



UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**Evolución del Entorno Laboral Percibido
por las Enfermeras del Sistema Nacional de
Salud en España entre los Años 2009-2014**

D^a Silvia Esteban Sepúlveda

2017



Universidad de Murcia
FACULTAD DE ENFERMERÍA

TÍTULO

**EVOLUCIÓN DEL ENTORNO LABORAL PERCIBIDO
POR LAS ENFERMERAS DEL SISTEMA NACIONAL DE
SALUD EN ESPAÑA ENTRE LOS AÑOS 2009-2014**

Realizada por:

D^ª. SILVIA ESTEBAN SEPÚLVEDA

Dirigida por:

Dra. D^ª. MARÍA RUZAFÁ MARTÍNEZ

Dra. D^ª. CARMEN FUENTE SAZ GALLEGO

Dra. D^ª. MARÍA TERESA MORENO CASBAS

Murcia, 2017

D^a. María Ruzafa Martínez, Profesora Titular de Universidad del Área de Enfermería en el Departamento de Enfermería, AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada “Evolución del entorno laboral percibido por las enfermeras del Sistema Nacional de Salud en España entre los años 2009-2014”, realizada por D^a. Silvia Esteban Sepúlveda, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 02 de mayo de 2017

D^a. Carmen Fuentelsaz Gallego, Doctora, Responsable de la investigación en cuidados del Hospital Universitario Valle Hebron, Instituto de Investigación Valle Hebron, Universidad Autónoma de Barcelona; AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada “Evolución del entorno laboral percibido por las enfermeras del Sistema Nacional de Salud en España entre los años 2009-2014” realizada por D^a Silvia Esteban Sepúlveda, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 3 de Mayo de 2017.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'C. Fuentelsaz Gallego', with a stylized flourish at the end.

Fdo.: Carmen Fuentelsaz Gallego

D^a. Maria Teresa Moreno Casbas, Doctora en Epidemiología y Salud Pública y Directora de la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii) del Instituto de Salud Carlos III perteneciente al Ministerio de Economía, Industria y Competitividad; AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada “Evolución del entorno laboral percibido por las enfermeras del Sistema Nacional de Salud en España entre los años 2009-2014” realizada por D^a Silvia Esteban Sepúlveda, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 3 de Mayo de 2017.

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized, cursive script that reads "Teresa Moreno". The signature is enclosed within a faint, light blue rectangular border.

Fdo.: Maria Teresa Moreno Casbas

Resumen

Antecedentes

La calidad de los cuidados es clave en la seguridad del paciente, por lo que los elementos que influyen en la calidad de los cuidados proporcionados por las enfermeras ha sido motivo de estudio en numerosos trabajos. La mayoría pone de manifiesto una clara relación entre la insatisfacción laboral, el nivel de burnout, el entorno laboral, la calidad de los cuidados y los resultados de salud de los pacientes. Los cambios globales acontecidos en los últimos cuatro años a nivel social, económico y laboral han tenido un fuerte impacto en el colectivo enfermero del SNS. Se han endurecido las condiciones laborales, la retribución económica es menor y en muchos casos se han reducido las bondades sociales conseguidas a lo largo de las últimas décadas. Si estos cambios han afectado el entorno laboral y el nivel de burnout de las enfermeras, la calidad de los cuidados y la seguridad del paciente podrían haberse visto afectados.

Objetivo

Conocer si existen diferencias en la percepción del entorno laboral, la satisfacción laboral, el nivel de burnout y la calidad de los cuidados y seguridad percibidos por las enfermeras que trabajaban en hospitales del Sistema Nacional de Salud español en los años 2009-2014.

Metodología

Estudio observacional transversal y comparativo entre los datos obtenidos en el marco del Proyecto RN4CAST-España durante el periodo 2009-2010, y los datos obtenidos en el marco del Proyecto SYCE durante el periodo 2012-2014. Participaron enfermeras que trabajaban en unidades de hospitalización médica, quirúrgica y de cuidados críticos en siete hospitales del SNS: Hospital Universitario Vall d'Hebrón y Hospital del Mar (Barcelona), Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (A Coruña), Complejo Asistencial de Palencia (Palencia), Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid), Hospital Molina Orosa (Lanzarote) y Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia).

Se han recogido datos sociodemográficos, relacionados con el puesto de trabajo, con la seguridad y calidad de los cuidados y relativos a la satisfacción y entorno laboral y el burnout. Los instrumentos utilizados para la recogida de datos han sido el PES-NWI para la valoración del entorno laboral, el MBI para la medida del nivel de burnout y cuestionarios ad hoc basados en la literatura para el resto de las variables estudiadas.

Resultados

Se han estudiado 1454 enfermeras (819 en el Proyecto RN4CAST y 635 en el Proyecto SYCE). Las enfermeras participantes en el segundo proyecto tienen una media de edad más elevada que las del primero (37,44 años vs 41,05), están más satisfechas con su trabajo actual (moderadamente o muy satisfechas: 68,1% vs 76,3%), perciben su entorno laboral más favorable (clasificación hospital favorable 13,9% vs 20,0%) y tienen niveles de burnout más bajos (burnout medio o alto: 52,6% vs 41,7%). En el análisis multivariante del segundo grupo el status profesional, la autonomía en el trabajo, las relaciones laborales enfermera-médico, la participación de la enfermería en cuestiones del hospital, la adecuación de personal y recursos, y la habilidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de sus responsables son las variables relacionadas con la satisfacción y el entorno laborales. La edad, las oportunidades de desarrollo profesional, las vacaciones, las relaciones laborales enfermera-médico y la participación de la enfermería en cuestiones del hospital son las relacionadas con el burnout.

Conclusiones

El contexto socioeconómico desfavorable pone de relieve que los factores profesionales condicionan más la satisfacción laboral, percepción del entorno y burnout en las enfermeras que los aspectos laborales y retributivos. La práctica profesional diaria parece estar por encima de los componentes económicos o que se dan de forma ocasional. El envejecimiento del colectivo indica un escaso recambio generacional, y condiciona tal vez este perfil de prioridades.

Agradecimientos

Ante todo quiero expresar mi agradecimiento a todas las enfermeras participantes en los dos proyectos que han dado lugar a esta Tesis, sin su colaboración desinteresada no hubiese sido posible este trabajo.

Además, quiero mostrar mi agradecimiento:

A María Ruzafa por facilitar la realización de esta Tesis en la Universidad de Murcia y por su ánimo, dirección y guía siempre con espíritu positivo.

A Mayte Moreno por incluirme en los dos proyectos y depositar desde el principio la confianza en mí para la realización de esta Tesis.

A Carmen Fuentelsaz por el apoyo personal y profesional que me ha brindado a lo largo de todo el proceso.

Al Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM) por la ayuda en la encuadernación de esta Tesis.

A Sergi Mojal y a Xavier Duran por el apoyo estadístico.

A Jordi, por apoyarme, animarme, ayudarme a resolver no pocas situaciones de crisis y tener paciencia durante todo el tiempo dedicado a la realización de esta Tesis.

A mis hijos, Pau y Mireia, por hacerme entender cada día lo que es realmente importante en la vida.

Índice de contenidos

1.	INTRODUCCIÓN.....	27
1.1	El Sistema Nacional de Salud Español	29
1.2	Clima organizacional y Entorno laboral	35
1.2.1	Instrumentos de medida del entorno laboral en las enfermeras.....	43
1.3	Entorno laboral y satisfacción laboral	49
1.4	Entorno laboral y satisfacción laboral en el ámbito sanitario.....	50
1.4.1	Instrumentos de medida de la satisfacción laboral de las enfermeras	51
1.5	Calidad de los cuidados, resultados en salud y entorno laboral de las enfermeras.....	53
1.6	Burnout	57
1.6.1	Instrumentos de medida del Burnout	61
2.	JUSTIFICACIÓN	65
3.	OBJETIVOS E HIPÓTESIS	71
3.1	Objetivo general	73
3.2	Objetivos específicos.....	73
3.3	Hipótesis.....	73
4.	METODOLOGÍA	75
4.1	Diseño	77
4.2	Ámbito de estudio.....	77
4.2.1	Proyecto RN4CAST-España	77
4.2.2	Proyecto SYCE.....	78
4.3	Sujetos de estudio.....	79
4.4	Criterios de selección	79
4.5	Variables de estudio.....	79
4.6	Instrumentos para la recogida de datos.....	80

4.6.1	Cuestionario de satisfacción laboral.....	80
4.6.2	Cuestionario de calidad de cuidados y resultados en salud	81
4.6.3	Cuestionario de seguridad en el trabajo.....	81
4.6.4	Cuestionario de tareas realizadas.....	82
4.6.5	Percepción del entorno laboral: PES-NWI	82
4.6.6	Burnout: Maslach Burnout Inventory (MBI)	89
4.7	Reclutamiento y proceso de recogida de datos	92
4.8	Aspectos éticos	93
4.9	Análisis de los datos	93
4.9.1	Edición y depuración de la base de datos.....	93
4.9.2	Análisis estadístico.....	93
5.	RESULTADOS	97
5.1	Participantes	99
5.2	Resultados del análisis bivariante	100
5.2.1	Datos sociodemográficos.....	100
5.2.2	Carga de trabajo y tipo de tarea realizada.....	102
5.2.3	Calidad percibida de los cuidados y seguridad del paciente	105
5.2.4	Satisfacción laboral	112
5.2.5	Entorno laboral	117
5.2.6	Nivel de burnout	125
5.3	Resultados del análisis multivariante.....	129
5.3.1	Variables sociodemográficas y de satisfacción laboral.....	129
5.3.2	Factores del entorno laboral medidos con el PES-NWI	135
5.3.3	Burnout y evaluación de la satisfacción con el trabajo actual.....	139
6.	DISCUSIÓN	143
6.1	Satisfacción laboral	146
6.1.1	Satisfacción laboral y contexto socioeconómico	146
6.1.2	Satisfacción laboral y elementos propios del trabajo.....	151

6.2	Entorno laboral	156
6.3	Burnout	162
6.4	Consideraciones finales.....	166
6.4.1	Limitaciones del estudio	167
6.4.2	Implicaciones para la práctica	169
7.	CONCLUSIONES.....	173
8.	BIBLIOGRAFÍA.....	177
9.	ANEXOS.....	197
9.1	Anexo 1: cuestionario de clima organizacional.....	199
9.2	Anexo 2: cuestionario de calidad de sueño (Proyecto SYCE)	203
9.3	Anexo 3: Cuestionario de satisfacción laboral	215
9.4	Anexo 4: Cuestionario calidad y seguridad de cuidados.....	217
9.5	Anexo 5: Cuestionario de seguridad en el trabajo	221
9.6	Anexo 6: Cuestionario de tareas realizadas.....	223
9.7	Anexo 7: Cuestionario PES-NWI versión validada al castellano	225
9.8	Anexo 8: Cuestionario NWI-R	229
9.9	Anexo 9: Tabla comparativa PES_NWI 31 vs 32.....	231
9.10	Anexo 8: Cuestionario MBI versión validada al castellano	233
9.11	Anexo 9: Mapa de los hospitales participantes	235

Índice de tablas

Tabla 1: Evolución del gasto sanitario en millones de Euros según función de atención de la salud	30
Tabla 2: Gasto sanitario total según proveedor de atención de la salud con financiación pública	31
Tabla 3: Cronología y principales definiciones clima organizacional	38
Tabla 4: Dimensiones y variables explicativas del clima laboral. Perspectiva general	40
Tabla 5: Tipos de violencia según la California Occupational Safety and Health Administration.....	41
Tabla 6: Dimensiones del clima laboral. Perspectivas específicas.....	42
Tabla 7: Instrumentos de medida del clima laboral.....	44
Tabla 8: Instrumentos utilizados para medir el entorno de la práctica enfermera.....	48
Tabla 9: Elementos de satisfacción laboral de las enfermeras.....	52
Tabla 10: Categorización del Burnout (Corte Medicina) según Maslach y Jackson.....	60
Tabla 11: Principales instrumentos de medida del burnout.....	63
Tabla 12: Entornos de validación NWI-R.....	84
Tabla 13: Entornos de validación PES-NWI.....	86
Tabla 14: Propiedades métricas del PES-NWI versión validada al español.....	88
Tabla 15: Categorización del nivel de burnout en función del grupo profesional.....	90
Tabla 16: Variables sociodemográficas.....	101
Tabla 17: Distribución de tareas no realizadas por falta de tiempo.....	103
Tabla 18: tareas realizadas no propias de cuidados de enfermería.....	104
Tabla 19: Calidad de cuidados nivel unidad.....	106

Tabla 20: Calidad de cuidados nivel hospital.....	106
Tabla 21: Otros aspectos relacionados con la calidad y seguridad del paciente.....	107
Tabla 22: Percepción de seguridad en la provisión de cuidados.....	109
Tabla 23: Percepción global de seguridad en la provisión de cuidados nivel unidad.....	110
Tabla 24: Percepción de seguridad hacia el paciente: incidentes adversos.....	111
Tabla 25: Satisfacción laboral.....	113
Tabla 26: Distribución de la satisfacción con el trabajo actual en función de la edad.....	114
Tabla 27: Distribución de la satisfacción con el trabajo actual en función de las horas de formación.....	115
Tabla 28: Grado de satisfacción con el trabajo actual según unidades de hospitalización.....	116
Tabla 29: Puntuación global de los factores del entorno laboral según el PES-NWI.....	117
Tabla 30: factores del entorno laboral según el PES-NWI y tipo de unidad.....	129
Tabla 31: Clasificación de los hospitales según PES-NWI.....	120
Tabla 32: Clasificación de los hospitales según PES-NWI: desglose por tipo de unidad.....	121
Tabla 33: Distribución de la valoración del entorno en función de la edad.....	121
Tabla 34: distribución de la valoración del entorno en función de las horas de formación.....	122
Tabla 35: percepción de la seguridad: incidentes hacia el personal.....	124
Tabla 36: Burnout general.....	125
Tabla 37: Subescalas de burnout.....	126
Tabla 38: Valoración del burnout global por tipo de unidad.....	127
Tabla 39: Valoración de escalas de burnout por tipo de unidad.....	128

Tabla 40: Variables sociodemográficas y de satisfacción laboral en relación a la satisfacción con el trabajo actual.....	130
Tabla 41: Variables sociodemográficas y de satisfacción laboral en relación al entorno laboral.....	132
Tabla 42: Variables sociodemográficas y de satisfacción laboral en relación al burnout.....	134
Tabla 43: Factores del PES-NWI en relación a la satisfacción con el trabajo actual.....	136
Tabla 44: Factores del PES-NWI en relación a la evaluación del entorno laboral.....	137
Tabla 45: Factores del PES-NWI en relación al nivel de burnout.....	138
Tabla 46: Satisfacción con el trabajo actual y nivel de burnout.....	140
Tabla 47: Subescalas de burnout y satisfacción con el trabajo actual.....	140

Índice de gráficos

Gráfico 1: Evolución del gasto sanitario en los hospitales de titularidad pública. Porcentaje sobre el Producto Interior Bruto.....	31
Gráfico 2: Evolución del gasto sanitario total en los hospitales con financiación pública de la asistencia. Porcentaje sobre el Producto Interior Bruto.....	32
Gráfico 3: Evolución del gasto sanitario total en los hospitales con financiación pública de la asistencia. Euros por habitante.....	33
Gráfico 4: Aproximación al modelo explicativo de Halpin y Croft.....	36
Gráfico 5: Población mayor de 64 años en Julio de 2009 y Julio de 2016.....	69

1. Introducción

1.1 El Sistema Nacional de Salud Español

En el Estado Español se establece el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos mediante el artículo 43 de la Constitución Española de 1978. Este derecho se hace efectivo mediante la regulación de diferentes acciones y normas con rango de ley: Ley General de Sanidad (1986), Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (2003), Ley de garantías y uso racional del medicamento (2006), Ley General de Salud Pública (2011) y el Real Decreto-Ley de medidas urgentes para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejora de la calidad y la seguridad (2012). Los principios básicos que permiten el ejercicio de este derecho son:

- Financiación pública, universalidad y gratuidad de los servicios sanitarios en el momento del uso.
- Derechos y deberes definidos para los ciudadanos y para los poderes públicos.
- Descentralización política de la sanidad en las comunidades autónomas.
- Prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.
- Integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al Servicio de la salud en el Sistema Nacional de Salud.

Paralelamente al establecimiento de la Constitución Española, se establecen los estatutos de autonomía de las diferentes comunidades autónomas, en los que se instauran, entre otras, las competencias en materia sanitaria. Así, cada comunidad autónoma cuenta con un Servicio de Salud, que es la estructura administrativa y de gestión que integra todos los centros, servicios y establecimientos de la propia comunidad, diputaciones, ayuntamientos y cualesquiera otras administraciones territoriales intracomunitarias. Esto puede implicar un cierto grado de disparidad en cuanto a los criterios de gestión de recursos.

Aun así, el SNS se configura como el conjunto coordinado de los servicios de salud de la Administración del Estado y los servicios de salud de las comunidades autónomas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

El SNS como otros sectores públicos en España se ha visto también afectado por la crisis económica. Durante el año 2010 se invirtió el 9,6% del PIB en salud. Esto supuso una inversión en el sistema de salud público del 7,0% del PIB, por debajo de la media europea que fue del 7,6% (Legido-Quigley et al., 2013). En 2013 la inversión global se redujo al 8,8%

del PIB, correspondiendo al sistema público el 6,3% del PIB. Esto se ha traducido en una drástica reducción del crecimiento en gasto sanitario per cápita, que ha pasado del 3,5% entre 2005-2009 a un crecimiento negativo del -1,7% en el periodo comprendido entre 2009-2013. Estas cifras sitúan a España como el país con el sexto valor más alto entre los 12 países con crecimiento negativo dentro de la OCDE (OECD, 2015).

Según la OCDE (Anderson et al 2000 citado en Havens, Labov, Faura y Aiken, 2002), los servicios de hospitalización representan la mayor proporción del gasto sanitario, de manera que cada vez es más patente la puesta en marcha de estrategias que permitan la contención del gasto hospitalario, como la reestructuración organizativa y la redistribución de las plantillas de personal. Los datos facilitados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad) corroboran estos resultados, así como el descenso del gasto realizado por el SNS en los servicios de atención a la salud en el periodo comprendido entre los años 2009-2014 (Tabla 1), sobre todo en el sector público y concretamente en el ámbito hospitalario.

Tabla 1

Evolución del gasto sanitario en millones de Euros según función de atención de la salud

	2009-2010	2013-2014	Diferencia absoluta	Diferencia porcentual
Servicios de asistencia curativa y de rehabilitación (atención hospitalaria y atención ambulatoria)	112.371	111.946	- 425	
Servicios de atención de larga duración (hospitalaria y domiciliaria)	17.816	17.343	- 473	
Servicios auxiliares de atención de la salud (laboratorio clínico, diagnóstico por imagen, transporte y otros)	9.936	9.250	- 686	
Total	140.123	138.539	- 1.584	1,13

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud

En los datos facilitados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2015 se muestra que el gasto sanitario total de los hospitales con financiación pública pasó de 78.081 millones de euros en el periodo 2009-2010 a 73.205 en el periodo 2013-2014, lo cual supone una reducción del gasto en un 6,24% (tabla 2).

Tabla 2

Gasto sanitario total según proveedor de atención de la salud con financiación pública

	2009-2010	2013-2014	Diferencia absoluta	Diferencia porcentual
Hospitales	78.081	73.205	- 4.876	- 6,24
Atención ambulatoria	28.606	24.618	- 3.988	- 13,94

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud

Este descenso se aprecia también en el porcentaje del PIB (Gráficos 1 y 2) y en la distribución de euros por habitante (gráfico 3).

Gráfico 1:

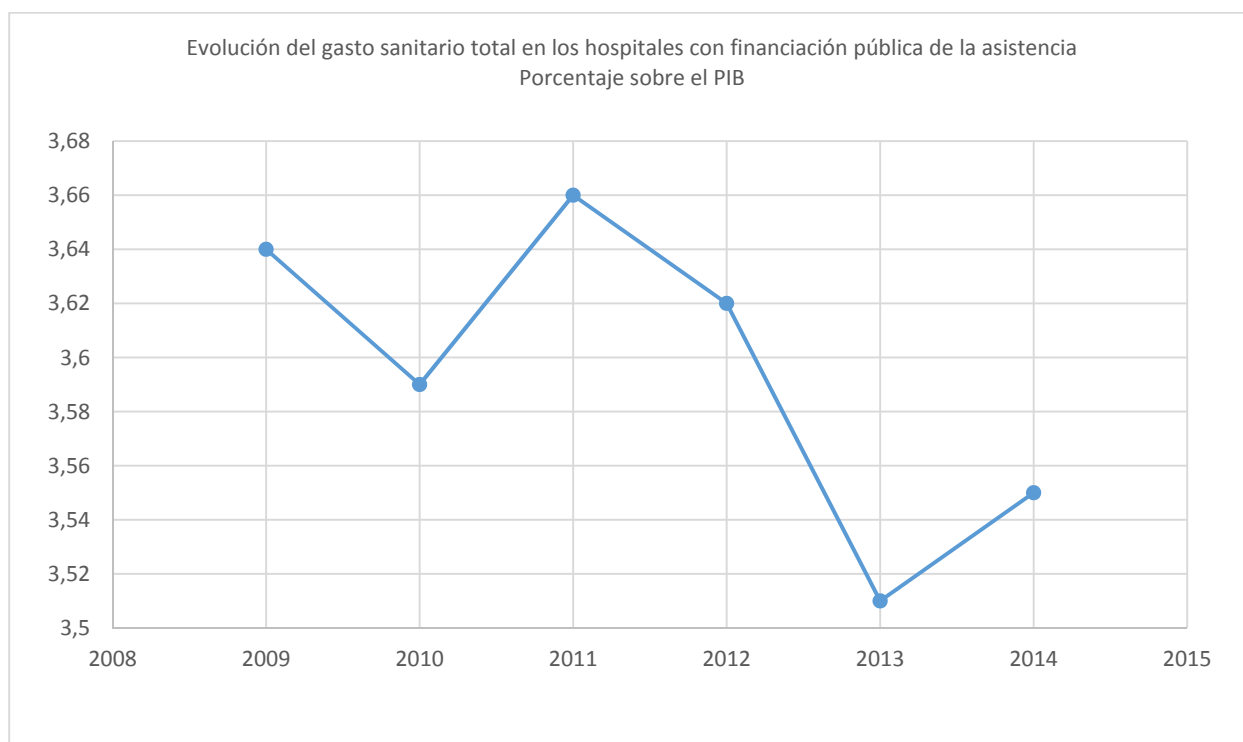
Evolución del gasto sanitario en los hospitales de titularidad pública. Porcentaje sobre el Producto Interior Bruto



Elaboración propia según datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud

Gráfico 2:

Evolución del gasto sanitario total en los hospitales con financiación pública de la asistencia. Porcentaje sobre el Producto Interior Bruto



Elaboración propia según datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud

Gráfico 3:

Evolución del gasto sanitario total en los hospitales con financiación pública de la asistencia. Euros por habitante

Elaboración propia según datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud



Las medidas económicas restrictivas han supuesto también cambios en la organización y estructura del SNS. Claro ejemplo de ello es que en el SNS el número total de enfermeras ha pasado de 166.103 en el año 2010 a 161.771 en el año 2013. Concretamente entre 2010 y 2013 han disminuido los efectivos de enfermería esencialmente en atención hospitalaria, pasando de 136.343 a 132.245. Esto supone que en los hospitales del SNS la tasa de profesionales de enfermería por 1.000 habitantes ha pasado de 3 a 2,8 en este periodo de tiempo (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014). Además, se ha incrementado de forma sustancial la actividad en departamentos hospitalarios fuera de la hospitalización convencional, como por ejemplo la atención en hospital de día o la actividad quirúrgica que no requiere ingreso, y hay que tener en cuenta que estos entornos hospitalarios también requieren personal de enfermería.

En comparación con los países del entorno Europeo, según el Instituto Nacional de Estadística (INE 2014), había en 2014 un total de 242.877 enfermeros colegiados en España, suponiendo

esto una tasa de 522,81 enfermeros por 100.000 habitantes (rango 239-836). Así mismo, el Observatorio Enfermero del Consejo General de Enfermería, en su último análisis de Mayo de 2015 (CGE, 2015) afirma que mientras que en la UE hay, de media, 811 enfermeras por cada 100.000 habitantes, en nuestro país es de tan sólo 508 profesionales, de manera que estima dicho organismo que serían necesarias 141.783 enfermeras más para llegar a las ratios de la UE. Sin embargo, la tasa de paro estimada en la actualidad es del 5,39%, aumentando en los últimos 5 años la proporción de contratos a tiempo parcial pasando de suponer el 27,56% en 2010 al 30,56% en 2015, y los contratos temporales, que han pasado del 92,99% en 2009 a 97,20% en 2015 (Ministerio de Empleo y Seguridad Social, 2017). Además, la proporción de médicos y enfermeras que trabajan en los sistemas públicos nacionales europeos es del 30% y el 70% respectivamente, un porcentaje que pasa al 42,13% de médicos y 57,87% de enfermeras en nuestro país (EFNA, 2012).

Todas estas circunstancias ponen de relieve un aumento en la carga asistencial, unas ratios desajustadas en relación a otras categorías profesionales y un aumento de la precariedad laboral de las enfermeras que trabajan en el SNS.

1.2 Clima organizacional y Entorno laboral

Para hablar de entorno laboral, es necesario abordar el concepto en su origen, el clima organizacional, ya que las organizaciones pueden ser consideradas como entornos psicológicamente significativos (Peiró, 1985).

En 1932 los trabajos de Tolman acerca de la psicología del comportamiento buscan ya relacionar el ambiente con la conducta, ("Purposive Behavior in Animals and Men"), y en 1933 Georges Elton Mayo en su libro "The Human Problems of an Industrialized Civilization" publica sus investigaciones en el campo de la productividad, llegando a la conclusión de que la satisfacción en el trabajo dependía en gran medida del comportamiento del grupo y de la relación del individuo dentro del mismo, poniendo mucho más énfasis en la cooperación y el sentimiento de importancia que a las condiciones físicas o los incentivos financieros.

Sin embargo, es Lewin (junto con Lippitt y White) en 1939, con sus trabajos experimentales sobre los estilos de liderazgo grupal (democrático, autocrático o laissez faire), quien introduce el concepto de "clima" o atmósfera psicológica calificándolo de vínculo entre la persona y el ambiente, demostrando que diferentes estilos de liderazgo dan lugar a diferentes atmósferas sociales.

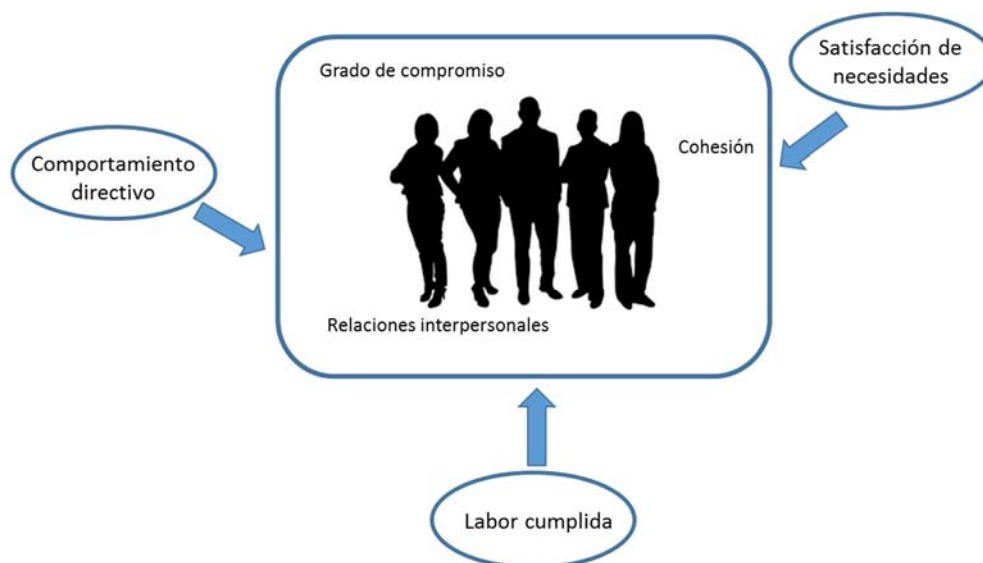
Posteriormente Lewin desarrolló la "teoría de la motivación", dando lugar a diferentes definiciones de clima organizacional en función de la aproximación conceptual utilizada, surgiendo diferentes enfoques sobre todo a partir de los años 60. Para Lewin, la percepción que el individuo tiene de su ambiente laboral es fundamental para comprender y dar sentido a su actividad, de forma que el individuo se comporta de acuerdo a cómo experimenta dicho ambiente según la fórmula $C=F(P \times E)$: "El comportamiento es función de la persona implicada y de su entorno" (Brunet, 1987).

El concepto de clima organizacional se introduce realmente en 1960 de la mano de Gellerman dentro del ámbito de la psicología industrial, y que basa su pensamiento en dos grandes escuelas: la escuela de Gestalt y la escuela funcionalista. Estas dos escuelas de pensamiento se basan en dos premisas importantes: la primera defiende que los individuos se comportan en función de la percepción que tienen de su entorno, mientras que la segunda añade el componente personal e individual en la adaptación al entorno que le rodea. Así pues, y según estas visiones, el comportamiento de los empleados estará condicionado por sus percepciones del entorno de trabajo y por un componente adaptativo individual. Así, surge el primer modelo explicativo formalizado de clima laboral formulado por Halpin y Croft en 1963,

en el que se menciona especialmente el grado en que los trabajadores perciben el modo en el que se van satisfaciendo sus necesidades, el disfrute que proporciona la labor cumplida y el comportamiento directivo, siendo aspectos como el grado de compromiso, la cohesión y las relaciones interpersonales elementos importantes a considerar (Gráfico 4).

Gráfico 4:

Aproximación al modelo explicativo de Halpin y Croft



El concepto y estudio del clima organizacional y sus consecuencias sobre el individuo va cobrando cada vez más importancia, así en 1966 se presentó al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (EEUU) el informe “Protecting the Health of Eighty Million Workers — A National Goal for Occupational Health”, donde se afirmaba que el estrés psicológico estaba cada vez más presente en el entorno de trabajo y que suponía una amenaza para la salud mental y un riesgo para trastornos somáticos. (Sauter, Murphy, Hurrell y Levi, 2001).

Quedando cada vez más clara la idea de la influencia que tiene sobre los individuos el entorno laboral, era necesario no sólo la definición del concepto y sus posibles consecuencias, sino también el estudio de los factores que lo influyen y la necesidad de cuantificarlo. En 1968 destacan Litwin y Stringer con su modelo de Clima Organizacional, donde proponen la medición de los factores ambientales que influyen en la motivación a través de la cuantificación de nueve dimensiones: estructura, responsabilidad, recompensa, riesgo, calor,

apoyo, estándares, conflicto e identidad. Así mismo estudian también la influencia del estilo de liderazgo sobre la motivación y la conducta de los componentes de la organización, estableciendo relaciones entre el estilo de liderazgo y el clima organizacional, y determinando los efectos del clima organizacional sobre la motivación individual y la satisfacción personal (Litwin y Stringer, 1968). Para ello elaboran un cuestionario de 53 ítems (Anexo 1) y llegan a la conclusión de que si se varía el estilo de liderazgo se pueden crear en un corto espacio de tiempo diferentes climas organizacionales con características estables, que pueden tener efectos significativos sobre la motivación, el desempeño y la satisfacción en el trabajo.

En 1970 Campbell et al definen el clima organizacional como un conjunto de atributos específicos de cada organización que pueden ser inducidos por la forma en que la propia organización trata con sus miembros y su entorno (Chiang-Vega, Rodrigo y Partido, 2010).

Basada en esta definición, Hellriegel y Slocum incorporan en 1974 el elemento “subsistemas”, y proponen una nueva definición: “el clima organizacional se refiere a una serie de atributos que pueden percibirse acerca de una organización particular y/o sus subsistemas, y que puede inducirse del modo en que la organización y/o sus subsistemas se relacionan con sus miembros y ambiente” (Hellriegel y Slocum, 1974). Los mismos autores apuntan ya también que las percepciones (del individuo) tienen consecuencias potenciales para la conducta, siguiendo pues la escuela de Gestalt ya propuesta anteriormente por Gellerman.

Desde entonces ha habido numerosos autores que han trabajado el tema, y si bien en la actualidad existe cierto consenso en que los elementos básicos del constructo “clima organizacional” son los atributos del ambiente de trabajo, la naturaleza de éstos varía en función de los autores, definiéndolo como cualidad o propiedad del ambiente organizacional a efectos subjetivos percibidos del sistema, pero que en todos los casos tiene un impacto en el comportamiento de los miembros que conforman la organización. En la tabla 3 se muestran algunos autores que han trabajado y desarrollado el concepto de clima organizacional, así como las principales aportaciones y definiciones.

Tabla 3

Cronología y principales definiciones clima organizacional

AUTOR, año	Concepto de clima organizacional
Tolman, 1932	Se relaciona el ambiente con la conducta
Lewin, Lippit y White, 1939	Introduce la idea de la influencia de los diferentes estilos de liderazgo sobre el grupo. Vínculo entre la persona y el ambiente
Lewin, 1951	Teoría de la motivación
Gellerman, 1960	El comportamiento de un empleado está influenciado por su percepción del entorno de trabajo
Litwin y Stringer, 1968	Proponen modelo de clima organizacional y establecen nueve dimensiones. Lo definen como cualidad o propiedad del ambiente organizacional que es percibida o experimentada por los miembros de la organización y que influye en su comportamiento.
Friedlander y Margulies, 1969	Son las propiedades organizacionales percibidas que intervienen entre el comportamiento y las características organizacionales
Campbell et al., 1970	Conjunto de atributos específicos de una organización particular que puede ser inducido por el modo como la organización se enfrenta con sus miembros y su entorno
Schneider y Hall, 1972	Percepciones que tienen los individuos de sus organizaciones, influidas por las características de la organización y del individuo
Hellriegel y Slocum, 1974	Llevar a cabo una adaptación de Campbell et al., afirmando que el clima organizacional es una serie de atributos que pueden percibirse acerca de una organización particular y/o sus subsistemas, y que puede inducirse del modo en que la organización y/o sus subsistemas se relacionan con sus miembros y ambiente
James et al., 1978	Suma de las percepciones de los miembros sobre la organización
Dessler, 1979	Percepciones que tiene el sujeto de la organización en la que trabaja, en términos de organizativos, de recursos humanos y culturales.
De Witte y De Cock, 1986	Representa una síntesis de percepciones sobre un conjunto relativamente estable de orientaciones de valores de la organización como un todo, que influye en el comportamiento de los miembros de la organización respecto de la efectividad organizacional que se centra en las políticas, prácticas y procedimientos organizacionales formales e informales.
Brunet 1987	el clima refleja los valores, las actitudes y las creencias de los miembros y que debido a su especial naturaleza, se transforman a su vez, en elementos del clima
Rousseau, 1988	Descripciones individuales del marco social o contextual del cual forma parte la persona
Reichers y Scheider, 1990	Percepciones compartidas de políticas, prácticas y procedimientos organizacionales, tanto formales como informales
Álvarez 1992	El ambiente percibido por los miembros de la organización repercutirá en la definición del concepto de clima, impulsando el sentido de pertenencia y satisfacción laboral.
Peiró 1995	Conexión con las percepciones e impresiones de la realidad, de manera que la valoración del clima organizacional no siempre es coincidente en todos los miembros de la organización.
Hall, 1996	Conjunto de propiedades del ambiente laboral, percibida directa o indirectamente por los empleados, que influye en la conducta de los mismos

Modificado y adaptado de Chiang-Vega 2010 (Margarita Chiang-Vega et al., 2010) y Olaz 2013 (Olaz, 2013)

Paralelamente, la RAE¹ define “entorno” como ambiente, lo que rodea, y “laboral” a aquello perteneciente o relativo al trabajo en su aspecto económico, jurídico y social. Así podemos equiparar el concepto de clima organizacional con entorno laboral, en tanto que son todos aquellos elementos de la organización que influyen en la percepción que el trabajador tiene de aquello que le rodea, y que puede condicionar sus actitudes de cara a la organización.

De todas las definiciones expuestas, podríamos definir el clima organizacional (y por ende el clima o entorno laboral) como las percepciones compartidas que tienen los miembros de una organización acerca de los procesos organizacionales en su sentido más amplio, que comprende diferentes aspectos tales como el estilo de liderazgo, las relaciones interpersonales, la remuneración, las políticas o líneas estratégicas de la organización y los mecanismos que utiliza para llevarlas a cabo, etc., y que tiene una influencia directa en las personas que lo componen. Asimismo, refleja la percepción que tienen los profesionales de la cultura de su organización (Sleutel, 2000). Si tenemos en cuenta que el capital humano es uno de los principales recursos que tienen las organizaciones para promover, desarrollar e implantar estrategias de mejora e innovación, podemos deducir que un entorno laboral adecuado podrá tener consecuencias positivas, ya que los miembros que la componen tendrán una adecuada percepción de su organización, pudiendo alinear entonces los objetivos individuales con los organizacionales.

Los diferentes autores que han desarrollado estos conceptos han establecido una serie de dimensiones que conforman el clima y la satisfacción laboral, y que deben pues ser tenidas en cuenta. Estas dimensiones pueden ser vistas desde una perspectiva general o desde una perspectiva específica. Desde la perspectiva general de clima, se apuntan desde hace décadas conceptos como motivación, autonomía, comunicación, recompensa y toma de decisiones entre otros, tal como se refleja en la tabla 4.

¹ Real Academia Española

Tabla 4

Dimensiones y variables explicativas del clima laboral. *Perspectiva general*

AUTOR, año	DIMENSIONES
Gilmer y Forehand, 1964	Tamaño de la organización, estructura organizacional, complejidad sistemática de la organización, estilo de liderazgo, orientación de fines.
Luthin y Stringer, 1966, 1968	Estructura organizacional (reglamentos, deberes y normas percibidos), responsabilidad percibida otorgada por la institución, recompensa (grado de aceptación entre la tarea realizada y la remuneración percibida), riesgo (posibilidad de adopción de decisiones y asunción de riesgos), apoyo por parte del grupo, tolerancia y conflicto.
Likert, 1967	Métodos de mando (liderazgo), naturaleza de las fuerzas de motivación, naturaleza de los procesos de comunicación, naturaleza de los procesos de influencia y de interacción entre superiores y subordinados, toma de decisiones, fijación de los objetivos, procesos de control y supervisión, objetivos de resultados y de perfeccionamiento.
Friedlander y Margulies 1969	Empuje (conexión del grupo con la tarea), obstáculos o trabas (ambiente no facilitador del trabajo), intimidad (satisfacción de las relaciones sociales), espíritu de trabajo (sentimiento de cumplir con la tarea), actitud (relaciones formales e impersonales con el líder), acento puesto sobre la producción, confianza, consideración hacia los subordinados.
Meyer, 1968	Conformidad, responsabilidad, normas, recompensa, claridad organizacional, espíritu de trabajo.
Campbell, Dunnette, Lawler y Weick, 1970	Autonomía individual (responsabilidad, independencia y poder de decisión de que goza el sujeto en su organización), grado de estructura del puesto que ocupa (forma en que se establecen, transmiten y consiguen los objetivos), recompensa (aspectos económicos y posibilidades de promoción), consideración, agradecimiento y apoyo recibido de los superiores.
Pritchard y Karasick 1973	Autonomía, conflicto contra cooperación, relaciones sociales, estructura organizacional, recompensa, relación entre rendimiento y remuneración, niveles de ambición de la empresa, estatus, flexibilidad e innovación, centralización de las decisiones, apoyo.
Newman, 1977	Estilo de supervisión (liderazgo), características de la tarea, relación tarea-recompensa, relaciones en el grupo, motivación, recursos y disposición, competencia, toma de decisiones, espacio de trabajo, presión para producir, grado de responsabilidad.
James y Seils, 1981	Cultura organizativa como elemento transversal con cinco grandes elementos: las características propias del puesto de trabajo, el rol laboral desarrollado, el liderazgo, el trabajo en equipo y las características propias de la organización.
Glick, 1985	Confianza en el superior, consideración, comunicación, distancia psicológica al líder, apertura o flexibilidad mental, orientación al riesgo, equidad y calidad de servicio.
Alvarez, 1992	Valores colectivos, posibilidades de superación y desarrollo, recursos materiales y ambiente físico, retribución material y moral, estilos de dirección, sentimientos de pertenencia, motivación y compromiso, resolución de quejas y conflictos, relaciones humanas, relaciones jefes-subalternos, control y regulaciones, estructura organizativa y diseño del trabajo.
Brunet, 1997	Autonomía individual (responsabilidad, independencia de los individuos y rigidez de la organización), grado de estructura que impone el puesto y comunicación por parte de los superiores, tipo de recompensa (aspectos monetarios y posibilidades de promoción), consideración, agradecimiento y apoyo por parte de los superiores.
Parker et al., 2003	Líder, grupo de trabajo, organización, rol, características del trabajo, satisfacción, motivación y desempeño.
Patterson et al., 2005	Autonomía, supervisión, integración, preocupación por el empleado, desarrollo de habilidades, esfuerzo, reflexión, innovación, flexibilidad, visión externa de la organización, metas, presión, calidad, feedback en el desempeño del puesto, eficiencia, cumplimiento de aspectos relacionados con la tradición, afecto, satisfacción y dedicación en el trabajo.

Modificado y adaptado de Brunet 1997 en Hesse 2010 (Hesse, Gomez, & Bonales, 2010) y Chiang-Vega 2010 (Margarita Chiang-Vega et al., 2010)

Desde las perspectivas específicas destacan las siguientes:

- Perspectiva específica de la seguridad, donde encontramos a Litwing y Stinger en 1966, a Zohar en 1980 y a Schratz en 1993, que introducen como dimensión el nivel percibido de riesgo en el lugar de trabajo. En esta línea se han definido cuatro tipos de violencia, según tenga o no relación directa con el trabajo o la persona que la lleva a cabo (Cal/OSHA, 1995) (tabla 5).

Tabla 5

Tipos de violencia según la California Occupational Safety and Health Administration

TIPO DE VIOLENCIA	DEFINICIÓN
Tipo I	Delincuencia, sin relación con el trabajo
Tipo II	Llevada a cabo por los usuarios, pacientes, alumnos
Tipo III	Llevada a cabo por miembros del equipo de trabajo: jefes, iguales o subordinados
Tipo IV	Violencia doméstica o relacionada con problemas personales sin relación con el trabajo

Adaptada de Gascón 2013 (Gascon et al 2013)

- Perspectiva específica de la comunicación, en la que destaca Falcione en 1978.
- Perspectiva de la actualización y la técnica, donde Kozlowski y Hults en 1987 introducen elementos como políticas de innovación institucional y la ayuda de la organización y de los mandos intermedios para el desarrollo profesional.
- Perspectiva de las relaciones entre el clima organizacional (o clima laboral), la satisfacción y el rendimiento, en la que destaca de nuevo Schratz en 1993 que introduce las relaciones entre trabajadores, el ambiente de trabajo y las recompensas entre otros (Tabla 6).

Tabla 6

Dimensiones del clima laboral. Perspectivas específicas.

