



UNIVERSIDAD DE MURCIA

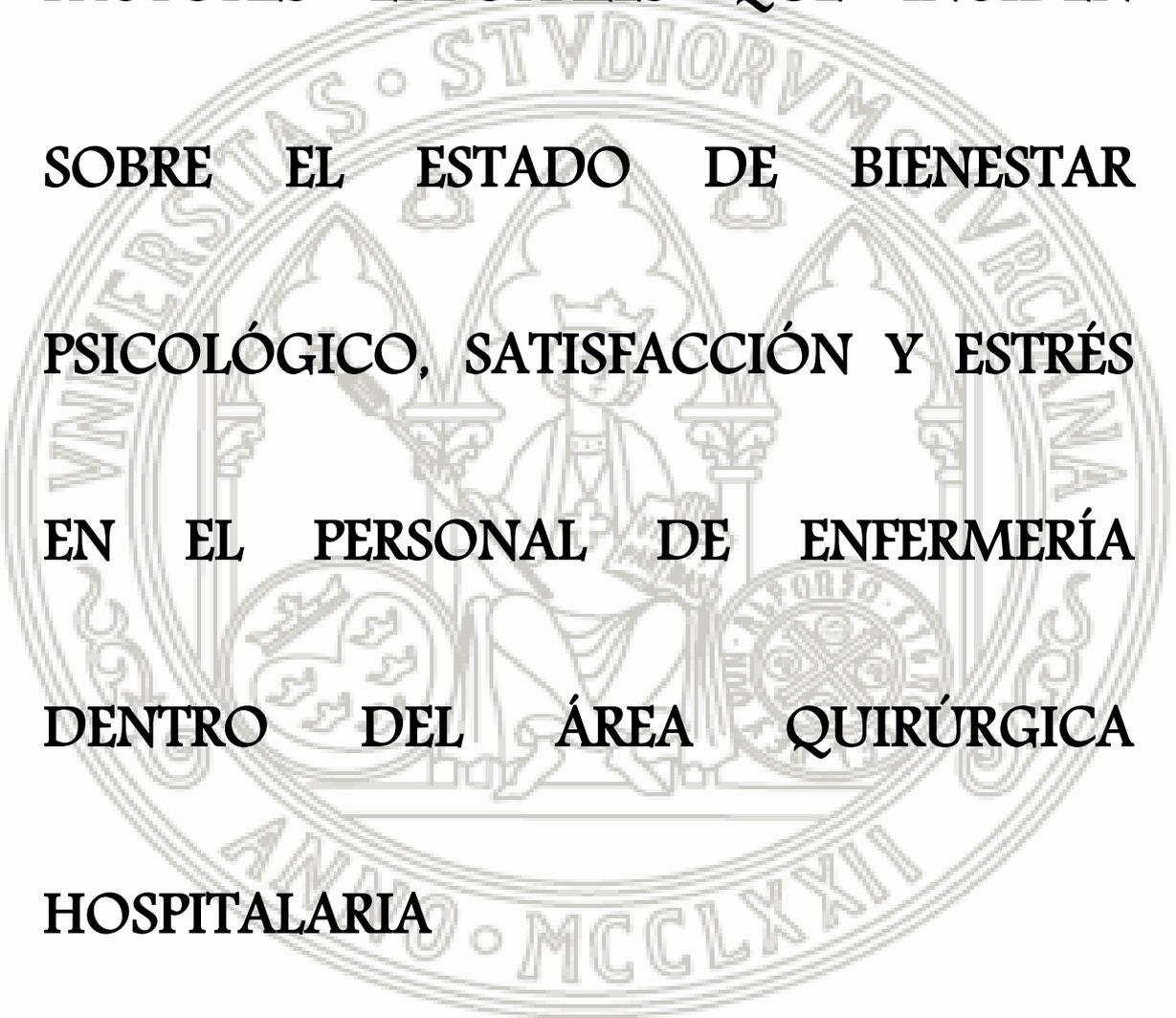
ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

**Factores Laborales que Inciden
sobre el Estado de Bienestar Psicológico,
Satisfacción y Estrés en el Personal de Enfermería
dentro del Área Quirúrgica Hospitalaria**

D^a María de los Ángeles Ferraz Mesa

2020

TESIS DOCTORAL
UNIVERSIDAD DE MURCIA



**FACTORES LABORALES QUE INCIDEN
SOBRE EL ESTADO DE BIENESTAR
PSICOLÓGICO, SATISFACCIÓN Y ESTRÉS
EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA
DENTRO DEL ÁREA QUIRÚRGICA
HOSPITALARIA**

María de los Ángeles Ferraz Mesa

Murcia, a de Enero de 2020



FACTORES LABORALES QUE INCIDEN SOBRE EL ESTADO DE BIENESTAR PSICOLÓGICO, SATISFACCIÓN Y ESTRÉS EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DENTRO DEL ÁREA QUIRÚRGICA HOSPITALARIA

Presentado por:

Dña. M^a de los Ángeles Ferraz Mesa

Directoras:

Dra. María del Carmen Serrano Barbera

Dra. María José López Montesinos

Dra. Laura Martínez Alarcón

Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud









DEDICATORIA

A mi Padre, por ser mi guía en la vida



AGRADECIMIENTOS

Para la realización de esta tesis agradezco a toda mi familia por su apoyo incondicional y el esfuerzo que han realizado por brindarme una buena educación. Me han ayudado a cada paso, indicándome el camino correcto en el sendero de la vida. No existen palabras, ni gestos, ni manera alguna de poder agradecer todo lo que han hecho por mí. Me han transmitido el deseo de superación y gracias a ellos he ido cumpliendo todas mis metas. Gracias también a la estrella que me guía en el camino, mi madre, que aunque no está entre nosotros ha sido uno de los pilares fundamentales de mi vida.

Al igual que quiero agradecer a la Universidad de Murcia por darme la oportunidad de seguir avanzando y poder superar mis metas académicas y concretamente a las directoras de ésta tesis María del Carmen Serrano Barbera, María José López Montesinos y tutora y directora Laura Martínez Alarcón, que sin su ayuda esta investigación no vería la luz, gracias por sus consejos y ayuda inestimable.

Por supuesto al Hospital Universitario Doctor Negrín y al Complejo Hospitalario Universitario Materno-Insular por darme el consentimiento para la realización del estudio de campo, al Comité de Ética y Legislación por brindar su aprobación, a los compañeros que sin su colaboración no habría sido posible, gracias por aportar cada uno su granito de arena en forma de

encuesta. A Jesús María González Martín cuya ayuda ha sido gran importancia en el ámbito estadístico de este estudio.

En último lugar pero no el menos importante a José Cruz Rodríguez Santana mi compañero sentimental, mi amigo, el mejor capítulo del libro de mi vida, capaz de arrancarme una sonrisa en el momento más triste y ayudarme en las tomas de decisiones y solventar todos los obstáculos que nos brinda la vida, además de regalarme lo más importante que me ha pasado en la vida, tener un hijo, Álvaro.



ÍNDICE

Abreviaturas	15
Índice de figuras	17
Índice de tablas	18
Resumen/ Abstract	20
1. Introducción y justificación	27
2. Marco teórico	36
2.1. Estado de Bienestar Psicológico	39
2.1.1. Herramientas de medición del Estado de Bienestar Psicológico	42
2.2. Satisfacción Laboral	44
2.2.1. Herramientas de medición de Satisfacción Laboral	51
2.3. El Estrés	54
2.3.1. Respuestas nivel psicofisiológico	58
2.3.2. Afrontamiento del Estrés	67
2.3.3. Herramientas de medición de Estrés	71
3. Marco empírico. Metodología de la Investigación	77
3.1. Objetivos	80
3.2. Hipótesis	81
3.3. Plan de trabajo	82

3.3.1. Trabajo de campo	84
3.4. Instrumentos de medición	89
3.4.1. Variables independientes	90
3.4.2. Variables dependientes	95
3.5. Procedimiento de recogida y Análisis de datos	99
3.6. Cronograma	102
4. Resultados	105
4.1. Estadística Descriptiva de las variables sociodemográficas y laborales	108
4.2. Estadística Descriptiva de forma categórica	139
4.3. Consistencia interna de los cuestionarios	154
4.4. Relación entre puntuaciones total de los tres cuestionarios	158
4.5. En relación al tamaño de la muestra	170
5. Discusión	173
5.1. Limitaciones del estudio	188
5.2. Futuras líneas de investigación	189
6. Conclusiones	191
6.1. Conclusión final	195
7. Referencias bibliográficas	197
Anexos	228



ABREVIATURAS:

ACTH: Hormona adrenocorticotrópica

ATS: Ayudante Técnico Sanitario

CAE: Cuestionario de Afrontamiento del Estrés

CMA: Cirugía Médica Ambulatoria

CMLS: Cuestionario de mejora de la Satisfacción Laboral

DESV TIP: Desviación típica

GHQ28: Cuestionario de Salud General de Goldberg

Grado DE ENF: Grado de Enfermería

INE: Instituto Nacional de Estadística

INS-MAT: Complejo Hospitalario Universitario Materno Infantil.

INSSBT: El Instituto Nacional de Seguridad, Salud y Bienestar en el Trabajo

IRE: Índice de Reactividad al Estrés

ITSS: Inspección de Trabajo y Seguridad Social

KM: Kilómetros

MÁX: Máximo

MIN: Mínimo

N: Número de muestra

NSS: Escala de Estrés de Enfermería

OIT: Organización Internacional del Trabajo

OMS: la Organización Mundial de la Salud

P25: Percentil 25

P50: Percentil 50

P75: Percentil 75

PRL: Protección de Riesgos Laborales

PSS: Escala de Estrés Percibido de Cohen adaptada por el Dr. Eduardo Remor

REA: Unidad de Reanimación

S10/S12: Cuestionario de Satisfacción Laboral de J.L. Meliá y J.M. Peiró

SDO: Síndrome de Desgaste Ocupacional

SATISF: Satisfacción

SNA: Sistema Nervioso Autónomo

SNS: Sistema Nervioso Somático

TCAE: Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería

UMI: Unidad de Medicina Intensiva

URPA: Unidad de Recuperación Postanestésica

WOC-R: Escala de Modos de Afrontamiento Revisada

ÍNDICE DE FIGURAS:

Figura 1. Pirámide de las necesidades de Maslow (1943) _____	46
Figura 2. Síndrome General de adaptación de Hans Seley (1963) _____	55
Figura 3. La Escala de Modos de Afrontamiento (Way of coping, WOC) de Folkman y Lazarus (1985) _____	75
Figura 4. Edad de los sujetos de la muestra _____	91
Figura 5. Género de los sujetos de la muestra _____	91
Figura 6. Categoría laboral de los sujetos a estudio _____	92
Figura 7. Lugar de estudio de la muestra poblacional _____	93
Figura 8. Servicios de trabajo _____	113
Figura 9. Coeficiente de Alfa de Cronbach según George y Mallery (1995) _____	154
Figura 10. Relación entre el Estrés Percibido y Satisfacción Laboral por Género, Hospital, Categoría y Edad _____	160
Figura 11. Relación entre la Salud General y Satisfacción Laboral por Género, Hospital, Categoría y Edad _____	162
Figura 12. Relación entre la Salud General el Estrés Percibido por Género, Hospital, Categoría y Edad _____	164
Figura 13. Relación entre el número de ítems por constructo y tamaño de la muestra _____	170

ÍNDICE DE TABLAS:

Tabla 1. Factores motivadores y factores higiénicos Herzberg (1959) _____	45
Tabla 2. Principales trastornos psicofisiológicos Labrador (1993) _____	60
Tabla 3. Búsqueda bibliográfica _____	83
Tabla 4. Edad de los sujetos de la muestra _____	90
Tabla 5. Cronograma de la tesis _____	103
Tabla 6. Estado civil _____	108
Tabla 7. Tiene hijos _____	109
Tabla 8. Número de hijos _____	110
Tabla 9. Comunidad autónoma de nacimiento _____	111
Tabla 10. Número de personas que conviven en el hogar _____	112
Tabla 11. Servicio de trabajo _____	113
Tabla 12. Tipo de contrato _____	114
Tabla 13. Rotación de puesto _____	115
Tabla 14. Distancia al puesto de trabajo _____	116
Tabla 15. Desempeño de las labores del hogar _____	117
Tabla 16. Otro puesto laboral _____	118
Tabla 17. Trabaja y estudia _____	119
Tabla 18. Baja laboral _____	120
Tabla 19. Estadística Descriptiva Salud General (GHQ28) general _____	121
Tabla 20. Estadística Descriptiva Salud General (GHQ28) por preguntas _____	128
Tabla 21. Estadística Descriptiva Satisfacción Laboral (S10/S12) general _____	129

Tabla 22. Estadística Descriptiva Satisfacción Laboral (S10/S12) por preguntas	132
Tabla 23. Estadística Descriptiva Estrés Percibido (PSS) general	133
Tabla 24. Estadística Descriptiva Estrés Percibido (PSS) por preguntas	138
Tabla 25. Estadística Descriptiva tipo categórica Salud General (GHQ28)	143
Tabla 26. Estadística Descriptiva tipo categórica Satisfacción Laboral (S10/S12)	147
Tabla 27. Estadística Descriptiva tipo categórica Estrés Percibido (PSS)	153
Tabla 28. Consistencia interna del cuestionario GHQ28	155
Tabla 29. Consistencia interna del cuestionario S10/S20	156
Tabla 30. Consistencia interna del cuestionario PSS	157
Tabla 31. Relación entre Satisfacción Laboral y Estrés Percibido	159
Tabla 32. Relación entre Satisfacción laboral y Salud General	161
Tabla 33. Relación entre Estrés Percibido y Salud General	163
Tabla 34. Estadística Descriptiva de la Salud General (GHQ28) en agrupaciones	166
Tabla 35. Estadística Descriptiva de la Salud General (GHQ28), medias	167
Tabla 36. Estadística Descriptiva de la Satisfacción (S10/12) agrupaciones	168
Tabla 37. Estadística Descriptiva de la Satisfacción (S10/12), medias	169
Tabla 38. Tamaño de la muestra a estudio	170
Tabla 39. Requisitos muestra a estudio	171

RESUMEN:

Como antaño, entre los objetivos que desea alcanzar la enfermería actual, el primordial es proporcionar una atención de calidad al paciente/cliente, razón de ser de nuestra profesión, para ello es imprescindible que el personal disponga de bienestar psicológico dentro de un clima propicio en el área de trabajo y satisfacción en el desempeño de nuestra labor profesional. Actualmente el colectivo de enfermería (Grado de Enfermería y Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería) está siendo muy afectado por la alta prevalencia de estrés laboral, y las enfermeras actualmente experimentan niveles más altos de agotamiento relacionado con el estrés en comparación con otros profesionales de la salud. (Khamisa, N., Peltzer, K., y Oldenburg, B. 2013).

Los objetivos de este estudio son poder medir aquellos factores derivados del trabajo que inciden sobre el estado de bienestar psicológico, satisfacción y estrés en el personal de enfermería (Grado de Enfermería y Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería) dentro del área quirúrgica hospitalaria. Con respecto a la metodología utilizaremos como herramientas de medición un cuestionario con variables demográficas y sociolaborales, como variables independientes, así como tres cuestionarios como variables dependientes, validados documentalmente, Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ28), Cuestionario de Satisfacción Laboral (S10/12) de J.L. Meliá

y J.M. Peiró (1989) y la Escala de Estrés Percibido (Perceived Stress Scale, PSS).

Para la selección de los cuestionarios, se realizó una revisión bibliográfica en diferentes fuentes documentales, primarias, secundarias y terciarias. Este trabajo es un estudio cuantitativo, descriptivo/observacional de prevalencia (trasversal) y retrospectivo. Los cuestionarios son administrados por el entrevistador, con escalas Likert dicotómicas y policotómicas y la muestra a utilizar será mediante un muestreo causal o incidental, debido a que se acotará a los profesionales de Grado de Enfermería y Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería que estén trabajando en el área quirúrgica del Hospital Universitario Doctor Negrín y Complejo Hospitalario Universitario Materno-Insular, que ejerzan cuidados a los pacientes quirúrgicos y primeras horas postoperatorias, por ello se incluirán el personal de las áreas de Quirófano, Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA), Unidad de Reanimación (REA) y Cirugía Médica Ambulatoria (CMA).

Como resultado establecemos relación entre las variables dependientes e independientes, y establecemos asociación entre las variables de las diferentes escalas utilizadas entre sí, siendo la relación entre la Satisfacción Laboral y el Estrés laboral y la relación entre la Satisfacción Laboral y Salud general, negativas. En cuanto a la relación entre el Estrés Laboral y la Salud General, presenta una asociación positiva y la más alta significativamente encontrada (rho-Spearman de un 0.683% y $p=0.001$).

Como conclusiones, en el presente estudio el nivel de Bienestar Psicológico es óptimo, La mediana es del 19%, teniendo en cuenta que el

menor valor es 0% siendo este el mejor nivel de salud general y el mayor 84% siendo el peor nivel de salud, los sujetos presentan muy buen estado de salud general, ya que su valor se aproxima mucho más al 0%. Se podría mejorar aumentando la Satisfacción Laboral y disminuyendo el Estrés Laboral mejorando factores sociolaborales. En cuanto a la Satisfacción Laboral, la mediana se sitúa en 58% siendo el valor mínimo 12%, el nivel máximo de insatisfacción y el mayor 84% como mayor nivel de satisfacción, la mediana se acerca más al mejor valor y esto se traduce en que la mayoría de los sujetos presentan buenos niveles de satisfacción laboral, aunque esta no alcanza su totalidad, por lo que se debería de intervenir en este sentido. Referente al Estrés Laboral, se presenta en la mediana el valor 0%, es el mejor valor, ya que se interpretaría como menor estrés y el valor máximo 56%, como el máximo nivel de estrés, la mediana se sitúa en 22% por lo que se interpreta que tienen un nivel bajo de estrés, pero se tendría que intervenir en él para aproximarlos al menor nivel posible. Entre las tres dimensiones se puede observar que ésta es donde el nivel es más elevado.

ABSTRACT:

Since a long time ago, the objective that nursing wants to achieve is to provide a good range of quality care for patients/clients. This could be said to be the main aim of this profession. To be able to accomplish this, it is essential to have high levels of psychological well-being within the staff by establishing a good working environment. In return this will increase work performance and work satisfaction within workers. However, contrary to this, the current situation shows that the nursing community (Degree of Nursing and Health care Assistants) has been affected by high levels of stress in the work environment, and nurses currently experience higher levels of stress-related burnout compared to other health professionals. (Khamisa, N., Peltzer, K., and Oldenburg, B. 2013).

The goal of this study was to highlight those factors that affect the psychological well-being, work satisfaction and stress levels in the nursing staff (Degree of Nursing and Health Care Assistants) within the surgical area of a hospital. To this aim, we have used a questionnaire as a measurement tool to establish those levels and to find the reasons for this. The questionnaire consisted of a section with sociodemographic questions and the following scientifically validated questionnaires, Goldberg General Health Questionnaire (GHQ28), Labor Satisfaction Questionnaire S10 / 12 of J.L. Meliá and J.M. Peiró (1989) and the Perceived Stress Scale (PSS).

To create this questionnaire, a bibliographic search was carried out in primary, secondary and tertiary sources using different databases. This research is a quantitative, descriptive/observational study of prevalence (cross-sectional), observational and retrospective. The questionnaire was delivered by an interviewer, with dichotomous and polycotomic Likert scales. The sample used were by means of a causal or incidental sampling, directed to the Registered Nurses and Health Care Assistants who are working in the surgical area of the Doctor Negrín University Hospital and the Maternal-Insular Hospital Complex, which provide care to surgical patients and immediate post-surgical's hours, therefore staff from the operating room, URPA, REA and CMA areas were included.

The results show the following: a relationship can be established between the dependent and independent variables; There is a relationship between labour satisfaction and work stress; the relationship between labour satisfaction and general health wellbeing is negative; the relationship between work stress and general health, is positive and significantly the highest of all comparisons (rho-Spearman of 0.683% and $p = 0.001$).

The conclusions of this study are as follow: the level of psychological well-being is optimal, the median is 19%, taking into account that the lowest value is 0%, this being the best level of general health and the highest 84% being the worst level of health, subjects have very good general health status, since their value is much closer to 0%. Although this could be improved by increasing the Labor Satisfaction and decreasing the Labor Stress improving social and labour factors; Regarding Labour Satisfaction, the median is 58%,

the minimum value being 12%, the maximum level of dissatisfaction and the highest 84% as the highest level of satisfaction. Here the median is closer to the best value, which can be interpreted as most of the subjects having good levels of job satisfaction. Although this does not reach its totality, leaving room for improvement, which suggests that intervention is desirable; Regarding Work Stress, the median value is 0%, it is the best value, since it would be interpreted as less stress and the maximum value 56%, as the maximum level of stress. Here the median is 22%. That is interpreted as having a low level of stress, but intervention could be recommended to bring it closer to the lowest possible level. Between the three studied dimensions. it can be observed that this is where the level is higher.





1. Introducción y Justificación



1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

INTRODUCCIÓN

Según la Real Academia Española de la Lengua (RAE) la efectividad es la “Capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera”. Para obtener la efectividad en nuestra labor profesional es inexcusable disponer de un clima laboral donde se conjugue el bienestar psicológico y satisfacción del trabajador. Los niveles de estrés, se presentarán más o menos elevados, en función de los resultados de bienestar en salud y satisfacción, relacionado con el ámbito laboral.

El bienestar psicológico afecta a la forma en que pensamos, sentimos y actuamos cuando nos enfrentamos a la vida. También ayuda a determinar cómo manejamos el estrés, nos relacionamos con los demás y tomamos decisiones. El bienestar psicológico es importante en todas las etapas de la vida, desde la niñez y la adolescencia hasta la edad adulta. La dimensión positiva del bienestar psicológico se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS): «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». La cita fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946. Entró en vigor el 7 de abril del 1948. Respecto al estrés según la Real Academia Española de la Lengua es “Tensión provocada

por situaciones agobiantes que originan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos a veces graves”.

Según la RAE la satisfacción puede definirse como “cumplimiento del deseo o del gusto o según otra definición razón, acción o modo con que se sosiega y responde enteramente una queja”. Peiró y Prieto (1996) refieren que con el trabajo se logra satisfacer las necesidades psicosociales como el prestigio, los contactos sociales, el desarrollo personal, etc. La idea de la que parte Peiró y Prieto (1996) es que la satisfacción depende del grado en el que coincide lo que un individuo busca en su trabajo con lo que realmente consigue de él. A mayor satisfacción laboral, mayor compromiso del trabajador con sus tareas y mayor motivación.

El término estrés, según el Diccionario Crítico de Ciencias Sociales, es una adaptación al castellano de la voz inglesa stress. Esta palabra apareció en el Inglés medieval en la forma de distress, que a su vez, provenía del francés antiguo estrece (actual étroitesse) ‘estrechez, opresión’. En biología, el término estrés fue introducido por Walter Bradford Cannon, (1911), uno de los precursores de los estudios de la respuesta fisiológica frente al estrés, dio este término para designar a todo estímulo nocivo capaz de perturbar la homeostasis del organismo y de movilizar los procesos autorreguladores.

Hans Selye (1936), considerado como “el padre” de los estudios sobre el estrés usó el mismo término, pero dio a conocer el “Síndrome General de Adaptación”, respuesta inespecífica de organismo a toda demanda o exigencia adaptativa producida por estímulos negativos excesivos. Describió tres etapas: alarma, adaptación y agotamiento. Selye definió que el estrés, es todo lo que la vida significa, su ausencia significaría la muerte y que en la vida hay una

balanza oscilando entre Eustress (placer) versus Distress (angustia), es decir, el estrés negativo enferma, pero el adecuado control de estrés produce salud. El Eustress es el fenómeno que se presenta cuando las personas reaccionan de manera positiva, creativa y afirmativa frente a una determinada circunstancia, lo cual les permite resolver de manera objetiva las dificultades que se presentan en la vida y de esta forma desarrollar sus capacidades y destrezas.

El Distress, cuando las demandas del medio son excesivas, intensas y/o prolongadas, y superan la capacidad de resistencia y de adaptación del organismo de un individuo, se pasa al estado de Distrés o mal estrés.

Cuando la balanza entre las demandas y la adaptación se ve afectada en el ámbito laboral, es cuando aparece el estrés y es al estudio de este, al que se dedicará este estudio, además de al nivel de bienestar personal y satisfacción laboral de los profesionales de Grado de Enfermería y Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería dentro del área quirúrgica hospitalaria.

Esta tesis está estructurada en los siguientes apartados, El marco teórico donde se abordan las temáticas en las que se fundamenta el trabajo, el estado de salud, la satisfacción laboral y el estrés de los profesionales. El marco empírico, se expone la metodología y herramientas utilizadas en el desarrollo de la investigación. Los resultados del estudio con la exposición de datos estadísticos correspondientes a la investigación, discusión de resultados y conclusiones finales con la propuesta de líneas futuras de investigación.



JUSTIFICACIÓN

El Servicio Canario de Salud al igual que el resto de servicios de Salud de las diferentes Comunidades Autónomas españolas consta de dos tipos de

recursos, Recursos Materiales y Recursos Humanos, que deben conjugarse y equilibrar el desarrollo del desempeño profesional de todos los colectivos sanitarios, proporcionando las mejores condiciones posibles para el trabajador, con la finalidad de garantizar un óptimo resultado en su actividad laboral.

La Ley 31/1995 de 8 de noviembre sobre Prevención de Riesgos Laborales, en su capítulo 111, artículo 16, punto 1 " establece la obligación del empresario de evaluar los riesgos para la seguridad y la salud de los trabajadores". Ésta ley supuso un cambio cualitativo, ya que las actividades de los trabajadores se englobaban dentro del concepto Seguridad e Higiene.

Según en el informe de la Primera Sesión del Comité Mixto de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2003) y la OMS (1950) la Salud laboral tiene como objetivo "fomentar y mantener el más alto nivel de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las profesiones, prevenir todos los daños a la salud de éstos por las condiciones de su trabajo, protegerlos en su trabajo contra los riesgos para la salud y colocar y mantener al trabajador en un empleo que convenga a sus aptitudes psicológicas y fisiológicas".

Por ello el empresario debe velar por la salud de los trabajadores realizando la vigilancia de la salud, entendiéndose ésta según las normas experimentales UNE 91902:1996 EX, como "el control y seguimiento del estado de salud de los trabajadores con el fin de detectar signos de enfermedades derivadas del trabajo y tomar medidas para reducir la probabilidad de daños o alteraciones posteriores de la salud".

Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT) define como vigilancia de la salud, “término genético que abarca procedimientos e investigaciones para evaluar la salud de los trabajadores con vistas a detectar e identificar toda anomalía. Los resultados de esta vigilancia deberían utilizarse para la protección y promoción individual y colectiva de la salud en el lugar de trabajo, así como para la salud de la población expuesta a riesgos. Los procedimientos de evaluación de la salud puede incluir, aunque no limitarse a exámenes médicos, controles biológicos, evaluaciones radiológicas, cuestionarios o un análisis de riesgos de la salud”.

Este estudio tiene como finalidad investigar aquellos factores que inciden sobre el estado de bienestar psicológico, satisfacción y estrés en el personal de enfermería (Grado de Enfermería y Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería) dentro del área quirúrgica del hospital. El objetivo es observar cómo afecta al profesional la inestabilidad laboral, tipos de contrato, consolidación de plazas mediante oposiciones y demás factores laborales que, inciden o condicionan el desarrollo de sus funciones.





2. Marco teórico



2. MARCO TEÓRICO

El marco de referencia de un estudio, es como define Polit y Hungle (2000), “el andamiaje conceptual” de dicho estudio. Esta tesis tendrá como marco teórico la información obtenida en la búsqueda bibliográfica sobre el bienestar psicológico, satisfacción y estrés en la categoría laboral de Grado de Enfermería y Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

Rivera-García, (1998) afirma que en “cada investigación tomo en cuenta el conocimiento previamente construido, por lo que cada investigación se apropia de parte de la estructura teórica ya existente”.

Dicha búsqueda bibliográfica se centrará en documentos primarios y secundarios en bases de datos y repositorios internacionales (Catálogo BNE, Rebiun, Teseo, Google Books, BVS, Cuiden Plus, Scielo, Pubmed Enfispo, Medes, Sumarios IME-Biomedicina, Guiasalud, Tesis doctoral en red) tanto en formato papel, como on-line y búsquedas en diferentes directorios especializados.

2.1. ESTADO DE BIENESTAR PSICOLÓGICO

El debate académico de los últimos años ha venido a reproducir desde una perspectiva científica dos antiguas orientaciones filosóficas: el hedonismo y la eudaimonia. Desde la perspectiva hedónica se entiende el bienestar como la presencia de afecto positivo y la ausencia de afecto negativo, mientras que desde la perspectiva eudaimónica se propone que el bienestar es consecuencia de un funcionamiento psicológico pleno a partir del cual la persona desarrolla todo su potencial.

Según las OMS “la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o de minusvalía. La salud es un recurso de la vida cotidiana no el objeto de la vida. Es un concepto positivo que subraya los recursos sociales y personales así como las capacidades físicas” (WHO 1986, Ottawa Charter for Health Promotion).

Tener un buen estado de salud física o mental no sólo debe consistir en carecer de enfermedades o trastornos, sino disfrutar de una serie de recursos y capacidades que permitan resistir adversidades (Almedom & Glandon, 2007).

Recientemente, se definió la salud mental como “la resiliencia mental y espiritual que nos permite disfrutar de la vida y sobrevivir al dolor, la decepción y la tristeza. Es un sentimiento positivo de bienestar y una creencia subyacente en uno mismo y en la propia dignidad y la de los demás” (McCollam & Woodhouse, 2005).

Según Wright y Doherty (1998) un elemento decisivo en el compromiso es el bienestar psicológico, entendido como un estado afectivo en el que se encuentra una persona en su entorno laboral, tanto en términos de activación como de grado de placer experimentado.

Sauter, Hurrell, Murphy y Levi (1998) hablan sobre la relación entre el estrés y los efectos psicosociales, entendiendo como factores psicosociales aquellas condiciones tanto intralaborales como extra laborales y del individuo que influyen en la aparición de estrés.

Teniendo en cuenta esto, el estrés laboral es el resultado de la aparición de factores psicosociales de riesgo, teniendo este “alta probabilidad de afectar de forma importante a la salud de los trabajadores y al funcionamiento empresarial a medio y largo plazo” (Moreno y Báez, 2010)

Si nos centramos en el nivel laboral, salud pública y salud laboral, coinciden en sus objetivos, estrategias y desafíos. Así, en el capítulo VI de la Ley General de Salud Pública de España (Ley 33/2011) se establecen acciones necesarias en salud laboral para conseguir los objetivos deseables en este ámbito. El artículo 32 de esta ley define salud laboral en estos términos: "La salud laboral tiene por objeto conseguir el más alto grado de bienestar físico, psíquico y social de los trabajadores en relación con las características y riesgos derivados del lugar de trabajo, el ambiente laboral y la influencia de éste en su entorno, promoviendo aspectos preventivos, de diagnóstico, de tratamiento, de adaptación y de rehabilitación de la patología producida o relacionada con el trabajo". La responsabilidad de controlar y vigilar el desarrollo y cumplimiento de las normas en materia laboral y seguridad social recae en la Inspección de Trabajo y Seguridad Social (ITSS) y el Instituto Nacional de Seguridad, Salud y Bienestar en el Trabajo (INSSBT) es el organismo encargado de estudiar las condiciones para que los objetivos se cumplan, dando así cumplimiento a las funciones que nos encomienda la Ley de PRL y EESST 2015-2020.

Existen diferentes escalas he incluso específicas de medición de bienestar psicológico como la de Ryff, dicha escala partió de 120 ítems, a la cual le sucedieron varias versiones cortas. Dicha escala fue adaptada por Van Dierendonck (2004), propuso una versión compuesta por 39 ítems.

El estudio realizado por Vega Monsalve (2018), “Influencia de la jornada de trabajo en la salud del personal de enfermería”, utiliza la escala de Ryff y concluye que las condiciones de trabajo precarias desmejoran las condiciones de salud, el 34,5% de la población que estudió ha sentido que su salud se ha deteriorado a raíz del trabajo que realiza. Dicho estudio refiere que las jornadas laborales tienen una alta influencia en las condiciones de salud, y menciona que se le exige estar en su puesto de trabajo antes del turno y después de que termine para los respectivos cambios de turno, tiempo que no es reconocido como laboral.

2.1.1. HERRAMIENTAS DE MEDICIÓN DEL ESTADO DE BIENESTAS PSICOLÓGICO

Para valorar los factores que influyen en los trabajadores es imprescindible medir el estado de salud. Señalamos a continuación las herramientas más utilizadas como instrumentos de medición.

