO			
	Fijo n=109 (52%)	Interino/Temporal n=72 (35%)	Sustitución n=27 (13%)	P
9. Tengo posibilidad de que mis propuestas sean escuchadas y aplicadas				
Nada n=22 (10%)	14 (64%)	3 (13%)	5 (23%)	0.087
Algo n=95 (46%)	54 (57%)	31 (33%)	10 (10%)	
Bastante/Mucho n=91 (44%)	41 (45%)	38 (42%)	12 (13%)	
10. Estoy satisfecho/a con mi sueldo				
Nada n=36 (17%)	18 (50%)	15 (42%)	3 (8%)	0.633
Algo n=90 (43%)	51 (57%)	28 (31%)	11 (12%)	
Bastante/Mucho n=82 (40%)	40 (49%)	29 (35%)	13 (16%)	
11. Tengo posibilidad de ser creativo/a				
Nada n=35 (17%)	17 (49%)	12 (34%)	6 (17%)	0.791
Algo n=106 (51%)	59 (56%)	36 (34%)	11 (10%)	
Bastante/Mucho n=67 (32%)	33 (49%)	24 (36%)	10 (15%)	
12. Mi empresa se preocupa por mi calidad de vida laboral				
Nada n=83 (40%)	45 (54%)	28 (34%)	10 (12%)	0.562
Algo n=92 (44%)	44 (48%)	33 (36%)	15 (13%)	
Bastante/Mucho n=33(16%)	20 (61%)	11 (33%)	2 (6%)	
13. Veo reconocido mi esfuerzo				
Nada n=69 (33%)	39 (57%)	21 (30%)	9 (13%)	0.642
Algo n=88 (42%)	45 (51%)	34 (39%)	9 (10%)	
Bastante/Mucho n=51 (25%)	25 (49%)	17 (33%)	9 (18%)	
14. Recibo información de los resultados obtenidos				
Nada n=70 (34%)	35 (50%)	25 (36%)	10 (14%)	0.571
Algo n=94 (45%)	54 (57%)	31 (33%)	9 (10%)	
Bastante/Mucho n=44 (21%)	20 (46%)	16 (36%)	8 (18%)	
15. Tengo posibilidades de promoción profesional				
Nada n=70 (34%)	35 (50%)	25 (36%)	10 (14%)	0.910
Algo n=93 (45%)	50 (54%)	33 (35%)	10 (11%)	
Bastante/Mucho n=45 (21%)	24 (53%)	14 (31%)	7 (16%)	
16. Tengo gran cantidad de trabajo				
Nada n=3 (1%)	1 (33%)	2 (67%)	0	0.153
Algo n=27 (13%)	14 (52%)	6 (22%)	7 (26%)	
Bastante/Mucho n=178 (86%)	94 (53%)	64 (36%)	20 (11%)	
17. Sufro estrés a consecuencia de mi trabajo				
Nada n=17 (8%)	10 (59%)	5 (29%)	2 (12%)	0.764
Algo n=70 (34%)	38 (54%)	21 (30%)	11 (16%)	
Bastante/Mucho n=121 (58%)	61 (50%)	46 (38%)	14 (12%)	
18. Siento prisa y agobios para poder realizar mi trabajo				
Nada n=25 (12%)	16 (64%)	6 (24%)	3 (12%)	0.499
Algo n=55 (26%)	31 (56%)	16 (29%)	8 (15%)	
Bastante/Mucho n=128 (62%)	62 (48%)	50 (39%)	16 (13%)	
19. Siento presión por parte de mis jefes para realizar mi trabajo				
Nada n=54 (26%)	32 (59%)	16 (30%)	6 (11%)	0.399
Algo n=90 (43%)	43 (48%)	37 (41%)	10 (11%)	
Bastante/Mucho n=64 (31%)	34 (53%)	19 (30%)	11 (17%)	
20. Recibo presión para mantener la calidad de mi trabajo				
Nada n=37 (18%)	21 (57%)	11 (30%)	5 (13%)	0.787
Algo n=93 (45%)	51 (55%)	32 (34%)	10 (11%)	
Bastante/Mucho n=78 (37%)	37 (45%)	29 (37%)	12 (15%)	
21. Considero que mi trabajo es importante para mejorar la calidad de vida de los pacientes				
Nada n=1 (1%)	1 (100%)	0	0	0.782
Algo n=9 (4%)	6 (67%)	2 (22%)	1 (11%)	
Bastante/Mucho n=198 (95%)	102 (52%)	70 (35%)	26 (13%)	
22. Tengo una descripción específica y por escrito de las responsabilidades que tengo				
Nada n=53 (25%)	36 (68%)	10 (19%)	7 (13%)	0.013
Algo n=78 (38%)	32 (41%)	32 (41%)	14 (18%)	
Bastante/Mucho n=77 (37%)	41 (53%)	30 (39%)	6 (8%)	

Tabla 18. Tipo de contrato laboral de los encuestados relacionado con el Cuestionario de calidad de vida profesional (CVP-35) (Continuación).

n=208 (100%)	TIPO DE CONTRATO			p
	Fijo n=109 (52%)	Interino/ Temporal n=72 (35%)	Sustitución n=27 (13%)	
23. Me queda claro lo que tengo que hacer a diario				
Nada n=8 (4%)	7 (88%)	1 (12%)	0	0.021
Algo n=22 (10%)	9 (41%)	6 (27%)	7 (32%)	
Bastante/Mucho n=178 (86%)	93 (52%)	65 (37%)	20 (11%)	
24. Me considero libre en tomar decisiones				
Nada n=22 (11%)	14 (64%)	4 (18%)	4 (18%)	0.191
Algo n=94 (45%)	51 (54%)	29 (31%)	14 (15%)	
Bastante/Mucho n=92 (44%)	44 (48%)	39 (42%)	9 (10%)	
25. Mi familia apoya a mi trabajo				
Nada n=3 (1%)	2 (67%)	1 (33%)	0	0.899
Algo n=12 (6%)	7 (58%)	3 (25%)	2 (17%)	
Bastante/Mucho n=193(93%)	100 (52%)	68 (35%)	25 (13%)	
26. Tengo el apoyo de mis compañeros				
Nada n=3 (1%)	2 (67%)	1 (33%)	0	0.889
Algo n=25 (12%)	14 (56%)	7 (28%)	4 (16%)	
Bastante/Mucho n=180 (87%)	93 (52%)	64 (35%)	23 (13%)	
27. Recibo apoyo de mis subordinados				
Nada n=10 (5%)	7 (70%)	2 (20%)	1 (10%)	0.748
Algo n=50 (24%)	27 (54%)	18 (36%)	5 (10%)	
Bastante/Mucho n=148 (71%)	75 (51%)	52 (35%)	21 (14%)	
28. Tengo ganas de ser creativo				
Nada n=11 (5%)	5 (46%)	4 (36%)	2 (18%)	0.238
Algo n=50 (24%)	24 (48%)	15 (30%)	11 (22%)	
Bastante/Mucho n=147 (71%)	80 (54%)	53 (36%)	14 (10%)	
29. Estoy orgulloso/a de mi trabajo				
Nada	-	-	-	0.039
Algo n=14 (7%)	9 (64%)	1 (7%)	4 (29%)	
Bastante/Mucho n=194 (93%)	100 (51%)	71 (37%)	23 (12%)	
30. Me siento motivado por parte de mis superiores				
Nada n=32 (15%)	20 (63%)	8 (25%)	4 (12%)	0.314
Algo n=83 (40%)	44 (53%)	32 (39%)	7 (8%)	
Bastante/Mucho n=93 (45%)	45 (49%)	32 (34%)	16 (17%)	
31. Estoy satisfecho/a con el trabajo que desempeño				
Nada n=3 (1%)	1 (33%)	2 (67%)	0	0.590
Algo n=26 (13%)	14 (54%)	7 (27%)	5 (19%)	
Bastante/Mucho n=179 (86%)	94 (53%)	63 (35%)	22 (12%)	
32. Me siento capacitado/a para realizar mi trabajo				
Nada	-	-	-	0.050
Algo n=7 (3%)	3 (43%)	1 (14%)	3 (43%)	
Bastante/Mucho n=201 (97%)	106 (53%)	71 (35%)	24 (12%)	
33. Se exige capacitación para realizar mi trabajo				
Nada n=4 (2%)	4 (100%)	0	0	0.268
Algo n=10 (5%)	7 (70%)	2 (20%)	1 (10%)	
Bastante/Mucho n=194 (93%)	98 (51%)	70 (36%)	26 (13%)	
34. Desconecto al acabar la jornada laboral				
Nada n=8 (4%)	7 (88%)	1(12%)	0	0.085
Algo n=67 (32%)	30 (45%)	30(45%)	7(10%)	
Bastante/Mucho n=133 (64%)	72 (54%)	41(31%)	20(15%)	
35. Me siento satisfecho con mi vida				
Nada n=1 (1%)	1 (100%)	0	0	0.599
Algo n=12 (5%)	4 (33%)	6 (50%)	2 (17%)	
Bastante/Mucho n=195 (94%)	104 (53%)	66 (34%)	25 (13%)	

IV.2 | ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL CUESTIONARIO “CUESTIONARIO DE CRISIS ECONÓMICA Y CALIDAD DE VIDA”

Los resultados obtenidos con el tercer cuestionario van a determinar las posibles consecuencias de la crisis económica sobre el bienestar económico del encuestado de un lado y su opinión acerca de los recortes sufridos en el sector sanitario por la crisis económica por otro lado.

Con respecto a los resultados obtenidos, en cuanto a si **“Los recortes en recursos humanos habían afectado a su trabajo”**, el 77% (n=160) de los profesionales de enfermería indicó que **“bastante-mucho”**, mientras el 3% (n=6) afirmó que **“nada”** (Pregunta 1). De igual manera, al preguntar si **“Los recortes en recursos materiales habían afectado a su trabajo”**, un 68% (n=142) consideró que **“bastante-mucho”** (Pregunta 2). Por otro lado, **“Los recortes salariales habían afectado a su trabajo”** **“bastante-mucho”** al 56% (n=117) de los enfermeros/as (Pregunta 3). En cuanto a si **“La reducción salarial por la crisis había afectado a su vida personal”**, un 50% (n=104) aseguró que **“bastante-mucho”** (Pregunta 4). Además, según los encuestados **“La reducción salarial por la crisis económica había afectado a su vida familiar”**, un 46% (n=95) consideró que **“bastante-mucho”** (Pregunta 5). Al preguntar si **“Estaba de acuerdo con los recortes que sufre el sistema sanitario”**, un 83% (n=173) señaló que **“nada”**, mientras que el 2% (n=4) afirmó que **“bastante-mucho”** (Pregunta 6). El 80% (n=167) de los profesionales indicó que **“Los recortes en sanidad han cambiado la calidad de los cuidados enfermeros”** entre **“bastante-mucho”** y el 3% indicó que no había cambiado **“nada”** (Pregunta 7). Al preguntar si tenían **“Otros ingresos fuera de la institución”** un 82% (n=171) de los profesionales de enfermería señaló que **“nada”**

(ninguno) (Pregunta 8). Un 54% (n=113) de los encuestados aseguró que **“Su sueldo cubre sus gastos hasta fin de mes”** entre **“bastante-mucho”** (Pregunta 9). Asimismo, un 58% (n=120) de los enfermeros/as indicó que **“La crisis económica afectó a su bienestar económico (hipoteca, gastos personales, compras, etc.)”** entre **“bastante-mucho”**, mientras que al 5% (n=10) no le afectó **“nada”** (Pregunta 10). Con respecto a **“La congelación o reducción de su salario a causa de la crisis económica influyó en la calidad de su trabajo”**, un 46% (n=97) de los encuestados consideró que no había influido **“nada”** (Pregunta 11). En cuanto a si **“Su situación económica influyó en su salud”**, un 39% (n=81) de ellos reconoció que **“algo”** (Pregunta 12). Un 55% (n=114) aseguró que **“Su situación laboral le transmite seguridad económica”** entre **“bastante-mucho”** (Pregunta 13). Al preguntarles si **“Sentía que estaba realizando más trabajo que antes de la crisis económica a causa de los recortes en el personal de enfermería”**, un 72% (n=149) de los encuestados afirmó que **“bastante-mucho”** (Pregunta 14). Finalmente, un 42% (n=88) de los enfermeros/as afirmó que entre **“bastante-mucho”** **“sus actividades de ocio han cambiado a causa de la crisis económica”** (Pregunta 15) (Tabla 19).

Tabla 19. Análisis descriptivo del Cuestionario de Crisis Económica y Calidad de Vida.

Variables	n=208 (100%)
1. Los recortes en recursos humanos han afectado a mi trabajo	
Nada	6 (3%)
Algo	42 (20%)
Bastante-Mucho	160 (77%)
2. Los recortes en recursos materiales han afectado a mi trabajo	
Nada	3 (2%)
Algo	63 (30%)
Bastante-Mucho	142 (68%)
3. Los recortes salariales han afectado a mi trabajo	
Nada	25 (12%)
Algo	66 (32%)
Bastante-Mucho	117 (56%)
4. La reducción salarial por la crisis ha afectado a mi vida personal	
Nada	20 (10%)
Algo	84 (40%)
Bastante-Mucho	104 (50%)
5. La reducción salarial por la crisis económica ha afectado a mi vida familiar	
Nada	25 (12%)
Algo	88 (42%)
Bastante-Mucho	95 (46%)
6. Estoy de acuerdo con los recortes que sufre el sistema sanitario	
Nada	173 (83%)
Algo	31 (15%)
Bastante-Mucho	4 (2%)
7. Los recortes en sanidad han cambiado la calidad de los cuidados enfermeros	
Nada	6 (3%)
Algo	35 (17%)
Bastante-Mucho	167 (80%)
8. Tengo otros ingresos fuera de la institución	
Nada	171 (82%)
Algo	31 (15%)
Bastante-Mucho	6 (3%)
9. Mi sueldo cubre mis gastos hasta fin de mes	
Nada	8 (4%)
Algo	87 (42%)
Bastante-Mucho	113 (54%)
10. La crisis económica afecta a mi "bienestar económico" (hipoteca, gastos personales, compras...)	
Nada	10 (5%)
Algo	78 (37%)
Bastante-Mucho	120 (58%)
11. La congelación o reducción de mi salario a causa de la crisis económica influye en la calidad de mi trabajo	
Nada	97 (46%)
Algo	68 (33%)
Bastante-Mucho	43 (21%)
12. Mi situación económica influye en mi salud	
Nada	77 (37%)
Algo	81 (39%)
Bastante-Mucho	50 (24%)
13. Mi situación laboral me transmite seguridad económica	
Nada	25 (12%)
Algo	69 (33%)
Bastante-Mucho	114 (55%)
14. Siento que estoy realizando más trabajo que antes de la crisis económica a causa de los recortes en el personal de enfermería	
Nada	13 (6%)
Algo	46 (22%)
Bastante-Mucho	149 (72%)
15. Mis actividades de ocio han cambiado a causa de la crisis económica	
Nada	36 (17%)
Algo	88 (42%)
Bastante-Mucho	84 (41%)

IV.2.1 | Análisis bivariante

IV.2.1.1 | Variables sociodemográficas

Edad

Al estudiar la relación entre la edad del encuestado y las variables analizadas correspondientes a la crisis económica y calidad de vida, se han encontrado las siguientes asociaciones estadísticamente significativas:

Con respecto a la pregunta ***“Los recortes salariales han afectado a mi trabajo”*** el 46% de los profesionales que indican ***“Bastante-mucho”*** tienen entre 30-39 años ($p=0.020$).