PERSPECTIVA	AUTOR, año	DIMENSIONES
Seguridad	Litwing y Stinger, 1966	1-Tolerancia y conflicto 2- Riesgo y toma de riesgo
	Zohar, 1980	1-Nivel percibido de riesgo en el lugar de trabajo 2- Programas de entrenamiento de seguridad 3- Actitud de la dirección ante la seguridad 4-Efectos de la conducta de seguridad sobre la promoción 5-Efectos del trabajo requerido sobre la seguridad 6-Estatus percibido de la seguridad
Comunicación	Falcione, 1978	1-Receptividad 2-Toma de decisiones 3-Compromiso organizacional 4-Coordinación 5-Satisfacción y expectativas de comunicación
Actualización	Kozlowsky y Hults, 1987	1-Comunicación e intercambio de información 2-Innovación organizacional 3-Ayuda organizacional para la actualización 4-Ayuda del superior para el desarrollo profesional 5-Desafíos profesionales 6-Presión del tiempo mínima 7-Clima general de actualización
Relaciones entre el clima organizacional, la satisfacción y el rendimiento	Schratz, 1993	1-Toma de decisiones 2-Riesgos 3-Recompensas 4-Presión

Modificado y adaptado de Chiang Vega 2010 (Chiang-Vega et al. 2010)

En base a las definiciones y dimensiones contempladas hasta ahora, parece obvio pensar que para lograr un clima laboral óptimo es necesaria la evaluación del factor humano, es decir, lo que el trabajador percibe de la organización en relación a su persona o al trabajo que realiza.

1.2.1 Instrumentos de medida del entorno laboral en las enfermeras

Así pues el clima laboral es un elementos clave para el funcionamiento de las organizaciones, y en base a las diferentes dimensiones estudiadas, la mayoría de estos autores han ido desarrollando diferentes instrumentos para cuantificarlo (García-Saisó, Ortega-Andeane y Reyes-Lagunes, 2014; Taylor y Bowers, 1970; Newman 1977; Chiang-Vega et al., 2010), aunque se han aplicado en entornos generales o básicamente empresariales (tabla 7).

Paralelamente al aumento que ha tenido el estudio del clima o entorno laboral en las enfermeras, se han desarrollado diferentes instrumentos para poder medirlo, partiendo de la premisa que un entorno de práctica profesional debe contemplar tanto la satisfacción como la calidad de los cuidados. En el año 2000, Sleutel definió un conjunto de factores que influyen en la satisfacción laboral: la práctica autónoma en la que las enfermeras participan en la toma de decisiones y tienen control; estado y valor de la enfermería en toda la institución por la administración y los médicos; las relaciones de apoyo con los compañeros, los médicos y la administración, que se caracterizan por el respeto mutuo y la preocupación mutua por la calidad de la atención (Sleutel, 2000).

Tabla 7

Instrumentos de medida del clima laboral

AUTOR, año	Instrumento y dimensiones evaluadas
Halpin y Croft, 1962	Organizational Climate Description Questionnaire (OCDQ): 64 ítems, 8 dimensiones: 1. Descompromiso 2. Impedimento, 3. Motivación 4. Intimidad 5. Aislamiento 6. Rendimiento 7. Confianza 8. Consideración.
Likert, 1967	Likert's Profile of Organizational Characteristics (POC: Perfil de Características Organizacionales). 51 ítems, 8 dimensiones: 1. Métodos de mando 2. Naturaleza de la motivación 3. Naturaleza de los procesos de comunicación 4. Naturaleza de los procesos de influencia e interacción 5. Toma de decisiones 6. Fijación de objetivos 7. Procesos de control 8. Objetivos-resultados, perfeccionismo
Litwin y Stringer, 1968	Organization Climate Questionnaire (OCQ), Adaptación del instrumento de Likert (Perfil de Características Organizacionales). 53 ítems, 7 dimensiones: 1. Estructura 2. Responsabilidad 3. Recompensa 4. Riesgo 5. Apoyo 6. Normas 7. Conflicto
Campbel y Pritchard, 1969-70	Cuestionario de Capbel y Pritchard. 22 ítems, 6 dimensiones: 1. Autonomía 2. Conflicto 3. Relaciones 4. Estructura organizacional 5. Recompensas 6. Relación rendimiento/remuneración

Taylor y Bowers, 1970	Survey of Organizations. Encuesta Organizacional. 105 ítems, más 58 preguntas adicionales, 5 dimensiones: <ol style="list-style-type: none">1. Apertura a cambios tecnológicos2. Recursos Humanos3. Comunicación4. Motivación5. Toma de decisiones
Newman, 1977	PWE (Perceived Work Environment). 60 ítems , 11 dimensiones: <ol style="list-style-type: none">1. Estilo de supervisión2. Características de la tarea3. Recompensa de las relaciones4. Relaciones con compañeros de trabajo5. Motivación6. Equipo y arreglo de la gente7. Competencias de los empleados8. Política de toma de decisiones9. Espacio de trabajo10. Presión para producir11. Importancia y responsabilidad
Moos et al., 1974-2008	Work Environment Scale, WES. 90 ítems, 3 dimensiones principales evaluadas en 10 subescalas: <ol style="list-style-type: none">1. Implicación2. Cohesión3. Apoyo4. Autonomía5. Organización6. Presión7. Claridad8. Control9. Innovación10. Confort
Friis, 2004	WES-10 (adaptado de Moos). 10 ítems
Toro, 2008	Escala ECO IV. 63 ítems (versión final con 49 ítems), 10 dimensiones: <ol style="list-style-type: none">1.Trato interpersonal2.Apoyo del jefe3.Sentido de pertenencia4.Retribución5.Disponibilidad de recursos6.Estabilidad7.Claridad organizacional8.Coherencia9.Trabajo en equipo.

En 2002 la American Association of Colleges of Nursing (AACN) identifica un conjunto de dimensiones que describen las características ambientales ("Hallmarks") del entorno de práctica que mejor apoyan la práctica profesional de la enfermería y permiten que las enfermeras trabajen en su máximo potencial. Estas dimensiones incluyen una filosofía de cuidado clínico enfatizando la calidad, la seguridad, la colaboración interdisciplinaria, la continuidad de la atención y la responsabilidad profesional; reconocer las contribuciones de los conocimientos y experiencia de las enfermeras a la calidad y los resultados de la atención clínica; promover liderazgo de enfermería a nivel ejecutivo; potenciar la participación de las enfermeras en las decisiones clínicas y organizativas; mantener programas de progreso clínico basados en educación, certificación y preparación avanzada; apoyar el desarrollo profesional de las enfermeras; crear relaciones de colaboración dentro del equipo de atención médica; utilizar los avances tecnológicos en los sistemas de atención clínica y de información (AACN, 2002).

Combinando los factores relacionados con la satisfacción laboral y la práctica profesional se obtienen siete dominios específicos basados en la teoría del entorno de la práctica de enfermería: autonomía; filosofía de la atención clínica que hace hincapié en la calidad; estado de la enfermería, incluyendo líderes de enfermería empoderados y participación organizacional de las enfermeras; reconocimiento y progreso basados en la preparación y experiencia de la enfermera; desarrollo profesional; relaciones de apoyo o de colaboración con los gerentes, médicos y compañeros.

Estos dominios sirvieron de base en el trabajo de Lake, en 2007, en el que llevó a cabo una revisión de 203 estudios publicados en EEUU, Canadá y Europa encontrando los 7 instrumentos más utilizados hasta el momento para medir el entorno de la práctica enfermera (Nursing Practice Environment, NPE):

- The Revised Nursing Work Index, NWI-R (Aiken y Patrician, 2000; Aiken, Sochalski, y Lake, 1997).
- The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index, PES-NWI (Lake, 2002).
- The Work Environment scale, WES (Moos e Insel, 1994).
- The Job Characteristics Inventory, JCI (Sims, Szilagyi, y Keller, 1976).
- The Ward Organization Features Scale, WOFS (Adams, Bond y Arber, 1995).
- The Work Quality Index, WQI (Whitley y Putzier, 1994).
- The Assessment of Work Environment Schedule, AWES (Nolan et al., 1998).

En dicha revisión se llega a la conclusión de que los instrumentos PES-NWI, el WOFS y el AWES son los que tiene mayor soporte conceptual y con contenido particularmente enfermero, y que el PES-NWI es el instrumento más útil en términos de comprensión, validez, fiabilidad y aplicabilidad en diferentes entornos de la práctica (Lake, 2007). Posteriormente en 2008 se lleva a cabo una revisión sistemática de publicaciones con diferentes cuestionarios para medir los factores psicosociales y organizacionales del trabajo (Psychosocial and Organizational Work Factors, POWFs) en las enfermeras (Bonneterre, Liaudy, Chatellier, Lang, y de Gaudemaris, 2008). Se analizan las propiedades psicométricas de los cuatro instrumentos más utilizados: Karasek's Demand- Control Questionnaire (Karasek et al., 1998), derivado del Job Content Questionnaire (JCQ), Siegrist's Effort-Reward Imbalance (ERI) (Siegrist et al., 2004), Nursing Stress Scale (NSS) (Gray-Toft y Anderson, 1981) y el Nursing Work Index (NWI) (Kramer y Hafner, 1989), y se llega a la misma conclusión: el PES-NWI parece ser uno de los instrumentos más competentes debido a su adecuación (validez de contenido), su estructura, que tiene un buen ajuste (validez de constructo), su capacidad de discriminar hospitales magnéticos (con entorno laboral favorable) al igual que otros derivados de NWI (validez discriminante). Además, se comprueba también la validez concurrente del PES-NWI mediante su asociación con resultados de salud de los pacientes objetivamente evaluados, y con la autoestima y la salud mental de la enfermera.

En la tabla 8 se muestran los instrumentos más utilizados en la literatura para medir el entorno de la práctica enfermera, así como sus principales características y factores contemplados.

Tabla 8
Instrumentos utilizados para medir el entorno de la práctica enfermera

Instrumento	AUTOR, año	Características
The Job Characteristics Inventory (JCI)	Sims, Szilagyi, and Keller, 1976	30 preguntas con respuesta en escala Likert de 5 puntos. 6 factores: variedad, autonomía, identificación con la tarea, feedback (retorno de la institución en relación al trabajo realizado), trato/interacciones con los otros y amistad.
The Nursing Stress Scale (NSS)	Gray-Toft and Anderson, 1981	34 preguntas con respuesta en escala Likert de 54 puntos. 7 factores: La carga de trabajo, el tratamiento de los pacientes en el dolor o la fase terminal, la falta de apoyo, la formación inadecuada, la incertidumbre sobre los métodos de tratamiento que se administra, y los conflictos con los médicos u otras enfermeras .
The Nursing Work Index (NWI)	Kramer and Hafner, 1989	65 preguntas en escala Likert de 4 puntos: muy de acuerdo-muy en desacuerdo. 4 variables: importancia del trabajo relacionada con la satisfacción, importancia del trabajo relacionada con la productividad percibida, satisfacción en el trabajo y percepción del entorno para proporcionar unos cuidados de calidad.
The Work Quality Index (WQI)	Whitley and Putzier, 1994	38 preguntas, respuestas en una escala Likert de 7 puntos: no satisfecho-satisfecho. 6 subescalas: ambiente de trabajo profesional, autonomía, valor del trabajo, relaciones profesionales, establecimiento de roles y beneficios.
The Work Environment Scale (WES)	Moos and Insel, 1994	90 preguntas con respuesta verdadero/falso. 10 subescalas: participación, cohesión entre pares, supervisor de apoyo, autonomía, orientación de las tareas, presión de trabajo, claridad, control, innovación y comodidad física.
The Ward Organization Features Scale (WOF-S)	Adams, Bond, and Arber, 1995	105 preguntas con dos tipos de respuestas diferentes en una escala Likert de 5 puntos cada una: totalmente de acuerdo-totalmente en desacuerdo, y mucha influencia-nunca sucede. 5 escalas (13 subescalas): entorno físico (instalaciones, organización del personal, disposición y calidad de los servicios de la sala); Práctica Profesional de Enfermería (Práctica Profesional, Práctica Jerárquica); Liderazgo; Relaciones profesionales de trabajo (colaboración con el personal médico, colaboración con otros profesionales de la salud, cohesión entre enfermeras); e influencia de las enfermeras (gestión de la sala, del tiempo, de los eventos del paciente, y de los recursos financieros y humanos).
Work Environment Schedule (AMES)	Nolan et al., 1998	33 preguntas, respuestas en una escala Likert de 5 puntos: totalmente de acuerdo-totalmente en desacuerdo, con 6 factores: reconocimiento y consideración, carga de trabajo, desarrollo profesional, calidad de la atención, relaciones de trabajo (con compañeros de trabajo y gerente) y autonomía / toma de decisiones.
NWI-R	Aiken and Patrician, 2000	(Derivado del NWI) 57 preguntas, añade 4 subescalas al NWI: autonomía, control sobre la práctica enfermera, relaciones con los médicos y apoyo organizacional.
PES-NWI	Lake, 2002	(Derivado del NWI) 31 preguntas con 5 subescalas: participación de las enfermeras en asuntos del hospital, fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado, aptitud, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de los gestores enfermeros, dotación de personal y recursos, y relaciones entre enfermeras y médicos.

1.3 Entorno laboral y satisfacción laboral

Partiendo de la base de que no existe una definición universalmente aceptada de satisfacción laboral, la mayoría de autores que han estudiado el tema coinciden en que se trata de una respuesta emocional frente al trabajo, y algunos de ellos enmarcan el término dentro de la actitud (Chiang-Vega et al., 2010).

Ya en 1935 Hoppock pone de relieve la importancia de la satisfacción en el trabajo, así como su efecto positivo sobre la productividad (Sanchez-Sellero et al., 2014). Posteriormente surgen dos grandes teorías o visiones tradicionales para explicar la satisfacción laboral: la Teoría de la Jerarquía de Necesidades Básicas de Maslow (1954) y la Teoría de los dos factores (motivación e higiene) de Herzberg y Mausner (1959). La primera defiende una jerarquía de cinco necesidades: fisiológicas, seguridad, social, estima y autorrealización. La segunda apunta a dos grandes categorías de necesidades, independientes entre ellas, y que influyen en la conducta de manera distinta. Estas dos categorías son por una parte los factores motivadores o satisfactores, centrados en el contenido del trabajo, que incluyen logro, reconocimiento, el trabajo en sí, la responsabilidad, y por otra parte los factores higiénicos o insatisfactorios relacionados con el contexto del trabajo, como el salario, las relaciones entre compañeros, la supervisión, las condiciones de trabajo, entre otros (Lu, While y Barriball, 2005).

Desde entonces, muchos han sido los autores que han estudiado este fenómeno, dando lugar a dos grandes enfoques conceptuales. El primero hace referencia a la satisfacción laboral como estado emocional, respuestas afectivas y sentimientos. Quizás la definición más comúnmente aceptada, desarrollada por Locke (1976), sea la que afirma que la satisfacción laboral es “un estado placentero o positivo, resultante de la valoración del trabajo o de las experiencias laborales del sujeto” (Citado en Chiang-Vega, 2010, p 154). En esta definición, el autor incluye aspectos más específicos, como los compañeros, el salario, los incentivos, los líderes o supervisores, las condiciones ambientales del entorno de trabajo, las oportunidades de promoción, etc. El segundo enfoque considera que el concepto de satisfacción laboral no sólo comprende el aspecto emocional, sino que es una actitud generalizada ante el trabajo. Esta corriente se resume en la definición de Bravo, Peiró y Rodríguez (1996), que habla de la satisfacción laboral como actitud o actitudes de la persona hacia su situación de trabajo, y que se pueden referir al trabajo en general o a facetas específicas del mismo (Chiang-Vega et al., 2010). Esta segunda mirada implica que una persona puede estar satisfecha con ciertos aspectos de su trabajo e insatisfecha con otros, y que de forma compensatoria los primeros pueden minimizar el efecto de los segundos. Dicho de otra manera: niveles elevados de

satisfacción general no tienen que corresponderse con niveles elevados en todas las facetas o dimensiones contempladas.

1.4 Entorno laboral y satisfacción laboral en el ámbito sanitario

Según el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), la enfermera proporciona cuidados a las personas en cualquier ámbito y situación, tanto en la salud como en la enfermedad, y sus funciones incluyen el fomento de un entorno seguro, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes (INC, 2009). También afirma que hay tres pilares fundamentales para mejorar los resultados en salud: conseguir cuidados de enfermería de calidad para todos, avances de los conocimientos de enfermería y presencia mundial de una profesión con recursos humanos competentes y satisfechos de su labor.

Los estudios sobre la satisfacción y el entorno laboral de las enfermeras se inician de forma continuada en la década de los 80, cuando a consecuencia de la falta de enfermeras en EEUU empieza a estudiarse el fenómeno en este colectivo con la finalidad de poder llegar a entender mejor cuáles eran los elementos que influían en la satisfacción laboral. Así, en 1983 la American Academy of Nursing (AAN) pone el foco en los hospitales que no presentan problemas de retención o atracción de enfermeras, los llamados “Hospitales Magnéticos”, llevando a cabo un estudio en 41 hospitales con estas características mediante entrevistas a las enfermeras tanto asistenciales como gestoras. Sus hallazgos pusieron de manifiesto que en estos hospitales las enfermeras tenían una dotación adecuada de personal y horarios flexibles, el liderazgo enfermero era fuerte y visible, había un reconocimiento de la excelencia en la práctica, existía un modelo de gestión basado en la comunicación y la participación, existía buena relación médicos-enfermeras, salario adecuado, desarrollo profesional y oportunidades de crecimiento profesional (Sovie 1984, citado en Patrician, Shang y Lake, 2010). Además, las enfermeras que trabajaban en hospitales magnéticos estaban más satisfechas con todos los aspectos relacionados con su trabajo y referían dotaciones de enfermeras adecuadas o excelentes cuando se las comparaba con enfermeras de hospitales no magnéticos (Kramer y Schmalenberg, 1991).

Empiezan entonces a surgir diferentes autores que focalizan sus estudios en definir los factores y las dimensiones implicados en la satisfacción laboral de las enfermeras. Entre los primeros podemos destacar en primer lugar los ocho factores de Mueller (Mueller y McCloskey, 1990): recompensas, horarios, conciliación familiar, compañeros de trabajo,

interacciones, oportunidades de mejora profesional, reconocimiento y responsabilidad. Entre los que definen las dimensiones encontramos a Traynor con sus cinco dimensiones: satisfacción personal, satisfacción con la carga de trabajo, satisfacción con el soporte profesional, satisfacción con la recompensa o remuneración y perspectivas y satisfacción acerca de la formación (Traynor y Wade, 1993).

Es importante destacar también que la insatisfacción laboral está directamente relacionada con la intención de abandono del puesto de trabajo de las enfermeras (Coomber y Barriball, 2007; Chien y Yick, 2016; Duffield, Roche, Blay y Stasa, 2011).

Desde entonces y hasta la actualidad se han llevado a cabo numerosos estudios con el objetivo de medir el grado de satisfacción laboral de las enfermeras, para lo cual se han desarrollado diferentes instrumentos de medida.

1.4.1 Instrumentos de medida de la satisfacción laboral de las enfermeras

Tanto los componentes que determinan la satisfacción laboral como las diferentes propuestas para cuantificarla han sido ampliamente estudiadas, destacando entre otras “Satisfaction Scale” (Mueller et al., 1990), “Ward Organizational Features Scale” (Adams et al, 1995) y “Job Satisfaction Questionnaire” (Nolan et al, 1995; Lu et al., 2005) así como otros instrumentos especialmente diseñados. Fruto de los trabajos realizados en estos estudios, podemos afirmar que existen diferentes elementos extrínsecos que tienen un papel relevante en la satisfacción laboral, como por ejemplo las relaciones personales, el salario o el reconocimiento (tabla 9).

Tabla 9

Elementos de satisfacción laboral de las enfermeras

Elemento de satisfacción laboral	AUTORES
Condiciones laborales	Nolan (1995), Adams (2000), Tzeng (2002)
Relaciones interpersonales con los pacientes, con los compañeros y con los superiores	Adamson (1995), Nolan (1995), Tovey (1999), Adams (2000), Aiken (2001), Wang (2002)
Componentes propios del trabajo: dotación de personal, horarios, requisitos ...	Nolan (1995), Lee (1998), Tovey (1999), Adams (2000), Price (2002), Tzeng (2002)
Salario	Adamson (1995), Nolan (1995), Aiken (2001), Price (2002), Tzeng (2002), Wang (2002)
Oportunidades de promoción profesional	Nolan (1995), Lee (1998), Aiken (2001), Price (2002)
Reconocimiento	Nolan (1995), Aiken (2001), Price (2002), Wang (2002)
Autonomía	Nolan (1995), Lee (1998), Price (2002), Wang (2002)
Seguridad	Nolan (1995, 1998)
Estilo de liderazgo	Lee (1998), Tzeng (2002)

Adaptado de Lu 2005 (Lu et al., 2005)

Existen otros cuestionarios y encuestas de satisfacción laboral, aunque todos ellos contienen todos o casi todos estos indicadores. En nuestro entorno el cuestionario más utilizado ha sido tradicionalmente el cuestionario de satisfacción laboral Font Roja, construido y validado en español con adecuados valores de fiabilidad y validez (Aranaz, 1994; Aranaz, 1988) y que consta de 24 preguntas agrupadas en 9 dimensiones: satisfacción por el trabajo, tensión relacionada con el trabajo, promoción profesional, relación interpersonal con sus jefes, relación interpersonal con los compañeros, características extrínsecas del estatus y monotonía laboral.

En estudios internacionales multicéntricos realizados tanto en EEUU y Asia (Aiken et al., 2001; Aiken et al., 2011) como en Europa (Sermeus et al., 2011) se han utilizado cuestionarios de satisfacción laboral basados en la literatura existente y formados por una pregunta general

acerca de la satisfacción con el lugar de trabajo actual (medida en una escala de Likert, con valores comprendidos entre 1 “muy insatisfecho” y 4 “muy satisfecho”) y preguntas acerca de aspectos más específicos relacionados con el lugar de trabajo: flexibilidad en el horario, oportunidades de promoción profesional, autonomía en el trabajo, estatus profesional, salario, oportunidades de formación, vacaciones, derecho a bajas por enfermedad y permisos por estudios.

1.5 Calidad de los cuidados, resultados en salud y entorno laboral de las enfermeras

Entrados los años 90 aparecen nuevas investigaciones que tratan de explicar aspectos como la calidad de los cuidados, la seguridad en la atención sanitaria y los resultados en los pacientes como variables dependientes del entorno y la satisfacción laboral (Blegen, Goode, y Reed, 1998; Aiken, Smith y Lake, 1994; Moran y Johnson, 1992; Mitchell y Shortell, 1997). En el año 2007 la OMS planteó sus propuestas internacionales para la mejora de los sistemas de salud en el mundo, entre los que se encontraban la efectividad, seguridad y calidad en las intervenciones, número de personal según la demanda, distribución de las labores, condiciones organizacionales, y personal competente, responsable y productivo que presente los mejores resultados (WHO, 2007). Fruto de estas propuestas, el CIE presentó en el mismo año un informe recogiendo los tres pilares básicos para mejorar los resultados en salud: conseguir cuidados de enfermería de calidad para todos, avances de los conocimientos de enfermería y presencia mundial de una profesión con recursos humanos competentes y satisfechos de su labor (INC, 2009). En 2015 la OMS publica las directrices estratégicas europeas para fortalecer la enfermería hacia los objetivos de salud 2020 (WHO, 2015), entre las que destaca la promoción de entornos laborales positivos como una de las áreas prioritarias, relacionándolos con mejores resultados en salud de los pacientes.

Hay que tener en cuenta que los indicadores de productividad en el ámbito industrial pueden ser cuantificados de manera relativamente simple en forma de inversión realizada frente a ganancias obtenidas al final del proceso. Sin embargo en el ámbito de la salud este concepto cobra una dimensión más compleja, puesto que la ganancia no es cuantificada como beneficios económicos netos sino como reducción máxima del gasto o la inversión en el sistema sin que ello implique un deterioro en los servicios prestados, ya que eso podría significar un nuevo aumento significativo de los costes. Un ejemplo claro puede ser la inversión

en políticas de prevención de la infección nosocomial, que pueden incrementar hasta 8 veces el coste medio de la estancia hospitalaria (Morillo-García et al., 2015).

Dado que el profesional de enfermería tiene como principal atribución el cuidado y que es el profesional que dedica más tiempo al contacto directo con el paciente, es lógico deducir que una alta calidad en los cuidados que presta se traducirá en mejores resultados de salud por parte de los pacientes.

Ya en el contexto de los estudios realizados en los hospitales magnéticos de EEUU, Aiken, Smith, y Lake establecieron en 1994 que estos hospitales presentaban una mortalidad 7,7% menor que los no magnéticos (Aiken et al., 1994). Desde entonces, diferentes estudios ponen de manifiesto la relación entre la provisión de enfermeras (ratios enfermera-paciente), satisfacción laboral, burnout y resultados de salud. Así, en un estudio realizado entre los años 1998 y 1999 en Pensilvania con más de 10.000 enfermeras, se asocia el riesgo de padecer burnout e insatisfacción laboral por parte de las enfermeras, así como un incremento en el riesgo de mortalidad de pacientes cuando las ratios enfermera-paciente son elevadas. En este estudio se concluye que cada paciente adicional que se le asigna a una enfermera se asocia con un incremento del 7% en la probabilidad de muerte y fracaso en la reanimación (failure to rescue) a los 30 días de ingreso (Aiken, 2002).

Corroborando estos datos, en 2007 Kane lleva a cabo una revisión sistemática donde pone de manifiesto que una mayor plantilla de enfermeras está asociada con mejores resultados de salud (menor mortalidad hospitalaria, neumonía intrahospitalaria entre otros), y sin embargo un exceso de horas trabajadas estaba asociado a un incremento de efectos adversos, como mortalidad, septicemia, infecciones nosocomiales y shock (Kane, Shamliyan, Mueller, Duval, y Wilt, 2007). Más recientemente otros autores afirman que una menor dotación de enfermeras y mayor rotación de pacientes provocan un incremento del riesgo relativo de muerte, con un hazard ratio (cociente de riesgo) de entre un 1,12 y 1,15 a los 5 días de ingreso respectivamente (Needleman et al., 2011). De la misma manera se ha relacionado una mayor dotación de enfermeras con una reducción en el número de infecciones, sepsis y úlceras por presión (Blegen, Goode, Spetz, Vaughn, y Park, 2011), aunque los datos no son del todo consistentes ya que algún estudio no ha encontrado relación entre la provisión de enfermeras y la mortalidad de los pacientes (Sales et al., 2008).

La insatisfacción generada por una plantilla inadecuada crea también la percepción por parte de las enfermeras de que existe una baja calidad de los cuidados, incluyendo una percepción de que ocurren más caídas de pacientes y errores de medicación (Aiken et al., 2001).

Si bien es cierto que algunos modelos iniciales no ofrecían una relación predictiva clara entre la práctica enfermera y los resultados de los pacientes, los mismos autores reconocían las limitaciones de sus estudios, abogando por la necesidad de desarrollar nuevas investigaciones (Mark, Salyer, y Wan, 2003).

Actualmente existe abundante bibliografía que relaciona tanto el entorno laboral desfavorable como la baja dotación de enfermeras con peores resultados de salud en los pacientes. Así, la relación entre la provisión de enfermeras, las características organizacionales y del entorno laboral y la seguridad del paciente ha sido puesta de manifiesto en numerosos trabajos además de la anteriormente mencionada revisión de Kane en 2007 (Kane et al, 2007). Se ha encontrado relación inversa entre mejores entornos laborales y eventos adversos en los pacientes (errores en la administración de medicación, úlceras por presión y caídas), y relación positiva entre elevadas ratios paciente-enfermera y los mismos eventos adversos (Cho, Chin, Kim, Hong, 2016). En el estudio realizado por Aiken y cols. en EEUU y 12 países de Europa se pone de manifiesto que la enfermeras que trabajan en buenos entornos laborales tienen la mitad de probabilidades de manifestar una baja calidad de cuidados y de clasificar a sus hospitales como poco seguros para los pacientes (OR 0,56 y 0,50 respectivamente). Además, por cada paciente adicional asignado a una enfermera se incrementa la probabilidad de enfermeras que manifiestan baja calidad de cuidados y baja seguridad del paciente (OR 1,11 y 1,10 respectivamente)(Aiken et al., 2012). Estos resultados globales son coincidentes con los encontrados en los diferentes países cuando se analizan de forma individualizada (Kirwan, Matthews, y Scott, 2013; Ausserhofer et al., 2013).

Tanto la calidad de los cuidados como la seguridad del paciente valorados por las enfermeras, se ha asociado con la mortalidad hospitalaria a los 30 días, siendo las mejores valoraciones las que se corresponden con las probabilidades más bajas de mortalidad (Smeds-Alenius, Tishelman, Lindqvist, Runesdotter, y McHugh, 2016). Otra publicación también reciente concluye que tanto en unidades médicas como quirúrgicas, mejores entornos laborales y bajas ratios paciente-enfermera incrementan las posibilidades de supervivencia de los pacientes tras un paro cardíaco, siendo estas probabilidades un 16% menores en hospitales con entornos laborales pobres y un 5% menores por cada paciente adicional a cargo de una enfermera (McHugh et al., 2016). Además la reducción de la ratio enfermera-paciente tiene

mejores resultados de salud en los pacientes sólo en entornos laborales adecuados (Aiken et al., 2011). Este dato ha sido confirmado recientemente, mostrándose como factores protectores en la aparición de úlceras por presión de los pacientes tanto los hospitales magnéticos como sobre todo los entornos laborales favorables (OR 0,82 IC 95%= 0,66–1,02 y OR 0,73 IC 95%= 0,56–0,93 respectivamente) (Ma y Park, 2015).

Por otra parte, la restricción en la prestación de cuidados de enfermería reduce de manera significativa la satisfacción del paciente (OR 0,276 IC 95%= 0,113–0,675) e incrementa los errores en la medicación (OR 2,513 IC 95%= 1,118–5,653), provocando peores resultados de salud en los pacientes, como un incremento en las infecciones (OR 3,011 IC 95% = 1,429–6,347) y en la aparición de neumonía (OR 2,672 IC 95% = 1,117–6,395) (Leineweber et al., 2016). Los hospitales con mejores entornos laborales son también mejor clasificados por los pacientes (OR 1,16 IC 95%=1,03-1,32), y por el contrario los que tienen mayores ratios paciente-enfermera presentan menor probabilidad de tener altas calificaciones (OR 0,94 IC 95%=0,91-0,97) y de ser recomendados a otros pacientes (OR 0,95 IC 95%=0,91-0,98) (Aiken et al., 2012).

Para la recogida de información acerca de la percepción de calidad de cuidados y los resultados en salud de los pacientes se han propuesto, a partir de la literatura existente (Aiken, 2002; Aiken, Clarke y Sloane, 2002), diferentes indicadores para valorar la calidad de la atención de enfermería:

- Informes de enfermería sobre la calidad de la atención domiciliaria en la unidad
- Información sobre el último turno
- Cambios en la calidad de la atención de enfermería respecto al año anterior
- Disposición de los pacientes para el alta
- Estimación de la frecuencia de una variedad de eventos adversos que involucran a sí mismos y a sus pacientes: errores de medicación, infecciones nosocomiales, caída de pacientes con lesiones, úlceras por presión después de la admisión, infección del tracto urinario.

También se han propuesto preguntas derivadas del cuestionario de cultura de seguridad de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) y de la Safety Organizing Scale (Vogus y Sutcliffe, 2007) para medir la cultura de seguridad en las unidades de enfermería y hospitales seleccionados.

1.6 Burnout

El término anglosajón Burnout (o burn-out, aunque en este trabajo se usará el término Burnout) se define en el diccionario como cansancio extremo generalmente causado por exceso de trabajo, estado de falta de energía o entusiasmo a causa de trabajar demasiado duro², así como fatiga, frustración o apatía resultante de un estrés prolongado, exceso de trabajo o intensa actividad profesional³. No existe traducción literal de este vocablo en la lengua española, aunque se ha generalizado la expresión “síndrome de desgaste profesional”, e incluso algún autor ha propuesto la acepción “Enfermedad o Síndrome de Tomás” (Gérvás y Hernández, 1989).

Encontramos los orígenes de este concepto en 1974, cuando Herbert J. Freudenberger (Freudenberger, 1974), psiquiatra estadounidense de origen alemán, observó que la mayoría de los voluntarios que trabajaban en su clínica para toxicómanos de Nueva York sufrían, cuando llevaban más de un año de trabajo, un cuadro de agotamiento, pérdida de energía, desmotivación en el trabajo, cinismo y evitación con los pacientes, ansiedad e incluso depresión. Freudenberger definió este cuadro como un “estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo”, y afirmaba que afectaba especialmente a las personas que se dedicaban a profesiones de ayuda a otras personas. La rutina y la monotonía en el trabajo eran factores que acentuaban este cuadro, que además de presentar sintomatología física (cefaleas, insomnio y alteraciones gastrointestinales entre otras), frecuentemente cursaba también con sentimientos de frustración e irritación ante presión mínima en el trabajo.

El concepto de burnout cobra importancia con los estudios de Cristina Maslach y Susan E. Jackson, que lo definieron en 1981 como “un síndrome de cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas”, que aparece sobre todo en las profesiones de ayuda, como los sanitarios y educadores, que prestan servicios al público. (Maslach y Jackson, 1981), ampliando posteriormente (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001) la definición de burnout a

² <http://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/burn-out>

³ Dictionary.com

“síndrome psicológico que aparece como respuesta a estresores laborales crónicos” y definiendo las tres dimensiones de esta respuesta:

- Agotamiento emocional: dimensión básica del burnout y primera en aparecer, se refiere al agotamiento de los recursos físicos y emocionales.
- Despersonalización o sentimientos de cinismo, que representa la dimensión de contexto interpersonal.
- Baja realización personal o sentimiento de ineficacia: representa la dimensión de autoevaluación, refiriéndose a sentimientos de incompetencia y falta de productividad en el trabajo.

Ya más adelante, y en nuestro entorno, otros autores hablan del burnout como el síndrome de desgaste profesional, y lo definen como “la consecuencia de un fracaso adaptativo individual por desgaste y agotamiento de los recursos psicológicos para el afrontamiento de las demandas que requiere el trabajo con personas”, o bien como “una respuesta al estrés laboral percibido que surge de un proceso de reevaluación cognitiva, cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales no son eficaces para reducir ese estrés percibido”, y destacan los sentimientos de baja realización personal en el trabajo, la desmotivación, el desinterés y la presencia de alto agotamiento emocional con despersonalización (en la relación con el enfermo) como estrategia de afrontamiento, así como síntomas físicos como el cansancio y el malestar general (Mingote y Pérez, 1999; Gil-Monte y Peiró, 1999).

Así pues, y aunque no hay una definición unánimemente aceptada del burnout, sí parece haber consenso en considerarlo una respuesta al estrés laboral crónico con connotaciones negativas, ya que implica consecuencias nocivas para el individuo y para la institución en la que éste trabaja (Mingote, Moreno y Galvez, 2004).

En cuanto a las causas que pueden producir el síndrome de burnout, se agrupan en factores laborales y en características de personalidad del individuo. Dentro de los factores laborales Maslach y colaboradores han clasificado estos factores por el tipo de trabajo y por las características del mismo. En el primer grupo afirman que las profesiones que tienen un contacto con la gente y las de ayuda a otros son las que presentan más frecuencia de burnout. En cuanto a las características del trabajo, destacan la sobrecarga de trabajo (especialmente en la dimensión del agotamiento emocional), el conflicto y la ambigüedad de rol, ausencia o escasez de recursos en el trabajo (incluido el apoyo de jefes y compañeros), baja autonomía

y poca participación en la toma de decisiones (Maslach et al., 2001). Estos mismos autores analizan también los factores individuales, apuntando a mayor formación (aunque este dato puede estar sesgado por tener también puestos con mayor responsabilidad), personalidad "débil" y altas expectativas en el trabajo. La menor edad, el sexo (femenino mayor cansancio emocional y masculino mayor cinismo), el estado civil soltero y la falta de hijos se apuntan también como factores favorecedores del burnout, aunque en el colectivo sanitario otros estudios limitan mucho la influencia de los factores sociodemográficos en la aparición del burnout (Parada et al., 2005; García y Robles, 2012; Jiménez, González y Garrosa, 2002).

Por el contrario, las características del trabajo sí que se han relacionado con la aparición de burnout en el personal sanitario. El CIE, en su página web, afirma que "si se quisiera crear el entorno óptimo para producir estrés, muchos de los factores que se incluirían serían claramente reconocidos por el personal de enfermería, como acontecimientos que éste encuentra en su trabajo diario" (INC, 2015). En el informe Hermans (2000), debatido en el Parlamento Europeo, se destaca el desfase existente entre el espíritu altruista que existe en el marco de las actividades asistenciales de enfermería, la formación recibida y la realidad laboral, todo lo cual constituye un factor de riesgo para que aparezca el síndrome de burnout (Fraga, 2001). Concretamente en el colectivo enfermero se asocia el riesgo de padecer burnout e insatisfacción laboral por parte de las enfermeras cuando las ratios enfermera-paciente son elevadas, y la sobrecarga asistencial de las enfermeras empeora la percepción del entorno de trabajo y afecta a la salud mental de las enfermeras. En este sentido los estudios son contundentes, las enfermeras que trabajan con ratios de pacientes más elevadas presentan un 35% más de probabilidades de presentar insatisfacción laboral, un 25% más de presentar burnout y un 66% más de referir baja calidad de cuidados (Aiken, 2002). En una revisión sistemática realizada en el año 2012 se puso de manifiesto la relación directa entre la escasez de enfermeras, insatisfacción laboral, estrés y burnout (Toh, Ang, y Devi, 2012). De la misma manera, diferentes estudios y en diferentes países muestran asociación entre mejores entornos laborales con bajos niveles de burnout, satisfacción laboral elevada y baja intención de abandono (Patrician et al., 2010; Aiken et al., 2011; Zhang et al., 2014; Aiken et al., 2012). La relación positiva entre burnout e insatisfacción laboral se muestra en entornos asistenciales como en ámbitos geográficos y culturales diversos. Algunos ejemplos son entornos de hospitalización general en Sud África (Khamisa, Oldenburg, Peltzer, e Ilic, 2015), Hungría (Piko, 2006), Noruega (Myhren, Ekeberg y Stokland, 2013) y Unidades de Cuidados críticos en España (Fuentelsaz-Gallego, Moreno-Casbas, Gómez-García y González-María, 2013) .

En la revisión sistemática llevada a cabo por Khamisha y cols en 2013 se constata que los profesionales sanitarios tienen una alta vulnerabilidad al burnout como consecuencia de experimentar altos niveles de tensión emocional debido a entornos de trabajo estresantes que se agravan por el hecho de atender a pacientes moribundos. Se afirma también que en particular las enfermeras presentan niveles más elevados de burnout cuando se comparan con otros profesionales de la salud, así como que estos altos niveles de burnout de las enfermeras a menudo han sido atribuidos a la naturaleza emocional del contacto prolongado con un gran número de pacientes (Khamisa, Peltzer y Oldenburg, 2013).

En España diferentes autores han estudiado el burnout en los profesionales de la salud mediante el instrumento Maslach Burnout Inventory (MBI) en su versión española (Maslach, Jackson y Seisdedos, 1997). Dicho instrumento categoriza tanto el nivel de burnout global como el nivel de burnout en las diferentes dimensiones que lo componen: agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y realización personal (RP) (Maslach y Jackson, 1986) (Tabla 10).

Tabla 10

Categorización del Burnout (Corte Medicina) según Maslach y Jackson

Dimensiones	Nivel de burnout		
	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento emocional	≤ 18	19-26	≥ 27
Despersonalización	≤ 5	6-9	≥ 10
Realización personal	≥ 40	39-34	≤ 33

En 1997 Atance ya reportó un alto nivel de burnout global (Media 47,16 DE= 7,93) en una muestra de 297 médicos y enfermeras de atención primaria y especializada de Guadalajara (Atance, 1997), en 2004 se estudió una muestra de 622 enfermeras, auxiliares de enfermería y técnicos del Hospital Clínico Universitario San Carlos de Madrid, y se obtuvo una media de burnout global de 46,97 (DE= 9,68), siendo el desglose por dimensiones: 19,61(DE= 5,54) en

AE, 8,37 DE= 2,66) en DP y 20,80 (DE=4,25) en RP (Albaladejo et al., 2004). En 2005 se llevó a cabo otro estudio en el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, en el que se vio que un 51,51% de las enfermeras presentaban niveles altos de burnout en la dimensión AE, un 35,15% en DP y un 39,47% en RP (Puialto, Antolín y Moure, 2006). En un estudio más reciente llevado a cabo en una población de 676 enfermeras de Andalucía (atención primaria y especializada), se encontró que presentaban altos niveles de burnout el 25% en la dimensión AE, el 30% en la dimensión DP y el 45% en la dimensión RP (Cañadas et al., 2015).

Se ha estudiado también la presencia de burnout en entornos de práctica especializada, como por ejemplo en unidades de cuidados críticos (UC), aunque los resultados obtenidos no son uniformes. Así en un estudio realizado con 366 enfermeras en Cataluña (García, Roca, Carmona y Olona, 2004), los resultados indicaron un diagnóstico de Burnout medio en las tres dimensiones: AE (Media= 25,7 DE= 9,8) y RP (Media= 35,5 DE= 7,5), y D (Media= 9,4 DE= 4,2). Sin embargo en una muestra de 80 enfermeras en Asturias los resultados en AE (Media= 25,19 DE= 10,52) y DP (Media= 6.53 DE= 6.04) fueron similares, pero se obtuvieron valores altos de burnout en RP (Media= 8.95 DE= 7.89) (Losa, Vallejo y Fuentes, 2010). En cuanto al porcentaje de enfermeras de UC que presentan elevados niveles de burnout, un estudio reciente a nivel nacional mostró que un 18% presentaba nivel global de burnout alto, siendo alto por dimensiones en un 19% para el AE, un 39% para la RP y un 17% en la DP (Fuentelsaz-Gallego et al., 2013).

Todos estos datos reflejan la importante presencia que tiene el burnout en el colectivo enfermero, así como la necesidad de determinar si el empeoramiento de la situación económica y su impacto en los servicios de salud ha modificado el nivel de burnout de este colectivo.

1.6.1 Instrumentos de medida del Burnout

Paralelamente al aumento que ha tenido el estudio del burnout, se han desarrollado diferentes instrumentos para poder medirlo (tabla 11). Todos ellos presentan las características definidas por Maslach y Jackson, varían en el número de preguntas y en sus propiedades métricas. Algunos de ellos están diseñados y validados para colectivos profesionales específicos (básicamente entorno sanitario y educativo), y otros son de aplicación general.

De todos los instrumentos diseñados para la medida del burnout, el Maslach Burnout Inventory (MBI, 1981), basado en las investigaciones de Christina Maslach y Susan E. Jackson, es el más ampliamente utilizado (Poghosyan, Aiken y Sloane, 2009), y ha sido adaptado (Maslach et al., 1997) y validado (Gil-Monte, 2005) en el contexto español.