✓ **Cuestionario de Salud General De Goldberg (GHQ28) (Anexo 1)**

Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-28 Goldberg y Hillier, (1979) según adaptación de Lobo, Pérez Echeverría y Artal (1986), nos valora la medida general de salud del encuestado mediante 28 ítems, con un formato de Escala Likert de rango 0 a 3, distribuidos en 4 subescalas con 7 ítems cada una.

Cuestionario básico sobre Condiciones de Trabajo, Empleo y Salud en América Latina y El Caribe (CTESLAC).

El cuestionario final incluyó 77 preguntas agrupadas en seis dimensiones: características sociodemográficas del trabajador y la empresa; condiciones de empleo; condiciones de trabajo; estado de salud; recursos y actividades preventivas; y características familiares. Entre los criterios metodológicos mínimos destacan el domicilio de la persona entrevistada como lugar de la entrevista y los relacionados con la calidad del trabajo de campo. Estos resultados pueden ayudar a mejorar la comparabilidad de las futuras ECTES en América Latina y el Caribe, lo que contribuiría a mejorar la información en salud laboral en la región.

✓ **Escala de Bienestar Psicológico (Anexo 2)**

Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1989, adaptada por van Dierendonck, 2004 y traducida al español por Díaz, Rodríguez, Blanco, Moreno, Gallardo, Valle y Van Dierendonck, 2006). Costa de 39 ítems cuya respuesta oscila de 1 (totalmente en desacuerdo) a 6 (totalmente de acuerdo).

2.2. SATISFACCIÓN LABORAL

Según la RAE la satisfacción puede definirse como “cumplimiento del deseo o del gusto” o según otra definición “razón, acción o modo con que se sosiega y responde enteramente una queja”.

Adentrando en la satisfacción laboral no existe una definición consensuada sino muchas vertientes, como ejemplos:

Taylor (1911) asume que la satisfacción en el trabajo, está totalmente relacionada con el salario percibido, es decir, con las recompensas. Un mayor sueldo puede aumentar la autoestima y ser signo de categoría.

Hoppoch (1935) escribió “Job Satisfacion”. La satisfacción laboral es el grado de conformidad de la persona respecto a su entorno de trabajo. Él inició los primeros estudios.

Hezberg (1959) en su teoría de la satisfacción en el trabajo, afirma que si una persona se encuentra satisfecha con su trabajo, esta puede ser motivadora en sí misma, desarrollando capacidades y mejorando su rendimiento. Una de las teorías que más ha influido en el área de la satisfacción laboral es la formulada por Herzberg (1959), denominada teoría de los dos factores o teoría bifactorial de la satisfacción. Herzberg postuló la existencia de dos grupos o clases de aspectos laborales: un grupo de factores extrínsecos (factores higiénicos) y otro de factores intrínsecos (factores motivadores). A posteriores se ha comprobado que la distinción entre factores intrínsecos y extrínsecos es importante y útil y que existen importantes

diferencias individuales en términos de la importancia relativa concedida a uno y otros factores. (tabla 1)

		FACTORES MOTIVADORES		FACTORES HIGIÉNICOS	
		FACTORES QUE CUANDO VAN BIEN PRODUCEN SATISFACCIÓN	FACTORES QUE CUANDO VAN MAL NO PRODUCEN INSATISFACCIÓN	FACTORES QUE CUANDO VAN BIEN NO PRODUCEN SATISFACCIÓN	FACTORES QUE CUANDO VAN MAL PRODUCEN INSATISFACCIÓN
SATISFACTORES	<ul style="list-style-type: none"> • Realización exitosa del trabajo. • Reconocimiento del éxito obtenido por parte de los directivos y compañeros. • Promociones en la empresa, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de responsabilidad. • Trabajo rutinario y aburrido, etc. 	INSATISFACTORES	<ul style="list-style-type: none"> • Status elevado. • Incremento del salario. • Seguridad en el trabajo, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Malas relaciones interpersonales. • Bajo salario. • Malas condiciones de trabajo, etc.

Tabla 1. Factores motivadores y factores higiénicos Herzberg (1959)

Lawler y Porter (1967) se centran en las “expectativas-recompensas” que serán responsables del nivel de satisfacción o insatisfacción.

Locke (1969) la define como una evaluación entre los valores del individuo, lo que espera de su empleo y la percepción que tiene de su empleo.

Locke (1969) definió la satisfacción laboral como estado emocional positivo o placentero resultante de la percepción subjetiva de las experiencias laborales del sujeto o como la respuesta afectiva de una persona a su propio trabajo. Identificó nueve facetas de satisfacción: la satisfacción en el trabajo, con el salario, con las promociones, con el reconocimiento, con los beneficios, con la supervisión, los compañeros y la compañía y la dirección.

Lawler (1971) compara el aspecto real del empleo con lo que desearía que fuese.

Weinert (1985) hace mención a que el trabajo representa la actividad individual más intensa, temporalmente más amplia y física, cognitiva y emocionante más exigente e influyente de la vida personal.

Loitegui (1990) introduce términos como motivos, actitudes, moral laboral y satisfacción laboral entre sus estudios.

Maslow (1991) habla de una jerarquía de las necesidades humanas y por consiguiente una jerarquización de las satisfacciones de esas necesidades.

(Figura 1)



Figura 1. Pirámide de las necesidades de Maslow (1943)

Peiró y Prieto (1996) refieren que con el trabajo se logra satisfacer las necesidades psicosociales como el prestigio, los contactos sociales, el desarrollo personal, etc. La idea de la que parte es que la satisfacción depende del grado en el que coincide lo que un individuo busca en su trabajo con lo que realmente consigue de él.

Huber (1996) hace mención a las condiciones de trabajo y cómo estas afectan al trabajador, se agrupan en: la salud laboral, higiene y seguridad del

trabajo, incluyéndose el estrés y el bienestar psicológico, la satisfacción laboral y otras que guardan relación con el rendimiento de los trabajadores.

Caballero Rodríguez (2002), define la satisfacción “El resultado de sus percepciones sobre el trabajo, basadas en factores relativos al ambiente en el que se desarrolla el mismo, como es el estilo de dirección, las políticas y procedimientos, la satisfacción de los grupos de trabajo, las afiliaciones de los grupos de trabajo, las condiciones laborales y el margen de beneficio. Aunque son muchas las dimensiones que se han asociado con la satisfacción en el trabajo, hay cinco de ellas que tienen características cruciales”. (Salario, trabajo, oportunidad de ascenso, jefe y colaboradores).

La satisfacción laboral como actitud, se compone, como todas las actitudes de tres elementos: cognitivo, afectivo y conativo. El componente cognitivo se refiere a las creencias, valores y hábitos que la persona tiene hacia su trabajo; el afectivo, a los sentimientos y emociones; finalmente, el conativo se refiere a la predisposición de comportarse de cierta manera hacia los diversos aspectos del trabajo, (Rodríguez y Dei, 2002).

Al igual que el aumento de la carga de trabajo, la falta puede resultar estresante para el trabajador, las tareas simples y rutinarias.

García-Montalvo, Peiró y Soro (2003), afirma que la satisfacción laboral se puede dividir en intrínseca y extrínseca.

La satisfacción intrínseca está relacionada con aspectos propios de la actividad laboral (oportunidad de aprender, la variedad de las tareas que realizan, las

habilidades que requieren y permite poner en juego el puesto de trabajo y la autonomía para llevar a cabo las tareas).

La satisfacción extrínseca se define como “respuestas afectivas o actitudinal de carácter global ante aspectos extrínsecos a la propia actividad laboral (recursos económicos, la estabilidad del empleo, las oportunidades de promoción o las condiciones laborales”.

A mayor satisfacción laboral, mayor compromiso del trabajador con sus tareas y mayor motivación. En cambio, cuando el grado de satisfacción laboral es bajo, el trabajador no siente el peso de la responsabilidad con mucha fuerza y no pone suficiente empeño en su actividad diaria. Los factores que pueden influir en el grado de satisfacción laboral son las características del puesto de trabajo y los factores individuales del trabajador.

Se considera que la satisfacción de los profesionales de la salud en el trabajo es uno de los indicadores que condicionan la calidad asistencial.

Villagómez (2003) realizó un nuevo cuestionario tipo Likert con 12 reactivos ordinales. Cuatro para cada dimensión. Las nuevas dimensiones que aportó fueron logro, reconocimiento y capacitación, dicho instrumento fue validado con grupo piloto de 265 trabajadores. Cabe señalar que en su estudio comenta “la capacitación es el eje para el desarrollo de las organizaciones y es fundamental para crear una cultura al respecto y de autodesarrollo para avanzar en la calidad”

Según Gamero (2005) “cuanto menor sea lo que un individuo espera conseguir de su actividad laboral, más probable resultará que se declare satisfecho con el empleo que ocupa”. Existen múltiples variables que influyen en la satisfacción laboral, como el clima laboral, la motivación laboral, necesidades higiénicas y también influyen el salario, Petrescu y Simmons

(2008) investigan la relación entre la gestión de recursos humanos y la satisfacción de los trabajadores con su remuneración.

El entresijo del estudio de la satisfacción laboral es su medición, ya que dependerá de la generalidad que quedamos medir o el nivel de especificidad (López Montesinos, 2009)

Existen estudios más actuales como Lu (2012) y Hayes (2012), entre otros que demuestran que el interés sobre la satisfacción laboral se remonta desde hace muchos años y continúa siendo un tema en auge en la actualidad.

Pérez-Ciordia (2012), hace referencia a que la satisfacción laboral es un indicador de calidad del sistema y a su vez de los servicios que oferta. Además desarrollo un nuevo cuestionario para medir la satisfacción laboral en atención primaria, Cuestionario de Mejora de la Satisfacción Laboral (CMLS).

Para finalizar este apartado cabe mencionar el estudio realizado por Barberá Ortega, M.C. (2014) basado en la adecuación de la formación académica de posgrado del profesional de enfermería al puesto de trabajo, donde llega a la conclusión que “el factor predisponente que va a determinar la Satisfacción laboral es la competencia profesional” y que “la formación académica es un factor a considerar a la hora de determinar el grado de satisfacción del profesional de enfermería, y por lo tanto, también es el más influyente en sentido opuesto”.

Si el personal goza de una adecuada formación, será competente en el desempeño de su labor y dicha formación debe ser específica de acuerdo al cargo que desempeñe. (Sibada, 2009)

2.2.1. HERRAMIENTAS DE MEDICIÓN DE SATISFACCIÓN LABORAL

TIPOS DE CUESTIONARIOS DE SATISFACCIÓN LABORAL

Existen varios tipos de cuestionarios relacionados con la satisfacción laboral. A continuación señalaremos algunos de los más utilizados como herramientas de medición:

- ✓ **Escala de Satisfacción (Traduc. De “ Overall Job Satisfaction” de Warr, Cook y Wall) 1979 (Anexo 2)**

Esta escala permite la obtención de tres puntuaciones, correspondientes a la satisfacción general, satisfacción extrínseca y satisfacción intrínseca

La escala de factores intrínsecos: aborda aspectos como el reconocimiento obtenido por el trabajo, responsabilidad, promoción, aspectos relativos al contenido de la tarea, etc. Esta escala está formada por 7 ítems (números 2, 4, 6, 8, 10, 12 y 14). Y la escala de factores extrínsecos: indaga sobre la satisfacción del trabajador con aspectos relativos a la organización del trabajo como el horario, la remuneración, las condiciones físicas del trabajo, etc. Ésta escala la constituyen ocho ítems (números 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 y 15).

Es esta una escala aditiva, en la cual la puntuación total se obtiene de la suma de los posicionamientos de encuestado en cada uno de los 15 ítems, asignando un valor de 1 a muy insatisfecho y correlativamente hasta asignar un valor de 7 a muy satisfecho. La puntuación total de la escala oscila entre 15 y 105, de manera que una mayor puntuación refleja una mayor satisfacción general. Siempre que sea posible es recomendable el uso separado de las escalas de satisfacción intrínseca y extrínseca. Su corrección es idéntica a la de la escala general si bien, debido a su menor longitud, sus valores oscilan entre 7 y 49 (satisfacción intrínseca) y 8 y 56 (satisfacción extrínseca)

✓ **Cuestionario de satisfacción laboral S10/12 de J.L. Meliá y J.M. Peiró (1989) (Anexo 3)**

Versión elaborada a partir del Cuestionario General de Satisfacción en Organizaciones Laborales (S4/82) de Meliá, Peiró y Calatayud (1986). Consta de 12 ítems valorando con una escala Likert (rango de respuesta de 1 a 7) desde “muy insatisfecho” hasta “muy satisfecho”, consta de tres dimensiones:

“Satisfacción con la supervisión o superiores” (ítems 5, 6, 7, 8,9 y 10), con ítems que indagan sobre aspectos como “las relaciones personales con sus superiores” o “la supervisión que ejercen sobre usted”, entre otros.

“Satisfacción con el medio y ambiente de trabajo, su entorno físico, características del mismo y espacios existentes” (ítems 1, 2, 3 y 4). En esta dimensión se presentan ítems que investigan sobre “la limpieza, higiene y salubridad de su lugar de trabajo” o “el entorno y espacio de que dispone en su lugar de trabajo”

“Satisfacción con las prestaciones recibidas en el ámbito laboral” (ítems 11 y 12), busca información sobre aspectos como “el grado en que su empresa cumple convenios, disposiciones y leyes laborales” .

La puntuación global nos dará una valoración del nivel de satisfacción general del trabajador.

✓ **Cuestionario de satisfacción laboral validado de Font Roja y adaptado por J. Aranaz (Anexo 4)**

Es un instrumento de medida de la satisfacción laboral en el medio sanitario. Este cuestionario validado consta de 24 ítems, agrupados en 9 factores o dimensiones que intentan explorar todas las áreas definidas como componentes de la satisfacción personal. (el primer factor hace referencia “Satisfacción en el trabajo”, el segundo factor “Tensión laboral”, el tercero factor “Competencia profesional” , el cuarto factor “Presión en el trabajo”, el quinto factor “Promoción profesional” , el sexto factor “Relación interpersonal con sus jefes/as” ,el séptimo factor “Relación interpersonal con los compañeros”, el octavo factor “Estatus profesional” y el noveno factor “Monotonía laboral”.

Las respuestas siguen una escala tipo Likert. Cada uno de los apartados que oscila de 1 a 5; las mayores puntuaciones definen mayor satisfacción. La satisfacción media global se obtiene por las puntuaciones de los 24 ítems y el cálculo de su media y también de los valores medios de cada factor o dimensión.

2.3. EL ESTRÉS

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) (1984) lo define el estrés como "el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción". El inicio del estrés viene de la mano junto a la humanidad, nos remontamos a sus comienzos cuando se enfrentaba a una situación de estrés la reacción era lucha o huida. En definición actualizada "es la respuesta automática y natural de nuestro cuerpo ante las situaciones que nos resultan amenazadoras o desafiantes".

Los primeros estudios sobre el estrés sólo fijaban su atención en las respuestas fisiológicas, orgánicas y físicas, no tenían en cuenta los estresores.

El estrés se produce como consecuencia del desequilibrio entre las demandas de la situación (estresores internos o externos) y los recursos de las personas (Lazarus y Folkam, 1984). Este proceso es perfectamente reconocible en el ámbito laboral, especialmente cuando se da en trabajadores cuya profesión se desarrolla de forma intensa y constante en contacto con otras personas.

En este punto podemos hacer mención al modelo fisiológico de Walter Cannon (1929), Sus estudios habla de la homeostasis, capacidad de controlar el equilibrio interno, estudió la respuesta ataque y huida ante estímulos amenazantes y las respuestas del organismo activando el sistema nervioso

simpático y el endocrino. (Elevación de los niveles de adrenalina y noradrenalina, aumento de la presión sanguínea, azúcar en sangre, etc.)

En cuanto a los estresores se pueden definir como cualquier suceso, situación, persona u objeto, que se percibe como estímulo o situación que provoca una respuesta de estrés en la persona evaluada. "Cualquier evento que cause impacto o impresión en el organismo humano." Selye (1963).

Hans Selye sentó las bases del concepto de estrés, Seley (1963) como hemos mencionado ya, considerado como "el padre de los estudios sobre el estrés" dio a conocer el "Síndrome General de Adaptación" y lo dividió en tres etapas, alarma, adaptación o resistencia y agotamiento. (figura 2)

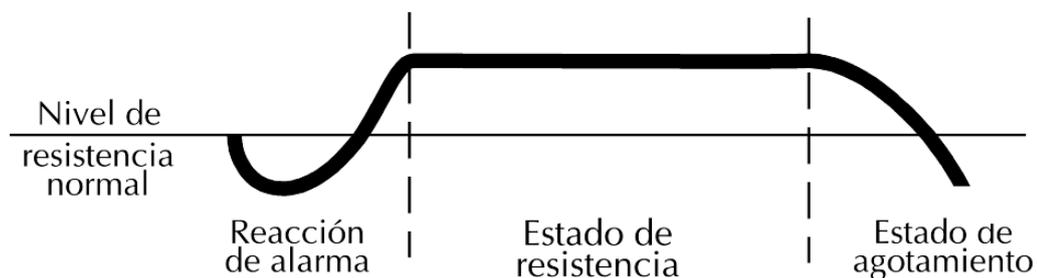


Figura 2. Síndrome General de adaptación de Hans Seley (1963)

Este concepto recibió críticas, ya que existen evidencias de que estresores particulares pueden producir diferentes patrones de respuestas o cambios específicos en el funcionamiento neurofisiológico Mason (1971) y la poca relevancia que concede a los aspectos psicológicos, cuando la investigación demuestra que la evaluación de los acontecimientos es crucial en la determinación del estrés (Lazarus y Folkman, 1986). "El estrés psicológico

es el resultado de una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y pone en peligro su bienestar”, por tanto la manera en que la persona aprecia una situación determinará que sea percibida como estresante (Lazarus y Folkman, 1986). Además introducen un nuevo término el afrontamiento del estrés y una evaluación de estrés en tres tipos. Evaluación primaria, en ella se evalúan las demandas, categorizando un acontecimiento como irrelevante, benigno-positivo o estresante. El estresante a su vez puede ser de cuatro tipos (Amenaza: cuando se anticipa un daño o pérdida. Daño-pérdida: cuando ya se ha recibido un perjuicio. Desafío: implica una ganancia positiva y una amenaza. Beneficio: es una valoración positiva que no lleva al estrés). En la evaluación secundaria, en ella se valoran los propios recursos para afrontar la situación. Organización de la acción: se establece el comportamiento motor a llevar a cabo para afrontar las demandas, así como movilizar los recursos cognitivos y fisiológicos necesarios para poder llevar a cabo esas conductas.

Holmes (1967) desarrolló un modelo que se denomina enfoque psicosocial de estrés o enfoque de los acontecimientos vitales. Se crearon listados de los sucesos vitales más estresantes, examinando más de 5.000 registros médicos, elaborándose un listado de 43 acontecimientos vitales al que llamamos “Escala de Estrés de Holmes y Rahe”. (Anexo 5)

Los sucesos vitales son experiencias objetivas que alteran o amenazan con alterar las actividades cotidianas del individuo, causando un reajuste sustancial de su conducta.

Chorot y Sandín (1994) han comprobado que las molestias diarias y las dificultades crónicas pueden ser tan estresantes como los acontecimientos

vitales mayores, además pueden ejercer un gran impacto sobre el bienestar físico y psicológico, aunque dependerá del individuo que tiende a pensar en términos negativos según Pelechano, Matud y de Miguel (1993).

Con respecto a las fuentes de estrés, provienen del entorno, el propio cuerpo y los propios pensamientos.

- Entorno: el medio como ruidos, aglomeraciones, horarios, etc.
- Cuerpo: enfermedades, accidentes, etc.
- Pensamientos: manera de interpretar y catalogar las experiencias, el modo de ver el futuro, etc.

En cuanto a la respuesta de estrés en el organismo, puede darse a distintos niveles, cada persona responde de una forma diferente y no de manera estática según su evolución y las estrategias distintas que va desarrollando en su vida para enfrentar el estrés.

A pesar de tantos años de estudio, el estrés continua investigándose en el área de la salud, siendo considerado como “la enfermedad del siglo veinte” (Anieței, Stoica y Samsonescu, 2013)

2.3.1. RESPUESTA A NIVEL PSICOFISIOLÓGICO

El estrés puede tener innumerables consecuencias en nuestro organismo, en nuestra salud en general y en nuestra conducta o respuesta en particular, tanto a nivel fisiológico, cognitivo o motor.

Existe un procesamiento consciente e inconsciente. Ledoux (1999) habla de dos vías de procesamiento de los estímulos, una subcortical que va del tálamo a la amígdala, responsable de una respuesta fisiológica y motora

inmediata, y otra vía cortical, controlada y consciente, que va del tálamo a la corteza donde se representan de forma detallada las características del estímulo. Posteriormente, esta información se transmite a la amígdala.

Existe evidencia de que mecanismos neurales y endocrinos están implicados en el estrés, (Everly, 1989). Existen tres ejes de activación: neural, neuroendocrino y endocrino.

El eje neural es el más inmediato, se da en segundos. Se activa el Sistema Nervioso Autónomo (SNA), fundamentalmente la rama simpática, a través de la inervación del corazón, los músculos lisos y las glándulas. Prepara al organismo para una acción motora inmediata. También se activa el Sistema Nervioso Somático (SNS), que incrementa la tensión de los músculos estriados necesarios para actuar ante el estresor. Este eje no puede mantener la activación por mucho tiempo, por lo que pasa a activarse el segundo eje.

El eje neuroendocrino actúa más lentamente (20-30 segundos). Implica la activación de la médula de las glándulas suprarrenales, con lo que se segregan las catecolaminas adrenalina y noradrenalina, produciendo efectos similares a la activación simpática. Permite la respuesta de lucha o huida, así como prepara al organismo para una posible lesión en el enfrentamiento. Se activa cuando el sujeto considera que puede realizar algo activamente para afrontar la situación.

Dentro del eje endocrino la vía más importante es el eje adrenal-hipofisario que segrega desde la hipófisis anterior la hormona adrenocorticotrópica (ACTH), la cual llega hasta la corteza suprarrenal provocando la liberación de corticoides. Además, se activa la liberación de prolactina, endorfinas y encefalinas y de vasopresina. Por otro lado, se inhibe la

secreción de hormonas reproductivas. Este eje es de más lento y duradero, por lo que se asocia a estresores crónicos.

A continuación se muestra los principales trastornos psicofisiológicos según Labrador (1993). (tabla 2)

Principales trastornos psicofisiológicos (Labrador, 1993)	
Trastornos cardiovasculares	Hipertensión esencial Enfermedad coronaria Taquicardia Arritmias cardíacas Enfermedad de Rainaud Cefaleas migrañosas
Trastornos respiratorios	Asma bronquial Síndrome de hiperventilación Alteraciones respiratorias Alergias
Trastornos gastrointestinales	Úlcera péptica Dispepsia funcional Síndrome de colon irritable Colitis ulcerosa
Trastornos musculares	Tics, temblores y contracturas Alteraciones de reflejos musculares Lumbagos Cefaleas tensionales
Trastornos dermatológicos	Prurito Eccemas Acné Psoriasis
Trastornos sexuales	Impotencia Eyaculación precoz Coito doloroso Vaginismo Disminución del deseo
Trastornos endocrinos	Hipertiroidismo Hipotiroidismo
Trastornos inmunológicos	Síndrome de Cushing Inhibición del sistema inmunológico

Tabla 2. Principales Trastornos Psicofisiológicos Labrador (1993)

Las respuestas motoras básicas ante situaciones de estrés pueden ser ataque, escape o huida, pasividad o indefensión. El tipo de conducta utilizada determinara la forma de activación del organismo.

Las consecuencias de altos niveles de estrés “van desde los estados depresivos, ansiedad, irritabilidad, descenso de la autoestima, insomnio, hasta asma, hipertensión, úlceras, etcétera” (Caldera, Pulido y Martínez, 2007).

Dentro del estrés hay que hacer mención al estrés laboral como un fenómeno que afecta a nuestra sociedad actual afectado a nivel personal, psicosocial y económico. Los estresores laborales son todo suceso, situación o cognición que puede provocar emociones negativas en el individuo.

Existen numerosas definiciones de estrés laboral, entre ellas hacemos menciona las siguientes.

El modelo exigencias-control propuesto por Karasek (1979), se caracteriza por interrelacionar dos aspectos básicos en el contexto laboral: las demandas que perciben los empleados y el control que tienen para hacer frente a ellas.

El modelo transaccional concibe el estrés laboral como un estado de tensión personal o displacer que padece un individuo, como consecuencia de realizar un tipo de trabajo o de estar inmerso en un determinado ambiente laboral O'Brien (1998).

“Son los estados en los cuales vive el sujeto debido a su interacción con su contexto organizacional, laboral y ocupacional, y que es considerado como una amenaza de peligro para su integridad física y psíquica”, (Buendía y Ramos, 2001).

El estrés laboral aparece cuando por la intensidad de las demandas laborales o por problemas de índole organizacional, el trabajador comienza a experimentar vivencias negativas asociadas al contexto laboral, (Doval, Moleiro y Rodríguez 2004).

Por otra parte, es necesario tomar en cuenta que el origen del estrés laboral (Melgosa, 1999), puede considerarse como de naturaleza externa o interna, por lo que se puede decir que cuando los agentes externos o ambientales son excesivamente fuertes hasta los individuos mejor capacitados pueden sufrir estrés laboral y cuando un trabajador es muy frágil psicológicamente, aun los agentes estresantes suaves le ocasionaran trastornos moderados, es decir, trabajadores distintos ante un mismo estresor pueden responder de manera muy diferente.

Santos (2004) menciona que el avance tecnológico en el área industrial ha incorporado como factor estresante la monotonía, haciendo énfasis que este fenómeno no es perceptible fácilmente por los individuos en su trabajo.

Peiró (1993) señala que existen en los individuos diferencias en características de personalidad, patrones de conducta y estilos cognitivos relevantes que permiten predecir las consecuencias posibles de determinados estresores del ambiente laboral.

Según Slipack (1996) existen dos tipos de estrés laboral el episódico y el crónico. El estrés episódico es aquel que se presenta momentáneamente, es una situación que no se posterga por mucho tiempo y luego que se enfrenta o resuelve desaparecen todos los síntomas que lo originaron. El estrés crónico es el que se presenta de manera recurrente cuando una persona es sometida a

un agente estresor de manera constante, por lo que los síntomas de estrés aparecen cada vez que la situación se presenta, y mientras el individuo no evite esa problemática el estrés no desaparecerá.

Si no se trata puede tener consecuencias adversas para la salud, entre éstas ansiedad, insomnio, dolor muscular, presión alta, y debilidad del sistema inmunitario, según Baum, A y Polsusny D (1999).

El estrés laboral afecta al individuo como cualquier otro tipo de situación estresante, y al igual si ésta se prolonga en el tiempo puede afectar a la salud del individuo. Además se puede trasladar al entorno del domicilio y afectar otras áreas de su vida. Existen maneras de afrontarlo como, identificar el factor estresor, para poder solucionarlo. Si existe una situación peligrosa o problema en el trabajo, intentar resolverlo con su jefe, si en la empresa existe un programa de prevención de riesgos laborales, suelen incluir un protocolo sobre el estrés laboral (información, consejos) e incluso derivarte a profesionales de salud mental si fuera necesario. Tomar un descanso, ya sea breve durante el turno, como unas vacaciones. Establecer metas razonables, no intentar realizar más tareas de las que se pueden afrontar. Límites tecnológicos, desconectar del trabajo cuando se está fuera del horario laboral. Organizar, ordenar por importancia las tareas pendientes. Disfrutar del tiempo libre, alejarse físicamente y mentalmente del trabajo realizando, por ejemplo, deporte, técnicas de relajación, etc.

Para finalizar el apartado del estrés, es necesario hacer mención a los cambios en la formación por diferentes competencias que hemos ido adquiriendo. Hemos sido una profesión en lucha de nuestra identidad y se han originado momentos estresantes en su desarrollo. Aunque la historia de la

enfermería se remonta a las “prácticas cuidadoras” ligadas a la conservación de la especie. La profesión de Enfermería ha estado en constante evolución durante la historia hasta el día de hoy. En España “La ley de Instrucción Pública” del 9 de septiembre de 1857, fue la se hizo referencia por primera vez a cerca de la formación de Enfermería, mediante los títulos de Practicante, Partera o Matrona. Pero no fue hasta 1915 con la Real Orden de 7 de mayo de 1915, que se introdujo el título de Enfermera, clasificando la profesión en Practicante, Enfermera y Matrona. Se fueron creando diferentes escuelas.

En 1952 por el Decreto 27 de junio, se crea el título de A.T.S. unificando los tres títulos anteriormente mencionados en uno sólo, elevaron el nivel profesional y crearon ampliación de la formación con especialidades. Se crearon escuelas de Ayudante Técnicos Sanitarios como centros vinculados a las Facultades de Medicina.

En 1977 por el Real Decreto 21218/1977 se produjo “La integración en la Universidad como Escuelas Adscritas Universitarias de Enfermería”. El Real Decreto 111/1980 de 11 de enero y Orden de 15 de julio de 1980 estableció la nivelación de A.T.S. a Diplomados de Enfermería mediante un curso y examen.

La Diplomatura en Enfermería constaba de tres cursos. En 2005 por el Real Decreto 450/2005 de 22 de abril se regulan las siete especialidades (Obstétrico-Ginecológica (Matrona), Salud Mental, Geriatria, del Trabajo, Cuidados Médicos-Quirúrgicos, Familiar y Comunitaria y Pediatría). Y se obtiene plaza para cursarlas mediante concurso oposición.

Con la Ley de Convergencia europea, se instauran los nuevos títulos universitarios de Grado, Máster y Doctorado.

Por otro lado la aparición de los primeros Auxiliares de clínica aparecieron en la década de los años 60, pero no fue hasta 1973 dónde se dio a conocer la Aprobación del Estatuto de Personal Sanitario No Facultativo de la Seguridad social, Orden del Ministerio de Trabajo de 26 de Abril de 1973, en el que por primera vez legislativamente se recoge la figura del Auxiliar de Clínica. En 1975 se inicia la formación profesional de Auxiliar de Clínica con la puesta en marcha del Título de Formación Profesional, Rama Sanitaria (FP1). La Orden de 26 de Diciembre de 1986 crea la categoría Auxiliar de Enfermería. Finalmente LA Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE), mediante los Decretos 546/1995 y 558/1995 establece el currículum formativo y la nueva denominación del título Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

Según la World Health Organization, en su trabajo “Entornos laborales saludables: Fundamentos y Modelos de la OMS” (2010), se parte de la base de que el éxito del trabajo, y la mayor eficiencia y eficacia del mismo, se consiguen contando con trabajadores mental y físicamente saludables. Resaltan la importancia de actuar sobre el entorno laboral como base para conseguir el éxito profesional.

Existe un estudio previo “Stressors in nurse working in Intensive Care Units” (Pereira Rodríguez, V.M.C. y de Sousa Ferreira, A.S. 2011), que aunque utilice herramientas distintas a las utilizadas en este estudio llega a la conclusión de que “el estrés puede implicar repercusiones a nivel individual, social y organizativo, que aparece en términos de absentismo, tasa de rotación, disminución del rendimiento de los trabajadores, disminución de la motivación y satisfacción laboral, aumentado en número de accidentes laborales y mayores

errores de rendimiento”. En resumen que son muchos los factores laborales que inciden sobre el bienestar personal del trabajador y su satisfacción que sino de palía desencadena en estrés y repercute en el rendimiento.

Ante ello, el sistema sanitario debe de prestar atención a demandas e insatisfacciones del personal, debido a que esto repercute proporcionalmente en los clientes y así obtener mejores resultados funcionales y económicos. Un trabajador satisfecho da lo mejor de sí en su puesto de trabajo.

Durante la elaboración de esta investigación hemos identificado que existe mucha bibliografía sobre el estrés laboral en enfermería, pero pocas referencias al área quirúrgica, por lo que este trabajo nos servirá en un futuro para hacer comparaciones con otras áreas y crear futuras líneas de investigación.

2.3.2. AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS

Existen diferentes definiciones sobre el afrontamiento, son “pensamientos y acciones que capacitan a las personas para manejar situaciones difíciles” (Stone y cols., 1988). Otra definición afirma que “Aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” Lazarus y Folkman, (1986).

Selye en los años cincuenta partían del supuesto implícito de la existencia de estresores prácticamente universales, es decir, ciertas condiciones ambientales con capacidad para llegar a agotar la resistencia de cualquier organismo. Pronto se observó que había enormes diferencias en

cómo las personas afrontan un mismo suceso. Así, de una noción más fisiológica universal del estrés en las décadas de los sesenta y setenta, se pasó en la década de los ochenta a una perspectiva más psicológica/idiosincrásica (Labrador y Crespo, 1993; Sandín, 1989; Valdés y Flores, 1985; Azarus y Folkman, 1986), según la cual un suceso es estresante en la medida en que el sujeto lo perciba o lo valore como tal, sean cuales sean las características físicas objetivas del suceso.