En la variable ***“La reducción salarial por la crisis económica ha afectado a mi vida personal”*** el 19% de los profesionales que indican ***“Bastante-mucho”*** tienen entre 50-59 años ($p=0.002$).

Por último, en la pregunta ***“La congelación/reducción de mi salario por la crisis económica influye en la calidad de mi trabajo”*** el 46% de los profesionales que indican ***“Nada”*** tienen entre 40-49 años ($p=0.026$) (Tabla 20).

Tabla 20. Edad de los encuestados relacionada con el Cuestionario de Crisis Económica y Calidad de Vida.

n=208 (100%)	EDAD					P
	<30 años n=11 (5%)	30-39 años n=81 (39%)	40-49 años n=80 (39%)	50-59 años 32 (15%)	>60 años n=4 (2%)	
1. Los recortes en recursos humanos han afectado a mi trabajo						
Nada n=6 (3%)	0	1 (17%)	4 (67%)	1 (16%)	0	0.711
Algo n=42 (20%)	1 (2%)	14 (33%)	17 (41%)	9 (22%)	1 (2%)	
Bastante/Mucho n=160 (77%)	10 (6%)	66 (41%)	59 (37%)	22 (14%)	3 (2%)	
2. Los recortes en recursos materiales han afectado a mi trabajo						
Nada n=3 (1%)	0	0	2 (67%)	1 (33%)	0	0.460
Algo n=63 (30%)	2 (3%)	23 (37%)	26 (41%)	9 (14%)	3 (5%)	
Bastante/Mucho n=142 (68%)	9 (6%)	58 (41%)	52 (37%)	22 (15%)	1 (1%)	
3. Los recortes salariales han afectado a mi trabajo						
Nada n=25 (12%)	0	4 (16%)	13 (52%)	6 (24%)	2 (8%)	0.020
Algo n=66 (32%)	6 (9%)	24 (36%)	28 (42%)	7 (11%)	1 (2%)	
Bastante/Mucho n=117 (56%)	5 (4%)	53 (46%)	39 (33%)	19 (16%)	1 (1%)	
4. La reducción salarial por la crisis económica ha afectado a mi vida personal						
Nada n=20 (10%)	1 (5%)	7 (35%)	6 (30%)	3 (15%)	3 (15%)	0.002
Algo n=84 (40%)	6 (7%)	35 (42%)	34 (40%)	9 (11%)	0	
Bastante/Mucho n=104 (50%)	4 (4%)	39 (37%)	40 (39%)	20 (19%)	1 (1%)	
5. La reducción salarial por la crisis económica ha afectado a mi vida familiar						
Nada n=25 (12%)	0	10 (40%)	9 (36%)	4 (16%)	2 (8%)	0.309
Algo n=88 (42%)	6 (7%)	34 (39%)	37 (42%)	10 (11%)	1 (1%)	
Bastante/Mucho n=95 (46%)	5 (5%)	37 (39%)	34 (36%)	18 (19%)	1 (1%)	
6. Estoy de acuerdo con los recortes que sufre el sistema sanitario						
Nada n=173 (83%)	10 (6%)	68 (39%)	64 (37%)	28 (16%)	3 (2%)	0.808
Algo n=31 (15%)	1 (3%)	10 (32%)	15 (49%)	4 (13%)	1 (3%)	
Bastante/Mucho n=4 (2%)	0	3 (75%)	1 (25%)	0	0	
7. Los recortes en sanidad han cambiado la calidad de los cuidados enfermeros						
Nada n=6 (3%)	0	0	5 (83%)	1 (17)	0	0.088
Algo n=35 (17%)	0	12 (34%)	17 (49%)	4 (11%)	2 (6%)	
Bastante/Mucho n=167 (80%)	11 (7%)	69 (41%)	58 (35%)	27 (16%)	2 (1%)	
8. Tengo otros ingresos fuera de la institución						
Nada n=171 (82%)	9 (5%)	64 (38%)	65 (38%)	31 (18%)	2 (1%)	0.188
Algo n=31 (15%)	2 (6%)	15 (48%)	11 (36%)	1 (3%)	2 (7%)	
Bastante/Mucho n=6 (3%)	0	2 (33%)	4 (67%)	0	0	
9. Mi sueldo cubre mis gastos hasta final de mes						
Nada n=8 (4%)	1 (13%)	4 (50%)	1 (12%)	2 (25%)	0	0.510
Algo n=87 (42%)	4 (5%)	28 (32%)	38 (44%)	16 (18%)	1 (1%)	
Bastante/Mucho n=113(54%)	6 (5%)	49 (44%)	41 (36%)	14 (12%)	3 (3%)	
10. La crisis económica afecta a mi "bienestar económico" (hipoteca, gastos personales, compras...)						
Nada n=10 (5%)	1 (10%)	2 (20%)	5 (50%)	1 (10%)	1 (10)	0.090
Algo n=78 (37%)	5 (6%)	28 (36%)	34 (44%)	8 (10%)	3 (4%)	
Bastante/Mucho n=120 (58%)	5 (4%)	51 (43%)	41 (34%)	23 (19%)	0	
11. La congelación/reducción de mi salario por la crisis económica influye en la calidad de mi trabajo						
Nada n=97 (46%)	2 (2%)	31 (32%)	45 (46%)	16 (17%)	3 (3%)	0.026
Algo n=68 (33%)	8 (12%)	31 (46%)	22 (32%)	7 (10%)	0	
Bastante/Mucho n=43 (21%)	1 (2%)	19 (44%)	13 (30%)	9 (21%)	1 (3%)	
12. Mi situación económica influye en mi salud						
Nada n=77 (37%)	5 (6%)	32 (42%)	27 (35%)	10 (13%)	3 (4%)	0.652
Algo n=81 (39%)	3 (4%)	29 (36%)	36 (44%)	12 (15%)	1 (1%)	
Bastante/Mucho n=50 (24%)	3 (6%)	20 (40%)	17 (34%)	10 (20%)	0	
13. Mi situación laboral me transmite seguridad económica						
Nada n=25 (12%)	3 (12%)	14 (56%)	5 (20%)	3 (12%)	0	0.101
Algo n=69 (33%)	3 (4%)	31 (45%)	25 (36%)	10 (15%)	0	
Bastante/Mucho n=114 (55%)	5 (4%)	36 (32%)	50 (44%)	19 (17%)	4 (3%)	
14. Siento que estoy realizando más trabajo que antes de la crisis económica a causa de los recortes						
Nada n=13 (6%)	2 (15%)	1 (8%)	7 (54%)	2 (15%)	1 (8%)	0.226
Algo n=46 (22%)	2 (4%)	19 (41%)	15 (33%)	9 (20%)	1 (2%)	
Bastante/Mucho n=149 (72%)	7 (5%)	61 (41%)	58 (39%)	21 (14%)	2 (1%)	
15. Mis actividades de ocio han cambiado a causa de la crisis económica						
Nada n=36(17%)	3 (8%)	11 (31%)	14 (39%)	5 (14%)	3 (8%)	0.188
Algo n=88 (42%)	4 (4%)	35 (40%)	34 (39%)	14 (16%)	1 (1%)	
Bastante/Mucho n=84 (40%)	4 (5%)	35 (42%)	32 (38%)	13 (15%)	0	

Sexo

En la prueba de chi cuadrado aplicada para comprobar la relación entre el sexo del encuestado con las variables relacionadas con la crisis económica, se observó asociación estadísticamente significativa al responder a ***“Tengo otros ingresos fuera de la institución”*** donde el 86% de los que han contestado *“nada”* son mujeres, frente al 35% de los que han contestado *“algo”* que son hombres ($p=0.015$) con respecto al tener otro ingreso a parte de su remuneración (Tabla 21).

Estado civil

Al estudiar si existe relación entre el estado civil del encuestado y la crisis económica, se observó asociación estadísticamente significativa en la variable ***“Tengo otros ingresos fuera de la institución”***, donde el 84% de los que han contestado *“nada”* están casados o tienen pareja ($p<0.000$) (Tabla 21).

Tabla 21. Variables sociodemográficas: sexo y estado civil de los encuestados relacionados con el Cuestionario de Crisis Económica y Calidad de vida.

n=208 (100%)	SEXO			ESTADO CIVIL				
	Hombre n=36(17%)	Mujer n=172(83%)	p	Soltero/a n=30(15%)	Casado/a En pareja n=168(81%)	Divorciado/a Separado/a n=7(3%)	Viudo/a n=3(1%)	p
1. Los recortes en recursos humanos han afectado a mi trabajo								
Nada n=6 (3%)	0	6 (100%)	0.274	0	6 (100%)	0	0	0.818
Algo n=42 (20%)	5 (12%)	37 (88%)		5 (12%)	35 (83%)	2 (5%)	0	
Bastante/Mucho n=160 (77%)	31 (19%)	129 (81%)		25 (16%)	127 (79%)	5 (3%)	3 (2%)	
2. Los recortes en recursos materiales han afectado a mi trabajo								
Nada n=3 (1%)	0	3 (2%)	0.093	0	3 (100%)	0	0	0.769
Algo n=63 (30%)	6 (9%)	57 (91%)		8 (13%)	50 (79%)	3 (5%)	2 (3%)	
Bastante/Mucho n=142 (68%)	30 (21%)	112 (79%)		22 (15%)	115 (81%)	4 (3%)	1 (1%)	
3. Los recortes salariales han afectado a mi trabajo								
Nada n=25 (12%)	3 (12%)	22 (88%)	0.755	2 (8%)	22 (88%)	1 (4%)	0	0.568
Algo n=66 (32%)	12 (18%)	54 (82%)		12 (18%)	49 (74%)	4 (6%)	1 (2%)	
Bastante/Mucho n=117 (56%)	21 (18%)	96 (82%)		16 (14%)	97 (83%)	2 (2%)	2 (2%)	
4. La reducción salarial por la crisis económica ha afectado a mi vida personal								
Nada n=20 (10%)	6 (30%)	14 (70%)	0.284	3 (15%)	16 (80%)	1 (5%)	0	0.616
Algo n=84 (40%)	13 (15%)	71 (85%)		13 (16%)	67 (79%)	4 (5%)	0	
Bastante/Mucho n=104 (50%)	17 (16%)	87 (84%)		14 (13%)	85 (82%)	2 (2%)	3 (3%)	
5. La reducción salarial por la crisis económica ha afectado a mi vida familiar								
Nada n=25 (12%)	5 (20%)	20 (80%)	0.930	2 (8%)	23 (92%)	0	0	0.572
Algo n=88 (42%)	15 (17%)	73 (83%)		14 (16%)	68 (77%)	5 (6%)	1 (1%)	
Bastante/Mucho n=95 (46%)	16 (17%)	79 (83%)		14 (15%)	77 (81%)	2 (2%)	2 (2%)	
6. Estoy de acuerdo con los recortes que sufre el sistema sanitario								
Nada n=173 (83%)	26 (15%)	147 (85%)	0.152	23 (13%)	142 (82%)	6 (4%)	2 (1%)	0.511
Algo n=31 (15%)	9 (29%)	22 (71%)		5 (16%)	24 (78%)	1 (3%)	1 (3%)	
Bastante/Mucho n=4 (2%)	1 (25%)	3 (75%)		2 (50%)	2 (50%)	0	0	
7. Los recortes en sanidad han cambiado la calidad de los cuidados enfermeros								
Nada n=6 (3%)	0	6 (100%)	0.360	0	6 (100%)	0	0	0.488
Algo n=35 (17%)	8 (23%)	27 (77%)		3 (9%)	32 (91%)	0	0	
Bastante/Mucho n=167 (80%)	28 (17%)	139 (83%)		27 (16%)	130 (78%)	7(4%)	3(2%)	
8. Tengo otros ingresos fuera de la institución								
Nada n=171 (82%)	24 (14%)	147 (86%)	0.015	24 (14%)	143 (84%)	3 (2%)	1 (0%)	0.000
Algo n=31 (15%)	11 (35%)	20 (65%)		5 (16%)	22 (71%)	2 (7%)	2 (6%)	
Bastante/Mucho n=6 (3%)	1 (17%)	5 (83%)		1 (17%)	3 (50%)	2 (33%)	0	
9. Mi sueldo cubre mis gastos hasta final de mes								
Nada n=8 (4%)	1 (12%)	7 (88%)	0.840	1 (13%)	6 (75%)	1 (12%)	0	0.352
Algo n=87 (42%)	14 (16%)	73 (84%)		13 (15%)	73 (84%)	0	1 (1%)	
Bastante/Mucho n=113 (54%)	21 (19%)	92 (81%)		16 (14%)	89 (79%)	6 (5%)	2 (2%)	
10. La Crisis Económica afecta a mi "bienestar económico" (hipoteca, gastos personales, compras...)								
Nada n=10 (5%)	3 (30%)	7 (70%)	0.554	2 (20%)	80 (8%)	0	0	0.302
Algo n=78 (37%)	13 (17%)	65 (83%)		15 (19%)	57 (73%)	5 (7%)	1 (1%)	
Bastante/Mucho n=120(58%)	20 (17%)	100 (83%)		13 (11%)	103 (86%)	2 (2%)	2 (1%)	
11. La congelación/reducción de mi salario por la crisis económica influye en la calidad de mi trabajo								
Nada n=97 (46%)	13 (13%)	84 (87%)	0.340	12 (12%)	79 (82%)	4 (4%)	2 (2%)	0.798
Algo n=68 (33%)	15 (22%)	53 (78%)		13 (19%)	52 (76%)	2 (3%)	1 (2%)	
Bastante/Mucho n=43 (21%)	8 (19%)	35 (81%)		5 (12%)	37 (86%)	1 (2%)	0	
12. Mi situación económica influye en mi salud								
Nada n=77 (37%)	10 (13%)	67 (87%)	0.450	11 (14%)	63 (82%)	3 (4%)	0	0.093
Algo n=81 (39%)	16 (20%)	65 (80%)		15 (18%)	59 (73%)	4 (5%)	3 (4%)	
Bastante/Mucho n=50 (24%)	10 (20%)	40 (80%)		4 (8%)	46 (92%)	0	0	
13. Mi situación laboral me transmite seguridad económica								
Nada n=25 (12%)	3 (12%)	22 (88%)	0.152	3 (12%)	22 (88%)	0	0	0.407
Algo n=69 (33%)	8 (12%)	61 (88%)		12 (18%)	56 (81%)	1 (1%)	0	
Bastante/Mucho n=114 (55%)	25 (22%)	89 (78%)		15 (13%)	90 (79%)	6 (5%)	3 (3%)	
14. Siento que estoy realizando más trabajo que antes de la crisis económica causa de los recortes								
Nada n=13 (6%)	1 (8%)	12 (92%)	0.106	1 (8%)	12 (92%)	0	0	0.783
Algo n=46 (22%)	4 (9%)	42 (91%)		6 (13%)	36 (78%)	3 (7%)	1 (2%)	
Bastante/Mucho n=149 (72%)	31 (21%)	118 (79%)		23 (15%)	120 (81%)	4 (3%)	2 (1%)	
15. Mis actividades de ocio han cambiado a causa de la crisis económica								
Nada n=36 (17%)	9 (25%)	27 (75%)	0.276	7 (19%)	27 (75%)	1 (3%)	1 (3%)	0.957
Algo n=88 (42%)	16 (18%)	72 (82%)		12 (14%)	72 (82%)	3 (3%)	1 (1%)	
Bastante/Mucho n=84 (40%)	11 (13%)	73 (87%)		11 (13%)	69 (82%)	3 (4%)	1 (1%)	

IV.2.1.2 | Variables académicas y laborales

Formación Académica

En cuanto a la relación entre crisis y la formación académica de los enfermeros, aparece una asociación estadísticamente significativa en la pregunta ***“Los recortes salariales han afectado a mi trabajo”*** ($p=0.015$) (Tabla 22).