En resumen, la literatura existente sugiere que las condiciones del entorno de la práctica clínica tiene consecuencias sobre las enfermeras (percepción de calidad de cuidados, nivel de satisfacción y de burnout) y sobre los pacientes (supervivencia, aparición de efectos adversos, satisfacción). En un momento de crisis globalizada donde el sistema sanitario ha sufrido importantes recortes que afectan a los entornos laborales, es importante determinar si ha habido cambios en estos indicadores. Si se ha producido un aumento de la insatisfacción laboral y el nivel de burnout de las enfermeras, es de esperar que la calidad de los cuidados pueda haberse visto afectada, hecho que puede tener además un impacto negativo en los resultados de salud de los pacientes.

Tabla 11

Principales instrumentos de medida del burnout

AUTOR, año	Instrumento
Jones, 1980	Staff Burnout Scale
Emener y Luck, 1980	Emener-Luck Burnout Scale
Maslach y Jackson, 1981	Maslach Burnout Inventory
Gray-Toft y Anderson, 1981	Nursing stress Scale (NSS)
Kremer y Hofman, 1985	Burnout Scale
Seidman y Zager, 1986	Teacher Burnout Scale
Harris, Hingley y Cooper, 1988	Nurse Stress Index (NSI)
Jones, 1990	Staff Burnout scale for health professional (SBSS HP)
Hinds et al, 1990	Stressor scale for pediatric oncology nurses
Benoliel et al, 1990	The Nurse stress checklist
Moreno y Oliver, 1993	Cuestionario breve de Burnout (CBB)
Holland y Michael, 1993	Holland Burnout Assessment Survey
Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson, 1996	MBI-General Survey (MBI-GS)
Garrosa y Gonzalez, 2000	Cuestionario de desgaste profesional en enfermería(CDPE)

2.Justificación

Las personas, en tanto que elementos inmersos en organizaciones, son fundamentales en el funcionamiento de las mismas. De igual manera, las organizaciones son consideradas como un entorno psicológicamente significativo, de manera que el bienestar de las personas en el entorno, en este caso el entorno laboral, está relacionado con la percepción que tienen de éste y con el grado de satisfacción que sienten. De aquí surgen dos conceptos importantes: el clima organizacional y la satisfacción laboral. Estos dos elementos determinarán en gran parte la calidad de vida laboral, afectarán directamente al individuo y por tanto podrán tener efecto en el funcionamiento global de las organizaciones. Así pues, el conocimiento de estos dos factores (el clima organizacional y la satisfacción laboral) puede aportar elementos tanto de comprensión y mejora de las relaciones laborales como de la calidad y eficiencia de las organizaciones. Además, según recoge Chiang-Vega (2010) (Chiang-Vega et al., 2010) diferentes autores señalan, ya desde los inicios del estudio del clima laboral, que la probabilidad de obtener mejores resultados laborales en términos de compromiso (Toro, 1998), rendimiento (Day y Bedian, 1991; Schratz, 1993; Thompson, 1997; Subirats, 1997) y desempeño (Fredericksen, 1966; Woodman y King, 1978; Litwin y Stringer, 1966-1968; Hellriegel y Slocum, 1974; Koperlman, 1990) es mayor cuando los trabajadores perciben un clima organizacional satisfactorio.

Por otra parte, las organizaciones y los individuos se ven afectados por las políticas económicas y los sistemas de financiación de los países. En este sentido, los cambios económicos acontecidos entre los años 2009-2014 han tenido un fuerte impacto sobre la población en general. En España se ha aumentado el tipo general del Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA) del 16 al 21%, se han reducido las prestaciones por desempleo y dependencia, se ha aumentado de forma progresiva la edad de jubilación y han aumentado las tasas educativas. En el sector público la retribución general se ha reducido un 5%, se ha recortado o suprimido la paga extraordinaria, se ha aumentado la jornada laboral anual y se ha llegado a suprimir la Oferta de Empleo Público entre otras medidas. ⁴

En el entorno sanitario, según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), el crecimiento medio de la financiación del sistema sanitario global (público y privado) por parte de los Estados ha sido de tan sólo un 0,5% entre los años 2011-

⁴ Fuente: SATSE, sindicato de Enfermería

2013, mientras que en el periodo comprendido entre 2007-2009 fue del 4,3% de media (OECD, 2015).

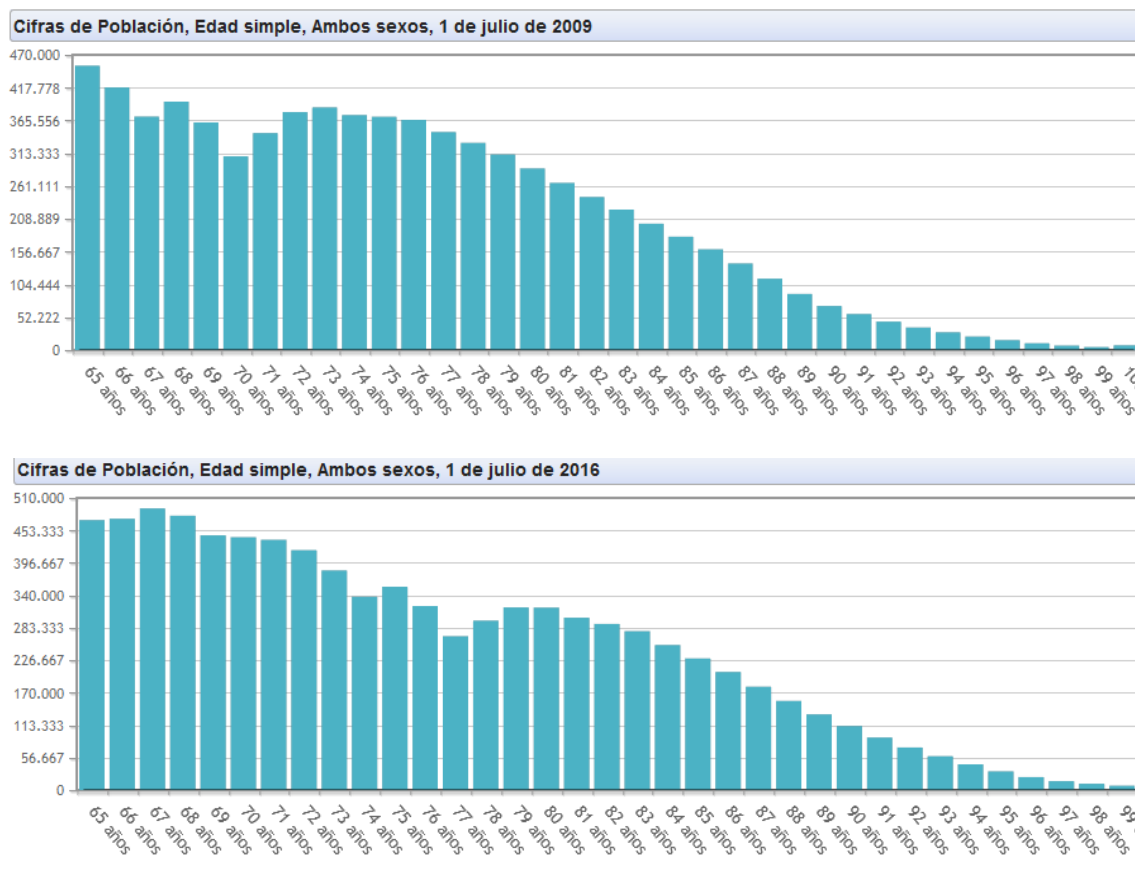
Las restricciones sobrevenidas y los cambios en las condiciones laborales se suman a la ya complicada situación de los profesionales de enfermería. En el año 2008 el International Council of Nurses (ICN) advertía de la crisis global existente de personal sanitario, destacando la escasez de enfermeras en diversos países, y apuntando a entornos laborales pobres como una de las principales causas de esta situación. Según datos del ICN el deterioro del entorno laboral tiene un impacto negativo en el reclutamiento y retención de los profesionales de la salud, su productividad y rendimiento y en los resultados de salud de los pacientes (INC et al., 2008).

Los cambios globales acontecidos a partir del año 2009 a nivel social, económico y laboral han tenido un fuerte impacto en el colectivo enfermero del Sistema Nacional de Salud Español (SNS), y aunque existen diferencias entre las diferentes comunidades autónomas, las medidas de contención del gasto más frecuentes son comunes a todas ellas. Entre estas medidas destaca la congelación de nuevas ofertas de empleo y el endurecimiento de la legislación laboral (BOE 2012a, 2012b), lo que ha implicado precariedad contractual con un volumen de eventualidad cercano al 30 % (elEconomista, 2016). Por otra parte se han producido restricciones en aspectos directamente económicos, como la congelación o recorte salarial entre un 5 y un 10%, la eliminación o reducción de la retribución por incapacidad temporal, la congelación de las carreras profesionales, la reducción de permisos y días de libre disposición y el aumento de la jornada laboral anual (Legido-Quigley et al., 2013; Gaceta médica, 2014). Todo esto ha llegado a suponer una pérdida de poder adquisitivo de un 20% por término medio entre 2009 y 2012 (Acta sanitaria, 2012), llegando hasta un 26,60% en algunas comunidades autónomas⁵. Hay que tener en cuenta que la remuneración es uno de los factores que afectan a la satisfacción laboral (OECD, 2105). Paralelamente las demandas sanitarias de la sociedad han aumentado a causa del envejecimiento de la población (Gráfico 5), pasando de 7.274.505 la cifra de personas mayores de 65 años en 2009 (15,7% de la población) a 8.296.216 en 2016 (17,9% de la población) (INE, 2016), lo cual ha producido muy probablemente un incremento en la presión asistencial en todos los ámbitos de atención.

⁵ Fuente: SATSE, sindicato de enfermería

Gráfico 5

Población mayor de 64 años en Julio de 2009 y Julio de 2016



Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Si estos cambios han afectado la insatisfacción laboral y el nivel de burnout de las enfermeras, es de esperar que la calidad de los cuidados pueda haberse visto afectada. Esto puede tener un impacto negativo en los resultados de salud de los pacientes del SNS. Por tanto es relevante conocer si los cambios sociales acontecidos entre los años 2009-2014 han tenido repercusiones en la percepción del entorno, el nivel de burnout y la insatisfacción laboral de las enfermeras que trabajan en hospitales del SNS.

3.Objetivos e hipótesis

3.1 Objetivo general

Conocer si existen diferencias en la percepción del entorno laboral, el nivel de burnout y la calidad de los cuidados y seguridad percibidos por las enfermeras que trabajaban en hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS) español en los años 2009-2014.

3.2 Objetivos específicos

Identificar las características socio-laborales de las enfermeras que trabajan en hospitales del SNS.

Determinar cuál es el nivel de satisfacción laboral y de burnout de las enfermeras que trabajan en hospitales del SNS.

Conocer la percepción de las enfermeras sobre su entorno laboral y la calidad de los cuidados que prestan.

Comparar las variables referentes al entorno laboral, el nivel de burnout y la calidad de los cuidados y seguridad percibidos de las enfermeras que trabajan en hospitales del SNS en base a los datos recogidos en el los períodos 2009-2010 y 2012-2014.

Identificar variables que puedan influir en la satisfacción y el entorno laboral, y el burnout.

3.3 Hipótesis

Existen diferencias en la percepción del entorno laboral, la satisfacción laboral, el nivel de burnout y la calidad de los cuidados y seguridad percibidos por las enfermeras que trabajan en hospitales del Sistema Nacional de Salud español entre los años 2009-2014.

4. Metodología

4.1 Diseño

Se trata de un estudio observacional transversal y comparativo entre los datos obtenidos en el marco del Proyecto RN4CAST-España⁶ (Fuentelsaz-Gallego et al., 2013) durante el periodo 2009-2010, y los datos obtenidos en el marco del Proyecto SYCE⁷ durante el periodo 2012-2014 (Moreno-Casbas et al., 2014).

4.2 Ámbito de estudio

Unidades de hospitalización médica, quirúrgica y de críticos de siete hospitales del SNS que participaron tanto en el Proyecto RN4CAST-España como en el Proyecto SYCE, recogiendo datos de todas las enfermeras que trabajaran en dichas unidades en cuidados directos al paciente.

4.2.1 Proyecto RN4CAST-España

El primer Proyecto: “Relación entre la seguridad del paciente, la provisión y formación de las enfermeras y las características organizacionales, de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. RN4CAST-España” está enmarcado dentro del Proyecto internacional: “Nurse Forecasting: Human Resources Planning in Nursing (RN4CAST)”⁸, que tuvo como objetivo principal establecer cómo se relacionan las características del entorno laboral y la formación de los profesionales de enfermería con la productividad, la retención de enfermeras y los resultados en los pacientes, en hospitales generales de agudos de 11 países europeos (España, Bélgica, Alemania, Finlandia, Grecia, Irlanda, Países Bajos, Polonia, Suiza, Suecia y Reino Unido), además de Botswana, Sudáfrica y China. La metodología utilizada fue

⁶ Proyecto RN4CAST-España: Registered Nurse Forecasting. Fondo de Investigación Sanitaria expediente nº PI080599

⁷ Proyecto SYCE: Sueño y cuidados de enfermería. Fondo de Investigación Sanitaria expediente nº PI 11/00646

⁸ www.rn4cast.eu

consensuada por todos los países participantes y está publicada por Sermeus y cols.(Sermeus et al., 2011).

En el Proyecto RN4CAST-España se incluyeron hospitales generales de más de 150 camas y pertenecientes al SNS, y respecto a lo estipulado en el Proyecto RN4CAST-Europe, que dispusieran además de unidades de cuidados críticos (UC). De los 788 hospitales públicos (Catálogo Nacional de Hospitales, año 2007), 185 cumplieron estos criterios. Se estimó una muestra de 34 hospitales ($p = 50\%$, precisión = 15%, nivel de confianza = 95%) y se estimó un tamaño muestral de 10.750 enfermeras. Se realizó un muestreo aleatorio estratificado por Comunidad Autónoma (CA) y número de camas del hospital. Además de los hospitales seleccionados decidieron participar voluntariamente 26 hospitales más. Teniendo en cuenta el número de camas, 33 hospitales eran de tamaño pequeño (entre 150 y 499 camas), 20 medianos (entre 500 y 1.000) y 7 grandes (más de 1.000). Se excluyó uno de los hospitales participantes por incumplimiento del protocolo. Se muestrearon de forma aleatoria unidades de hospitalización médica (UM), quirúrgica (UQ) y UC, seleccionando el número de unidades a estudiar en función del tamaño del hospital y estableciéndose como criterio un mínimo de 50 enfermeras por hospital (Fuentelsaz-Gallego et al., 2013).

4.2.2 Proyecto SYCE

El segundo Proyecto: “Sueño y calidad de cuidados de enfermería. SYCE” tuvo como objetivo principal determinar la calidad del sueño del colectivo enfermero del SNS y establecer posibles relaciones con el entorno laboral, burnout, calidad de cuidados y satisfacción laboral. Para ello se obtuvo de manera aleatoria una muestra de siete hospitales participantes en el proyecto RN4CAST-España que accedieron voluntariamente a participar en el estudio, que fueron: Hospital Reina Sofía (Tudela, Navarra), Hospital Universitario Son Dureta (Palma de Mallorca), Hospital General de la Palma (Breña Alta, Tenerife), Hospital Universitario Vall d’Hebrón (Barcelona), Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (A Coruña), Hospital Universitario de Fuenlabrada (Fuenlabrada, Madrid) y Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia).

Se utilizaron los mismos criterios del primer Proyecto para la selección de las unidades y enfermeras participantes. Se estimó un tamaño muestral de 751 enfermeras aceptando un riesgo alfa de 0,05 para precisión de +/- 0,04 unidades porcentuales en contraste bilateral

para una proporción estimada de 0,5 y asumiendo pérdidas del 40%. En este Proyecto, además de recoger los datos referentes a variables sociodemográficas, entorno laboral (mediante el PES-NWI), burnout (mediante el MBI), satisfacción laboral, calidad de cuidados y seguridad durante el período 2012-2014, se recogieron datos relacionados con la calidad del sueño de las enfermeras participantes (Anexo 2) mediante un diario de sueño, la escala de Östberg, la escala de Epworth y el índice de Pittsburgh. Además, se monitorizó la actividad-descanso de las enfermeras participantes mediante unos sensores que debían llevar las 24 horas del día durante diez días.

4.3 Sujetos de estudio

Enfermeras que trabajan en hospitales del SNS según la definición de la directiva Europea 2005/36/EC

4.4 Criterios de selección

- Criterios de inclusión: enfermeras que trabajan en contacto directo con el paciente en unidades de hospitalización (UM, UQ, UC) de los siete hospitales del SNS seleccionados, independientemente de su relación contractual, y que voluntariamente acceden a participar en el estudio.
- Criterios de exclusión: enfermeras que no se encontraran activas durante el periodo de recogida de datos y enfermeras que formaran parte del equipo investigador.

4.5 Variables de estudio

- Datos demográficos: sexo, edad, estado civil, país en el que realizó los estudios de enfermería (diplomatura y postgrado), año y grado de las titulaciones académicas, años de trabajo activo asistencial en atención especializada, unidad de trabajo y años de antigüedad en dicha unidad, turno, especialidad y año de obtención, formación continuada

(se refiere a la formación no reglada, entendiéndose como tal toda la formación no acreditada por un centro docente incluido dentro de las universidades).

- Datos relacionados con el puesto de trabajo: satisfacción laboral, evaluación del servicio, calidad y seguridad en el trabajo y condiciones laborales.
- Valoración autodeclarada de los profesionales de enfermería sobre la calidad de los cuidados que presta, en relación con: 1) La calidad de los cuidados de enfermería en la unidad, en el último turno y cambios en la calidad de los cuidados en el último año; 2) Preparación de los pacientes para el alta; 3) Número de quejas de pacientes y/o familiares; 4) Frecuencia de eventos adversos en los que esté implicado el profesional de enfermería o cualquiera de sus pacientes.
- Estrés en el desempeño laboral, medido a través de las variables que contempla el cuestionario Maslach Burnout Inventory.

4.6 Instrumentos para la recogida de datos.

Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario elaborado y validado por el equipo investigador en el marco del proyecto RN4CAST-Europa (Squires, 2013) que incluyó datos sociodemográficos, datos referentes a la jornada laboral, datos relacionados con la satisfacción laboral y con la percepción de seguridad y calidad de cuidados, así como preguntas acerca de la seguridad en el trabajo y sobre el tipo de tareas realizadas. Asimismo, incluyó también dos instrumentos estandarizados para medir la percepción del entorno laboral y el burnout: el Practice Environment Scale- Nursing Work Index (PES-NWI) y el Maslach Burnout Inventory (MBI).

4.6.1 Cuestionario de satisfacción laboral

En el marco del proyecto RN4CAST, y fruto de estudios previos acerca de los factores que tienen más influencia en la satisfacción laboral (Lu et al., 2005), se elaboraron una serie de preguntas acerca de la satisfacción percibida en relación a: flexibilidad en el horario, oportunidades de promoción profesional, autonomía en el trabajo, estatus profesional, salario, oportunidades de formación, vacaciones, derecho a bajas por enfermedad y permisos por estudios (Anexo 3). Estas preguntas se midieron en una escala de Likert, con valores

comprendidos entre 1 “muy insatisfecho” y 4 “muy satisfecho”. Además, y en relación al nivel de satisfacción laboral con el puesto actual, se introdujeron preguntas acerca del grado de recomendación del hospital a otros profesionales y pacientes (Fuentelsaz-Gallego et al., 2012).

Además, en base a los trabajos de Aiken (Aiken et al., 2001; Aiken et al., 2011) se añadió una pregunta única acerca del grado de satisfacción laboral en el trabajo actual (coeficiente de fiabilidad 0,7 (Wanous, Reichers, y Hudy, 1997)).

4.6.2 Cuestionario de calidad de cuidados y resultados en salud

Para la recogida de información acerca de estas dos variables (percepción de calidad de cuidados y resultados en salud de los pacientes) se crearon las siguientes medidas de calidad de la atención de enfermería a partir de la literatura existente (Aiken, 2002): informes de enfermería sobre la calidad de la atención domiciliaria en su unidad, sobre su último turno y cambios en la calidad de la atención de enfermería el año pasado; disposición de los pacientes para el alta; estimación de la frecuencia de una variedad de eventos adversos que involucran a sí mismos y a sus pacientes (errores de medicación, infecciones nosocomiales, caída de pacientes con lesiones, úlceras por presión después de la admisión, infección del tracto urinario). Además, se incluyeron 7 preguntas derivadas del cuestionario de cultura de seguridad de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) y de la Safety Organizing Scale (Vogus y Sutcliffe, 2007) para medir la cultura de seguridad en las unidades de enfermería y hospitales seleccionados (rangos de puntuación entre 1 "Muy en desacuerdo" y 5 "Muy de acuerdo") (Anexo 4).

4.6.3 Cuestionario de seguridad en el trabajo

Se incluyeron 6 preguntas relacionadas con quejas o agresiones sufridas por las enfermeras (Anexo 5). Este tipo de agresiones corresponde a los tipos II y III según los criterios de California Occupational Safety and Health Administration (Cal/OSHA, 1995) (Tabla 5), e incluyen posibles agresiones tanto verbales como físicas sufridas en el trabajo relacionadas con pacientes, familiares u otros profesionales.

Estas 6 preguntas se responden en una escala Likert de 7 opciones posibles en función de la frecuencia percibida de cada uno de los eventos descritos (nunca-todos los días).

4.6.4 Cuestionario de tareas realizadas

Se formularon 9 preguntas relativas a la frecuencia en que se realizaron tareas no propias de cuidados, y 13 relativas a tareas propias de cuidados que dejaron de hacerse por falta de tiempo. En el primer caso las opciones de respuesta siguieron una gradación de tres puntos: nunca, a veces y frecuentemente. En el segundo caso, se podían marcar todas aquellas tareas que se considerase oportuno (Anexo 6).

4.6.5 Percepción del entorno laboral: PES-NWI

Tanto en el proyecto RN4CAST como en el proyecto SYCE, el cuestionario utilizado para el análisis de la medida del entorno laboral fue la versión validada al castellano del PES-NWI 31 (Fuentelsaz-Gallego, Moreno-Casbas y González-María, 2013) (Anexo 7).

El PES-NWI 31 tiene sus orígenes en el Nursing Work Index (NWI) elaborado por Kramer & Hafner en el año 1989. Sus trabajos parten de los hallazgos asociados a las investigaciones realizadas por McClure, Poulin, Sovie y Wandelt en los hospitales magnéticos en EEUU a principios de la década de los 80. Desarrollaron el instrumento a partir de la literatura existente sobre satisfacción laboral y de la relación de características encontradas en los hospitales magnéticos, obteniendo un cuestionario de 65 preguntas graduadas en una escala Likert de cuatro posibles respuestas (totalmente de acuerdo-totalmente en desacuerdo). Estas 65 preguntas medían cuatro variables o subescalas:

- Grado de importancia que se da a determinados aspectos del trabajo relacionados con la satisfacción laboral de la enfermera.
- Grado de importancia que se da a determinados aspectos del trabajo relacionados con la productividad percibida.
- Satisfacción laboral.
- Percepción del entorno para proporcionar cuidados enfermeros de calidad.

La satisfacción laboral se definía como un estado de actitud fluctuante de un individuo, derivado de la percepción de que los factores situacionales del trabajo, importantes para el individuo, están presentes. La productividad percibida se definía como el estado actitudinal de un individuo derivado de la percepción de que un entorno propicio para producir cuidados de enfermería de calidad está presente. Así pues el NWI fue diseñado para incluir una lista de factores sujetos a tres condiciones centradas en las enfermeras: “Este factor es importante para mi satisfacción laboral”, “Este factor es importante para mi capacidad de ofrecer unos cuidados de calidad al paciente”, y “Este factor está presente en mi situación laboral actual”. La validez de contenido de este cuestionario no fue testada con métodos estadísticos, pero fue establecida a partir de las características de los hospitales magnéticos, la revisión de la literatura acerca de la satisfacción laboral y factores del trabajo y la valoración crítica de tres de los cuatro investigadores responsables del estudio de los hospitales magnéticos. La consistencia interna de cada subescala osciló entre 0,89 y 0,93. Los resultados obtenidos sugerían que las enfermeras valoraban y obtenían la satisfacción laboral a partir de su capacidad de proporcionar cuidados enfermeros de calidad (Kramer y Hafner, 1989).

Si bien es cierto que el NWI significó el punto de partida en la medida del entorno laboral de las enfermeras, la reestructuración de los hospitales en la década de 1990 hizo renacer el interés por los entornos de la práctica de enfermera, y diferentes autores han modificado y adaptado este cuestionario inicial con el objetivo de obtener un instrumento actualizado ágil y preciso, con buenas propiedades métricas y extrapolable a los diferentes entornos de la práctica asistencial. En esta línea, Aiken y Patrician (Aiken y Patrician, 2000) adaptaron el NWI para poder analizar los datos a nivel de unidad o de hospital en lugar del nivel de enfermera, y desarrollaron el Nursing Work Index Revised (NWI-R) compuesto por 57 ítems (Anexo 8), después modificar uno del NWI original, de excluir los ítems que no se relacionaban de forma significativa con los elementos de un entorno de práctica profesional., (como por ejemplo “el hospital está asociado a una escuela de enfermería”), y de añadir un nuevo ítem, manteniéndose sólo la consideración “en su trabajo actual”. El NWI-R presentó una buena consistencia interna (α Cronbach global de 0,96) y emergieron tres subescalas (α Cronbach entre 0,84 y 0,91): autonomía, control del entorno laboral, relaciones con los médicos y soporte organizacional. Diferentes autores ha testado sus propiedades métricas en diferentes contextos (tabla 12).

Tabla 12
Entornos de validación NWI-R

AUTOR, año	Idioma, Entorno	Propiedades métricas testadas
Aiken y Patrician, 2000 (Aiken y Patrician, 2000)	Inglés	α Cronbach global: 0,96 Subescalas: 0,84 - 0,91
Gasparino 2009 (Gasparino, De Brito y Aiken, 2011)	Portugués , Brasil	Adaptación cultural
Slater, 2009 (Slater, O'Halloran, Connolly, y McCormack, 2009)	Inglés, hospital, Irlanda	α Cronbach global: 0,78 Subescalas: 0,73-0,87
Bonneterre 2011 (Bonneterre et al., 2011)	Francés, hospital, Francia (NWI- Extended Organisation)	α Cronbach Subescalas: 0,56-0,89 Subescalas: 0,70 - 0,89

Posteriormente Lake (Lake, 2002) desarrolló el Practice Environment Scale Nursing Work Index (PES-NWI) con el objetivo de crear una escala más breve que sirviera para estudiar la influencia del entorno laboral en la práctica de las enfermeras, así como en los resultados de salud de los pacientes en el contexto hospitalario. Para ello, primero definió el entorno de la práctica enfermera mediante un panel de expertos, que seleccionaron 48 de los 65 ítems del NWI original, y realizando posteriormente el estudio de validación con una muestra de 11.636 enfermeras de Pensilvania. Fruto del análisis exploratorio se identificaron 31 ítems finales (α Cronbach=0,82) en cinco factores o subescalas definidas:

- Participación de las enfermeras en asuntos del hospital. Evalúa el grado en que las enfermeras se sentían involucradas en los asuntos del hospital y en los departamentos de enfermería (gobierno interno, decisiones políticas y comités), tenían oportunidades de progreso, se comunicaban abiertamente con una administración sensible en temas relacionados con la enfermería y reconocían a su jefe de enfermería como poderoso, visible y accesible (8 ítems, α Cronbach=0,83).
- Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado. Evalúa la filosofía enfermera en el modelo de cuidado y la competencia clínica de las enfermeras. Varios indicadores de un modelo de atención de enfermería completaron esta subescala: continuidad de los

cuidados, uso de diagnósticos y planes de cuidados enfermeros (10 ítems, α Cronbach=0,82).

- Aptitud, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de los gestores enfermeros, con ítems adicionales que ilustraban la forma en que dichos gestores apoyaban a la enfermera cuando cometían errores o bien alabando y reconociendo el trabajo bien hecho (5 ítems, α Cronbach=0,84).
- Dotación de personal y recursos. Se refiere a la adecuación de dichos recursos, siendo los ítems de mayor relevancia la dotación suficiente de enfermeras, la disponibilidad de tiempo para estar con los pacientes y el poder discutir problemas de atención del paciente con otras enfermeras (4 ítems, α Cronbach=0,80).
- Relaciones entre enfermeras y médicos. Se incluyó esta subescala en base a los hallazgos de McClure y cols (McClure, Poulin, Sovie, y Wandelt, 2002) en sus estudios de los hospitales magnéticos, en los que se pone de manifiesto el deseo de las enfermeras de mantener buenas relaciones con este colectivo profesional (3 ítems, α Cronbach=0,71).

En 2008 Bonneterre y cols. publicaron una revisión sistemática para evaluar la validez de los instrumentos utilizados en la medición de factores psicosociales del trabajo y de la organización de las enfermeras, y determinan que el PES-NWI parece ser uno de los mejores instrumentos para medir el entorno de la práctica de enfermería debido a su idoneidad (validez de contenido) y su estructura, (validez de constructo). Asimismo, dada su capacidad para discriminar hospitales magnéticos y su relación con los resultados de salud, apunta también que posee también tanto validez discriminante como validez concurrente (Bonneterre et al., 2008).

El PES-NWI se ha utilizado en diferentes países (EEUU, Australia, Canadá, Islandia y Taiwan) y contextos de la práctica clínica (cuidados intensivos, cardiología, traumatología, neurología, cirugía, psiquiatría, oncología y diálisis) (Warshawsky y Havens, 2011), ha sido traducido y validado a diferentes idiomas y contextos culturales (tabla 13) y es además considerado como un indicador de la calidad de los cuidados de enfermería (Orts Cortés, 2011).

Tabla 13
Entornos de validación PES-NWI

AUTOR, año	Idioma Entorno	Propiedades métricas
Lake, 2002	Inglés Hospitalario, EEUU	α Cronbach 0,82 Rango de las subescalas 0,71-0,84
Chiang y Lin, 2009	Chino Hospitalario, Taiwan	α Cronbach 0,90 Rango de las subescalas-0,65-0,87
Cho et al., 2011	Koreano Hospital, Korea	α Cronbach 0,93
Gajewski, 2010	Inglés Hospital, EEUU	Análisis factorial confirmatorio Coeficiente de Correlación Intraclass: de los diferentes factores: 0,08-0,28
Ogata et al., 2011	Japonés Hospital, Japón	α Cronbach 0,75 Rango de las subescalas-0,77-0,85
Anzai, 2014	Japonés Hospital, Japón	α Cronbach 0,92 Rango de las subescalas-0,77-0,84
Gunnarsdóttir et al., 2009	Islandés Hospitalario, Islandia	α Cronbach Subescalas: 0,77 - 0,82
Parker et al., 2010	Inglés Sector público y privado, Australia	α Cronbach global: 0,95
De Pedro et al., 2009	Español Atención Primaria y hospitalaria, España	α Cronbach 0,90 Rango de las subescalas 0,8-0,9
Liou y Cheng, 2009	Inglés Enfermeras asiáticas que ejercen en hospitales de los EEUU	α Cronbach 0,96
Orts-Cortés et al., 2013	Español España, contexto del proyecto RN4CAST (Adaptación de 32 ítems)	Content Validity index 0,82 Índice Kappa 0,80
Alzate et al., 2014	Español Colombia	ICV: 0,9 para la pertinencia y 0,94 para la relevancia
Fuentetajaz, 2013	Español Hospital, España	α Cronbach 0,90 Rango de las subescalas 0,73-0,90 CCH: 0,87 Rango de las subescalas: 0,82-0,88

En el marco del Proyecto RN4CAST-Europe se utilizó la versión PES-NWI modificado, que tiene 32 ítems. Esta modificación consistió en añadir 4 ítems nuevos y eliminar 3 del PES-NWI original (Anexo 9). Los ítems añadidos fueron: Los médicos valoran las observaciones y juicios de las enfermeras, Los médicos reconocen la contribución de las enfermeras al cuidado de los pacientes, Los médicos respetan a las enfermeras como profesionales y Los médicos tienen a las enfermeras en gran estima. Los ítems eliminados fueron: La supervisora consulta al personal sobre los problemas del día a día y los procedimientos, Se utilizan los diagnósticos de enfermería y Las supervisoras utilizan los errores como oportunidades para aprender, no como crítica (Fuentelsaz-Gallego et al., 2013).

Tanto en el proyecto RN4CAST-España como en el proyecto SYCE, el cuestionario utilizado fue la versión PES-NWI 31 (Anexo 7). Esta versión ha sido validada en el contexto español en el marco del mismo proyecto RN4CAST-España, ofreciendo unas buenas propiedades métricas según se muestra en la tabla 14 (Fuentelsaz-Gallego et al., 2013). Al igual que el PES-NWI original, se estructura en 5 factores:

- F1: adecuación de recursos y personal
- F2: relaciones laborales enfermera-médico
- F3: habilidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de sus responsables
- F4: fundamentos enfermeros para unos cuidados de calidad
- F5: participación de la enfermería en cuestiones del hospital

Las preguntas de cada factor se formularon siguiendo un modelo de escala tipo Likert para evaluar el grado de acuerdo o desacuerdo con la afirmación planteada, resultando en cuatro categorías: “Totalmente en desacuerdo”, “De alguna manera en desacuerdo”, “De alguna manera de acuerdo” o “Totalmente de acuerdo”, y atribuyendo a cada respuesta los valores numéricos de 4, 3, 2, 1 respectivamente.

El sistema de puntuación por factores consistió en la media de los valores obtenidos de las variables incluidas, siendo el rango de puntuación para cada uno de ellos de 1 a 4.

Teniendo en cuenta que una puntuación media mayor de 2,5 de un factor indica que las enfermeras tienden a estar de acuerdo con la presencia de ese factor en su entorno laboral, y siguiendo la clasificación creada por Lake y Friese en 2006 (Lake y Friese, 2006), se categorizaron los hospitales según los resultados obtenidos en el PES-NWI en “Hospital

desfavorable” si presentaba 0 o 1 factores, “Hospital mixto” si presentaba 2 o 3 factores, y “Hospital favorable” si presentaba 4 o 5 factores con puntuación media superior a 2,5.

Tabla 14

Propiedades métricas del PES-NWI versión validada al español

Factor	α Cronbach	CCI (IC 95%)
Participación de la enfermería en cuestiones del hospital	0.81	0.88 (0.85-0.90)
Adecuación de recursos y personal	0.78	0.82 (0.78-0.85)
Habilidad liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de sus responsables	0.81	0.87 (0.86-0.91)
Fundamentos enfermeros para unos cuidados de calidad	0.73	0.85 (0.82-0.88)
Relaciones laborales enfermera-médico	0.77	0.88 (0.85-0.90)
TOTAL	0.90	0.87 (0.85-0.89)

CCI: Coeficiente de correlación intraclase; IC: intervalo de confianza

Fuente: C. Fuentelsaz (Fuentelsaz-Gallego et al., 2013)

4.6.6 Burnout: Maslach Burnout Inventory (MBI)

El MBI es el instrumento más ampliamente utilizado para medir el burnout. Su desarrollo se basa en las investigaciones que llevaron a cabo Cristina Maslach y Susan Jackson en el año 1981, en las que a partir de las entrevistas realizadas a diferentes profesionales en los EEUU establecen las tres subescalas que lo componen: realización personal, agotamiento emocional y despersonalización, obteniendo buenas propiedades psicométricas con una α Cronbach en las tres subescalas superior a 0,7 (Poghosyan et al., 2009).

En la revisión del año 1986, las mismas autoras alcanzaron valores de fiabilidad con α Cronbach aceptables, con una consistencia interna de 0,80 y una validez convergente y discriminante adecuadas. Respecto a la fiabilidad por factores se obtuvieron valores de 0,90 para el agotamiento personal, 0,79 para la despersonalización y 0,71 para la baja realización personal (Perez Martinez, 2010).

Las diferentes poblaciones a las que se aplicó el MBI llevaron a las autoras a determinar diferentes puntos de corte en función del colectivo profesional, (Maslach y Jackson, 1986b), de manera que el diagnóstico resultante está más adaptado al individuo (Tabla 15).

Tabla 15

Categorización del nivel de burnout en función del grupo profesional

Grupos profesionales	Nivel de burnout		
	Bajo	Medio	Alto
General			
AA	≤16	17-26	≥27
DP	≤6	7-12	≥13
RP	≥39	38-32	≤31
Profesores (1)			
AA	≤16	17-26	≥27
DP	≤8	9-13	≥14
RP	≥37	36-31	≤30
Profesores (2)			
AA	≤13	14-23	≥24
DP	≤2	3-8	≥9
RP	≥43	42-36	≤35
Servicios sociales			
AA	≤16	17-27	≥28
DP	≤5	6-10	≥11
RP	≥37	36-30	≤29
Medicina			
AA	≤18	19-26	≥27
DP	≤5	6-9	≥10
RP	≥40	39-34	≤33
Salud mental			
AA	≤13	14-20	≥21
DP	≤4	5-7	≥8
RP	≥34	33-29	≤28
Otros			
AA	≤16	17-17	≥28
DP	≤5	6-10	≥11
RP	≥40	39-34	≤33

(1) Educación básica, (2) educación superior

AA: agotamiento emocional; DP: despersonalización; RP: realización personal

Fuente: Maslach 1986 (Maslach y Jackson, 1986a)

El MBI ha sido traducido a diferentes idiomas, dándose por válidas sus propiedades psicométricas. En términos generales, estas versiones traducidas y adaptadas tienen consistencias internas similares y presentan validez factorial y de constructo similares a la versión americana original. Además la estructura de tres factores se mantiene en los diferentes países. (Maslach et al., 2001). Estos hallazgos fueron reafirmados en el análisis llevado a cabo en 2008 por Poghosyan y colaboradores, en el que se incluyeron los estudios llevados a cabo por Aiken y colaboradores en enfermeras de EEUU, Canadá, Reino Unido, y Alemania (Aiken et al., 2001), Nueva Zelanda (Finlayson, Aiken y Nakarada-Kordic, 2007), Japón (Kanai-Pak, Aiken, Sloane y Poghosyan, 2008), Rusia y Armenia (Poghosyan et al., 2009). La consistencia interna encontrada mediante α Cronbach superó (a excepción de la dimensión DP en Armenia) en todos los casos el valor de 0,7, moviéndose en un rango de 0,93 (dimensión AE en EEUU) a 0,71 (dimensión DP en Rusia).

Tanto en el proyecto RN4CAST como en el proyecto SYCE, el cuestionario utilizado para la medida del burnout fue la versión adaptada al contexto español (Maslach et al., 1997) del Maslach Burnot Inventory (Maslach y Jackson, 1986b) (Anexo 10), y respetando la categorización según perfil profesional se valoraron los resultados según el corte "Medicina".

La adaptación del MBI al contexto español fue llevada a cabo por Nicolás Seisdedos Cubero en 1997 bajo supervisión de los autores originales (Maslach et al., 1997) y aprobada por la compañía que posee el copyright del MBI-HSS (Squires et al., 2014). Ha sido validada primero con una muestra de 149 policías de la ciudad de Tenerife (Gil-monte, 2002) y posteriormente en una muestra de diferentes entornos profesionales (salud, educación y policía) (Gil-Monte, 2005), obteniendo una buena consistencia interna para las dimensiones RP y AE (α Cronbach 0,71 y 0,85 respectivamente), y aceptable para la dimensión DP (α Cronbach 0,58).

Contiene 22 ítems medidos en una escala Likert de 1 a 7 puntos («nunca», «algunas veces al año o menos», «una vez al mes o menos», «algunas veces al mes», «una vez a la semana», «varias veces a la semana», «todos los días»). La distribución de los ítems es: 8 ítems para la dimensión AE (ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20), 5 ítems para la dimensión DP (ítems 5, 10, 11, 15, 22) y 8 ítems para la dimensión RP (ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21).

La interpretación de los datos en el caso de las dimensiones AE y DP es directa: a mayor puntuación, mayor nivel de burnout. En el caso de la dimensión RP la interpretación es a la inversa.

Para la valoración global se ha establecido un burnout alto cuando 2 o 3 de las dimensiones tienen niveles altos; medio cuando 2 o 3 tienen niveles medios o hay una escala en cada nivel; y bajo cuando 2 o 3 tienen niveles bajos (Fuentelsaz-Gallego et al., 2012).

4.7 Reclutamiento y proceso de recogida de datos

Previa sesión informativa a las direcciones de enfermería y a las supervisoras y responsables de área de cada hospital, el reclutamiento en ambos Proyectos se llevó a cabo mediante la explicación del proyecto de forma directa y personalizada a las enfermeras. Esta explicación fue llevada a cabo por personal entrenado a ese efecto. Posteriormente se invitó a las enfermeras a participar de forma totalmente voluntaria.

Un investigador responsable en cada comunidad autónoma coordinó la recogida de datos en los hospitales, y la persona del equipo investigador responsable de la recogida de datos de cada centro fue la encargada de entregar los cuestionarios a las enfermeras que accedieron a participar en el estudio, así como de la recogida posterior en sobre cerrado para asegurar la confidencialidad de la información. En el segundo Proyecto, además, a las enfermeras participantes se les ponían tres sensores para monitorizar la actividad-descanso durante diez días, tras los cuales se les retiraban dichos sensores y se les recogían los cuestionarios. Se consideraron debidamente cumplimentados aquellos cuestionarios que no tenían más del 15% de las preguntas sin contestar. Finalmente, una vez recogidos los cuestionarios se procedió a introducir la información en una base de datos diseñada específicamente para el estudio.

4.8 Aspectos éticos

Se ha garantizado en todo momento la confidencialidad de las participantes y de los datos tanto en el proyecto RN4CAST como en el proyecto SYCE, respetándose las recomendaciones de buenas prácticas científicas y la legislación vigente respecto a la investigación y protección de datos de carácter personal⁹. Así, previa explicación oral del proyecto a los participantes, se procedió a facilitar la información escrita y se recogió el consentimiento informado firmado.

El proyecto RN4CAST-España fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Hospital Universitario Vall d'Hebrón de Barcelona, y el proyecto SYCE fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Instituto de Salud Carlos III.

4.9 Análisis de los datos

4.9.1 Edición y depuración de la base de datos

Una vez recogidos los datos en formato papel, se pasaron a formato electrónico para su tratamiento estadístico, en una base de datos específicamente diseñada para este fin. Se aplicaron mecanismos de control para garantizar en todo momento la calidad de la información recogida y la detección de los errores de tecleo. Se entrenó a todas las personas encargadas de la recogida de información antes de comenzar el estudio, para asegurar que se siguieran los mismos procedimientos de recogida por todos los encuestadores, minimizando así el posible sesgo del entrevistador.

4.9.2 Análisis estadístico

Se ha realizado un análisis descriptivo de todas las variables presentando los resultados con media y desviación estándar en las variables cuantitativas, y porcentajes y frecuencias absolutas en las variables cualitativas.

⁹ Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal

Se ha procedido a realizar un análisis secundario comparando los datos obtenidos en el proyecto RN4CAST con los obtenidos en el proyecto SYCE para explorar posibles relaciones entre las variables mediante:

1. Análisis bivariado con las pruebas de Ji al cuadrado, t de Student, ANOVA y test U de Mann-Whitney dependiendo de la tipología y distribución de las variables, previa comprobación de su distribución.