La acción completa de afrontamiento incluye un componente instrumental, operante, de alguna transformación en el medio, más no sólo o no siempre del medio exterior, a veces se trata de transformación del medio interior. A ese propósito Lazarus y Folkman (1984) distinguen dos estrategias de afrontamiento en dos apartados. Afrontamiento dirigido al problema: busca alterar la relación individuo-ambiente manipulando el entorno. Se presenta cuando la situación es evaluada como susceptible de cambio. Y afrontamiento dirigido a la emoción que busca regular la respuesta emocional que aparece como resultado de la situación estresante. Se presenta cuando el individuo considera que no puede hacer nada para alterar su relación con el entorno.

El uso de unas u otras en buena medida suele estar determinado por la naturaleza del estresor y las circunstancias en las que se produce. Aunque actualmente han puesto de manifiesto la existencia de una mayor variedad de modos de afrontamiento.

Por otro lado, se considera que el afrontamiento puede tener tres funciones: eliminar o modificar la fuente de estrés con respuestas directas, activas; cambiar el significado psicológico que se le da a un evento neutralizando su carácter problemático y mantener tolerables las

consecuencias emocionales del estrés. Una distinción entre el afrontamiento dirigido al problema y el afrontamiento dirigido a la emoción.

Fisher (1988) hizo una interesante aportación respecto del papel que juega los diferentes estilos de afrontamiento en el desencadenamiento de estrés y en la aparición de diferentes enfermedades, según el tipo de afrontamiento.

“El efecto del estrés en la salud depende de lo adecuado de las estrategias de afrontamiento (Harris, 1989). Por tanto la aparición, la duración y la intensidad de la respuesta al estrés, dependerá de la evaluación que el individuo realice de la situación y de los recursos con que cuenta para afrontarla.

Carver et al (1989) dividen las estrategias de afrontamiento en tres apartados. Estrategias de afrontamiento enfocadas al problema, estrategias enfocadas a la emoción y estrategias de afrontamiento potencialmente disfuncionales.

Las dos primeras son más adaptativas en términos de salud que las estrategias potencialmente disfuncionales, que son desadaptativas.

Torestad, Magnuson y Oláh (1990), afirma que el afrontamiento está determinado tanto por la situación como por la persona (rasgo), lo cual sería consistente con la evidencia sobre la estabilidad del afrontamiento.

Por su parte, y de modo menos sistemático, Stone y Neale (1984) han operado con ocho categorías de afrontamiento: distracción, redefinición de la situación, acción directa, catarsis, aceptación, soporte social, relajación y religiosidad.

En términos generales, el concepto de «afrontamiento» del estrés hace referencia a los esfuerzos conductuales y cognitivos que lleva a cabo el individuo para hacer frente al estrés; es decir, para tratar tanto con las demandas externas o internas generadoras del estrés, como con el malestar psicológico que suele acompañar al estrés (Sandín, 1995).

"Las estrategias de afrontamiento funcionan con efectos modestos, algunas veces y en algunas personas" según Zeidner y Saklofske (1996).

También Augusto y Martínez (1998), han relacionado el tipo de afrontamiento al pronóstico de enfermedades, la negación o evitación de un estresor con enfermedades hepáticas, cáncer o infarto de miocardio.

2.3.3. HERRAMIENTAS DE MÉDICIÓN DEL ESTRÉS

Existen varios tipos de cuestionarios relacionados con el estrés. A continuación señalaremos algunos de los más utilizados en estudios sobre el tema, como herramientas de medición:

- ✓ **La Escala de Estrés de Enfermería (NSS), de Gray-Toft y Anderson (1981)** (Anexo 5)

Esta escala, elaborada por Pamela Gray-Toft y James G. Anderson, (1981) mide la frecuencia con la que ciertas situaciones son percibidas como estresantes por el personal de enfermería hospitalario. La escala NSS consta de 34 ítems que han sido agrupados en siete factores: uno relacionado con el ambiente físico (carga de trabajo), cuatro relacionados con el ambiente psicológico (muerte y sufrimiento, preparación insuficiente, falta de apoyo e incertidumbre en el tratamiento) y dos con el ambiente social en el hospital

(problemas con los médicos y problemas con otros miembros del equipo de enfermería). En cada ítem las posibles respuestas son: “nunca” (0), “a veces” (1), “frecuentemente” (2) y “muy frecuentemente” (3). Sumando las puntuaciones obtenidas en cada uno de ellos se obtiene un índice global, cuyo rango se encuentra entre 0 y 102, de forma que a mayor puntuación mayor nivel de estrés. Se trata de una escala autoadministrada cuyo desarrollo se realiza aproximadamente en 10 minutos.

✓ **Cuestionario de la reactividad del estrés (I.R.E.) 32 ítems de J. L. González de Rivera (1981) (Anexo 6)**

El resultado se expresa como Índice de Reactividad al Estrés (I.R.E.), obtenido mediante contaje simple de los ítems señalados. Mide cuatro aspectos, vegetativo, emocional, cognitivo y conductual.

Este cuestionario muestra las reacciones habituales en situaciones de estrés o tensión nerviosa, es decir, signos y síntomas del estrés, por lo que es fiable en este sentido.

✓ **Escala de Estrés Percibido (Perceived Stress Scale, PSS) (1983) (Anexo 7)**

Es un cuestionario de percepción global de estado. Las preguntas de este cuestionario se refieren a los sentimientos y pensamientos que ha tenido durante el último mes. La duración del mismo es de 15 minutos. Por tanto nos serviría para medir la dimensión de respuesta al estrés, factor importante de este estudio. Consta de 14 ítems con un formato de respuesta de una escala de cinco puntos (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = de vez en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo). La puntuación total de la PSS se obtiene

invirtiendo las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 (en el sentido siguiente: 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 y 4=0) y sumando entonces los 14 ítems. La puntuación directa obtenida indica que a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido.

Cuestionarios sobre acontecimientos vitales:

✓ **Escala de acontecimientos vitales Holmes y Rahe (1976)** (Anexo 8)

Es una escala que mide los acontecimientos vitales más frecuentes y los valora según el grado de estrés que puede causar a las personas. Para ello mide el estrés en unidades de estrés subjetivas que van de 100 a 0.

Si sumando los resultados de la escala de estrés en el último año tu puntuación es:

- Menor de 150: nos evidencia que existe un riesgo muy pequeño de padecer alguna enfermedad psicosomática
- Entre 150 y 250: nos alerta que el riesgo a padecer una enfermedad psicosomática es moderado
- Más de 250: nos da el dato de que existe un riesgo elevado de poder padecer alguna enfermedad psicosomática

Esta escala mide los acontecimientos vitales más estresantes, pero sólo se centra en la vida personal y no en el entorno laboral que es el objetivo de esta tesis, por lo que no hemos considerado oportuno utilizar esta escala para nuestro estudio.

Cuestionarios de afrontamiento del estrés:

✓ Escala de Modos de afrontamiento revisada WOC-R

Esta escala fue diseñada por Richar Lazarus y Susan Folkman (1984), pero tiene diferentes versiones. Se dominaba Ways of Coping Checklist WCCL, (Folkman y Lazarus, 1980) y estaba compuesta por 68 ítems, centrados en el problema y en la emoción, de respuesta dicotómica. En 1985 fue modificada a 66 ítems y un formato Likert con 4 alternativas. Los cuestionarios derivados del WOC más citados son: el CSI (Coping Scale Inventory) de Tobin, Holroy y Reynolds (1984), la versión del WOC de Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro y Becker (1985) y el COPE de Carver y cols. (1989). Fue adaptada al español por Jesús Rodríguez et al. (1992) denominándolo “Cuestionario de formas de afrontamiento de Acontecimientos Estresantes”. La mayoría de los cuestionarios que existen actualmente sobre el afrontamiento del estrés derivan directa o indirectamente del WCQ, tales como los de Billings y Moos (1981); Moos y Billings (1982), Carver, Scheier y Weintraub (1989), Endler y Parker (1990) y Roger, Jarvis y Najarian (1993).

La escala de Modos de Afrontamiento (WOC-R), cubre al menos ocho estrategias diferentes (las dos primeras más centradas en la solución del problema, las cinco siguientes en la regulación emocional, mientras que la última se focaliza en ambas áreas). (Figura 3)



Figura 3. La escala de Modos de Afrontamiento (Ways of Coping, WOC) de Folkman y Lazarus (1985).

La fiabilidad posee una consistencia interna de 0.61-0.79. El análisis factorial distingue entre factores dirigidos a la resolución de problemas y a la emoción.

✓ **Cuestionario del afrontamiento del Estrés CAE (Bonifacio Sandín y Paloma Chorot, 2002)**

El Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) es una medida de autoinforme diseñada para evaluar siete estilos básicos de afrontamiento. Focalizado en la solución del problema, autofocalización negativa, reevaluación positiva, expresión emocional abierta, evitación, búsqueda de apoyo social y religión.





3. Marco Empírico



3. MARCO EMPÍRICO. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Dentro del marco teórico hemos explicado la teoría en la que se sustenta esta tesis y en este apartado vamos a exponer el marco empírico, en resumidas palabras, el ¿cómo?, ¿cómo vamos a realizar nuestra investigación?. Para ello procederemos a explicar los objetivos del estudio, la metodología realizada, es decir, el plan de trabajo, material y métodos utilizados, la procedencia de la muestras y las variables, procedimiento de recogida y análisis de datos.

3.1. OBJETIVOS

- ✓ Conocer el nivel de bienestar psicológico y salud del personal de Enfermería
- ✓ Identificar el nivel de satisfacción del personal de Enfermería
- ✓ Identificar el nivel de estrés que presenta personal de Enfermería
- ✓ Identificar si las variables dependientes (satisfacción laboral, estrés y bienestar psicológico) están asociadas a las variables sociolaborales y demográficas de la muestra

3.2. HIPÓTESIS

- El trabajo y sus condiciones laborales, pueden provocar alteraciones en el bienestar psicológico del personal de Enfermería del Área Quirúrgica Hospitalaria
- Existe estrés en el personal de Enfermería del Área Quirúrgica hospitalaria
- Existe insatisfacción en el personal de Enfermería del Área Quirúrgica Hospitalaria
- Las variables sociodemográficas y sociolaborales de la muestra están asociadas al bienestar psicológico y de salud, la satisfacción laboral y el estrés laboral en el personal de Enfermería del Área Quirúrgica Hospitalaria

3.3. PLAN DE TRABAJO

Para la realización de esta investigación, se ha efectuado una revisión bibliográfica sobre el tema objeto de estudio, previa al trabajo de campo.

Para llevar a cabo esta tarea hemos centrado la búsqueda en fuentes primarias y secundarias, así como en directorios y bases de datos especializadas.

Para la Búsqueda documental se han utilizado los siguientes descriptores: **“estrés laboral”, “enfermería”, “afrentamiento del estrés”, “satisfacción laboral”, “ansiedad”, “bienestar” y “estrés”**.

❖ Criterios de inclusión para la búsqueda bibliográfica:

- Idioma español e inglés
- Documentación 2013-2017
- Así como otra documentación relevante para el estudio fuera de esta temporalidad

❖ Criterios de exclusión para la búsqueda bibliográfica:

- Toda documentación que no se presente a texto completo
- Bibliografía revisada que no presenta documentación con validez científicamente probada

Las bases de datos y los metabuscadores utilizados fueron los expuestos en la siguiente tabla. (tabla 3)

Números	Nombre
1	CATÁLOGO BNE
2	REBIUM
3	TESEO
4	GOOGLE BOOKS
7	BVS (IBECS, LILACS, MEDLINE, ...)
9	CUIDEN PLUS
10	SCIELO
11	PUBMED
13	ENFISPO
14	MEDES
15	SUMARIOS IME-BIOMEDICINA (ICYT, IME)
16	GUÍASALUD
17	TESIS DOCTORAL EN RED

Tabla 3. Búsqueda bibliográfica

3.3.1. TRABAJO DE CAMPO

Descrito en los apartados anteriores el marco teórico de la investigación y en marco empírico, tras la revisión bibliográfica, dónde se ha dado a conocer los objetivos y la hipótesis, se procederá en este apartado al desarrollo de la metodología. Se explicará de manera concisa el tipo de estudio, el ámbito de estudio, la población diana, los criterios de inclusión y exclusión, para la selección de la muestra, las herramientas de medición y sus variables, en sistema de análisis de los datos y el cronograma del trabajo.

3.3.1.1. TIPO DE ESTUDIO

Este trabajo es un estudio cuantitativo, descriptivo/observacional de prevalencia (trasversal), y retrospectivo, analizándose por conglomerado.

Los conglomerados estuvieron representados por los servicios donde los profesionales trabajaban. (Quirófano, REA, URPA y CMA). La muestra a utilizar se realizó mediante un muestreo causal o incidental en los dos Hospitales públicos de la isla de Gran Canaria. El estudio se llevó a cabo durante los años 2016-2019.

Para la medición de datos, se administraron herramientas seleccionadas por el entrevistador, con escalas Likert dicotómicas y policotómicas, Con la previa aprobación del Comité de Ética y Legislación/Comité de ética de la Investigación con Medicamentos (número del código del dictamen: 994/2018-027-1). Cumpliendo las normas de BCP (CPMP/ICH/135/95). El cuestionario era de carácter voluntario y anónimo, además de una solicitud explícita de colaboración en la que los profesionales

dónde otorgaban su consentimiento a la participación en el estudio mediante su firma y fecha.

3.3.1.2. ÁMBITO DE ESTUDIO

Hospital Universitario Doctor Negrín y Complejo Hospitalario Universitario Materno-Insular, únicos hospitales públicos en la Isla de Gran Canaria, Provincia Las Palmas.

3.3.1.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO Y

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

La muestra en la que centraremos la investigación, es la población de profesionales de enfermería (ATS, DUES, Grado de Enfermería y Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería) en el Área quirúrgica del Hospital Universitario Doctor Negrín en las Palmas de Gran Canaria y Complejo Universitario Hospitalario Materno-Insular.

Las unidades en las que se realizó el estudio son:

- Quirófano
- Unidad de Reanimación (REA)
- Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA)
- Cirugía Médica Ambulatoria (CMA)

El universo de la muestra a estudio 457 sujetos, personal sanitario (Enfermeros/as (A.T.S., D.U.E., Grado de Enfermería) y Auxiliares de enfermería (Técnicos Auxiliares de Enfermería, TCAE). Este número es la sumatoria del personal, que ha sido aportado por los supervisores de

enfermería de ambos hospitales, mediante la sumatoria de cada una de las áreas (Quirófano, URPA, REA, CMA). Se han obtenido 151 encuestas autocumplimentadas, a las que se le ha aplicado los criterios de inclusión y exclusión quedando un total de 143 sujetos quedando este como tamaño de la muestra a estudio.

La técnica de muestreo empleada ha sido por conveniencia, seleccionado los individuos que voluntariamente accedieron, que estaban en sus puestos de trabajo, dentro del periodo estimado de dos semanas en cada servicio.

Aplicando la fórmula para estimación de la muestra se ha podido determinar que el tamaño de la muestra es óptimo.

Del total de la población a estudiar 457 sujetos, 239 formaban parte de Hospital Universitario Doctor Negrín y 218 del Complejo Hospitalario Universitario Materno-Insular.

3.3.1.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE LA MUESTRA

- Trabajar en las fechas de la recogida de datos en los servicios de Quirófanos, REA, CMA y URPA en las categorías de Enfermería y TCAE
- Tener una experiencia mayor de un mes en los servicios señalados
- Estar dedicados exclusivamente a la asistencia del paciente (se excluyen personal que realicen otras tareas cómo formación, supervisión, etc.)

3.3.1.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DE LA MUESTRA

- Se excluye el personal que no esté trabajando en las unidades mencionadas en el momento de la recogida de muestras independientemente del motivo (vacaciones, baja, permiso, etc.)
- No cumplir la temporalidad laboral exigida, según el criterio de inclusión anteriormente mencionado
- Negativa a participar en el estudio
- Cuestionarios en blanco o mal cumplimentados
- No estar dedicados exclusivamente a la asistencia del paciente

3.4. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Teniendo en cuenta que queríamos evaluar de forma general el estado de los trabajadores, aun existiendo herramientas más específicas nos hemos decantado por una sumatoria de los siguientes instrumentos:

- ✓ **Datos sociodemográficos.** Consta de 19 ítems de carácter demográfico y sociolaboral
- ✓ **Cuestionario de Salud General (GHQ28) de Goldberg.** Formado por 28 ítems
- ✓ **Cuestionario de Satisfacción laboral (S10/12) de JL Melían y JM Peiró.** Formado por 12 ítems
- ✓ **Escala de estrés percibido (PSS) de Cohen, S., Kamarck, T., y Mermelstein, R.** Dispuesta en 14 ítems

3.4.1. VARIABLES INDEPENDIENTES

Se tomarán como variables independientes los datos sociodemográficos y laborales de la población a estudio (edad, género, categoría profesional, universidad de procedencia o I.E.S., años de experiencia profesional, tiempo de antigüedad en el área quirúrgica,...)

3.4.1.1. EDAD

La edad de los encuestados oscilan entre 29 y 64 años, siendo la media 43,57 años y la desviación típica 8,67. El percentil 25 está en 36 años, el percentil 50 en 43 años y el percentil 75 en 50 años. Se agrupan las edades en tres categorías comprendidas en: 29-38, 39-47, 48-64 años, teniendo en cuenta los resultados de la muestra. Como se puede observar el tamaño de la muestra de los grupos es bastante homogénea. (tabla 4) (figura 4)

Edad	Frecuencia	%
[29-38]	49	34.27
[39-47]	48	33.57
[48-64]	46	32.17
Total	143	100

Tabla 4. Edad de los sujetos de la muestra

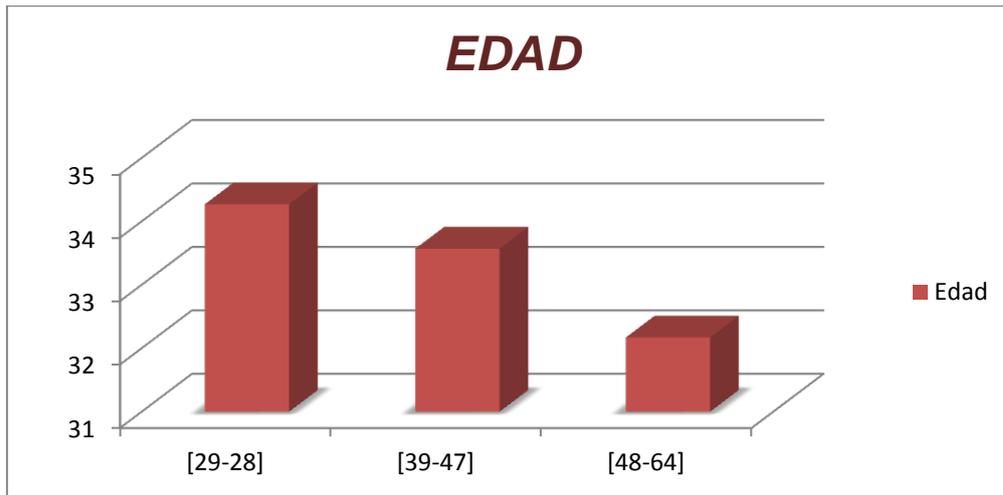


Figura 4. Edad de los sujetos de la muestra

3.4.1.2. GÉNERO

De la población estudiada 81,82% son mujeres y 18,18% son hombres, respectivamente 26 hombres y 117 mujeres del total de la muestra (N=143). (figura 5)

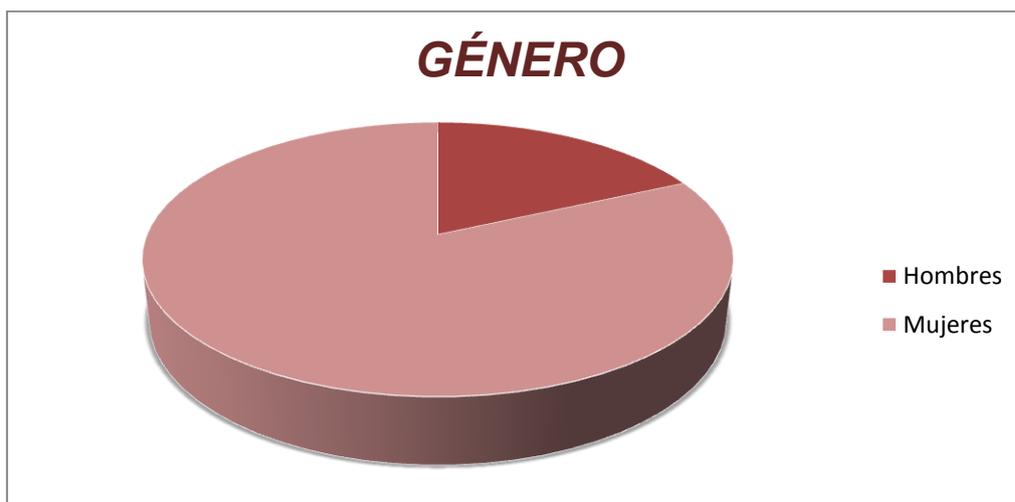


Figura 5. Géneros de los sujetos de la muestra

3.4.1.3. CATEGORÍA LABORAL

Las categorías laborales que se han estudiado han sido Grado de enfermería (Grado de enfermería, ATS y DUE) y TCAE (Técnicos en Cuidados Auxiliares de enfermería, Técnicos en Cuidados Auxiliares clínicos). El 63,64% de la muestra corresponde a Grado de Enfermería y el 36,36% corresponde a Técnicos en Cuidados Auxiliares en Enfermería. Corresponde a 91 sujetos y 52 sujetos respectivamente. (figura 6)

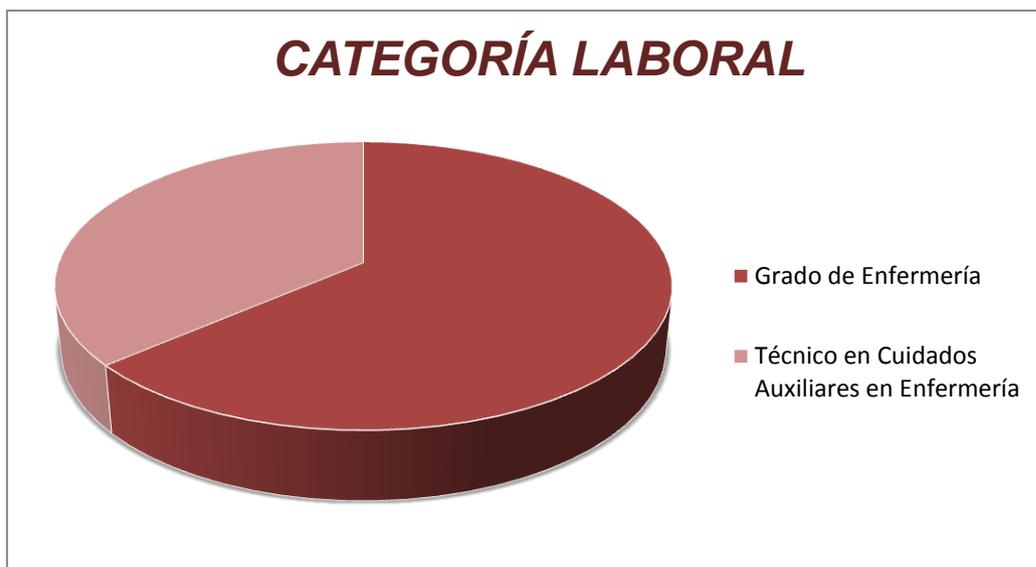


Figura 6. Categoría laboral de los sujetos a estudio

3.4.1.4. UNIVERSIDAD DE PROCEDENCIA O IES

Del total de la población a estudio el 76,22% estudio en la provincia de Las Palmas y el 23,78 en otra provincia distinta. 109 sujetos estudiaron en Las Palmas y 34 sujetos en otra provincia distinta, de los 143 sujetos de la muestra. (figura 7)



Figura 7. Lugar de estudio de la muestra poblacional

3.4.1.5. AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

Con respecto a la experiencia laboral de los sujetos esta varía desde 1 año a 44 años, la media se estima en 17,8 años, la desviación típica 9,41. Los percentiles son los siguientes. P25 es 11, P50 es 16 y P75 es 25. El test de normalidad de Shapiro-Wilk dio como resultado una significación estadística ($p < 0,002$).

3.4.1.6. TIEMPO DE ANTIGÜEDAD EN EL ÁREA QUIRÚRGICA

Con respecto a la experiencia laboral de los sujetos en el área quirúrgica esta varía desde 0,1 a 37 años, la media se estima en 10,04 años, la desviación típica 9,4. Los percentiles son los siguientes. P25 es 2, P50 es 8 y

P75 es 16. El test de normalidad de Shapiro-Wilk dio como resultado una significación estadística ($p < 0,001$).

3.4.2. VARIABLES DEPENDIENTES

Se tomarán como variables dependientes los datos obtenidos de los diferentes cuestionarios científicamente validados utilizados en el estudio (Cuestionario de Salud General De Goldberg (GHQ28), Cuestionario de satisfacción laboral (S10/12) de J.L. Meliá y J.M. Peiró y Escala de Estrés Percibido (PSS))

✓ **Cuestionario de Salud General (GHQ28).**

Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-28 (Goldberg y Hillier, 1979) según adaptación de Lobo, Pérez Echeverría y Artal (1986), nos valora la medida general de salud del encuestado mediante 28 ítems, con un formato de Escala Likert de rango 0 a 3, distribuidos en 4 subescalas con 7 ítems cada una.

- A (síntomas somáticos) de origen psicológico, como fatiga, cansancio, dolores de cabeza, malestar general, etc.
- B (ansiedad e insomnio) como problemas de despertares frecuentes, irritabilidad, problemas de conciliar el sueño, etc.
- C (disfunción social) como desarrollo organizado del trabajo, capacidad de toma de decisiones, etc.
- D (depresión grave). Incluyen síntomas depresivos hasta la idea suicida.

Su nombre original General Health Questionnaire (GHQ), autor principal David Goldberg en 1978, hay cuatro versiones distintas GHQ60, GHQ30, GHQ28 Y

GHQ12. Fue adaptada al español por Lobo et al en 1986. En la fiabilidad tiene consistencia interna GHQ60, 30 y 12 oscila entre 0.82 0.93, GHQ28 es del 0.90 y de las otras versiones 0.50 a 0.90. La sensibilidad oscila entre 44% y 100% y la especificidad entre 74% y 93%.

Lobo (1986) obtuvo datos sobre su validez predictiva:

- Para un punto de corte (5/6), una sensibilidad del 84.6% y especificidad del 82%
- Para un punto de corte (6/7) una sensibilidad del 76.9% y una especificidad del 90.2%.

Este cuestionario evalúa la incapacidad para seguir llevando a cabo funciones saludables normales y la aparición de nuevos fenómenos de malestar psíquico. Por tanto sirve como referente para medir el estado de bienestar de los profesionales de salud. Existen estudios previos relacionados con enfermería pero en otras especialidades como Ríos Rísquez, M.I. (2009).

- ✓ **Cuestionario de Satisfacción laboral (S10/12) de JL Meliá y JM Peiró.** Formado por 12 preguntas, No hay preguntas invertidas y está formada por 7 ítems:

- 1 muy insatisfecho
- 2 bastante insatisfecho
- 3 Algo insatisfecho
- 4 no insatisfecho ni satisfecho
- 5 un poco satisfecho
- 6: bastante satisfecho
- 7: muy satisfechos

Versión elaborada a partir del Cuestionario General de Satisfacción en Organizaciones Laborales (S4/82) de Meliá, Peiró y Calatayud (1986). Consta de 12 ítems valorando con una escala Likert (rango de respuesta de 1 a 7) desde “muy insatisfecho” hasta “muy satisfecho”, consta tres dimensiones:

“Satisfacción con la supervisión o superiores” (ítems 5, 6, 7, 8,9 y 10), con ítems que indagan sobre aspectos como “las relaciones personales con sus superiores” o “la supervisión que ejercen sobre usted”, entre otros.

“Satisfacción con el medio y ambiente de trabajo, su entorno físico, características del mismo y espacios existentes” (ítems 1, 2,3 y 4). En este factor se presentan ítems que investigan sobre “la limpieza, higiene y salubridad de su lugar de trabajo” o “el entorno y espacio de que dispone en su lugar de trabajo”

“Satisfacción con las prestaciones recibidas en el ámbito laboral” (ítems 11 y 12), busca información sobre aspectos como “el grado en que su empresa cumple convenios, disposiciones y leyes laborales”

La puntuación global nos dará una valoración del nivel de satisfacción general del trabajador.

- ✓ **Escala de estrés percibido (PSS) de Cohen, S., Kamarck, T., y Mermelstein, R.** Dispuesta en 14 preguntas.

Es un cuestionario de percepción global de estado. Las preguntas de este cuestionario se refieren a los sentimientos y pensamientos que ha tenido durante el último mes. La duración del mismo es de 15 minutos. Por tanto nos serviría para medir la dimensión de respuesta al estrés, factor importante de

este estudio. Consta de 14 ítems con un formato de respuesta de una escala de cinco puntos (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = de vez en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo). La puntuación total de la PSS se obtiene invirtiendo las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 (en el sentido siguiente: 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 y 4=0) y sumando entonces los 14 ítems. La puntuación directa obtenida indica que a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido.

3.5. PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA Y ANÁLISIS DE DATOS

PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA

Para la recogida de las encuestas se dieron las explicaciones oportunas en las distintas reuniones de las diferentes unidades, de esta forma se intentaba garantizar la obtención de un número elevado de participantes. Explicando cómo deben de rellenar las encuestas y se facilitó urnas para la introducción de las mismas, de esta forma se garantizó el anonimato de las mismas. Además se aportó un correo electrónico para resolver dudas y se realizaron diferentes visitas para informar de la encuesta a aquellas personas que no pudieron asistir a las reuniones del servicio. La encuesta estaba dividida en dos partes, una hoja donde se encontraba el consentimiento informado para los participantes del estudio y el cuestionario.

El plazo de entrega fue de dos semanas entre los periodos de 22 de octubre y 28 de diciembre de 2018, haciendo coincidir estos con las reuniones de los

servicios. Toda información obtenida fue tratada con estricta confidencialidad, de acuerdo con la Ley Orgánica de protección de datos (Ley Orgánica 15/1999) y demás legislación vigente al respecto. Posteriormente se generó una base de datos. A continuación se realizará el análisis estadístico dónde se mostrará el resultado de las hipótesis planteadas.

ANÁLISIS DE DATOS

Con respecto al análisis de datos se han tenido en cuentas las siguientes indicaciones.

La base de datos se realiza mediante una hoja de cálculo con el programa Excel y el programa estadístico utilizado ha sido R Core Team 2018, versión 3.5.2.

Se ha calculado la media, desviación típica, mediana y percentiles 25 y 75 en las variables cuantitativas. Se ha calculado la frecuencia y porcentaje en las variables cualitativas.

Se ha utilizado el test de Shapiro-Wilk para comprobar la normalidad de los datos.

Se ha usado el alfa de Cronbach para comprobar la consistencia interna de los ítems. Se ha utilizado el coeficiente de correlación de Spearman para comprobar la asociación entre las variables numéricas. El programa estadístico utilizado ha sido R Core Team 2018, versión 3.5.2

Se han utilizado los siguientes cuestionarios como variables dependientes.

- Cuestionario de Satisfacción Laboral: cuanta más alta es la puntuación, mayor es la satisfacción laboral.

- Cuestionario de Estrés Percibido: cuanta más alta es la puntuación, mayor es el estrés percibido (se han invertido las preguntas 4, 5, 6, 7, 9, 10 Y 13).
- Cuestionario de Salud General: cuanta más alta es la puntuación, peor es el estado de salud general.

Además de un cuestionario con preguntas sociodemográficas y laborales, como variables independientes.

3.6. CRONOGRAMA

A Continuación se mostrará detalladamente en la siguiente tabla. (tabla 5), el cronograma de actividades y etapas en las que se ha desarrollado nuestra investigación.