Formación académica de posgrado

Se observaron asociaciones estadísticamente significativas en las siguientes variables: ***“Los recortes en recursos humanos han afectado a mi trabajo”*** donde el 31% de los que han contestado *“algo”* tienen especialidad frente al 69% que no la tienen ($p=0.011$). Con respecto a la pregunta ***“Los recortes en recursos materiales han afectado a mi trabajo”***, el 27% de los que han contestado *“algo”* tienen especialidad ($p=0.013$). En la variable ***“Tengo otros ingresos fuera de la institución”*** el 23% de los que han contestado *“algo”* poseen estudios de Máster ($p=0.049$). No se observaron diferencias significativas en el resto de las variables estudiadas (Tabla 23).

Tipo de contrato

Se encuentra una asociación estadísticamente significativa en la variable ***“Mi situación laboral me transmite seguridad económica”*** donde el 60% de los que han contestado *“bastante-mucho”* son fijos, frente al 40% de los que contestaron *“algo”* que tienen un contrato por sustitución ($p<0.000$) (Tabla 24).

Tabla 22. Formación académica de los encuestados relacionada con el Cuestionario de Crisis Económica y Calidad de Vida.

n=208 (100%)	FORMACIÓN ACADÉMICA			P
	ATS n=9 (4%)	DUE n=176 (85%)	Grado n=23 (11%)	
1. Los recortes en recursos humanos han afectado a mi trabajo				
Nada n=6 (3%)	0	5 (83%)	1 (17%)	0.617
Algo n=42 (20%)	1 (2%)	34 (81%)	7 (17%)	
Bastante/Mucho n=160 (77%)	8 (5%)	137 (86%)	15 (9%)	
2. Los recortes en recursos materiales han afectado a mi trabajo				
Nada n=3 (1%)	0	3 (100%)	0	0.662
Algo n=63 (30%)	1 (1%)	54 (86%)	8 (13%)	
Bastante/Mucho n=142 (68%)	8 (5%)	119 (84%)	15 (11%)	
3. Los recortes salariales han afectado a mi trabajo				
Nada n=25 (12%)	0	24 (96%)	1 (4%)	0.015
Algo n=66 (32%)	2 (3%)	50(76%)	14 (21%)	
Bastante/Mucho n=117 (56%)	7 (6%)	102 (87%)	8 (7%)	
4. La reducción salarial por la crisis económica ha afectado a mi vida personal				
Nada n=20 (10%)	1 (5%)	16 (80%)	3 (15%)	0.477
Algo n=84 (40%)	2 (2%)	70 (83%)	12 (14%)	
Bastante/Mucho n=104 (50%)	6 (6%)	90 (86%)	8 (8%)	
5. La reducción salarial por la crisis económica ha afectado a mi vida familiar				
Nada n=25(12%)	1 (4%)	22 (88%)	2 (8%)	0.715
Algo n=88(42%)	2 (2%)	76 (86%)	10 (11%)	
Bastante/Mucho n=95(46%)	6 (6%)	78 (82%)	11 (12%)	
6. Estoy de acuerdo con los recortes que sufre el sistema sanitario				
Nada n=173 (83%)	6 (3%)	148 (86%)	19 (11%)	0.265
Algo n=31 (15%)	2 (6%)	25 (81%)	4 (13%)	
Bastante/Mucho n=4(2%)	1 (25%)	3 (75%)	0	
7. Los recortes en sanidad han cambiado la calidad de los cuidados enfermeros				
Nada n=6 (3%)	1 (17%)	5 (83%)	0	0.506
Algo n=35 (17%)	1 (3%)	29 (83%)	5 (14%)	
Bastante/Mucho n=167 (80%)	7 (4%)	142 (85%)	18 (11%)	
8. Tengo otros ingresos fuera de la institución				
Nada n=171 (82%)	9 (5%)	147 (86%)	15 (9%)	0.143
Algo n=31 (15%)	0	24 (77%)	7 (23%)	
Bastante/Mucho n=6 (3%)	0	5 (83%)	1 (17%)	
9. Mi sueldo cubre mis gastos hasta final de mes				
Nada n=8 (4%)	0	7 (88%)	1 (12%)	0.335
Algo n=87 (42%)	1 (1%)	76 (87%)	10 (12%)	
Bastante/Mucho n=113 (54%)	8 (7%)	93 (82%)	12 (11%)	
10. La Crisis Económica afecta a mi "bienestar económico" (hipoteca, gastos personales, compras...)				
Nada n=10 (5%)	0	9 (90%)	1 (10%)	0.766
Algo n=78 (37%)	4 (5%)	63 (81%)	11 (14%)	
Bastante/Mucho n=120 (58%)	5 (4%)	104 (87%)	11 (9%)	
11. La congelación/reducción de mi salario por la crisis económica influye en la calidad de mi trabajo				
Nada n=97 (46%)	4 (4%)	84 (87%)	9 (9%)	0.824
Algo n=68 (33%)	4 (6%)	56 (82%)	8 (12%)	
Bastante/Mucho n=43 (21%)	1 (2%)	36 (84%)	6 (14%)	
12. Mi situación económica influye en mi salud				
Nada n=77 (37%)	2 (3%)	65 (84%)	10 (13%)	0.742
Algo n=81 (39%)	5 (6%)	67 (83%)	9 (11%)	
Bastante/Mucho n=50 (24%)	2 (4%)	44 (88%)	4 (8%)	
13. Mi situación laboral me transmite seguridad económica				
Nada n=25 (12%)	1 (4%)	21 (84%)	3 (12%)	0.963
Algo n=69 (33%)	3 (4%)	60 (87%)	6 (9%)	
Bastante/Mucho n=114 (55%)	5 (5%)	95 (83%)	14 (12%)	
14. Siento que estoy realizando más trabajo que antes de la crisis económica causa de los recortes				
Nada n=13 (6%)	0	11 (85%)	2 (15%)	0.790
Algo n=46 (22%)	1 (2%)	40 (87%)	5 (11%)	
Bastante/Mucho n=149 (72%)	8 (5%)	125 (84%)	16 (11%)	
15. Mis actividades de ocio han cambiado a causa de la crisis económica				
Nada n=36 (17%)	2 (5%)	29 (81%)	5 (14%)	0.889
Algo n=88 (42%)	3 (3%)	77 (88%)	8 (9%)	
Bastante/Mucho n=84 (40%)	4 (5%)	70 (83%)	10 (12%)	

Tabla 23. Formación académica de posgrado relacionada con el Cuestionario de la Crisis Económica y Calidad de Vida

n=208 (100%)	FORMACION ACADÉMICA DE POSGRADO								
	MASTER			DOCTORADO			ESPECIALIDAD		
	NO n=186 (89%)	SI n=22 (11%)	P	NO n=205 (99%)	SI n=3 (1%)	P	NO n=175 (84%)	SI n=33 (16%)	P
1. Los recortes en recursos humanos han afectado a mi trabajo									
Nada n=6 (3%)	6 (100%)	0	0.502	6 (100%)	0	0.823	5 (83%)	1 (17%)	0.011
Algo n=42 (20%)	36 (86%)	6 (14%)		41 (98%)	1 (2%)		29 (69%)	13 (31%)	
Bastante/Mucho n=160 (77%)	144 (90%)	16 (10%)		158 (99%)	2 (1%)		141 (88%)	19 (12%)	
2. Los recortes en recursos materiales han afectado a mi trabajo									
Nada n=3 (1%)	3 (100%)	0	0.829	3 (100%)	0	0.493	3 (100%)	0	0.013
Algo n=63 (30%)	56 (89%)	7 (11%)		63 (100%)	0		46 (73%)	17 (27%)	
Bastante/Mucho n=142 (68%)	127 (89%)	15 (11%)		139 (98%)	3 (2%)		126 (89%)	16 (11%)	
3. Los recortes salariales han afectado a mi trabajo									
Nada n=25 (12%)	24 (96%)	1 (4%)	0.228	25 (100%)	0	0.306	22 (88%)	3 (12%)	0.348
Algo n=66 (32%)	61 (92%)	5 (8%)		66 (100%)	0		52 (79%)	14 (21%)	
Bastante/Mucho n=117(56%)	101 (86%)	16 (14%)		114 (97%)	3 (3%)		101 (86%)	16 (14%)	
4. La reducción salarial por la crisis económica ha afectado a mi vida personal									
Nada n=20 (10%)	18 (90%)	2 (10%)	0.650	20 (100%)	0	0.612	16 (80%)	4 (20%)	0.232
Algo n=84 (40%)	77 (91%)	7 (8%)		82 (98)	2 (2%)		67 (78%)	17 (20%)	
Bastante/Mucho n=104 (50%)	91 (88%)	13 (12%)		103 (99%)	1 (1%)		92 (89%)	12 (11%)	
5. La reducción salarial por la crisis económica ha afectado a mi vida familiar									
Nada n=25 (12%)	22 (88%)	3 (12%)	0.572	25 (100%)	0	0.639	21 (84%)	4 (16%)	0.707
Algo n=88 (42%)	81 (92%)	7 (8%)		86 (98%)	2 (2%)		72 (82%)	16 (18%)	
Bastante/Mucho n=95 (46%)	83 (87%)	12 (13%)		94 (99%)	1 (1%)		82 (86%)	13 (14%)	
6. Estoy de acuerdo con los recortes que sufre el sistema sanitario									
Nada n=173 (83%)	156 (90%)	17 (10%)	0.452	171 (98%)	2 (1%)	0.653	147 (85%)	26 (15%)	0.167
Algo n=31 (15%)	26 (84%)	5 (16%)		30 (97%)	1 (3%)		26 (84%)	5 (16%)	
Bastante/Mucho n=4 (2%)	4 (100%)	0		4 (100%)	0		2 (50%)	2 (50%)	
7. Los recortes en sanidad han cambiado la calidad de los cuidados enfermeros									
Nada n=6 (3%)	6 (100%)	0	0.108	6 (100%)	0	0.688	6 (100%)	0	0.285
Algo n=35 (17%)	28 (80%)	7 (20%)		35 (17%)	0		27 (77%)	8 (23%)	
Bastante/Mucho n=167 (80%)	152 (91%)	15 (9%)		164 (98%)	3 (2%)		142 (85%)	25 (15%)	
8. Tengo otros ingresos fuera de la institución									
Nada n=171 (82%)	156 (91%)	15 (9%)	0.049	169 (99%)	2 (1%)	0.647	144 (84%)	27 (16%)	0.455
Algo n=31 (15%)	24 (77%)	7 (23%)		30 (97%)	1 (3%)		27 (87%)	4 (13%)	
Bastante/Mucho n=6 (3%)	6 (100%)	0		6 (100%)	0		4 (67%)	2 (33%)	
9. Mi sueldo cubre mis gastos hasta final de mes									
Nada n=8 (4%)	8 (100%)	0	0.599	8 (100%)	0	0.880	7 (88%)	1 (12%)	0.469
Algo n=87 (42%)	77 (89%)	10 (11%)		86 (99%)	1 (1%)		70 (81%)	17 (19%)	
Bastante/Mucho n=113(54%)	101 (89%)	12 (11%)		111 (98%)	2 (2%)		98 (87%)	15 (13%)	
10. La Crisis Económica afecta a mi "bienestar económico" (hipoteca, gastos personales, compras...)									
Nada n=10 (5%)	10 (100%)	0	0.511	10 (100%)	0	0.328	10 (100%)	0	0.182
Algo n=78 (37%)	70 (90%)	8 (10%)		78 (100%)	0		68 (87%)	10 (13%)	
Bastante/Mucho n=120 (58%)	106 (88%)	14 (12%)		117 (98%)	3 (2%)		97 (81%)	23 (19%)	
11. La congelación/reducción de mi salario por la crisis económica influye en la calidad de mi trabajo									
Nada n=97 (46%)	90 (92%)	7 (7%)	0.296	97 (100%)	0	0.255	83(86%)	14(14%)	0.854
Algo n=68 (33%)	58 (85%)	10 (15%)		66 (97%)	2 (3%)		56(82%)	12(18%)	
Bastante/Mucho n=43 (21%)	38 (88%)	5 (12%)		42 (98%)	1 (2%)		36(84%)	7(16%)	
12. Mi situación económica influye en mi salud									
Nada n=77 (37%)	72 (94%)	5 (6%)	0.230	77 (100%)	0	0.399	66 (86%)	11 (14%)	0.854
Algo n=81 (39%)	72 (89%)	9 (11%)		79 (98%)	2 (2%)		68 (84%)	13 (16%)	
Bastante/Mucho n=50 (24%)	42 (84%)	8 (16%)		49 (98%)	1 (2%)		41 (82%)	9 (18%)	
13. Mi situación laboral me transmite seguridad económica									
Nada n=25 (12%)	21 (84%)	4 (16%)	0.639	25 (100%)	0	0.285	20 (80%)	5 (20%)	0.820
Algo n=69 (33%)	62 (89%)	7 (10%)		69 (100%)	0		58 (84%)	11 (16%)	
Bastante/Mucho n=114 (55%)	103 (90%)	11 (10%)		111 (97%)	3 (3%)		97 (85%)	17 (15%)	
14. Siento que estoy realizando más trabajo que antes de la crisis económica causa de los recortes									
Nada n=13 (6%)	13 (100%)	0	0.269	13 (100%)	0	0.829	10 (77%)	3 (23%)	0.675
Algo n=46 (22%)	39 (85%)	7 (15%)		45 (98%)	1 (2%)		40 (87%)	6 (13%)	
Bastante/Mucho n=149 (72%)	134 (90%)	15 (10%)		147 (99%)	2 (1%)		125 (84%)	24 (16%)	
15. Mis actividades de ocio han cambiado a causa de la crisis económica									
Nada n=36 (17%)	34 (94%)	2 (6%)	0.089	36 (100%)	0	0.126	32 (89%)	4 (11%)	0.615
Algo n=88 (42%)	74 (84%)	14 (16%)		85 (97%)	3(3%)		72 (82%)	16 (18%)	
Bastante/Mucho n=84 (40%)	78 (93%)	6 (7%)		84 (100%)	0		71 (85%)	13 (15%)	