2. Análisis multivariado con regresión logística para conocer la relación existente en los dos grupos entre las diferentes variables contempladas en la valoración de la satisfacción laboral, el entorno laboral y el burnout. Se ha determinado:

- La relación de las variables sociodemográficas “Edad” y “Horas de formación realizadas los últimos 24 meses”, así como las diferentes variables contempladas en la satisfacción laboral (“Flexibilidad de horarios”, “Oportunidades de desarrollo profesional”, “Autonomía”, “Status profesional”, “Oportunidades de formación”, “Vacaciones”, Derecho a bajas por enfermedad” y “Permiso por estudios”), en la medida de la satisfacción con el trabajo actual, la evaluación del entorno laboral y el burnout global.
- La relación de los diferentes factores del entorno laboral medidos con el PES-NWI (“Dotación y adecuación de recursos”, “Relaciones laborales enfermera-médico”, “Habilidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de sus responsables”, “Fundamentos enfermeros para unos cuidados de calidad” y “Participación de la enfermería en cuestiones del hospital”), en la valoración de la satisfacción con el trabajo actual y la evaluación del entorno laboral.
- La relación de la satisfacción con el trabajo actual en la medida del burnout, así como las posibles relaciones de las dimensiones del burnout en la medida de la satisfacción con el trabajo actual.

Para ello se han dicotomizado las variables “Grado de satisfacción con el trabajo actual” y “Evaluación subjetiva del entorno laboral” agrupando las categorías “Muy insatisfecho” y “Algo insatisfecho” en la categoría “Insatisfecho”, y las categorías “Moderadamente satisfecho” y “Muy satisfecho” en la categoría “Satisfecho”. La variable “Burnout” se ha dicotomizado agrupando las categorías “Burnout bajo” y “Burnout medio” en la categoría “Bajo burnout”, dejando igual la categoría “Burnout alto”.

Para todos los casos se ha asumido un nivel de confianza del 95% ($p < 0,05$). Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico IBM SPSS, versión 22.0.

5.Resultados

5.1 Participantes

En el Proyecto RN4CAST participaron un total de 240 UM (45%), 222 UQ (42%) y 70 UC (13%). Fueron recogidos los datos basales referentes a variables sociodemográficas, entorno laboral (mediante el PES-NWI), burnout (mediante el MBI), satisfacción laboral, calidad de cuidados y seguridad durante el período 2009-2010 en un total de 5.654 enfermeras.

De la selección inicial de hospitales participantes, por dificultades en el trabajo de campo, se sustituyeron en el Proyecto SYCE el Hospital Reina Sofía, el Hospital Universitario Son Dureta y el Hospital General de la Palma por el Hospital del Mar (Barcelona), el Complejo Asistencial de Palencia (Palencia) y el Hospital Molina Orosa (Lanzarote), todos ellos con características similares y que también formaron parte del primer proyecto, quedando finalmente la muestra de hospitales incluidos en el estudio comparativo como sigue: Hospital Universitario Vall d'Hebrón (Barcelona, más de 1000 camas), Hospital del Mar (Barcelona, 400 camas), Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (A Coruña, 877 camas), Complejo Asistencial de Palencia (Palencia, 400 camas), Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid, 406 camas), Hospital Molina Orosa (Lanzarote, 230 camas) y Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia, 863 camas)¹⁰. Esto implica, en base a la clasificación realizada en el Proyecto RN4CAST, que fueron 1 hospital grande, 2 medianos y 4 pequeños (Anexo 11). Fueron recogidos los datos basales referentes a variables sociodemográficas, entorno laboral (mediante el PES-NWI), burnout (mediante el MBI), satisfacción laboral, calidad de cuidados y seguridad, y calidad de sueño (mediante diario de sueño, la escala de Östberg, la escala de Epworth y el índice de Pittsburgh). Además, se monitorizó la actividad-descanso de las enfermeras participantes mediante unos sensores. El periodo de recogida de datos fue durante el período 2012-2014 y se reclutaron un total de 635 enfermeras.

Finalmente se ha procedido a comparar 819 cuestionarios del proyecto RN4CAST con 635 cuestionarios del proyecto SYCE en los 7 hospitales del SNS anteriormente descritos, resultando la distribución según tipo de unidad en 52 UM (45%), 46 UQ (40%) y 17 UC (15%).

¹⁰ Número de camas obtenidas de las páginas web de los centros correspondientes

5.2 Resultados del análisis bivariante

5.2.1 Datos sociodemográficos

En la tabla 16 se presentan las variables sociodemográficas de las 819 enfermeras que participaron en el primer proyecto (2009-2010) y las 635 enfermeras que lo hicieron en el segundo (2012-2014). Las unidades donde trabajaban las enfermeras participantes fueron en un 16,0% unidades de críticos, 41,5% unidades médicas y 42,5% unidades quirúrgicas en el primer proyecto, y un 27,7%, 42,0% y 30,2% respectivamente en el segundo ($p < 0,001$).

En cuanto a las características sociodemográficas y laborales, el segundo grupo presentó una edad media significativamente mayor que el primero, así como una media de años de experiencia como enfermera también mayor, mientras que la distribución por sexo fue mayoritariamente femenina en los dos grupos. En cuanto al último turno realizado, trabajaban en el turno de mañana el 28,7% en el primer grupo frente al 32,2% en el segundo, el turno de tarde lo realizaban el 21,2 % del primer grupo frente al 20,4% del segundo, el turno de 12 horas de día lo realizaban el 17,7 % del primer grupo frente al 11,0% en el segundo grupo, y el turno de noche lo realizaban el 32,3 % y 35,4% respectivamente ($p = 0,003$).

Tanto las enfermeras del primer grupo como las del segundo trabajaban en su mayoría a tiempo completo. En cuanto a la formación recibida, el porcentaje de enfermeras que han realizado más de 120 horas de formación en los últimos 24 meses es significativamente mayor en el segundo grupo (36,3 vs 43,5). Respecto al grado académico, se ha reducido el porcentaje de enfermeras que no posee ningún otro título académico, las que tienen una licenciatura y las que tienen un diploma de estudios avanzados, y ha aumentado el porcentaje de enfermeras que ha cursado un Máster o especialidad. El porcentaje de doctoras se ha mantenido prácticamente igual. Como resultado de estos cambios, la distribución de todos estos grados académicos se ha modificado de forma significativa entre las enfermeras de los dos grupos.

Tabla 16
Variables sociodemográficas

VARIABLES	RN4CAST	SYCE	p**
Tipo de Unidad n (%)			
Críticos	131 (16,0) *	176 (27,7)	<0,001
Médicas	340 (41,5)	267 (42,0)	
Quirúrgicas	348 (42,5)	192 (30,2)	
Edad media en años (DE)	37,44 (9,65)	41,05 (10,02)	
Críticos	35,79 (8,21)	38,86 (10,08)	<0,001
Médicas	37,36 (9,20)	41,31 (9,70)	
Quirúrgicas	38,15 (10,47)	42,63 (10,12)	
Sexo n (%)			
Masculino	88 (10,8)	81 (12,8)	0.2
Femenino	726 (89,2)	551 (87,2)	
Años de experiencia, media (DE)	13,48 (8,86)	16,44 (9,38)	<0,001
Último turno realizado n (%)			
Mañana	232 (28,7)	208 (33,2)	0,003
Tarde	171 (21,2)	128 (20,4)	
Noche	261 (32,3)	222 (35,4)	
Día 12h	143 (17,7)	69 (11,0)	
Tipo de jornada n (%)			
Completa	724 (91,8)	558 (90,0)	0.025
Parcial	65 (8,2)	62 (10,0)	
Formación en los últimos 24 meses n (%)			
Menos de 50 horas	291 (36,7)	150 (26,6)	0,001
Entre 51 y 120 horas	214 (27,0)	169 (30,0)	
Entre 121 y 300 horas	133 (16,8)	111 (19,7)	
Más de 300 horas	155 (19,5)	134 (23,8)	
Grado académico además de enfermería n (%)			
Ninguno	615 (75,1)	470 (74,0)	<0,001
Licenciatura	34 (4,2)	15 (2,4)	
Máster oficial o especialidad	95 (11,6)	122 (19,2)	
Diploma de estudios avanzados	73 (8,9)	25 (3,9)	
Doctorado	2 (0,2)	3 (0,5)	

*n (%); **Ji al cuadrado

5.2.2 Carga de trabajo y tipo de tarea realizada

La ratio media paciente/enfermera de las unidades médicas fue 11,0 (DE= 4,53) en el primer grupo y 10,81 (DE= 4,68) en el segundo ($p=0,44$), la de las unidades quirúrgicas fue 11,53 (DE= 4,14) y 9,37 (DE= 3,78), y la de las unidades de críticos fue 2,52 (DE= 1,08) y 2,39 (DE= 2,28) respectivamente, mostrando estos dos tipos de unidad diferencias estadísticamente significativas ($p<0,001$) entre el primer grupo (2009-2010) y el segundo (2012-2014).

El porcentaje de enfermeras que indica que no realiza tareas por falta de tiempo es menor en el segundo grupo en todos los ítems, mostrando todas ellos diferencias estadísticamente significativas (rango 3,6 a 15,7 %), a excepción de la variable “Registrar adecuadamente los cuidados de enfermería”, que aunque también ha descendido no presenta significación estadística (tabla 17).

Finalmente, en cuanto a las tareas que se realizaron y que no eran propias de cuidados de enfermería, hubo dos variables que mantuvieron la misma distribución de frecuencias: “Proporcionar cuidados que no son de enfermería” y “Contestar al teléfono y realizar tareas administrativas”, manteniéndose como la opción mayoritaria la respuesta “a veces” en el primer caso y “frecuentemente” en el segundo. El resto de variables presentó cambios significativos en la distribución de las frecuencias en que se realizaron: las variables “Repartir o recoger bandejas de comida”, “Tramitar traslados y transportes”, “Trasladar a pacientes dentro del hospital”, “Limpiar habitaciones de pacientes o equipos”, “Conseguir suministros o equipos “ y “Cubrir servicios no propios de enfermería por ser necesarios fuera de su horario laboral” presentaron descensos en la frecuencia en la que se debieron realizar dichas tareas, aumentando en todas ellas la opción “nunca”. Sin embargo la variable “Realizar extracciones sanguíneas de rutina” ha presentado en el segundo grupo un aumento del 7% en la respuesta “Frecuentemente” en detrimento de la respuesta “A veces”, siendo la única variable que ha aumentado de manera sustancial en esa categoría (Tabla 18).

Tabla 17

Distribución de tareas no realizadas por falta de tiempo

Tareas	RN4CAST	SYCE	Diferencia (%)	P**
Vigilancia adecuada del paciente	145 (17,7)	45 (7,1)	-10,6	<0,001
Cuidado de la piel	138 (16,8)	66 (10,4)	-6,4	<0,001
Higiene oral	289 (35,3)	162 (25,5)	-9,8	<0,001
Manejo del dolor	34 (4,2)	4 (0,6)	-3,6	<0,001
Hablar y reconfortar al paciente	274 (33,3)	118 (18,6)	-14,7	<0,001
Educación sanitaria	388 (47,4)	201 (31,7)	-15,7	<0,001
Tratamientos y técnicas	52 (6,3)	7 (1,1)	-5,2	<0,001
Administrar medicación a su hora	95 (11,6)	35 (5,5)	-6,1	<0,001
Preparar al paciente y su familia para el alta	197 (24,1)	125 (19,7)	-4,4	0,047
Registrar adecuadamente los cuidados de enfermería	139 (17,0)	81 (12,8)	-4,2	0,26
Hacer o actualizar planes de cuidados de enfermería	353 (43,1)	219 (34,6)	-8,5	0,001
Planificar el cuidado del paciente	211 (25,8)	98 (15,6)	-10,2	<0,001
Cumplir pauta de cambios posturales frecuentes	120 (14,7)	64 (10,1)	-4,6	0,011

*n(%); **Ji al cuadrado

Tabla 18

Tareas realizadas no propias de cuidados de enfermería

Tareas realizadas	RN4CAST			SYCE			p***
	Nunca	A veces	Frec**	Nunca	A veces	Frec	
Repartir o recoger bandejas de comida	410 (50,9)*	328 (40,7)	67 (8,3)	403 (66,0)	179 (29,3)	29 (4,7)	<0,001
Proporcionar cuidados que no son de enfermería	67 (8,4)	568 (70,8)	167 (20,8)	61 (10,0)	431 (70,8)	117 (11,7)	0,472
Tramitar traslados y transportes	314 (39,2)	359 (44,8)	129 (16,1)	326 (53,8)	182 (30,0)	98 (16,2)	<0,003
Realizar extracciones sanguíneas de rutina	124 (15,4)	263 (32,6)	420 (52,0)	95 (15,6)	154 (25,2)	361 (59,2)	0,008
Trasladar a pacientes dentro del hospital	385 (48,1)	303 (37,9)	112 (14,0)	369 (60,9)	163 (26,9)	74 (12,2)	<0,001
Limpiar habitaciones de pacientes o equipos	566 (70,7)	208 (26,0)	27 (3,4)	505 (83,1)	85 (14,0)	18 (3,0)	<0,003
Cubrir servicios no propios de enfermería por ser necesarios fuera de su horario laboral	551 (69,0)	213 (26,7)	34 (4,3)	513 (84,8)	79 (13,1)	13 (2,1)	<0,001
Conseguir suministros o equipos	201 (25,0)	477 (59,4)	125 (15,6)	199 (32,8)	317 (52,2)	91 (15,0)	0,005
Contestar al teléfono, realizar tareas administrativas	23 (2,9)	196 (24,3)	588 (72,9)	16 (2,6)	153 (24,9)	446 (72,5)	0,935

*% (n); ** Frecuentemente; ***Ji al cuadrado

5.2.3 Calidad percibida de los cuidados y seguridad del paciente

La percepción de la calidad asistencial es significativamente mejor en las enfermeras del segundo grupo: un 12% más de enfermeras consideró buena o excelente la calidad de los cuidados de enfermería que se prestan en su unidad respecto al primer grupo (71,3 vs 83,7) (Tabla 19). Sin embargo se ha doblado el porcentaje de enfermeras que consideran que se han deteriorado los cuidados prestados a los pacientes en su hospital, pasando del 18,7 en el primer grupo al 36,4% en el segundo (Tabla 20).

Las variables relativas a la capacidad de autocuidado del paciente después del alta (opciones mayoritarias: “algo segura” y “segura”) y la actuación de la dirección del hospital para resolver problemas de calidad y seguridad (opciones mayoritarias: “nada segura” y “algo segura”) no han mostrado cambios significativos entre los dos grupos (Tabla 21).

Tabla 19

Calidad de cuidados nivel unidad

Calidad de cuidados unidad	RNCAST n=814				SYCE n=620				p**
	Mala	Aceptable	Buena	Excelente	Mala	Aceptable	Buena	Excelente	
In general, ¿cómo describirías la calidad de los cuidados de enfermería que se prestan habitualmente en tu unidad?	24(2,9)*	210(25,8)	484(59,5)	96(11,8)	34(5,5)	98(15,8)	401(64,7)	118(19,0)	<0,001
	71,3%				83,7%				

n1=RNCAST, n2=SYCE; *n(%); ** Ji al cuadrado

Tabla 20

Calidad de cuidados nivel hospital

Calidad de cuidados hospital	RNCAST n=807				SYCE n=618				p**
	Se ha deteriorado	Se ha mantenido	Se ha mejorado	Ha mejorado	Se ha deteriorado	Se ha mantenido	Se ha mejorado	Ha mejorado	
En el último año ¿cómo describirías la calidad de los cuidados prestados a los pacientes de tu hospital?	151(18,7)*	494(61,2)	162(20,1)	162(20,1)	225(36,4)	304(49,2)	89(14,4)	89(14,4)	<0,001

n1=RNCAST, n2=SYCE; *n(%); ** Ji al cuadrado

Tabla 21

Otros aspectos relacionados con la calidad y seguridad del paciente

Aspectos relacionados	RN4CAST				SYCE				p**
	Nada segura	Algo segura	Segura	Muy segura	Nada segura	Algo segura	Segura	Muy segura	
¿Hasta qué punto estás segura de que tus pacientes puedan manejar su autocuidado después del alta? n1=810; n2=613	83(10,2)*	346(42,7)	347(42,8)	34(4,2)	68(11,1)	259(42,3)	257(41,9)	29(4,7)	0,909
¿Cómo estás de segura de que la dirección del hospital actuará para resolver los problemas de calidad y de seguridad que tú has notificado sobre el cuidado de los pacientes? n1=807; n2=607	313(38,8)	348(43,1)	129(16,0)	17(2,1)	210(34,6)	283(46,6)	106(17,5)	8(1,3)	0,234

n1=RN4CAST, n2=SYCE; *n(%); ** Ji al cuadrado

La seguridad del paciente percibida por las enfermeras (Tabla 22) presenta diferencias significativas entre los dos grupos en los 5 aspectos valorados, aunque en diferente dirección. Ha aumentado de forma significativa el porcentaje de enfermeras que tiene la percepción de pérdida de información relativa a los pacientes cuando se trasladan a otra unidad, pasando de ser un 37,9% a un 45,2% las que dicen estar de acuerdo o muy de acuerdo con esta afirmación. Sin embargo, un 7% más de enfermeras en el segundo grupo manifiestan estar en desacuerdo ante la afirmación de pérdida de información durante los cambios de turno, siendo también significativa esta diferencia entre los dos grupos. Se percibe mejora en la actitud institucional en relación a la seguridad del paciente, con incrementos superiores al 8% en las tres variables relacionadas con este concepto: “En esta unidad planteamos la manera de prevenir que los errores se repitan” (60,1 vs 72,3), “Se nos informa de los cambios que se han implantado, basados en la notificación de efectos adversos” (44,3 vs 52,9) y “Las acciones de la dirección hacen evidente que la seguridad de los pacientes es una de las principales prioridades” (31,3 vs 40,2).

La valoración global de la unidad en relación a seguridad del paciente también ha obtenido puntuaciones significativamente mejores en el segundo grupo, pasando de ser considerada muy buena o excelente en un 47,7% de los casos en el primer grupo a un 62,7% en el segundo (Tabla 23).

En relación a la aparición de efectos adversos (Tabla 24), los resultados del segundo grupo muestran cifras significativamente menores en dos apartados: “Úlceras por presión tras el ingreso” ($p=0,049$) y “Caídas de pacientes que resultan en lesiones” ($p<0,001$), pasando de suponer un 3,7% en el primer grupo a un 1,7% en el segundo el porcentaje de enfermeras que afirman que se dan alguna vez a la semana o más la aparición de úlceras por presión tras el ingreso, y respecto a las caídas de los pacientes que resultan en lesiones, han pasado de suponer un 1,2 % en el primer grupo a un 0,2 % en el segundo el porcentaje de enfermeras que afirman que se da alguna vez a la semana o más este acontecimiento.

El resto de efectos adversos contemplados no ha mostrado cambios entre los dos grupos.

Tabla 22

Percepción de seguridad en la provisión de cuidados

Variable	RMHCAST			SYCE			P**
	Muy en desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy en desacuerdo	Indiferente	Muy de acuerdo	
Durante los cambios de turno se pierde información relevante sobre el cuidado del paciente n1=808; n2=607	96(11,9)* 54%	348(43,1)	229(28,3)	80(13,2) 61,1%	291(47,9)	26(4,3)	<0,001
Durante el traslado de pacientes a otras unidades se pierde información n1=811; n2=612	55(6,8)	336(41,4)	273(33,7) 37,9%	44(7,2)	251(41,0)	29(4,7) 45,2%	<0,001
En esta unidad planteamos la manera de prevenir que los errores se repitan n1=812; n2=612	32(3,9)	139(17,1)	376(46,3) 60,1%	18(2,9)	80(13,1)	94(15,4) 72,3%	<0,001
Se nos informa de los cambios que se han implantado, basados en la notificación de efectos adversos n1=807; n2=609	62(7,7)	205(25,4)	303(37,5) 44,3%	37(6,1)	133(21,8)	50(8,2) 52,9%	0,037
Las acciones de la dirección hacen evidente que la seguridad de los pacientes es una de las principales prioridades n1=808; n2=612	96(11,9)	238(29,5)	198(24,5) 31,3%	57(9,3)	166(27,1)	52(8,5) 40,2%	0,012

n1=RMHCAST, n2=SYCE; *n(%), ** Ji al cuadrado

Tabla 23

Percepción global de seguridad en la provisión de cuidados, nivel unidad

Seguridad del paciente en la unidad	RNACAST n=814				SYCE n=619				p**	
	Deficiente	Mala	Aceptable	Muy buena	Deficiente	Mala	Aceptable	Muy buena		
¿Qué valoración global darías a tu unidad en relación a la seguridad del paciente?	12(1,5)*	30(3,7)	384(47,2)	342(42,0)	46(5,7)	8(1,3)	219(35,4)	330(53,3)	58(9,4)	<0,001
				47,7%				62,7%		

*n(%); ** Ji al cuadrado

Tabla 24
Percepción de seguridad hacia el paciente: incidentes adversos

Incidente	RN4CAST					SYCE					p**				
	Nunca	Algunas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces a la semana	Todos los días	Nunca	Algunas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces a la semana	Todos los días					
Administración de medicación errónea, a una hora errónea o en una dosis errónea n1=811, n2=600	134(16,5)	486(59,9)	103(12,7)	45(5,5)	21(2,6)	16(2,0)	6(0,7)	123(20,5)	367(61,2)	55(9,2)	37(6,2)	10(1,7)	5(0,8)	3(0,5)	0,066
Úlceras por presión tras el ingreso n1=814, n2=604	84(10,3)	478(58,7)	130(16,0)	92(11,3)	13(1,6)	14(1,7)	3(0,4)	93(15,4)	342(56,6)	4(0,7)	65(10,8)	4(0,7)	5(0,8)	1(0,2)	0,049
Caidas de pacientes que resultan en lesiones n1=814; n2=612	159(19,5)	540(66,3)	76(9,3)	29(3,6)	7(0,9)	2(0,2)	1(0,1)	187(30,6)	374(61,1)	0(0,0)	10(1,6)	0(0,0)	1(0,2)	0(0,0)	<0,001
Infección nosocomial: Infección del tracto urinario n1=802; n2=595	46(5,7)	367(45,8)	186(23,2)	149(18,6)	35(4,4)	17(2,1)	2(0,2)	47(7,9)	277(46,6)	25(4,2)	106(17,8)	25(4,2)	12(2,0)	1(0,2)	0,781
Infección nosocomial: Neumonía n1=788; n2=598	93(11,8)	412(52,3)	151(19,2)	101(12,8)	15(1,9)	15(1,9)	1(0,1)	90(15,2)	265(44,6)	17(2,9)	90(15,2)	17(2,9)	13(2,2)	0(0,0)	0,100
Infección nosocomial: infección/sepsis por catéter vascular n1=796; n2=598	56(7,0)	353(44,3)	193(24,2)	147(18,5)	30(3,8)	14(1,8)	3(0,4)	63(10,5)	240(40,1)	30(5,0)	114(19,1)	30(5,0)	14(2,3)	1(0,2)	0,171

n1=RN4CAST, n2=SYCE, *n(%) **Ji al cuadrado

5.2.4 Satisfacción laboral

En los datos recogidos en el segundo estudio, el porcentaje de enfermeras moderadamente o muy satisfechas es significativamente mayor en cuatro de los ítems valorados: Grado de satisfacción con el trabajo actual, Autonomía en el trabajo, Status profesional y vacaciones. Así, el porcentaje de enfermeras que están muy satisfechas con su trabajo actual ha aumentado más del doble (8,2 vs 19,5), casi se ha triplicado el porcentaje de enfermeras que se muestran muy satisfechas con su grado de autonomía en el trabajo (5,9 vs 15,4) pasando a ser este ítem el mejor valorado en el segundo grupo, un 60% de enfermeras en 2014 frente a un 47% de enfermeras en 2009 se muestran moderadamente o muy satisfechas con su status profesional, y en cuanto a las vacaciones, ha aumentado casi 8 puntos el porcentaje de enfermeras que se muestran moderadamente o muy satisfechas, suponiendo esta categoría en el segundo grupo un 63%, mientras que en el primer grupo fue de un 55,4%.

También se muestran diferencias significativas pero de signo contrario cuando se agrupan las categorías “Moderadamente satisfecho” y “Muy satisfecho” en dos de los ítems estudiados: permiso por estudios (45,1 vs 32,7) y derecho a bajas por enfermedad (71,7 vs 35,2). Este último ítem ha pasado de ser el más valorado en el primer grupo a ser el penúltimo en el segundo.

No se han observado diferencias en la evaluación subjetiva del entorno laboral, flexibilidad horaria, oportunidades de formación, salario y oportunidades de desarrollo laboral, aunque hay que destacar que estos dos últimos ítems son los clasificados como los más insatisfactorios en los dos grupos (junto con el permiso por estudios en el segundo grupo) (Tabla 25).

Tabla 25
Satisfacción laboral

Variables de satisfacción laboral	RN4CAST				SYCE				p**
	Muy insatisfecho	Algo insatisfecho	Moderadamente satisfecho	Muy satisfecho	Muy insatisfecho	Algo insatisfecho	Moderadamente satisfecho	Muy satisfecho	
Grado de satisfacción con el trabajo actual n1=808, n2=620	58(7,2)*	205(25,4)	479(59,3)	66(8,2)	32(5,2)	115(18,5)	352(56,8)	121(19,5)	<0,001
			68,1%	76,3%					
Evaluación subjetiva del entorno laboral n1=810, n2=622	61(7,5)	299(36,9)	399(49,3)	51(6,3)	33(5,3)	246(39,5)	307(49,4)	36(5,8)	0,328
Flexibilidad horaria n1=813, n2=612	136(16,7)	277(34,1)	334(41,1)	66(8,1)	119(19,4)	181(29,6)	245(40,0)	67(10,9)	0,081
Oportunidades de desarrollo profesional n1=809, n2=613	185(22,9)	365(45,1)	235(29,0)	24(3,0)	152(24,8)	257(41,9)	176(28,7)	28(4,6)	0,282
	68%			66,7%					
Autonomía en el trabajo n1=814, n2=617	80(9,8)	300(36,9)	386(47,4)	48(5,9)	35(5,7)	160(25,9)	327(53,0)	95(15,4)	<0,001
			53,3%	68,4%					
Status profesional n1=812, n2=615	154(19,0)	276(34,0)	339(41,7)	43(5,3)	54(8,8)	192(31,2)	302(49,1)	67(10,9)	<0,001
			47%	60%					
Salario n1=814, n2=614	219(26,9)	319(39,2)	253(31,1)	23(2,8)	201(32,7)	223(36,3)	170(27,7)	20(3,3)	0,094
	66,1%			69,0%					
Oportunidades de formación n1=813, n2=614	110(13,5)	330(40,6)	323(39,7)	50(6,2)	98(16,0)	247(40,2)	225(36,6)	44(7,2)	0,416
Vacaciones n1=811, n2=611	109(13,4)	252(31,1)	354(43,6)	96(11,8)	69(11,3)	157(25,7)	291(47,6)	94(15,4)	0,026
			55,4%	63%					
Derecho a bajas por enfermedad n1=804, n2=603	74(9,2)	153(19,0)	383(47,6)	194(24,1)	234(38,8)	157(26,0)	173(28,7)	39(6,5)	<0,001
			71,7%	35,2%					
Permiso por estudios n1=787, n2=597	156(19,6)	281(35,3)	304(38,1)	56(7,0)	189(31,7)	213(35,7)	160(26,8)	35(5,9)	<0,001
			45,1%	32,7%					

n1=RN4CAST, n2=SYCE; *(N); **JI al cuadrado

Al analizar los factores personales en la valoración de la satisfacción con el trabajo actual se observa que la media de edad entre las diferentes categorías es significativamente diferente en los dos grupos estudiados, siendo las categorías “Muy insatisfecho” y “Algo insatisfecho” las que presentan medias de edad mayores, y siendo también la categoría “Muy satisfecho” la que presenta en los dos grupos la media de edad más baja. La edad media de todas las categorías es mayor en el segundo grupo, y la media de edad en la categoría predominante en los dos grupos (“Moderadamente satisfecho”) fue 36,67 años en el primer grupo y 41,46 años en el segundo (Tabla 26).

Tabla 26

Distribución de la satisfacción con el trabajo actual en función de la edad

	RN4CAST			SYCE		
	n	Edad media (DE)	IC 95%	n	Edad media (DE)	IC 95%
Muy insatisfecho	58	39,34 (9,1)	36,95-41,74	32	42,81 (10,4)	39,07-46,55
Algo insatisfecho	194	39,40 (9,6)	38,03-40,78	106	42,31 (10,0)	40,38-44,24
Moderadamente satisfecho	466	36,67 (9,2)	35,83-37,50	344	41,46 (9,4)	40,46-42,46
Muy satisfecho	66	34,61 (10,6)	32,00-37,21	114	37,92 (10,9)	35,90-39,95
p*		<0,001			0,002	

* ANOVA

No se han encontrado diferencias significativas entre las horas de formación realizadas los últimos 24 meses y el grado de satisfacción en ninguno de los dos grupos estudiados (Tabla 27).

Tabla 27
Distribución de la satisfacción con el trabajo actual en función de las horas de formación

Horas de formación	RINCAST				SYCE			
	Muy insatisfecho/a	Algo insatisfecho/a	Moderadamente satisfecho/a	Muy satisfecho/a	Muy insatisfecho/a	Algo insatisfecho/a	Moderadamente satisfecho/a	Muy satisfecho/a
Menos de 50 horas	22 (7,6)	79 (27,3)	162 (56,1)	26 (9,0)	12 (8,1)	26 (17,6)	24 (58,1)	148 (16,2)
Entre 51 y 120 horas	13 (6,2)	58 (27,5)	118 (55,9)	22 (10,4)	11 (6,7)	36 (22,0)	30 (53,0)	164 (18,3)
Entre 121 y 300 horas	13 (9,8)	29 (22,0)	85 (64,4)	5 (3,8)	5 (4,6)	18 (16,5)	19 (61,5)	109 (17,4)
Más de 300 horas	10 (6,5)	30 (19,5)	104 (67,5)	10 (6,5)	1 (0,8)	78 (18,0)	30 (58,6)	133 (22,6)
p**			0,133				0,208	

*n (%), ** Ji al cuadrado

Finalmente, al analizar la variable “Grado de satisfacción con el trabajo actual” desglosada por unidades (Tabla 28) se aprecian cambios significativos entre los dos proyectos en las unidades médicas y en las unidades de cuidados críticos, siendo más las enfermeras que en ambos casos afirman estar muy satisfechas. Se mantiene en los dos proyectos la categoría “Moderadamente satisfecho” como la más elegida en todas las unidades de hospitalización estudiadas. Las unidades de cuidados críticos en el segundo proyecto son las que han reportado cifras más elevadas en la categoría “Muy satisfecho” (24,7%). Al juntar las categorías “Moderadamente satisfecho” y “Muy satisfecho”, se obtiene un 64% en el primer grupo y un 75,1% en el segundo en las unidades médicas, 69,9% y 76,8% en las unidades quirúrgicas, y 70,1% y 77,6% en las unidades de cuidados críticos.

Tabla 28

Grado de satisfacción con el trabajo actual según unidades de hospitalización

Grado de satisfacción con el trabajo actual	Unidades médicas		Unidades quirúrgicas		Unidades cuidados críticos	
	RN4CAST n=340	SYCE n=193	RN4CAST n=348	SYCE n=149	RN4CAST n=131	SYCE n=134
Muy insatisfecho	27 (8,0)*	14 (5,4)	18 (5,3)	9 (4,9)	13 (10,2)	9 (5,2)
Algo insatisfecho	95 (28,0)	51 (19,5)	85 (24,9)	34 (18,4)	25 (19,7)	30 (17,2)
Moderadamente satisfecho	191 (56,3)	145 (55,6)	209 (61,1)	115 (62,2)	79 (62,2)	92 (52,9)
Muy satisfecho	26 (7,7)	51 (19,5)	30 (8,8)	27 (14,6)	10 (7,9)	43 (24,7)
p**	(<0,001)		0,109		(<0,001)	

*n (%); ** Ji al cuadrado

5.2.5 Entorno laboral

Tres factores medidos en base al PES-NWI (Tabla 29) presentaron puntuaciones medias más altas en el grupo 2012-2014: “Adecuación de recursos y personal” (2,13 vs 2,53), “Relaciones laborales enfermera-médico” (2,29 vs 2,49) y “Fundamentos enfermeros para unos cuidados de calidad” (2,50 vs 2,58). Sin embargo, la dimensión “Participación de la enfermería en cuestiones del hospital” presentó una puntuación media más baja (2,09 vs 2,05), mientras que la dimensión “Habilidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de sus responsables” no presentó cambios significativos. En términos generales, se ha pasado de dos factores con puntuación igual o superior a 2,5 en el primer grupo a tres en el segundo.

Tabla 29

Puntuación global de los factores del entorno laboral según el PES-NWI

PES-NWI Factor	RN4CAST**	SYCE	p***
Adecuación de recursos y personal n1=817/2*; n2=588/47	2.13 (0.622)	2.53 (0.689)	<0,001
Relaciones laborales enfermera-médico n1=817/2; n2=604/31	2.29 (0.641)	2.49 (0.663)	<0,001
Habilidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de sus responsables n1=817/2; n2=586/49	2.54 (0.697)	2.54 (0.714)	0.681
Fundamentos enfermeros para unos cuidados de calidad n1=817/2; n2=563/72	2.50 (0.545)	2.58 (0.547)	0.020
Participación de la enfermería en cuestiones del hospital n1=817/2; n2=552/83	2.09 (0.491)	2.05 (0.519)	0.048

n₁=RN4CAST, n₂=SYCE

*válidos/perdidos; ** Media global (DE); ***U de Mann-Whitney

Al analizar las mismas variables pero desglosando por unidades (Tabla 30), sólo las unidades médicas presentaron en el segundo grupo valores significativamente más altos en los mismos factores que en el análisis global. En las unidades de cuidados críticos sólo se observaron valores significativamente más altos en el factor “Adecuación de recursos y personal” (2,35 vs 2,75), aunque al igual que en el análisis global, en estas unidades se observaron valores significativamente menores en el factor “Participación de la enfermería en cuestiones del hospital” (2,09 vs 1,98). En las unidades quirúrgicas se observaron diferencias

estadísticamente significativas entre los dos grupos en los factores “Adecuación de recursos y personal” (2,10 vs 2,51) y “Relaciones laborales enfermera-médico” (2,26 vs 2,46). Tanto en las unidades médicas como en las unidades quirúrgicas han pasado de presentar dos factores con una puntuación igual o superior a 2,5 en el primer grupo a tres en el segundo, mientras que en las unidades de cuidados críticos se ha pasado de no haber ningún factor con una puntuación igual o superior a 2,5 en el primer grupo a uno en el segundo.

Tabla 30

Factores del entorno laboral según el PES-NWI y tipo de unidad

Factor PES-NWI	Unidad es médicas		Unidades quirúrgicas		Unidades cuidados críticos	
	RN4CAST	SYCE	RN4CAST	SYCE	RN4CAST	SYCE
Adecuación de recursos y personal	2,08 (0,600) ** n1=340/0*	2,40 (0,680) n2=249/18	2,10 (0,625) n1=348/0	2,51 (0,673) n2=176/16	2,35 (0,629) n1=129/2	2,75 (0,670) n2=163/13
p***	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Relaciones laborales enfermera-médico	2,31 (0,643) n1=340/0	2,52 (0,688) n2=255/12	2,26 (0,640) n1=348/0	2,46 (0,652) n2=180/12	2,34 (0,635) n1=129/2	2,48 (0,638) n2=169/7
p***	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,114	
Habilidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de sus responsables	2,52 (0,665) n1=340/0	2,57 (0,711) n2=245/22	2,62 (0,704) n1=348/0	2,59 (0,742) n2=177/15	2,41 (0,739) n1=129/2	2,44 (0,681) n2=164/12
p***	0,363	0,517	0,811			
Fundamentos enfermeros para unos cuidados de calidad	2,50 (0,512) n1=340/0	2,64 (0,525) n2=229/38	2,54 (0,572) n1=348/0	2,62 (0,570) 172/20	2,41 (0,548) n1=129/2	2,44 (0,530) n2=162/14
p***	<0,001	0,221	0,894			
Participación de la enfermería en cuestiones del hospital	2,12 (0,477) n1=340/0	2,06 (0,503) n2=230/37	2,07 (0,510) n1=340/0	2,08 (0,531) n2=170/22	2,09 (0,476) n1=129/2	1,98 (528) n2=152/24
p***	0,195	0,835	0,014			

n1=RN4CAST, n2=SYCE ; *diferencia estadística; ** Medida global (DE); ***U de Mann-Whitney

En cuanto a la clasificación de los hospitales según el PES-NWI, los resultados fueron significativamente mejores en el segundo grupo, siendo casi un 10% menor el porcentaje de enfermeras que clasifica su hospital como “desfavorable” (Tabla 31).

Tabla 31

Clasificación de los hospitales según PES-NWI

Clasificación de los hospitales según PES-NWI	RN4CAST (n=819)	SYCE (n=476)	P**
Hospital desfavorable	401 (49,0) *	186 (39,1)	0,001
Hospital mixto	304 (37,1)	195 (41,0)	
Hospital favorable	114 (13,9)	95 (20,0)	

*n(%); **Ji al cuadrado

Cuando se analiza esta variable desglosando por tipo de unidad, se observa que en el segundo proyecto tanto en las unidades quirúrgicas como las unidades médicas muestran mejores resultados con significación estadística, aumentando un 7 y un 10% respectivamente el número de enfermeras que en base a los parámetros del PES-NWI han clasificado su hospital como favorable. Sin embargo en las unidades de críticos son un 3% menos las enfermeras que han clasificado como favorable a su hospital, aunque no se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en la distribución de la clasificación de los hospitales (Tabla 32).

Al analizar el factor edad en la valoración del entorno, se ha encontrado asociación negativa en los dos grupos, siendo peor la valoración del entorno a medida que aumenta la media de edad (Tabla 33). Sin embargo el factor formación no ha mostrado asociación en ninguno de los dos grupos estudiados, es decir: no se observan diferencias en la valoración del entorno cuando se comparan grupos según las horas de formación realizada los últimos 24 meses (Tabla 34).

Tabla 32

Clasificación de los hospitales según PES-NWI: desglose por tipo de unidad

Clasificación de los hospitales según PES-NWI	Unidades médicas		Unidades quirúrgicas		Unidades cuidados críticos	
	RN4CAST	SYCE	RN4CAST	SYCE	RN4CAST	SYCE
	n=340	n=193	n=348	n=149	n=131	n=134
Hospital desfavorable	166 (48,8)	78 (40,4)	170 (48,9)	50 (33,6)	65 (49,6)	58 (43,3)
Hospital mixto	126 (37,1)	73 (37,8)	135 (38,8)	65 (43,6)	43 (32,8)	57 (42,5)
Hospital favorable	48 (14,1)	42 (21,8)	43 (12,4)	34 (22,8)	23 (17,6)	19 (14,2)
p	0,045		0,001		0,259	

*n(%); **Ji al cuadrado

Tabla 33

Distribución de la valoración del entorno en función de la edad

	RN4CAST			SYCE		
	n	Edad media (DE)	IC 95%	n	Edad media (DE)	IC 95%
Malo	57	40,30 (8,8)	37,9-42,6	33	42,21 (9,6)	38,8-45,6
Aceptable	289	38,55 (9,5)	37,5-39,6	237	43,15 (9,5)	41,9-44,4
Bueno	389	36,17 (9,5)	35,2-37,1	293	39,96 (10,1)	38,8-41,1
Excelente	51	36,59 (9,7)	33,9-39,3	34	35,35 (9,9)	31,9-38,8
p*	0,001			<0,001		

*ANOVA

Tabla 34

Distribución de la valoración del entorno en función de las horas de formación

Horas de formación	RINACAST				SYCE			
	Malo	Aceptable	Bueno	Excelente	Malo	Aceptable	Bueno	Excelente
Menos de 50 horas	24 (8,3)*	111 (38,4)	136 (47,1)	18 (6,2)	7 (4,7)	69 (46,6)	64 (43,2)	8 (5,4)
Entre 51 y 120 horas	10 (4,7)	78 (36,8)	114 (53,8)	10 (4,7)	15 (9,1)	59 (35,8)	83 (50,3)	8 (4,8)
Entre 121 y 300 horas	14 (10,6)	54 (40,9)	60 (45,5)	4 (3,0)	5 (4,5)	44 (40,0)	55 (50,0)	6 (5,5)
Más de 300 horas	13 (8,4)	47 (30,5)	77 (50,0)	17 (11,0)	2 (1,5)	50 (37,6)	73 (54,9)	8 (6,0)
p**								0,156

*n(%); **Ji al cuadrado

La seguridad percibida en el entorno de trabajo por parte de las enfermeras muestra mejores resultados en el segundo grupo, ya que la percepción acerca del número de quejas, agresiones verbales y agresiones físicas por parte de pacientes o familiares, así como agresiones físicas por parte del personal presentan cifras significativamente menores. Las agresiones verbales por parte del personal y las lesiones físicas padecidas por enfermeras relacionadas con el trabajo no presentan cambios en la distribución de frecuencias entre los dos grupos (tabla 35).

Tabla 35

Percepción de seguridad: incidentes hacia el personal

Incidente	RN4CAST(2009-2010)					SYCE(2013-2014)					p**	
	Nunca	Algunas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces a la semana	Todos los días	Nunca	Algunas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces a la semana	Todos los días		
Quejas de pacientes o de sus familiares (n ₁ =742, n ₂ =600)	36 (4,9)*	278 (37,5)	135 (18,2)	147(19,8) 47(6,3)	63(8,5) 36(4,9)	28 (4,7)	306 (51,0)	107 (17,8)	88(14,7) 22(3,7)	31(5,2) 18(3,0)	<0,003	
				39,5%					26,6%			
Agresiones verbales por parte de pacientes o sus familiares (n ₁ =810, n ₂ =617)	62 (7,7)	331 (40,9)	148 (18,3)	151(18,6) 47(5,8)	56(6,9) 15(1,9)	69 (11,2)	294 (47,6)	103 (16,7)	89(14,4) 23(3,7)	34(5,5) 5(0,8)	0,003	
				33,2%					24,4%			
Agresiones verbales por parte del personal (n ₁ =805, n ₂ =611)	305 (37,9)	366 (45,5)	70 (8,7)	42 (5,2)	16 (2,0)	5 (0,6)	232 (38,0)	44 (7,2)	26 (4,3)	9 (1,5)	1 (0,2)	0,820
agresiones físicas por parte de pacientes o sus familiares (n ₁ =807, n ₂ =613)	368 (45,6)	349 (43,2)	54 (6,7)	27(3,3) 2(0,2)	7(0,9) 0(0,0)	380 (62,0)	203 (33,1)	18 (2,9)	8(1,3) 2(0,3)	2(0,3) 0(0,0)	<0,003	
				4,4%					1,9%			
agresiones físicas por parte del personal (n ₁ =806, n ₂ =613)	653 (81,0)	121 (15,0)	23 (2,9)	7(0,9) 1(0,1)	1(0,1) 0(0,0)	563 (91,8)	49 (8)	1 (0,2)	0(0,0) 0(0,0)	0(0,0) 0(0,0)	<0,003	
				1,1%					0,0%			
Lesiones físicas padecidas por enfermeras relacionadas con el trabajo (n ₁ =800, n ₂ =613)	207 (25,9)	392 (49,0)	94 (11,8)	64 (8,0)	14 (1,8)	19 (2,4)	133 (21,7)	69 (11,3)	49 (8,0)	8 (1,3)	0,543	

n₁=RN4CAST, n₂=SYCE; *n(%); ** J al cuadrado

5.2.6 Nivel de burnout

Tanto a nivel global como por subescalas el burnout manifestado por las enfermeras muestra una reducción estadísticamente significativa en el grupo de 2014.