Actividades	Revisión bibliográfica	Diseño del plan de trabajo	Recogida de datos	Creación de base de datos	Análisis estadístico	Redacción de tesis
11/2016						
12/2016						
01/2017						
02/2017						
03/2017						
04/2017						
05/2017						
06/2017						
07/2017						
11/2017						



12/2017						
01/2018						
02/2018						
03/2018						
04/2018						
05/2018						
06/2018						
07/2018						
08/2018						
08/2018						
09/2018						
10/2018						
11/2018						
12/2018						
01/2019						
02/2019						
03/2019						
04/2019						
05/2019						
06/2019						

Tabla 5. Cronograma de la tesis





4. Resultados



4. RESULTADOS

En este apartado del estudio se van a mostrar los resultados obtenidos en dos partes:

En la primera se expone la estadística descriptiva, donde se mostrará la media, desviación típica, el valor máximo y mínimo, los percentiles y el valor de normalidad Shapiro-wilk.

En la segunda parte se presentará la estadística descriptiva de forma categórica donde se mostrarán las frecuencias y los porcentajes de todos los ítems, además se dará a conocer la consistencia interna de los cuestionarios y las relaciones entre las agrupaciones entre las distintas variables, para finalizar se explicará la relación del tamaño muestral.

4.1. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES

4.1.1. ESTADO CIVIL

En cuanto al estado civil, variable psicosocial, se puede observar que el porcentaje más alto es el 60,84% que corresponde al estado civil casado, dónde también se incluyen los sujetos con pareja. (tabla 6)

Estado civil	Frecuencia	%
Soltero	32	22.38
Casado	87	60.84
Divorciado	23	16.08
Viudo	1	0.7
Total	143	100

Tabla 6. Estado civil

4.1.2. TIENEN HIJOS

En el ítem dónde se pregunta si tiene hijos el 67,83% respondieron que sí frente al 32,17% que respondieron que no. (tabla 7)

¿Tiene usted hijos/as?	Frecuencia	%
No	46	32.17
Si	97	67.83
Total	143	100

Tabla 7. Tiene hijos

4.1.3. NÚMERO DE HIJOS

En la cuestión ¿número de hijos?, el 33,57%, la mayoría no tiene, el 31.47% tiene dos, el 27,97% tiene uno, el 6,29% tiene tres y el 0.7% tiene cuatro. Según el INE el Indicador Coyuntural de Fecundidad por provincia, Las Palmas, según orden de nacimientos, hijos por mujer en 2017 es 1.05 hijos y en 2018 es 0.99 hijos. (tabla 8)

Número de hijos	Frecuencia	%
0	48	33.57
1	40	27.97
2	45	31.47
3	9	6.29
4	1	0.7
Total	143	100

Tabla 8. Número de hijos

4.1.4. COMUNIDAD AUTÓNOMA DE NACIMIENTO

Del total de la muestra a estudio el 86,01% ha nacido en Canarias y el 13,99% en otra Comunidad autónoma o País. (tabla 9)

Comunidad autónoma de nacimiento	Frecuencia	%
Canarias	123	86.01
Otra	20	13.99
Total	143	100

Tabla 9. Comunidad Autónoma de nacimiento

4.1.5. NÚMERO DE PERSONAS QUE CONVIVEN EN EL HOGAR

Haciendo mención a esta pregunta en el porcentaje más alto el 30,07%, viven tres personas, en el 25,87% dos, 20,28% cuatro, 18,18% son personas que viven solas, 4.9% viven cinco personas en el hogar y con menos frecuencia el 0,7% viven seis personas en el hogar. (tabla 10)

Número de personas que conviven en el hogar	Frecuencia	%
1	26	18.18
2	37	25.87
3	43	30.07
4	29	20.28
5	7	4.9
6	1	0.7
Total	143	100

Tabla 10. Número de personas que conviven en el hogar

4.1.6. SERVICIO DE TRABAJO

Teniendo en cuenta esta cuestión se pueden observar en los resultados que la mayoría de los participantes trabajaba en la unidad de Quirófano 71.33% y en la unidad de menos participación fue CMA con un 4.2%, siendo REA y URPA dónde se encuentran los valores intermedios 16.08% y 8.39% respectivamente. (tabla 11) (figura 8)

Actualmente trabaja en la Unidad de:	Frecuencia	%
Quirófano	102	71.33
URPA	12	8.39
REA	23	16.08
CMA	6	4.2
Total	143	100

Tabla 11. Servicio de trabajo

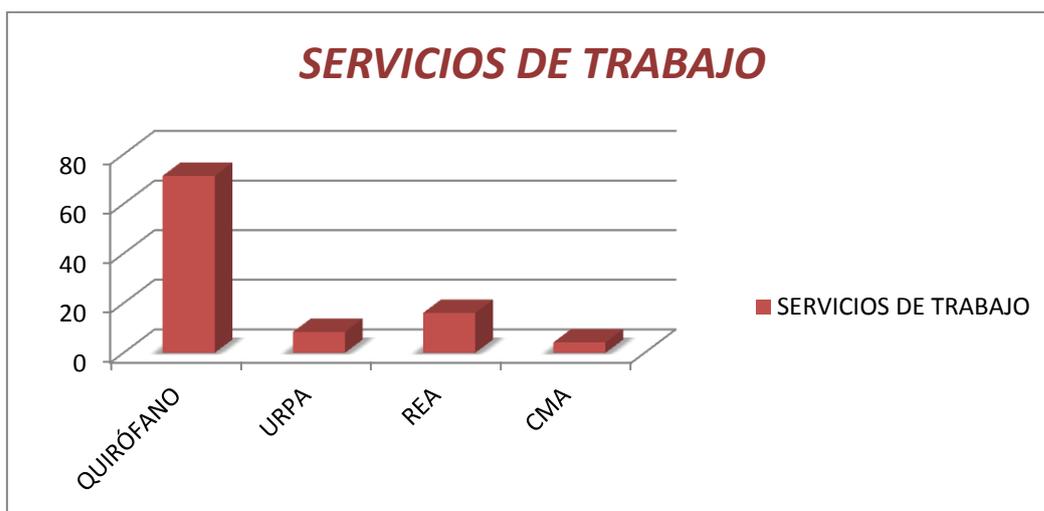


Figura 8. Servicio de trabajo

4.1.7. TIPO DE CONTRATO

Durante la realización de la encuesta los tipos de contrato en vigor son eventual, fijo, interino y sustituto respectivamente, estos porcentajes pueden variar si existiera época vacacional, pero los resultados muestran que la mayoría es eventual, este dato es de interés, ya que se puede observar que la mayoría no tiene un puesto de trabajo consolidado. Los resultado del tipo de contrato sustituto tiene un porcentaje mucho menor que los anteriores. (tabla 12)

Tipo de Contrato	Frecuencia	%
Fijo	50	34.97
Interino	35	24.48
Eventual	47	32.87
Sustituto	11	7.69
Total	143	100

Tabla 12. Tipo de contrato

4.1.8. ROTACIÓN DE PUESTO

Los resultados de este estudio presentan que la mayoría de los trabajadores están ubicados en el mismo puesto de trabajo, le siguen respectivamente los que rotan dentro de la unidad y los que rotan por otras unidades, teniendo este un porcentaje mucho menor que los anteriores. (tabla 13)

¿Está usted siempre en el mismo puesto de trabajo o rota dentro de la unidad o por otras unidades?	Frecuencia	%
En el mismo puesto	79	55.24
Roto dentro de la unidad	53	37.06
Roto por otras unidades	11	7.69
Total	143	100

Tabla 13. Rotación de puesto

4.1.9. DISTANCIA AL PUESTO DE TRABAJO

Con respecto a esta pregunta se pueden observar que existen unos valores muy homogéneos. Todos rondan entre el 20 y 30%. (tabla 14)

Distancia de su casa al trabajo	Frecuencia	%
Menos de 5 k.m.	42	29.37
Entre 6 y 15 k.m.	38	26.57
Entre 15 y 25 k.m.	33	23.08
Más de 25 k.m.	30	20.98
Total	143	100

Tabla 14. Distancia al puesto de trabajo

4.1.10. DESEMPEÑO DE LAS LABORES DEL HOGAR

Esta pregunta se planteó para saber si a las cargas de trabajo se le sumaban las cargas de las labores del hogar y se puede observar que la

mayoría comparte las tareas aunque el porcentaje entre las dos preguntas es muy estrecho. (tabla 15)

El desempeño de las labores del hogar	Frecuencia	%
Las realizo yo mismo	64	44.76
Comparto con otra o más personas	79	55.24
Total	143	100

Tabla 15. Desempeño de las labores del hogar

4.1.11. OTRO PUESTO LABORAL

Ésta cuestión se plantea para valorar si el sujeto tiene más cargas laborales, el 4.9% desempeña otro puesto laboral. (tabla 16)

Tiene otro puesto laboral	Frecuencia	%
No	136	95.1
Si	7	4.9
Total	143	100

Tabla 16. Otro puesto laboral

4.1.12. TRABAJA Y ESTUDIA

El 35,66% de la muestra trabaja en su puesto laboral y continúan estudiando. Mientras que el 64,34% sólo desempeña su labor profesional. (tabla 17)

¿Está trabajando y estudiando a la vez?	Frecuencia	%
No	92	64.34
Si	51	35.66
Total	143	100

Tabla 17. Trabaja y estudia

4.1.13. BAJA LABORAL

Este último ítem de la valoración psicolaboral de los sujetos es de interés, podemos observar que el 13.99% ha estado de baja laboral en los últimos 6 meses. (tabla 18)

¿Ha estado de baja en los últimos 6 meses?	Frecuencia	%
No	123	86.01
Si	20	13.99
Total	143	100

Tabla 18. Baja laboral

VARIABLES DEPENDIENTES

4.1.14. SALUD GENERAL (GHQ28)

En este apartado se desglosara el test de salud general de manera global y posteriormente por separado cada una de las preguntas, que se expondrán en las siguientes tablas.

Con respecto a este variable se ha obtenido una media de 22.53 y una desviación típica del 12,47. Los valores máximos y mínimos son 73 y 2 respectivamente y los percentiles P25 14, P50 19 y P75 30. El test de Normalidad de Shapiro-Wilk dio como resultado una significación estadística ($p < 0.001$). (tabla 19 y 20)

Variable: SALUD GENERAL (GHQ28)	
N	143
Media	22.53
Desv. tip	12.47
Min	2
P25	14
P50	19
P75	30
Máx.	73
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001

Tabla 19. Estadística Descriptiva Salud General (GHQ28) general

A continuación se describirá los resultados de la escala Salud General por ítems, en los que se presenta una significación estadística, según el test de Normalidad Shapiro-Wilk. (tabla 20)

SALUD GENERAL (GHQ28)	
Variable: 1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?	
N	143
Media	1.26
Desv. tip	0.61
Min	0
P25	1
P50	1
P75	2
Máx.	3
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba reconstituyente?	
N	143
Media	0.99
Desv. tip	0.85
Min	0
P25	0
P50	1
P75	2
Máx	3
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	
N	143
Media	1.19
Desv. tip	0.87
Min	0

P25	0
P50	1
P75	2
Máx	3
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 4. ¿Has tenido sensación de que estabas enfermo?	
N	143
Media	0.74
Desv. tip	0.85
Min	0
P25	0
P50	1
P75	1
Máx	3
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?	
N	143
Media	1.17
Des. tipo	0.91
Min	0
P25	0
P50	1
P75	2
Máx	3
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?	
N	143
Media	0.95
Des. tipo	0.97
Min	0
P25	0
P50	1
P75	2
Máx	3
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 7. ¿Ha tenido oleada de calor o escalofríos?	
N	143
Media	0.8
Des. tipo	0.88
Min	0
P25	0
P50	1
P75	1
Máx	3
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 8. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	

N	143
Media	1.11
Des. tipo	0.86
Min	0
P25	1
P50	1
P75	2
Máx	3
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 9. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?	
N	143
Media	1.19
Des. tipo	0.96
Min	0
P25	0
P50	1
P75	2
Máx	3
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 10. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?	
N	143
Media	1.21
Des. tipo	0.9
Min	0
P25	1
P50	1
P75	2
Máx	3
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 11. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?	
N	143
Media	1.21
Des. tipo	0.88
Min	0
P25	1
P50	1
P75	2
Máx	3
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 12. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?	
N	143
Media	0.39
Des. tipo	0.71
Min	0
P25	0
P50	0

P75	1
Máx	3
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 13. ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?	
N	143
Media	0.76
Des. tipo	0.91
Min	0
P25	0
P50	0
P75	1
Máx	3
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 14. ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente?	
N	143
Media	0.87
Des. tipo	0.97
Min	0
P25	0
P50	1
P75	1
Máx	3
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 15. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?	
N	143
Media	1.01
Des. tipo	0.62
Min	0
P25	1
P50	1
P75	1
Máx	3
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 16. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?	
N	143
Media	1.19
Des. tipo	0.53
Min	0
P25	1
P50	1
P75	1
Máx	3
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 17. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?	
N	143

Media	1.07
Des. tipo	0.48
Min	0
P25	1
P50	1
P75	1
Máx	3
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 18. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	
N	143
Media	0.99
Desv. tip	0.6
Min	0
P25	1
P50	1
P75	1
Máx	3
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 19. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?	
N	143
Media	0.83
Desv. tip	0.53
Min	0
P25	1
P50	1
P75	1
Máx	3
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 20. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	
N	143
Media	0.92
Desv. tip	0.52
Min	0
P25	1
P50	1
P75	1
Máx	3
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 21. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	
N	143
Media	1.08
Desv. tip	0.61
Min	0
P25	1
P50	1

P75	1
Máx	3
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 22. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?	
N	143
Media	0.23
Desv. tip	0.6
Min	0
P25	0
P50	0
P75	0
Máx	3
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 23. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanzas?	
N	143
Media	0.22
Desv. tip	0.55
Min	0
P25	0
P50	0
P75	0
Máx	3
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 24. ¿Ha tenido sentimiento de que la vida no merece la pena?	
N	143
Media	0.16
Desv. tip	0.47
Min	0
P25	0
P50	0
P75	0
Max	2
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 25. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?	
N	143
Media	0.13
Desv. tip	0.44
Min	0
P25	0
P50	0
P75	0
Máx	3
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 26. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?	

N	143
Media	0.64
Desv. tip	0.82
Min	0
P25	0
P50	0
P75	1
Máx	3
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 27. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?	
N	143
Media	0.15
Desv. tip	0.47
Min	0
P25	0
P50	0
P75	0
Máx	3
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 28. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?	
N	143
Media	0.1
Desv. tip	0.42
Min	0
P25	0
P50	0
P75	0
Máx	3
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001

Tabla 20. Estadística descriptiva Salud general (GHQ28) por preguntas

4.1.15. SATISFACCIÓN LABORAL (S10/S12)

Para explicar este apartado se mostrará los resultados de forma general del cuestionario y luego de desglosará por preguntas, se mostrará en las siguientes tablas. Los valores máximos y mínimos son 84 y 14, la media es de 55 y la desviación típica de 16,06. Los percentiles son P25 45, P50 58 y P75 68. El test de Normalidad de Shapiro-Wilk da como resultado una significación estadística ($p < 0.001$). (tabla 21 y 22)

Variable: SATISFACCIÓN LABORAL (S10/S12)	
N	143
Media	55
Des. tipo	16.06
Min	14
P25	45
P50	58
P75	68
Máx	84
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001

Tabla 21. Estadística Descriptiva Satisfacción Laboral (S10/S12) general

A continuación se exponen los resultados del cuestionario de Satisfacción laboral desglosados por ítems, presentándose una significación estadística según el Test de Normalidad Shapiro-Wilk. (tabla 22)

SATISFACCIÓN LABORAL (S10/S12)	
Variable: 1. Los objetivos, metas y tasas de producción que deben alcanzar	
N	143
Media	4.69
Des. tipo	1.63
Min	1
P25	4
P50	5
P75	6
Máx	7
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 2. La limpieza, higiene y salubridad de su lugar de trabajo	
N	143
Media	5.04
Desv. tip	1.56
Min	1
P25	4
P50	6
P75	6
Máx	7
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 3. El entorno físico y el espacio de que se dispone en su lugar de trabajo	
N	143
Media	4.79
Desv. tip	1.49
Min	1
P25	4
P50	5
P75	6
Máx	7

Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 4. La temperatura de su local de trabajo	
N	142
Media	4.06
Desv. tip	1.63
Min	1
P25	3
P50	4
P75	5
Máx	7
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 5. Las relaciones personales con sus supervisores	
N	143
Media	4.9
Desv. tip	1.72
Min	1
P25	4
P50	5
P75	6
Máx	7
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 6. La supervisión que ejerce sobre usted	
N	143
Media	4.84
Desv. tip	1.72
Min	1
P25	4
P50	5
P75	6
Máx	7
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 7. La proximidad y frecuencia con que es supervisada	
N	143
Media	4.77
Desv. tip	1.61
Min	0
P25	4
P50	5
P75	6
Máx	7
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 8. La forma que su supervisores juzgan su tarea	
N	143
Media	4.65
Desv. tip	1.8
Min	0
P25	3

P50	5
P75	6
Máx	7
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 9. La “igualdad” y “justicia” de trato que recibe de su empresa	
N	143
Media	4.17
Desv. tip	1.82
Min	1
P25	3
P50	4
P75	6
Máx	7
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 10. El apoyo que recibe de sus supervisores	
N	143
Media	4.75
Desv. tip	1.82
Min	1
P25	3
P50	5
P75	6
Máx	7
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 11. El grado en que su empresa cumple con el convenio, las disposiciones y leyes laborales	
N	143
Media	4.41
Desv. tip	1.65
Min	1
P25	3
P50	5
P75	6
Máx	8
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 12. La forma en que se da la negación en su empresa sobre los aspectos laborales	
N	143
Media	3.96
Desv. tip	1.8
Min	0
P25	3
P50	4
P75	5
Máx	8
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001

Tabla 22. Estadística Descriptiva Satisfacción Laboral (S10/S12) por preguntas

4.1.16. ESTRÉS PERCIBIDO (PSS)

Para finalizar la estadística descriptiva se expondrá los datos del estrés percibido de forma general y por cada una de las preguntas mostrándolo en las tablas a posteriori. Los valores mínimos y máximos de este test son 6 y 39. Los percentiles son P25 17, P50 22 Y P75 27. La media es de 21,79 y la desviación típica 7,26. El test de Normalidad de Shapiro–Wilk da como resultado una significación estadística ($p < 0.337$). (tabla 23)

Variable: ESTRÉS PERCIBIDO (PSS)	
N	143
Media	21.79
Desv. tip	7.26
Min	6
P25	17
P50	22
P75	27
Máx	39
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	0.337

Tabla 23. Estadística Descriptiva Estrés Percibido (PSS) general

A continuación se exponen los resultados de cuestionario de Estrés Percibido, por ítems, presentándose una significación estadística según el Test de Normalidad Shapiro-Wilk y los ítems invertidos (tabla 24)

ESTRÉS PERCIBIDO (PSS)	
Variable: 1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	
N	143
Media	1.85
Desv. tip	1.17
Min	0
P25	1
P50	2
P75	3

Máx	4
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	
N	143
Media	1.41
Desv. tip	1
Min	0
P25	1
P50	1
P75	2
Máx	4
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	
N	143
Media	2.34
Desv. tip	1.03
Min	0
P25	2
P50	2
P75	3
Máx	4
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	
N	143
Media	2.74
Desv. tip	0.79
Min	1
P25	2
P50	3
P75	3
Máx	4
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que se han presentado en su vida?	
N	143
Media	2.73
Desv. tip	0.79
Min	0
P25	2
P50	3
P75	3
Máx	4
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001

Variable: 6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre sus capacidades para manejar sus problemas personales?	
N	143
Media	3.07
Desv. tip	0.69
Min	1
P25	3
P50	3
P75	4
Máx	4
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	
N	143
Media	2.78
Desv. tip	0.88
Min	0
P25	2
P50	3
P75	3
Máx	4
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	
N	143
Media	1.78
Desv. tip	1.06
Min	0
P25	1
P50	2
P75	2
Máx	4
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	
N	143
Media	2.91
Desv. tip	0.72
Min	1
P25	2
P50	3
P75	3
Máx	4
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 10. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	
N	143

Media	2.69
Desv. tip	0.82
Min	0
P25	2
P50	3
P75	3
Máx	4
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	
N	143
Media	1.85
Desv. tip	0.99
Min	0
P25	1
P50	2
P75	2
Máx	4
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	
N	143
Media	2.72
Desv. tip	1
Min	0
P25	2
P50	3
P75	4
Máx	4
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	
N	143
Media	2.67
Desv. tip	0.89
Min	0
P25	2
P50	3
P75	3
Máx	4
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	
N	143
Media	1.44
Desv. tip	0.97
Min	0
P25	1

P50	1
P75	2
Máx	4
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001

Se adjunta a éstos resultados, los ítems invertidos de la estadística descriptiva del test Estrés Percibido (PSS).

Variable: 4. En el último mes. ¿Con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	
N	143
Media	1.26
Desv. tip	0.79
Min	0
P25	1
P50	1
P75	2
Máx	3
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 5. En el último mes. ¿Con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	
N	143
Media	1.27
Desv. tip	0.79
Min	0
P25	1
P50	1
P75	2
Máx	4
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 6. En el último mes. ¿Con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	
N	143
Media	0.93
Desv. tip	0.69
Min	0
P25	0
P50	1
P75	1
Máx	3
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 7. En el último mes. ¿Con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	
N	143
Media	1.22

Desv. tip	0.88
Min	0
P25	1
P50	1
P75	2
Máx	4
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 9. En el último mes. ¿Con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	
N	143
Media	1.09
Desv. tip	0.72
Min	0
P25	1
P50	1
P75	2
Máx	3
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 10. En el último mes. ¿Con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	
N	143
Media	1.31
Desv. tip	0.82
Min	0
P25	1
P50	1
P75	2
Máx	4
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: 13. En el último mes. ¿Con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	
N	143
Media	1.33
Desv. tip	0.89
Min	0
P25	1
P50	1
P75	2
Máx	4
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001

Tabla 24. Estadística Descriptiva Estrés Percibido (PSS) general

4.2. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE FORMA CATEGÓRICA

4.2.1. SALUD GENERAL (GHQ28)

En este apartado se expondrá la descriptiva categórica del Cuestionario de Salud General. (tabla 25)

SALUD GENERAL (GHQ28)		
1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?	Frecuencia	%
Mejor que lo habitual	11	7.69
Igual que lo habitual	86	60.14
Peor que lo habitual	44	30.77
Mucho peor que lo habitual	2	1.4
Total	143	100
2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?		
	Frecuencia	%
No, en absoluto	50	34.97
No más que lo habitual	47	32.87
Bastante más que lo habitual	44	30.77
Mucho más que lo habitual	2	1.4
Total	143	100
3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?		
	Frecuencia	%
No, en absoluto	37	25.87
No más que lo habitual	48	33.57
Bastante más que lo habitual	52	36.36
Mucho más que lo habitual	6	4.2
Total	143	100
4. ¿Has tenido sensación de que estaba enfermo?		
	Frecuencia	%
No, en absoluto	71	49.65
No más que lo habitual	41	28.67
Bastante más que lo habitual	28	19.58
Mucho más que lo habitual	3	2.1
Total	143	100

5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?	Frecuencia	%
No, en absoluto	37	25.87
No más que lo habitual	57	39.86
Bastante más que lo habitual	37	25.87
Mucho más que lo habitual	12	8.39
Total	143	100
6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?	Frecuencia	%
No, en absoluto	60	41.96
No más que lo habitual	40	27.97
Bastante más que lo habitual	33	23.08
Mucho más que lo habitual	10	6.99
Total	143	100
7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?	Frecuencia	%
No, en absoluto	67	46.85
No más que lo habitual	43	30.07
Bastante más que lo habitual	28	19.58
Mucho más que lo habitual	5	3.5
Total	143	100
8. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño?	Frecuencia	%
No, en absoluto	35	24.48
No más que lo habitual	67	46.85
Bastante más que lo habitual	31	21.68
Mucho más que lo habitual	10	6.99
Total	143	100
9. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?	Frecuencia	%
No, en absoluto	39	27.27
No más que lo habitual	53	37.06
Bastante más que lo habitual	36	25.17
Mucho más que lo habitual	15	10.49
Total	143	100
10. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?	Frecuencia	%
No, en absoluto	31	21.68
No más que lo habitual	66	46.15
Bastante más que lo habitual	31	21.68
Mucho más que lo habitual	15	10.49
Total	143	100
11. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?	Frecuencia	%
No, en absoluto	30	20.98
No más que lo habitual	66	46.15
Bastante más que lo habitual	34	23.78
Mucho más que lo habitual	13	9.09

Total	143	100
12. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?	Frecuencia	%
No, en absoluto	102	71.33
No más que lo habitual	30	20.98
Bastante más que lo habitual	7	4.9
Mucho más que lo habitual	4	2.8
Total	143	100
13. ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?	Frecuencia	%
No, en absoluto	72	50.35
No más que lo habitual	43	30.07
Bastante más que lo habitual	19	13.29
Mucho más que lo habitual	9	6.29
Total	143	100
14. ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente?”	Frecuencia	%
No, en absoluto	65	45.45
No más que lo habitual	44	30.77
Bastante más que lo habitual	22	15.38
Mucho más que lo habitual	12	8.39
Total	143	100
15. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?	Frecuencia	%
Más activo que lo habitual	23	16.08
Igual que lo habitual	100	69.93
Bastante menos que lo habitual	16	11.19
Mucho menos que lo habitual	4	2.8
Total	143	100
16. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?	Frecuencia	%
Menos tiempo que lo habitual	7	4.9
Igual que lo habitual	104	72.73
Más tiempo que lo habitual	30	20.98
Mucho más tiempo que lo habitual	2	1.4
Total	143	100
17. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto de que está haciendo las cosas bien?	Frecuencia	%
Mejor que lo habitual	11	7.69
Igual que lo habitual	112	78.32
Peor que lo habitual	19	13.29
Mucho peor que lo habitual	1	0.7
Total	143	100
18. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	Frecuencia	%
Más satisfecho que lo habitual	24	16.78
Aproximadamente lo mismo que lo habitual	98	68.53

Menos satisfecho que lo habitual	19	13.29
Mucho menos satisfecho que lo habitual mal	2	1.4
Total	143	100
19. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?		
	Frecuencia	%
Más útil que lo habitual	34	23.78
Igual que lo habitual	101	70.63
Menos útil que lo habitual	7	4.9
Mucho menos útil que lo habitual	1	0.7
Total	143	100
20. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?		
	Frecuencia	%
Más que lo habitual	24	16.78
Igual que lo habitual	109	76.22
Peor que lo habitual	8	5.59
Mucho peor que lo habitual	2	1.4
Total	143	100
21. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?		
	Frecuencia	%
Más que lo habitual	19	13.29
Igual que lo habitual	95	66.43
Peor que lo habitual	27	18.88
Mucho peor que lo habitual	2	1.4
Total	143	100
22. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?		
	Frecuencia	%
No, en absoluto	121	84.62
No más que lo habitual	13	9.09
Bastante más que lo habitual	7	4.9
Mucho más que lo habitual	2	1.4
Total	143	100
23. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanzas?		
	Frecuencia	%
No, en absoluto	120	83.92
No más que lo habitual	16	11.19
Bastante más que lo habitual	6	4.2
Mucho más que lo habitual	1	0.7
Total	143	100
24. ¿Ha tenido sentimiento de que la vida no merece la pena?		
	Frecuencia	%
No, en absoluto	126	88.11
No más que lo habitual	11	7.69
Bastante más que lo habitual	6	4.2
Mucho más que lo habitual	0	0
Total	143	100
25. ¿Ha pensado en la posibilidad de		
	Frecuencia	%

“quitarse de en medio”?		
No, en absoluto	130	90.91
No más que lo habitual	9	6.29
Bastante más que lo habitual	3	2.1
Mucho más que lo habitual	1	0.7
Total	143	100
26. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?		
	Frecuencia	%
No, en absoluto	80	55.94
No más que lo habitual	38	26.57
Bastante más que lo habitual	22	15.38
Mucho más que lo habitual	3	2.1
Total	143	100
27. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?		
	Frecuencia	%
No, en absoluto	128	89.51
No más que lo habitual	10	6.99
Bastante más que lo habitual	4	2.8
Mucho más que lo habitual	1	0.7
Total	143	100
28. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?		
	Frecuencia	%
No, en absoluto	133	93.01
No más que lo habitual	6	4.2
Bastante más que lo habitual	3	2.1
Mucho más que lo habitual	1	0.7
Total	143	100

Tabla 25. Estadística Descriptiva tipo categórica Salud General (GHQ28)

Este cuestionario nos sirve de referente para evaluar la incapacidad para seguir llevando a cabo funciones saludables y normales y la aparición de fenómenos de malestar psíquico. Por tanto, sirve como referente para medir el estado de bienestar de los profesionales de salud. Es importante destacar que el 30.77% de los encuestado refiere tener un peor nivel de salud, al igual que un 25.17% refiere tener más dificultad de lo habitual para seguir durmiendo de forma continuada toda la noche. Con respecto a la cuestión si se ha notado constantemente agobiado y en tensión un 21.68% responde bastante más de lo habitual. Un 20.98% de la muestra ha comunicado que le cuesta más tiempo

hacer las cosas y finalmente el 15.38% ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados. Los valores más elevados son aquellos relacionados con ansiedad e insomnio, los porcentajes de estas preguntas son elevados y denotan que es necesario paliar estos problemas para mejorar el bienestar laboral del personal de esta área. 4.2.2.

SATISFACCIÓN LABORAL (S10/S12)

En esta sección se expondrá la descriptiva de tipo categórica del cuestionario de Satisfacción Laboral, por ítems. (tabla 26)

SATISFACCIÓN LABORAL (S10/S12)		
1. Los objetivos, las metas y tasas de producción que deben alcanzar	Frecuencia	%
Muy insatisf	7	4.9
Bastante insatisf	12	8.39
Algo insatisf	15	10.49
No insat-ni satisf	20	13.99
Un poco satisf	30	20.98
Bastante satisf	48	33.57
Muy satisf	11	7.69
Total	143	100
2. La limpieza, higiene y salubridad de su lugar de trabajo		
	Frecuencia	%
Muy insatisf	3	2.1
Bastante insatisf	9	6.29
Algo insatisf	17	11.89
No insat-ni satisf	15	10.49
Un poco satisf	25	17.48
Bastante satisf	54	37.76
Muy satisf	20	13.99
Total	143	100
3. El entorno físico y el espacio que dispone en su lugar de trabajo		
	Frecuencia	%
Muy insatisf	6	4.2
Bastante insatisf	4	2.8
Algo insatisf	19	13.29
No insat-ni satisf	23	16.08
Un poco satisf	35	24.48
Bastante satisf	45	31.47
Muy satisf	11	7.69
Total	143	100

4. La temperatura de su local de trabajo	Frecuencia	%
Muy insatisf	12	8.45
Bastante insatisf	16	11.27
Algo insatisf	23	16.2
No insat-ni satisf	26	18.31
Un poco satisf	36	25.35
Bastante satisf	23	16.2
Muy satisf	6	4.23
Total	142	100
5. Las relaciones personales con sus supervisores	Frecuencia	%
Muy insatisf	8	5.59
Bastante insatisf	9	6.29
Algo insatisf	17	11.89
No insat-ni satisf	12	8.39
Un poco satisf	29	20.28
Bastante satisf	46	32.17
Muy satisf	22	15.38
Total	143	100
6. La supervisión que ejercen sobre usted	Frecuencia	%
Muy insatisf	8	5.59
Bastante insatisf	12	8.39
Algo insatisf	10	6.99
No insat-ni satisf	21	14.69
Un poco satisf	27	18.88
Bastante satisf	44	30.77
Muy satisf	21	14.69
Total	143	100
7. La proximidad y frecuencia con que es supervisada	Frecuencia	%
Muy insatisf	6	4.23
Bastante insatisf	8	5.63
Algo insatisf	13	9.15
No insat-ni satisf	29	20.42
Un poco satisf	25	17.61
Bastante satisf	47	33.1
Muy satisf	14	9.86
Total	142	100
8. La forma en que sus supervisores juzgan su tarea	Frecuencia	%
Muy insatisf	9	6.34
Bastante insatisf	14	9.86
Algo insatisf	12	8.45
No insat-ni satisf	22	15.49
Un poco satisf	24	16.9
Bastante satisf	43	30.28
Muy satisf	18	12.68
Total	142	100

9. La “igualdad” y “justicia” de trato que recibe de su empresa	Frecuencia	%
Muy insatisf	14	9.79
Bastante insatisf	16	11.19
Algo insatisf	23	16.08
No insat-ni satisf	26	18.18
Un poco satisf	18	12.59
Bastante satisf	34	23.78
Muy satisf	12	8.39
Total	143	100
10. El apoyo que recibe de sus supervisores	Frecuencia	%
Muy insatisf	10	6.99
Bastante insatisf	13	9.09
Algo insatisf	14	9.79
No insat-ni satisf	15	10.49
Un poco satisf	29	20.28
Bastante satisf	38	26.57
Muy satisf	24	16.78
Total	143	100
11. El grado en que su empresa cumple el convenio, las disposiciones y leyes laborales	Frecuencia	%
Muy insatisf	5	3.52
Bastante insatisf	22	15.49
Algo insatisf	12	8.45
No insat-ni satisf	31	21.83
Un poco satisf	29	20.42
Bastante satisf	33	23.24
Muy satisf	10	7.04
Total	142	100
12. La forma en que se da la negociación en su empresa sobre aspectos laborales	Frecuencia	%
Muy insatisf	18	12.77
Bastante insatisf	16	11.35
Algo insatisf	17	12.06
No insat-ni satisf	32	22.7
Un poco satisf	24	17.02
Bastante satisf	29	20.57
Muy satisf	5	3.55
Total	141	100

Tabla 26. Estadística Descriptiva tipo categórica Satisfacción Laboral (S10/S12)

Se obtiene que la mayor satisfacción es con el supervisor, el 32.17% indican que las relación con sus supervisor son bastante satisfactorias.