Tabla 24. Tipo de contrato relacionado con el cuestionario de Crisis Económica y Calidad de Vida.

n=208 (100%)	TIPO DE CONTRATO			
	Fijo n=109 (52%)	Interino/ Temporal n=72 (35%)	Sustitución n=27 (13%)	p
1. Los recortes en recursos humanos han afectado a mi trabajo				
Nada n=6 (3%)	5 (83%)	1 (17%)	0	0.352
Algo n=42 (20%)	25 (60%)	11 (26%)	6 (14%)	
Bastante/Mucho n=160 (77%)	79 (49%)	60 (38%)	21 (13%)	
2. Los recortes en recursos materiales han afectado a mi trabajo				
Nada n=3 (1%)	3 (100%)	0	0	0.214
Algo n=63 (30%)	38 (60%)	17 (27%)	8 (13%)	
Bastante/Mucho n=142(68%)	68 (48%)	55 (39%)	19 (13%)	
3. Los recortes salariales han afectado a mi trabajo				
Nada n=25 (12%)	19 (76%)	6 (24%)	0	0.054
Algo n=66 (32%)	35 (53%)	24(36%)	7 (11%)	
Bastante/Mucho n=117(56%)	55 (47%)	42 (36%)	20 (17%)	
4. La reducción salarial por la crisis económica ha afectado a mi vida personal				
Nada n=20 (10%)	12 (60%)	8 (40%)	0	0.467
Algo n=84 (40%)	45 (54%)	27 (32%)	12 (14%)	
Bastante/Mucho n=104 (50%)	52 (50%)	37 (36%)	15 (14%)	
5. La reducción salarial por la crisis económica ha afectado a mi vida familiar				
Nada n=25 (12%)	14 (56%)	11 (44%)	0	0.227
Algo n=88 (42%)	49 (56%)	26 (29%)	13 (15%)	
Bastante/Mucho n=95(46%)	46 (48%)	35 (37%)	14 (15%)	
6. Estoy de acuerdo con los recortes que sufre el sistema sanitario				
Nada n=173 (83%)	87 (50%)	64 (37%)	22 (13%)	0.267
Algo n=31 (15%)	21 (68%)	6 (19%)	4 (13%)	
Bastante/Mucho n=4 (2%)	1 (25%)	2 (50%)	1 (25%)	
7. Los recortes en sanidad han cambiado la calidad de los cuidados enfermeros				
Nada n=6 (3%)	6 (100%)	0	0	0.124
Algo n=35 (17%)	21 (60%)	11 (31%)	3 (9%)	
Bastante/Mucho n=167 (80%)	82 (49%)	61 (37%)	24 (14%)	
8. Tengo otros ingresos fuera de la institución				
Nada n=171 (82%)	88 (52%)	64 (37%)	19 (11%)	0.213
Algo n=31 (15%)	18 (58%)	7 (23%)	6 (19%)	
Bastante/Mucho n=6 (3%)	3 (50%)	1 (17%)	2 (33%)	
9. Mi sueldo cubre mis gastos hasta final de mes				
Nada n=8 (4%)	4 (50%)	2 (25%)	2 (25%)	0.777
Algo n=87 (42%)	47 (54%)	28 (32%)	12 (14%)	
Bastante/Mucho n=113(54%)	58 (51%)	42 (37%)	13 (12%)	
10. La Crisis Económica afecta a mi "bienestar económico" (hipoteca, gastos personales, compras...)				
Nada n=10 (5%)	6 (60%)	3 (30%)	1 (10%)	0.964
Algo n=78 (37%)	42 (54%)	27 (35%)	9 (11%)	
Bastante/Mucho n=120 (58%)	61 (51%)	42 (35%)	17 (14%)	
11. La congelación/reducción de mi salario por la crisis económica influye en la calidad de mi trabajo				
Nada n=97 (46%)	55 (57%)	34 (35%)	8 (8%)	0.139
Algo n=68 (33%)	29 (43%)	25 (37%)	14 (20%)	
Bastante/Mucho n=43 (21%)	25 (58%)	13 (30%)	5 (12%)	
12. Mi situación económica influye en mi salud				
Nada n=77 (37%)	37 (48%)	32 (42%)	8 (10%)	0.541
Algo n=81 (39%)	46 (57%)	24 (30%)	11 (13%)	
Bastante/Mucho n=50 (24%)	26 (52%)	16 (32%)	8 (16%)	
13. Mi situación laboral me transmite seguridad económica				
Nada n=25 (12%)	6 (24%)	9 (36%)	10 (40%)	0.000
Algo n=69 (33%)	35 (51%)	28(40%)	6 (9%)	
Bastante/Mucho n=114 (55%)	68 (60%)	35 (31%)	11 (9%)	
14. Siento que estoy realizando más trabajo que antes de la crisis económica a causa de los recortes				
Nada n=13 (6%)	8 (62%)	3 (23%)	2 (15%)	0.276
Algo n=46 (22%)	22 (48%)	14 (30%)	10 (22%)	
Bastante/Mucho n=149 (72%)	79 (53%)	55 (37%)	15 (10%)	
15. Mis actividades de ocio han cambiado a causa de la crisis económica				
Nada n=36 (17%)	20 (56%)	14 (39%)	2 (5%)	0.511
Algo n=88 (42%)	49 (56%)	27 (31%)	12 (13%)	
Bastante/Mucho n=84 (40%)	40 (48%)	31 (37%)	13 (15%)	

IV.3 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH

Esta escala mide los trastornos del sueño y la posibilidad de que el trabajador dé una cabezada, se adormile o se quede dormido/a en situaciones de su vida cotidiana reciente (en las dos últimas semanas).

Con respecto a los resultados obtenidos, se observa que un 31% (n=65) de los encuestados, señaló que *“nunca”* se había **“Quedado dormido estando sentado leyendo”** (Pregunta 1). Un 27% (n=57) de la muestra indicó que existía una *“alta posibilidad”* de **“Quedarse dormido mientras se encontraba sentado viendo la tele”** (Pregunta 2). Sin embargo, un 59% (n=122) de los profesionales aseguró que *“nunca”* se había **“Dormido estando sentado e inactivo en un lugar público”** (Pregunta 3). Un 34% (n=71) señaló que *“nunca”* se había **“Dormido como pasajero durante una hora seguida en el coche”** (Pregunta 4). Se observa también que un 31% (n=65) afirmaba que existía una *“ligera posibilidad”* de **“Descansar por la tarde cuando las circunstancias lo permitían”** (Pregunta 5). En cuanto a la posibilidad de **“Quedarse dormido sentado charlando con alguien”**, la mayoría de los encuestados, 80% (n=166), aseguró que *“nunca”* le ocurría (Pregunta 6). Además, se observa que un 34% (n=71) afirmó que existía una *“ligera posibilidad”* de **“Quedarse dormido al permanecer sentado tranquilamente después de una comida sin alcohol”** (Pregunta 7). Finalmente, un 72% de los enfermeros/as (n=148) afirmó que *“nunca”* se había **“Quedado dormido en el coche al pararse unos minutos el tráfico”** (Pregunta 8) (Tabla 25).

Tabla 25. Análisis descriptivo de la Escala de Somnolencia de Epworth en profesionales de Enfermería.

Variables	n=208 (100%)
1. Sentado leyendo	
Nunca	65 (31%)
Ligeramente	60 (29%)
Moderadamente	38 (18%)
Alta posibilidad	45 (22%)
2. Sentado viendo la tele	
Nunca	44 (21%)
Ligeramente	56 (27%)
Moderadamente	51 (25%)
Alta posibilidad	57 (27%)
3. Sentado inactivo en un lugar público	
Nunca	122 (59%)
Ligeramente	60 (29%)
Moderadamente	16 (8%)
Alta posibilidad	10 (5%)
4. Como pasajero una hora seguida en el coche	
Nunca	71 (34%)
Ligeramente	59 (28%)
Moderadamente	50 (24%)
Alta posibilidad	28 (14%)
5. Descansando por la tarde si las circunstancias lo permiten	
Nunca	28 (14%)
Ligeramente	65 (31%)
Moderadamente	57 (27%)
Alta posibilidad	58 (28%)
6. Sentado charlando con alguien	
Nunca	166 (80%)
Ligeramente	32 (15%)
Moderadamente	9 (4%)
Alta posibilidad	1 (1%)
7. Sentado tranquilamente después de una comida sin alcohol	
Nunca	66 (32%)
Ligeramente	71 (34%)
Moderadamente	38 (18%)
Alta posibilidad	33 (16%)
8. En coche al pararse unos minutos el tráfico	
Nunca	148 (71%)
Ligeramente	49 (23%)
Moderadamente	10 (5%)
Alta posibilidad	1 (1%)

IV.3.1 | Agrupación de las variables de la escala de somnolencia de Epworth

Una vez valorados los ítems de manera individual, se procedió a la agrupación del grado de somnolencia en: a) Entre 0 y 6 puntos: no tiene somnolencia diurna; b) Entre 7 y 13: tiene ligera somnolencia diurna; c) Entre 14 y 19: tiene moderada somnolencia diurna y d) Entre 20 y 24: somnolencia diurna es grave (Sierra, 2006). Una vez recogidos los datos se realizó un análisis descriptivo de los diferentes grados de somnolencia (Tabla 26).

Tabla 26. Agrupación por grado de somnolencia de las variables de la Escala de Somnolencia de Epworth.

VARIABLES	NUNCA 0-6	LIGERAMENTE 7-13	MODERADAMENTE 14-19	ALTA POSIBILIDAD 20-24
1. Sentado/a leyendo.	65 (31%)	60 (29%)	38 (18%)	45 (22%)
2. Sentado/a viendo la televisión.	44 (21%)	56 (27%)	51 (25%)	57 (27%)
3. Sentado/a, inactivo/a en un lugar público (en el cine, en un acto público, o una reunión).	122 (59%)	60 (29%)	16 (7%)	10 (5%)
4. Como pasajero/a una hora seguida en el coche.	71 (34%)	59 (28%)	50 (24%)	28 (14%)
5. Descansando por la tarde cuando las circunstancias lo permiten.	28 (14%)	65 (31%)	57 (27%)	58 (28%)
6. Sentado/a charlando con alguien.	166 (80%)	32 (15%)	9 (4%)	1 (1%)
7. Sentado/a tranquilamente después de una comida sin alcohol.	66 (32%)	71 (34%)	38 (18%)	33 (16%)
8. En coche al pararse unos minutos el tráfico.	148 (71%)	49 (23%)	10 (5%)	1 (1%)
Media	43%	27%	16%	14%

CAPITULO V
Discusión

V | DISCUSIÓN

V.1 | DISCUSIÓN

Este estudio analiza las consecuencias que puede tener la crisis económica sobre la calidad de vida laboral de los profesionales de enfermería. Se ha analizado también la repercusión que pueda tener el trabajo en el descanso y vida del trabajador debido a dicha crisis. Antes de entrar en el análisis y discusión detallada de los resultados obtenidos en esta tesis, es aconsejable realizar una serie de matizaciones metodológicas.

Por una parte, la tasa de respuesta en cualquier estudio de opinión supone un indicador de la calidad de los datos y es deseable que se sitúe por encima del 75%. Si bien no existe ningún consenso sobre a partir de qué grado de cumplimentación es más fiable o no un estudio. Lo que está claro es que tienden a responder los más sensibilizados, por lo tanto a menor tasa de cumplimentación la posibilidad de tener un sesgo positivo de selección de la población es mucho mayor. A este respecto, es fundamental un diseño que tenga en cuenta cómo evitar las pérdidas de cumplimentación.

En este proyecto de tesis fue fundamental la colaboración de supervisores de todas las unidades del hospital, pues favorecieron la cumplimentación del cuestionario al transmitir seguridad y confianza entre los encuestados ante nosotros. Creemos que el diseño del estudio y en buena parte la forma de administrar el cuestionario, redundaron

en la alta tasa de participación obtenida y, con ello, en la mejora de la precisión de los resultados.

En este trabajo se ha obtenido un grado de cumplimentación mayor a la tasa de respuesta de otros estudios similares realizados en profesionales sanitarios (entre el 54 y 64%) (Sánchez, 2003; Martín y Cortés, 2004, Guitart, 2008; Díaz, 2013). Así, hay que recordar que es fundamental que el cuestionario esté sometido a un proceso de validación que refleje la realidad de aquello que se pretende medir. Por lo tanto, no se puede concluir que estas diferencias tan importantes entre los estudios sean reales, o simplemente condicionadas porque los cuestionarios son diferentes y no están validados en la mayoría de casos, porque el trabajo de campo está realizado de diferentes maneras (por teléfono, no anónimo, etc.). Además, muchas veces no queda claro, ya que las muestras no suelen estar estratificadas y con frecuencia no se sabe si son representativas de la población y los grados de cumplimentación son generalmente bajos y por lo tanto se puede pensar en sesgos de selección de la muestra.

En cuanto a las características de la muestra analizada en este estudio, podemos señalar que con respecto al sexo, la población fue mayoritariamente femenina (83%). Resultados similares a los encontrados en otros estudios realizados en enfermeros donde la participación femenina fue del 89% y 85% (Hanzeliková, 2011; Cortez, 2011). Además, coincide con autores que afirman que la enfermería es una profesión típicamente femenina (Poblete Troncoso et al., 2005; Errasti-Ibarrondo et al., 2012) y donde las enfermeras constituyen el número más elevado de profesionales que trabajan en los servicios sanitarios (Martínez-Benitez, 1985; Kérousac, 1995).

Con respecto a la edad, el mayor porcentaje lo tienen los profesionales con una edad comprendida entre los 30-39 años (39%) y los 40-49 años (39%). Estos resultados coinciden con los obtenidos en un estudio similar realizado también en Murcia por López Montesinos (2009).

Al analizar el estado civil, gran parte de los encuestados (81%) estaban casados o afirmaban tener pareja. Estos datos son superiores a los que se obtuvieron en un trabajo realizado en México en el cual se analizaba la calidad de vida profesional de 311 profesionales de enfermería donde el 56% de ellos estaban casados (Sosa-Cerda et al., 2010).

Los resultados de este estudio también muestran que la mitad de los enfermeros tenía un contrato fijo (52%). Además, con respecto a la antigüedad, la media de antigüedad en la empresa de 192 ± 104 meses ($16 \pm 8,6$ años) y en el servicio de 103 ± 87 meses ($8,6 \pm 7,3$ años). En este sentido, un estudio indica que la estabilidad laboral genera tranquilidad, salud, motivación y buen estado emocional. Tanto la antigüedad en la empresa, en el servicio, como el tener un contrato fijo podría aportar estabilidad y seguridad para el propio trabajador (Pedraza, 2010).

