

Isabel Sanclemente Vinué

La voz de enfermería: promoción
del engagement y prevención del
síndrome de burnout en el entorno
laboral

Departamento
Psicología y Sociología

Director/es
Iñiguez Berrozpe, Tatiana
Elboj Saso, Carmen

<http://zaguan.unizar.es/collection/Tesis>



Reconocimiento – NoComercial – SinObraDerivada (by-nc-nd): No se permite un uso comercial de la obra original ni la generación de obras derivadas.

© Universidad de Zaragoza
Servicio de Publicaciones

ISSN 2254-7606



Universidad
Zaragoza

Tesis Doctoral

**LA VOZ DE ENFERMERÍA:
PROMOCIÓN DEL ENGAGEMENT Y
PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE
BURNOUT EN EL ENTORNO
LABORAL**

Autor

Isabel Sanclemente Vinué

Director/es

Iñiguez Berrozpe, Tatiana
Elboj Saso, Carmen

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

Psicología y Sociología

2018



**Universidad
Zaragoza**

**La voz de enfermería: promoción del
engagement y prevención del síndrome de
burnout en el entorno laboral.**

Tesis Doctoral

Isabel Sanclemente Vinué

Universidad de Zaragoza

Huesca, 2018

**La voz de enfermería: promoción del
engagement y prevención del síndrome de
burnout en el entorno laboral.**

**Memoria para optar al grado de Doctor por la Universidad
de Zaragoza**

Isabel Sanclemente Vinué

Huesca, 2018

Dirigida por las Doctoras:

Carmen Elboj Saso

Tatiana Íñiguez Berrozpe

A Raúl, simplemente por ser tú.

“Después de escalar una montaña muy alta, descubrimos que hay muchas otras montañas por
escalar” (Nelson Mandela)

“No somos perfectos, pero somos capaces de concebir lo que es la perfección. La acción es
preferible a la inacción, y el compromiso con la vida es preferible a la indiferencia apática”
(Steinberg Guzmán, Delia)

“La capacidad de reír juntos es el amor” (Françoise Sagan)

Para Raúl

"El vínculo que une a tu auténtica familia no es de sangre, sino de respeto y alegría mutua"
(Richard Bach)

Para mis padres y mi hermano

Agradecimientos

A mis padres y hermano, por animarme siempre a continuar y apoyarme cuando más lo necesito. En especial a ti mamá, porque con tu incansable “tú puedes” has conseguido que al final nos lo creamos, y porque gracias a ti me metí en este “lío”.

A Raúl, por ser el punto de apoyo que hace que todo funcione. Gracias por tu paciencia, tus consejos, tu risa incesante y tu amor

A mis directoras de tesis, la Dra. Carmen Elboj Saso y la Dra. Tatiana Íñiguez Berrozpe. He sido afortunada al cruzarme en vuestros caminos. Habéis convertido este “viaje” en una experiencia mucho más llevadera, con numerosas conversaciones y sugerencias que han hecho posible esta tesis. Sin vosotras no lo habría conseguido.

A los profesores Santiago Gascón y Miguel Ángel Santed, por permitirme utilizar sus encuestas de evaluación del *engagement* y del afrontamiento al estrés, así como por ayudarme en la resolución de dudas y en el pre-test del cuestionario finalmente distribuido.

A todos los profesionales que, como expertos, me ayudaron a la realización del pre-test del cuestionario utilizado: Esther Lanuza, M^a Carmen Larroche, M^a Ángeles Gil Lacruz, Eugenia Estrada, Agustín Albesa, Loreto García Moyano y Ana Gil Lacruz.

A Visitación Ortega Riba, por ayudarme en la obtención de todos los documentos necesarios.

A mi profesora Carmen Larroche Garcés, por orientarme hacia la investigación desde el inicio de mi carrera como enfermera.

A todos los profesionales enfermeros que han dedicado su tiempo a colaborar con el desarrollo de la presente tesis doctoral. Sin vuestra ayuda desinteresada este estudio no hubiera sido posible.



Universidad
Zaragoza



Departamento de
Psicología y Sociología
Universidad Zaragoza

Las Doctoras Carmen Elboj Saso y Tatiana Iñiguez Berrozpe, del Departamento de Psicología y Sociología de la Universidad de Zaragoza, como directoras de la Tesis Doctoral “La voz de enfermería: promoción del *engagement* y prevención del síndrome de *burnout* en el entorno laboral” realizada por D^a Isabel Sanclemente Vinué, dentro del Programa de Doctorado en “Sociología de las Políticas Públicas y Sociales” del mismo Departamento, autorizan su presentación a trámite, al reunir todas las condiciones necesarias para su defensa.

Y, para que así conste, firmamos el presente documento, en Zaragoza, a 13 de febrero de 2018.