El porcentaje de enfermeras con bajo burnout global es mayor en el segundo grupo (47,4% vs 58,3%), mientras que el porcentaje de enfermeras con alto burnout global es más bajo (23,6% vs 15,4%). Este cambio en la distribución es estadísticamente significativo (Tabla 36).

Tabla 36

Burnout general

Burnout general	RN4CAST	SYCE	P**
Burnot general bajo (dos o más subescalas con puntuaciones bajas)	352 (47,4)*	326 (58,3)	
Burnot general medio (dos o más subescalas con puntuaciones medias o una clasificación diferente en cada subescala)	215 (29,0)	147 (26,3)	0,001
Burnot general alto (dos o más subescalas con puntuaciones altas)	175 (23,6)	86 (15,4)	

* n (%); ** Ji al cuadrado

En cuanto al desglose por subescalas, la correspondiente a la realización personal es la que ha mostrado mayores cambios entre los dos grupos estudiados, con unos resultados de bajo burnout en un 19,3 % más de enfermeras en el segundo grupo (27,1 vs 46,4) y de alto burnout en un 19,7% menos. Esto último supone que en el primer grupo el porcentaje mayoritario de enfermeras (44,7%) mostraba un alto burnout en esta subescala, mientras que en el segundo grupo este porcentaje fue del 25%, quedando la clasificación de burnout bajo como la mayoritaria con un 46,4 % de las enfermeras encuestadas (Tabla 37).

Tabla 37

Subescalas de burnout

Escalas de Burnout	Agotamiento emocional		Realización personal		Despersonalización	
	RN4CAST	SYCE	RN4CAST	SYCE	RN4CAST	SYCE
Burnout bajo	411 (52,2)*	344 (57,2)	208 (27,1)	274 (46,4)	430 (53,9)	388 (64,8)
Burnout medio	176 (22,4)	150 (25)	216 (28,2)	169 (28,6)	175 (21,9)	101 (16,9)
Burnout alto	200 (25,4)	107 (17,8)	343 (44,7)	148 (25)	193 (24,2)	110 (18,4)
p**		0,003		<0,001		<0,001

* n (%); ** Ji al cuadrado

El desglose por tipo de Unidad ha mostrado comportamientos distintos en la valoración del burnout global (tabla 38): la valoración del burnout global en las unidades médicas se ha mantenido sin cambios en los dos grupos, mientras que el porcentaje de enfermeras con nivel bajo de burnout es significativamente mayor en el segundo grupo tanto en unidades quirúrgicas (46,4 vs 59,9) como en unidades de cuidados críticos (40,5 vs 56,4).

Tabla 38

Valoración del burnout global por tipo de unidad

Escala de Burnout	Unidades médicas		Unidades quirúrgicas		Unidades cuidados críticos	
	RN4CAST	SYCE	RN4CAST	SYCE	RN4CAST	SYCE
Burnout bajo	158 (51,1)	138 (58,5)	147 (46,4)	100 (59,9)	47 (40,5)	88 (56,4)
Burnout medio	74 (23,9)	57 (24,2)	103 (32,5)	44 (26,3)	38 (32,8)	46 (29,5)
Burnout alto	77 (24,9)	41 (17,4)	67 (21,1)	23 (13,8)	31 (26,7)	22 (14,1)
p**	0,088		0,015		0,011	

* n (%); ** Ji al cuadrado

En cuanto a las diferentes subescalas contempladas en la medida del burnout global (Tabla 39), la dimensión “Agotamiento emocional” ha mantenido la misma distribución en las unidades médicas y de cuidados críticos, con una mayoría de enfermeras que manifiestan tener un nivel bajo de burnout. Sin embargo en las unidades quirúrgicas ha habido cambios en la distribución de frecuencias, con una importante variación en el porcentaje de enfermeras que manifestaron tener niveles altos, pasando de suponer un 27,6% en el primer grupo a un 17,6% en el segundo.

La dimensión “Realización personal” muestra diferencias significativas en la distribución de frecuencias en los tres tipos de unidades ($p < 0,001$), pasando a ser el burnout bajo la opción mayoritaria en segundo grupo respecto a la opción burnout alto que fue mayoritaria en el primero.

En cuanto a la dimensión “Despersonalización”, tanto las unidades quirúrgicas como las unidades médicas han mostrado diferencias significativas entre los dos grupos, aunque se mantiene en los tres tipos de unidades la opción “burnout bajo” como la mayoritaria.

Tabla 39

Valoración de escalas de burnout por tipo de unidad

Subescalas de Burnout, UNIDADES MÉDICAS						
Escalas de Burnout	Agotamiento emocional		Despersonalización		Realización personal	
	RN4CAST	SYCE	RN4CAST	SYCE	RN4CAST	SYCE
Burnout bajo	175 (52,7)*	145 (57,1)	182 (55,5)	167 (65,5)	77 (24,0)	111 (45,3)
Burnout medio	75 (22,6)	61 (24,0)	57 (17,4)	37 (14,5)	81 (25,2)	69 (28,2)
Burnout alto	82 (24,7)	48 (18,9)	89 (27,1)	51 (20,0)	163 (50,8)	65 (26,5)
p**	0,245		0,046		<0,001	

Subescalas de Burnout, UNIDADES QUIRÚRGICAS						
Escalas de Burnout	Agotamiento emocional		Despersonalización		Realización personal	
	RN4CAST	SYCE	RN4CAST	SYCE	RN4CAST	SYCE
Burnout bajo	167 (50,2)	95 (52,2)	181 (52,9)	119 (67,2)	106 (32,6)	93 (51,7)
Burnout medio	74 (22,2)	55 (30,2)	84 (24,6)	34 (19,2)	100 (30,8)	48 (26,7)
Burnout alto	92 (27,6)	32 (17,6)	77 (22,5)	24 (13,6)	119 (36,6)	39 (21,7)
p**	0,018		0,005		<0,001	

Subescalas de Burnout, UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS						
Escalas de Burnout	Agotamiento emocional		Despersonalización		Realización personal	
	RN4CAST	SYCE	RN4CAST	SYCE	RN4CAST	SYCE
Burnout bajo	69 (56,6)	104 (63,0)	67 (52,3)	102 (61,1)	25 (20,7)	70 (42,2)
Burnout medio	27 (22,1)	34 (20,6)	34 (26,6)	30 (18,0)	35 (28,9)	52 (31,3)
Burnout alto	26 (21,3)	27 (16,4)	27 (21,1)	35 (21,0)	61 (50,4)	44 (26,5)
p**	0,474		0,180		<0,001	

* % (n); ** Ji al cuadrado

5.3 Resultados del análisis multivariante

Para conocer la relación existente en los dos grupos entre las diferentes variables estudiadas se ha procedido a realizar una regresión logística binaria.

5.3.1 Variables sociodemográficas y de satisfacción laboral

El análisis incluye las variables sociodemográficas “Edad” y “Formación” así como las variables contempladas en la medida de la satisfacción laboral, en relación a la satisfacción con el trabajo actual, la evaluación del entorno laboral y el burnout.

- **Satisfacción con el trabajo actual** (Tabla 40): Tanto en el primer grupo como en el segundo se aprecian relaciones significativas con el grado de satisfacción con el trabajo actual en las variables “Autonomía en el trabajo” (OR=1,529 y OR=1,562 respectivamente) y “Status profesional” (OR=1,648 y OR=1,758 respectivamente). Hay dos factores significativos en el primer grupo que dejan de serlo en el segundo: “Flexibilidad horaria” (OR=1,419) y “Oportunidades de desarrollo profesional” (OR=1,559). El signo de todas estas relaciones indica que a mayor satisfacción mostrada en estas variables, mayor es la probabilidad de sentirse satisfecho con el trabajo actual.

Tabla 40

Variables sociodemográficas y de satisfacción laboral en relación a la satisfacción con el trabajo actual

Variables vs satisfacción	RN4CAST				SYCE			
	B	Exp (B) **	IC***	Sig *	B	Exp (B) **	IC***	Sig *
Edad	-0,015	0,985	0,966-1,005	0,146	0,001	1,001	0,976-1,027	0,936
Horas de formación	0,142	1,153	0,982-1,354	0,082	0,180	1,197	0,964-1,487	0,104
Flexibilidad de horarios	0,350	1,419	1,105-1,822	0,006	0,152	1,165	0,871-1,557	0,303
Oportunidades de desarrollo profesional	0,444	1,559	1,152-2,110	0,004	0,337	1,401	0,938-2,090	0,099
Autonomía en el trabajo	0,425	1,529	1,129-2,073	0,006	0,446	1,562	1,076-2,268	0,019
Status profesional	0,500	1,648	1,248-2,176	<0,001	0,564	1,758	1,236-2,501	0,002
Salario	0,079	1,082	0,834-1,405	0,553	-0,036	0,964	0,707-1,315	0,818
Oportunidades de formación	0,180	1,197	0,913-1,571	0,194	0,259	1,295	0,921-1,821	0,137
Vacaciones	0,101	1,106	0,865-1,414	0,423	0,163	1,177	0,883-1,568	0,266
Derecho a bajas por enfermedad	-0,070	0,933	0,725-1,200	0,587	0,160	1,173	0,875-1,573	0,285
Permiso por estudios	0,187	1,205	0,938	0,144	0,148	1,159	0,840-1,599	0,368

* significación; **Factor de exposición (OR ajustada); ***intervalo de confianza 95%

- **Evaluación del entorno laboral** (Tabla 41): tan solo la variable “Autonomía en el trabajo” muestra una relación significativa con el entorno laboral en los dos grupos (OR=1,816 y 1,636 respectivamente). Las variables “Flexibilidad de horarios” y “Oportunidades de desarrollo profesional” muestran relación significativa en el primer grupo (OR=1,435 y 1,779 respectivamente), y dejan de serlo en el segundo. Las variables “Edad” y “Status profesional”, que no mostraban relación significativa en el primer grupo, sí que la presentan en el segundo (OR=0,971 y 1,502 respectivamente). Todas estas relaciones, a excepción de la edad, indican que a mayor satisfacción con estas variables, mejor es la valoración del entorno laboral. Sin embargo en el caso de la edad la relación es de signo contrario, de forma que por cada año de edad que se añade, se reduce casi en un 3% la probabilidad de valorar como favorable el entorno laboral.

Tabla 41

Variables sociodemográficas y de satisfacción laboral en relación al entorno laboral

Variables vs entorno	RN4CAST				SYCE			
	B	Exp (B) **	IC***	Sig *	B	Exp (B) **	IC***	Sig *
Edad	-0,013	0,987	0,969-1,006	0,173	-0,030	0,971	0,949-0,992	0,008
Horas de formación	0,031	1,032	0,890-1,196	0,678	0,111	1,118	0,929-1,345	0,239
Flexibilidad de horarios	0,361	1,435	1,138-1,809	0,002	0,248	1,281	0,999-1,643	0,051
Oportunidades de desarrollo profesional	0,576	1,779	1,349-2,348	<0,001	0,254	1,289	0,932-1,782	0,125
Autonomía en el trabajo	0,597	1,816	1,359-2,427	<0,001	0,492	1,636	1,173-2,282	0,004
Status profesional	0,212	1,236	0,954-1,603	0,109	0,407	1,502	1,098-2,054	0,011
Salario	0,062	1,064	0,837-1,354	0,611	0,142	1,152	0,887-1,498	0,289
Oportunidades de formación	0,173	1,189	0,923-1,531	0,181	0,244	1,276	0,949-1,716	0,107
Vacaciones	0,001	1,001	0,795-1,260	0,991	0,225	1,252	0,976-1,607	0,077
Derecho a bajas por enfermedad	0,025	1,026	0,807-1,304	0,836	-0,097	0,908	0,714-1,154	0,430
Permiso por estudios	0,020	1,021	0,807-1,292	0,865	-0,002	0,998	0,762-1,307	0,986

* significación; **Factor de exposición (OR ajustada); ***intervalo de confianza 95%

- **Burnout** (Tabla 42): Solamente la variable “Oportunidades de desarrollo profesional” se muestra significativa en los dos grupos (OR=0,616 y 0,529 respectivamente). En el primer grupo se muestran significativas las variables “Autonomía en el trabajo” y “Derecho a bajas por enfermedad” (OR=0,600 y 0,750 respectivamente), mientras que en el segundo grupo se muestran significativas las variables “Edad” y “Vacaciones” (OR=0,955 y 0,624 respectivamente). En el caso de la edad esto significa que por cada año que se incrementa la edad media del segundo grupo, se incrementa también en un 4,7% la probabilidad de presentar burnout alto. El signo del resto de las relaciones que se han mostrado significativas indica que la menor satisfacción mostrada en estas variables supone mayor probabilidad de presentar burnout alto.

Tabla 42

Variables sociodemográficas y de satisfacción laboral en relación al burnout

Variables vs burnout	RN4CAST				SYCE			
	B	Exp (B) **	IC***	Sig *	B	Exp (B) **	IC***	Sig *
Edad	0,019	1,019	0,998-1,041	0,076	-0,046	0,955	0,925-0,986	0,005
Horas de formación	-0,114	0,893	0,753-1,058	0,190	-0,237	0,789	0,613-1,015	0,065
Flexibilidad de horarios	0,078	1,082	0,826-1,417	0,569	0,021	1,022	0,720-1,449	0,905
Oportunidades de desarrollo profesional	-0,484	0,616	0,443-0,857	0,004	-0,636	0,529	0,327-0,857	0,010
Autonomía en el trabajo	-0,510	0,600	0,432-0,834	0,002	-0,432	0,649	0,417-1,010	0,055
Status profesional	-0,090	0,914	0,676-1,236	0,559	-0,213	0,808	0,532-1,228	0,318
Salario	-0,029	0,972	0,731-1,292	0,844	-0,242	0,785	0,539-1,143	0,207
Oportunidades de formación	-0,069	0,934	0,696-1,252	0,648	0,320	1,377	0,918-2,066	0,122
Vacaciones	-0,014	0,986	0,758-1,284	0,919	-0,472	0,624	0,444-0,877	0,007
Derecho a bajas por enfermedad	-0,287	0,750	0,573-0,982	0,036	-0,187	0,830	0,589-1,169	0,286
Permiso por estudios	0,010	1,010	0,768-1,328	0,944	0,121	1,129	0,780-1,633	0,521

* significación; **Factor de exposición (OR ajustada); ***intervalo de confianza 95%

5.3.2 Factores del entorno laboral medidos con el PES-NWI

El análisis incluye los cinco factores del PES-NWI en relación a la satisfacción con el trabajo actual, la valoración del entorno laboral y el burnout.

- **Satisfacción con el trabajo actual:** los únicos factores que se relacionan de forma significativa en la satisfacción con el trabajo actual en los dos grupos son “Relaciones laborales enfermera-médico” (OR=1,779 en el primer grupo y OR=2,338 en el segundo) y “Participación de la enfermería en cuestiones del hospital” (OR=1,844 en el primer grupo y OR=2,693 en el segundo). Los factores “Adecuación de personal y recursos” y “Habilidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de sus responsables”, con unas OR significativas en el primer grupo de 2,211 y 1,678 respectivamente, pasan a ser no significativos en el segundo grupo (Tabla 43). El signo de todas estas relaciones indica que a mayor valoración del factor, mayor es la probabilidad de sentirse satisfecho con el trabajo actual.
- **Entorno laboral:** tres factores del PES-NWI se mantienen con OR significativas en los dos grupos: “Adecuación de personal y recursos”, “Habilidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de sus responsables” y “Relaciones laborales enfermera-médico”, aunque en el segundo grupo es este último factor, con una OR=2,106, pasa a ser el que presenta mayor asociación en la valoración global del entorno laboral. El factor “Fundamentos enfermeros para unos cuidados de calidad”, que no presentaba OR significativa en el primer grupo, pasa a tenerla en el segundo con una OR=2,431, la mayor de todos los factores (Tabla 44).
- **Burnout** (Tabla 45): Tanto en el primer grupo como en el segundo el signo de todas las relaciones indica que a menor puntuación obtenida en los factores del PES-NWI se obtienen mayores probabilidades de presentar niveles de burnout alto. Esta relación se ha mostrado significativa en el primer grupo para el factor “Habilidad, liderazgo y apoyo por parte de sus responsables” (OR=0,638), y para el factor “Relaciones laborales enfermera-médico” en el segundo (OR=0,618).

Tabla 43
Factores del PES-NMI en relación a la satisfacción con el trabajo actual

Factores PES-NMI	RNACAST				SYCE			
	B	Exp (B)**	IC***	Sig *	B	Exp (B)**	IC***	Sig *
		Válidos 810, N total 819				Válidos 474, N total 635		
Adecuación de personal y recursos	0,793	2,211	1,593-3,068	0,000	0,204	1,227	0,850-1,771	0,275
Relaciones laborales enfermera-médico	0,576	1,779	1,292-2,451	0,000	0,849	2,338	1,549-3,529	<0,000
Habilidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de sus responsables	0,517	1,678	1,235-2,279	0,001	0,281	1,324	0,879-1,996	0,179
Fundamentos enfermeros para unos cuidados de calidad	0,178	1,195	0,792-1,804	0,396	0,260	1,297	0,765-2,201	0,335
Participación de la enfermería en cuestiones del hospital	0,612	1,844	1,104-3,080	0,019	0,991	2,693	1,364-5,316	0,004

*:Significación; **:Factor de exposición (OR ajustada); ***:Intervalo de confianza 95%

Tabla 44

Factores del PES-NWI en relación a la evaluación del entorno laboral

Factores PES-NWI	RNICAST				SYCE			
	B	Exp (B)**	IC***	Sig *	B	Exp (B)**	IC***	Sig *
	Válidos 810, N total 819				Válidos 474, N total 635			
Adecuación de personal y recursos	0,680	1,974	1,459-2,671	0,000	0,501	1,651	1,179-2,312	0,004
Relaciones laborales enfermera-médico	0,413	1,512	1,118-2,045	0,007	0,794	2,213	1,521-3,220	<0,001
Habilidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de sus responsables	0,798	2,221	1,642-3,004	0,000	0,745	2,106	1,436-3,087	<0,001
Fundamentos enfermeros para unos cuidados de calidad	0,204	1,227	0,828-1,817	0,308	0,888	2,431	1,463-4,040	0,001
Participación de la enfermería en cuestiones del hospital	0,460	1,585	0,988-2,541	0,056	-0,155	0,857	0,477-1,539	0,605

* Significación; **Factor de exposición (OR ajustada); ***Intervalo de confianza 95%

Tabla 45

Factores del PES-NWI en relación al nivel de burnout

Factores PES-NWI	RN4CAST					SYCE				
	B	Exp (B)**	IC***	Sig *	Válidos 742, N total 819	B	Exp (B)**	IC***	Sig *	Válidos 443, N total 635
Adecuación de personal y recursos	-0,332	0,718	0,508-1,014	0,060		-0,342	0,710	0,462-1,092	0,119	
Relaciones laborales enfermera-médico	-0,097	0,908	0,651-1,266	0,569		-0,481	0,618	0,386-0,991	0,046	
Habilidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de sus responsables	-0,450	0,638	0,463-0,879	0,006		-0,018	0,982	0,610-1,582	0,940	
Fundamentos enfermeros para unos cuidados de calidad	-0,292	0,747	0,484-1,154	0,188		-0,301	0,740	0,405-1,352	0,328	
Participación de la enfermería en cuestiones del hospital	-0,113	0,893	0,524-1,520	0,676		-0,559	0,572	0,259-1,262	0,166	

* significación; **Factor de exposición (OR ajustada); ***Intervalo de confianza 95%

5.3.3 Burnout y evaluación de la satisfacción con el trabajo actual

El análisis incluye tanto el burnout total como las diferentes subescalas del MBI:

Agotamiento emocional, realización personal y despersonalización

- Satisfacción con el trabajo actual y nivel de burnout: Se observa una relación negativa y significativa ($p < 0,001$) en los dos grupos, con una OR de 0,314 y 0,361 respectivamente de presentar bajo burnout a medida que aumenta la satisfacción con el trabajo actual (Tabla 46).
- Subescalas del burnout medidas con el MBI (variables independientes) en relación a la satisfacción con el trabajo actual (variable dependiente): la subescala “Agotamiento emocional” muestra una relación significativa y de signo negativo con la satisfacción con el trabajo actual en los dos grupos (OR=0,913 en el primer grupo y 0,904 en el segundo). La subescala “Realización personal” se muestra significativa y de signo positivo en el segundo grupo (OR=1,050) y la subescala “Despersonalización” se muestra significativa y de signo negativo en el primer grupo (OR=0,937) (Tabla 47).

Tabla 46

Satisfacción con el trabajo actual y nivel de burnout

	RN4CAST					SYCE				
	B	Exp (B)**	IC***	Sig *	Válidos 738, N total 819	B	Exp (B)**	IC***	Sig *	Válidos 556, N total 635
Grado de satisfacción	-1,160	0,314	0,242-0,406	<0,001		-1,018	0,361	0,266-0,490	<0,001	

Tabla 47

Subescalas de burnout y satisfacción con el trabajo actual

	RN4CAST					SYCE				
	B	Exp (B)**	IC***	Sig *	Válidos 738, N total 819	B	Exp (B)**	IC***	Sig *	Válidos 556, N total 635
Subescalas Burnout										
Agotamiento emocional	-0,091	0,913	0,894-0,933	<0,001		-0,101	0,904	0,881-0,927	<0,001	
Realización personal	0,019	1,019	0,999-1,039	0,057		0,049	1,050	1,019-1,082	0,001	
Despersonalización	-0,066	0,937	0,898-0,977	0,002		-0,013	0,987	0,942-1,034	0,588	

* Significación; ** Factor de exposición (OR ajustada); *** Intervalo de confianza 95%

6.Discusión

Los resultados expuestos sugieren que en general las enfermeras participantes en el grupo de 2012-2014 perciben su entorno laboral como más favorable, se sienten más satisfechas con su trabajo actual y tienen niveles de burnout global menores en relación a las que participaron en el grupo de 2009-2010.

La edad media y los años de experiencia laboral de las enfermeras participantes en el segundo grupo ha sido significativamente mayor, y presenta un perfil académico y formativo distinto, con un porcentaje significativamente mayor de enfermeras que tienen formación de Máster o especialidad así como del que han realizado más de 120 horas de formación durante los últimos 24 meses. Esto puede ser debido a que en el segundo grupo el número de enfermeras participantes que trabajaban en unidades de críticos fue significativamente mayor que en el primero, y a menudo uno de los criterios requeridos para trabajar en estas unidades es la realización de formación especializada o Máster. El porcentaje de enfermeras Doctoras es también ligeramente mayor en el segundo grupo, pasa del 0.2% al 0,5%, aunque dado el escaso volumen que suponen en el total de la población estudiada es cuestionable la relevancia del dato.

Es importante destacar que el segundo grupo participó en el marco del proyecto SYCE que implicaba, además de contestar los cuestionarios, llevar puestos tres sensores externos durante 10 días consecutivos con el objetivo de monitorizar la calidad del sueño. Esto ha podido condicionar el perfil del participante en cuanto a predisposición y percepción de entorno facilitador para la participación en el estudio. De hecho, a pesar de que el periodo de recogida de datos ha sido similar en los dos grupos la participación ha sido sensiblemente menor en el segundo grupo: 814 vs 632 enfermeras participantes.

Hay varios elementos descritos en la literatura (factores personales, factores relacionados con el trabajo y factores socioeconómicos) que pueden explicar los mejores resultados obtenidos a pesar de haberse producido importantes recortes presupuestarios en el periodo de tiempo comprendido entre el primer y el segundo grupo estudiado. A continuación se expondrán los que han podido ser determinantes así como las relaciones entre las diferentes variables estudiadas.

6.1 Satisfacción laboral

El salario y las oportunidades de desarrollo profesional han sido los elementos en los que las enfermeras se han mostrado más insatisfechas en los dos grupos, aunque en el segundo grupo la mayoría de las enfermeras clasifica el derecho a bajas por enfermedad y el permiso por estudios también como insatisfactorios. Sin embargo, cuando se ajusta la importancia de los diferentes elementos contemplados en la valoración de satisfacción con el trabajo actual, el salario deja de tener significación en ambos grupos, y los elementos que se han mostrado significativos en la valoración de la satisfacción laboral en primer grupo han sido: la flexibilidad de horarios, las oportunidades de desarrollo profesional, la autonomía en el trabajo, el status profesional, la adecuación de recursos y personal, las relaciones laborales enfermera-médico, la habilidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de sus responsables y la participación de la enfermería en cuestiones del hospital; mientras que en el segundo grupo los elementos que se han mostrado significativos han sido: la autonomía en el trabajo, el status profesional, las relaciones enfermera-médico y la participación de la enfermería en cuestiones del hospital.

A continuación se desarrolla la discusión de estos resultados en torno a los dos aspectos que se consideran fundamentales: el contexto socioeconómico y los factores relacionados con el trabajo.

6.1.1 Satisfacción laboral y contexto socioeconómico

La disminución de poder adquisitivo en el colectivo enfermero durante el periodo estudiado es un hecho que no sólo se ha producido por medidas indirectas como la reducción de permisos, congelación de carreras profesionales, reducción de la retribución por incapacidad temporal o aumento de la jornada laboral (Legido-Quigley et al., 2013) sino también de forma directa con el incremento del IPC, que fue del 9,5% entre Enero de 2009 y Enero de 2014 (INE), y la reducción o congelación salarial en este mismo periodo (Legido-Quigley et al., 2013; Gaceta médica, 2014).

Si bien el factor “Derecho a bajas por enfermedad” ha sido valorado como muy insatisfactorio o insatisfactorio por un porcentaje mucho mayor de enfermeras en el segundo grupo, no

parece haber tenido un efecto negativo en la valoración de la satisfacción laboral, y pierde significación en el modelo de regresión.

A pesar de haber sufrido recortes salariales durante el periodo estudiado y ser uno de los elementos contemplados en la evaluación de la satisfacción laboral por muchos autores (Tabla 9), la valoración del salario por parte de las enfermeras no ha variado de forma significativa entre los dos grupos, y sigue siendo el factor valorado de forma más insatisfactoria. Sin embargo, al ajustar el factor "Salario" con el resto de variables de satisfacción laboral se observa que dicho factor no tiene una influencia significativa en la valoración de la satisfacción con el trabajo actual en ninguno de los dos grupos, lo que conduce a pensar que la valoración de la faceta o elemento "Salario" tiene poca influencia en la satisfacción laboral de las enfermeras estudiadas, o bien que el resto de variables contempladas han tenido un papel compensatorio.

Es importante remarcar que los recortes salariales han afectado a la sociedad en general y no solo al colectivo sanitario, de manera que es posible que el contexto social general haya contribuido a la relativización de su importancia, priorizando quizás el hecho de mantener un empleo y un salario por encima de la media (OECD, 2015) al hecho de haber sufrido una disminución del poder adquisitivo.

De hecho, el salario medio de una enfermera en el contexto hospitalario español era en 2014 más elevado que el de la media Europea (OECD, 2015), y si nos centramos en el Estado Español es importante también tener en cuenta el salario medio de una enfermera (24.000-36.000 euros) (ABC, 2014) en el contexto salarial general del año 2014 (sueldo anual medio: 22.858,17 euros, moda: 16.490,80 euros, mediana: 19.263,78 euros). Por otra parte la brecha salarial existente por cuestión de género puede haber hecho que la diferencia salarial percibida sea todavía mayor, ya que las dos muestras estudiadas han sido mayoritariamente mujeres (89,2% en el primer caso y 87,2% en el segundo), y en 2014 el salario medio en el colectivo femenino era de 19.744,82 euros (INE, 2014).

Este fenómeno ha sido estudiado desde hace años desde la perspectiva sociológica y económica, desarrollando la teoría de la renta relativa. Un ejemplo de ello son los trabajos de Clark (1996), en los que defiende la idea de que la satisfacción está más correlacionada con el ingreso relativo (salario percibido en relación al salario de referencia) que con el ingreso absoluto (salario percibido), de forma que cuanto mayor sea el salario propio en relación al de referencia, mayor será la satisfacción (Clark y Oswald, 1996). Si bien esta teoría está

referenciada en el campo de la sociología y la economía (Koçkesen, 2008), algunos autores han encontrado que la satisfacción laboral disminuye cuando los salarios de referencia son mayores que el propio, pero que no se aprecia aumento de la satisfacción laboral cuando el salario propio es mayor que el de referencia (Card, Mas, Moretti y Saez, 2010), mientras que otros apuntan que tanto la renta absoluta como la renta relativa muestran asociación positiva con la satisfacción laboral (Takei y Sakamoto, 2009).

Por otro lado, la satisfacción más elevada del segundo grupo (2012-2014) también puede haber estado condicionada por la percepción de ser un colectivo privilegiado en términos de empleo, o dicho de otra manera: el aumento del desempleo en la población general ha podido condicionar la percepción de satisfacción con las condiciones actuales. En este sentido es importante tener en cuenta el concepto de “Empleabilidad”, definida por Silla, Gracia y Peiró (2005) como “la capacidad para encontrar otro trabajo” (p.99) (Silla, 2005), y esta capacidad viene dada tanto por elementos internos del individuo (como la iniciativa) como por elementos externos (como la situación económica del mercado laboral o la discriminación de ciertos grupos en el mercado de trabajo) (Gamboa, 2007). La empleabilidad ha sido considerada como un predictor de la satisfacción laboral, de manera que cuanto más empleabilidad percibe el trabajador, mayor es su satisfacción laboral. Estas afirmaciones son coherentes con la mayor satisfacción laboral expresada en el segundo grupo de estudio, ya que a pesar de las consecuencias que han tenido los recortes presupuestarios en materia de salud, el colectivo enfermero es uno de los que presenta menores cifras de desempleo en el mercado laboral.

Para comprender este fenómeno es importante detenerse en la evolución del desempleo en España durante los años comprendidos entre el primer y el segundo grupo de estudio. Mientras que en el año 2010 la tasa de desempleo máxima en las enfermeras se situó en el 3,73% (9.252 enfermeras), en el año 2013 el máximo se situó en un 7,97%. A pesar de suponer un incremento del 209%, (CGE, 2013) esta cifra está muy lejos de la tasa de paro general, que se situó durante el último trimestre de 2013 en el 25,73% (5.935.600 desempleados) los años 2009-2014 (INE, 2017). Mientras que la tasa de desempleo global ha pasado del 18,1% (más de 4.153.000 personas) en 2009 al 23,70% en 2014 (más de 5.610.000 personas), la cifra de enfermeras desempleadas en el mismo periodo apenas ha variado, pasando de suponer el 0,18% en 2010 al 0,17% en 2014. Al igual que en el salario, la brecha de género ha podido también jugar un papel importante en este aspecto, ya que las mujeres desempleadas pasaron de 1.654.566 en Enero de 2009 a 2.477.025 en Enero de 2014 (Ministerio de Empleo y Seguridad Social, 2014; Ministerio de Empleo y Seguridad

Social, 2017), y hay que tener en cuenta que el colectivo enfermero estudiado es mayoritariamente femenino (>87%).

A pesar del impacto que puede haber tenido el contexto socioeconómico es importante considerar que si bien en muchos estudios el factor salario es uno de los peor valorados (Khamlub et al., 2013; Fernández Larraguibel y Paravic Klijn, 2003; Río Moro, Perezagua García, Villalta Sevilla, y Sánchez Donaire, 2004), la mayoría de ellos coinciden en señalar que no es un factor de peso en la valoración de la satisfacción o del entorno laboral, mostrando correlaciones más bajas que otros elementos como por ejemplo las relaciones laborales con otros miembros del equipo (Tourangeau, Hall, Doran, Petch, y Bloomberg, 2006), cosa que está en la línea de los resultados de esta tesis. Sin embargo, recientemente en un estudio realizado en Taiwan con enfermeras de unidades pediátricas, el salario ha sido el principal factor asociado a la satisfacción laboral (Khamlub et al., 2013), aunque las profundas diferencias en el contexto económico, cultural y laboral de estas enfermeras, en relación con las estudiadas en esta tesis pone en duda una posible comparación de resultados.

Otro ejemplo de la importancia relativa del factor salario en la medida de la satisfacción laboral es el informe que publicó el sindicato SATSE en 2011, en el que se hizo un estudio descriptivo acerca del clima laboral y las condiciones de trabajo de los profesionales de enfermería en España, y donde se ponía de manifiesto que la dimensión económica era la que tenía menos peso en el clima laboral, así como también remarcaba que a medida que aumentaba la edad y los años de experiencia, decrecía la importancia que se le daba al salario (Satse, 2012). Sin embargo también hay estudios que relacionan tener un salario apropiado con mayor satisfacción laboral en el entorno de Atención Primaria (Lomeña Villalobos et al., 2004) y en los trabajadores en general en el Estado Español (Sanchez-Sellero et al., 2014), y en un estudio cualitativo realizado en enfermeras que trabajaban en hospitales de Irán, se llega a la conclusión de que el salario es uno de los factores que más afectan a la satisfacción laboral (Atefi, Abdullah, Wong y Mazlom, 2014).

Si bien es un hecho que la media de edad del segundo grupo estudiado en esta tesis ha sido significativamente mayor que en el primero (41 vs 37 años, $p < 0,001$), se ha encontrado una asociación negativa entre la satisfacción laboral y la edad, aunque también es cierto que cuando se ajusta la influencia de esta variable con las horas de formación realizada en los últimos 24 meses y con el resto de variables recogidas en la medida de satisfacción laboral, la edad deja de ser significativa en el primer grupo en las tres variables respuesta estudiadas (satisfacción con el trabajo actual, valoración del entorno laboral y burnout global), y en el

segundo grupo se muestra relación significativa con la valoración del entorno y con el nivel de burnout global, aunque no en la satisfacción con el trabajo actual.

De hecho no hay consenso en la literatura en la relación entre la edad y la satisfacción laboral. Mientras que algunos autores no han hallado relación entre estos dos factores en entornos como Reino Unido (Adams y Bond, 2000), Brasil (Bacha et al., 2015), Holanda (Jansen, Kerkstra, Abu-Saad, y Van der Zee, 1996) y España (Fontova Almató, 2015), otros han encontrado una relación inversa, relacionando mayor edad y más años de experiencia laboral con menor satisfacción (Rios, 2008). Finalmente, en otros trabajos esta asociación se muestra de signo positivo (Wade et al., 2008) o en una distribución en forma de U invertida, donde el grupo de edad medio es el más satisfecho (Khamlub et al., 2013).

Los resultados obtenidos no permiten establecer una relación causa-efecto entre el grado de formación y la satisfacción laboral, aunque tanto la formación reglada de las enfermeras como las horas de formación recibidas en los últimos 24 meses es mayor en el segundo grupo, que es también el que presenta mejores resultados de la valoración del entorno laboral, el burnout global y satisfacción laboral.

Los mejores resultados del segundo grupo obtenidos en la comparación de esta tesis en relación al grado de satisfacción (la mayoría manifiestan estar moderadamente o muy satisfechos), son mejores también que los obtenidos por otros autores que estudiaron la satisfacción laboral en el periodo 2009. Así Molina (2009) encontró un nivel medio (puntuación con cuestionario Font Roja de 69,9 sobre 120) de satisfacción global en 510 profesionales de un Hospital de Granada, sin encontrar relación con la edad o los años de experiencia (Molina y Valderrama, 2009).

En el trabajo que llevaron a cabo Aiken, Sloane, Clarke y cols. (2011) con 98.116 enfermeras de diferentes países entre 1999 y 2008, se pone de manifiesto que las enfermeras de China y Japón son las que se muestran más insatisfechas con el trabajo actual (46 y 60 % respectivamente manifestaron estar muy o moderadamente insatisfechas), mientras que las enfermeras de EEUU y Alemania fueron las que se mostraron más satisfechas (78 y 83 % respectivamente manifestaron estar moderadamente o muy satisfechas) (Aiken et al., 2011), resultados que se asemejan al 76,3% de enfermeras que manifestaron sentirse moderadamente o muy satisfechas con el trabajo actual en el segundo grupo estudiado en esta tesis.

Sin embargo hay estudios publicados que reportan niveles de satisfacción laboral en las enfermeras más altos que los encontrados en esta tesis. Por ejemplo Wieck (2010) en su estudio sobre 1.773 enfermeras de hospitales en EEUU, encontró en su estudio un 89% de enfermeras que manifestaban estar bastante o muy satisfechas con su trabajo actual (Wieck, Dols y Landrum, 2010).

En el ámbito asiático se reportan recientemente porcentajes mayores de enfermeras que se muestran insatisfechas con su trabajo actual. Por ejemplo: en China (Kanai-Pak et al., 2008) en un estudio realizado sobre 1104 enfermeras un 56% manifestaron estar insatisfechas, y este porcentaje se eleva al 60% en un estudio realizado en Japón con 5956 enfermeras encuestadas (Liu et al., 2012), aunque las diferencias culturales, formativas y económicas entre estos entornos y el entorno del SNS cuestiona nuevamente la comparación de los resultados.

6.1.2 Satisfacción laboral y elementos propios del trabajo

Es importante remarcar que el segundo grupo muestra una frecuencia mucho menor en la realización de tareas consideradas no propias de enfermería, a la vez que también muestra una frecuencia mucho menor de tareas consideradas propias de enfermería no realizadas por falta de tiempo. Concretamente en cuanto a los datos relativos a las tareas no realizadas por falta de tiempo, se puede observar que a excepción de la variable “Registrar adecuadamente los cuidados de enfermería” todas las variables han presentado en el segundo grupo descensos significativos. Esto da a entender que las enfermeras perciben que han podido dedicar más tiempo al cuidado del paciente en lo que se considera que es propio de la profesión, y por tanto esto ha podido ser una de las causas de mayor satisfacción con el trabajo actual del segundo grupo en relación al primero.

Está descrita en la literatura la relación entre la percepción del entorno laboral y el grado de satisfacción con el trabajo actual (Aiken et al., 2002), y también se ha asociado la mejora del entorno laboral con la reducción de la insatisfacción laboral (Liu et al., 2012). Los mejores resultados en la valoración del entorno laboral en base al PES-NWI reportada por el segundo grupo ha podido ser importante en la mejor valoración de la satisfacción con el trabajo actual, ya que está descrita también en la literatura la asociación entre estos dos elementos (Coetzee,

Klopper, Ellis y Aiken, 2013; Kutney-Lee, Wu, Sloane, Aiken y Fagin, 2013; Patrician et al., 2010). A continuación se expondrán las relaciones encontradas entre estos elementos.

El factor del PES-NWI “Relaciones laborales enfermera-médico”, que en el modelo de regresión se muestra significativo en la valoración de la satisfacción con el trabajo actual en los dos grupos (Tabla 43), es significativamente mejor valorado en el segundo grupo (Tabla 29), lo cual conduce a pensar que ha sido uno de los elementos más importantes en cuanto a los mejores resultados reportados por el segundo grupo en la valoración de la satisfacción con el trabajo actual. En la literatura existente ya se reporta que los aspectos relacionales en el grupo de trabajo se asocian de forma positiva con la satisfacción laboral (Khamlub et al., 2013; Bruyneel, Heede, Diya, Aiken y Sermeus, 2009; Dos Santos Alves, da Silva y de Brito Guirardello, 2016; Atefi et al., 2014; Ruzafa-Martínez, Madrigal-Torres, Velandrino-Nicolás y López-Iborra, 2008; Wade et al., 2008; Hernández, Rondón, Ariza y Manrique, 2010), aunque otros estudios no encuentran asociación significativa entre las relaciones interpersonales con los compañeros y la satisfacción laboral (Molina y Valderrama, 2009), a pesar de ser la dimensión mejor valorada.

El factor “Participación de la enfermería en cuestiones del hospital” se muestra también relacionado con la valoración de la satisfacción con el trabajo actual en los dos grupos, aunque de forma más marcada en el segundo. Esto se contrapone a otros estudios que no encuentran asociación entre estos dos elementos (Wade et al., 2008).

Por otra parte, y a pesar de los recortes aplicados al entorno sanitario en el periodo 2009-2014, las ratios paciente-enfermera se han mantenido en las unidades quirúrgicas y han descendido en las unidades médicas y de cuidados críticos, factor que puede haber influido en los mejores resultados obtenidos en el segundo grupo en los tres aspectos estudiados, ya que tal como reporta la bibliografía (Atefi et al., 2014; Bruyneel et al., 2009; Aiken, 2002; Lake y Friese, 2006) las ratios elevadas se asocian a insatisfacción, percepción de entorno desfavorable y elevados niveles de burnout. Esto es coherente con la valoración significativamente más alta del segundo grupo en el factor “Adecuación de recursos y personal” (Tabla 29), y con los resultados del análisis multivariante (tabla 43), donde se muestra que este factor se asocia de forma significativa con la satisfacción con el trabajo actual.

En cuanto a las variables contempladas en la valoración de la satisfacción laboral, es importante destacar que sólo dos variables siguen mostrándose significativas en el segundo

grupo cuando se realiza el análisis multivariante (tabla 40), que son “Autonomía en el trabajo” y “Status profesional”, siendo además estas dos variables en el segundo grupo las que han presentado mayores incrementos respecto al primero (Tabla 25). Así pues es lógico pensar en la elevada importancia de estos dos elementos a la hora de valorar la satisfacción con el trabajo actual. Estas dos variables están probablemente ligadas a los años de experiencia, ya que es lógico pensar que un profesional que lleva más años de profesión en una institución ha podido desarrollar más su carrera profesional, tener la seguridad suficiente para ser más autónomo en sus tareas y por consiguiente haber alcanzado un mejor status profesional (o bien haber alcanzado las expectativas en cuanto al lugar de trabajo) que el profesional novel, que percibe que tiene todavía por delante más recorrido profesional y laboral. Estos resultados están en la línea de los reportados por otros autores, que también asocian mayor autonomía y competencia profesional con mayor satisfacción laboral (Río Moro et al., 2004; Dos Santos Alves et al., 2016).

Además es coherente con el hecho de que el primer grupo (edad media 4 años más baja que el segundo grupo) concede una importancia significativa a la variable “Oportunidades de desarrollo profesional” (OR=1,5), mientras que en el segundo grupo esta variable deja de ser significativa. Aun así, es una de las variables peor valoradas en los dos grupos, resultados concordantes con los obtenidos por Molina (2009), que en un colectivo de enfermeras con una edad media de 42,9 años (similar a la del segundo grupo de estudio) que trabajaban en un Hospital de Granada obtuvo, mediante el cuestionario Font Roja, que la dimensión peor valorada era “Promoción profesional” (Molina y Valderrama, 2009). Sin embargo llama la atención que la variable “Oportunidades de formación” es significativa en el segundo grupo (OR=1,442), mientras que no lo es en el primero. Esto puede ser debido a que el grupo de más edad posea una mayor madurez profesional, que vea la formación no como plataforma de mejora en el desarrollo profesional (que posiblemente ya ha alcanzado) sino como mejora en las habilidades y capacidades en el ejercicio de su profesión. Estos resultados son coincidentes con los hallazgos y conclusiones de Gamero (2003), que afirma que “La posibilidad de ser promocionado dentro de la empresa sólo encuentra valoración positiva entre los jóvenes; la oportunidad de progresar en la empresa resulta más relevante al inicio de la trayectoria profesional que cuando se ha alcanzado un nivel determinado.”(p.182). Este autor afirma también que la estabilidad laboral conseguida con la edad tiene un efecto positivo en el bienestar, fenómeno explicado posiblemente porque a medida que aumenta la edad existen mayores dificultades para encontrar otra alternativa de empleo (Gamero Burón, 2003).