El análisis de la formación académica de los profesionales de enfermería encuestados es un reflejo de la diversidad que actualmente tiene nuestra profesión. En cuanto a la titulación de Ayudantes Técnicos Sanitarios, solamente un 4% era ATS, siendo Diplomados Universitarios de Enfermería la mayoría de la muestra (85%). También se observa que son escasos los profesionales que poseen estudios superiores de postgrado Master (11%) y Doctorado (1%). No cabe duda que estos datos están

íntimamente ligados a la edad de los encuestados. Además, las principales razones que se han identificado podrían ser la poca importancia que se le da todavía a la investigación en nuestra disciplina, el convencimiento por parte de los profesionales de ser éste un campo complejo y poco accesible y la sobrecarga del trabajo diario (Orellana, 2011). Incluso otros autores indican que la escasez de profesionales con estudios superiores podría residir en la falta de implicación de la organización y de sus políticas enfocadas al apoyo, financiación y los incentivos que tiene la investigación y la divulgación de los hallazgos obtenidos (Martínez, 2003). Cabe mencionar que, en la mayoría de los estudios revisados, no se ha analizado siquiera si los profesionales poseen o no estudios superiores de postgrado o doctorado (Sosa-Cerda, 2010; Sánchez González, 2003; Fernández, 2002).

V.2 | CALIDAD DE VIDA LABORAL (CVP-35)

Al analizar los resultados obtenidos relacionados con la calidad de vida laboral en los profesionales de Enfermería, encontramos una elevada satisfacción de los profesionales, estando hasta un 94% "*satisfecho con su vida*". Porcentaje de satisfacción superior al encontrado en un estudio mexicano que, utilizando el mismo cuestionario halló un porcentaje más bajo (89%) (Sosa-Cerda, 2010). Se ha descrito que la satisfacción con la calidad de vida percibida es el resultado de la orientación afectiva que tienen las personas hacia los roles que desempeñan en su trabajo. Sin embargo, no se puede afirmar que sea un concepto absoluto ya que la situación laboral declarada surge de la comparación entre la situación laboral actual y la ideal, describiéndose como un juicio relativo (Bòria- Reverter, 2012).

Estos resultados de calidad de vida profesional percibida son superiores a los que se encontraron en una muestra de 87 profesionales sanitarios españoles de diferentes categorías, donde sus resultados revelaban que no existía el sentimiento de satisfacción con la calidad de vida profesional percibida (Guitart, 2010). Sin embargo, otros estudios que también emplearon el mismo cuestionario (CVP-35) registraron satisfacción *media* en la calidad de vida profesional percibida (Sánchez González, 2003; Fernandez, 2007).

Entre los resultados obtenidos de las respuestas de este cuestionario cabe destacar el porcentaje máximo de respuesta que se encontró en la pregunta "*Me siento capacitado para realizar mi trabajo*", donde el 97% de los enfermeros afirmaba sentirse muy capacitado. Entre los factores que más satisfacen a los profesionales de enfermería se ha descrito a la *competencia profesional* como uno de los más importantes (Del Río, 2005). Este 97% obtenido en los resultados pone en evidencia el grado de confianza, preparación y capacidad que sienten los enfermeros encuestados frente a los obstáculos que pueden surgir a lo largo de su jornada laboral. Resultados similares se encontraron en un estudio sobre la calidad de vida de los trabajadores en Atención Primaria del Área 10 de la Comunidad de Madrid (Sánchez González, 2003) y en otro realizado en Asturias (Fernandez, 2002).

V.3 | CARGAS EN EL TRABAJO

El "*síndrome de burnout*" fue definido como un síndrome de desgaste profesional (*estar quemado por el trabajo*) debido al estrés laboral dentro de la institución. Este estrés laboral se debe a diversos factores entre los que se encuentran las condiciones

del trabajo, las relaciones con los compañeros y con la sociedad, la personalidad que cada uno tiene, el ambiente socioeconómico, el tipo de organización y el liderazgo (Leiter y Maslach, 2003). Hay que recordar que la mayoría de los profesionales, de cualquier profesión, se ven expuestos en un momento determinado a un estado de estrés. Sin embargo, se ha demostrado que los profesionales sanitarios en general y los de enfermería en particular, están más expuestos a una situación de estrés laboral crónico. Esto lleva implícito un problema significativo tanto para la persona que lo padece como para la organización en la que trabaja (Limonero, 2004). Así, se considera un exceso de trabajo aquel realizado de tal modo que va más allá de la posibilidad del individuo. Este exceso puede conllevar un riesgo tanto físico como mental para el trabajador, manifestándose síntomas como la disminución de la concentración, somnolencia, fatiga, confusión, depresión y ansiedad, entre otros (Cruz, 2010).

Los resultados obtenidos en este trabajo en la evaluación global de la dimensión "*Cargas en el trabajo*", muestran que el 41% de los profesionales señalaba tener entre bastante y muchas cargas de trabajo, mientras que el 37% decían tener *algo* de cargas y solo el 22% no sentía tener estas cargas de trabajo. Resultados similares a otros estudios que encontraron una puntuación media similar o ligeramente más elevada dentro de esta dimensión de cargas en el trabajo (6,03/7,01 de media sobre 10 respectivamente) (Fernández, 2002; Sánchez, 2003).

Además, un 58% del personal de enfermería indicó que "*sufría mucho estrés a consecuencia de su trabajo*". Un 62% de los encuestados señaló que "*sufría muchas prisas y agobios para realizar su trabajo*" y hasta un 86% sentía que "*realizaba gran cantidad de trabajo*". Estos resultados son diferentes a los obtenidos en el estudio

“Percepción del estrés en los profesionales de enfermería en España relacionado con las prisas y agobios para realizar el trabajo” (Satse, 2017). Los profesionales encuestados en este estudio presentaban estrés (80%), decía estar “quemado” un 51%, sentía agotamiento emocional un 71% y sufría tensión muscular y nerviosismo el 90% de ellos. Algunos de estos datos son similares a los de esta tesis donde el 33% afirma que padecía entre bastante y mucho las consecuencias negativas en su salud a causa del trabajo y un 31% sentía mucha incomodidad física.

V.4 | APOYO DIRECTIVO

La calidad de vida profesional fue definida por García Sánchez (1993) como una *“experiencia del bienestar derivada del equilibrio que percibe el individuo entre las demandas o carga de trabajo desafiante, intenso y complejo, y los recursos (psicológicos, organizacionales y relacionales) de que dispone para afrontar esas demandas”*. Relacionado con esta definición y con los resultados obtenidos, cabe destacar que un 33% de los enfermeros de este estudio no veían reconocido el esfuerzo que realizaban.

Un estudio menciona como factores relevantes para el bienestar psicológico la remuneración, la seguridad física, el sentirse realizado en el trabajo y el equilibrio entre las exigencias del puesto de trabajo y las capacidades de la persona que lo desempeña, entre otros (Martins, 2004). En nuestro caso, solamente el 40% de los enfermeros estaba muy satisfecho con el sueldo pese a que Murcia se sitúa a la cabeza de todas las comunidades autónomas españolas, cuyos profesionales perciben un total de 32.217,08 euros anuales (2.301,22 mensuales). Además, solo el 16% sentía que la empresa se

preocupaba bastante por su calidad de vida laboral. Además, el 81% afirmaba realizar gran variedad de actividades a lo largo de la jornada y solamente el 86% tenía claro lo que hacer a diario. En este sentido y relacionado directamente con la dimensión “Cargas en el trabajo”, solamente un 37% de los enfermeros indicó tener una descripción específica y por escrito de las responsabilidades que tenía. Aunque son pocos los que admiten tener esta descripción específica y escrita de los cuidados diarios, como ya se ha mencionado antes, el 86% manifestaron tener claro qué hacer a diario. Resultados muy similares a los que se encontraron en otros estudios (Sosa-Cerda, 2010; Fernández, 2002). La razón de esta diferencia de porcentajes entre indicar al profesional “*lo que tiene que hacer*” y lo que él mismo “*sabe que tiene que hacer*”, podría residir en la metodología de los cuidados enfermeros. Así, estos cuidados están basados en el Proceso de Enfermería (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación). Este lenguaje de la disciplina enfermera permite a los profesionales trasladar el conocimiento y la práctica a los problemas reales o potenciales de la salud. Un enfermero puede tomar sus propias decisiones, partiendo de una definición estandarizada de los diagnósticos enfermeros. Dichos diagnósticos son especificados por la “*North American Nursing Diagnosis*”, en la actualidad registrada como NANDA-Internacional (NANDA internacional, 2013).

No hay que olvidar que la calidad de vida en el trabajo va más allá de la satisfacción en el puesto, implica conceptos más amplios como la participación en la toma de decisiones, el estímulo para el aprendizaje, la promoción y superación profesional (Herrera Sánchez, 2005). En este estudio, solo el 48% de los profesionales señalaron un nivel alto de apoyo por parte de los Directivos en el trabajo y un 49%

afirmaba que sus jefes le apoyaban en gran medida a la hora de desarrollar sus propios criterios. Resultados similares a los encontrados en otro estudio que analizaba a los profesionales de todas las categorías sanitarias, donde el 50% de los encuestados estaba satisfecho con el apoyo directivo (Guitart, 2010). Además, el 44% consideraba que tenía la posibilidad de que sus respuestas fueran escuchadas y aplicadas, aunque solo el 32% tenía posibilidad de ser creativo en gran medida y un 51% que tenía solo alguna posibilidad de ser creativo. Así, podríamos indicar que la mitad de los enfermeros encuestados se sentían capaces de ser algo creativos en el trabajo. Todo esto, bien enfocado supondría ideas nuevas y mejoras en los cuidados ofrecidos. Se ha señalado que la creatividad es un proceso donde desarrollamos los resultados que responden a las necesidades existentes de una forma nueva (Martínez, 2010). Estos resultados son más elevados que los de un estudio donde se encontraron resultados más bajos de creatividad (Fernández, 2002). Por ello, parece interesante tenerlo en cuenta a la hora de mejorar nuestra actividad profesional.

Con respecto al estímulo para el aprendizaje, un 34% de los enfermeros encuestados indicó que no recibía ninguna información sobre los resultados obtenidos con su trabajo y el 45% solamente algo. En cuanto a la posibilidad de promoción profesional, el 45% de los encuestados consideraba que tenía alguna posibilidad y solamente el 21% muchas posibilidades. No hay que olvidar que algunos autores revelan que la escasez de profesionales con estudios superiores podría residir en la falta de implicación de la organización y de sus políticas enfocadas al apoyo, financiación y los incentivos que tiene la investigación y la divulgación de los hallazgos obtenidos (Riera, 2003).

Todos estos datos podrían reflejar el desacuerdo de los profesionales de enfermería sobre la política de la organización, en cuanto a la satisfacción de sus necesidades profesionales en la participación, motivación y desarrollo. Cabe destacar que el factor económico tampoco ha sido bien valorado por los profesionales de enfermería. Podría estar relacionado con las reformas planteadas por el gobierno para reducir el déficit público en la época de crisis (BOE. Real Decreto-Ley 20/2012), factor que afectó al bienestar económico del personal de enfermería y por lo tanto a su satisfacción con la remuneración.

V.5 | MOTIVACIÓN INTRÍNSECA

Se ha descrito que las relaciones humanas influyen en la productividad y aumenta la satisfacción de los trabajadores (Dessier, 2008). La dimensión relacionada con la motivación intrínseca ha sido valorada positivamente entre bastante y mucho por el 82% de los profesionales de enfermería encuestados.

Entre los resultados de esta dimensión destaca el 97% de los profesionales encuestados que se sentía muy capacitado para realizar su trabajo, teniendo en cuenta que el 93% consideraba que se exige mucha capacitación para el desarrollo de este trabajo. Un 93% estaba muy orgulloso de su trabajo, siendo también muy elevado el porcentaje de enfermeros que considera que su trabajo es importante para mejorar la calidad de vida de los pacientes (95%).

En cuanto a los apoyos externos que recibe el profesional, cabe señalar que el 93% considera que su familia lo apoya mucho en su trabajo y un 87% sentía que tenía el

apoyo de sus compañeros. Estos altos porcentajes con la motivación intrínseca ponen en evidencia las buenas relaciones de los profesionales de enfermería con el entorno que los rodea (pacientes, compañeros, familia). Además de esta buena relación enfermero-paciente, el profesional de enfermería considera que tiene una alta capacidad en poder cuidar teniendo los conocimientos necesarios para ello. Sin embargo, los profesionales indican que la motivación por parte de sus superiores fue menor, sintiéndose solamente el 45% muy valorado por estos. En este sentido, hay que recordar que la motivación en el trabajo depende en gran medida del clima organizacional. Este clima organizacional es *“el ambiente de trabajo percibido por los miembros de la organización que incluye estructura, estilo de liderazgo, comunicación, motivación y recompensas. Todos ellos ejerciendo influencia directa en el comportamiento y desempeño de los individuos”* (Sandoval-Caraveo, 2004). De este modo, el comportamiento, las acciones y el desempeño que realizan las empresas afecta de una manera u otra al trabajador tanto a nivel interior como exterior (Oliveros et al., 2016). Como se ha observado en los resultados obtenidos, lo que menos satisface al personal de enfermería es el sueldo, la falta de promoción y formación, el distanciamiento entre la empresa como institución y el trabajador y las malas condiciones de trabajo (Del Río et al., 2005).

Al comparar estos resultados con los obtenidos en otros estudios que emplearon el cuestionario CVP-35, la motivación intrínseca también ha sido valorada positivamente por los profesionales encuestados (Fernández, 2002; Sánchez González, 2003).

V.6 | CRISIS ECONÓMICA Y CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida en el trabajo viene determinada por factores externos a la actuación de los trabajadores que proceden del entorno socioeconómico y de la gestión organizacional a la que pertenecen (Segurado Torres, 2002). Entre los resultados obtenidos en nuestro estudio, cabe destacar que un 83% de los profesionales de enfermería no estaba *nada* de acuerdo con los recortes que sufría el sistema sanitario a causa de la crisis. Estos recortes han cambiado mucho la calidad de los cuidados enfermeros para el 80% de los encuestados, habiendo afectado tanto los recortes en recursos humanos (77%) como materiales (68%) en gran medida a su trabajo. Así, el 72% de los enfermeros sentía que estaba realizando más trabajo que antes de la crisis económica a causa de los recortes en el personal de enfermería. Autores como Casas (2002) indican que el trabajo es muy significativo para los empleados desde el punto de vista económico, social y psicológico para su bienestar y su desarrollo.

Se ha señalado que la seguridad económica es uno de los "factores protectores de la calidad de vida" (Maya, 2006). En esta tesis, un 58% de los profesionales indicaron que la crisis económica ha afectado a su bienestar a nivel económico (hipoteca, gastos personales, compras, etc.). La mitad de los encuestados afirma que la reducción salarial por la crisis había afectado entre bastante y mucho a su vida personal y un 46% a su vida familiar. Solo la mitad de los enfermeros afirma que su sueldo cubre sus gastos hasta final de mes, afectando esta situación económica en la salud de un 39% de los encuestados. Y solamente un 55% dicen que su situación económica le transmite seguridad.