Referente a la proximidad y frecuencia con que es supervisado, el 33.1% refiere estar bastante satisfecho. Como menor satisfacción o mayor insatisfacción las prestaciones recibidas por los trabajadores por parte de la empresa son las que presentan niveles menos idóneos, Y se puede observar en referencia al grado en que su empresa cumple el convenio, las disposiciones y leyes laborales, el 15.49% contestó estar bastante insatisfecho y, para finalizar en la cuestión, la forma en que se da la negociación en su empresa sobre aspectos laborales, el 12,77% refirió estar muy insatisfecho. Estos resultados aunque no son alarmantes indican que es necesario un plan para disminuir o erradicar las deficiencias en referencia a la insatisfacción de los profesionales.

4.2.3. ESTRÉS PERCIBIDO (PSS)

A continuación se mostrará la estadística descriptiva de tipo categórica del cuestionario de Estrés Percibido, por ítems. (tabla 27)

ESTRÉS PERCIBIDO (PSS)		
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	Frecuencia	%
Nunca	20	13.99
Casi nunca	36	25.17
De vez en cuando	47	32.87
A menudo	26	18.18
Muy a menudo	14	9.79
Total	143	100
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	Frecuencia	%
Nunca	27	18.88
Casi nunca	54	37.76
De vez en cuando	41	28.67
A menudo	18	12.59
Muy a menudo	3	2.1

Total	143	100
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	Frecuencia	%
Nunca	6	4.2
Casi nunca	19	13.29
De vez en cuando	61	42.66
A menudo	35	24.48
Muy a menudo	22	15.38
Total	143	100
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	Frecuencia	%
1	8	5.59
2	44	30.77
3	68	47.55
4	23	16.08
Total	143	100
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	Frecuencia	%
0	1	0.7
1	10	6.99
2	33	23.08
3	82	57.34
4	17	11.89
Total	143	100
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	Frecuencia	%
1	2	1.4
2	23	16.08
3	81	56.64
4	37	25.87
Total	143	100
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	Frecuencia	%
0	3	2.1
1	5	3.5
2	42	29.37
3	64	44.76
4	29	20.28
Total	143	100
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	Frecuencia	%
Nunca	16	11.19

Casi nunca	41	28.67
De vez en cuando	55	38.46
A menudo	21	14.69
Muy a menudo	10	6.99
Total	143	100
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?		
	Frecuencia	%
1	2	1.4
2	38	26.57
3	74	51.75
4	29	20.28
Total	143	100
10 En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?		
	Frecuencia	%
0	1	0.7
1	10	6.99
2	40	27.97
3	73	51.05
4	19	13.29
Total	143	100
11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?		
	Frecuencia	%
Nunca	8	5.59
Casi nunca	48	33.57
De vez en cuando	55	38.46
A menudo	22	15.38
Muy a menudo	10	6.99
Total	143	100
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha penado sobre las cosas que le quedan por hacer?		
	Frecuencia	%
Nunca	2	1.4
Casi nunca	13	9.09
De vez en cuando	45	31.47
A menudo	46	32.17
Muy a menudo	37	25.87
Total	143	100
13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?		
	Frecuencia	%
0	2	1.4
1	10	6.99
2	45	31.47
3	62	43.36
4	24	16.78
Total	143	100

14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?		
	Frecuencia	%
Nunca	21	14.69
Casi nunca	60	41.96
De vez en cuando	46	32.17
A menudo	10	6.99
Muy a menudo	6	4.2
Total	143	100
4. INVERTIDA En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?		
	Frecuencia	%
Nunca	23	16.08
Casi nunca	68	47.55
De vez en cuando	44	30.77
A menudo	8	5.59
Muy a menudo	0	0
Total	143	100
5. INVERTIDA En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?		
	Frecuencia	%
Nunca	17	11.89
Casi nunca	82	57.34
De vez en cuando	33	23.08
A menudo	10	6.99
Muy a menudo	1	0.7
Total	143	100
6. INVERTIDA En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?		
	Frecuencia	%
Nunca	37	25.87
Casi nunca	81	56.64
De vez en cuando	23	16.08
A menudo	2	1.4
Muy a menudo	0	0
Total	143	100
7. INVERTIDA En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?		
	Frecuencia	%
Nunca	29	20.28
Casi nunca	64	44.76
De vez en cuando	42	29.37
A menudo	5	3.5
Muy a menudo	3	2.1
Total	143	100
9. INVERTIDA En el último mes, ¿con qué	Frecuencia	%

frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?		
Nunca	29	20.28
Casi nunca	74	51.75
De vez en cuando	38	26.57
A menudo	2	1.4
Muy a menudo	0	0
Total	143	100
10. INVERTIDA En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	Frecuencia	%
Nunca	19	13.29
Casi nunca	73	51.05
De vez en cuando	40	27.97
A menudo	10	6.99
Muy a menudo	1	0.7
Total	143	100
13. INVERTIDA En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	Frecuencia	%
Nunca	24	16.78
Casi nunca	62	43.36
De vez en cuando	45	31.47
A menudo	10	6.99
Muy a menudo	2	1.4
Total	143	100

Tabla 27. Estadística Descriptiva tipo categórica Estrés Percibido (PSS)

En referencia al Estrés debemos señalar que aunque en nivel general no presenta un nivel alto, hay varias cuestiones que debemos meditar y destacar en la tercera pregunta , en el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?, el 42.66% respondió de vez en cuando, el 24.48% responde a menudo y el 15.38% muy a menudo, estos niveles son elevados y denotan que es necesario una intervención, que el personal este nervioso o estresado, no es el entorno propio para dar una asistencia de calidad digna del cliente/paciente.

Con respecto a las cargas de trabajo las siguiente preguntas nos sirven de referencia, la octava pregunta, en el último mes, ¿con qué frecuencia ha

sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?, el 38.46% respondió de vez en cuando y el 14.69% respondió a menudo, son datos a tener en cuenta, aunque el 28.67% contestó casi nunca. Y la decimosegunda pregunta, en el último mes, ¿con qué frecuencia ha penado sobre las cosas que le quedan por hacer?, el 31.47 respondió de vez en cuando, el 32.47% a menudo y el 25.87% muy a menudo, niveles muy elevados que, aunque enfermería sea una profesión de continuidad de cuidados, denotan su complejidad, requieren de menor carga de trabajo y menores niveles de estrés.

4.3. CONSISTENCIA INTERNA DE LOS CUESTIONARIOS

A continuación, calcularemos el Alfa de Cronbach para observar la consistencia interna de dichos cuestionarios, para medir la fiabilidad en función del número de ítems y la covarianza entre sus ítems. (figura 9)

INTERPRETACIÓN
Según George y Mallery (1995) podemos interpretar el coeficiente con los siguientes baremos:
■ 0,9, el instrumento de medición es excelente;
■ Entre 0,9-0,8, el instrumento es bueno;
■ Entre 0,8- 0,7, el instrumento es aceptable;
■ Entre 0,7- 0,6, el instrumento es débil;
■ Entre 0,6-0,5, el instrumento es pobre; y si
■ < 0,5, no es aceptable

Figura 9. Coeficiente de Alfa de Cronbach según George y Mallery (1995)

4.3.1. CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL

(GHQ28)

Este cuestionario está compuesto por 14 cuestiones donde no se ha invertido ninguna pregunta. (tabla 28)

Ítems	Alfa de Cronbach	IC (95%)	Interpretación
Todos los ítems	0.94	0.92 – 0.95	Excelente
1 – 7 Síntomas somáticos	0.87	0.83 – 0.9	Bueno
8 – 15 Ansiedad e Insomnio	0.93	0.91 – 0.94	Excelente
16 – 21 Disfunción social	0.75	0.68 – 0.81	Aceptable
22 – 28 Depresión grave	0.89	0.86 – 0.92	Bueno

Tabla 28. Consistencia interna del cuestionario GHQ28

En relación a la consistencia interna del cuestionario GHQ28, se puede observar que se encuentra entre los rangos 0.75 y 0.94, siendo el menor en los ítems relacionados con la disfunción social y el mayor en los ítems relacionados con la ansiedad y el insomnio.

4.3.2. CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

LABORAL (S10/S12)

Este cuestionario este compuesto por 12 cuestiones donde no se han invertido ninguna pregunta. (tabla 29)

Ítems	Alfa de Cronbach	IC (95%)	Interpretación
Todos los ítems	0.94	0.93 – 0.96	Excelente
5, 6, 7, 8, 9 y 10 (Satisfacción supervisión)	0.96	0.95 – 0.97	Excelente
1, 2, 3 y 4 (Satisfacción ambiente)	0.79	0.73 – 0.84	Aceptable
11 y 12 (Satisfacción prestaciones)	0.91	0.89 – 0.94	Excelente

Tabla 29. Consistencia interna del cuestionario S10/S20

Como se puede observar en la gráfica la fiabilidad es más elevada en la satisfacción con el supervisor con un 0.96, mientras que en la satisfacción del ambiente es un 0.79.

4.3.3. CUESTIONARIO DE ESTRÉS PERCIBIDO

(PSS)

Este cuestionario este compuesto por 14 cuestiones donde se han invertido las preguntas 4, 5, 6, 7, 9 ,10 y 13. (tabla 30)

Ítems	Alfa de Cronbach	IC (95%)	Interpretación
Todos los ítems	0.83	0.79 – 0.87	Bueno

Tabla 30. Consistencia interna del cuestionario PSS

La fiabilidad total en este cuestionario sobre el estrés percibido es buena, dado como resultado 0.86 en el Alfa de Cronbach

4.4. RELACIÓN ENTRE PUNTUACIONES TOTAL DE LOS TRES CUESTIONARIOS

Se comprueba la relación entre la suma de las puntuaciones de los 3 cuestionarios.

- Cuestionario de Satisfacción Laboral: Cuanta más alta es la puntuación, mayor es la satisfacción laboral.
- Cuestionario de Estrés Percibido: Cuanta más alta es la puntuación, mayor es el estrés percibido (se han invertido las preguntas 4, 5, 6, 7, 9, 10 Y 13).
- Cuestionario de Salud General: Cuanta más alta es la puntuación, peor es el estado de salud general y contra más bajo es la puntuación, mejor es la Salud General.

Como las puntuaciones totales se han obtenido como suma de variables ordinales, para comprobar la asociación entre las variables se utiliza el coeficiente de correlación de Spearman.

Relación entre las variables Satisfacción Laboral y Estrés Total

Como la relación es negativa, siendo el valor rho -0.233 , esto significa que a medida que crece una variable, disminuye la otra, por lo tanto a medida que crece la Satisfacción Laboral, menor es el Estrés percibido y significativa, $p= 0.005 < 0.05$. (tabla 31)

Variables	Desglose	Rho-Spearman	N	p-valor
Satisfacción Laboral vs Estrés Percibido	Todos registros	-0.233	143	0.005
Satisfacción Laboral vs Estrés Percibido	Hombre	-0.333	26	0.096
	Mujer	-0.224	117	0.015
Satisfacción Laboral vs Estrés Percibido	Hospital Universitario Doctor Negrín	-0.171	91	0.105
	Complejo Hospitalario Universitario Materno-Insular	-0.344	52	0.012
Satisfacción Laboral vs Estrés Percibido	Grado de Enfermería	-0.207	91	0.048
	Técnico en Cuidados Auxiliares en Enfermería	-0.276	52	0.047
Satisfacción Laboral vs Estrés Percibido	[29-38]	-0.105	49	0.47
	[39-47]	-0.24	48	0.098
	[48-64]	-0.259	46	0.08

Tabla 31. Relación entre Satisfacción Laboral y Estrés Percibido

Posteriormente se puede observar en las gráficas que la relación entre las variables es negativa y por tanto se puede ver un gráfico decreciente. En cuanto al género existe un predominio de mujer y por ellos el gráfico es más estable, con respecto a los grupos de edad se observan pocas variaciones en el gráfico. (figura 10)

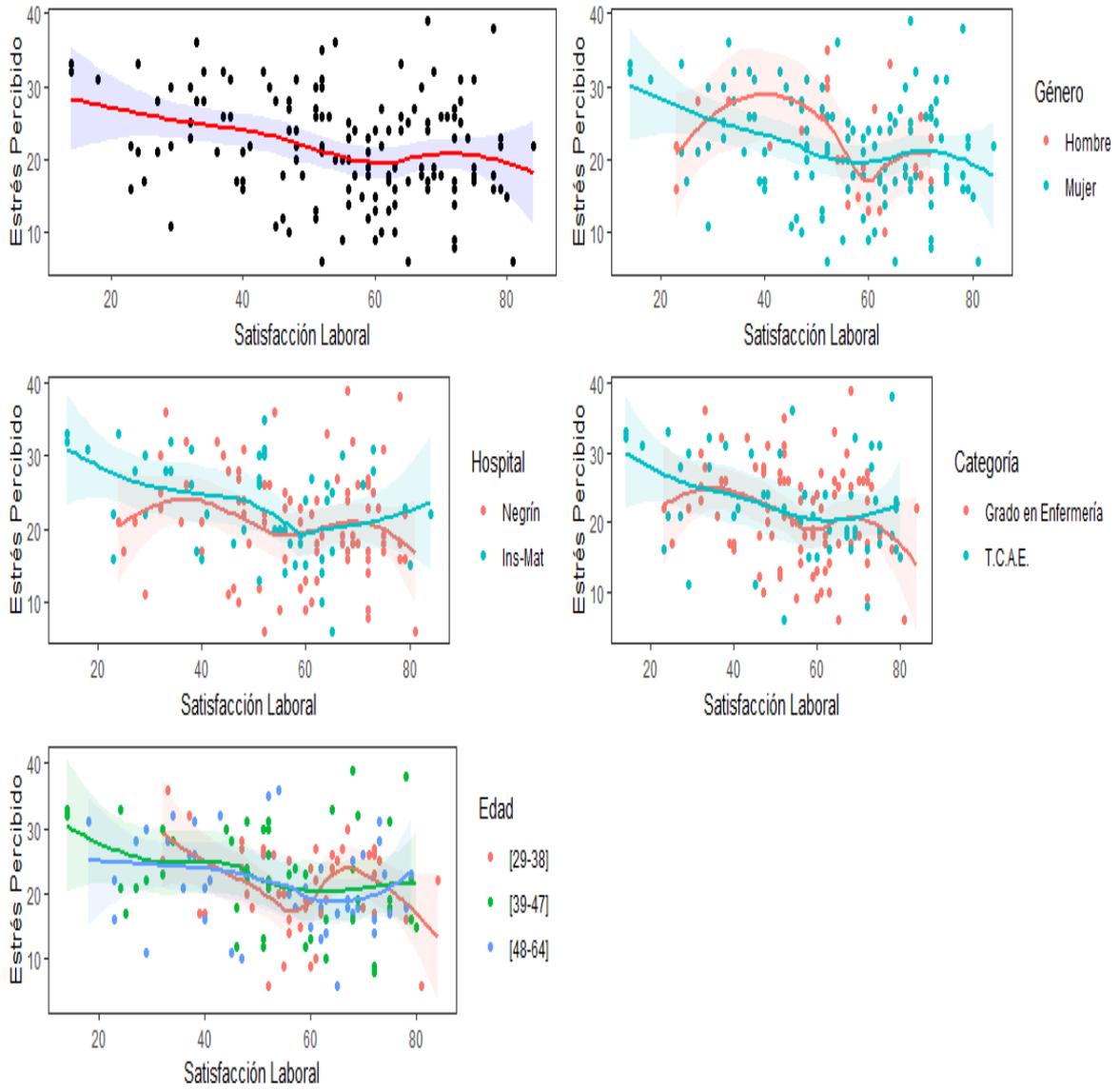


Figura 10. Relación entre el Estrés Percibido y Satisfacción Laboral por Género, Hospital, Categoría y Edad

Relación entre las variables Satisfacción Laboral y Salud

General

Como la relación es negativa, siendo el valor rho -0.245, esto significa que a medida que crece una variable, disminuye la otra, por lo tanto a medida que crece la Satisfacción Laboral, mejor es el estado de Salud General. Presentándose una significación estadística ($p=0.003$). (Tabla 32)

Variables	Desglose	Rho-Spearman	N	p-valor
Satisfacción Laboral vs Salud General	Todos registros	-0.245	143	0.003
Satisfacción Laboral Total vs Salud General	Hombre	-0.226	26	0.266
	Mujer	-0.265	117	0.004
Satisfacción Laboral vs Salud General	Negrín	-0.218	91	0.038
	Insular-Materno	-0.269	52	0.05
Satisfacción Laboral vs Salud General	Grado Enf.	-0.378	91	0.002
	TCAE	-0.118	52	0.4032
Satisfacción Laboral vs Salud General	[29-38]	-0.236	49	0.10
	[39-47]	-0.219	48	0.13
	[48-64]	-0.189	46	0.208

Tabla 32. Relación entre Satisfacción Laboral y Salud General

Posteriormente se puede observar en las gráficas la relación entre las variables es negativa y por tanto se puede ver un gráfico decreciente. En cuanto al género existe un predominio de mujer y por ellos el gráfico es más

estable, con respecto a los grupos de edad se observan pocas variaciones en el gráfico. (figura 11)

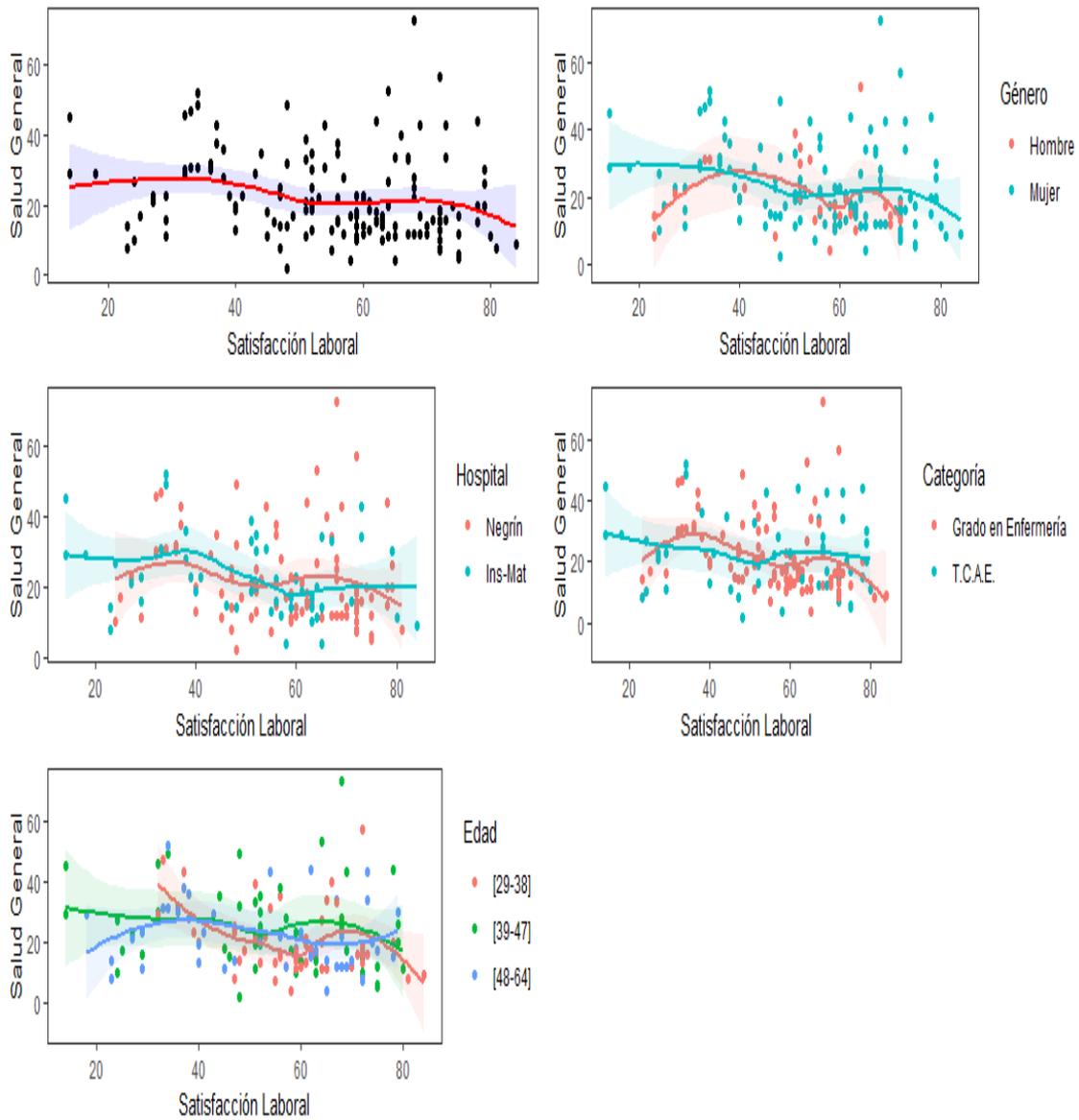


Figura 11. Relación entre la Salud General y Satisfacción Laboral por Género, Hospital, Categoría y Edad

Relación entre las variables Estrés y Salud General

Como la relación es positiva y moderada, siendo el valor rho 0.683 cuanto mayor es el Estrés Percibido, mayor es la puntuación de la Salud General, lo que implica que peor es la salud general. Además es significativa $p=0.001 < 0.005$ (tablas 33)

Variables	Desglose	Rho-Spearman	N	p-valor
Estrés percibido vs Salud General	Todos registros	0.683	143	< 0.001
	Hombre	0.702	26	< 0.001
Estrés percibido vs Salud General	Mujer	0.685	117	< 0.001
	Negrín	0.641	91	< 0.001
Estrés percibido vs Salud General	Insular-Materno	0.710	52	< 0.001
	Grado Enf.	0.697	91	< 0.001
	TCAE	0.658	52	< 0.001
	[29-38]	0.608	49	< 0.001
Estrés percibido vs Salud General	[39-47]	0.71	48	< 0.001
	[48-64]	0.741	46	< 0.001

Tabla 33. Relación entre Estrés Percibido y Salud General

A continuación se puede observar que en las gráficas que la relación entre las variables es positiva y por tanto se puede ver un gráfico ascendente. En cuanto al género existe un predominio de mujer y por ello el gráfico es más estable, con respecto a los grupos de edad se observan pocas variaciones en el gráfico entre grupos. (figura 12)

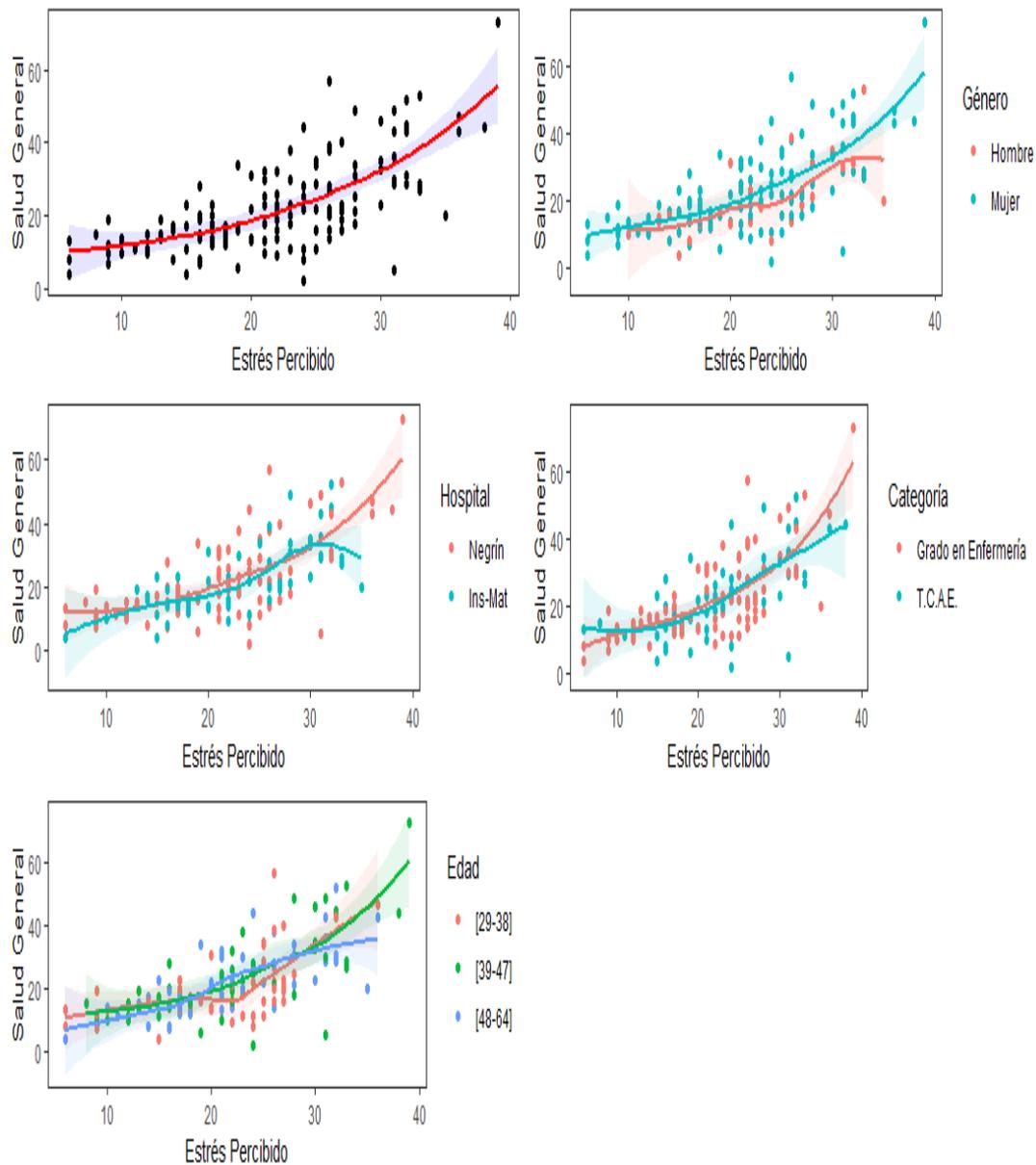


Figura 12. Relación entre la Salud General el Estrés Percibido por Género, Hospital, Categoría y Edad

A modo de resultados finales hemos agrupando los valores del instrumento Salud general (GHQ28) en los cuatro subgrupos:

Síntomas somáticos, de origen psicológico, como fatiga, cansancio, dolores de cabeza, malestar general, etc.

Ansiedad e insomnio, como problemas de despertares frecuentes, irritabilidad, problemas de conciliar el sueño, etc.

Disfunción social, como desarrollo organizado del trabajo, capacidad de toma de decisiones, etc.

Depresión grave, Incluyen síntomas depresivos hasta la idea suicida.

Se puede observar que los tres primeros grupos tienen la misma mediana, un valor de 6 y el último grupo un valor 0, siendo los valores próximos al 0 los mejores, se traduce que la mayoría no presenta síntomas de depresión grave.

(tabla 34)

Síntomas somáticos	
N	143
Media	7.09
Desv. tip	4.46
Min	0
P25	4
P50	6
P75	11
Max	20
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Ansiedad e insomnio	
N	143
Media	7.74
Desv. tip	5.31
Min	1
P25	4
P50	6
P75	11
Max	22
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Disfunción social	
N	143

Media	6.08
Desv. tip	2.19
Min	0
P25	5
P50	6
P75	7
Max	13
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Depresión grave	
N	143
Media	1.62
Desv. tip	3.01
Min	0
P25	0
P50	0
P75	2
Max	19
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001

Tabla 34. Estadística Descriptiva de la Salud General (GHQ28) en agrupaciones

En este apartado, como todas las subescalas están compuestas por 7 ítems, se pueden comparar las medias de cada subescala, entonces la mayor es ansiedad e insomnio (7.74) y la menor la depresión grave (1.62). (tabla 35)

Salud General	Nº de Ítems	Media
Salud General (28 ítems)	28	22.53
Síntomas somáticos	7	7.09
Ansiedad e insomnio	7	7.74
Disfunción social	7	6.08
Depresión Grave	7	1.62

Tabla 35. Estadística Descriptiva de la Salud General (GHQ28), medias

En referencia a la herramienta de Satisfacción (S10/12), Agrupando los valores en satisfacción en:

“Satisfacción con la supervisión o superiores” (ítems 5, 6, 7, 8,9 y 10), con ítems que indagan sobre aspectos como “las relaciones personales con sus superiores” o “la supervisión que ejercen sobre usted”, entre otros.

“Satisfacción con el medio y ambiente de trabajo, su entorno físico, características del mismo y espacios existentes” (ítems 1, 2, 3 y 4). En este factor se presentan ítems que investigan sobre “la limpieza, higiene y salubridad de su lugar de trabajo” o “el entorno y espacio de que dispone en su lugar de trabajo”

“Satisfacción con las prestaciones recibidas en el ámbito laboral” (ítems 11 y 12), busca información sobre aspectos como “el grado en que su empresa cumple convenios, disposiciones y leyes laborales”

Se obtiene que la mayor satisfacción es con el supervisor, con una mediana de valor 30, le sigue la satisfacción de ambiente y como menor satisfacción o mayor insatisfacción las prestaciones recibidas por los trabajadores por parte de la empresa. (tabla 36)

Satisfacción Supervisión	
N	143
Media	28.08
Desv. tip	9.6
Min	6
P25	23
P50	30
P75	36
Max	42
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001
Variable: Satisfacción Ambiente	
N	143

Media	18.56
Desv. tip	4.92
Min	6
P25	15
P50	19
P75	22
Max	28
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	0.011
Variable: Satisfacción Prestaciones	
N	143
Media	8.36
Desv. tip	3.32
Min	1
P25	6
P50	9
P75	11
Max	16
Test de Normalidad Shapiro-Wilk	<0.001

Tabla 36. Estadística Descriptiva de la Satisfacción (S10/12) en agrupaciones

En esta herramienta como las subescalas tienen diferente número de ítems, no se pueden comparar las medias directamente. Por lo que para igualar, divido la media entre el número de ítems. (tabla 37)

Satisfacción Laboral	Nº Ítems	Media	Media/nº de Ítems
Satisfacción Laboral	12	55	
Satisfacción supervisión	6	28.07692	4.679487
Satisfacción ambiente	4	19.55944	4.63986
Satisfacción prestaciones	2	8.363636	4.181818

Tabla 37. Estadística Descriptiva de la Satisfacción (S10/12), medias

En cuanto al Cuestionario sobre el Estrés (PSS), no se divide en grupos se obtiene una media de 21.79% y se divide en 12 ítems.