Las variables “Permiso por estudios” y “Vacaciones” muestran valoraciones significativamente más bajas en el segundo grupo, lo cual es coherente con la política de recortes aplicada en el periodo estudiado. Aun así no parecen haber tenido un efecto negativo en la satisfacción laboral, ya que pierden significación en ambos grupos cuando se introducen en el modelo de regresión el resto de variables (Tabla 40).

En cuanto a la seguridad percibida en el lugar de trabajo e incidentes hacia el personal, el segundo grupo manifiesta frecuencias de aparición más bajas que el primero, elemento que también se ha asociado en la literatura con la satisfacción laboral (Roche, Diers, Duffield y Catling-Paull, 2010).

Al analizar los resultados por unidades (Tabla 28), el porcentaje de enfermeras que manifiesta estar muy satisfecha con su trabajo actual en el segundo grupo se ha doblado en las unidades médicas y se ha triplicado en las unidades de cuidados críticos. Sin embargo, aunque también se ha incrementado en el segundo grupo, la distribución de las categorías de satisfacción con el trabajo actual se ha mantenido sin cambios significativos en las unidades quirúrgicas. Aun así, hay que destacar que en el segundo grupo el porcentaje de enfermeras que manifiesta estar moderadamente satisfecha o muy satisfecha con su trabajo actual supera el 70% en los tres tipos de unidades. Hay que tener en cuenta que en el primer grupo las unidades quirúrgicas son las que presentan una media de edad más elevada, cosa que ha podido dar lugar a que ya hubiesen alcanzado sus expectativas en cuanto al lugar de trabajo. Sin embargo, en las unidades médicas y de cuidados críticos, con medias de edad más bajas que las unidades quirúrgicas en el primer grupo, podrían no haber alcanzado todavía sus expectativas en el lugar de trabajo y sin embargo sí haberlo hecho las del segundo grupo unos años después.

Es importante destacar que las unidades de cuidados críticos son las que tienen la media de edad más baja en los dos grupos y son también las que presentan el mayor porcentaje de enfermeras que manifiestan estar muy satisfechas con su trabajo actual en el segundo grupo.

En base a estos resultados, se podrían lanzar algunas hipótesis. La primera es que las enfermeras estudiadas han alcanzado sus expectativas en cuanto al lugar de trabajo pasados los 37 años. Otra posible explicación es que en las unidades quirúrgicas no se han producido cambios suficientemente relevantes como para modificar la satisfacción con el trabajo actual de las enfermeras que trabajan en ellas. Finalmente, se podría pensar que las unidades de cuidados críticos, que son las que presentan los porcentajes más elevados de satisfacción

laboral, son las que requieren profesionales más motivados, ya que son las que precisan más formación específica y por tanto las personas que trabajan en ellas sienten que están en el lugar de trabajo que han elegido y para el que se han formado.

6.2 Entorno laboral

Los resultados del PES NWI, a pesar de no parecer a priori cambios demasiado relevantes, han supuesto un cambio significativo en la distribución de la calificación de los hospitales. En el periodo 2012-14 hay más hospitales con una puntuación igual o mayor a 2.5 en los factores del PES-NWI que en el periodo 2009-2010, pasando a ser la clasificación más abundante “Hospital desfavorable” en el primer grupo a “Hospital mixto” en el segundo. Esto se traduce en que en el segundo grupo clasificaron su hospital como favorable un 20,0% de las enfermeras frente a un 13,9% en el primero y la clasificación de hospital desfavorable en el segundo grupo fue 10 puntos porcentuales más baja que en el primero. Esto indica que en el segundo grupo es significativamente mayor el porcentaje de enfermeras que consideran estar trabajando en hospitales con un entorno laboral más favorable. Estos resultados están en consonancia con un mayor número de enfermeras en el segundo grupo que manifiestan estar satisfechas con su trabajo actual (casi se ha doblado el porcentaje) y con unos niveles de burnout global también más bajos en el segundo grupo.

Al igual que en la comparación realizada en esta tesis, en algunos estudios previos se reporta también mejores valoraciones en la mayoría de los factores contemplados en la valoración del entorno laboral (medido en este caso con el NWI-R) por parte del grupo de más edad (Wieck et al., 2010). Otros estudios realizados en Atención primaria (Parro Moreno et al., 2013) contradicen estos resultados, ya que afirman que la percepción del entorno laboral se asocia de forma negativa con los años de experiencia, aunque cuando se aplica el modelo de regresión múltiple la edad deja de ser significativa. Sin embargo en esta tesis, los resultados obtenidos en el modelo de regresión muestran una asociación significativa y de signo negativo con la edad pero sólo en el segundo grupo de estudio.

Los mejores resultados obtenidos en cuanto los factores del PES-NWI en el segundo grupo van en la misma línea que el trabajo de Kutney-Lee (2013), que comparó el entorno laboral en las enfermeras de Pensilvania mediante el PES-NWI en dos momentos temporales diferentes: 1999 y 2006, encontrando que en el segundo grupo también había mejorado la percepción del entorno laboral, y estableciendo también asociación negativa con los niveles de burnout e insatisfacción laboral (Kutney-Lee et al., 2013). Sin embargo en esta tesis no se han observado diferencias entre los dos grupos estudiados cuando fueron preguntados acerca de la valoración subjetiva del entorno laboral con una pregunta única, situándose en ambos casos la mayoría de respuestas (86,2% en el primer grupo y 88,9% en el segundo) en el conjunto formado por las categorías “Algo insatisfecho” y “Moderadamente satisfecho”. En

este sentido es importante tener en cuenta que la fiabilidad tanto de cada uno de los factores del PES-NWI como del PES-NWI en global es superior a la fiabilidad de la pregunta única acerca del grado de satisfacción con el entorno laboral, tal como se ha detallado en el apartado “Instrumentos para la recogida de datos”.

El factor “Habilidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de sus responsables” se ha mantenido sin cambios en los dos grupos (2,54), aunque ha sido el mejor puntuado en el primer grupo y muestra una relación significativa con la satisfacción con el trabajo actual (OR=1,678), la evaluación del entorno laboral (OR=2,221) y el nivel de burnout (OR=0,638), mientras que ha pasado a ser el segundo mejor puntuado y mostrar una relación significativa solamente con la evaluación del entorno laboral (OR=2,106) en segundo grupo de estudio.

El factor “Adecuación de recursos y personal” es el que presenta una variación mayor, pasando de una puntuación de 2.13 a 2.53. Esto es coherente con las ratios paciente-enfermera reportadas en el segundo grupo, inferiores en los tres tipos de unidades de hospitalización estudiadas, y con la mejor percepción del entorno laboral global. Esta asociación ya ha sido reportada en estudios anteriores (Lake y Friese, 2006).

El factor “Relaciones laborales enfermera-médico” también muestra valores significativamente más altos, pasando de 2.29 a 2.49.

Estos dos últimos factores del PES-NWI muestran en el modelo de regresión una asociación significativa y de signo positivo con la evaluación del entorno laboral global en los dos grupos.

El factor “Fundamentos enfermeros para unos cuidados de calidad” también ha obtenido una puntuación más alta en el segundo grupo, aunque con una magnitud menor que los otros factores, y muestra una asociación significativa con la valoración del entorno laboral global en el segundo grupo (OR=2,438).

El factor “Participación de la enfermería en cuestiones del hospital” es el único que muestra una puntuación más baja en el segundo grupo, aunque en el modelo de regresión no se muestra asociado a la valoración del entorno laboral global en ninguno de los dos grupos estudiados.

Teniendo en cuenta estos resultados, se podría afirmar en la línea de estudios previos (Lake y Friese, 2006; Bruyneel et al., 2009; Balsanelli y Cunha, 2015) que los factores “Adecuación

de recursos y personal” y “Relaciones laborales enfermera-médico” son los que en base al PES-NWI han condicionado una mejora en la calificación de los hospitales entre los años 2009 y 2014 en cuanto al entorno de la práctica clínica.

La percepción del entorno laboral en base al PES-NWI, con mejores resultados en el segundo grupo en tres de los cinco factores, se ha asociado también en la literatura con mejores valoraciones de calidad asistencial (Bruyneel et al., 2009), mejores resultados de salud de los pacientes (Stalpers, de Brouwer, Kaljouw y Schuurmans, 2015; Ma y Park, 2015; Prezerakos, Galanis y Moisoglou, 2015), disminución de efectos adversos (Cho et al., 2016) y reducción de la mortalidad (Aiken et al., 2012; Lake et al., 2016; McHugh et al., 2013; McHugh et al., 2016; Kelly, Kutney-Lee, McHugh, Sloane y Aiken, 2014). Los resultados de esta tesis confirman la relación entre una mejor percepción del entorno laboral y una percepción de mejora en la calidad asistencial: en base a la definición adoptada por el estudio ENEAS (2006)¹¹ (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006), existe en las enfermeras del segundo grupo una percepción de aparición significativamente menor en los dos indicadores estudiados (“Úlceras por presión tras el ingreso” y “Caídas de los pacientes que resultan en lesiones”), aunque la baja frecuencia con la que se dan estos eventos cuestiona la relevancia clínica del dato. Esto se corresponde con el mayor porcentaje de enfermeras en el segundo grupo que afirman estar de acuerdo o muy de acuerdo en que las acciones de la dirección hacen evidente que la seguridad de los pacientes es una de las principales prioridades (Tabla 22).

Una posible explicación de estos mejores resultados obtenidos en el segundo grupo es que si bien es cierto que en el periodo estudiado se han producido importantes recortes presupuestarios en materia de salud, se ha producido de forma paralela un interés en el SNS por aspectos como la seguridad del paciente y la calidad de los cuidados. En esta línea, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, ha situado la seguridad del paciente en el centro de las políticas sanitarias como uno de los elementos clave de la mejora de la calidad. Muestra de ello son algunas iniciativas vigentes en la actualidad, como los proyectos

¹¹ Efecto adverso: todo accidente o incidente recogido en la Historia Clínica del paciente que ha causado daño al paciente o lo ha podido causar, ligado sobre todo a las condiciones de la asistencia. El accidente puede producir un alargamiento del tiempo de hospitalización, una secuela en el momento del alta, la muerte o cualquier combinación de estos.

Bacteriemia zero¹², Higiene de manos¹³ y Neumonía zero¹⁴ entre otros. Además, la política institucional de fomento de la seguridad del paciente es percibida también por las enfermeras del segundo grupo, ya que muestran mejores resultados en las variables “Se nos informa de los cambios que se han implantado, basados en la notificación de efectos adversos” y “Las acciones de la dirección hacen evidente que la seguridad de los pacientes es una de las principales prioridades” según consta en la tabla 22.

La relación entre entornos laborales más favorables y la percepción de calidad de cuidados está descrita en la literatura (Patrician et al., 2010; Coetzee et al., 2013). Los resultados obtenidos muestran en el segundo grupo mejores resultados cuando se refieren a su unidad de trabajo, pasando del 27,7% en el primer grupo al 16,3% en el segundo grupo el porcentaje de enfermeras que consideran pobre o aceptable la calidad de los cuidados en su unidad de trabajo (Tabla 19). Sin embargo corre lo contrario cuando se refieren a la institución, ya que el porcentaje de enfermeras que considera que la calidad de los cuidados en su hospital se ha deteriorado es en el primer grupo del 18,7% y en el segundo del 36,4% (Tabla 20). Estos resultados del segundo grupo son similares a los obtenidos por Bogaert (2013), tanto a nivel de la propia unidad de trabajo como a nivel del hospital (Bogaert, Kowalski, Mace, Van y Clarke, 2013). Por tanto la percepción global de calidad ha disminuido, pero la percepción de la calidad ofrecida en primera persona o por el entorno más cercano, aumenta.

Otra diferencia entre el nivel unidad y el nivel hospital se intuye al observar la percepción que tienen las enfermeras acerca de elementos relacionados con la seguridad del paciente: en el segundo grupo ha aumentado de forma significativa el porcentaje de enfermeras que están de acuerdo en que se pierde información cuando se traslada al paciente a otras unidades de hospitalización, y sin embargo es mayor el porcentaje de enfermeras en el segundo grupo que están en desacuerdo con la variable “Durante los cambios de turno se pierde información relevante sobre el cuidado del paciente” (Tabla 22).

También es interesante resaltar que el factor “Participación de la enfermería en cuestiones del hospital” es el factor con puntuaciones más bajas en los dos grupos y es el único que ha mostrado puntuaciones más bajas en el segundo grupo.

¹² <https://www.seguridadelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/proyecto-bacteriemia-zero/>

¹³ <https://www.seguridadelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/programa-higiene-manos/>

¹⁴ <https://www.seguridadelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/proyecto-neumonia-zero/>

Estos tres últimos puntos sugieren una percepción de distanciamiento con la institución en el segundo grupo estudiado, ya que si bien valoran mejor su entorno de trabajo más cercano, valoran peor a la institución y sienten que se les tiene menos en cuenta. Dicho de otra manera: las enfermeras del segundo grupo otorgan mejores puntuaciones en los aspectos relacionados con la calidad y seguridad de los cuidados prestados por ellas mismas o por su radio de acción, y sin embargo se sienten menos implicadas con la toma de decisiones por parte de la institución, lo que puede explicar que le otorguen peores valoraciones en cuestiones que no dependen de ellas, como por ejemplo la calidad asistencial global en su hospital.

Hay que tener en cuenta que el factor “Relaciones laborales médico-enfermera”, mejor valorado en el segundo grupo, es un factor que afecta a la propia unidad, es decir al entorno de trabajo más cercano, y que se asocia también en la literatura con una mejor valoración de la calidad de los cuidados (Kanai-Pak et al., 2008; Bruyneel et al., 2009). Además, se ha asociado la mayor comunicación entre estos dos profesionales con la reducción en la aparición de úlceras por presión en las unidades de cuidados críticos (Manojlovich, Antonakos y Ronis, 2009).

El elemento “Formación”, que en relación a la evaluación del entorno laboral no se ha mostrado asociado de forma significativa en ninguno de los dos grupos, está en consonancia con otros trabajos (Parro Moreno et al., 2013), aunque al igual que en otros entornos (McHugh et al., 2013; Bullich-Marín, Miralles Basseda, Torres Egea, Planas-Campmany y Juvé-Udina, 2015) el segundo grupo, que es el que ha obtenido mejores valoraciones del entorno laboral, es también el que presenta un porcentaje más elevado de enfermeras con mayor formación. Tal como se describe en la literatura (Lankshear, Sheldon y Maynard, 2005; Tourangeau, Cranley y Jeffs, 2006; Kirwan et al., 2013; McHugh et al., 2013; Kelly et al., 2014) la mayor formación en el segundo grupo hace pensar en mejores resultados de salud de los pacientes, sin embargo hay también estudios que cuestionan la asociación entre mejor formación de las enfermeras y mejores resultados en salud (Van den Heede et al., 2009), establecen asociación pero cuestionan la causalidad (Kane et al 2007) o bien no aprecian asociación entre la formación de las enfermeras y la mortalidad de los pacientes (Sales et al., 2008).

La percepción de agresiones físicas recibidas tanto por parte de pacientes y familiares como por parte del personal, aunque muestra valores significativamente más bajos en el segundo grupo, no es un dato demasiado relevante dada la baja frecuencia de enfermeras que manifiestan este acontecimiento. La significación estadística de esta diferencia viene dada

probablemente por el elevado tamaño muestral de los dos grupos estudiados. Aun así, estos resultados confirman otros hallazgos en la literatura (Roche et al., 2010), donde se afirma que la violencia percibida por las enfermeras tiene un impacto negativo tanto en la satisfacción de las mismas como en los resultados de salud de los pacientes. Así pues a pesar de la cuestionada relevancia del dato, es importante tener en cuenta que las agresiones (físicas o verbales) son un factor con un elevado impacto emocional en los profesionales.

Finalmente, y aunque no ha sido objeto de estudio en esta tesis, es importante tener en cuenta que una mejor percepción del entorno laboral por parte de las enfermeras (Stimpfel, Sloane, McHugh y Aiken, 2016; Boev, 2012; Camacho Bejarano, 2012; Aiken et al., 2012), así como los factores organizativos en los hospitales y las unidades de enfermería, sobre todo los de apoyo a la unidad de enfermería y los que fomentan el trabajo enfermero (Thornton, 2009) se han relacionado también con una mejor percepción de cuidados y mayor satisfacción por parte de los pacientes, y debemos recordar que estos elementos son considerados como un indicador más de calidad asistencial (SENECA, 2009).

6.3 Burnout

A pesar del contexto socioeconómico, que ha propiciado importantes restricciones en el SNS, los resultados del segundo grupo en cuanto al nivel de burnout, tanto a nivel global como por subescalas, han sido significativamente mejores que los obtenidos en el primer grupo.

Estos resultados son también mejores que los reportados en otros entornos como Japón, (Kanai-Pak, 2008), China (You et al., 2013; Liu et al., 2012), ámbito anglosajón (Aiken et al., 2001) o Atención Primaria (Lomeña Villalobos et al., 2004), que muestran niveles de burnout alto entre el 37 y el 58% de las enfermeras.

En el trabajo de Kutney-Lee (2013), donde comparó el entorno laboral en las enfermeras de Pensilvania mediante el PES-NWI en dos momentos temporales diferentes: 1999 y 2006, se encontró que en el segundo grupo también había mejorado la percepción del entorno laboral, y se estableció también asociación negativa con los niveles de burnout e insatisfacción laboral (Kutney-Lee et al., 2013). Aun así, el porcentaje de enfermeras con altos niveles de burnout (37,6%) fue más elevado que el encontrado en el segundo grupo estudiado en esta tesis (15,4%).

Los resultado de burnout global obtenidos en el segundo grupo (burnout alto 15,4%, burnout bajo 58,3%) han sido mejores también que los reportados por otros autores en entornos similares al estudiado en esta tesis. Así, en un estudio realizado en un hospital de Madrid se obtuvieron porcentajes mayores en burnout alto (30,5%) y menores en burnout bajo (20,6%), aunque en dicho estudio la muestra estaba constituida por enfermeras, auxiliares y técnicos (Albaladejo et al., 2004). En un estudio realizado en 5 hospitales de Vigo se encontraron también mayores porcentajes de burnout alto en las tres subescalas (Puialto et al., 2006).

Podemos encontrar diferentes explicaciones que pueden ayudar a entender los resultados obtenidos. En primer lugar hay que decir que los niveles más bajos de burnout en el segundo grupo son coherentes con los mejores niveles de satisfacción con el trabajo actual reportados también por el segundo grupo (Tabla 25), así como la relación significativa encontrada en los dos grupos en el modelo de regresión (Tabla 46), ya que está descrita la relación de los factores del MBI con diferentes factores contemplados en la medida de la satisfacción laboral (Tourangeau et al., 2006; Piko, 2006; Kalliath y Morris, 2002; Lee, Yen, Fetzer y Chien, 2015; Akman, Ozturk, Bektas, Ayar y Armstrong, 2016; Aiken et al., 2011; Ang et al., 2016; Aiken, 2002; Abushaikha y Saca-Hazboun, 2009).

En segundo lugar se encuentra la relación del burnout con los factores contemplados en la medida del entorno laboral, también reportada en la literatura (Coetzee et al., 2013; Aiken et al., 2011; Aiken et al., 2001; Bogaert et al., 2013; Bruyneel et al., 2009; Li et al., 2013), la asociación entre entornos laborales desfavorables con altos niveles de burnout (Patrician et al., 2010), la asociación entre mejor clasificación de los hospitales en base al PES-NWI y bajos niveles de burnout de las enfermeras, con independencia del país, la cultura o el tipo de sistema sanitario (Aiken et al., 2011), y la asociación entre la mejora en el entorno laboral con la reducción del burnout (Liu et al., 2012).

La mejor puntuación otorgada por el segundo grupo en el factor “Relaciones laborales enfermera-médico” (Tabla 29) así como su asociación con el nivel de burnout en el modelo de regresión (Tabla 45), permite pensar en la relevancia de este factor en la medida del burnout de las enfermeras, tal como está descrito en la literatura (Li et al., 2013; Bogaert et al., 2013; Dos Santos Alves et al., 2016).

El factor “Adecuación de recursos y personal”, mejor puntuado también en el segundo grupo (Tabla 29) es coherente con la reducción de la ratio pacientes-enfermera reportada también en el segundo grupo, y también puede ser un factor explicativo de los niveles de burnout menores manifestados por las enfermeras del segundo grupo, en la línea de la literatura existente (Aiken et al., 2011; Ang et al., 2016; Aiken, 2002; Bruyneel et al., 2009).

Al estudiar el burnout por subescalas (Tabla 37), se observa que la subescala “Realización personal” es la que muestra un cambio mayor, con un porcentaje casi 20 puntos menor de enfermeras que manifiestan tener un alto nivel de burnout en el segundo grupo (44.7% vs 25%). Esto es coherente con la mayor satisfacción en el segundo grupo en las variables “Grado de autonomía en el trabajo” y “Status profesional”, cosa que confirma la relación entre estos tres elementos, como ya han descrito otros autores (Bogaert et al., 2013). Los resultados obtenidos por el segundo grupo muestran niveles de burnout más bajos que los obtenidos anteriormente en 676 enfermeras del Servicio Andaluz de Salud (Cañadas-De la Fuente et al., 2015) en las tres subescalas.

La edad de las enfermeras participantes ha podido ser también un elemento importante en los mejores resultados obtenidos en el segundo grupo, con una media de edad significativamente mayor que el primero. Esto contrasta con los resultados del modelo de regresión (Tabla 42), que muestran que en el segundo grupo se asocia mayor edad con mayor nivel de burnout, de forma que las enfermeras del segundo grupo, a pesar de manifestar niveles de burnout más

bajos que las del primer grupo, tienen más probabilidades de incrementar sus niveles de burnout a medida que aumentan su edad. Es importante tener este factor en cuenta, ya que si bien los elementos satisfacción y entorno han podido compensar esta asociación, la influencia de la edad es un factor latente pero presente en un colectivo profesional cada vez más envejecido. No hay consenso en la literatura acerca del papel de la edad en el nivel de burnout. Maslach en sus estudios iniciales (Maslach y Jackson, 1986b) ya encontró una relación negativa entre la edad y los niveles de burnout en las tres dimensiones, aunque más tarde matiza que el sesgo de supervivencia podría tener cierta influencia (Maslach et al., 2001). Otros autores también han relacionado los niveles de burnout con la edad de forma negativa: (Abushaikha y Saca-Hazboun, 2009; Akman et al., 2016; Ang et al., 2016; Gutiérrez Alanis y Martínez Alcántara, 2006; Lee et al., 2015), cosa que coincide con los niveles más bajos de burnout reportados en el segundo grupo. Se ha desarrollado una posible explicación a este fenómeno, indicando que la generación nacida antes de 1981 (Generación X) tiene mayor capacidad y autosuficiencia para la resolución de problemas, y además trabajan duro y se esfuerzan para conseguir logros laborales. Sin embargo, la generación nacida a partir de 1981 (Generación Y) ha crecido en un entorno sobreprotector y espera la inmediatez de los logros más que la precisión de los mismos (Whitmer, Hurst y Prins, 2009). En algunos estudios que reportan altos niveles de burnout se remarca el hecho de ser en su mayoría enfermeras menores de 30 años y con menos de 10 años de experiencia (Kanai-Pak, 2008). Otros autores han relacionado tener una edad superior a los 30 años y más de 10 años de experiencia laboral con mayor nivel de burnout en la subescala “Agotamiento emocional” en unidades de cuidados críticos (Losa Iglesias et al., 2010). Algunos trabajos sin embargo muestran asociaciones distintas, encontrando una asociación positiva entre la edad y las dimensiones “Agotamiento emocional” y “Realización personal” (Atance, 1997; Lin, 2009) y negativa entre la edad y la dimensión “Despersonalización” (Lin, 2009). Finalmente en un estudio realizado en enfermeras mejicanas que trabajaban en unidades oncológicas, se asoció tener edad superior a 41 años con bajos niveles de realización personal (Gutierrez-Alanis, 2006).

El elemento “Percepción de seguridad e incidentes hacia el personal” también ha mostrado mejores resultados en el segundo grupo, y a pesar de la baja incidencia de este tipo de eventos, está descrito en la literatura la asociación con el burnout (Gascon et al 2013).

Al analizar los resultados de los dos grupos en las diferentes subescalas de burnout según el tipo de unidad de trabajo (Tabla 39), se aprecia que en las unidades quirúrgicas los resultados del segundo grupo muestran niveles de burnout significativamente más bajos en las tres subescalas, siendo “Realización personal” la que presenta la variación más importante y

“Despersonalización” la que presenta un porcentaje menor de enfermeras con nivel alto de burnout. En las unidades médicas el segundo grupo muestra niveles de burnout significativamente más bajos en las subescalas “Despersonalización” y “Realización personal”, presentando en la subescala “Agotamiento emocional” el mayor porcentaje de enfermeras con burnout alto.

En las unidades de cuidados críticos el segundo grupo sólo muestra niveles de burnout significativamente más bajos en la subescala “Realización personal”. Si bien la subescala “Agotamiento emocional” es la que presenta un porcentaje menor de enfermeras con burnout alto respecto a las otras unidades, no ha variado el porcentaje de enfermeras con burnout alto en la subescala “Despersonalización”, pasando a ser las unidades con mayor porcentaje de enfermeras reportando alto nivel de burnout en esta subescala. Teniendo en cuenta que las unidades de cuidados críticos son unidades altamente tecnificadas con gran complejidad patológica y con elevada mortalidad, estos resultados conducen a pensar en que las enfermeras que trabajan en este tipo de unidades mantienen la distancia emocional en relación al paciente como estrategia de afrontamiento, a pesar de que se modifiquen factores del entorno o que aumente su satisfacción laboral. En el segundo grupo estudiado, los resultados obtenidos de burnout global en las unidades de cuidados críticos (alto burnout en un 14,1%) son menores que en otros entornos, como en Portugal (Teixeira, Ribeiro, Fonseca y Carvalho, 2013), con niveles de alto burnout en un 31% de las enfermeras (n total=218), aunque similares a un estudio realizado en China (Zhang, Huang y Guan, 2014) en el que se reporta un 16% de enfermeras (n total= 431) con alto burnout.

6.4 Consideraciones finales

Desde hace casi un siglo el entorno laboral y los factores relacionados han sido objeto de estudio desde diferentes perspectivas. Todos los estudios realizados, con independencia de los instrumentos utilizados o los entornos donde se han aplicado, indican que la motivación, la actitud y como consecuencia la productividad pueden verse afectados por la percepción que tiene el trabajador del entorno laboral, que además en la mayoría de los casos acaban teniendo a su vez una influencia en la satisfacción laboral y el nivel de burnout.

Las enfermeras son los profesionales sanitarios que pasan más tiempo con el paciente, ya que son las encargadas de proporcionar la mayoría de los cuidados. La calidad de la atención puede condicionar en muchos casos los resultados de salud de los pacientes, de manera que el conocimiento de los factores que pueden tener una influencia sobre el trabajo de las enfermeras es clave para conseguir una atención sanitaria de calidad.

Tanto los factores intrínsecos de la persona como los propios del trabajo, así como los factores extrínsecos como el entorno socioeconómico y cultural, deben ser tenidos en cuenta si se quiere mantener o mejorar el entorno laboral de las enfermeras. Sólo entendiendo el entorno laboral como un elemento multifactorial podrán diseñarse las estrategias más adecuadas con el objetivo de conseguir los mejores resultados de salud con los recursos disponibles en cada momento.

6.4.1 Limitaciones del estudio

La utilización de cuestionarios como instrumentos de medida ha podido aumentar la subjetividad y el sesgo de aceptabilidad social. Además las características de las variables a medir en las enfermeras han podido aumentar el riesgo de que se produzcan estos sesgos.

El sesgo de no respuesta es también una limitación del instrumento de medida, aunque tanto en el proyecto RN4CAST-España como en el proyecto SYCE las tasas de respuesta fueron superiores al 85%.

El sesgo de supervivencia también puede haber influido en los resultados, ya que en el periodo de tiempo que transcurre entre el primer y segundo proyecto las personas más insatisfechas, con peor percepción del entorno laboral o con niveles de burnout más elevados pueden haber abandonado el puesto de trabajo.

Paralelamente, y dado el carácter voluntario de la participación en los dos proyectos, puede haberse dado un sesgo de selección ya que las enfermeras más descontentas o con niveles de burnout más elevados podrían haber decidido no participar.

En el proyecto SYCE se ha podido producir además un sesgo de selección por dos motivos. El primero es que se redujo la recogida de datos entre los meses de Junio y Agosto, ya que las altas temperaturas podían suponer un artefacto en las medidas de los sensores que debían llevar puestos las enfermeras, por lo que es posible que un determinado perfil de enfermeras no haya formado parte de la muestra. En segundo lugar el hecho de tener que llevar los sensores durante diez días implicaba que las enfermeras tuviesen que hacer un esfuerzo adicional y por tanto que quizás estuvieran más motivadas a participar; esto puede haber condicionado el perfil del participante ya que esta mayor motivación ha podido estar causada por percibir un entorno más favorable, estar más satisfechas o presentar niveles más bajos de burnout.

Hay que tener en cuenta que se recogieron datos de diferentes hospitales y en distintos ámbitos geográficos, por lo que se obtuvieron datos tanto de enfermeras que trabajaban en turnos rotatorios como de turnos fijos. En el proyecto SYCE se recogió la opción “turno rotatorio”, que fue la mayoritaria con 410 respuestas de 627 válidas en esta variable, mientras que en el proyecto RN4CAST no se contempló esta opción y se obtuvieron solamente los datos del último turno realizado. Por este motivo la variable turnicidad, a pesar de ser

contemplada en los dos estudios comparados, no permite establecer relaciones entre el tipo de turno y el resto de variables, ya que se ha analizado el último turno trabajado (variable común a los dos proyectos con independencia de si formaba parte de un turno rotatorio o si era la jornada habitual por tratarse de turnos fijos), no el realizado de forma habitual. Por este motivo sólo se ofrecen datos descriptivos del turno realizado en la última jornada laboral y no se ha podido analizar las posibles relaciones existentes entre la turnicidad y satisfacción, entorno y burnout.

El diseño transversal realizado no permite establecer relaciones de causalidad, aunque sí de asociación. Esto implica que se hacen necesarios estudios de carácter longitudinal para establecer las posibles relaciones causa-efecto de las asociaciones encontradas.

6.4.2 Implicaciones para la práctica

La satisfacción laboral, el entorno laboral y el burnout de las enfermeras han sido ampliamente estudiados, pero este trabajo aporta el estudio de estas variables incluyendo el elemento contextual en dos momentos claramente diferenciados por una crisis económica que ha tenido un fuerte impacto en las inversiones realizadas en el sector público. Esta diferente coyuntura económica que ha rodeado cada proyecto ha permitido estudiar estos factores ya reportados en la literatura con la variante económica añadida. Esto es importante ya que ha permitido ver que aunque este impacto ha repercutido en los aspectos económicos, esto no se ha traducido en unos resultados negativos en las tres variables estudiadas.

Por tanto la satisfacción laboral, la percepción del entorno y el burnout pueden ser consideradas constructos multidimensionales, sobre los que influyen multitud de factores o variables, aunque no todos ellos con la misma relevancia.

A la vista de los resultados, y a pesar de que los aspectos económicos son unos de los peor valorados en el segundo grupo de estudio, se deduce por una parte que el contexto socioeconómico que rodea a las personas tiene una influencia directa sobre las mismas, y por otra parte que los aspectos emocionales (relaciones entre compañeros y relaciones laborales enfermera-médico) y de realización personal en lo que a la profesión se refiere (status profesional, autonomía) tienen un papel dominante o cuanto menos compensatorio. También es importante destacar que cuando un trabajador percibe que puede dedicarse más y mejor a las tareas que considera propias de su profesión, se siente más realizado, y posiblemente más valorado. Esta ha sido una característica del segundo grupo de estudio, que declara menos tareas propias no realizadas por falta de tiempo y refiere menos frecuencia de realización de tareas no propias.

Por tanto es importante que los órganos gestores velen por la adecuación de las tareas profesionales de sus trabajadores, faciliten la implicación de los mismos en la toma de decisiones y fomenten la buena relación entre los profesionales. La monitorización de estos aspectos, así como las actividades formativas en gestión de conflictos y trabajo en equipo pueden ser estrategias válidas para conseguir que las enfermeras se sientan más satisfechas, perciban su entorno laboral más favorable y tengan niveles más bajos de burnout.

El factor edad, aunque controvertido en la literatura y no concluyente en este estudio, es un hecho a tener en cuenta ya que con media de edad significativamente distinta, la importancia

que se concede a los diferentes factores contemplados en la medida de la satisfacción laboral es diferente. Mientras que en primer grupo, con una media de edad de 37 años, se da una importancia significativa a la flexibilidad horaria y al desarrollo profesional, en el segundo grupo, con una media de edad de 41 años estos factores dejan de ser significativos y se mantienen tan sólo la autonomía y el status profesional. Por tanto es un hecho que los gestores deben llevar a cabo estrategias diferentes en función del perfil de su plantilla, reforzando aspectos diferentes según las prioridades de los trabajadores que tienen a su cargo.

Si bien es cierto que el tipo de diseño no permite establecer relaciones de causalidad, las asociaciones encontradas pueden suponer un punto de partida para el planteamiento de estrategias de gestión de personal, ya que la literatura avala la idea de que un trabajador que percibe su entorno más favorable y que se siente más satisfecho con su trabajo está más motivado, y por tanto se implica más en el funcionamiento de la empresa. Esto conlleva finalmente una mayor productividad, que en el caso de la salud podría traducirse en una atención de más calidad y por lo tanto unos mejores resultados en salud de los pacientes, hecho ampliamente reportado en la literatura.

Así pues el conocimiento de los aspectos asociados al burnout, la satisfacción y el entorno laboral cuando se produce un cambio en el contexto económico, así como el conocimiento de las diferentes prioridades según el perfil de los trabajadores, ha de permitir a los órganos gestores diseñar estrategias de gestión de personal dirigidas a fomentar los aspectos relacionados con la satisfacción laboral adecuadas a los recursos disponibles y a las plantillas que conforman las instituciones que dirigen.

7. Conclusiones

En base a los resultados obtenidos, se podría decir que en el colectivo enfermero estudiado los factores profesionales (tareas realizadas, autonomía, status, relaciones, ratios, seguridad, calidad de cuidados) condicionan más la satisfacción laboral, percepción del entorno y burnout que los aspectos laborales (retributivos, permisos, bajas...). Así pues la vivencia del día a día en la práctica profesional está por encima de los componentes económicos o que se dan de forma ocasional. El envejecimiento del colectivo indica un escaso recambio generacional, y condiciona tal vez este perfil de prioridades.

Los resultados obtenidos apuntan a la asociación entre mayor satisfacción laboral y mejores entornos laborales con niveles de burnout más bajos.

Los mejores resultados obtenidos en el segundo grupo de estudio en la percepción de calidad asistencial a nivel de unidad contrastan con el empeoramiento de la percepción de calidad a nivel de hospital. Este dato, junto con una valoración más baja en la participación de la enfermería en cuestiones del hospital conduce a pensar en un cierto distanciamiento de la institución por parte del profesional.

La mejor formación reportada en el segundo grupo así como una mejor percepción del entorno induce a pensar en unos resultados en salud más satisfactorios. Sería necesario comparar los resultados de salud de los pacientes entre los dos momentos estudiados para dar consistencia a esta hipótesis.

Los resultados obtenidos muestran niveles de burnout más bajos y de satisfacción y percepción del entorno laboral más altos que otros entornos reportados en la literatura, sobre todo en el ámbito asiático.

8. Bibliografía

- AACN (2002). American Association of Colleges of Nursing. Hallmarks of the professional nursing practice environment. *Journal of Professional Nursing : Official Journal of the American Association of Colleges of Nursing*, 18(5), 295–304. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12434323>
- ABC. (2014) ¿Cuánto cobra un enfermero? Disponible en: <http://www.abc.es/economia/20141209/abci-cuanto-cobra-enfermera-201412051850.html>
- Abushaikha, L., Saca-Hazboun, H. (2009). Job satisfaction and burnout among Palestinian nurses. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 15(1), 190–197.
- Acta Sanitaria. (2012). El Sindicato de Enfermería calcula que el recorte real de sus salario supera el 20%. <http://www.actasanitaria.com/el-sindicato-de-enfermeria-calcula-que-el-recorte-real-de-sus-salarios-supera-el-20/>
- Adams, A., Bond, S. (2000). Hospital nurses' job satisfaction, individual and organizational characteristics. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 536–543. <http://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01513.x>
- AHRQ. Agency for Healthcare Research and Quality. Cuestionario Sobre la Seguridad de los Pacientes en los Hospitales, 1–6. Retrieved from http://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/resources/hospform_sp.pdf
- Aiken, L. H. (2002). Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 288(16), 1987–1993. <http://doi.org/10.1001/jama.288.16.1987>
- Aiken, L. H. (2005). Journey to excellence. Reflections on Nursing Leadership, 31(1), 16–9. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15776720>
- Aiken, L. H., Cimiotti, J., Sloane, D., Smith, H., Flynn, L., y Neff, D. (2011). Effects of Nurse Staffing and Nurse Education on Patient Deaths in Hospitals With Different Nurse Work Environments. *Medical Care*, 49(12), 1047–1053. <http://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182330b6e>
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., y Sloane, D. M. (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings. *Nursing Outlook*, 50(5), 187–194. <http://doi.org/10.1067/mno.2002.126696>
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., Busse, R., Clarke, H., Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty, A. M. y Shamian, J. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs*, 20(3), 43–53. <http://doi.org/10.1377/hlthaff.20.3.43>
- Aiken, L. H., y Patrician, P. (2000). Measuring organizational traits of hospitals: the Revised Nursing Work Index. *Nursing Research*, 49(3), 146–153. <http://doi.org/10.1097/00006199-200005000-00006>
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Clarke, S., Poghosyan, L., Cho, E., You, L., Finlayson, M., Kanai-Pak, M. y Aunguroch, Y. (2011). Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(4), 357–364. <http://doi.org/10.1093/intqhc/mzr022>

- Aiken, L. H., Smith, H. L., y Lake, E. T. (1994). Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Medical Care*, 32(8), 771–787. <http://doi.org/10.1097/00005650-199408000-00002>
- Aiken, L., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., Rafferty, A., Griffiths, P., Tishelman, C., Moreno-Casbas, M.T., Scott, A., Brzostek, T., Schwendimann, R., Schoonhoven, L., Zikos, D., Strømseng Sjetne, I., Smith, H. y Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ Open*, 1717(March), 1–14. <http://doi.org/10.1136/bmj.e1717>
- Akman, O., Ozturk, C., Bektas, M., Ayar, D., y Armstrong, M. A. (2016). Job satisfaction and burnout among paediatric nurses. *Journal of Nursing Management*, 24(7), 923–933. <http://doi.org/10.1111/jonm.12399>
- Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M. E., y Domínguez, V. (2004). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 78(4), 505–516.
- Ang, S. Y., Dhaliwal, S. S., Ayre, T. C., Uthaman, T., Fong, K. Y., Tien, C. E., Zhou, H y Della, P. (2016). Demographics and Personality Factors Associated with Burnout among Nurses in a Singapore Tertiary Hospital. *BioMed Research International*, 2016. <http://doi.org/10.1155/2016/6960184>
- Aranaz Andrés, J. M. (1988). Cuestionario Font Roja. Un instrumento de medida de la satisfacción en el medio hospitalario. *Todo Hospital*, ISSN 0212-1972, No 52, 1988, Págs. 63-68, (52), 63–68.
- Aranaz Andrés, J. M. (1994). Los profesionales y la calidad asistencial hospitalaria. *Todo Hospital*, ISSN 0212-1972, No 112, 1994, Págs. 35-40, (112), 35–40.
- Atance Martínez, J. C. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública*, 71, 293–303.
- Atefi, N., Abdullah, K. L., Wong, L. P., y Mazlom, R. (2014). Factors influencing registered nurses perception of their overall job satisfaction: A qualitative study. *International Nursing Review*, 61(3), 352–360. <http://doi.org/10.1111/inr.12112>
- Ausserhofer, D., Schubert, M., Desmedt, M., Blegen, M. A., De Geest, S., y Schwendimann, R. (2013). The association of patient safety climate and nurse-related organizational factors with selected patient outcomes: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 240–252. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.04.007>
- Bacha, A. M., Grassiotto, O., Gonçalves, S. P., Higa, R., Fonseca-Carvasan, G. A., Machado, H. y Barbosa, D. (2015). Job satisfaction of nursing staff in a university hospital. *Rev Bras Enferm*, 68(6), 819–826.
- Balsanelli, A. P., Cunha, I. C. K. O. (2015). Nursing leadership in intensive care units and its relationship to the work environment. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(1), 106–13. <http://doi.org/10.1590/0104-1169.0150.2531>
- Blegen, M., Goode, C. J., y Reed, L. (1998). Nurse staffing and patient outcomes. *Nursing Research*, 47(1), 43–50. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9478183>

- Blegen, M., Goode, C., Spetz, J., Vaughn, T., y Park, S. (2011). Nurse Staffing Effects on Patient Outcomes. *Medical Care*, 49(4), 406–414.
- BOE (2012a). Boletín oficial de la Rioja (2012). Retrieved from <http://www.larioja.org/bor/es/boletines-nuevo?tipo=2&fecha=2012%2F01%2F16&referencia=902440-1-HTML-443912-X>
- BOE (2012b). Boletín Oficial de Castilla La Mancha. (2012). Retrieved from <http://www.cortesclm.es/index.php/publicaciones>
- Boev, C. (2012). The relationship between nurses' perception of work environment and patient satisfaction in adult critical care. *Journal of Nursing Scholarship : An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing / Sigma Theta Tau*, 44(4), 368–75. <http://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2012.01466.x>
- Bogaert, P. Van, Kowalski, C., Mace, S., Van, D., y 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*, 50(12), 1667–1677. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.05.010>
- Bonneterre, V., Ehlinger, V., Balducci, F., Caroly, S., Jolivet, A., Sobaszek, A., de Gaudemaris, R y Lang, T. (2011). Validation of an instrument for measuring psychosocial and organisational work constraints detrimental to health among hospital workers: The NWI-EO questionnaire. *International Journal of Nursing Studies*, 48(5), 557–567. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.09.006>
- Bonneterre, V., Liaudy, S., Chatellier, G., Lang, T., y de Gaudemaris, R. (2008). Reliability, validity, and health issues arising from questionnaires used to measure Psychosocial and Organizational Work Factors (POWFs) among hospital nurses: a critical review. *Journal of Nursing Measurement*, 16(3), 207–230. <http://doi.org/10.1891/1061-3749.16.3.207>
- Bravo, M.J., Peiró, J. M. y Rodríguez, I. (1996), “Satisfacción Laboral”, En Peiró, J. y Prieto F. (Eds). *Tratado de psicología del trabajo*, vol. 1: La actividad laboral en su contexto, España: Ed Síntesis S.A. pp. 343-394
- Brunet, L. (1987). *El clima de trabajo en las organizaciones : definición, diagnóstico y consecuencias*. México: Trillas.
- Bruyneel, L., Van Den Heede, K., Diya, L., Aiken, L. H., y Sermeus, W. (2009). Predictive validity of the international hospital outcomes study questionnaire: An RN4CAST pilot study. *Journal of Nursing Scholarship*, 41(2), 202–210. <http://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01272.x>
- Bullich-Marín, I., Miralles Basseda, R., Torres Egea, P., Planas-Campmany, C., y Juvé-Udina, M. E. (2015). Evaluation of the nurse working environment in health and social care intermediate care units in Catalonia. *Revista Espanola de Geriatria Y Gerontologia*. <http://doi.org/10.1016/j.regg.2015.10.009>
- Cal/OSHA. (1995). California Occupational Safety and Health Administration. Guidelines for Workplace Security.. Retrieved March 1, 2017, from https://www.dir.ca.gov/dosh/dosh_publications/worksecurity.html
- Camacho Bejarano, R. (2012). Seguridad clínica, niveles de satisfacción y calidad de los cuidados hospitalarios. *Enfermería Clínica*, 22(3), 170–172. <http://doi.org/10.1016/j.enfcli.2012.04.006>