Estos datos están en la misma línea que los obtenidos en una encuesta publicada en el *"El mundo.es"* donde se analizaba si *"la subida de precios y la crisis económica*

había provocado una ralentización del consumo en España". Fue realizada con cinco preguntas y un total de 21747 respuestas. Al analizar el grado de influencia de la crisis económica en la vida familiar de las personas (hipoteca, gastos personales, compras, etc.), en la primera pregunta: *"¿la crisis ha llegado a su cartera?"*, el 80% afirmó que sí. En la segunda, *"¿tiene usted problemas para llegar a fin de mes?"*, el 59% indicó que sí. Con respecto a la pregunta *"¿ha tenido usted que recurrir a algún préstamo?"*, sin embargo, un 71% señaló que no había recurrido. En la cuarta, donde se le preguntaba si *"¿ha tenido dificultades para acceder a algún crédito?"*, un 66% dijo que no tuvo dificultades. Finalmente, en la quinta pregunta: *"¿ha recortado usted gastos en alguna o varias de estas áreas en los últimos meses?"* las respuestas fueron las siguientes: viajes (78%), ocio (86%), alimentación (34%), viviendas (28%), ropa y accesorios (77%) y móviles y tecnología (65%) (El Mundo.es, 2008).

V.7 | TRASTORNOS DEL SUEÑO. ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH

Respecto a los trastornos del sueño y el insomnio, como factores que puedan influir en la calidad de vida del trabajador, nuestros resultados globales indican que un 43% de los profesionales de enfermería encuestados nunca han sentido somnolencia diurna. Datos similares a los encontrados en otro estudio sobre la calidad de vida en enfermería y los factores que influyen en ella, realizado en 476 profesionales procedentes de 9 centros hospitalarios de la Región de Murcia y con la misma herramienta. En dicho estudio, al medir la repercusión del trabajo en el descanso, sueño y vida de los enfermeros, los resultados indicaron una ausencia de somnolencia en el 57% de los casos, ligera en el 36% y moderada 6% (López Montesinos, 2009).

Sin embargo, otro estudio realizado por el Sindicato de Enfermería, dio resultados contrarios a los encontrados (Satse, 2017). Al analizar la “Percepción del Estrés en los profesionales de Enfermería en España. Comparativa 2012-2017”, se registraron trastornos del sueño en un 85% de profesionales de enfermería que participaron en ello. No obstante, solamente un 14% de los encuestados en esta tesis afirman tener una alta posibilidad de quedarse dormido.

Además, el 22% de estos profesionales señaló que tenía una alta posibilidad de quedarse dormido leyendo, o viendo la televisión (27%). Y cabe destacar que las franjas de edad donde más existe una alta posibilidad de sufrir somnolencia es en los profesionales entre 30-39 años.

Como ya se ha citado anteriormente, en el hospital Rafael Méndez de Lorca donde se ha desarrollado este estudio, los turnos de trabajo de enfermería son de **14 horas** (mañana/tarde), **17 horas** (tarde/noche) y **24 horas** (mañana/tarde/noche). Mientras los turnos fijos de mañana (**7 horas**) se mantienen en consultas y pruebas especiales. Según la organización, es un turno "*antiestrés*" que supone tres o cuatro días de libranza para el trabajador. Fue solicitado por los propios profesionales para dedicar más tiempo a sus vidas familiares y evitar el estrés resultante de la vida laboral (el turno anterior consistía en 2 mañanas, 2 tardes y 2 noches, más los tres días de libranza). En este estudio, el 64% (n=154) de los encuestados tiene un turno M-TN de 17 horas (el primer día se trabaja una mañana y al día siguiente se trabaja tarde y noches: 3 días de libranza). Sin embargo, nunca han sentido somnolencia diurna el 43% de los profesionales de enfermería encuestados. Tampoco han aparecido diferencias al analizar el tipo de contrato de los profesionales. Parece que esta solicitud del cambio de

turno por parte de los empleados a esta institución tiene sus efectos, indicando el 25% de los profesionales que no les falta *nada* de tiempo para dedicarse a su vida personal, y el 47% que solamente les falta *algo* de tiempo. Es más, relacionado con todo lo anteriormente expuesto, el 64% de los enfermeros confirma que es capaz de desconectar al acabar la jornada laboral entre bastante y mucho.

V.8 | LIMITACIONES DEL ESTUDIO

1.- Se considera que se ha obtenido una buena tasa de respuesta. Probablemente debido a la colaboración de los supervisores en la recogida de los cuestionarios en cada unidad. Al tratarse de una encuesta anónima, no ha sido posible investigar las causas de *no respuesta*.

2.- La comparación con otros trabajos que analizaron el tema de la calidad de vida laboral en enfermería ha sido dificultosa debido a que en la bibliografía consultada, la mayoría de los estudios se realizaron en Atención Primaria. Sin embargo, los estudios realizados en Atención Especializada sobre la calidad de vida en enfermería son escasos.

3.- La carencia de cuestionarios existentes y validados que midieran la satisfacción del trabajador con su situación económica, ha dificultado la comparación con otros estudios sobre el mismo tema. El cuestionario utilizado en esta tesis ha sido de elaboración propia, validado en nuestra área, adaptado a la población del estudio y basado en el análisis de varios artículos sobre la crisis económica. Dicho cuestionario podría utilizarse para futuros estudios sobre el tema analizado.

CAPITULO VI
Conclusiones

VI | CONCLUSIONES

A modo de conclusión cabe destacar que hemos respondido al objetivo planteado para este estudio de investigación, al estudiar detalladamente las consecuencias que puede tener la crisis económica sobre la calidad de vida laboral de los profesionales de enfermería y la repercusión que pueda tener el trabajo en el descanso y vida del trabajador debido a dicha crisis.

Dicho esto, las conclusiones son las siguientes:

Calidad de Vida Laboral (CVP-35)

Satisfacción con la vida laboral

Los profesionales de enfermería se encuentran satisfechos en general con la vida laboral y les complace el ejercicio de su profesión.

Cargas en el trabajo

El estrés laboral sigue siendo un tema sin resolver a pesar de la multitud de estudios relacionados con este tema.

La demanda del trabajo diario implica un sobreesfuerzo por parte del trabajador para poder cumplir los objetivos con la calidad deseada.

Apoyo directivo

El apoyo directivo hacia los enfermeros no ha sido un estímulo apropiado para que pudiesen desarrollar sus ideas y sugerir cambios de mejora.

El reconocimiento de la organización hacia sus esfuerzos en el trabajo tampoco ha sido placentero para ellos.

Se ha demostrado que la motivación del ser humano constituye un factor muy importante para su bienestar y su rendimiento.

Motivación intrínseca

La familia y los compañeros han sido el refugio ideal para estos trabajadores.

Las relaciones humanas, tanto en el ambiente laboral como familiar, influyen en la motivación y estimulación del trabajador.

Los enfermeros se sienten orgullosos de su trabajo y de los cuidados ofrecidos para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

La motivación intrínseca mejora el desempeño profesional.

El profesional demanda formación continuada para su crecimiento profesional y personal.

Crisis económica y calidad de vida

El bienestar económico es un factor importante en la calidad de vida del trabajador.

La crisis económica y sus consecuencias condicionan la calidad de vida laboral y familiar del profesional, con repercusión en la prestación de calidad asistencial en el desempeño de su trabajo.

Trastornos de sueño. Escala de Somnolencia de Epworth

Existe escaso número de problemas de trastornos del sueño entre los componentes de la muestra. El centro oferta, de forma voluntaria, aquellos turnos de trabajo que podrían propiciar trastornos del sueño, a la hora de conciliar actividad laboral y vida personal y/o familiar.

FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Primera línea: Sería conveniente realizar un estudio comparativo en atención especializada con otras comunidades sobre el mismo tema. El objetivo sería valorar si la crisis económica ha tenido las mismas consecuencias en la calidad de vida y en el descanso y vida del trabajador con los resultados procedentes de otra muestra de diferente comunidad.

Segunda línea: Crear propuestas para mejorar la calidad de vida de los enfermeros, tanto en el trabajo como en la familia, y mejorar su bienestar económico. Dichas propuestas podrían ir relacionadas con la presencia de una guardería en los alrededores del centro de trabajo, adaptada a los horarios del personal y a un precio económico. También podrían seguir realizándose mejoras en la adaptación de los horarios laborales y estrategias para aumentar el apoyo y reconocimiento por parte del equipo directivo y la organización. Con respecto a la formación, incentivar programas para desarrollar nuevas ideas y sugerir cambios de mejora y, por último, incrementar y mejorar la formación continuada que demandan estos profesionales para su crecimiento tanto profesional y personal.

CAPITULO VII

Abreviaturas

VII | ABREVIATURAS

AEN: Asociación Española de Neuropsiquiatría

AP: Atención Primaria

BMJ: British Medical Journal

BOE: Boletín Oficial del Estado

CCOO: Comisiones Obreras

CE: Comisión Europea

CE: Consejo Europeo

CESM: Sindicato Médico de la Región de Murcia

CVL: Calidad de Vida Laboral

CVP35: Calidad de Vida Profesional

EEUU: Estados Unidos

EFE: Agencia de noticias internacional

FADSP: Federación de Asociaciones en defensa Sanidad Publica

GHQ-28: Cuestionario de Salud General de Goldberg (General Health
Questionnaire)

INE: Instituto Nacional de Estadística

MBI: Maslach Burnout Inventory, instrumento utilizado para evaluar la
prevalencia del Síndrome de Burnout

No REM: No Rapid Eye Movement

NTP: Notas Técnicas de Prevención

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PIB: Producto Interior Bruto

QL=NE x (H+S): QL: Calidad de Vida (Quality of Life). **NE:** representa la dotación natural del paciente, **H:** la contribución hecha por su hogar y su familia a la persona y **S** la contribución hecha por la sociedad.

RAE: Real Academia Española

REM: Rapid Eye Movement

SATSE: Sindicato de Enfermería

UE: Unión Europea

WHOQOL-BREF: Escala de Calidad de Vida (World Health Organization Quality of Life)

CAPITULO VIII
BIBLIOGRAFÍA

VIII | BIBLIOGRAFÍA

- AEN, & FADSP. (2012). Crisis económica y repercusiones sobre la salud. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32, 207-210. http://www.documentacion.aen.es/pdf/revista-aen/2012/revista-13/crisis_economica_y_reperccion_sobre_la_salud.pdf
- Agencia EFE. (2014). ¿Cuánto cobra un enfermero. *ABC.es*. <http://www.abc.es/economia/20141209/abci-cuanto-cobra-enfermera-201412051850.html>
- Aiken, L. H., & Cheung, R. (2008). Nurse workforce challenges in the United States: Implications for policy. *OECD Health Working Papers*, (35), 1. http://www.who.int/hrh/migration/Case_study_US_nurses_2008.pdf
- Amaro Cano, M. del C. (2004). Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. *Revista cubana de enfermería*, 20(3), 0.
- Andrades Barrientos, L., & Valenzuela Suazo, S. (2007). Factores asociados a calidad de vida de enfermeras hospitalarias chilenas. *Revista Latino-Am. Enfermagem*, 15 (3). <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000300018>
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164. <https://doi.org/10.2307/3539114>
- Arostegi Barandika, I. (1999). Evaluación de la Calidad de Vida en personas adultas con Retraso Mental. En *III Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad* (p. 12). <http://campus.usal.es/inico/investigacion/jornadas/jornada3/actas/simp29.pdf>
- Bayle, M. S. (2013). La contrarreforma sanitaria. *Papeles de relaciones ecosociales y cambio global*, (123), 63-72. https://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/revista_papeles/123/La_contrarreforma_sanitaria_M_Sanchez_Bayle.pdf/
- Bigelow, D. a, McFarland, B. H., & Olson, M. M. (1991). Quality of life of community mental health program clients: validating a measure. *Community mental health journal*, 27(1), 43-55. <https://doi.org/10.1007/BF00752714>
- Boletín Oficial del Estado, (1986). Real Decreto-ley 14/1986, de 25 de abril, de las competencias de las Comunidades Autónomas. *Boletín Oficial del Estado*, 18, 15207 a 15224.
- Boletín Oficial del Estado, (2012). Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad. *Boletín Oficial del Estado*, 14, 50428-50518.
- Bòria-Reverter, S., Crespi-Vallbona, M., & Mascarilla-Miró, O. (2012). Variables determinantes de la satisfacción laboral en España. *Cuadernos de Economía*, 35(97), 9-16. [https://doi.org/10.1016/S0210-0266\(12\)70018-3](https://doi.org/10.1016/S0210-0266(12)70018-3)
- Borthwick-Duffy, S. A. (1992). Quality of Life and Quality of Care in Mental Retardation. *Mental Retardation in the Year 2000*, 52-66. https://doi.org/10.1007/978-1-4613-9115-9_4
- Bridges Daisy C. (1961). Principios Basicos De Los Cuidados De Enfermeria. *1501 New Hampshire N. W.*, 2, 1 AL 56.
- Buela-Casal, G., Caballo, V. E., & Aragoneses, A. (1991). *Manual de psicología clínica aplicada. Manual de psicología clínica aplicada, 1991, ISBN 8432307114, págs. 271-280.* <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5179010>
- Cabezas, C. (1998). Síndrome de desgaste profesional, estrés laboral y calidad de vida profesional. *FMC*, 5(8), 491-2.

- Cabezas, C. (2000). La Calidad de vida de los profesionales. *FMC*, 7(7), 53-68
- Calman, K. C. (1987). Definitions and dimensions of quality of life. *The quality of life of cancer patients*, 1-9. <http://ci.nii.ac.jp/naid/10011511598/en/>
- Casas, J. Repullo, J. Lorenzo, S. Cañas, J. (2002). Dimensiones y medición de la calidad de vida laboral en profesionales sanitarios. *Revista Administración Sanitaria*, 6(23), 143-160. <http://www.dinarte.es/ras/ras23/pdf/administracion2.pdf>
- Casas, F. (1999). Calidad de vida y calidad humana. *Papeles del psicólogo*, 74, 1-6. <http://www.papelesdel-psicologo.es/imprimir.asp?id=812>
- Cavalheiro, A. M., Moura Junior, D. F., & Lopes, A. C. (2008). Stress in nurses working in intensive care units. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(1), 29-35. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000100005>
- Consejo CE (2003). Directiva 2003/88/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 4 de noviembre de 2003. Relativa a determinados aspectos de la ordenación del tiempo de trabajo. www.boe.es/doue/2003/299/L00009-00019.pdf
- Chaturvedi, S. K. (1991). What's important for quality of life to Indians-In relation to cancer. *Social Science and Medicine*, 33(1), 91-94. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90460-T](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90460-T)
- Comín, F. (2011). Política y economía: Los factores determinantes de la crisis económica durante la segunda república (1931-1936). *Historia y Política*, (26), 47-79.
- Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia (2017). MurciaSalud: Área de Salud III (Lorca). http://www.murciasalud.es/caps.php?op=mostrar_area&id_area=3&idsec=6
- Cortès-Franch, I., & López-Valcárcel, G. (2014). Crisis económico-financiera y salud en España. Evidencia y perspectivas. *Gaceta Sanitaria*, 28(S1), 1-6. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.03.011>
- Cortés Rubio, J. A., Martín Fernández, J., Morente Páez, M., Caboblanco Muñoz, M., Garijo Cobo, J., & Rodríguez Balo, A. (2003). Clima laboral en atención primaria: ¿qué hay que mejorar? *Atención Primaria*, 32(5), 288-295. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(03\)79277-4](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(03)79277-4)
- Cortez Olivera, M. E., & Salina, A. (2011). Calidad de Vida Profesional de las Enfermeras. http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/alvarez_norma_del.pdf
- Cruz Robazzi, M. L. do C., Chaves Mauro, M. Y., Barcellos Dalri, R. de C. de M., Almeida da Silva, L., de Oliveira Secco, I. A., & Jorge Pedrão, L. (2010). Exceso de trabajo y agravios mentales a los trabajadores de la salud. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(1), 52-64.
- Cummins, R. A. (2000). Objective and subjective quality of life: An interactive model. *Social Indicators Research*, 52, 55-72. <https://doi.org/10.1023/A:1007027822521>
- Cummins, R. A. (2005). Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(10), 699-706. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00738.x>
- Dall'Ora, C., Griffiths, P., Ball, J., Simon, M., & Aiken, L. H. (2015). Association of 12 h shifts and nurses' job satisfaction, burnout and intention to leave: Findings from a cross-sectional study of 12 European countries. *BMJ Open*, 5(9). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008331>
- Dávila Quintana, C. D., & González López-Valcárcel, B. (2009). Crisis económica y salud. *Gaceta Sanitaria*, 23(4), 261-265. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.04.003>
- Delamotte, Y. y Takezawa, S. (1984). Quality of working life in international perspective. Ginebra: OIT
- De la Poza, J. (1998). Satisfacción, clima y calidad de vida laboral. In *Introducción a la psicología del trabajo y de las organizaciones* (pp. 259-272). Ediciones Pirámide.