4.5. EN RELACIÓN AL TAMAÑO DE LA MUESTRA

A continuación exponemos la relación entre el nº de ítems por constructo y tamaño de la muestra. (figura 13)

Tabla 4. *Relación entre número de ítems por constructo y tamaño de muestra*

Ítems en el test, o constructo en un cuestionario. ("n")	Regla en cuanto a cuestionarios por ítem	Tamaño de la muestra. Usaremos símbolo "m", ya que la "n" ya se usó en ecuación previa
20 ítems	Entre 5 y 20 sujetos, observaciones o encuestas por ítem	Entre 100 y 400 sujetos o encuestas.
10 ítems o menos	10 sujetos por ítem (Tamaño similar a un análisis factorial exploratorio)	Máximo 100 encuestas sería el tamaño ideal

Fuente: Cervantes (2005)

Figura 13. *Relación entre el número de ítems por constructo y tamaño de la muestra*

Teniendo en cuenta los requisitos para que la muestra sea representativa, podemos observar que estos se cumplen en las siguientes tablas. (tabla 38) (tabla 39)

Cuestionario	Número de Ítems	Tamaño de la muestra óptimo	¿Se cumple?
Satisfacción Laboral	12	Entre $12 * 5$ y $12 * 20$ → Entre 60 y 240	Si
Estrés Percibido	14	Entre $14 * 5$ y $14 * 20$ → Entre 70 y 280	Si
Salud General	28	Entre $28 * 5$ y $28 * 20$ → Entre 140 y 560	Si

Tabla 38. *Tamaño de la muestra a estudio*

Donde alfa = 0.05 y beta = 0.02

$$n = \left(\frac{z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta}}{\frac{1}{2} \ln \left(\frac{1+r}{1-r} \right)} \right)^2 + 3$$

Variables	Rho	Tamaño de la muestra óptimo	¿Se cumple?
Satisfacción Laboral vs Estrés Percibido	-0.233	143	Si
Satisfacción Laboral vs Salud General	-0.245	129	Si
Estrés Percibido vs Salud General	0.683	15	Si

Tabla 39. Requisitos de la muestra a estudio



5. Discusión



5. DISCUSIÓN

Llegados a éste punto y expuestos los resultados recogidos en el apartado anterior se procede a analizarlos y dar respuestas a las cuestiones formuladas a lo largo del estudio. En los resultados hemos mostrado las variables sociodemográficas y laborales, el nivel de salud general, satisfacción laboral y estrés percibido y su asociación. Estos factores influyen de manera significativa en el estado de los trabajadores, como expone también la bibliografía referenciada. Los resultados presentan algunas similitudes con otros estudios, pero diferenciados al estar sólo incluidos en la muestra personal de área quirúrgica, esta diferencia en el lugar de trabajo es la que nos hizo plantearnos este estudio.

Además de exponer las limitaciones del estudio y hacer mención a las posibles futuras líneas de investigación.

Del total de la muestra a estudio (n=457), personal sanitario Enfermeros/as (A.T.S., D.U.E., Grado) y Auxiliares de enfermería (Técnicos auxiliares de enfermería, TCAE). Este número es la sumatoria del personal, que ha sido aportado por los supervisores de enfermería de ambos hospitales, mediante la sumatoria de cada una de las áreas (Quirófano, URPA, REA y CMA). Se han obtenido 151 encuestas auto cumplimentadas, a las que se le ha aplicado los criterios de inclusión y exclusión quedando un total de 143 cuestionarios válidos como tamaño final de la muestra a estudio.

Para analizar este apartado nos hemos basado en el artículo de “los tamaños de las muestras en encuestas de las ciencias sociales y su repercusión en la generación del conocimiento” (Rositas, J. 2014).

La técnica de muestreo empleada ha sido por conveniencia, seleccionando a los individuos que voluntariamente accedieron, que estaban en sus puestos de trabajo, dentro del periodo estimado de dos semanas en cada servicio.

Aplicando la fórmula para estimación de la muestra se ha podido determinar que el tamaño de la muestra es óptimo con relación al universo de la muestra.

Del total de la población a estudiar, 457 sujetos, 239 formaban parte de Hospital Universitario Doctor Negrín y 218 del Complejo Hospitalario Universitario Materno-Insular.

El porcentaje de respuesta es del 31.29% dato similar al de Gray (2008) de un 31.4%, 45.4% en el estudio de Martín (2006), 47.8% en estudio de Grau (2005), aunque hay estudios similares, hay otros donde este porcentaje es mucho mayor, pero hay que tener en cuenta que la población a estudio por la limitación geográfica sólo asciende a 457 sujetos.

En el último ítem, podemos observar que el 13.99% ha estado de baja laboral en los últimos 6 meses, frente al 86,01%.

En cuanto a los factores sociodemográficos, podemos afirmar que, como se expuso en los capítulos anteriores, se muestra el interés de los factores sociodemográficos del trabajador, ya que estos en diferente medida afecta al desempeño de las labores de Enfermería y T.C.A.E.

En el presente estudio se obtuvieron los siguientes datos, con respecto al grupo de edad predominantes es el situado entre 29 y 38 años con un 34.27%,

el 81.82% son mujeres, frente al 18.18% de hombres, este dato se extrapola a todas las áreas dentro de las profesiones de Grado de Enfermería y T.C.A.E., siendo profesiones con claro predominio del género femenino. Como se puede observar en los resultados, las mujeres muestra un menor nivel de salud, que los hombres (figura 12), este aspecto es de interés debido a su mayoría y en la investigación “Evaluación del Estrés Laboral y sus consecuencias en trabajadores del sector sanitario. Una perspectiva de género” (Llorca-Rubio, José Luis, 2017), se comprobó que los efectos sobre la salud, la asociación entre variables “Conflicto-trabajo familiar” es un factor diferenciador entre ambos géneros, siendo para la muestra de mujeres los predictores más importantes y llegando a la conclusión de que el sector sanitario no se encuentra adaptado a las características emocionales de las mujeres debido sobre todo a las técnicas de liderazgo llevadas a cabo.

El 60.84% de los sujetos están casados o con pareja y el 67.83% tienen hijos. El 33,57%, la mayoría no tiene hijos, el 31.47% tiene dos, el 27,97% tiene uno, el 6,29% tiene tres y el 0.7% tiene cuatro. Según el Instituto Nacional de Estadística “el indicador Coyuntural de Fecundidad por provincia, Las Palmas, según orden de nacimientos, hijos por mujer en 2017 es de 1.05 hijos y en 2018 es de 0.99 hijos”. La media en el grupo de mujeres Enfermeras es 0.959 hijos y en el de Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería es de 1.5 hijos. Se puede observar que este número en Enfermería es significativamente menor y en Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería es superior.

De los sujetos que participaron el 63.64% fueron Grado de Enfermería y el 36.36% T.C.A.E. El 76.22% estudio en La Provincia, mientras que el 23.78% en

otra distinta, Con respecto a la comunidad autónoma de nacimiento el 86.01% nació en Canarias y el 13.99% en otra diferente.

Referente a los años de experiencia la media es de 17.8 años y el tiempo de antigüedad 10.04 años. Este resultado es similar al estudio de Cabana Salazar, J.A. (2009), donde se afirma que la antigüedad es debida al que el personal tiene que estar bien capacitado y requieren años de preparación.

Haciendo mención a los Servicios, el 71.33% de los participantes trabajan en Quirófano el 18.08% en R.E.A., el 8.39% en U.R.P.A. y el 4.2% en C.M.A. Cabe mencionar un Estudio de Satisfacción Laboral y Estrategias de Cambio de las enfermeras en los Hospitales Públicos de Badajoz y Cáceres (Pablos González, M., 2016), que expone como resultado que en Las Unidades Quirúrgicas, de los hospitales con mayor número de camas y enfermeras presentan un mayor estrés.

Según el tipo de contrato, el 34.97% es fijo, 32.87 eventual, el 24.48% interino y el 7.69% sustituto. Comparando con otro estudio, (Díaz Oviedo, A., 2013) muestra que el 43.7% no tiene un puesto estable y en este estudio es más elevado un 65.03% y no dispone un contrato laboral fijo, dato muy relevante, ya que el tipo de contrato origina una estabilidad laboral y personal de gran envergadura en los trabajadores. Este porcentaje es tan elevado debido a que las oposiciones que se han realizado en la Comunidad, han estado muy distanciadas en el tiempo siendo la última convocatoria en el 2007 y resuelta en el 2019. Por lo que genera inestabilidad laboral además a este punto se suma la crisis económica que se generó en el país de 2008-2014 y que afecto a todos los sectores laborales.

Señalando la rotación de puesto, el 55.24% trabaja en el mismo puesto, 37.06% rota dentro de la unidad, 7.69% rotan por otras unidades. El personal que rota es elevado 44.76%, y no hemos encontrado estudios que relacione la rotación del puesto del trabajo con el estado de bienestar personal, estrés y satisfacción laboral, por ello se aportan estos datos que podrían ser comparados con futuros estudios. Señalamos un estudio “Satisfacción Laboral, Rendimiento y Rotación: un estudio longitudinal a nivel de la unidad de trabajo” (Diego Rosell, P. 2013) de 13 unidades de trabajo distintas, cuyo análisis de los resultados confirma la existencia de un efecto de prioridad causal del rendimiento sobre la satisfacción a nivel agregado, la cual a su vez, es un recurso de indicadores de efectividad organizacional, como el compromiso organizacional y la rotación. Aunque existen fundamentos teóricos para pensar en la existencia de un efecto mediador de la antigüedad y la presión por producir, el análisis de los resultados no prueba la existencia de estos efectos.

Teniendo en cuenta la distancia del hogar al puesto laboral el 29.37% es menor de 5 km, 26.57% es entre 6 y 15 Km, el 23.08% es entre 15 y 25 Km, y el 20.98% es superior a 25 Km. En el desempeño de las labores del hogar el 55.24% las comparte con otra o más personas y el 44.76% las realiza personalmente. Con respecto a otro puesto laboral el 95.1% no realiza otro trabajo y el 4.9% sí.

En cuanto al grado de participación, el hospital que participó más fue el Hospital Universitario Doctor Negrín con un 63.64%, mientras que en el Complejo Hospitalario Universitario Materno-Insular fue un 36.6%. En

referencia a la unidades la que más participación presentó fue quirófano con un 71.33%, seguido REA con un 16.08%, URPA con 8.39% y CMA 4.2%.

Teniendo en cuenta los factores sociodemográficos y laborales existe un estudio que analiza la importancia del contexto del trabajo (Lee y Akhtar, 2011) donde sus resultados demuestran que los factores sociodemográficos y laborales influyen en la calidad laboral.

En referencia al cuestionario utilizado de GHQ28 de Goldberg y Hillier (1979), según la adaptación de Lobo, Pérez Echevarría y Antal (1986), para medir el bienestar psicológico de la muestra nos indica en sus 28 ítems, las siguientes dimensiones. “síntomas somáticos”, “angustia e insomnio”, “disfunción social” y “depresión grave”, pudiendo obtener una puntuación máxima de 21 en cada dimensión, teniendo en cuenta que cuanto más puntuación, menos bienestar psicológico.

Existen muchos estudios previos que relacionan la salud psicológica y el estrés entre ellos Cohen et al., (1993). En su estudio, sujetos saludables fueron expuestos intencionalmente a un virus del resfriado común, se pusieron en cuarentena y se monitorearon para el desarrollo de una enfermedad clínica verificada biológicamente. De acuerdo con la hipótesis de que el estrés psicológico aumenta la susceptibilidad a los agentes infecciosos, las puntuaciones más altas en cada una de las 3 escalas de estrés se asociaron con un mayor riesgo de desarrollar un resfriado.

Fernández y Sheffield (1996) investigaron dolores de cabeza relacionados con el estrés psicológico. Los resultados revelaron que tanto la

frecuencia como la intensidad del dolor de cabeza se predijeron significativamente por los problemas diarios, en particular, la gravedad promedio de estos problemas. En estos estudios se demuestra que existe relación y que el estrés influye en el nivel de salud al igual que en nuestro estudio se intenta establecer la relación, pero de manera general, por lo que se debería de indagar más en este sentido, ya que una investigación tan minuciosa incluiría cuestionarios más extensos y dificultaría su cumplimentación.

En relación a la satisfacción laboral, el cuestionario utilizado es el (S10/12) de Meliá y Peiró (1989), realizado a partir del Cuestionario General de Satisfacción en Organizaciones Laborales (S4/82) de Meliá y Peiró y Calatayud (1986). En nuestro estudio, la mayoría de los sujetos presentan satisfacción laboral, aunque esta no alcanza su totalidad por lo que se debería de intervenir en este sentido. Hay un estudio "Estudio de Prevalencia, Factores de Riesgo del Síndrome de Burnout y Encuesta de Satisfacción Laboral en Personal Sanitario de un Área de Salud de la Región de Murcia" (Egea, E., 2015), dónde a pesar de existir una alta prevalencia de burnout, la encuesta de satisfacción laboral reflejaba que los profesionales sanitarios del Área de Salud estudiada consideran que su nivel de satisfacción es bueno, especialmente, en cuando a la relación con los compañeros. Este estudio nos hace pensar que aunque las condiciones laborales sean precarias, el personal intenta realizar el desempeño de su labor lo mejor posible y esto repercute en su satisfacción personal. Otro estudio presenta también una discrepancia con nuestros resultados (Solano, S.

2010), dónde los resultados del estudio en su mayoría de ítems, demuestran que las personas están satisfechas, sin embargo a pesar de esto llama la atención que un porcentaje alto desee trabajar fuera del país.

Otro estudio (Gómez Cantorna, C. 2013) menciona que el no estar satisfecho con la capacidad de conciliación del trabajo con la vida familiar, hace que la persona aumente su nivel de Cansancio Emocional. Además en nivel de Cansancio Emocional y la Despersonalización están relacionadas con la presencia de Estrés.

Aunque nuestro estudio presenta que el nivel de Satisfacción Laboral tiene una relación negativa con el Estrés Laboral y el nivel de Salud General, Roth, E, y Pinto, B., (2010) concluyó que la Satisfacción laboral se correlaciona positivamente con la variable “Realización personal” y negativamente con la “Despersonalización” y el “Agotamiento emocional”, factores que en cierta medida favorecerían el Estrés Laboral por lo que sus resultados se podrían comparar positivamente con este estudio.

En cuanto al nivel de satisfacción entre hombres y mujeres no hay diferencias significativas entre ambos grupos, con un resultado de p -valor=0.428, p_{50} =55.5 y 59% respectivamente. Para medirlo se ha usado el test no paramétrico de la U-Mann-Whitney. Éste resultado es similar al estudio, “Condiciones de Trabajo, Satisfacción Laboral y Calidad de la Vida Laboral en Educación y Sanidad” (Rodríguez Jarabo, B, 2016) donde las mujeres no tienen ni mejor ni peor Satisfacción Laboral que los hombres y no hay diferencias significativas entre los dos sectores estudiados.

Diferenciando la satisfacción laboral por grupos de edades los más satisfechos son el grupo de edad comprendido entre [29-38], con mediana (P50) de 60%, luego [48-64] y [39-47]. Las diferencias no son significativas.

En un estudio sobre “Elaboración y valores de un Cuestionario para el estudio de la satisfacción laboral y absentismo en personal sanitario” (González Solana, I., 20014), presenta en los profesionales el porcentaje más elevado en “satisfacción”, al igual que en nuestros resultados. En esta investigación elaboraron y validaron un cuestionario propio, específico y adecuado a la muestra, lo que nos induce a pretender, como futura línea de investigación, elaborar igualmente una herramienta adecuada al área quirúrgica hospitalaria.

Cabe señalar que España está saliendo de la crisis económica que azotó nuestro país entre 2008-2014 y aunque en nuestro estudio no exista un nivel alto de insatisfacción, hay uno realizado (Álvarez Gómez, L, Mori Vara, P., y Gómez Sánchez M.C., 2019) que presenta, que de las 1.346 enfermeras que participaron, la satisfacción laboral era de grado medio y se asociaba negativamente al grado de burnout y concluyeron que los profesiones de Enfermería consideran que la crisis económica ha repercutido negativamente en la profesión. A modo de comparación hay un estudio que evaluó la satisfacción laboral de los profesionales de enfermería españoles que trabajaban en hospitales ingleses (Ruzafa Martín, M., Madrigal Torres, M. Valendrino Nicolás, A. y López Iborra, L. 2008) e incluyó a todo el personal de enfermería español que en abril de 2003 tenía contrato laboral en algún hospital inglés, dado como resultado un nivel medio de satisfacción global, siendo las dimensiones con una satisfacción laboral más baja la satisfacción por el trabajo y la competencia profesional.

En cuanto a la Satisfacción Laboral, la mediana se sitúa en 58%, siendo el valor mínimo 12%, el nivel máximo de insatisfacción y el mayor 84% como mayor nivel de satisfacción, la mediana se acerca más al mejor valor y esto se traduce en que la mayoría de los sujetos presentan buenos niveles de satisfacción laboral, al igual que el estudio de “Inteligencia emocional percibida y su relación con la satisfacción laboral de los profesionales de enfermería del servicio de centro quirúrgico del H.D.A.C. TACNA” (Chambilla, K.M.C., 2016) cuyos resultados indican que las enfermeras tienen un adecuado nivel de inteligencia emocional en sus tres dimensiones: atención, claridad y reparación, el nivel de la inteligencia emocional global es medio con 82% y el nivel de satisfacción laboral global es alto 82%, concluyendo que la inteligencia emocional percibida se relaciona significativamente con la satisfacción laboral.

En este estudio se relacionaba que un buen manejo de las situaciones fatigantes mediante la inteligencia emocional, da como resultado menos cansancio, menos síntomas de enfermedad, salud emocional, mejor manejo de las necesidades del paciente y mayor satisfacción laboral.

Aunque este estudio dio como mediana de la Satisfacción Laboral un 58%, este valor difiere del resultado del estudio sobre “Influencia del género y edad: satisfacción laboral de profesionales sanitarios” (Carrillo, Solano, Martínez y Gómez, 2013) cuyo resultado fue 77.2% de Satisfacción Laboral, por otro lado, al igual que en nuestro estudio en relación al género se evidencia la feminización. En cuanto a la satisfacción por edades, nuestro estudio se asemeja a su estudio siendo las edades de mayor satisfacción las comprendidas entre 20 y 30 años.

En el apartado del Estrés Laboral los valores mínimos y máximos de este test son 6 y 39. Los percentiles son P25 17, P50 22 Y P75 27. La media es de 21,79 y la desviación típica 7,26. Con respecto a la mediana el valor 0% es el mejor valor, ya que se interpretaría como menor estrés y el valor máximo 56%, como el máximo nivel de estrés, la mediana se sitúa en 22% por lo que se interpreta que tienen un nivel bajo de estrés, pero se tendría que intervenir en él para aproximarlos al menor nivel posible.

El test de Normalidad de Shapiro–Wilk da como resultado una significación estadística ($p < 0.337$). El Alfa de Cronbach obtenido ha sido bueno (0.83) con respecto a todos los ítems.

Existe un estudio sobre el Síndrome de Burnout en Profesionales de Enfermería de Cuidados Paliativos del País Vasco (Martínez, M. y col., 2009) donde se realiza una comparación entre las enfermeras de Cuidados Paliativos y un grupo control de enfermeras de los mismos hospitales, pero en otras unidades de hospitalización y, como conclusión, aportó que los niveles “síndrome de estar quemado” de las enfermeras de los dos grupos eran similares. En nuestro estudio no se llegó a comparar con otras unidades, en contraposición un estudio indica que el personal de Enfermería tiene mayor estrés en este tipo de unidades específicas (Gómez Cantora, C. 2013). Para minimizar el estrés un estudio (Arrogante Maroto, O., 2016), refiere que el entrenamiento de estrategias de afrontamiento de estrés facilitaría a los profesionales enfermeros amortiguar y minimizar las consecuencias negativas de estrés laboral, siendo lo más perjudicial para los mismos la aparición del síndrome de burnout.

En referencia a la diferenciación según sea el ámbito laboral cabe mencionar el estudio “Validation of moral distress instrument in nurse of primary health care” (Barth, P.O, Souza, F.R., Devos, E.L., de Lima, G., y Ghizoni, D. 2018) donde los resultados muestran que el instrumento es capaz de identificar los factores que desencadenan la angustia moral en las enfermeras de atención primaria, cuya limitación era el hecho de ser el primero en aplicarse y junto a otros sirve de precedente para la especificación según el ámbito laboral.

Hay un estudio actual “Factores laborales estresantes en el profesional de Enfermería y su influencia en la percepción de calidad de la atención a los pacientes del servicio de hospitalización clínica de Hospital General IESS Quito Sur, Quito” (Irazabal, E.M., Leano, C.E., 2019), en el que, aunque utilizaron otras herramientas para medir, las adaptaron y los resultados fueron específicos y hablan de la impotencia ante el caso de un paciente que no presenta mejoría, escasez de personal y dificultades al trabajar con un enfermero/a o enfermeros/as en particular, de su propia unidad.

Otro estudio que relaciona los estresores laborales y la percepción de la autoeficacia del cuidado humanizado (Cabañas, I. y Delgado, J., 2016), evidenció que en su muestra la variable de percepción de autoeficacia del cuidado humanizado era considerada como media y en ningún miembro de la población llegó a tener una percepción alta. Este resultado nos deriva a que el estudio del estrés laboral, al igual que el de la satisfacción laboral y el bienestar personal, tiene como importancia su medición, ya que dependerá de la generalidad que queramos medir o el nivel de especificidad (López Montesinos, 2009).

5.1. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En esta investigación hemos identificado varias limitaciones relacionadas con el diseño.

La limitación más importante es el tamaño muestral, aunque la muestra era significativa y cumplía los requisitos, se partía de una población pequeña y además, al ser voluntario no todos los individuos participaron, a este punto también se añaden las encuestas que fueron anuladas por criterios de exclusión. Se excluyó el personal que no esté trabajando en las unidades mencionadas en el momento de la recogida de muestras independientemente del motivo (vacaciones, baja, permiso, etc.), y aquellas que no cumplieron la temporalidad laboral exigida.

Otra limitación a la que nos hemos enfrentado fue en la búsqueda bibliográfica, en la que existe infinidad de estudios relacionados con Enfermería y las dimensiones estudiadas, pero estudios que relacionen área quirúrgica con Bienestar Psicológico, Satisfacción laboral y Estrés no se ha encontrado suficientemente en la documentación revisada.

5.2. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio, nos ha inspirado para expandir la investigación referente a las peculiaridades del área quirúrgica. Se podrían hacer investigaciones complementarias. Entre ellas podemos mencionar:

Investigar y crear una herramienta específica de medición del área quirúrgica, debido a que Enfermería está iniciando su camino hacia la especialización en estas unidades en concreto.

Estudiar sobre ratio enfermera y TCAE por paciente relacionado con el Estrés y Satisfacción Laboral, en estas unidades en concreto.

Analizar sobre nuestra muestra, qué tipos de bajas laborales tiene en personal de Grado de Enfermería y T.C.A.E. y si se relacionan con estado de Bienestar Psicológico y Estrés Laboral.

Aplicar el estudio inicial a todo el personal dentro de área quirúrgica y comprobar si la relación entre categorías afecta al Bienestar Psicológico, Satisfacción laboral y Estrés.

Analizar que estrategias de afrontamiento del estrés serían de especial interés y de más beneficio para el entorno quirúrgico.



6. Conclusiones



6. CONCLUSIONES

En el presente estudio el nivel de Bienestar Psicológico es óptimo, la media es 55 y la mediana total es del 19%, teniendo en cuenta que el menor valor es 0% siendo este el mejor nivel de salud general y el mayor 84% siendo el peor nivel de salud, los sujetos presentan muy buen estado de salud general, ya que su valor se aproxima mucho más al 0%. Aunque se podría mejorar aumentando la Satisfacción Laboral y disminuyendo el Estrés Laboral mejorando factores sociolaborales.

En cuanto a la Satisfacción Laboral, la mediana se sitúa en 58% siendo el valor mínimo 12%, el nivel máximo de insatisfacción y el mayor 84% como mayor nivel de satisfacción, la mediana se acerca más al mejor valor y esto se traduce en que la mayoría de los sujetos presentan buenos niveles de satisfacción laboral, aunque esta no alcanza su totalidad por lo que se debería de intervenir en este sentido.

Con respecto al Estrés Laboral, se presenta en la mediana el valor 0%, es el mejor valor, ya que se interpretaría como menor estrés y el valor máximo 56%, como el máximo nivel de estrés, la mediana se sitúa en 22% por lo que se interpreta que tienen un nivel bajo de estrés, pero se tendría que intervenir en él para aproximarlos al menor nivel posible. Entre las tres dimensiones se puede observar que ésta es donde el nivel es más elevado.

Respecto a la asociación de variables dependientes con las independientes, o sociolaborales y demográficas, existe una clara relación

entre las variables dependientes y las variables sociolaborales, las características individuales de cada trabajador como el género, experiencia laboral, edad, afectan significativamente a las variables dependientes de la Salud General, Satisfacción laboral y Estrés percibido.

En la relación satisfacción laboral y estrés por grupos de edad la relación entre el grupo [29-38] es menor que en los otros dos grupos de edad [39-47] -0.24 y [48-64] -0.259 y entre hombres y mujeres la relación es superior en hombres.

Referente a la relación salud genera y satisfacción laboral aunque en el gráfico aparentemente se vean similares, enfermería presenta una rho-Spearman de -0.369 y -0.140 auxiliares y por grupos de edad la relación es significativamente menor en el grupo [48-64] que en los otros dos

Finalmente entre las variables dependiente, estrés percibido y salud general, es mayor en mujeres que en hombres.

6.1. CONCLUSIÓN FINAL

Como conclusión, es importante aportar los resultados a los Hospitales y analizar cómo se podría dar mejora a las dimensiones estudiadas, desarrollando estrategias que disminuyan el Estrés Laboral y fomenten el Bienestar Psicológico y Satisfacción Laboral.

En nuestra opinión se debería realizar controles periódicos de estos factores en las reuniones de las unidades, y aportar un epígrafe dónde el personal de forma anónima pueda redactar las carencias encontradas en su puesto de trabajo, que inciden en sus estados de bienestar laboral, estrés y niveles de satisfacción de su puesto laboral.



La finalidad es mejorar el entorno del profesional, que a su vez de traduce en una mejor calidad asistencial al paciente/cliente, razón de ser de nuestra profesión.

7. Referencias

Bibliográficas



7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adriaenssens, J., De Gucht, Y., and Maes, S. (2015). *Determinants and prevalence of burnout in emergency nurse: A systematic review of 25 years of research*. International Journal of Nursing Studies, 52(2), 649-661. (Consulta 22 de febrero 2017). En: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25468279>

Aguado Martínez, J.I., Bátiz Cano, A. y Quintana Pérez, S. (2013). *El estrés en personal sanitario Hospitalario*. Med.segur. trab. Vol. 59 nº 231 Madrid. (Consulta: 22 febrero 2017). En: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2013000200006

Ahmadi, O., Azizkhani, R., and Basravi, M. (2014). *Correlation between workplace and occupational burnout syndrome in nurse*. Advanced Biomedical Research, 3: 44. (Consulta 8 noviembre 2014). En: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3949345/>

Albendín, L., Gómez, J.L., Cañadas-de la Fuente, G.A., Cañadas G.R., San Luis C., y Aguayo R. (2016). *Prevalencia bayesiana y niveles de burnout en enfermería de urgencias. Una revisión sistemática*. Revista Latinoamericana de Psicología Volumen 48(2). Pág. 137-145. (Consulta 23 de febrero 2017). En: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120053415000394?via%3Dihub>

Almedom, A.M., & Glandon, D.M. (2007). *Resilience is not the Absence of PTSD any More than Health is the Absence of Disease*. Journal of Loss and

Trauma: International Perspectives on Stress & Coping, 12, 127-143. (Consulta 10 febrero 2017). En:

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15325020600945962>

Álvarez Gómez, L., Mori Vara, P., y Gómez Sánchez, M.C. (2019). *Síndrome de burnout y satisfacción laboral en enfermeras españolas en tiempo de crisis económica*. Metas de Enfermería. 22(4):80-58. (Consulta: 11 de junio 2019).

En: <https://medes.com/Public/ResumePublication.aspx?idmedes=142585>

Anderson, N.B. (1998). "Levels of Analysis in Health Science: A Framework for Integrating Social Behavioral and Biomedical Research," Annals of the New York Academy of Sciences, Vol. 840, pp. 563-576.

Andreu, J.M. (2009). *Propuesta de un modelo integrador de la agresividad impulsiva y premeditada en función de sus bases motivacionales y socio-cognitivas*. Psicopatología Clínica Legal y Forense, Vol. 9 pp. 85-98

Anieței, M., Stoica, I. & Samsonescu, M. (2013). *Particularities of personality traits and perceived stress at workplace*. For the young workers un Romania, 84, 1010-1014.

American Psychological Association. (Consulta: 22 de febrero de 2017). En: <https://www.apa.org/centrodeapoyo/estres-cronico.aspx>

Apeksha Gulavani, Mahadeo Shinde (2014). *Occupational Stress and Job Satisfaction among Nurses*. International Journal of Science and Research (IJSR). Volumen 3 Issue 4.

Aradilla Herrero, A., (2013). *Tesis doctoral: Inteligencia Emocional y variables relacionadas en Enfermería*. Universitat de Barcelona. (Consulta: 22 de febrero de 2017) En:

http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/44992/1/ARADILLA_TESIS.pdf

- Arrogante, O.** (2016). *Estrategias de afrontamiento al estrés laboral en Enfermería*. Metas de Enfermería, nº 10 volumen 19. (Consulta: 15 de febrero de 2017). En: <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/81011/>
- Augusto, J.M. y Martínez, R.** (1998). *Afrontamiento del estrés y salud: panorama actual de la investigación*. Boletín de Psicología. 58. 31-48
- Bajo, Y., González, R.** (2014). *La salud emocional y el desarrollo del bienestar enfermero*. Metas de Enfermería 17(10): 12-16. (Consulta: 21 de febrero de 2017). En: <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80677/>
- Baoyue, L., Bruyneel, L., Sermeus, E., Van den Heede, K., Matawie, K., Aiken, L., Lesaffre, E.,** (2013). Group-level impact of work environment dimensions on burnout experiences among nurse: a multivariate multilevel probit model. Int. J. Nurs. Stud. 50, 281-291. (Consulta 11 febrero 2017). En: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748912002234?via%3Dihub>
- Barth, P., Souza, F.R., Devos, E.L., de Lima, G., Ghizoni, D.** (2008). *Validation of a moral distress instrument in nurses of primary health care*. Rev. Latino-A., Enfermagem vol. 26. (Consulta 16 julio 2018). En: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100320&lang=es
- Baum, A. y Posluszny, D.** (1999). "Health Psychology: Mapping Biobehavioral Contributions to Health and Illness." Annual Review of Psychology, Vol. 50, pp. 137-163.
- Benavides, F.G., Merino-Salazar, P., Cornelio, C., ... Vices, A.** (2016). *Cuestionario básico y criterios metodológicos para las Encuestas sobre*

Condiciones de Trabajo, Empleo y Salud en América Latina y el Caribe. Cad.

Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 32 Nº 9. (Consulta 13 febrero 2017). En:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000904004)

[311X2016000904004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000904004)

Biblioteca virtual de salud. São Paulo. (Consulta: 17 de noviembre de 2016).

En: <https://bvsalud.org/>

Billings, A.G. y Moos, R.H. (1981). *The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events*. Journal of Behavioral Medicine. 4. 139-157.

Bne.es. *Biblioteca Nacional de España*. Madrid. (Consulta: 7 de noviembre de 2016). En: <http://www.bne.es/es/Catalogos/>

Bonifacio Sandín, B. y Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE). Universidad Nacional de Educación a Distancia. *Revista Psicopatología y Psicología clínica*. Volumen 8 (1), pp. 39-54. (Consulta: 20 de febrero de 2016). En:

http://www.consejeria.net/uploads/3/4/1/6/34163570/cuestionario_afrontamiento_estrs.pdf

Bradley, H.B. (1969). *Community-based treatment for young adult offenders*. Crime and Delinquency . 15 (3): 359-370. ISSN 0011-1287. (Consulta 18 febrero 2016). En:

<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/001112876901500307>

Buendía, J. y Ramos, F. (2001). *Empleo, estrés y salud*. Madrid: Pirámide.

Caballero Rodríguez, K. (2002). *El concepto de “satisfacción en el trabajo” y su proyección en la enseñanza*. Profesorado, revista y currículum y formación

del profesorado, 6 (1-2). (Consulta 12 de diciembre de 2016). En:

<http://digibug.ugr.es/handle/10481/14984>

Cabana Salazar, J.A., García Ceballos, E., García García, G.,... Dávila Ramirez, R. (2009). *El síndrome de Burnout en el personal de una unidad quirúrgica*. Revista Médica Electrónica. V.31, N.3. (Consulta 19 de marzo 2016). En:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242009000300004

Cabaña, I. y Delgado, J. (2017). *Tesis: Estresores laborales y percepción de autoeficacia del cuidado humanizado en enfermeras(os), servicios de emergencia, Hospital III Yanahuara ESSALUD*. (Consulta: 15 enero 2018). En:

<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/4376/ENScaesid.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Caldera, M., Pulido, C., & Martínez, G. (2007). *Niveles de estrés y rendimiento académico en estudiantes de la carrera de Psicología del Centro Universitario de Los Altos*. Revista de Educación y Desarrollo, 7, 77-82.