- Cañadas-De la Fuente, G. A., Vargas, C., San Luis, C., García, I., Cañadas, G. R., y De la Fuente, E. I. (2015). Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 240–249. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.001>
- Card, D., Mas, A., Moretti, E., y Saez, E. (2012). Inequality at work: the effect of peer salaries on job satisfaction. *American Economic Review*, 102(6), 2981-3003 <https://www.aeaweb.org/articles?id=10.1257/aer.102.6.2981>
- CGE (2013). Consejo General de Enfermería. Récord histórico de paro. <http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/noticias/item/2867-2013-récord-histórico-de-paro-19639-enfermeros-desempleados>
- CGE (2015). Consejo General de Enfermería. Notas de prensa 12/05/2015. España necesitaría 141.783 enfermeros más para alcanzar la media europea y las CC.AA. presentan grandes diferencias entre sí en el número de profesionales por cada 100.000 habitantes. Disponible en <https://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/notas-prensa/category/20-notas-de-prensa?start=80>
- Chiang-Vega, M., Martín Rodrigo, M. J. y Núñez Partido, A.. (2010). Relaciones entre el clima organizacional y la satisfacción laboral. Madrid: Univ Pontificia Comillas.
- Chien, W. T., y Yick, S. Y. (2016). An investigation of nurses' job satisfaction in a private hospital and its correlates. *Open Nursing Journal*, 10(852), 99–112. <http://doi.org/10.2174/1874434601610010099>
- Cho, E., Chin, D. L., Kim, S., y Hong, O. (2016). The Relationships of Nurse Staffing Level and Work Environment With Patient Adverse Events. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(1), 74–82. <http://doi.org/10.1111/jnu.12183>
- Clark, A. E., y Oswald, A. J. (1996). Satisfaction and comparison income. *Journal of Public Economics*, 61(3), 359–381.
- Coetzee, S. K., Klopper, H. C., Ellis, S. M., y Aiken, L. H. (2013). A tale of two systems- Nurses practice environment, well being, perceived quality of care and patient safety in private and public hospitals in South Africa: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 162–173. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.002>
- Coomber, B., y Barriball, K. L. (2007). Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: a review of the research literature. *International Journal of Nursing Studies*, 44(2), 297–314. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.02.004>
- Dos Santos Alves, D. F., da Silva, D., de Brito Guirardello, E. (2016). Nursing practice environment, job outcomes and safety climate: a structural equation modelling analysis. *Journal of Nursing Management*. <http://doi.org/10.1111/jonm.12427>
- Duffield, C. M., Roche, M. A., Blay, N., y Stasa, H., (2011). Nursing unit managers, staff retention and the work environment. *Journal of Clinical Nursing*, 20(1–2), 23–33. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03478.x>
- EFNA (2012). European Federation of Nurses Associations, Caring in Crisis. The Impact of the Financial Crisis on Nurses and Nursing. A Comparative Overview of 34 European Countries

- eEconomista (2016). La Sanidad pública, abocada a buscar plaza fija a más de 170.000 eventuales. Disponible en: <http://www.eeconomista.es/sanidad/noticias/7873035/10/16/La-Sanidad-publica-abocada-a-buscar-plaza-fija-a-mas-de-170000-eventuales.html>
- Fernández Larraguibel, B., y Paravic Klijn, T., (2003). Nivel de satisfacción laboral en enfermeras de hospitales públicos y privados de la provincia de Concepción, Chile. *Ciencia Y Enfermería*, 9(2), 57–66. <http://doi.org/10.4067/S0717-95532003000200006>
- Finlayson, M., Aiken, L. H., y Nakarada-Kordic, I., (2007). New Zealand nurses' reports on hospital care: an international comparison. *Nursing Praxis in New Zealand Inc*, 23(1), 17–28. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18044232>
- Fontova Almató, A., (2015). Estudio de la satisfacción de pacientes y profesionales en un servicio de urgencias hospitalario (Tesis Doctoral). Universitat de Girona, Girona, España.
- Fraga Díez, I. (2001). Desmotivación y enfermería: diagnóstico del problema. *Metas de Enfermería*, 38, 38–41. Retrieved from <https://scholar.google.es/scholar?hl=ca&q=fraga+diéz+i+.+desmotivación+y+enfermería.+diagnóstico+del+problema&btnG=>
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165. <http://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Fuentelsaz-Gallego, C., Moreno-Casbas, M. T., y González-María, E. (2013). Validation of the Spanish version of the questionnaire Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 274–280. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.08.001>
- Fuentelsaz-Gallego, C., Moreno-Casbas, M. T., Gómez-García, T., y González-María, E. (2013). Entorno laboral, satisfacción y burnout de las enfermeras de unidades de cuidados críticos y unidades de hospitalización. Proyecto RN4CAST-España. *Enfermería Intensiva*, 24(3), 104–112. <http://doi.org/10.1016/j.enfi.2013.06.001>
- Fuentelsaz-Gallego, C., Moreno-Casbas, M. T., López-Zorraquino, D., Gómez-García, T., González-María, E., Martín González, A. M., Gómez González, B., Quesada Ramos, C., Candel Parr, E., Oltra Rodríguez, E., Querol García, E., Abad Corpa, e., Guerra Bernal, F. J., Lozano Olea, F., Rodríguez Escobar, J., Martínez Jimeno, I., Ferrús Estopa, I., San Martín Rodríguez, I., Orts Cortés, M.I., Rich Ruiz, M., Alonso Carreño, m., Rodríguez Álvaro, M., Contreras Moreira, m., Uriel Latorre, P., Esteban Sepúlveda, S., Sebastián Viana, T. (2012). Percepción del entorno laboral de las enfermeras españolas en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Proyecto RN4CAST-España. *Enfermería Clínica*, 22(5), 261–268. <http://doi.org/10.1016/j.enfcli.2012.09.001>
- Gaceta médica (2014). Edición catalana. Año XII-507. 7 al 13 de abril de 2014. (n.d.). Retrieved April 8, 2016, from <http://www.gacetamedica.com/noticias-medicina/especiales.aspx?val=pdf?idcat=794&tipo=8>
- Gamboa. (2007). La empleabilidad y la iniciativa personal como antecedentes de la satisfacción laboral. Working Papers. Serie EC, 1–26. Retrieved from <http://ideas.repec.org/p/ivi/wpasec/2007-01.html>
- Gamero, C. (2005): Análisis Microeconómico de la Satisfacción Laboral, Consejo Económico y Social del Reino de España, Colección Estudios, EST-171, Madrid. (ISBN-10: 84-8188-232-1) Retrieved from <http://www.eumed.net/tesis-doctorales/cgb/>

- García Carmona, R. M., y Robles Ortega, H. (2012). Variables sociodemográficas y moderadores de burnout en personal sanitario de cuidados críticos. *Desarrollo Científico Enferm*, 20(3), 76–82.
- García Grau, N., Roca Biosca, A., Carmona Heredia, A., y Olona Cabassés, M. (2004). Síndrome de Burnout en los equipos de Enfermería de Cuidados Intensivos de Cataluña. *Revista Metas de Enfermería*, 2. Retrieved from <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/6309/>
- García-Saisó, A., Ortega-Andeane, P., y Reyes-Lagunes, I. (2014). Adaptación y Validación Psicométrica de la Escala de Clima Social Organizacional (WES) de Moos en México. *Acta de investigación psicológica*, 4(1), 1370–1384.
- Gascon, S., Leiter, M. P., Andrés, E., Santed, M. A., Pereira, J. P., Cunha, M. J., Albesa, A., Montero-Marín, J., García-Campayo, J. y Martínez-Jarreta, B. (2013). The role of aggressions suffered by healthcare workers as predictors of burnout. *Journal of Clinical Nursing*, 22(21–22), 3120–3129. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04255.x>
- Gasparino, R. C., De Brito, E., y Aiken, L. H. (2011). Validation of the Brazilian version of the Nursing Work Index-Revised (B-NWI-R). *Journal of Clinical Nursing*, 20(23–24), 3494–3501. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03776.x>
- Gérvás, J. J., y Hernández Monsalve, L. M. (1989). Treatment of Thomas' disease. *Medicina Clínica*, 93(15), 572–5. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2622262>
- Gil-monte, P. R. (2002). Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud pública de México*, 44(1), 33-40 Retrieved from http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342002000100005&script=sci_arttext&tlng=pt
- Gil-Monte, P. R. (2005). Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals. *Revista de Saúde Pública*, 39(1), 1–8. <http://doi.org/10.1590/S0034-89102005000100001>
- Gil-monte, P. R., y Peiró, M. J. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, 15(2), 261–268.
- Gutiérrez Alanis, T., y Martínez Alcántara, S. (2006). Burnout en enfermeras oncológicas mexicanas, 14(1), 19–30. Retrieved from http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-01382006000100003
- Havens, D., Labov, T., Faura, T., y Aiken, L. (2002). Entorno clínico de la enfermera hospitalaria. *Enfermería Clínica*, 12(1), 13–21. [http://doi.org/10.1016/S1130-8621\(02\)73730-3](http://doi.org/10.1016/S1130-8621(02)73730-3)
- Hellriegel, D., y Slocum, J. W. (1974). Organizational Climate: Measures, Research and Contingencies. *Academy of Management Journal*, 17(2), 255–280. <http://doi.org/10.2307/254979>
- Hernández JE, Rondón RF, Ariza NE, Manrique FG. (2010). Satisfacción laboral en el personal de enfermería de la E.S.E Hospital San Antonio de Soatá. *Revista Salud Historia y Sanidad*, 5 (2), 1-22

- INC (2009). International Council of Nurses. Health Systems Strengthening : working together to achieve more. ICN Report 2007-2009. Disponible en <http://www.icn.ch/who-we-are/biennial-reports/>
- INC (2015). International Council of Nurses. Las enfermeras y el estrés ocupacional. La enfermería importa. <http://www.icn.ch/es/publications/fact-sheets/>
- INC et al. (2008). International Council of Nurses, International Pharmaceutical Federation, International Hospital Federation, World Confederation for Physical Therapy, World Dental Federation, & World Medical Association. (2008). Positive Practice Environments for health care professionals, 2011, 6. Retrieved from http://www.whpa.org/PPE_Fact_Health_Pro.pdf
- INE. Cálculo de variaciones del Índice de Precios de Consumo. Disponible en: <http://www.ine.es/varipc/verVariaciones.do;jsessionid=B560BD6D52B31B98E0D10941CD92BE3D.varipc03?idmesini=1&anyoini=2009&idmesfin=1&anyofin=2014&ntipo=1&enviar=Calcular>
- INE. (2014). Notas de prensa. 28 de octubre de 2016. Encuesta de estructura salarial 2014. Resultados definitivos. Disponible en: http://www.ine.es/dynsgs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177025&menu=ultiDatos&idp=1254735976596
- INE (2016). Demografía y población. Población residente en España. Datos provisionales a 01/07/2016. Cifras de población. Series detalladas desde 2002. Resultados Nacionales. Población residente por fecha, sexo y edad. Disponible en <http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=9663&L=0>
- INE (2014) Instituto Nacional de Estadística. Profesionales sanitarios colegiados 2014. Disponible en <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&file=pcaxis&path=%2Ft15%2Fp416%2F%2Fa2014>
- INE (2017). Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Población Activa (EPA), serie histórica. Retrieved March 16, 2017, from http://www.ine.es/prensa/epa_tabla.htm
- Jansen, P. G., Kerkstra, A., Abu-Saad, H. H., y Van der Zee, J. (1996). The effects of job characteristics and individual characteristics on job satisfaction and burnout in community nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 33(4), 407–421. [http://doi.org/10.1016/0020-7489\(95\)00060-7](http://doi.org/10.1016/0020-7489(95)00060-7)
- Jiménez Moreno, B., González Gutierrez, J. L., y Garrosa Hernández, E. (2002). Variables sociodemográficas en el proceso de desgaste profesional de enfermería. *Revista de ROL de Enfermería*, 25(11), 18–26.
- Kalliath, T., y Morris, R. (2002). Job satisfaction among nurses: a predictor of burnout levels. *The Journal of Nursing Administration*, 32(12), 648–54. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12483086>
- Kanai-Pak, M. (2008). Poor Work Environments and Nurse Inexperience Are Associated with Burnout, Job Dissatisfaction, and Quality Deficits in Japanese Hospitals. *NIH Public Access*, 17(24), 3324–3329. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02639.x.Poor>
- Kanai-Pak, M., Aiken, L. H., Sloane, D. M., y Poghosyan, L. (2008). Poor work environments and nurse inexperience are associated with burnout, job dissatisfaction and quality deficits in

- Japanese hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 17(24), 3324–9. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02639.x>
- Kane, R. L., Shamliyan, T., Mueller, C., Duval, S., y Wilt, T. J. (2007). Nurse staffing and quality of patient care. *Evidence Report/technology Assessment*, (151), 1–115. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17764206>
- Kelly, D. M., Kutney-Lee, A., McHugh, M. D., Sloane, D. M., y Aiken, L. H. (2014). Impact of critical care nursing on 30-day mortality of mechanically ventilated older adults. *Critical Care Medicine*, 42(5), 1089–95. <http://doi.org/10.1097/CCM.000000000000127>
- Khamisa, N., Oldenburg, B., Peltzer, K., y Ilic, D. (2015). Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(1), 652–66. <http://doi.org/10.3390/ijerph120100652>
- Khamisa, N., Peltzer, K., y Oldenburg, B. (2013). Burnout in relation to specific contributing factors and health outcomes among nurses: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(6), 2214–40. <http://doi.org/10.3390/ijerph10062214>
- Khamlub, S., Harun-Or-Rashid, M., Sarker, M. A. B., Hirose, T., Outavong, P., y Sakamoto, J. (2013). Job satisfaction of health-care workers at health centers in Vientiane Capital and Bolikhamxai Province, Lao PDR. *Nagoya Journal of Medical Science*, 75(3–4), 233–41. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24640179>
- Kirwan, M., Matthews, A., y Scott, P. A. (2013). The impact of the work environment of nurses on patient safety outcomes: A multi-level modelling approach. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 253–263. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.08.020>
- Koçkesen, L. (2008). Relative income. En Darity, W. A., *International Encyclopedia of the Social Sciences* (pp. 153-154). Detroit: Macmillan Reference USA, 2nd Edition
- Kramer, M., y Schmalenberg, C. (1991). Job satisfaction and retention. Insights for the '90s. Part 1. *Nursing*, 21(3), 50–5. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2002930>
- Kramer M y Hafner L. (1989). Shared values: impact on staff nurse job satisfaction and perceived productiv. *Nursing Research*, 38(3), 172–177.
- Kutney-Lee, A., Wu, E. S., Sloane, D. M., Aiken, L. H., y Fagin, C. M. (2013). Changes in Hospital Nurse Work Environments and Nurse Job Outcomes: An Analysis of Panel Data, 50(2), 195–201. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.07.014.Changes>
- Lake, E. T. (2002). Development of the practice environment scale of the nursing work index. *Research in Nursing and Health*, 25(3), 176–188. <http://doi.org/10.1002/nur.10032>
- Lake, E. T. (2007). The nursing practice environment: measurement and evidence. *Medical Care Research and Review : MCRR*, 64(2 Suppl), 104S–22S. <http://doi.org/10.1177/1077558707299253>
- Lake, E. T. y Friese, C. R. (2006). Variations in Nursing Practice Environments. *Nursing Research*, 55(1), 1–9. <http://doi.org/10.1097/00006199-200601000-00001>
- Lake, E. T., Hollowell, S. G., Kutney-Lee, A., Hatfield, L. A., Del Guidice, M., Boxer, B. A., Ellis, L. N., Lindsey, V. y Aiken, L. H. (2016). Higher Quality of Care and Patient Safety Associated With Better NICU Work Environments. *Journal of Nursing Care Quality*, 31(1), 24–32. <http://doi.org/10.1097/NCQ.000000000000146>

- Lankshear, A. J., Sheldon, T. A., y Maynard, A. (2005). Nurse staffing and healthcare outcomes: a systematic review of the international research evidence. *ANS. Advances in Nursing Science*, 28(2), 163–74. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15920362>
- Lee, H.-F., Yen, M., Fetzer, S., y Chien, T. W. (2015). Predictors of Burnout Among Nurses in Taiwan. *Community Mental Health Journal*, 51(6), 733–7. <http://doi.org/10.1007/s10597-014-9818-4>
- Legido-Quigley, H., Otero, L., la Parra, D., Alvarez-Dardet, C., Martin-Moreno, J. M., y McKee, M. (2013). Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system? *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 346(June), f2363. <http://doi.org/10.1136/bmj.f2363>
- Leineweber, C., Chungkham, H. S., Lindqvist, R., Westerlund, H., Runesdotter, S., Smeds Alenius, L., y Tishelman, C. (2016). Nurses' practice environment and satisfaction with schedule flexibility is related to intention to leave due to dissatisfaction: A multi-country, multilevel study. *International Journal of Nursing Studies*, 58, 47–58. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.02.003>
- Li, B., Bruyneel, L., Sermeus, W., Van den Heede, K., Matawie, K., Aiken, L., y Lesaffre, E. (2013). Group-level impact of work environment dimensions on burnout experiences among nurses: A multivariate multilevel probit model. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2). <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.07.001>
- Lin F., St John W., McVeigh C. (2009). Burnout among hospital nurses in China. *Journal of Nursing Management*, 17(3), 294-301
- Litwin G. H. y Stringer, R. A. (1968). *Motivation and organizational climate*. Boston: Harvard University.
- Liu, K., You, L. M., Chen, S. X., Hao, Y. T., Zhu, X. W., Zhang, L. F., y Aiken, L. H. (2012). The relationship between hospital work environment and nurse outcomes in Guangdong, China: A nurse questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing*, 21(9–10), 1476–1485. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03991.x>
- Lomeña Villalobos, J., Campaña Villegas, F., Nuevo Toro, G., Rosas Soria, D., Gámez, A., y García Molina, F. (2004). Burnout y satisfacción laboral en Atención Primaria. *Medicina de familia*, 5(3) 147–155.
- Losa Iglesias, M. E., Vallejo, R. B. de B., y Fuentes, P. S. (2010). The relationship between experiential avoidance and burnout syndrome in critical care nurses: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47(1), 30–37. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.06.014>
- Lu, H., While, A. E., y Louise Barriball, K. (2005). Job satisfaction among nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 42(2), 211–227. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.09.003>
- Ma, C., y Park, S. H. (2015). Hospital Magnet Status, Unit Work Environment, and Pressure Ulcers. *Journal of Nursing Scholarship : An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing / Sigma Theta Tau*, 47(6), 565–73. <http://doi.org/10.1111/jnu.12173>

Manojlovich, M., Antonakos, C. L., y Ronis, D. L. (2009). Intensive care units, communication between nurses and physicians, and patients' outcomes. *American Journal of Critical Care*, 18(1), 21–30. <http://doi.org/10.4037/ajcc2009353>

Mark, B. A., Salyer, J., y Wan, T. T. H. (2003). Professional nursing practice: impact on organizational and patient outcomes. *The Journal of Nursing Administration*, 33(4), 224–34. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12690254>

McClure, M. L., Poulin, M. A., Sovie, M. D., y Wandelt, M. A. (2002). Magnet hospitals: attraction and retention of professional nurses (original study). *Magnet Hospitals Revisited: Attraction and Retention of Professional Nurses, 1981*, 1–24.

McHugh, M. D., Kelly, L. A., Smith, H. L., Wu, E. S., Vanak, J. M., y Aiken, L. H. (2013). Lower mortality in magnet hospitals. *Medical Care*, 51(5). <http://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182726cc5>

McHugh, M. D., Rochman, M. F., Sloane, D. M., Berg, R. A., Mancini, M. E., Nadkarni, V. M., Merchant, R. M. y Aiken, L. H. (2016). Better Nurse Staffing and Nurse Work Environments Associated With Increased Survival of In-Hospital Cardiac Arrest Patients. *Medical Care*, 54(1), 74–80. <http://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000456>

Maslach, C., y Jackson, S. (1981). The measurement of experienced Burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2(2), 99–113. <http://doi.org/10.1002/job.4030020205>

Maslach, C., y Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. 2ªed. Palo Alto, California: Consulting Psychologists

Maslach, C., Jackson, S., y Seisdedos Cubero, N. (1997). *MBI: Inventario "burnout" de Maslach : síndrome del "quemado" por estrés laboral asistencial : manual*. Madrid: TEA Ediciones.

Maslach, C., Schaufeli, W. B., y Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annu. Rev. Psychol*, (52), 397–422. <http://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>

Mingote Adán, J. C., & Pérez Corral, F. (1999). *El estrés del médico : manual de autoayuda*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

Mingote Adan, J., Moreno Jiménez, B., y Galvez Herrer, M. (2004). Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Med Clin (Barc)*, 265–270. <http://doi.org/10.1157/13065203>

Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Observatorio de las ocupaciones del Servicio Público de Empleo (2014). Información anual de mercado de trabajo de titulados universitarios. https://www.sepe.es/contenidos/que_es_el_sepe/observatorio/observatorio.html

Ministerio de Empleo y Seguridad Social. (2014). Observatorio de las ocupaciones del Servicio Público de Empleo. (2014). Datos segun titulación. https://www.sepe.es/contenidos/que_es_el_sepe/observatorio/observatorio.html

Ministerio de Empleo y Seguridad Social. (2017). Observatorio de las ocupaciones del Servicio Público de Empleo. Paro registrado por sectores, sexo y edad (2008-2017). Disponible en: http://www.sepe.es/contenidos/que_es_el_sepe/estadisticas/datos_avance/paro/.

- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto SENECA: Informe técnico 2008.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2013
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012) Sistema Nacional de Salud, España 2012. Retrieved from <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/libroSNS.htm>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud (SCS). Serie estadística 2003-2014. Disponible en <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/SCS.htm>
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005
- Mitchell, P. H., y Shortell, S. M. (1997). Adverse outcomes and variations in organization of care delivery. *Medical Care*, 35(11 Suppl), NS19-32. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9366876>
- Molina, J., y Valderrama, L. (2009). Factores relacionados con la satisfacción laboral de enfermería en un hospital médico-quirúrgico. *Investigación y educación en enfermería*, 27(2), 218–25.
- Moran, M. J., y Johnson, J. E. (1992). Quality improvement: the nurse's role. *American Nurses Association Publications*, (NP-80 7.5 M), 45–61. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1621942>
- Moreno-Casbas, M. T., Ruzafa-Martinez, M., Rol, M. A., Madrid, J. A., Serrano Pinto, A., González-María, E., Fuentelsaz-Gallego, C. y SYCE Network (2014). Sleepiness in Spanish nursing staff--influence of chronotype and care unit in circadian rhythm impairment: research protocol. *Journal of Advanced Nursing*, 70(1), 211–9. <http://doi.org/10.1111/jan.12200>
- Morillo-García, Á., Aldana-espinal, J. M., Labry-lima, A. O. De, Valencia-martín, R., López-márquez, R., Loscertales-abril, M., y Conde-herrera, M. (2015). Hospital costs associated with nosocomial infections in a pediatric intensive care unit, 29(4), 282–287.
- Mueller, C. W., y McCloskey, J. C. (1990). Nurses' job satisfaction: a proposed measure. *Nursing Research*, 39(2), 113–7. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2315065>
- Myhren, H., Ekeberg, O., y Stokland, O. (2013). Job Satisfaction and Burnout among Intensive Care Unit Nurses and Physicians. *Critical Care Research and Practice*, 2013, 786176. <http://doi.org/10.1155/2013/786176>
- Needleman, J., Buerhaus, P., Pankratz, V. S., Leibson, C. L., Stevens, S. R., y Harris, M. (2011). Nurse staffing and inpatient hospital mortality. *The New England Journal of Medicine*, 364(11), 1037–1045. <http://doi.org/10.1056/NEJMsa1001025>
- Newman, J. E. (1977). Development of a Measure of Perceived Work Environment (PWE). *Academy of Management Journal*, 20(4), 520–534.
- OECD (2015). Health at a Glance 2015. OECD READ edition. Retrieved April 4, 2016, from http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015_health_glance-2015-en#page7

- Orts Cortés, M. I. (2011). Validez de contenido del Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) en el ámbito europeo (Tesis Doctoral). Universidad de Alicante, Alicante, España. Retrieved from <http://193.145.233.67/dspace/handle/10045/21852>
- Parada, M. E., Moreno B, R., Mejías M, Z., Rivas F, A., Rivas F, F., Cerrada S, J., y Rivas P, F. (2005). Job satisfaction and burnout syndrome in the nursing staff of the Instituto Autónomo Hospital Universitario Los Andes, Mérida, Venezuela, 2005. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 23(1), 33–45.
- Parro Moreno, A., Serrano Gallardo, P., Ferrer Arnedo, C., Serrano Molina, L., De La Puerta Calatayud, M. L., Barberá Martín, A., Morales Asencio, J. M. y De Pedro Gómez, J. (2013). Influence of socio-demographic, labour and professional factors on nursing perception concerning practice environment in Primary Health Care. *Atencion Primaria*, 45(9), 476–485. <http://doi.org/10.1016/j.aprim.2012.12.015>
- Patrician, P. a, Shang, J., y Lake, E. T. (2010). Organizational determinants of work outcomes and quality care ratings among Army Medical Department registered nurses. *Research in Nursing & Health*, 33(2), 99–110. <http://doi.org/10.1002/nur.20370>
- Peiró, J. M. (1985). Evaluación psicológica de las organizaciones. *Evaluación Psicológica* (1-2): 189-239.
- Perez Martinez, A. (2010). El Síndrome De Burnout. Evolución Conceptual Y Estado Actual De La Cuestión the Burnout Syndrome .Overview and Development of the Concept. *Vivat Academia*, (112), 1–40. Retrieved from <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOSS.htm>
- Piko, B. F. (2006). Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43(3), 311–8. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.05.003>
- Poghosyan, L., Aiken, L. H., y Sloane, D. M. (2009). Factor structure of the Maslach burnout inventory: An analysis of data from large scale cross-sectional surveys of nurses from eight countries. *International Journal of Nursing Studies*, 46(7), 894–902. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.03.004>
- Prezerakos, P., Galanis, P., y Moisoglou, I. (2015). The work environment of haemodialysis nurses and its impact on patients' outcomes. *International Journal of Nursing Practice*, 21(2), 132–40. <http://doi.org/10.1111/ijn.12223>
- Puialto, M., Antolín, R., y Moure, L. (2006). Prevalencia del síndrome del quemad@ y estudio de factores relacionados en l@s enfermer@s del CHUVI (Complejo Hospitalario Universitario de Vigo). *Enfermería Global*, 8, 1–18.
- Río Moro, O., Perezagua García, M., Villalta Sevilla, M., y Sánchez Donaire, A. (2005). Satisfacción personal de enfermería: ¿Se cumplen nuestras expectativas? 4to .Congreso Virtual de Cardiología. Federación Argentina de Cardiología.
- Rios, M. I. y Godoy, C. (2008). Satisfacción laboral en un colectivo de enfermería de urgencias. *Revista científica de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias*. Segunda época (0)

- Roche, M., Diers, D., Duffield, C., y Catling-Paull, C. (2010). Violence toward nurses, the work environment, and patient outcomes. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(1), 13–22. <http://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01321.x>
- Ruzafa-Martínez, 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), 434–442. <http://doi.org/10.1157/13126924>
- Sales, A., Sharp, N., Li, Y.-F., Lowy, E., Greiner, G., Liu, C.-F., Alt-White, A., Rick, C., Sochalski, J., Mitchell, P. M., Rosenthal, G., Stetler, C., Cournoyer, P. y Needleman, J. (2008). The association between nursing factors and patient mortality in the Veterans Health Administration: the view from the nursing unit level. *Medical Care*, 46(9), 938–945. <http://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181791a0a>
- Sanchez-Sellero, M., Sanchez-Sellero, P., Cruz González, M. M., Sanchez-Sellero, F. J., (2014). Características organizacionales de la satisfacción laboral en España. *Revista de Administração de Empresas*, 54(5), 537–547. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902014000500537
- Satse. (2012). Estudio descriptivo del clima laboral y las condiciones de trabajo de los profesionales de enfermería en España. Madrid: SATSE; 2012. Retrieved from <http://www.satse.es/comunicacion/sala-de-prensa/informes/estudio-descriptivo-del-clima-laboral-y-las-condiciones-de-trabajo-de-los-profesionales-de-enfermeria-en-espana>
- Sauter, S. L., Murphy, L. R., Hurrell, J. J., y Levi, L. (2001). Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo, Vol II, Parte V, Capítulo 34: Factores psicosociales y de organización. Disponible en: <http://www.insht.es/portal/site/Insht/menuitem.1f1a3bc79ab34c578c2e8884060961ca/?vgnextoid=5f5b4cf5a69a5110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD&vgnextchannel=9f164a7f8a651110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD>
- Sermeus, W., Aiken, L. H., Van den Heede, K., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M. T., Busse, R., Lindqvist, R., Scott, A. P., Bruyneel, L., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schubert, M., Schoonhoven, L., Zikos, D. y RN4CAST consortium (2011). Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nursing*, 10(1), 6. <http://doi.org/10.1186/1472-6955-10-6>
- Silla, I. (2005). Job Insecurity and Health-Related Outcomes among Different Types of Temporary Workers. *Economic and Industrial Democracy*, 26(1), 89–117. <http://doi.org/10.1177/0143831X05049404>
- Slater, P., O'Halloran, P., Connolly, D., y McCormack, B. (2009). Testing of the factor structure of the nursing work index-revised. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 7(3), 123–134. <http://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2009.00158.x>
- Sleutel, M. R. (2000). Climate, culture, context, or work environment? Organizational factors that influence nursing practice. *The Journal of Nursing Administration*, 30(2), 53–8. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10689396>
- Smeds-Alenius, L., Tishelman, C., Lindqvist, R., Runesdotter, S., y McHugh, M. D. (2016). RN assessments of excellent quality of care and patient safety are associated with significantly lower odds of 30-day inpatient mortality: A national cross-sectional study of acute-care hospitals. *International Journal of Nursing Studies*, 61, 117–124. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.06.005>

- SNS Estadísticas. (2015). Sistema de Cuentas de Salud. Retrieved from <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/SCS.htm>
- Squires, A. (2013). A Systematic Survey Instrument Translation Process for Multi- Country, Comparative Health Workforce Studies. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 264–273. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.02.015>
- Squires, A., Finlayson, C., Gerchow, L., Cimiotti, J. P., Matthews, A., Schwendimann, R., Griffith, P., Busse, R., Heinen, M., Brzostek, T., Moreno-Casbas, M. T., Aiken, L. H. y Sermeus, W. (2014). Methodological considerations when translating “burnout.” *Burnout Research*, 1(2), 59–68. <http://doi.org/10.1016/j.burn.2014.07.001>
- Stalpers, D., de Brouwer, B. J. M., Kaljouw, M. J., y Schuurmans, M. J. (2015). Associations between characteristics of the nurse work environment and five nurse-sensitive patient outcomes in hospitals: A systematic review of literature. *International Journal of Nursing Studies*, 52(4), 817–835. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.01.005>
- Stimpfel, A. W., Sloane, D. M., McHugh, M. D., y Aiken, L. H. (2016). Hospitals Known for Nursing Excellence Associated with Better Hospital Experience for Patients. *Health Services Research*, 51(3), 1120–1134. <http://doi.org/10.1111/1475-6773.12357>
- Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. (2016). Indicadores Hospitalarios. Retrieved from <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospilInternado/inforAnual/homeESCRI.htm>
- Takei, I., & Sakamoto, A. (2009). The Effects of Absolute and Relative Incomes on Job Satisfaction among Male Workers in Japan. *Sociological Focus*, 42(1), 39–56.
- Taylor J. C. y Bowers, D. G. (1970). Survey of organizations [Publications] v.165: 3372. - Full View | Hathitrust Digital Library | Hathitrust Digital Library. Center for research on Utilization of Scientific Knowledge, Institute for Social Research, The University of Michigan. Ann Arbor, Michigan 48106. Retrieved from <https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=mdp.39015071883651;view=1up;seq=1>
- Teixeira, C., Ribeiro, O., Fonseca, A. M., y Carvalho, A. S. (2013). Burnout in intensive care units - a consideration of the possible prevalence and frequency of new risk factors: a descriptive correlational multicentre study. *BMC Anesthesiology*, 13(1), 38. <http://doi.org/10.1186/1471-2253-13-38>
- Thornton, C. y Mark, B. (2009). Organizational effects on patient satisfaction in hospital medical-surgical units. *The Journal of Nursing Administration*, 39(5), 220–7. <http://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3181a23d3f>
- Toh, S. G., Ang, E., y Devi, M. K. (2012). Systematic review on the relationship between the nursing shortage and job satisfaction, stress and burnout levels among nurses in oncology/haematology settings. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 10(2), 126–41. <http://doi.org/10.1111/j.1744-1609.2012.00271.x>
- Tourangeau, A. E., Hall, L. M., Doran, D., Petch, T., y Bloomberg, L. S. (2006). Measurement of nurse job satisfaction using the McClosky/Mueller Satisfaction Scale. In *Nursing Research*, 55(2), 128–136. <http://doi.org/10.1097/00006199-200603000-00008>

- Tourangeau, A. E., Cranley, L. A., y Jeffs, L. (2006). Impact of nursing on hospital patient mortality: a focused review and related policy implications. *Quality & Safety in Health Care*, 15(1), 4–8. <http://doi.org/10.1136/qshc.2005.014514>
- Traynor, M., y Wade, B. (1993). The development of a measure of job satisfaction for use in monitoring the morale of community nurses in four trusts. *Journal of Advanced Nursing*, 18(1). <http://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1993.18010127.x>
- Van den Heede, K., Sermeus, W., Diya, L., Clarke, S. P., Lesaffre, E., Vleugels, A., y Aiken, L. H. (2009). Nurse staffing and patient outcomes in Belgian acute hospitals: Cross-sectional analysis of administrative data. *International Journal of Nursing Studies*, 46(7), 928–939. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.05.007>
- Vogus, T. J., y Sutcliffe, K. M. (2007). The Safety Organizing Scale. *Medical Care*, 45(1), 46–54. <http://doi.org/10.1097/01.mlr.0000244635.61178.7a>
- Wade, G. H., Osgood, B., Avino, K., Bucher, G., Bucher, L., Foraker, T., French, D. y Sirkowski, C. (2008). Influence of organizational characteristics and caring attributes of managers on nurses' job enjoyment. *Journal of Advanced Nursing*, 64(4), 344–353. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04775.x>
- Wanous, J. P., Reichers, A. E., y Hudy, M. J. (1997). Overall job satisfaction: How good are single-item measures? *Journal of Applied Psychology*, 82(2), 247–252. <http://doi.org/10.1037/0021-9010.82.2.247>
- Warshawsky, N. E., y Havens, D. S. (2011). Global use of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Nursing Research*, 60(1), 17–31. <http://doi.org/10.1097/NNR.0b013e3181ffa79c>
- Whitmer, M., Hurst, S., y Prins, M. (2009). Intergenerational Views of Hardiness in Critical Care Nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 28(5), 214–220. <http://doi.org/10.1097/DCC.0b013e3181ac4b82>
- WHO (2007) | Reports. Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. (2007). Switzerland: WHO Press, World Health Organization, Retrieved from <http://www.who.int/gho/publications/en/>
- WHO (2015) | Reports. European strategic directions for strengthening nursing and midwifery towards Health 2020 goals. (2015). Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe. Retrieved from <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery/publications>
- Wieck, K. L., Dols, J., y Landrum, P. (2010). Retention priorities for the intergenerational nurse workforce. *Nursing Forum*, 45(1), 7–17. <http://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2009.00159.x>
- You, L. M., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Liu, K., He, G. P., Hu, Y., Jiang, X. L., Li, X. H., Li, X. M., Liu, H. P., Shang, S. M., Kutney-Lee, A. y Sermeus, W. (2013). Hospital nursing, care quality, and patient satisfaction: cross-sectional surveys of nurses and patients in hospitals in China and Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 154–61. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.05.003>
- Zhang, L. F., You, L. M., Liu, K., Zheng, J., Fang, J. B., Lu, M. M., Lv, A. L., Ma, W. G., Wang, J., Wang, S. H., Wu, X., Zhu, X. W. y Bu, X. Q. (2014). The association of Chinese

hospital work environment with nurse burnout, job satisfaction, and intention to leave. *Nursing Outlook*, 62(2), 128–37. <http://doi.org/10.1016/j.outlook.2013.10.010>

Zhang, X.-C., Huang, D.-S., y Guan, P. (2014). Job burnout among critical care nurses from 14 adult intensive care units in northeastern China: a cross-sectional survey. *BMJ Open*, 4(6), e004813. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-004813>

9. Anexos

9.1 Anexo 1: cuestionario de clima organizacional

(Litwin y Stringer 1968)


	muy en desacuerdo	en desacuerdo	de acuerdo	muy de acuerdo
ESTRUCTURA				
1. En esta organización las tareas están claramente definidas				
2. En esta organización las tareas están lógicamente estructuradas				
3. En esta organización se tiene claro quién manda y toma las decisiones				
4. Conozco claramente las políticas de esta organización				
5. Conozco claramente la estructura organizativa de esta organización				
6. En esta organización no existen muchos papeleos para hacer las cosas.				
7. El exceso de reglas, detalles administrativos y trámites impiden que las nuevas ideas sean evaluadas (tomadas en cuenta).				
8. Aquí la productividad se ve afectada por la falta de organización y planificación.				
9. En esta organización a veces no se tiene claro a quien reportar.				
10. Nuestros jefes muestran interés porque las normas, métodos y procedimientos estén claros y se cumplan.				

	muy en desacuerdo	en desacuerdo	de acuerdo	muy de acuerdo
RESPONSABILIDAD				
11. No nos confiamos mucho en juicios individuales en esta organización, casi todo se verifica dos veces.				
12. A mi jefe le gusta que haga bien mi trabajo sin estar verificándolo con él.				
13. Mis superiores solo trazan planes generales de lo que debo hacer, del resto yo soy responsable por el trabajo realizado.				
14. En esta organización salgo adelante cuando tomo la iniciativa y trato de hacer las cosas por mí mismo				
15. Nuestra filosofía enfatiza que las personas deben resolver los problemas por sí mismas.				
RECOMPENSA				
18. En esta organización existe un buen sistema de promoción que ayuda a que el mejor ascienda.				
19. Las recompensas e incentivos que se reciben en esta organización son mejores que las amenazas y críticas.				
20. Aquí las personas son recompensadas según su desempeño en el trabajo.				
21. En esta organización hay muchísima crítica.				
22. En esta organización no existe suficiente recompensa y reconocimiento por hacer un buen trabajo.				
23. Cuando cometo un error me sancionan.				


	muy en desacuerdo	en desacuerdo	de acuerdo	muy de acuerdo
DESAFÍOS				
24. La filosofía de esta organización es que a largo plazo progresaremos más si hacemos las cosas lentas pero certeramente.				
25. Esta organización ha tomado riesgos en los momentos oportunos.				
26. En esta organización tenemos que tomar riesgos grandes ocasionalmente para estar delante de la				
27. La toma de decisiones en esta organización se hace con demasiada precaución				
28. Aquí la organización se arriesga por una buena idea.				
RELACIONES				
29. Entre la gente de esta organización prevalece una atmósfera amistosa.				
30. Esta organización se caracteriza por tener un clima de trabajo agradable y sin tensiones.				
31. Es bastante difícil llegar a conocer a las personas en esta organización.				
32. Las personas en esta organización tienden a ser frías y reservadas entre sí.				
35. La dirección piensa que todo trabajo se puede mejorar.				
36. En esta organización siempre presionan para mejorar continuamente mi rendimiento personal y grupal.				
37. La dirección piensa que si todas las personas están contentas la productividad marcará bien.				
38. Aquí, es más importante llevarse bien con los demás que tener un buen desempeño.				


	muy en desacuerdo	en desacuerdo	de acuerdo	muy de acuerdo
ESTANDARES				
39. Me siento orgulloso de mi desempeño.				
40. Si me equivoco, las cosas las ven mal mis superiores.				
41. Los jefes hablan acerca de mis aspiraciones dentro de la organización.				
42. Las personas dentro de esta organización no confían verdaderamente una en la otra.				
43. Mi jefe y compañeros me ayudan cuando tengo una labor difícil.				
44. La filosofía de nuestros jefes enfatiza el factor humano, cómo se sienten las personas, etc.				
45. En esta organización se causa buena impresión si uno se mantiene callado para evitar desacuerdos.				
46. La actitud de nuestros jefes es que el conflicto entre unidades y departamentos puede ser bastante saludable.				
47. Los jefes siempre buscan estimular las discusiones abiertas entre individuos.				
48. Siempre puedo decir lo que pienso aunque no esté de acuerdo con mis jefes.				
49. Lo más importante en la organización, es tomar decisiones de la manera más fácil y rápida posible.				
IDENTIDAD				
50. Las personas se sienten orgullosas de pertenecer a esta organización.				
51. Me siento que soy miembro de un equipo que funciona bien.				
52. Siento que no hay mucha lealtad por parte del personal hacia la organización.				
53. En esta organización cada cual se preocupa por sus propios intereses.				

9.2 Anexo 2: cuestionario de calidad de sueño (Proyecto SYCE)



Sueño y Cuidados de Enfermería





Hospital	Unidad	ID	Ronda

Madrid, abril de 20172

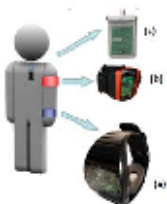
El proyecto de investigación SYCE *"Funcionamiento del sistema circadiano, entorno laboral y organización de la provisión de cuidados de enfermería en hospitales del Sistema Nacional de Salud"*, es un proyecto financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria y está liderado por Teresa Moreno Casbas. El objetivo principal de este proyecto es: *"Conocer la prevalencia de la alteración de los ritmos circadianos de las enfermeras que trabajan en las unidades de medicina, cirugía y cuidados intensivos de hospitales públicos españoles; las características de su entorno laboral y la organización de la provisión de cuidados (diferentes esquemas de turnos)"*. También se pretende averiguar si la alteración de los ritmos circadianos, junto con la organización de la provisión de cuidados y las características del entorno laboral, se relacionan con los resultados en salud de los pacientes.