- Del Río Moro O., P. G. M. C., & Villalta Sevilla M.T., S. D. A. (2005). Satisfacción personal de enfermería. ¿Se cumplen nuestras expectativas? *Enfermería cardiovascular—cuarto congreso virtual de cardiología*.
- Dessler, G. (2008). Human Resource Management. *International Journal of Business Administration*, 2(3), 45-60. <https://doi.org/10.5430/ijba.v2n3p45>
- Díaz Corte, C., Suárez Álvarez, Ó., Fueyo Gutiérrez, A., Mola Caballero de Rodas, P., Rancaño García, I., Sánchez Fernández, A. M., ... Díaz Vázquez, C. (2013). Calidad de vida de los profesionales en el modelo de gestión clínica de Asturias. *Gaceta Sanitaria*, 27(6), 502-507. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.01.012>
- Diener, E., & Suh, E. M. (2000). *Culture and subjective well-being*. <https://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=1A2siA19hKYC&oi=fnd&pg=PA3&ots=2plu583u&sig=1DytiEEWXIT9396P0YyvOf3PuBE#v=onepage&q&f=false>
- Efe. (2017). SATSE y CESM se enfrentan por la jornada de más de 12 horas para enfermería. *La Opinión de Murcia*. <http://www.laopiniondemurcia.es/comunidad/2017/03/12/satse-cesm-enfrentan-jornada-12/812968.html>
- Elmundo.es. (2006). Los turnos de noche acortan la vida, merman la salud y rompen matrimonios. *Elmundo.es*, p. 1. <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2006/10/01/medicina/1159698178.html>
- Elmundo.es. (2008). Encuesta: La crisis económica. *Elmundo.es- Economía*. http://www.elmundo.es/especiales/encuestas/2008/05/espana/encuesta_crisis_economica/http://cgi.elmundo.es/perl/encuesta-pinta-votaciones.html?fichero_ini=2008/05/crisis_economica/configuracion.ini
- Errasti-Ibarrondo, B., Arantzamendi-Solabarrieta, M., & Canga-Armayor, N. (2012). La imagen social de la enfermería: una profesión a conocer. In *Anales del Sistema sanitario de Navarra* 35 (2), 269-283. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16(1), 51-74. [https://doi.org/10.1016/0891-4222\(94\)00028-8](https://doi.org/10.1016/0891-4222(94)00028-8)
- Fernández, A. M., Santa Clotilde, E., & Casado del Olmo, M. I. (2007). Calidad De Vida Profesional de Los Profesionales de Enfermería en Atención Primaria de Soria. *Biblioteca las Casas*, 3(1), 1-31. <https://doi.org/10.1590/1982-43272663201608>
- Fernández, J. M., Gascón, T. G., García-Olalla, C. M., del Cura González, M. I., Peña, M. D. C. C., & Sánchez, S. G. (2008). Medición de la capacidad evaluadora del cuestionario CVP-35 para la percepción de la calidad de vida profesional. *Atención primaria*, 40(7), 327-334. [En línea]. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656708703603>
- Fernández, M. A., Carbajo, A. I., & Vidal, A. F. (2002). Percepción de la calidad de vida profesional en un área sanitaria de Asturias. *Atención primaria*, 30(8), 483-489. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656702790847>
- Fernández, M., Giménez, L. (1988). «Criterios para definir la CVL». En *Libro de Simposios. 1º Congreso Iberoamericano y 3º Nacional de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, (pp. 477-484). Madrid: COP.
- Fernández Ríos, M. (1999). *Diccionario de RRHH. Organización y dirección*.
- Ferrans C. E. (1990). Development of a quality of life index for patients with cancer. *Oncology Nursing*, 17, 15 – 21.
- Ferrer, M., Vilagut, G., Monasterio, C., Montserrat, J. M., Mayos, M., & Alonso, J. (1999). [Measurement of the perceived impact of sleep problems: the Spanish version of the functional outcomes sleep questionnaire and the Epworth sleepiness scale]. *Medicina clinica*, 113(7), 250-255. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10544379>

- Fidalgo Vega, M. (2005). NTP 704 : Síndrome de estar quemado por el trabajo o " burnout " (I): definición y proceso de generación. *INSHT; Ministerio de trabajo y asuntos socilaes España*, (li), 1-7. https://doi.org/http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_704.pdf
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- García, M. J. S., Malpica, A. L. B., Pablos, C. B., Gutierro, M. A. C., & Pérez, C. G. D. E. (2005). Estresores laborales y satisfacción en la enfermería de una unidad de críticos. *Enfermería Intensiva*, 16 (1), 3-14. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239905733800?via%3Dihub>
- García Riaño D. (1991). Calidad de vida. *Aproximación histórico-conceptual*. Boletín de psicología, 30, 55-94. En Victoria García-Viniegras, Carmen R, & González Benítez, Idarmis. (2000). La categoría bienestar psicológico: Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(6), 586-592. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-2125200000600010&lng=es&tlng=pt
- García Sánchez, S. (1993). La qualitat de vida professional com a avantatge competitiu. *Revista de qualitat*, 11, 4-9.
- Gómez, M., & Sabeh, E. (2001). Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. *Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca*. http://www.academia.edu/download/38683739/CALIDAD_DE_VIDA.pdf
- Gonçalves, A. (2007). *Dimensiones del clima organizacional*. <http://www.geocities.ws/janethqr/liderazgo/130.html>
- González, M. B., Figueroa, E. G., & González, R. C. (2014). Influencia del liderazgo sobre el clima organizacional en PyMES: caso catering gourmet de Durango, México. *Revista Internacional Administración y Finanzas*. [https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S2215-910X\(14\)70026-6](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S2215-910X(14)70026-6)
- Guerrero Pupo, J. C., Amell Muñoz, I., & Cañedo Andalia, R. (2004). Salud ocupacional: nociones útiles para los profesionales de la información. *Acimed*, 12(5), 1-22. <http://scielo.sld.cu/pdf/aci/v12n5/aci05504.pdf>
- Guitart, D. G. (2008). Calidad de vida profesional de las enfermeras dentro del equipo multidisciplinar. *Ágora de enfermería*, 12(4), 8. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=3399670>
- Haas, B. K. (1999). Clarification and Integration of Similar Quality of Life Concepts. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 31(3), 215-220. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1999.tb00483.x>
- Hanzelíková Pogrányivá, A., García López, M. V., Pomares Martínez, M., Pardo Fernández, M. J., & Del Monte Paz, J. (2011). La calidad de vida profesional de las enfermeras en geriatría. *Enfermería Global*, 10(24), 145-157. <https://doi.org/10.4321/S1695-61412011000400012>
- Hernández, A., Moraleda, V., & Sánchez, M. . (2011). Crisis económicas a lo largo de la historia. *Cuadernos de Formación* 5/11, 12, 73-90. http://www.ief.es/documentos/recursos/publicaciones/revistas/cuadernos_formacion/12_2011/05_11.pdf
- Herrera Sánchez, R., & Cassals Villa, M. (2005). Algunos factores influyentes en la calidad de vida laboral de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 21(1), 1. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000100003&lng=es.
- Heskett, J. L., Jones, T. O., Loveman, G. W., Sasser, W. E., & Schlesinger, L. A. (1994). Putting the Service Profit-Chain to Work. *Harvard Business Review*. <https://doi.org/10.1145/781031.781034>
- Hock, R. R. (1988). Professional burnout among public school teachers. *Public personnel management*, 17(2), 167-189.
- Hornquist, J.O. (1982). The concept of quality of life. *Scandinavian Journal of Social Medicine*. 10, 57-61.

- Huffington post. (2015). Los españoles trabajan 318 horas más al año que los alemanes. *Huffington post*, p. economía.
- Iglesias Guerra, J. A., Bárcena Calvo, C., Valle Antolín, M. J. Del, Abella, V., & Galán Andrés, I. (2010). Premisas para la elaboración de una herramienta para valorar la calidad de vida en las personas mayores. *Gerokomos*.
- Informe OCDE y CE (2014). "España, entre los países que más recortan en Sanidad y donde más aumentan las listas de espera". En: MÉDICOS Y PACIENTES, 04-12-2014. Versión en inglés: OECD (2014), Health at a Glance, OECD Publishing. <http://www.medicosypacientes.com/articulo/espana-entre-los-paises-que-mas-recortan-en-sanidad-y-donde-mas-aumentan-las-listas-de-espera>
- Instituto Nacional de Estadística (2012), "Calidad de vida, más allá del crecimiento Económico". http://www.ine.es/ss/Satellite?L=0&c=INECifrasINE_C&cid=1259940155868&p=1254735116567&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout
- Irigibel-Uriz, X. (2007). Nietzsche y Levinas, un marco de referencia para una enfermería transformadora. *Index de Enfermería*, 16(58), 50-54. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962007000300011&script=sci_arttext%5Cnhttp://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1132-12962007000300011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Karasek, R. (1989). The Political Implications of Psychosocial Work Redesign: A Model of the Psychosocial Class Structure. *International Journal of Health Services*, 19(3), 481-508. <https://doi.org/10.2190/66AM-Q4PF-PUHK-5BT1>
- Katzell, R. A., Yankelovich, D., Fein, M., Ornati, O. A., & Nash, A. (1975). Improving productivity and job satisfaction. *Organizational Dynamics*, 4(1), 69-80.
- Kérouac, S. (1995). *El pensamiento enfermero*. Elsevier España.
- Knutson, K. L., Spiegel, K., Penev, P., & Van Cauter, E. (2007). The metabolic consequences of sleep deprivation. *Sleep Medicine Reviews*. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2007.01.002>
- Koivula, Paunonen, & Laippala. (2000). Burnout among nursing staff in two Finnish hospitals. *Journal of Nursing Management*, 8(3), 149-158. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2834.2000.00167.x>
- Krugman, P. R. (1998). *La era de las expectativas limitadas*. (Ariel, Ed.). Barcelona.
- Lau, R. (2000). Quality of work life and performance - An ad hoc investigation of two key elements in the service profit chain model. *International Journal of Service Industry*, 11(5), 422-437. <https://doi.org/10.1108/09564230010360164>
- Lawton, M. P. (1999). Quality of life in chronic illness. *Gerontology*, 45(4), 181-183. <https://doi.org/22083>
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2003). Areas of worklife: A structured approach to organizational predictors of job burnout. *Research in Occupational Stress and Well Being*. [https://doi.org/10.1016/S1479-3555\(03\)03003-8](https://doi.org/10.1016/S1479-3555(03)03003-8)
- Levi, L., Andersson, L., & Jasso, R. (1980). *La tensión psicosocial: Población, ambiente y calidad de la vida*. México: El Manual Moderno.
- Limonero, J. T., Tomás-Sábado, J., Fernández-Castro, J., & Gómez-Benito, J. (2004). Influencia de la inteligencia emocional percibida en el estrés laboral de enfermería [Influence of perceived emotional intelligence in nursing work stress]. *Ansiedad y Estrés*, 10(1), 29-41. http://www.researchgate.net/publication/235325244_Influencia_de_la_inteligencia_emocional_percibida_en_el_estrs_laboral_de_enfermera_Influence_of_perceived_emotional_intelligence_in_nursing_work_stress
- López Fdez De Lascoiti, E. (2009). CRACK DE 1929: Causas, desarrollo y consecuencias. *Revista Internacional del Mundo Económico y del Derecho Volumen I*, 1-16. <http://www.revistainternacionaldelmundoeconomicoydelderecho.net/wp-content/uploads/>

- López-Montesinos, M. J. (2009). Consecuencias psicosociales del trabajo en personal de enfermería como indicadores subjetivos de rendimiento desde el enfoque de la gestión de los Recursos humanos., 1-451. <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10782/LopezMontesinos.pdf;jsessionid=33345FEDF13DBF57A7FD1EFC7F8BEC9A.tdx1?sequence=1>
- López-Montesinos, M. J. (2013). Psychosocial study about the consequences of work in hospital nurses as human resource management. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(spe), 61-70. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000700009>
- Marichal, C. (2013). *Nueva historia de las grandes crisis financieras: una perspectiva global, 1873-2008*. Debate.
- Martin-Fernandez, J., Gomez-Gascon, T., Beamud-Lagos, M., Cortes-Rubio, J. A., & Alberquilla-Menendez-Asenjo, A. (2007). Professional quality of life and organizational changes: A five-year observational study in Primary Care. *BMC Health Services Research*, 7. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-101>
- Martin, A. J., & Stockler, M. (1998). Quality-of-life assessment in health care research and practice. *Evaluation & the health professions*. <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/016327879802100202%0A%0A>
- Martin, J., Cortes, J. A., Morente, M., Caboblanco, M., Garijo, J., & Rodriguez, A. (2004). Metric characteristics of the Professional Quality of Life Questionnaire [QPL-35] in primary care professionals. [Spanish] Características métricas del Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35). *Gaceta sanitaria / S.E.S.P.A.S*, 18, 129-136. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=emed6&AN=15104973>
- Martínez-Benitez, M., & Latapí, P. (1985). Sociología de una profesión. El caso de enfermería. *Centro de Estudios Educativos. Ediciones Nuevomar, México*.
- Martínez, O. L., & Brufau, R. M. (2010). Estilos de pensamiento y creatividad. *Anales de Psicología*, 26(2), 254-258. <https://doi.org/10.6018/109161>
- Martínez Riera, J. R. (2003). Barreras e instrumentos facilitadores de la enfermería basada en la evidencia. *Enfermería Clínica*, 13(5), 303-308. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(03\)73825-X](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(03)73825-X)
- Martins, M. (2004). Factores de risco psicossociais para a saúde mental. *Millenium*, 255-268. <http://hdl.handle.net/10400.19/575>
- Maya, L. (2006). Los estilos de vida saludables: Componentes de la calidad de vida. *Monografía [on line] Bogotá: Fundación Latinoamericana de Tiempo Libre y Recreación FUNLIBRE*. Recuperado a partir <https://es.slideshare.net/tatianadelgado12/monografia-de-calidad-de-vida>
- Monk, T. H. (2000). What can the chronobiologist do to help the shift worker? *Journal of Biological Rhythms*. <https://doi.org/10.1177/074873040001500202>
- Moreno, B., & Ximénez, C. (1996). Evaluación de la calidad de vida. En *Manual de evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Munduete, L. (1993). Aportaciones de la perspectiva de la CVL a las relaciones laborales. En *Munduete, L. y Barón, M. (Comp.) Gestión de Recursos Humanos y CVL*. Madrid: Eudema.
- Murray W. Johns. (1991). A New Method for Measuring Daytime Sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale. *American Sleep Disorders Association and Sleep Research Society*, 14(6), 540-545. <https://doi.org/10.1093/sleep/14.6.540>
- 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.