Cámara N., Crretero J. Sánchez J., Reinia C.N. (2009). *Efectividad de una intervención cognitiva conductual para disminuir el estrés en los profesionales sanitarios de los dispositivos de emergencias extrahospitalarias del SUMMA 112*. (Consulta 20 febrero 2016). En:

<http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwjB6f6v84LjAhWeSEEAHdGKDtQQFjAAegQIABAC&url=http%3A%2F%2Fwww.nureinvestigacion.es%2FOJS%2Findex.php%2Fnure%2Farticle%2Fdownload%2F481%2F470%2F&usg=AOvVaw3DzEnBznLmvyBU0dR4GweL>

Cannon, W.B. (1929). *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear, and Rage*. Boston: C.T. Branford Co., Inc. (Consulta 19 febrero 2016). En: <https://archive.org/details/cu31924022542470/page/n37>

Cannon, W.B. (1935). *Stresses and strains of homeostasis*. Am. J. Med. Sci 189, pp. 1-14

Cano, A. (2002). *Evaluación Psicológica del Estrés Laboral*. (Consulta: de diciembre de 2016). En: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/estres_lab/evaluac.htm

Cañadas-De la Fuente, G.A., Vargas, C., San Luis, C., García, I., Cañadas, G.R. and De La Fuente, E.I. (2015). Risk factors and prevalence of burnout síndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies*, 52 (1), 240-249. (Consulta: 11 de diciembre de 2016). En: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748914001710>

Carver, C.S., Scheier, M.F. y Weintraub, J.K. (1989). *Assessing coping strategies: a theoretically based approach*. *Journal of Personality and Social Psychology*. 56. 267-283.

Carrillo, C., Solano, M.C., Martínez, M.E., y Gómez C.I. (2013). *Influencia del género y edad: satisfacción laboral de profesionales sanitarios*. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 21(6):1314-20. (Consulta: 12 de enero 2017). En: http://scholar.google.es/scholar_url?url=https%3A%2F%2Fwww.revistas.usp.br%2Frlae%2Farticle%2Fdownload%2F76055%2F79753%2F0&hl=es&sa=T&oi=ggp&ct=res&cd=0&d=8692005088779573714&ei=D3kWXbOwJrzQsQK1qbbIBg&scisig=AAGBfm0OXKvmwPtxlcN4bLH509ukqrSe1w&nossl=1&ws=1440x731&at=Influencia%20del%20g%C3%A9nero%20y%20edad%3A%20satisfacci%C3%B3n%20laboral%20de%20profesionales%20sanitarios&bn=1

Castaño AM. (2013). *Relación entre trabajo a turnos, estrés y rendimiento laboral en personal de enfermería*. Oviedo: Universidad de Oviedo

Cervantes, V.H. (2005). *Interpretaciones del coeficiente alpha de Cronbach*. Avances en Medición, 3, 9-28.

Chambilla, K.M.C. (2016). *Inteligencia emocional percibida y su relación con la satisfacción laboral de los profesionales de enfermería del servicio centro quirúrgico del H.D.A.C. TACNA*. Revista Médica Hospital Hipólito Unanue. Vol. 11, Nº1 (Consulta 26 junio 2018). En:

<http://www.revista.hospitaltacna.gob.pe/index.php/revista2018/article/view/5/4>

Chen, Chin-Huang; Wang, Jane, Yang, Cheng-San; Fan, Jun-Yu. (2016). *Nurse practitioner job content and stress effects on anxiety and depressive symptoms, and self-perceived health status*. Journal of nursing management . 24(5):695-704. (Consulta 11 diciembre 2016). En:

<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-27086775>

Chorot, P. y Sandín, B. (1994). *Life event and stress reactivity as predictors of cáncer, coronary heart disease and anxiety disorders*. International Journal of Psychosomatics 41:34-40

Cohen, S. and Williamson, G.M. (1988). *Perceived stress in a probability sample of the United States*. In: S. Spacapan and S. Oskamp (Eds.) The social psychology of health. Newbury Park, CA: Sage.

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). *A global measure of perceived stress*. Journal of Health and Social Behavior, 24, 385-396

Cohen, S., Tyrrell, D.A. y Smith, A.P. (1993). *Negative life events, perceived stress, negative affect and susceptibility to the common cold*. Journal of Personality and Social Psychology , 64 , 131-140.

- Crespo, M.** y Labrador, F.J. (2003). *Estrés*. Madrid. España. Síntesis editorial.
- Cruz de Paz, E.** (2014) Trabajo fin de Grado. *Estrés laboral y Síndrome de Burnout en los profesionales de enfermería de Atención Hospitalaria*. (Consulta: 10 de diciembre de 2016). En: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/5629>
- Cuiden plus** (1991). Granada. España. (Consulta 10 de diciembre de 2016). En: <http://www.index-f.com/new/cuiden/>
- Daley, M.** (1979). *Preventing worker burnout in child welfare*. Child Welfare, 58(7). 443-450
- De Hoyo Delgado, M.A.** (2004). Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo. (Consulta: 15 de noviembre de 2016). En: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FICHAS%20DE%20PUBLICACIONES/FONDO%20HISTORICO/DOCUMENTOS%20DIVULGATIVOS/DocDivulgativos/Fichero%20pdf/Estres%20laboral.pdf>
- De la Fuente, E.I.,** García, J., Cañadas, G.A., Cañadas, G.R., Aguayo, R.,... Vargas, C. (2015). Psychometric properties and scales of Granada Burnout Questionnaire applied to nurse. International Journal of Clinical and Health Psychology. 15(2), 130-138. (Consulta 18 de noviembre 2016). En: <http://www.elsevier.es/en-revista-international-journal-clinical-health-psychology-355-pdf-S1697260015000022>
- Díaz, D, Rodríguez, R, Blanco, A., Moreno, B., Gallardo, I., Valle, C. y van Dierendonck, D.** (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicotherma*. Vol. 18, nº3, pp. 572-577. (Consulta: 20 enero 2017). En: <http://www.psicothema.com/pdf/3255.pdf>
- Díaz Oviedo, Aracely.** *Adaptación y estrés laboral en el persona de las unidades médico-quirúrgicas*. (2013). Revista iberoamericana de las Ciencias

Sociales y Humanísticas. Issn-e 2395-7972, vol.2, nº3. Pág 30-43. (Consulta: 15 noviembre 2016). En:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5056006>

Diccionario Crítico de Ciencias Sociales. (Consultado: 15 de noviembre de 2016). En: <http://webs.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/S/stress.htm>

Diego Rosell, P. (2013). *Tesis doctoral: Satisfacción Laboral, Rendimiento y rotación: un estudio longitudinal a nivel de la unidad de trabajo.* Universidad de Deusto

Dosne Pasqualini, C. *Stress y resiliencia. Hans Selye y el encuentro de las dos culturas.* Medicina (2013). Scielo Scientific Electronic Library Online, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, vol.73 no.5. (Consulta: 1 de noviembre de 2016). En: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802013000600023

Doval, Y., Moleiro, O., Rodríguez, R. (2004). *Estrés Laboral, Consideraciones Sobre Sus Características Y Formas De Afrontamiento.* (Consulta: 3 noviembre 2016). En: <http://www.revistapsicologia.org/index.php/revista/article/view/13>

Edelwich, J. y Brodsky, A. (1980). *Bournout: Stages of disillusionment in the helping professions.* Nueva York. Human Sciences Press

Egea, E. (2015). Tesis Doctoral. *“Estudio de Prevalencia, Factores de Riesgo del Síndrome de Burnout y Encuesta de Satisfacción Laboral en Personal Sanitario de un Área de Salud de la Región de Murcia”.* Universidad de Murcia. Departamento de Psiquiatría y Psicología Social. (Consulta: 12 diciembre 2016). En:

[https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/45878/1/Tesis%20Elisa%20Egea.p
df](https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/45878/1/Tesis%20Elisa%20Egea.pdf)

Endler, N.S. y Parker, J.D.A. (1990). *Multidimensional Assessment of Coping: A Critical Evaluation*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-854.

Enfispo. Biblioteca de La Facultad de Enfermería, Fisioterapia y podología de la Universidad Complutense de Madrid. 2002. (Consulta: 08 de febrero de 2017). En: <http://alfama.sim.ucm.es/isishtm/enfispo/>

Estudio de SATSE. (2012). “*Percepción de estrés en los profesionales de Enfermería en España*”. (Consulta: 15 de noviembre de 2016). En: <http://www.satse.es/media/documentos/informes/estudio-satse-percepcion-de-estres-en-los-profesionales-de-enfermeria-en-espana>

Everly, G.S. (1989). *A Clinical guide to the treatment of the human stress response*. Nueva York, Plenum Press

Feigley, D.A. (1984). *Psychological burnout in high-level athletes*. *Physician and Sportsmedicine*, 12(10), 109-119.

Fernández, F. y Sheffield, J. (1996). *Relative contributions of life events versus daily hassles to the frequency and intensity of headaches*. *Headache*. 36, 595-602.

Fernández, M.E. (2009) Tesis Doctoral. *Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional*. Universidad de León

Fisher, S. (1988). *Life stress, control strategies and risk of disease*. En S. Fisher y J. Reason, *Handbook of life stress, cognition and health*. Chichester: Wiley.

Fierro, A. (2002). *Estrés, Afrontamiento y Adaptación*. *Estrés y Salud*. Valencia. Editorial: promolibro, pp. 9-38. (Consulta: 12 de Febrero 2017). En:

http://www.uma.es/psicologia/docs/eudemon/analisis/estres_afrentamiento_y_a_daptacion.pdf

Freudenberger, H.J. (1974). *Staff Burnout*. *Journal of Social Issues*, 30 (1), 159-165

Gamboa, J.P., Garcia, F.J., Ripoll, P. T Peiró J.M. (2007). *La empleabilidad y la iniciativa personal como antecedentes de la satisfacción laboral*. Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas, S.A. (Consulta: 16 noviembre 2016). En:

<https://web2011.ivie.es/downloads/docs/wpasec/wpasec-2007-01.pdf>

Gamero, C. (2003). Tesis doctoral: *Análisis de la Atisfacción Laboral*. Universidad de Málaga. (Consulta: 20 febrero 2017). En:

<http://webpersonal.uma.es/de/GAMERO/documentos/SintTesis.pdf>

Gamero Burón, C (2005). *Análisis microeconómico de la Satisfacción laboral*. CES, Colección de Estudios Madrid, p. 313. (Consulta: 18 de junio de 2018). En:

http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/66/Recen5.pdf

García-Montalvo, J., Peiró, J.M. y Soro Bonmatí, A. (2003). *Capital Humano. Observatorio de la Inserción Laboral de los Jóvenes: 1996-2002*. Bancaja-Ivie. Valencia.

George, D. y Mallery, P. (2003). *SPSS/PC+step by step: a simple guide and reference*. Wadsworth Publishing Co. Belmont, CA. EEUU.

Goldberg, D.P. y Hillier, V.F. (1979). *A scaled version of the General Health Questionnaire: Psychological Health Questionnaire: Psychological Medicine*, 27, pp. 191-197

Gómez Cantora. C. (2013) *Tesis doctoral: Determinantes del Estrés Laboral Asistencial de Personal de Enfermería con enfermos Gerontológicos Terminales*. Universidad de Santiago de Compostela

González Álvarez, M.L. y Gamero Burón, C. (2013). *Coste de las visitas médicas y urgencias asociadas al estrés laboral en España*. Estudios de Economía Aplicada VOL. 31-2 PP. 417-444.

González de Rivera, J.L. et. Al. (1993). *Stress reactivity in the general population*. European Journal of Psychiatry; 19: 290-297

González Solana, I. (2004). Tesis doctoral: *Elaboración y valoración de un cuestionario para el estudio de la Satisfacción Laboral y absentismo en personal sanitario*. Universidad Rey Juan Carlos

Google. Buscador 1998. (Consulta: 17 de noviembre de 2016). En: <https://www.google.es>

Google académico. (Consulta: 17 de noviembre de 2016). En: <https://scholar.google.es/>

Google Books. Buscador de libros de texto. (1996). (Consulta: 9 de noviembre de 2016). En: <http://books.google.com/books>

Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Font-Mayolas S, Prats M, Braga F. (2007). *Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español*. Rev Esp Salud Púb 83:215-30.

Grau A, Suñer R, García MM. (2005). *Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales*. Gac Sanit. 19:463-70.

Gray-Toft, P. & Anderson, T.G. (1981). *The Nursing Stress Scale: Development of Instrument*. Journal of Behavioural Assessment, 3, 11-23.

Guerrero, E. (1997) Salud, Estrés y Factores Psicológicos. Campo abierto. Nº13. (Consulta: 17 junio 2018). En:

<https://mascvuex.unex.es/revistas/index.php/campoabierto/article/view/2764/1848>

Guíasalud. Biblioteca de Guías de Prácticas Clínicas del Sistema Nacional de Salud. (Consulta: 9 de febrero de 2017). En:

http://portal.guiasalud.es/web/guest/catalogogpc?p_p_id=EXT_7_INSTANCE_OJR1&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&EXT_7_INSTANCE_OJR1_struts_action=%2Fext%2Fespecifico%2Fview&EXT_7_INSTANCE_OJR1_tabs1=buscarEspecifico

Harris, R.B. (1989). *Reviewing nursing stress according to a proposed coping adaptation framework*. Advances in Nursing Science, 11 (12), 12-28.

Hayes, B., Bonner, A. & Pryor, J. (2012). *Factors contributing to nurse job satisfaction in the acute hospital setting: a review of recent literature*. J Nurs Manag, 18(7), 804-14.

Hernández, E., Cerezo, S., López, M. G. (2007). *Estrategias de afrontamiento ante el estrés laboral en enfermeras*. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2007; 15 (3): pp. 161-166. (Consulta: 16 de diciembre de 2016). En:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2007/eim073h.pdf>

Hernández, J. (1995). *Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los Cuidados de Enfermería*. McGraw-Hill interamericana de España, S.A.U.

Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B. B. (1959). *The Motivation to Work*. New York: John Wiley & Sons.

Holmes, T and Rahe, R. (1967). *The social readjustment rating scale*. J. Psychosom. Res. 1 1, 213-218

Hoppock, R. (1935). *Job Satisfaction*. New York. United States. Harper Ed.

Huber, D. (1996). *Liderazgo y Administración en Enfermería*. México: McGraw-Hill Interamericana.

IME. Índice Medico Español. (Consulta: 9 de febrero de 2017). En:

<https://indices.csic.es/>

INE. Instituto Nacional de Estadística. (Consulta: 9 febrero 2017). En:

<http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1478>

Irazabal, E.M. y Leano, C.E. (2019). *Factores laborales estresantes en el profesional de Enfermería y su influencia en la percepción de calidad de atención a los pacientes del servicio de hospitalización General IESS Quito Sur, Quito*. Facultad de Ciencias Médicas. (Consulta: 10 de mayo de 2019). En:

<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/18518/1/T-UCE-0014-CME-072.pdf>

Karasek, R.A. (1979). *Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign*. Administrative Science Quarterly, Vol. 24. Nº 2, Pp. 285-308

Khamisa, Natasha, Oldenburg Brian, Peltzer Karl and Llic Dragan. (2015). *Work Related Stress, Burnout, Job Satisfaction an General Health of Nurses*. Int. J. Environ, Res. Public Health 12(1), 652-666. (Consulta: 10 de febrero de 2017). En:

<https://www.mdpi.com/1660-4601/12/1/652/htm>

Khamisa, N., Peltzer, K., Oldenburg, B., (2013). Burnout in relation to specific contributing factors and health outcomes among nurse: a systematic review. *Int. J. Environ. Res Public Health* 10, 2214-2240. (Consulta 10 febrero 2017). En: <https://www.mdpi.com/1660-4601/10/6/2214>

Labrador, F. J. y Crespo, M. (1993). *Estrés y trastornos psicofisiológicos*. Madrid: Eudema.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer. Publishing Company.

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

Lawler III E.E., Porter LW. (1967). *Antecedent Attitudes of Effective Managerial Performance*. *Organizational Behavior and Human Performance* 2, 122-142

Lawler, E. (1971). *Pay and organizational effectiveness: a psychological view*. New-York: McGraw-Hill

Lazarus, R.S. y Folkman, S (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Nueva York: Springer

Ledoux, J. (1999). *El cerebro emocional*. Barcelona: Ariel-Planeta

Ley de Bases de 9 de septiembre de 1857, por la que se aprueba la **Instrucción Pública**. (Ley Moyano 1857).

Lee JSY, Akhtar S. Effects of the workplace social context and job content n nurse burnout. *Human Resource Management*. 50(2):227-245
Ley 14/1986, de 25 de abril. **General de Sanidad** (BOE N°102, de 29 de abril de 1986)

Ley 31/1995, de 8 de Noviembre de **Prevención de Riesgos Laborales** (BOE N° 269, de 10 de noviembre de 1995)

Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de **Protección de Datos de Carácter Personal**. (BOE N°298, de 14 de diciembre de 1999)

Lilacs. (Consulta: 17 de noviembre de 2016). En: <http://lilacs.bvsalud.org/es/>

Llorca Rubio, J.L., (2017). Tesis doctoral: *Evaluación del Estrés Laboral, y sus Consecuencias en Trabajadores del sector sanitario, una perspectiva de género*. Universidad de Valencia

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

Locke, E. (1969). “*What is job satisfaction?*”, Organizational Behavior and Human Performance, 4,. 309-336

Locke, E.A. (1976). *The nature and causes of job satisfaction*. En M.D. Dunnette (ed.) Handbook of Industrial and Organizational Psychology. Chicago: Rand McNally.

López Montesinos, M.J. (2009). Tesis doctoral: *Consecuencias Psicosociales del trabajo en personal de Enfermería como indicadores de los Recursos Humanos*. Universidad de Murcia

Loitegui Aldaz, J.R. (1990). *Determinantes de la satisfacción laboral en empleados de la administración foral de Navarra*. Madrid: Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

Lu, H., Barriball, K.L., Zhang, X. & While, A.E. (2012). *Job satisfaction among hospital nurse revised: a systematic review*. International Journal of Nursing Studies, 49(8), 1017-1038.

Martín MC, Santiago I, Rodríguez F, Moreno MT, Andrés P, Casadevall A, et al. (2006). *Estrés relacionado con el trabajo y exposición laboral en enfermeras de la Comunidad de Castilla y León*. *Enferm Clin*. 16:119-26.

Martín García, M., Centeno Cortés, C., Sanz-Rubiales, A., Del Valle, M.L. (2009). *Estudio sobre el Síndrome de Burnout en Profesionales de Enfermería de Cuidados Paliativos del País Vasco*. *Rev.Med. Universidad de Navarra*. 53 (1):3-8

Más, R. y Escribà V., (1998). *La versión castellana de la escala «THE NURSING STRESS SCALE»*. *Proceso de adaptación transcultural*. *Rev Esp Salud Pública* 72: 529-538 N.º 6 . (Consulta: 8 de diciembre de 2016). En: [https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/revista_cdrom/VOL72/72_6_529.pdf](https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL72/72_6_529.pdf)

Maslach, C.H. y Jackson, S.E. (1981). *The measurement of experienced burnout*. *Journal of Occupational Behavior*, 2:99-113

Maslach, C.H. y Jackson, S.E. (1981). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, California. Consulting Psychologist Press

Mason J. W. (1971). *A re-evaluation of the concept of non specificity in the stress theory*. *Journal of Psychiatric. Research*. 8, 323-333

Maslow, A. H. (1970). *Motivation and Personality* . New York: Harper and Row.

Medes. (Consulta: 9 de febrero de 2017). En:

<https://medes.com/Public/Home.aspx>

MedlinePlus. Biblioteca de Medicina de los EE.U.U. (Consulta 3 de septiembre de 2017). En: <https://medlineplus.gov/spanish/>

Meliá , J.L. y Peiró, J.M. (1989). *El Cuestionario de Satisfacción S10/12: Estructura factorial, fiabilidad y validez.* Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, 4(11), pp. 179

Melià, J.L. y José M. Peiró. J.M. (1998). *Cuestionario de satisfacción laboral S20/23 de J.L. Meliá y J.M. Peiró.* (Consulta: 10 de diciembre de 2016). En: http://www.uv.es/meliaj/Research/Cuest_Satisf/S20_23.PDF

Melgosa J. (1999). *Sin Estrés* (1a ed.). España: Editorial SAFELIZ, S.L.

Mingote Adán, J. C. y Pérez Garcia, S. (2003). *Estrés en la enfermería: El cuidado del cuidador.* Madrid, España. Ediciones Díaz Santos, S.A.

Moreno, B. y Báez, C. (2010). *Factores y riesgos psicológicos, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas.* Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

Monterrey, A.L., González de Rivera, J. L., De Las Cuevas, C. y Rodríguez-Pulido, F., (1991). El índice de reactividad al estrés (IRE): ¿rasgo o estado? Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barna., 18 (1), 23-27. (Consulta: 9 de diciembre de 2016). En: <http://luisderivera.com/wp-content/uploads/2012/02/1991-EL-INDICE-DE-REACTIVIDAD-AL-ESTRES-IRE-RASGO-O-ESTADO1.pdf>

Moos, R.H. & Billing, A.G. (1982). *Conceptualizing and measuring coping resources and process.* En C. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 212-230). NY: Free Press.

Myers, F. McCollam, A. & Woodhouse, A. (2005). *National Programme for Improving Mental Health and Well-Being, Addressing mental health inequalities*

in Scotland: Equal Minds. Edinburgh: Scottish Executive. (Consulta 10 febrero 2017). En: <https://www2.gov.scot/Publications/2005/11/04112909/29100>

Nogareda, S. (1992). *Fisiología del estrés*. Instituto Nacional de Seguridad y higiene en el trabajo. (Consulta: 18 de junio de 2018). En: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp_355.pdf

O'Brien, G. (1998). *El estrés laboral como factor determinante en la salud*. En J. Buendía (Edit.), *Estés laboral y salud*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Orden de 15 de julio de 1980, por la que se establece, un curso de nivelación de conocimientos a efectos de la convalidación académica del Título de Ayudante Técnico Sanitario por el de Diploma en Enfermería. (BOE N°176, de 23 de julio de 1980).

Organización Internacional del trabajo. (Consulta 17 junio 2018). En: <https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/lang--es/index.htm>

Organización Mundial de la Salud. (Consulta 10 febrero 2017). En: <https://www.who.int/suggestions/faq/es/>

Pablos González, M. del M. (2016). Tesis doctoral: *Estudio de satisfacción laboral y Estrategias de Cambio de las Enfermeras en los Hospitales Públicos de Badajoz y Cáceres*. Univerisad de Extremadura

Peiró, J. M. (1993). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid; Eudema.

Peiró, J.M. (2004). Satisfacción laboral de los profesionales de atención primaria. *Psiquis*, (25) 4, 129-240

Peiró, J.M., Gónzalez-Romá, V., Zurriaga, R. Ramos, J. y Bravo, M.J. (1989). *El cuestionario de satisfacción laboral de profesionales de la salud de Equipos*

de Atención Primaria (CSLEAP). *Revista de Psicología de la Salud*, vol.1, nº2, 135-174

Peiró, J.M. y Munduate, L. (1994). *Work and Organizational Psychology in Spain*. *Applied Psychology: An International Review*, 43, 231-274

(Consulta: 20 abril 2017). En:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000400023&lang=es

Pérez, J. y Fidalgo, M. (1993). *Satisfacción laboral: escala general de satisfacción*. (Consulta 13 de diciembre de 2016). En:

http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp_394.pdf

Petrescu, A. I. & Simmons, R. (2008). *Human resource management practices and workers' job satisfaction*. *International Journal of Manpower*, 29(7). 651-667.

Pines, A. y Kafry, D. (1981). *The experience of tedium in three generations of professional women*. *Sex Roles*, 7, 117

Piñeiro, M. (2013). *Estrés y factores relacionados en el personal sanitario de hospitalización psiquiátrica: un estudio de prevalencia*. *Enfermería Global*. Revista electrónica. (Consulta: 13 de diciembre de 2016). En:

<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n31/docencia3.pdf>

Pelechano, V., Matud, M.P. y de Miguel, A. (1993). *Habilidades de afrontamiento en enfermos físicos crónicos, Análisis y Modificación de Conducta*, 19, pp.91-149.

Polit, D. y Hungler, B. (2000). *Investigación en ciencias de la salud: principios y métodos* (6^o Ed.) México: McGraw-Hill interamericana

Portero de la Cruz, S., y Vaquero Abellán, M., (2015). *Desgaste profesional, estrés y satisfacción laboral del personal de enfermería en un hospital universitario.* Rev. Latino-Am. Enfermagem. 23(3) 543-56. (Consulta: 12 diciembre 2016). En:

<https://biblat.unam.mx/es/revista/revista-latino-americana-de-enfermagem/articulo/desgaste-profesional-estres-y-satisfaccion-laboral-del-personal-de-enfermeria-en-un-hospital-universitario>

Pudmed. Base de Datos Bibliográfica. (Consulta: 8 de Febrero de 2017). En: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

Rae.es. Real Academia Española (1713). (Consulta: 1 de noviembre de 2016). En: <http://www.rae.es/>

Raedeke, T. D. y Smith, A. L. (2001). *Development and preliminary validation of an athlete burnout measure.* Journal of Sport & Exercise Psychology, 23 (4), 238-306.

Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. (BOE N°260, de 30 de octubre de 2007).

Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio, sobre integración de la Universidad de las Escuelas de Ayudante Técnico Sanitario como Escuelas Universitarias de Enfermería. (BOE N° 200, de 22 de agosto de 1977).

Real Decreto 27 de junio 1952, por el que se organiza los estudios de la carrera de Enfermera. Se unifica los planes de estudio existente practicante, enfermeras y matronas en uno sólo título Ayudante Técnico Sanitario ATS. (BOE N°209 de 27 de junio de 1952).

Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería (BOE N° 108, de 6 de mayo de 2005).

Real Orden de 7 de mayo de 1915, por la que se establece el plan de estudios para la instrucción de Enfermera.

Rebiun. Red de Bibliotecas Universitarias. (Consulta: 7 de noviembre de 2011). En: <http://www.rebiun.org/Paginas/Inicio.aspx>

Remor E. & Carrobles J.A. (2001). *Versión Española de la escala de estrés percibido (PSS-14): Estudio psicométrico en una muestra VIH+*. *Ansiedad y Estrés*, 7 (2-3), pp. 195-201

Remor E. (2006). *Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS)*. *The Spanish Journal of Psychology*, 9 (1), pp.86-93

Ríos Ríquez, M.A. (2009). *Variables de personalidad y síndrome de estrés crónico asistencial: Estudio exploratorio en personal de enfermería*.

Murcia. (Consulta: 15 de julio 2018). En:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=91078>

Ríos Ríquez M.A. (2016). García Izquierdo M. (2016). *Patient satisfaction, stress and burnout in nursing personnel in emergency departments. A cross-sectorial study*. *International Journal of Nursing Studies*. Volume 59. Pages 60-67. (Consulta 15 julio 2018). En:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748916000766?via%3Dihub>

Rivera-Garcia, P. (1998). *Marco teórico, elemento fundamental en el proceso de investigación*. *Tip: Tópicos de Investigación y Posgrado*, (5) N°4 233-240

Rodríguez, A., y Dei, H.D. (2002). *Psicosociología de las organizaciones*. Buenos Aires: Docencia.

Rodríguez Jarabo, B. (2016). Tesis doctoral: *Condiciones de Trabajo, Satisfacción Laboral y Calidad de Vida Laboral en Educación y Sanidad*. Universidad Miguel Hernández de Elche

Rodríguez-Marín, J., Terol, M.C., Lopez-Roig, S. y Pastor M.A. (1992). *Evaluación del Afrontamiento del Estrés: Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Formas de Afrontamiento de Acontecimientos Estresantes*. Revista de Psicología de la Salud, 4(2), 59-84.

Rodríguez R. (2013). Tesis doctoral: *Personal de enfermería y absentismo laboral en el Servicio Extremeño de Salud: análisis desde la perspectiva de género*. Universidad de Extremadura.

Roger. D., Jarvis, G. Y Najarian, B. (1993). *Detachment and coping: The construction and validation of new scale for measuring coping strategies*. Personality and Individual Differences. Volume 15, Issue 6, Pages 619-626

Rositas, J. (2014). *Los tamaños de las muestras en encuestas de las ciencias sociales y su repercusión en la generación del conocimiento*. Innovaciones de Negocios 11(22): 235-368.

Roth, E. y Pinto, B (2010). *Síndrome de Burnout, Personalidad y Satisfacción Laboral en Enfermeras de la Ciudad de La Paz*. Ajayu, 8(2). (Consulta: 18 de noviembre de 2017). En: <http://www.redalyc.org/pdf/4615/461545466004.pdf>

Ruiz Abad. M. (2013). *La escala de estrés de Holmes y Rahe*. (Consulta: 1 de noviembre de 2016) En:

<https://mariapsico.wordpress.com/2013/06/17/la-escala-de-estres-de-holmes-y-rahe/>

Ruzafa Martín, M., Madrigal Torres, M., Velandrino Nicolás, A. y López Iborra, L. (2008). *Satisfacción laboral de los profesionales de enfermería españoles que trabajan en hospitales ingleses*. Gaceta Sanitaria. 22(5): 734-442. (Consulta: 1 de noviembre de 2016). En:

<http://www.gacetasanitaria.org/es-content-articulo-S021391110872418X>

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

Salamanca Castro, A.B. (2013). *El aeiou de la investigación en enfermería*. Editorial Fuden.

Sánchez, M.C., Sánchez, P., Cruz, M.M., y Sánchez, F. J., (2014). *Características organizacionales de la satisfacción Laboral en España*. RAE-Revista de Administración de Empresas V. 54,n. 5, 537-547. (Consulta: 18 de junio de 2018). En: <http://www.redalyc.org/pdf/1551/155131802006.pdf>

Sandín. B. (1989) Estrés, afrontamientos y alteraciones psicofisiológicas. En B. Sandin y J. Bermudez. (eds.). *Procesos emocionales y salud*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia. 45-72

Sandín, B. (1995). *El estrés*. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (eds.), *Manual de Psicopatología* (vol. 2, pp. 3-52). Madrid: McGraw-Hill.

Sandín, B. y Chorot, P. (2002). *Cuestionario de Afrontamiento al estrés (CAE)*. *Desarrollo y validación preliminar*. (Consulta 15 febrero 2017). En: [http://www.aepcp.net/arc/03.2003\(1\).Sandin-Chorot.pdf](http://www.aepcp.net/arc/03.2003(1).Sandin-Chorot.pdf)

San Juan Estallo, L., Arrazola Alberdi, O., y Garcia Moyano, L.M. (2014). *Prevalencia del Síndrome del Burnout en el personal de enfermería del Servicio*

de Cardiología, Neumología y Neurología del Hospital de San Jorge de Huesca. *Enferm. Glob.* Vol.13 nº 36. Murcia. (Consulta: 18 de junio 2018). En: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000400013)

[61412014000400013](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000400013)

Santos, J. A. (2004). *Manual: Motivación y Adaptación Ocupacional*. Motal. San Salvador, El Salvador: Acción Consultores.

Sauter, S. Hurrell, J. Murphy, L. y Levi, L. (1998). *Factores psicosociales y de organización*. En O.I. Trabajo, Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. Pp. 2-34. Ginebra: Organización Internacional del trabajo.

Scielo. Scientific Electronic Library Online. (Consulta: 8 de febrero de 2017). En: <http://scielo.isciii.es/scielo.php>

Selye, H. (1983). *The stress concept: past, present and future*, en Cooper, C.L., *Stress research: issues for the eighties*. Chichester, Ed. John Wiley & sons, 989

Selye, H. (1936). *A syndrome produced by Diverse Nocuous Agents*. Nature, 138-32

Selye H. (1963). *Stress and the adaptation syndrome*. In: encyclopedia of medicine surgery and specialities, vol XIII, F. Davies, New York, pp 365–366

Selye, H. (1974). *Stress without distress*. Philadelphia: Lippincott

Servicio Andaluz de Salud. *Cuestionario del Golberg*. (Consulta: 13 de diciembre de 2016). En:

http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/cuestionario_de_salud_de_goldberg.pdf

Sibana, M. (2009). *Competencia profesional y satisfacción laboral de las Enfermeras en homeopatía*. Revista Electrónica de Portales Médicos. (Consulta: 12 noviembre 2016). En:

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1697/1/Competencia-Profesional-y-Satisfaccion-Laboral-de-las-Enfermeras-enHemoterapia.html>

Slipack, O. E. (1996). *Estrés Laboral*

Solano, S. (2010). *Satisfacción laboral en profesionales de enfermería*. Rev Cuid vol.1 nº.1 Bucaramanga. (Consulta: 13 de diciembre de 2016). En:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-

[09732010000100008](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732010000100008)

Stone, A.A., Greenberg, M. Kennedy-Moore, E. y Newman M.G. (1991). *Self-report, situation-specific coping questionnaires: What are they measuring*.

Journal of Personality and Social Psychology, 61(4), 648-658.

Stone, A.A., Neale, J.M. (1984). *New measure of daily coping: development and preliminary results*. J. Personal Soc. Psychol. 46 892-906

Suarez Cuba, M.A. (2010). *La importancia del análisis de los acontecimientos vitales estresantes en la práctica clínica*. Revista Médica La Paz .16 (2), 58-62.