Para la realización de este proyecto se está accediendo de forma aleatoria a profesionales de enfermería de las unidades médicas, quirúrgicas y de cuidados intensivos en los siguientes hospitales:

- Hospital Doctor José Molina Ororsa (Lanzarote, Canarias)
- Complejo Hospitalario de Palencia, Hospital Río Carrión (Palencia)
- Hospital Universitario de Fuenlabrada (Fuenlabrada, Madrid)
- Hospital Universitario Vall d'Hebron (Barcelona)
- Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (A Coruña)
- Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia)

Por este motivo nos dirigimos a ti, para solicitar tu colaboración en las dos actividades que nos permitan alcanzar los objetivos de este estudio. La primera actividad tiene relación con el estudio de los ritmos circadianos (sensores y melatonina y cortisol en saliva) y la segunda conlleva la cumplimentación de una serie de cuestionarios incluidos en el Cuaderno de recogida de datos (CRD).

1. El estudio de los ritmos circadianos implica la colocación de un detector de temperatura corporal en la muñeca, un detector de actividad en el brazo y un detector de luz en el cuello a modo de collar. Todos ellos son muy ligeros, sin cables, y puedes retirarlos para la ducha o higiene personal. Debes llevarlos durante 10 días consecutivos, durante los cuales registrarán automáticamente los niveles de actividad física y temperatura periférica de la piel sin que debas ocuparte de ellos. Sólo te pedimos que los cuides, dado que el coste del material es muy elevado. A continuación te explicamos detalladamente qué mide cada uno de los sensores que debes llevar y cómo usarlos.



 - a. Un sensor que registrará tu temperatura durante 10 días a intervalos de 10 minutos y que debe estar siempre colocado en la cara interior de la muñeca de la mano no dominante, sobre la arteria radial.
 - b. Un sensor de actividad motora en la parte superior del brazo no dominante con la ayuda de un brazalete que permitirá medir tu actividad motora y tu posición corporal.
 - c. Un sensor de luz que debe ir como un collar de forma que la luz que parpadea quede hacia el exterior. Debes quitártelo durante el descanso nocturno (lo puedes dejar en la mesilla).

NOTA: (Puedes ver más información sobre estos sensores y su colocación al final del CRD)
2. En aquellos hospitales de estudio donde se haya acordado la realización de estudios de melatonina y cortisol en saliva, la persona encargada de la recogida de datos te explicará el procedimiento.
3. El resto de los objetivos de este estudio necesitan de la cumplimentación de los siguientes cuestionarios incluidos en el Cuaderno de Recogida de Datos (CRD). Está estructurado en ocho partes. Las cinco

Funcionamiento del sistema circadiano, entorno laboral y organización de la provisión de cuidados de enfermería en hospitales del Sistema Nacional de Salud. Proyecto financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria. Expediente nº PI 11/00646



Sueño y Cuidados de Enfermería



Hospital	Unidad	ID	Ronda

primeras sirven para analizar tus hábitos y la calidad de tu sueño y las tres últimas están dirigidas a conocer tu actividad y tu entorno laboral.

Una vez recogidos y analizados los datos relativos a tus ritmos circadianos y los incluidos en los cinco primeros cuestionarios del CRD, te haremos llegar, a través de la persona que te ha contactado, un informe completo con tus resultados. De esta forma, como compensación a tu participación en nuestro proyecto, **dispondrás de un estudio completo individualizado del sueño**. Por favor, ten en cuenta que debes responder a las preguntas del CRD con la mayor fiabilidad y atención posible, así este informe reflejará fielmente tu realidad y podremos ser capaces de sugerirte cambios que conduzcan a la mejora de tu situación Sueño-Actividad.

Por último, recordarte que la solicitud de cumplimentación de los cuestionarios se hace garantizándote la absoluta confidencialidad en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal y que todos los investigadores del proyecto se han comprometido a guardar dicha confidencialidad.

Estamos seguros de tu compromiso al cumplimentar estos datos y queremos agradecértelo de antemano. Los resultados sobre los datos previamente recogidos los puedes consultar en el siguiente enlace: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-el-instituto/fd-organizacion/fd-estructura-directiva/fd-subdireccion-general-redes-centros-investigacion2/fd-centros-unidades2/fd-investen-isciii-2/docus/Informe_global_Spain.pdf. Tras los resultados obtenidos en este primer estudio, iniciamos éste con la hipótesis de que los ritmos circadianos de las enfermeras de las unidades de medicina, cirugía y cuidados intensivos de los hospitales de estudio pueden estar alterados en función de la turnicidad y que esta alteración es una variable a tener en cuenta junto con las condiciones laborales y la organización de la provisión de cuidados a la hora de mejorar los resultados de salud de los pacientes a los que atendemos.

Si en cualquier momento del proceso necesitas alguna aclaración más, no dudes en ponerte en contacto con nosotros.

Atentamente:

Teresa Moreno Casbas

Investigadora Principal (PI 11/00646)

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii).

Instituto de Salud Carlos III.

Monforte de Lemos, 5. Pabellón 8.

28029 Madrid.

☎ 91 8222536.

☎ 91 3877897

✉ mmoreno@isciii.es

Colocación de los sensores y entrega del CRD		Recogida estimada de los sensores y del CRD	
Nombre del Investigador		Nombre del Investigador	
Fecha de colocación		Fecha de retirada	
Hora de colocación		Hora de retirada	

Funcionamiento del sistema circadiano, entorno laboral y organización de la provisión de cuidados de enfermería en hospitales del Sistema Nacional de Salud. Proyecto financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria. Expediente nº PI 11/00646



Sociedad y Cuidados de Enfermería



Hospital	Unidad	ID	Ronda

Consentimiento informado

D./Dña con DNI nº manifiesto que he sido informado/a sobre los efectos que podría suponer la toma de datos de temperatura periférica, actigrafía, luz y temperatura ambiental, melatonina y cortisol en saliva para cubrir los objetivos del Proyecto de Investigación titulado: "Funcionamiento del sistema circadiano, entorno laboral y organización de la provisión de cuidados de enfermería en hospitales del Sistema Nacional de Salud". Proyecto financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria, con número de expediente PI 11/00646.

He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos, e incluidos en un fichero protegido, de acuerdo con lo que dispone la Ley Orgánica Reguladora de esta materia (15/1999 de 13 de diciembre) y no serán utilizados sin mi consentimiento previo.

Tomando ello en consideración, **OTORGO MI CONSENTIMIENTO** a que la toma de muestras tenga lugar y sea utilizada para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

En _____, a ____ de _____ de 201_

Fdo. D/Dña _____

Funcionamiento del sistema circadiano, entorno laboral y organización de la provisión de cuidados de enfermería en hospitales del Sistema Nacional de Salud. Proyecto financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria. Expediente nº PI 11/00646



Suave y Cuidados de Enfermería



Hospital	Unidad	ID	Ronda

¡¡Muy Importante!!

En la cumplimentación del diario de sueño

- Los días debes contarlos a partir de las 0:00 horas del día que indicas en la fecha
- En caso de que no recuerdes los horarios exactos, es preferible que no rellenes esa información

Parte A: Diario de Sueño-Actividad

Instrucciones:

Las siguientes cuestiones tienen que ver con tus hábitos de sueño-actividad durante los diez días que llevarás puestos los sensores, cumpliméntalo cada día como en el ejemplo. Por favor, para su correcta cumplimentación, ten en cuenta las siguientes instrucciones:

1. Anota la fecha y marca con una cruz el día de la semana.
2. En la fila de "Horas de trabajo", marca con una cruz las celdas entre el inicio y fin de tu actividad como enfermera en este hospital.
3. En la fila de "Horas de comidas", marca con una cruz las celdas entre el inicio y fin de dicha actividad.
4. En la fila de "Horas de sueño", marca con una flecha hacia abajo el momento en el que te acostaste en la cama y con una flecha hacia arriba el momento en que te levantaste. Si dormiste alguna siesta márcalo en la fila de "Horas sueño" con un asterisco (*) en las horas correspondientes.

Ficha de ejemplo

Fecha	Horas (rellene las celdas entre la hora de inicio y la hora de finalización de dicha actividad)																							
01/01/2013	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
L M X J V S D																								
Horas de trabajo									X	X	X	X	X	X	X	X	X							
Horas de comidas								X			X				X	X				X			X	X
Horas de sueño																								
1. ¿Cuánto tardaste en dormirte la pasada noche?	horas: <u>0</u>															minutos: <u>20</u>								
2. ¿Tomaste medicación para dormir o alcohol antes de ir a la cama?	Sí															No <u>X</u>								
3. ¿Cuántas veces te despertaste durante la noche? (0, 1, 2, 3...)	Número de veces: <u>2</u>																							
4. ¿Te encontrabas descansado/a al levantarte?	Sí <u>X</u>															No								
5. ¿Has estado despierto y alerta todo el día?	Sí															No <u>X</u>								

Fecha	Horas (rellene las celdas entre la hora de inicio y la hora de finalización de dicha actividad)																							
__/__/2013	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
L M X J V S D																								
Horas de trabajo																								
Horas de comidas																								
Horas de sueño																								
1. ¿Cuánto tardaste en dormirte la pasada noche?	horas: _____															minutos: _____								
2. ¿Tomaste medicación para dormir o alcohol antes de ir a la cama?	Sí															No								
3. ¿Cuántas veces te despertaste durante la noche? (0, 1, 2, 3...)	Número de veces: _____																							
4. ¿Te encontrabas descansado/a al levantarte?	Sí															No								
5. ¿Has estado despierto y alerta todo el día?	Sí															No								

Funcionamiento del sistema circadiano, entorno laboral y organización de la provisión de cuidados de enfermería en hospitales del Sistema Nacional de Salud. Proyecto financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria. Expediente nº PI 11/00646

1



Sueño y Costumbres de Enfermería



Hospital	Unidad	ID	Ronda

Parte C: Cuestionario de Matutinidad-Vespertinidad

Instrucciones:

Las siguientes cuestiones pretenden conocer si tu perfil se adapta a una tipología matutina o vespertina. Para cada pregunta selecciona la respuesta que mejor se ajuste a tu caso. Responde en función de cómo te has sentido en **los últimos 30 días**.

- C1. Si sólo pensaras en cuándo te sentirías mejor y fueras totalmente libre de planificarte el día. ¿A qué hora te levantarías?**
- Entre las 05:00 y 06:30 de la mañana
 - Entre las 06:30 y las 07:45 de la mañana
 - Entre las 07:45 y las 09:45 de la mañana
 - Entre las 09:45 y las 11:00 de la mañana
 - Entre las 11 de la mañana y las 12 del mediodía
 - Entre las 12 del mediodía y las 05:00 de la mañana
- C2. Si sólo pensaras en cuándo te sentirías mejor y fueras totalmente libre de planificarte el día. ¿A qué hora te acostarías?**
- Entre las 20:00 y las 21:00
 - Entre las 21:00 y las 22:15
 - Entre las 22:15 y las 00:30
 - Entre las 00:30 y las 01:45
 - Entre las 01:45 y las 03:00
 - Entre las 03:00 y las 20:00
- C3. Para levantarte por la mañana a una hora específica. ¿Hasta qué punto necesitas que te avise el despertador?**
- No lo necesito
 - Lo necesito poco
 - Lo necesito bastante
 - Lo necesito mucho
- C4. ¿Te resulta fácil levantarte por las mañanas? (cuando no te despiertan de forma inesperada)**
- Nada fácil
 - No muy fácil
 - Bastante fácil
 - Muy fácil
- C5. Una vez levantado por las mañanas. ¿Qué tal te encuentras durante la primera media hora?**
- Nada alerta
 - Poco alerta
 - Bastante alerta
 - Muy alerta
- C6. Una vez levantado por las mañanas. ¿Cómo es tu apetito durante la primera media hora?**
- Muy escaso
 - Bastante escaso
 - Bastante bueno
 - Muy bueno



Sistema y Cuidados de Enfermería



Hospital	Unidad	ID	Ronda

- C7. Una vez levantado por las mañanas. ¿Qué tal te sientes durante la primera media hora?**
- Muy cansado
 - Bastante cansado
 - Bastante descansado
 - Muy descansado
- C8. Cuando no tienes compromisos al día siguiente. ¿A qué hora te acuestas en relación con tu hora habitual?**
- Nunca o raramente más tarde
 - Menos de 1 hora más tarde
 - De 1 a 2 horas más tarde
 - Más de 2 horas más tarde
- C9. Has decidido hacer un poco de ejercicio físico. Un amigo te propone hacerlo una hora, dos veces por semana y según él, la mejor hora sería de 7 a 8 de la mañana. Sólo teniendo en cuenta tu propio "reloj interno", ¿cómo crees que te encontrarías?**
- Estaría en buena forma
 - Estaría en una forma aceptable
 - Me resultaría difícil
 - Me resultaría muy difícil
- C10. ¿A qué hora aproximada de la noche te sientes cansado y como consecuencia necesitas dormir?**
- Entre las 20:00 y las 21:00
 - Entre las 21:00 y las 22:15
 - Entre las 22:15 y las 00:45
 - Entre las 00:45 y las 02:00
 - Entre las 02:00 y las 03:00
- C11. Quieres estar en tu punto máximo de rendimiento para una prueba de dos horas que va a ser mentalmente agotadora. Siendo totalmente libre de planificar el día y pensando sólo en cuándo te sentirías mejor. ¿Qué horario elegirías?**
- De 08:00 a 10:00
 - De 11:00 a 13:00
 - De 15:00 a 17:00
 - De 19:00 a 21:00
- C12. En el supuesto de que hoy, excepcionalmente, te acostaras a las 23h, ¿qué nivel de cansancio notarías a la hora de acostarte?**
- Ningún cansancio
 - Algún cansancio
 - Bastante cansancio
 - Mucho cansancio
- C13. Por algún motivo te has acostado varias horas más tarde de lo habitual, aunque al día siguiente no has de levantarte a ninguna hora en particular. ¿Cuándo crees que te despertarías?**
- A la hora habitual y ya no dormiría más
 - A la hora habitual y luego dormiría
 - A la hora habitual y volvería a dormirme
 - Más tarde de lo habitual



Sistema y Cuidados de Enfermería



Hospital	Unidad	ID	Ronda

C14. Una noche tienes que permanecer despierto de 4 a 6 de la madrugada debido a una guardia nocturna. Sin tener ningún compromiso al día siguiente, ¿qué preferirías?

- No acostarme hasta pasada la guardia
- Echar una siesta antes y dormir después
- Echar un buen sueño antes y una siesta después
- Sólo dormirías antes de la guardia

C15. Tienes que hacer dos horas de duro trabajo físico y eres totalmente libre para planificarte el día. Sólo teniendo en cuenta tu propio "reloj interno", ¿qué franja horaria escogerías?

- De 08:00 a 10:00
- De 11:00 a 13:00
- De 15:00 a 17:00
- De 19:00 a 21:00

C16. Has decidido hacer ejercicio físico intenso. Un amigo te sugiere practicar una hora, dos veces por semana de 22h a 23h. Sólo teniendo en cuenta tu propio "reloj interno" ¿Cómo crees que te encontrarías?

- Estaría en buena forma
- Estaría en una forma aceptable
- Me resultaría difícil
- Me resultaría muy difícil

C17. Imagínate que puedes escoger tu horario de trabajo. Supón que tu jornada es de CINCO horas al día (incluyendo los descansos) y que tu actividad es interesante y remunerada según tu rendimiento. Considera entre los siguientes rangos el que contenga la hora a la que empezarías tu horario de trabajo:

- Entre las 04:00 y las 08:00
- Entre las 08:00 y las 09:00
- Entre las 09:00 y las 14:00
- Entre las 14:00 y las 17:00
- Entre las 17:00 y las 04:00

C18. ¿A qué hora del día crees que alcanzas tu máximo bienestar?

- Entre las 05:00 y las 08:00
- Entre las 08:00 y las 10:00
- Entre las 10:00 y las 17:00
- Entre las 17:00 y las 22:00
- Entre las 22:00 y las 05:00

C19. Se habla de personas de tipo matutino* y vespertino. ¿Cuál de estos tipos te consideras ser?**

- Un tipo claramente matutino.
- Un tipo más matutino que vespertino.
- Un tipo más vespertino que matutino.
- Un tipo claramente vespertino.

* Tipología matutina: personas que muestran una clara preferencia por realizar sus actividades por la mañana

**Tipología vespertina: personas que muestran una clara preferencia por realizar sus actividades por la tarde o por la noche



Sueño y Costumbres de Enfermería



Hospital	Unidad	ID	Ronda

Parte D: Cuestionario de somnolencia diurna

Instrucciones:

Las siguientes cuestiones pretenden valorar la facilidad para amodorrarse o quedarse dormido en cada una de las diferentes situaciones. Aunque no hayas vivido alguna de estas situaciones recientemente, intenta imaginar cómo te habría afectado.

		Nunca tengo sueño	Ligera probabilidad de tener sueño	Moderada probabilidad de tener sueño	Alta probabilidad de tener sueño
D1	Sentado y leyendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D2	Viendo la televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D3	Sentado, inactivo en un lugar público (cine, teatro, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D4	Como pasajero de un coche en un viaje de una hora sin paradas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D5	Estirado para descansar, después de comer, cuando las circunstancias lo permiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D6	Sentado y hablando con otra persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D7	Sentado tranquilamente después de una comida sin alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D8	En un coche, estando parado por el tránsito unos minutos (semáforos, retenciones, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Sociedad y Cuidados de Enfermería



Hospital	Unidad	ID	Ronda

Parte E: Cuestionario de calidad de sueño

Instrucciones:

Las siguientes cuestiones sólo tienen que ver con tus hábitos de sueño durante **los últimos 30 días**. En tus respuestas debes reflejar cuál ha sido tu comportamiento durante la mayoría de los días y noches del pasado mes. Por favor, contesta a todas las cuestiones.

E1. Durante el último mes, ¿cuál ha sido, normalmente, tu hora de acostarse? (hh:mm) ____:

E2. ¿Cuánto tiempo has tardado en dormirte, habitualmente, las noches de los últimos 30 días? (Marca con una X la casilla correspondiente)

Menos de 15 min	Entre 16-30 min	Entre 31-60 min	Más de 60 min

E3. Durante los últimos 30 días, ¿a qué hora te has levantado habitualmente? (hh:mm) ____:

E4. ¿Cuántas horas calculas que has dormido verdaderamente cada noche durante los últimos 30 días? (no tengas en cuenta las que has estado en la cama) (horas): _____

E5. Durante los últimos 30 días, cuántas veces has tenido problemas para dormir a causa de:

	Ninguna vez en el último mes	Menos de una vez a la semana	Una o dos veces a la semana	Tres o más veces a la semana
E5.1 No poder conciliar el sueño en la primera media hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E5.2 Despertarte durante la noche o de madrugada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E5.3 Tener que levantarte para ir al servicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E5.4 No poder respirar bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E5.5 Toser o roncar ruidosamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E5.6 Sentir frío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E5.7 Sentir demasiado calor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E5.8 Tener pesadillas o malos sueños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E5.9 Sufrir dolores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E5.10 Otra razón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Sueño y Costumbres de Enfermería



Hospital	Unidad	ID	Ronda

- E6. Durante los últimos 30 días, ¿cómo valorarías, en conjunto, la calidad de tu sueño?**
- Muy buena
 - Bastante buena
 - Bastante mala
 - Muy mala
- E7. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces has tomado medicinas (por tu cuenta o recetadas por el médico) para dormir?**
- Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana
- E8. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces has tenido dificultad para mantenerte despierto mientras conducías, comías o desarrollabas alguna otra actividad?**
- Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana
- E9. Durante los últimos 30 días, ¿ha representado para ti mucho problema el tener ánimos para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?**
- Ningún problema
 - Sólo un leve problema
 - Un problema
 - Un grave problema
- E10. Durante los últimos 30 días, ¿de forma habitual has dormido con alguien en la misma cama o en la misma habitación?**
- No comparto ni la cama ni la habitación
 - Vivo con alguien que duerme en otra habitación
 - Duermo con alguien en la misma habitación, pero en otra cama
 - Duermo con alguien en la misma cama

Más información sobre el uso de los sensores

El estudio de los ritmos circadianos conlleva la colocación de un detector de temperatura corporal en la muñeca, un detector de actividad en el brazo y un detector de luz en el cuello a modo de collar. Todos ellos son muy ligeros, sin cables, y puedes retirarlos para la ducha o higiene personal. Debes llevarlos durante 10 días consecutivos, durante los cuales registrarán automáticamente los niveles de actividad física y temperatura periférica de la piel sin que debas ocuparte de ellos. Sólo te pedimos que los cuides, dado que el coste del material es muy elevado. A continuación te explicamos detalladamente qué mide cada uno de los sensores que debes llevar y cómo usarlos.



Un reloj (Kronosensor®, Cronobiotech, Murcia) provisto de un sensor de temperatura en su cara interna, con capacidad para el registro y almacenamiento, a intervalos programados, de la temperatura de la muñeca. El ritmo de la temperatura de la piel de la muñeca (Wrist Temperature WT), se ha propuesto como nuevo índice marcador del estatus del sistema circadiano en sujetos que mantienen su estilo de vida normal (Sarabia et al., 2008). ¿Cómo debes utilizar este sensor?:

- A) El sensor debe estar siempre colocado en la cara interior de la muñeca de la mano no dominante, aproximadamente debe estar posicionado sobre la arteria radial (en el antebrazo unos 2 cm por encima de la muñeca)
- B) El reloj solamente debe retirarse para evitar que se moje, pero el sensor es resistente al agua.
- C) Este sensor no emite ningún tipo de radiación peligrosa.
- D) Los sensores registrarán tu temperatura de la piel un total de 10 días a intervalos regulares de 10 minutos, que almacenarán en su interior de forma automática.



Un sensor de actividad motora (Kronosensor®, Cronobiotech, Murcia) en la parte superior del brazo no dominante con la ayuda de un brazalete que permitirá medir los ritmos de actividad motora y posición corporal. Este dispositivo es un acelerómetro de 3 ejes con un rango de medida de $\pm 3g$ y proporcionará información sobre la posición de los ejes X, Y y Z y su aceleración suministrando un dato cada 60 seg. ¿Cómo debes utilizar este sensor?:

- A) El brazalete se sitúa en la zona media del brazo no dominante a la altura del bíceps braquial, llevando en su interior el sensor de actividad. El sensor es resistente al agua, pero el brazalete al ser de tela podría molestar cuando está húmedo, por ello se aconseja que se retire el brazalete antes de que pueda mojarse.
- B) El sensor debe situarse en un compartimento del brazalete con la cara coloreada hacia el exterior y con la flecha hacia arriba.
- C) El sensor no emite ningún tipo de radiación peligrosa.
- D) Los sensores registrarán un total de 10 días a intervalos regulares de 60 segundos y almacenarán en su interior información relativa a la posición en los tres ejes del espacio de forma automática.



Un sensor de luz (Hobo Pendant Light®) como detector de luz en el cuello a modo de collar. ¿Cómo debes utilizar este sensor?:

- A) El sensor debe ir como un collar de forma que la luz que parpadea quede hacia el exterior. Debe quitarse durante el descanso nocturno (puede dejarse en la mesilla).
- B) Este sensor tampoco emite ningún tipo de radiación peligrosa.
- C) Los sensores registrarán la luz que recibe y la temperatura ambiental un total de 10 días a intervalos regulares de 60 segundos, datos que almacenarán en su interior de forma automática.
- D) El collar debe retirarse para evitar su contacto con el agua, por ello se aconseja que se retire antes de que pueda mojarse.

9.3 Anexo 3: Cuestionario de satisfacción laboral

¿Cuál es tu grado de satisfacción con tu trabajo actual en este hospital?

Muy insatisfecha/o

Algo insatisfecha/o

Moderadamente satisfecha/o

Muy satisfecha/o

¿Cómo evaluarías tu entorno laboral (adecuación de recursos para trabajar, relación con los compañeros, apoyo de la supervisora, etc...) en este hospital?

Malo Aceptable Bueno Excelente

¿Cómo estás de satisfecha/o con los siguientes aspectos de tu trabajo?

		Muy insatisfecha/o	Algo insatisfecha/o	Moderadamente satisfecha/o	Muy satisfecha/o
G4.1	Flexibilidad de horarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G4.2	Oportunidades de desarrollo profesional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G4.3	Autonomía en el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G4.4	Status profesional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G4.5	Salario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G4.6	Oportunidades de formación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G4.7	Vacaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G4.8	Derecho a bajas por enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G4.9	Permiso por estudios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Suponiendo que pudieras plantearte irte a trabajar a otra institución, ¿dejarías de trabajar en este hospital a lo largo del próximo año debido a tu insatisfacción laboral? Señala sólo la opción que más se corresponda:

- No
- Sí y buscaría trabajo como enfermera en otro hospital
- Sí y buscaría trabajo como enfermera, pero no en un hospital
- Sí, pero no buscaría trabajo como enfermera

Si te propusieras buscar otro trabajo como enfermera, ¿cómo de fácil crees que sería encontrar un trabajo aceptable?

- Muy difícil
- Bastante difícil
- Bastante fácil
- Muy fácil

¿Recomendarías este hospital a otra compañera enfermera como un buen sitio para trabajar?

- Definitivamente no
- Probablemente no
- Probablemente sí
- Definitivamente sí

¿Recomendarías este hospital a tus familiares y amigos en el caso de que necesitaran atención hospitalaria?

- Definitivamente no
- Probablemente no
- Probablemente sí
- Definitivamente sí

9.4 Anexo 4: Cuestionario calidad y seguridad de cuidados

En general, ¿cómo describirías la calidad de los cuidados de enfermería que se prestan habitualmente en tu unidad?

Mala Aceptable Buena Excelente

¿Hasta qué punto estás segura de que tus pacientes puedan manejar su autocuidado después del alta?

Nada segura Algo segura Segura Muy segura

¿Cómo estás de segura de que la dirección del hospital actuará para resolver los problemas de calidad y de seguridad que tú has notificado sobre el cuidado de los pacientes?

Nada segura Algo segura Segura Muy segura

¿Qué valoración global darías a tu unidad en relación a la seguridad del paciente?

Deficiente Mala Aceptable Muy buena Excelente

En el último año consideras que la calidad de los cuidados prestados a los pacientes de tu hospital:

Se ha deteriorado Se ha mantenido Ha mejorado

Las siguientes preguntas se refieren a tu opinión sobre aspectos relacionados con la seguridad del paciente en tu lugar de trabajo				
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	Muy de acuerdo
El personal tiene la sensación de que los errores se utilizan en su contra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durante los cambios de turno se pierde información relevante sobre el cuidado del paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durante el traslado de pacientes a otras unidades se pierde información	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de quienes tienen la autoridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En esta unidad planteamos la manera de prevenir que los errores se repitan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se nos informa de los cambios que se han implantado, basados en la notificación de efectos adversos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las acciones de la dirección hacen evidente que la seguridad de los pacientes es una de las principales prioridades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Con qué frecuencia dirías que te ocurren estos incidentes a ti o a los pacientes de tu servicio/unidad?

	Nunca	Algunas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Algunas veces a la semana	Todos los días
El paciente recibe una medicación errónea, a una hora errónea o en una dosis errónea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úlceras por presión tras el ingreso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caidas de pacientes que resultan en lesiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Infección nosocomial:</u>							
Infección del tracto urinario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infección/sepsis por catéter vascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neumonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.5 Anexo 5: Cuestionario de seguridad en el trabajo

Con qué frecuencia dirías que te ocurren estos incidentes a ti o a los pacientes de tu servicio/unidad?							
	Nunca	Algunas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Algunas veces a la semana	Todos los días
Quejas de pacientes o de sus familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Agresiones verbales a las enfermeras</u>							
Por parte de pacientes o sus familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por parte del personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Agresiones físicas a las enfermeras</u>							
Por parte de pacientes o sus familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por parte del personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesiones físicas padecidas por enfermeras relacionadas con el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.6 Anexo 6: Cuestionario de tareas realizadas

Durante tu <u>última jornada</u> de trabajo, ¿con qué frecuencia realizaste las tareas siguientes?			
	Nunca	A veces	Frecuentemente
Repartir o recoger bandejas de comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proporcionar cuidados que no son de enfermería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tramitar traslados y transporte (incluyendo traslados a centros de larga estancia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realizar extracciones sanguíneas de rutina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trasladar a pacientes dentro del hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limpiar habitaciones de pacientes o equipos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cubrir servicios no propios de enfermería por ser necesarios fuera del horario laboral de éstos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conseguir suministros o equipos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contestar el teléfono, realizar tareas administrativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante tu última jornada de trabajo, ¿cuáles de las actividades siguientes eran necesarias pero las dejaste sin hacer por falta de tiempo? Señala todas las que correspondan:

Vigilancia adecuada del paciente

Cuidado de la piel

Higiene oral

Manejo del dolor

Hablar y reconfortar al paciente

Educación sanitaria

Tratamientos y técnicas

Administrar medicación a su hora

Preparar al paciente y su familia para el alta

Registrar adecuadamente los cuidados de enfermería

Hacer o actualizar planes de cuidados de enfermería

Planificar el cuidado del paciente

Cumplir pauta de cambios posturales frecuentes

9.7 Anexo 7: Cuestionario PES-NWI versión validada al castellano

	Totalmente en desacuerdo	De alguna manera en desacuerdo	De alguna manera de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Existen servicios de apoyo* adecuados que me permiten pasar tiempo con mis pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>**Servicios de apoyo*: Personal de limpieza, de cocina para el reparto/recogida de bandejas, celadores para la movilización/transporte de pacientes, personal para reponer el almacén, transportar muestras al laboratorio/medicación desde la unidad de farmacia</i>				
2. Los médicos y las enfermeras tienen una buena relación laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Las supervisoras apoyan a las enfermeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Existen programas activos de desarrollo profesional o formación continuada para las enfermeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hay oportunidades de promoción a nivel clínico y profesional para las enfermeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hay oportunidades de que las enfermeras participen en decisiones sobre la gestión del hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hay tiempo y oportunidades suficientes para plantear problemas de cuidados de los pacientes con otras enfermeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.	Hay suficientes enfermeras en plantilla para proporcionar cuidados de calidad a los pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	La supervisora es una buena gestora y líder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	El/la director/a de enfermería es muy visible y accesible al personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Hay suficiente personal para llevar a cabo el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Se hacen elogios y reconocimiento al trabajo bien hecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	La gerencia espera cuidados de enfermería de alta calidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	El/la director/a de enfermería tiene el mismo poder y autoridad que otros directivos del hospital/institución	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Hay mucho trabajo en equipo entre enfermeras y médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Hay oportunidades de ascender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17.	Existe una filosofía clara de enfermería que domina el entorno de cuidado al paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Se trabaja con enfermeras clínicamente competentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	La supervisora respalda las decisiones del personal de enfermería, incluso si el conflicto es con un médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	La dirección escucha y responde a las preocupaciones de los empleados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Existe un programa activo de garantía de la calidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Las enfermeras se involucran en la gestión interna del hospital/institución (comités, grupos de trabajo, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Hay colaboración (práctica conjunta) entre enfermeras y médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Hay un programa de orientación y seguimiento para las enfermeras de nueva incorporación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25.	Los cuidados de enfermería se basan en un modelo de enfermería, en lugar de en un modelo médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Las enfermeras tienen la oportunidad de formar parte de los comités hospitalarios y de enfermería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	La supervisora consulta al personal sobre los problemas del día a día y los procedimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Se realizan planes de cuidados, actualizados y por escrito, de todos los pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	Se planifica el cuidado de los pacientes de forma que se fomente la continuidad de los cuidados (p. ej. la misma enfermera se encarga del mismo paciente todos los días)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	Se utilizan los diagnósticos de enfermería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	Las supervisoras utilizan los errores como oportunidades para aprender, no como crítica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.8 Anexo 8: Cuestionario NWI-R

For each item in this section, please indicate the extent to which you agree that the following items are present in your current job. Indicate your degree of agreement by circling the appropriate number.

Present in Current Job	Strongly Agree	Somewhat Agree	Somewhat Disagree	Strongly Disagree
1. Adequate support services allow me to spend time with my patients.	1	2	3	4
2. Physicians and nurses have good working relationships.	1	2	3	4
3. A good orientation program for newly employed nurses.	1	2	3	4
4. A supervisory staff that is supportive of nurses.	1	2	3	4
5. A satisfactory salary.	1	2	3	4
6. Nursing controls its own practice.	1	2	3	4
7. Active inservice/continuing education programs for nurses.	1	2	3	4
8. Career development/clinical ladder opportunity.	1	2	3	4
9. Opportunity for staff nurses to participate in policy decisions.	1	2	3	4
10. Support for new and innovative ideas about patient care.	1	2	3	4
11. Enough time and opportunity to discuss patient care problems with other nurses.	1	2	3	4
12. Enough registered nurses on staff to provide quality patient care.	1	2	3	4
13. A nurse manager who is a good manager and leader.	1	2	3	4
14. A chief nursing officer is highly visible and accessible to staff.	1	2	3	4
15. Flexible or modified work schedules are available.	1	2	3	4
16. Enough staff to get the work done.	1	2	3	4
17. Freedom to make important patient care and work decisions.	1	2	3	4
18. Praise and recognition for a job well done.	1	2	3	4
19. Clinical nurse specialists who provide patient care consultation.	1	2	3	4
20. Team nursing as the nursing delivery system.	1	2	3	4
21. Total patient care as the nursing delivery system.	1	2	3	4
22. Primary nursing as the nursing delivery system.	1	2	3	4
23. Good relationships with other departments such as housekeeping and dietary.	1	2	3	4
24. Not being placed in a position of having to do things that are against my nursing judgment.	1	2	3	4
25. High standards of nursing care are expected by the administration.	1	2	3	4
26. A chief nursing executive is equal in power and authority to other top-level hospital executives.	1	2	3	4
27. Much teamwork between nurses and doctors.	1	2	3	4
28. Physicians give high-quality medical care.	1	2	3	4
29. Opportunities for advancement.	1	2	3	4
30. Nursing staff is supported in pursuing degrees in nursing.	1	2	3	4
31. A clear philosophy of nursing pervades the patient care environment.	1	2	3	4
32. Nurses actively participate in efforts to control costs.	1	2	3	4
33. Working with nurses who are clinically competent.	1	2	3	4
34. The nursing staff participate in selecting new equipment.	1	2	3	4
35. A nurse manager backs up the nursing staff in decision making, even if the conflict is with a physician.	1	2	3	4
36. An administration that listens and responds to employee concerns.	1	2	3	4
37. An active quality-assurance program.	1	2	3	4
38. Staff nurses are involved in the internal governance of the hospital (e.g., practice and policy committees).	1	2	3	4
39. Collaboration (joint practice) between nurses and physicians.	1	2	3	4
40. A preceptor program for newly hired RNs.	1	2	3	4

Continues

<i>Present in Current Job</i>	<i>Strongly Agree</i>	<i>Somewhat Agree</i>	<i>Somewhat Disagree</i>	<i>Strongly Disagree</i>
41. Nursing care is based on a nursing rather than a medical model.	1	2	3	4
42. Staff nurses have the opportunity to serve on hospital and nursing committees.	1	2	3	4
43. The contributions that nurses make to patient care are publicly acknowledged.	1	2	3	4
44. Nurse managers consult with staff on daily problems and procedures.	1	2	3	4
45. The work environment is pleasant, attractive, and comfortable.	1	2	3	4
46. Opportunity to work on a highly specialized unit.	1	2	3	4
47. Written, up-to-date nursing care plans for all patients.	1	2	3	4
48. Patient assignments foster continuity of care (i.e., the same nurse cares for the patient from one day to the next).	1	2	3	4
49. Regular, permanently assigned staff nurses never have to float to another unit.	1	2	3	4
50. Staff nurses actively participate in developing their work schedules (i.e., what days they work; days off, etc.).	1	2	3	4
51. Standardized policies, procedures, and ways of doing things.	1	2	3	4
52. Use of nursing diagnoses.	1	2	3	4
53. Floating, so that staffing is equalized among units.	1	2	3	4
54. Each nursing unit determines its own policies and procedures.	1	2	3	4
55. Use of a problem-oriented medical record.	1	2	3	4
56. Working with experienced nurses who "know" the hospital.	1	2	3	4
57. Nursing care plans are verbally transmitted from nurse to nurse.	1	2	3	4

Note. The autonomy subscale includes items 4, 6, 17, 24, and 35.
The control over the practice setting subscale includes items 1, 11, 12, 13, 16, 46, and 48.
The nurse-physician relationship subscale includes items 2, 27, and 39.
The organizational support subscale includes items 1, 2, 6, 11, 12, 13, 17, 24, 27, and 48.
Copyright © 1997 Linda H. Aiken. (Reproduction of this instrument for noncommercial use does not require permission from the authors).

9.9 Anexo 9: Tabla comparativa PES_NWI 31 vs 32

Factor	variables PES_NWI 31	variables PES_NWI 32
F1: "Dotación y adecuación de recursos"	<p>G1.1 Existen servicios de apoyo* adecuados que me permiten dedicar tiempo a mis pacientes</p> <p>G1.10 Hay tiempo y oportunidades suficientes para plantear problemas de cuidados de los pacientes con otras enfermeras</p> <p>G1.11 Hay suficientes enfermeras en plantilla para proporcionar cuidados de calidad a los pacientes</p> <p>G1.15 Hay suficiente personal para llevar a cabo el trabajo</p>	<p>G1.1 Existen servicios de apoyo* adecuados que me permiten dedicar tiempo a mis pacientes</p> <p>G1.10 Hay tiempo y oportunidades suficientes para plantear problemas de cuidados de los pacientes con otras enfermeras</p> <p>G1.11 Hay suficientes enfermeras en plantilla para proporcionar cuidados de calidad a los pacientes</p> <p>G1.15 Hay suficiente personal para llevar a cabo el trabajo</p>
F2: "Relaciones laborales enfermera-médico (se suprimen 4 ítems)	<p>G1.2 Los médicos y las enfermeras tienen una buena relación laboral</p> <p>G1.21 Hay mucho trabajo en equipo entre enfermeras y médicos</p> <p>G1.30 Hay colaboración (práctica conjunta) entre enfermeras y médicos</p>	<p>G1.2 Los médicos y las enfermeras tienen una buena relación laboral</p> <p>G1.9 Los médicos valoran las observaciones y juicios de las enfermeras</p> <p>G1.16 Los médicos reconocen la contribución de las enfermeras al cuidado de los pacientes</p> <p>G1.21 Hay mucho trabajo en equipo entre enfermeras y médicos</p> <p>G1.25 Los médicos respetan a las enfermeras como profesionales</p> <p>G1.30 Hay colaboración (práctica conjunta) entre enfermeras y médicos</p> <p>G1.36 Los médicos tienen a las enfermeras en gran estima</p>
F3: "Habilidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de sus responsables" (se añade 1 ítem)	<p>G1.3 Las supervisoras apoyan a las enfermeras</p> <p>G1.12 La supervisora es una buena gestora y líder</p> <p>G1.18 Se hacen elogios y reconocimiento al trabajo bien hecho</p> <p>G1.26 La supervisora respalda las decisiones del personal de enfermería, incluso si el conflicto es con un médico</p> <p>G1.42 Las supervisoras utilizan los errores como oportunidades para aprender, no como crítica</p>	<p>G1.3 Las supervisoras apoyan a las enfermeras</p> <p>G1.12 La supervisora es una buena gestora y líder</p> <p>G1.18 Se hacen elogios y reconocimiento al trabajo bien hecho</p> <p>G1.26 La supervisora respalda las decisiones del personal de enfermería, incluso si el conflicto es con un médico</p>

Factor	variables PES_MWI 31	variables PES_NWI 32
F1: "Dotación y adecuación de recursos"	<p>G1.1 Existen servicios de apoyo* adecuados que me permiten dedicar tiempo a mis pacientes</p> <p>G1.10 Hay tiempo y oportunidades suficientes para plantear problemas de cuidados de los pacientes con otras enfermeras</p> <p>G1.11 Hay suficientes enfermeras en plantilla para proporcionar cuidados de calidad a los pacientes</p> <p>G1.15 Hay suficiente personal para llevar a cabo el trabajo</p>	<p>G1.1 Existen servicios de apoyo* adecuados que me permiten dedicar tiempo a mis pacientes</p> <p>G1.10 Hay tiempo y oportunidades suficientes para plantear problemas de cuidados de los pacientes con otras enfermeras</p> <p>G1.11 Hay suficientes enfermeras en plantilla para proporcionar cuidados de calidad a los pacientes</p> <p>G1.15 Hay suficiente personal para llevar a cabo el trabajo</p>
F2: "Relaciones laborales enfermera-médico (se suprimen 4 ítems)	<p>G1.2 Los médicos y las enfermeras tienen una buena relación laboral</p> <p>G1.21 Hay mucho trabajo en equipo entre enfermeras y médicos</p> <p>G1.30 Hay colaboración (práctica conjunta) entre enfermeras y médicos</p>	<p>G1.2 Los médicos y las enfermeras tienen una buena relación laboral</p> <p>G1.9 Los médicos valoran las observaciones y juicios de las enfermeras</p> <p>G1.16 Los médicos reconocen la contribución de las enfermeras al cuidado de los pacientes</p> <p>G1.21 Hay mucho trabajo en equipo entre enfermeras y médicos</p> <p>G1.25 Los médicos respetan a las enfermeras como profesionales</p> <p>G1.30 Hay colaboración (práctica conjunta) entre enfermeras y médicos</p> <p>G1.36 Los médicos tienen a las enfermeras en gran estima</p>
F3: "Habilidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de sus responsables" (se añade 1 ítem)	<p>G1.3 Las supervisoras apoyan a las enfermeras</p> <p>G1.12 La supervisora es una buena gestora y líder</p> <p>G1.18 Se hacen elogios y reconocimiento al trabajo bien hecho</p> <p>G1.26 La supervisora respalda las decisiones del personal de enfermería, incluso si el conflicto es con un médico</p> <p>G1.42 Las supervisoras utilizan los errores como oportunidades para aprender, no como crítica</p>	<p>G1.3 Las supervisoras apoyan a las enfermeras</p> <p>G1.12 La supervisora es una buena gestora y líder</p> <p>G1.18 Se hacen elogios y reconocimiento al trabajo bien hecho</p> <p>G1.26 La supervisora respalda las decisiones del personal de enfermería, incluso si el conflicto es con un médico</p>

9.10 Anexo 8: Cuestionario MBI versión validada al castellano

Por favor, señala la respuesta que <u>mejor describe</u> con qué frecuencia experimentas lo siguiente, con respecto a tu puesto actual en el hospital:							
	Nunca	Algunas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Algunas veces a la semana	Todos los días
Me siento emocionalmente agotado/a por el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento exhausto/a al final de la jornada laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento fatigado/a cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puedo entender fácilmente cómo se sienten los pacientes sobre determinados aspectos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siento que trato a algunos pacientes como si fueran objetos y no personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajar con gente todo el día supone un verdadero esfuerzo para mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me manejo de forma muy eficaz con los problemas de mis pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy quemado/a por el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creo que influyó positivamente en la vida de otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me he vuelto más insensible con las personas desde que tengo este trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siento que tengo mucha energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento frustrada por mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creo que trabajo demasiado duro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No me importa lo que les pase a algunos pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajar directamente con la gente me produce mucho estrés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me resulta fácil crear un ambiente relajado con mis pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En este trabajo logro muchas cosas que merecen la pena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento muy satisfecha después de trabajar de cerca con los pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siento que ya no puedo más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En mi trabajo afronto los problemas emocionales con mucha calma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siento que los pacientes me echan la culpa de algunos de sus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.11 Anexo 9: Mapa de los hospitales participantes