- NANDA internacional. (2013). *NANDA Diagnosticos Enfermeros 2012-2014. Definiciones y clasificacion*. Elsevier. <http://www.laleo.com/nanda-diagnosticos-enfermeros-20122014-definiciones-clasificacion-p-11152.html>
- Nayeri, N. D., Negarandeh, R., Vaismoradi, M., Ahmadi, F., & Faghihzadeh, S. (2009). Burnout and productivity among Iranian nurses. *Nursing and Health Sciences*, 11(3), 263-270. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2009.00449.x>
- Nogareda Cuixart, C., & Nogareda Cuixart, S. (1995). Trabajo a turnos y nocturno: aspectos organizativos. *Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo*, 1-10. http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_455.pdf
- Novoa Gómez, M. M. (2005). Relación entre perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencial en personal de enfermería. *Univ. Psychol. Bogotá (Colombia)*, 4(1), 63-75. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.32.6.9893>
- OCDE (2013), «Rémunération du personnel infirmier», dans *Panorama de la santé 2013: Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-31-fr
- Oliveros, J. Á., Fandiño, J. S., & Torres, Y. M. (2016). Factores motivacionales hacia el trabajo en el Departamento de Enfermería de un hospital de cuarto nivel en la ciudad de Bogotá. *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 25(2), 118-125. <https://doi.org/10.1016/j.reper.2016.03.004>
- Oppong, J., Ironside, R., & Kennedy, L. (1987). *Perceived Quality of Life in a Centre: Periphery Framework*.
- Orellana, A., & Sanhueza, O. (2011). Competencia en Investigación en Enfermería. *Ciencia Y Enfermería XVII*, (2), 9-17. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532011000200002>
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 37(Supl.2), 74-105. <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-envejecimiento-activo-un-marco-politico-13035694%5Cn>
http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf%5Cn<http://www.cuartaedad.com/articulos/envejecimien>
- OMS, & OPS. (2016). Ambientes de Trabajo Saludables: un modelo para la acción. *Revista de biomecánica*, 45(3), 1-26. <https://doi.org/10.4321/S0465-546X2007000400012>
- Pedraza, E., Amaya, G., & Conde, M. (2010). Desempeño laboral y estabilidad del personal administrativo contratado de la facultad de medicina de la universidad del Zulia. *Revista de Ciencias Sociales*, XVI(3), 493-505.
- Peiró, J. M., & Salvador, A. (1993). *Desencadenantes del estrés laboral* (Vol. 2). Madrid: Eudema.
- Peña-Sánchez, J. N., Delgado, A., Lucena-Muñoz, J. J., & Morales-Asencio, J. M. (2013). Adaptación y validación al español del cuestionario 4CornerSAT para la medida de la satisfacción profesional del personal médico de atención especializada. *Revista Española de Salud Pública*, 87(2), 181-189. <https://doi.org/10.4321/S1135-57272013000200007>
- Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero* (Vol. 1). Barcelona: Masson.
- Pérez, G., Rodríguez-Sanz, M., Domínguez-Berjón, F., Cabeza, E., & Borrell, C. (2014). Indicadores para monitorizar la evolución de la crisis económica y sus efectos en la salud y en las desigualdades en salud. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.03.009>
- Poblete Troncoso, M., & Valenzuela Suazo, S. (2005). Enfermeras en riesgo. Violencia laboral con enfoque de género TT - Nurses in risk: violence at work focused on gender. *Index enferm*, 14(51), 40-44. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S11322962005000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

- Potter P, Griffin A. (2003). Fundamentos de enfermería. Madrid: Harcourt.
- Pozzi, S. (2008). Lehman Brothers se declara en bancarrota. *El País - Economía*. http://economia.elpais.com/economia/2008/09/15/actualidad/1221463973_850215.html
- Quintana, E. F. (1988). Tres decenios de la economía española en perspectiva. In *España, economía* (pp. 1-78). Espasa Calpe.
- Quintero, G. (1992). Comunicación personal a J. Grau (1996). En Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de psicología*, 35(2), 161-164.
- Real Academia Española (2015): Diccionario de la lengua española, 22ª edición, Espasa Calpe.
- Recarte, A. (2009). La crisis financiera internacional y el crack financiero español. *12.24.139.246*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3009454>
- Redacción Medica (2016). “¿Gana más dinero el enfermero en España que en el extranjero?”. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/enfermeria/-donde-esta-mejor-pagado-el-enfermero-en-espana-o-en-el-extranjero--5812>
- Ribera, E. P. (2008). Revaluando la validez del cuestionario CVP-35: sensibilidad al cambio, cambios importantes y mínima diferencia importante. *Atención Primaria*, 40(7), 334-336. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656708703615>
- Riera, J., Badia, M. C., & Giné, C. G. (2003). El seminario en la universidad: un espacio para la reflexión sobre el aprendizaje y para la formación. In *La universidad ante la nueva cultura educativa: enseñar y aprender para la autonomía* (pp. 245-260). Síntesis.
- Robbins, S. P. (1989). Organizational Behavior: Concepts Controversies Applications. *Development*, 1-400.
- Ruesga Benito, S. M. (2013). Para entender la crisis económica en España. El círculo vicioso de la moneda única y la carencia de un modelo productivo eficiente. *Economía UNAM*, 10(28), 70-94. [https://doi.org/10.1016/S1665-952X\(13\)72188-1](https://doi.org/10.1016/S1665-952X(13)72188-1)
- San Martín, M. I. F., Ferrer, J. R. V., Gamo, F., Gallego, J. V., Cañas, E. C., Trigo, M. V. A., & Aragonés, V. A. (1995). Estudio de la satisfacción laboral y sus determinantes en los trabajadores sanitarios de un área de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 69(6), 487-497. <http://recyt.fecyt.es/index.php/RESP/article/viewArticle/1341>
- Sánchez González, R., Álvarez Nido, R., & Lorenzo Borda, S. (2003). Calidad de vida profesional de los trabajadores de Atención Primaria del Área 10 de Madrid. *Medifam*. <https://doi.org/10.4321/S1131-57682003000400009>
- Sánchez, J. A., & Saturno, P. J. (1997). Las encuestas de satisfacción. *Tratado de calidad asistencial en atención primaria*, 3, 311-39.
- Salazar Estrada, José Guadalupe, Guerrero Pupo, Julio Cristóbal, Machado Rodríguez, Yadira Bárbara, Cañedo Andalia, Rubén. (2009). Clima y cultura organizacional: dos componentes esenciales en la productividad laboral. *Acimed*, 20(4), 67-75. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352009001000004&lng=es&tlng=es.
- Sandoval-Caraveo, M. del C. (2004). Concepto y dimensiones del clima organizacional. *Hitos de Ciencias Económico Administrativas*, (27), 83-88. http://www.ceaamer.edu.mx/lecturas/administracion/4/admonrec2/MOD_3_LECT_3.pdf
- Shapiro, C. M., & Kayumov, L. (2000). Sleepiness, fatigue, and impaired alertness. In *Seminars in clinical neuropsychiatry*, 5 (1), 2-5.

- Shaw, A. (1977). Defining the quality of life. *Hastings Center Report*, 7(5), 11-11.
- Segurado Torres, A., & Agulló Tomás, E. (2002). Calidad de vida laboral: hacia un enfoque integrador desde la Psicología Social. *Psicothema*, 14 (4). <http://www.redalyc.org/html/727/72714422/>
- Sierra, J. C. (2006). Calidad de sueño como factor relevante de la calidad de vida. En Oblitas, G. (cord.) *Psicología de la salud y calidad de vida*, (2), 337-344. México: Thomson.
- Sindicato de Enfermería, SATSE (2017). "Percepción del Estrés en los Profesionales de Enfermería en España. Comparativa 2012-2017". *Comunicación, notas de prensa*. <http://www.satse.es/comunicación/sala-de-prensa/notas-de-prensa/el-estres-en-la-enfermeria-desata-todas-las-alarmas>
- Sosa-Cerda, O. R., Cheverría-Rivera, S., & Rodríguez-Padilla, M. E. (2010). Calidad de vida profesional del personal de enfermería Palabras clave. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 18(3), 153-158. <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2010/eim103f.pdf>
- Steinberg, F. (2008). La crisis financiera mundial: causas y respuesta política. *Real Instituto Elcano*, 10(16), 8. <http://biblioteca.ribei.org/1410/1/ARI-126-2008-E.pdf>
- Sun, B. C (1988). *Quality of working life programs: an empirical assessment of desings and outcomes*. UMI Dissertation Services. University of Georgia.
- Suttle, J.L. (1977). «Improving life at work: problems and prospects». En Hackman, J.R. y Suttle, J.L (eds.). *Improving life at work: behavioral science approaches to organizacional change*. Goodyear Publishing Company, Santa Mónica.
- Szalai, A. (1980). The meaning of comparative research on the quality of life. *The quality of life*, 7-21.
- Tonon, G. (2007). Investigar la calidad de vida en Argentina, 141-150.
- Turcotte, P.R. (1985). *Calidad de vida en el trabajo*. Madrid: Trillas
- Urzúa, A., & Caqueo-Úrizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71. http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082012000100006&script=sci_arttext
- Van Dam F. (1968). Quality of Life: Methodological Aspects. *Bull Cancer* ,73(5):607-13
- Vega, O., & Gonzalez, D. (2007). Teoría del Deficit de Autocuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales. *Revista Ciencia y Cuidado*. <https://doi.org/10.22463/17949831.919>
- Vicioso Hoyo, J. (2014). Los enfermeros cobran hasta 10.300 euros al año según la comunidad en la que trabajan. *Diario Digital Redacción Medica*. <https://www.redaccionmedica.com/noticia/los-enfermeros-cobran-hasta-10-300-euros-menos-al-ano-segun-la-comunidad-en-la-que-trabajen>
- Villar Mir, J. M. (2009). La crisis económica actual . Sus orígenes y características . Medidas para salir de la crisis, 19-44. http://ropdigital.ciccp.es/pdf/publico/2009/2009_febrero_3496_02.pdf
- Walton, R.E. (1973). *Conciliación de conflictos interpersonales*. México: Fondo Educativo Interamericano.

CAPITULO IX
Anexo I

Anexo 1: CUESTIONARIO FINAL

Desde el Programa de Doctorado de Ciencias de la Salud de la Universidad de Murcia, y como doctoranda del mismo, se está realizando una investigación sobre la calidad de vida de la enfermería hospitalaria, asociada a diferentes factores. Agradeceríamos su colaboración, anónima y de gran valor para la realización de este estudio, mediante un cuestionario de opinión que, para su cumplimentación, solo le llevará unos minutos.

NOTA: Para garantizar el anonimato del proceso, una vez cumplimentado, cierre el sobre y entréguelo a la supervisora de su unidad.

EDAD < 30 años <input type="checkbox"/> 30-39 <input type="checkbox"/> 40-49 <input type="checkbox"/> 50-59 <input type="checkbox"/> >60 <input type="checkbox"/>	SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	ESTADO CIVIL Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a o en pareja <input type="checkbox"/> Divorciado/a o separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/>
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Rafael Méndez Lorca Servicio actual del trabajo:..... CATEGORÍA Ayudante Técnico Sanitario (ATS) <input type="checkbox"/> Diplomado Universitario en Enfermería (DUE) <input type="checkbox"/> Grado en Enfermería <input type="checkbox"/> ESTUDIOS SUPERIORES Máster <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Especialidad <input type="checkbox"/> Otros:.....		SITUACIÓN LABORAL Tipo de contrato: Fijo <input type="checkbox"/> Interino/temporal <input type="checkbox"/> Por sustitución <input type="checkbox"/> Otros:.....
TIEMPO DE ANTIGUEDAD EN LA EMPRESA Años Meses..... Días.....		TIEMPO DE ANTIGUEDAD EN EL PUESTO/SERVICIO ACTUAL Años Meses..... Días.....

Por favor, conteste a las siguientes preguntas, señalando la realidad de su situación actual en el puesto de trabajo que desempeña y sus consecuencias. Tenga en cuenta que no existe puntuación "buena" o "mala", sino su nivel de acuerdo o desacuerdo al respecto considerando que:

«Nada» (valor 1); «Algo» (valor 2); «Bastante» (valor 3) y «Mucho» (valor 4).

Cuestionario 1: Señale cómo se siente en su trabajo	1	2	3	4
1.-Sufro interrupciones molestas a menudo				
2.-Padezco consecuencias negativas en mi salud a causa de mi trabajo				
3.-Me falta tiempo para dedicarme a mi vida personal				
4.-Siento incomodidad física				
5.-Sufro conflictos con otras personas				
6.-Realizo gran variedad de actividades				
7.-Siento posibilidad de expresar lo que pienso y necesito				
8.- Mis jefes me apoyan en desarrollar mis propios criterios				
9.-Tengo posibilidad de que mis propuestas sean escuchadas y aplicadas				
10.-Estoy satisfecho/a con mi sueldo				
11.-Tengo posibilidad de ser creativo/a				
12.-Mi empresa se preocupa por mi calidad de vida laboral				
13.-Ve reconocido mi esfuerzo				
14.-Recibo información de los resultados obtenidos				
15.-Tengo posibilidades de promoción profesional				
16.-Tengo gran cantidad de trabajo				
17.-Sufro estrés a consecuencia de mi trabajo				
18.-Siento Prisa y agobios para poder realizar mi trabajo				
19.-Siento presión por parte de mis jefes para realizar mi trabajo				
20.-Recibo presión para mantener la calidad de mi trabajo				
21.-Considero que mi trabajo es importante para mejorar la calidad de vida de los pacientes				
22.- Tengo una descripción específica y por escrito de las responsabilidades que tengo				
23.-Me queda claro lo que tengo que hacer a diario				
24.-Me considero libre en tomar decisiones				
25.-Mi familia apoya a mi trabajo				
26.-Tengo el apoyo de mis compañeros				
27.-Recibo apoyo de mis subordinados				
28.-Tengo ganas de ser creativo				
29.-Estoy orgulloso/a de mi trabajo				
30.-Me siento motivado por parte de mis superiores				
31.-Estoy satisfecho/a con el trabajo que desempeño				
32.-Me siento capacitado/a para realizar mi trabajo				
33.-Se exige capacitación para realizar mi trabajo				
34.-Desconecto al acabar la jornada laboral				
35.- Me siento satisfecho con mi vida				