(Consulta: 9 de diciembre de 2016).En:

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-

[89582010000200010](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582010000200010)

Tapia, D., M, C.C., Gallardo I., Dasso, M. (2007). *Adaptación de la escala de percepción global de estrés (EPGE) en estudiantes adultos de escasos recursos en Santiago, Chile*. Psiquiatría y Salud Mental. XXIV, Nº 1-2.pp.109-119. (Consulta: 10 de diciembre de 2016). En:

http://www.psy.cmu.edu/~scohen/PSS_14_Spanish_SouthAmerica_Chile_article.pdf

Taylor, F.W. (1979). *Principios de Administración científica*. Buenos Aires: Ateneo.

Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. La búsqueda de significados. Buenos Aires y Barcelona: Editorial Paidós.

Teseo. Bases de datos de Tesis Doctorales. (1976). Madrid. (Consulta: 7 de noviembre de 2016). En:

<https://www.educacion.gob.es/teseo/irGestionarConsulta.do>

Tobin, D.L., Holroyd, .K.A. y Reynolds, R.V.C. (1984). *Users manual for Coping Strategies Inventory*. Ohio: University Press.

Torestad, B., Magnusson, D., y Oláh, A. (1990). *Coping, control, and experience of anxiety: An interactional perspective*. *Anxiety Research*, 3, 1-16.

Valdés, M. y de Flores, T. (1985). *Psicobiología del estrés*. Barcelona. Martinez Roca.

Van Bogaert, P., Kowalski, C. Weeks, S.M. Van Heusden, D., Clarke, S.P. (2013). *The relationship between nurse practice environment, nurse work characteristics, burnout and job outcome and quality of nursing care: A cross-sectional survey*. *International Journal of Nursing Studies*. Volumen 50, Issues 12, Pages 1667-1677. (Consulta: 7 de noviembre de 2016). En:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748913001533>

Van Dierendonck, D. (2004). *The construct validity of Ryff's Scale of Psychological well-being and its extension with spiritual well-being*. *Personality and Individual Differences*, 36 (3), 629-644.

Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J.J., y Gómez, D. (2009). *Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva*. *APCS Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5 pp. 15-28

. (Consulta: 10 de diciembre de 2016). En:

https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/31771314/Afrontamiento.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DAfrontamiento.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20190624%2Fus-east-1%2Fs3%2Faws4_request&X-Amz-Date=20190624T205250Z&X-Amz-Expires=3600&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-Signature=b52c45c31e96224d462c3f4e008424d2cc086c4c588e85030c779185090d2a60

Vega Monsalve, N.C. (2018). *Influencia de la jornada de trabajo en la salud de enfermería*. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana. Cultura de los cuidados 22(50): 141-150. (Consulta: 2 febrero 2019). En:

https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/75373/1/CultCuid_50_13.pdf

Vitaliano, P. P., Russo, J., Carr, J. E., Maiuro, R. D., & Becker, J. (1985). *The Ways of Coping Checklist*: Revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioral Research*, 20(1): 3-26.

Weinert, A.B. (1985). *Manual de la Psicología de la Organización*. La Conducta Humana en las Organizaciones. Barcelona. Herder.

Wright, T.A. y Doherty, E.M. (1998). *Organizational Behavior << Rediscovered >> the Role of Emotional Well-Being*. *Journal of Organizational Behavior*, 19, 481-485.

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario de Salud General De Goldberg (GHQ28) _____	230
Anexo 2. Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1989, adaptada por van Dierendonck, 2004 y traducida al español por Díaz, Rodríguez, Blanco, Moreno, Gallardo, Valle y van Dierendonck, 2006) _____	234
Anexo 3. Escala de Satisfacción (Traducción De “Overall Job Satisfaction” de Warr, Cook y Wall 1979) _____	238
Anexo 4. Cuestionario de satisfacción laboral S10/12 de J.L. Meliá y J.M. Peiró (1989) _____	239
Anexo 5. Cuestionario de satisfacción laboral validado de Font Roja y adaptado por J. Aranaz _____	241
Anexo 6. La Escala de Estrés de Enfermería (NSS), de Gray-Toft y Anderson _____	243

Anexo 7. Cuestionario de la reactividad del estrés (I.R.E.) 32 ítems de J. L. González de Rivera _____	246
Anexo 8. Escala de Estrés Percibido (Perceived Stress Scale, PSS) _____	249
Anexo 9. Escala de acontecimientos vitales Holmes y Rahe (1976) _____	252
Anexo 10. Escala de Modos de afrontamiento revisada WOC-R _____	255
Anexo 11. Cuestionario del afrontamiento del Estrés CAE (Bonifacio Sandín y Paloma Chorot 2002) _____	259
Anexo 12. Cuestionario sobre el estrés laboral específico para las Enfermer@s y Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería de áreas quirúrgicas ____	263

Anexo 1. Cuestionario de Salud General De Goldberg (GHQ28)

Por favor, conteste a TODAS las preguntas, simplemente marcando con una X la opción que, a su juicio, se acerca más a lo que siente o ha sentido usted últimamente. No queremos conocer los problemas que ha tenido en el pasado, sino los recientes y actuales.

A	B
<p>A1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?</p> <p><input type="checkbox"/> Mejor de lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Igual que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Peor que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho peor que lo habitual</p>	<p>B1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?</p> <p><input type="checkbox"/> No, en absoluto</p> <p><input type="checkbox"/> No más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual</p>
<p>A2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba reconstituyente?</p>	<p>B2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?</p>

<input type="checkbox"/> No, en absoluto <input type="checkbox"/> No más que lo habitual <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto <input type="checkbox"/> No más que lo habitual <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
<p>A3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?</p> <input type="checkbox"/> No, en absoluto <input type="checkbox"/> No más que lo habitual <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<p>B3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?</p> <input type="checkbox"/> No, en absoluto <input type="checkbox"/> No más que lo habitual <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
<p>A4. ¿Has tenido sensación de que estaba enfermo?</p> <input type="checkbox"/> No, en absoluto <input type="checkbox"/> No más que lo habitual <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<p>B4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?</p> <input type="checkbox"/> No, en absoluto <input type="checkbox"/> No más que lo habitual <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
<p>A5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?</p> <input type="checkbox"/> No, en absoluto <input type="checkbox"/> No más que lo habitual <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<p>B5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?</p> <input type="checkbox"/> No, en absoluto <input type="checkbox"/> No más que lo habitual <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
<p>A6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?</p> <input type="checkbox"/> No, en absoluto <input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<p>B6. ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?</p> <input type="checkbox"/> No, en absoluto <input type="checkbox"/> No más que lo habitual <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual

<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
<p>A7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?</p> <input type="checkbox"/> No, en absoluto <input type="checkbox"/> No más que lo habitual <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<p>B7. ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explorar” constantemente?</p> <input type="checkbox"/> No, en absoluto <input type="checkbox"/> No más que lo habitual <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C	D
<p>C1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?</p> <input type="checkbox"/> Más activo que lo habitual <input type="checkbox"/> Igual que lo habitual <input type="checkbox"/> Bastante menos que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<p>D1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?</p> <input type="checkbox"/> No, en absoluto <input type="checkbox"/> No más que lo habitual <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
<p>C2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?</p> <input type="checkbox"/> Menos tiempo que lo habitual <input type="checkbox"/> Igual que lo habitual <input type="checkbox"/> Más tiempo que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho más tiempo que lo habitual	<p>D2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?</p> <input type="checkbox"/> No, en absoluto <input type="checkbox"/> No más que lo habitual <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
<p>C3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?</p> <input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual <input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<p>D3. ¿Ha tenido sentimiento de que la vida no merece la pena?</p> <input type="checkbox"/> No, en absoluto <input type="checkbox"/> No más que lo habitual <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual

<input type="checkbox"/> Peor que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
<p>C4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?</p> <input type="checkbox"/> Más satisfecho que lo habitual <input type="checkbox"/> Aproximadamente lo mismo que lo habitual <input type="checkbox"/> Menos satisfecho que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho menos satisfecho que lo habitual	<p>D4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?</p> <input type="checkbox"/> No, en absoluto <input type="checkbox"/> No más que lo habitual <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
<p>C5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?</p> <input type="checkbox"/> Más útil que lo habitual <input type="checkbox"/> Igual que lo habitual <input type="checkbox"/> Menos útil que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho menos útil que lo habitual	<p>D5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?</p> <input type="checkbox"/> No, en absoluto <input type="checkbox"/> No más que lo habitual <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
<p>C6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?</p> <input type="checkbox"/> Más que lo habitual <input type="checkbox"/> Igual que lo habitual <input type="checkbox"/> Menos que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<p>D6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?</p> <input type="checkbox"/> No, en absoluto <input type="checkbox"/> No más que lo habitual <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
<p>C7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?</p> <input type="checkbox"/> Más que lo habitual <input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<p>D7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?</p> <input type="checkbox"/> No, en absoluto

Menos que lo habitual Mucho menos que lo habitual No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

Anexo 2. Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1989, adaptada por van Dierendonck, 2004 y traducida al español por Díaz, Rodríguez, Blanco, Moreno, Gallardo, Valle y van Dierendonck, 2006).

	1	2	3	4	5	6
1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas						
2. A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones						
3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente						
4. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que je hecho en mi vida						
5. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga						
6. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para						

hacerlos realidad						
7. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo						
8. No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar						
9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra persona piensa de mi						
10. Me juzgo por lo que yo creo que es importante, no por los valores que otros piensan que son importantes						
11. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto						
12. Soy una persona activa al realizar proyectos que propuse para mí mismo						
13. Si tuviera la oportunidad, hay muchas cosas de mí mismo que cambiaría						
14. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas						
15. Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones						
16. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo						
17. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro						
18. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí						
19. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad						
20. Me parece que la mayor parte de las personas tienen más amigos que yo						

21. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general						
22. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen						
23. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida						
24. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo						
25. En muchos aspectos, me siento decepcionado de mis logros en la vida						
26. No he experimentado muchas relaciones cercanas de confianza						
27. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos						
28. Soy bastante bueno manejando muchas de mis responsabilidades en la vida diaria						
29. No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida						
30. Hace mucho tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras o cambios en mi vida						
31. En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo						
32. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí						
33. A menudo cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia están en desacuerdo						
34. No quiero intentar nuevas formas de hacer las cosas; mi vida está bien como está						
35. Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafíen lo que uno piensa sobre sí mismo y sobre el mundo						

36. Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona						
37. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona						
38. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento						
39. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla						

Autoaceptación: ítems 1, 7, 13, 19, 25 y 31

Relaciones positivas: ítems 2, 8, 14, 20, 26 y 32

Autonomía: ítems 3, 4, 9, 10, 15, 21, 27 y 33

Dominio del entorno: ítems 5, 11, 16, 22, 28 y 39

Crecimiento personal: ítems 24, 30, 34, 35, 36, 37 y 38

Propósito en la vida: ítems 6, 12, 17, 18, 23 y 29

**Anexo 3. Escala de Satisfacción (Traduc. De “ Overall Job Satisfaction”
de Waee, Cook y Wall) 1979**

	Muy	Insatisfecho	Moderadame	Ni satisfecho	Moderadame	Satisfecho	Muy
1. Condiciones físicas del trabajo							
2. Libertad para elegir tu propio método de trabajo							
3. Tus compañeros de trabajo							
4. Reconociendo que obtienes por el trabajo bien hecho							
5. Tu superior inmediato							
6. Responsabilidad que se te ha asignado							
7. Tu salario							
8. La posibilidad de utilizar tus capacidades							
9. Relaciones entre dirección y trabajadores en tu empresa							

1	Los objetivos, metas y tasas de producción que deben alcanzar								
2	La limpieza, higiene y salubridad de su lugar de trabajo								
3	El entorno físico y el espacio de que dispone en su lugar de trabajo								
4	La temperatura de su local de trabajo								
5	Las relaciones personales con sus superiores								
6	La supervisión que ejercen sobre usted								
7	La proximidad y frecuencia con que es supervisada								
8	La forma en que su supervisores juzgan su tarea								
9	La "igualdad" y "justicia" de trato que recibe de su empresa								
10	El apoyo que recibe de sus supervisores								
11	El grado en que su empresa cumple el convenio, las disposiciones y leyes laborales								
12	La forma en que se da la negociación en su empresa sobre aspectos laborales								

Anexo 5. Cuestionario de satisfacción laboral validado de Font Roja y adaptado por J. Aranaz

Puntúa de 1 a 5 los siguientes ítems:

1	Mi trabajo no varía; resulta monótono	1	2	3	4	5
2	Tengo responsabilidades a la hora de tomar decisiones	1	2	3	4	5
3	Al final de la jornada me encuentro muy cansado/a	1	2	3	4	5
4	No desconecto del trabajo cuando llego a casa	1	2	3	4	5
5	En el trabajo diario me tengo que emplear a fondo	1	2	3	4	5
6	Mi trabajo me altera el estado de ánimo	1	2	3	4	5
7	En mi trabajo me encuentro satisfecho	1	2	3	4	5
8	Tengo independencia para organizar mi trabajo	1	2	3	4	5
9	Tengo oportunidades de aprender cosas nuevas	1	2	3	4	5
10	Tengo interés por las cosas que realizo	1	2	3	4	5
11	Tengo la sensación de que lo que hago no vale la pena	1	2	3	4	5
12	Obtengo reconocimiento por mi trabajo	1	2	3	4	5

13	La relación con mis superiores es cordial	1	2	3	4	5
14	Las relaciones con mis compañeros son cordiales	1	2	3	4	5
15	El sueldo es adecuado	1	2	3	4	5
16	Ocupo el puesto que merezco	1	2	3	4	5
17	Tengo muchas posibilidades de promoción	1	2	3	4	5
18	Me falta tiempo para realizar mi trabajo	1	2	3	4	5
19	Sé lo que se espera de mí en mi trabajo	1	2	3	4	5
20	Creo que mi trabajo es excesivo	1	2	3	4	5
21	Los problemas de mis compañeros me afectan	1	2	3	4	5
22	Con frecuencia siento no estar capacitado para mi trabajo	1	2	3	4	5
23	No tengo recursos suficientes para hacer mi trabajo	1	2	3	4	5
24	La competitividad me causa estrés o tensión	1	2	3	4	5

Anexo 6. La Escala de Estrés de Enfermería (NSS), de Gray-Toft y Anderson

	Nunca	Alguna	frecuente	Muy
1. Interrupciones frecuentes en la realización de sus tareas				
2. Recibir críticas de un médico				
3. Realización de cuidados de enfermería que resultan dolorosas a los pacientes				
4. Sentirse impotente en el caso de un paciente que no mejora				
5. Problemas con un supervisor				
6. Escuchar o hablar con un paciente sobre su muerte cercana				
7. No tener ocasión para hablar abiertamente con otros compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de enfermería) del servicio sobre problemas en el servicio				
8. La muerte de un paciente				

9. Problemas con uno o varios médicos				
10. Medio a cometer un error en los cuidados de enfermería de un paciente				
11. No tener ocasión para compartir experiencias y sentimiento con otros compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de enfermería) del servicio				
12 Muerte de un paciente con quien has llegado a tener una relación estrecha				
13. El médico no está presente cuando un paciente se está muriendo				
14. Estar en desacuerdo con el tratamiento de un paciente				
15. Sentirse insuficientemente preparado para ayudar emocionalmente a la familia del paciente				
16. No tener ocasión para expresar a otros compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de enfermería) del servicio sentimientos negativos hacia los pacientes (ej. Pacientes conflictivos, hostilidad, etc.)				
17. Recibir información insuficiente del médico acerca del estado clínico de un paciente				
18. No disponer de una contestación satisfactoria a una pregunta hecha por un paciente				
19. Tomar una decisión sobre un paciente cuando el médico no está disponible				
20. Pasar temporalmente a otros servicios por falta de personal				
21. Ver a un paciente sufrir				
22. Dificultad para trabajar con uno o varios compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de enfermería) de otros servicios				

23. Sentirse insuficientemente preparado para ayudar emocionalmente al paciente				
24. Recibir críticas de un supervisor				
25. Personal y turno imprevisible				
26. El médico prescribe un tratamiento que parece inapropiado para el paciente				
27. Realizar demasiadas tareas que no son de enfermería (Ej.: tareas administrativas)				
28. No tener tiempo suficiente para dar apoyo emocional al paciente				
29. Dificultad para trabajar con uno o varios compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de enfermería) del servicio				
30. No tener tiempo suficiente para realizar todas mis tareas de enfermería				
31. El médico no está presente en una urgencia médica				
32. No saber que se debe decir al paciente o a su familia sobre su estado clínico y tratamiento				
33. No saber bien el manejo y funcionamiento de un equipo especializado				
34. Falta de personal para cubrir adecuadamente el servicio				

Anexo 7. Cuestionario de la reactividad del estrés (I.R.E.) 32 ítems de J. L. González de Rivera (1981)

Reacciones habituales en situaciones de estrés o tensión nerviosa	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho o extremadamente
1. Inquietud, incapacidad de relajarse y estar tranquilo					
2. Pérdida de apetito					
3. Desentenderse del problema y pensar en otra cosa					
4. Ganas de suspirar, opresión en el pecho, sensación de ahogo					
5. Palpitaciones, taquicardia					
6. Sentimientos de depresión y tristeza					
7. Mayor necesidad de comer, aumento de apetito					
8. Temblores, tics o calambres musculares					



9. Aumento de actividad					
10. Náuseas, mareos, inestabilidad					
11. Esfuerzo por razonar y mantener la calma					
12. Hormigueo o adormecimiento en las manos, la cara, etc.					
13. Molestias digestivas, dolor abdominal, etc.					
14. Dolores de cabeza					
15. Entusiasmo, mayor energía o disfrutar con la situación					
16. Disminución de actividad					
17. Pérdida de apetito sexual o dificultades sexuales					
18. Tendencia a echar la culpa a alguien o a algo					
19. Somnolencia o mayor necesidad de dormir					
20. Aprensión, sensación de estar poniéndose enfermo					
21. Agotamiento o excesiva fatiga					
22. Urinación frecuente					
23. Rascarse, morderse las uñas, frotarse, etc.					
24. Sentimientos de agresividad o aumento de irritabilidad					
25. Diarrea					
26. Beber, fumar o tomar algo (chicle, pastillas, etc.)					
27. Necesidad de estar solo sin que nadie le moleste					



28. Aumento de apetito sexual					
29. Ansiedad, mayor predisposición a miedos, temores, etc.					
30. Tendencia a comprobar repetidamente si todo está en orden					
31. Mayor dificultad en dormir					
32. Necesidad de estar acompañado y ser aconsejado					

Anexo 8. Escala de Estrés Percibido (Perceived Stress Scale, PSS)

Versión española (2.0) de la Perceived Stress Scale (PSS) de Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983),

Escala de Estrés Percibido - Perceived Stress Scale (PSS) – versión completa
14 ítems.

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el último mes. En cada caso, por favor indique con una “X” cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.

	Nunca	Casi Nunca	De vez en	A menudo	Muy a
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4

5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	3	4
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
10. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	4
13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

La duración del cuestionario es aproximadamente 15 minutos o menos.

Esta escala es un instrumento de auto informe que evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes, consta de 14 ítems con un formato de respuesta de una escala de cinco puntos (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = de vez

en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo). La puntuación total de la PSS se obtiene invirtiendo las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 (en el sentido siguiente: 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 y 4=0) y sumando entonces los 14 ítems. La puntuación directa obtenida indica que a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido.

Anexo 9. Escala de acontecimientos vitales Holmes y Rahe 1976

Si sumando los resultados de la escala de estrés en el último año tu puntuación es:

- Menor de 150: Existe un riesgo muy pequeño de padecer alguna enfermedad psicosomática
- Entre 150 y 250: El riesgo a padecer una enfermedad psicosomática es moderado
- Más de 250: Existe un riesgo elevado de poder padecer alguna enfermedad psicosomática

Muerte del cónyuge	100
Divorcio	73
Separación matrimonial	65
Encarcelación	63
Muerte de un familiar cercano	63
Lesión o enfermedad personal	53
Matrimonio	50
Despido de trabajo	47
Reconciliación matrimonial	45
Jubilación	45
Enfermedad de un pariente cercano	44

Embarazo	40
Dificultad o problemas sexuales	39
Incorporación de un nuevo miembro a la familia	39
Cambios importantes en el trabajo	39
Cambio de situación económica	38
Muerte de un amigo íntimo	37
Cambio de trabajo	36
Discusiones con la pareja (cambio importante)	35
Pedir un crédito o hipoteca de alto valor	31
Hacer efectivo un préstamo	30
Cambio de responsabilidad en el trabajo	29
Hijo o hija que deja el hogar	29
Problemas legales	29
Logro personal notable	28
La esposa comienza o deja de trabajar	26
Comienzo o fin de escolaridad	26
Cambio en las condiciones de vida	25
Cambio en los hábitos personales	24
Problemas con el jefe	23
Cambio de turno o de condiciones laborales	20
Cambio de residencia	20
Cambio de colegio	20
Cambio de actividad de ocio (frecuencia o tipo)	19
Cambio de actividad religiosa	19
Cambio de actividades sociales	18
Pedir una hipoteca o préstamo menor	17

Cambio de hábito de dormir	16
Cambio en el número de reuniones familiares	15
Cambio de hábitos alimentarios	15
Vacaciones	15
Navidades	15
Leves transgresiones de la ley	11

Anexo 10. Escala de Modos de afrontamiento revisada WOC-R

Lea cada uno de los ítems que se indican a continuación. Cada uno de ellos describe formas de actuar frente a los problemas. Piense en el último problema que tuvo, enúncielo brevemente y rodee con un círculo la categoría que exprese en qué medida actuó como se describe en cada una de estas afirmaciones.

1. Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer a Continuación (en el próximo paso)	0	1	2	3
2. Intenté analizar el problema para comprenderlo mejor.	0	1	2	3
3. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás	0	1	2	3
4. Creí que el tiempo cambiaría las cosas y que todo lo que tenía que hacer era de esperar.	0	1	2	3
5. Me comprometí o me propuse sacar algo positivo de la situación	0	1	2	3
6. Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quedé sin hacer nada.	0	1	2	3
7. Intenté encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión	0	1	2	3

8. Hablé con alguien para averiguar más sobre la situación.	0	1	2	3
9. Me critiqué o me sermoneé a mí mismo.	0	1	2	3
10. No intenté quemar mis naves sino que dejé alguna posibilidad abierta.	0	1	2	3
11. Confié en que ocurriera algún milagro.	0	1	2	3
12. Seguí adelante con mi destino(simplemente, algunas veces tengo mala suerte).	0	1	2	3
13. Seguí adelante como si no hubiera pasado nada.	0	1	2	3
14. Intenté guardar para mí mis sentimientos.	0	1	2	3
15. Busqué algún resquicio de esperanza, por así decirlo; intenté mirar las cosas por su lado bueno.	0	1	2	3
16. Dormí más de lo habitual en mí.	0	1	2	3
17. Manifesté mi enojo a la persona(s) responsable(s) del problema.	0	1	2	3
18. Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona	0	1	2	3
19. Me dije a mi mismo cosas que me hicieron sentirme mejor.	0	1	2	3
20. Me sentí inspirado para hacer algo creativo.	0	1	2	3
21. Intenté olvidarme de todo.	0	1	2	3
22. Busqué la ayuda de un profesional.	0	1	2	3
23. Cambié, maduré como persona.	0	1	2	3
24. Esperé a ver lo que pasaba antes de hacer nada.	0	1	2	3
25. Me disculpé o hice algo para compensar	0	1	2	3
26. Desarrollé un plan de acción y lo seguí.	0	1	2	3
27. Acepté la segunda posibilidad mejor después de la que yo quería	0	1	2	3
28. De algún modo expresé mis sentimientos	0	1	2	3
29. Me di cuenta de que yo fui la causa del problema.	0	1	2	3
30. Salí de la experiencia mejor de lo que entré.	0	1	2	3

31. Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema.	0	1	2	3
32. Me alejé del problema por un tiempo; intenté descansar o tomarme unas vacaciones.	0	1	2	3
33. Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos.	0	1	2	3
34. Tomé una decisión importante o hice algo muy arriesgado.	0	1	2	3
35. Intenté no actuar demasiado deprisa o dejarme llevar por mi primer impulso.	0	1	2	3
36. Tuve fe en algo nuevo	0	1	2	3
37. Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara.	0	1	2	3
38. Redescubrí lo que es importante en la vida.	0	1	2	3
39. Cambié algo para que las cosas fueran bien.	0	1	2	3
40. Evité estar con la gente en general.	0	1	2	3
41. No permití que me venciera; rehusé pensar en el problema mucho tiempo	0	1	2	3
42. Pregunté a un pariente o amigo y respeté su consejo.	0	1	2	3
43. Oculté a los demás lo mal que me iban las cosas	0	1	2	3
44. No tomé en serio la situación; me negué a considerarla en serio.	0	1	2	3
45. Le conté a alguien como me sentía.	0	1	2	3
46. Me mantuve firme y peleé por lo que quería.	0	1	2	3
47. Me desquité con los demás	0	1	2	3
48. Recurrí a experiencias pasadas; ya me había encontrado antes en una situación similar.	0	1	2	3
49. Sabía lo que había que hacer, así que redoblé mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien	0	1	2	3
50. Me negué a creer lo que había ocurrido.	0	1	2	3

51. Me prometí a mí mismo que las cosas serían distintas la próxima vez.	0	1	2	3
52. Propuse un par de soluciones distintas al problema.	0	1	2	3
53. Lo acepté ya que no podía hacer nada al respecto.	0	1	2	3
54. Intenté que mis sentimientos no interfirieran demasiado en otras cosas.	0	1	2	3
55. Deseé cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma cómo me sentía.	0	1	2	3
56. Cambié algo de mí.	0	1	2	3
57. Soñé o me imaginé otro tiempo y otro lugar mejor que el presente.	0	1	2	3
58. Deseé que la situación se desvaneciera o terminara de algún modo.	0	1	2	3
59. Fantaseé e imaginé el modo en que podrían cambiar las cosas	0	1	2	3
60. Recé.	0	1	2	3
61. Me preparé para lo peor.	0	1	2	3
62. Respeté mentalmente lo que haría o diría	0	1	2	3
63. Pensé cómo dominaría la situación alguna persona a quien admiro y la tomé como modelo.	0	1	2	3
64. Intenté ver las cosas desde el punto de vista de la otra persona.	0	1	2	3
65. Me recordé a mí mismo cuánto peor podrían ser las cosas	0	1	2	3
66. Hice jogging u otro ejercicio.	0	1	2	3
67. Intenté algo distinto de todo lo anterior (por favor, descríballo).	0	1	2	3

Anexo 11. Cuestionario del afrontamiento del Estrés CAE (Bonifacio Sandín y Paloma Chorot 2002)

Instrucciones: En las páginas que siguen se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras. Para contestar debe leer con detenimiento cada una de las formas de afrontamiento y recordar en qué medida Vd. la ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés. Rodee con un círculo el número que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican. Aunque este cuestionario a veces hace referencia a una situación o problema, tenga en cuenta que esto no quiere decir que Vd. piense en un único acontecimiento, sino más bien en las situaciones o problemas más estresantes vividos recientemente [aproximadamente durante el pasado año].

0	1	2	3	4
Nunca	Pocas veces	A veces	Frecuentemente	Casi siempre

¿Cómo se ha comportado habitualmente ante situaciones de estrés?

1	Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente	0	1	2	3	4
2	Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal	0	1	2	3	4
3	Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema	0	1	2	3	4
4	Descargué mi mal humor con los demás	0	1	2	3	4
5	Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas	0	1	2	3	4
6	Le conté a familiares o amigos cómo me sentía	0	1	2	3	4
7	Asistí a la Iglesia	0	1	2	3	4
8	Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados	0	1	2	3	4
9	No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas	0	1	2	3	4
10	Intenté sacar algo positivo del problema	0	1	2	3	4
11	Insulté a ciertas personas	0	1	2	3	4
12	Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
13	Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema	0	1	2	3	4
14	Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.)	0	1	2	3	4
15	Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo	0	1	2	3	4
16	Comprendí que yo fui el principal causante del problema	0	1	2	3	4
17	Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás	0	1	2	3	4
18	Me comporté de forma hostil con los demás	0	1	2	3	4

19	Salí al cine, a cenar, a «dar una vuelta», etc., para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
20	Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema	0	1	2	3	4
21	Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema	0	1	2	3	4
22	Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema	0	1	2	3	4
23	Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación	0	1	2	3	4
24	Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes	0	1	2	3	4
25	Agredí a algunas personas	0	1	2	3	4
26	Procuré no pensar en el problema	0	1	2	3	4
27	Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal	0	1	2	3	4
28	Tuve fe en que Dios remediaría la situación	0	1	2	3	4
29	Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas	0	1	2	3	4
30	Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema	0	1	2	3	4
31	Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga»	0	1	2	3	4
32	Me irrité con alguna gente	0	1	2	3	4
33	Practiqué algún deporte para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
34	Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir	0	1	2	3	4
35	Recé	0	1	2	3	4

36	Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	0	1	2	3	4
37	Me resigné a aceptar las cosas como eran	0	1	2	3	4
38	Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor	0	1	2	3	4
39	Luché y me desahugué expresando mis sentimientos	0	1	2	3	4
40	Intenté olvidarme de todo	0	1	2	3	4
41	Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos	0	1	2	3	4
42	Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar	0	1	2	3	4

Corrección de la prueba

Se suman los valores marcados en cada ítem, según las siguientes subescalas:

Focalizado en la solución del problema (FSP): 1, 8, 15, 22, 29, 36.

Autofocalización negativa (AFN): 2, 9, 16, 23, 30, 37.

Reevaluación positiva (REP): 3, 10, 17, 24, 31, 38.

Expresión emocional abierta (EEA): 4, 11, 18, 25, 32, 39.

Evitación (EVT): 5, 12, 19, 26, 33, 40.

Búsqueda de apoyo social (BAS): 6, 13, 20, 27, 34, 41.

Religión (RLG): 7, 14, 21, 28, 35, 42.

Anexo 12. Cuestionario sobre el estrés laboral específico para las Enfermer@s y Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería de áreas quirúrgicas

Se está realizando un estudio de investigación. Para ello, solicitamos su colaboración cumplimentando este cuestionario de manera anónima.

Esta información será tratada con estricta confidencialidad, de acuerdo con la Ley Orgánica de protección de datos (Ley Orgánica 15/1999) y demás legislación vigente al respecto.

No se trata de un examen por lo que le pedimos que conteste con sinceridad a las preguntas planteadas. Si tiene alguna duda sobre el cuestionario o no entiende alguna pregunta puede dirigirse al personal investigador.

Gracias por dedicar parte de su tiempo a responder a estas preguntas

POR FAVOR, NO DEJE NINGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR

1. **Sexo:** Hombre Mujer

2. **Edad:** ____ años

3. **Estado civil:** Soltero Casado/en pareja

Separado/Divorciado Viudo

4. **¿Tiene usted hijos/as?** Sí No 5. **Nº de hijos:** ____

6. **Comunidad Autónoma de nacimiento:** _____

7. **Personas que viven en el mismo hogar con usted (incluido usted):** _____pers.

8. Categoría laboral: ATS DUE Grado de Enfermería

Técnicos en Cuidados Auxiliar de Enfermería

9. Universidad de procedencia o IES: _____

10. Actualmente trabaja en la Unidad de: Quirófano URPA

REA CMA

11. Años de experiencia profesional como Enfermero/a o TCAE: __ años

12. Tiempo de antigüedad en Quirófano, URPA, REA y CMA:

13. Tipo de contrato: Fijo Interino Eventual Sustitución

14. ¿Está usted siempre en el mismo puesto de trabajo o rota dentro de la unidad o por otras unidades? En el mismo puesto Roto dentro de la unidad

Roto por otras unidades

15. Distancia de casa al trabajo: Menos de 5 km. Entre 6 y 15 km.

Entre 15-25 km. Más de 25 km.

16. El desempeño de las labores del hogar: Las realizo yo mismo

Comparto con otra o más personas

17. Tiene otro puesto laboral: Sí No

18. ¿Está trabajando y estudiando a la vez? Sí No

19. ¿Ha estado de baja en los últimos 6 meses? Sí No

Además del test previo sobre variables sociodemográficas se realizaron el Cuestionario de satisfacción laboral S10/12 de J.L. Meliá y J.M. Peiró (1989) (Anexo3). La Escala de Estrés Percibido (Perceived Stress Scale, PSS), (Anexo7).Y el Cuestionario de Salud General De Goldberg (GHQ28), (Anexo1).

*Labor omnia vincit improbus et duris
urgens in rebus egestas*

Virgilio