Dra. Carmen Elboj Saso

Dra. Tatiana Iñiguez Berrozpe

Índice

1.- Introducción	1
1.1.- Justificación.....	6
2.- Marco teórico	8
2.1.- Concepto teórico del síndrome de <i>burnout</i> y <i>engagement</i>	8
2.1.1.- Denominaciones aplicables al síndrome de <i>burnout</i> y al <i>engagement</i>	20
2.1.2.- Definiciones del síndrome de <i>burnout</i> y del <i>engagement</i>	26
2.1.3.- Modelos explicativos del síndrome de <i>burnout</i>	30
2.2.- Factores relacionados con la aparición del síndrome de <i>burnout</i> y que evitan el desarrollo del <i>engagement</i>	45
2.2.1.- Ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto como fuentes de estrés laboral.	46
2.2.2.- Estrés por desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera.....	50
2.2.3.- Estresores relacionados con las nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales.	52
2.2.4.- Fuentes extra-organizacionales de estrés laboral.....	53
2.3.- Sintomatología asociada, profesiones de riesgo y consecuencias de padecer <i>síndrome de burnout</i>	62
2.3.1.- Sintomatología asociada al síndrome de <i>burnout</i> y desarrollo del mismo	63
2.3.2.- Profesionales con riesgo de sufrir síndrome de <i>burnout</i>	65

2.3.3.- Consecuencias de padecer <i>engagement</i> y síndrome de <i>burnout</i>	66
2.4.- Instrumentos de medición	70
2.4.1.- Instrumentos de medición del síndrome de <i>burnout</i>	70
2.4.2.- Instrumentos de medición del <i>engagement</i>	74
2.5.- Medidas de prevención del síndrome de <i>burnout</i> y que promueven el <i>engagement</i> ..	75
2.5.1.- Medidas desde la Organización.	76
2.5.2.- Medias a nivel grupal o interpersonal.....	81
2.5.3.-Medidas a nivel individual.	82
3.- Hipótesis y objetivos	89
3.1.- Hipótesis de la investigación.....	90
3.2.- Objetivos de la investigación	91
4.- Método	93
4.1.- Procedimiento	94
4.2.- Paradigma metodológico.....	96
4.2.1.- Revisión documental.	100
4.3.- Población.....	100
4.4.- Muestra.....	103
4.4.1.- Muestra para el análisis cuantitativo.	104
4.4.2.- Muestra para el análisis cualitativo.	108
4.5.- Instrumentos	109

4.5.1.- Instrumentos para el análisis cuantitativo: Cuestionarios.....	109
4.5.2.- Instrumentos para el análisis cualitativo.....	116
4.6.- Análisis de los datos.....	117
4.6.1.- Análisis cuantitativo.	117
4.6.2.- Análisis cualitativo.	123
5.- Resultados	127
5.1.- Resultados del análisis cuantitativo	127
5.1.1.- Análisis descriptivo cuestionario Seis Áreas de la Vida Laboral (AWL).	127
5.1.2.- Análisis descriptivo Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE).	144
5.1.3.- Contraste de hipótesis entre variables socio-demográficas, laborales y Seis Áreas de la Vida Laboral (AWL).	148
5.1.4.- Contraste de hipótesis entre las subescalas del cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE) y las variables socio-demográficas y laborales.	158
5.1.5.- Análisis de regresión lineal múltiple.	164
5.2.- Resultados del análisis cualitativo	172
5.2.1.- Dimensiones exclusoras.	172
5.2.2.- Dimensiones transformadoras.	210
6.- Discusión.....	235
7.- Propuestas	269
7.1.- Propuestas a nivel estructural u organizacional	270

7.1.1.- Propuesta 1: Acuerdos a nivel nacional.....	270
7.1.2.- Propuesta 2: Trabajo por objetivos.....	271
7.1.3.- Propuesta 3: Uso de organizaciones profesionales.....	271
7.1.4.- Propuesta 4: Gestiones horarias.....	273
7.1.5.- Propuesta 5: Control de cargas de trabajo.....	273
7.1.6.- Propuesta 6: Creación de “puntos de reunión”.....	273
7.1.7.- Propuesta 7: Organización del trabajo según criterio de los trabajadores.....	274
7.1.8.- Propuesta 8: Profesionalización de la gestión sanitaria.....	275
7.1.9.- Propuesta 9: Liderazgo.....	276
7.1.10.- Propuesta 10: Mejora del reconocimiento profesional.....	277
7.1.11.- Propuesta 11: Profesionales de apoyo.....	277
7.1.12.- Propuesta 12: Mejora de la conciliación familiar y laboral.....	279
7.1.13.- Propuesta 13: Mejora de las condiciones laborales.....	279
7.1.14.- Propuesta 14: Gestión de la informatización del trabajo.....	280
7.1.15.- Propuesta 15: Fomento de la investigación.....	280
7.1.16.- Propuesta 16: Instruir a cerca del concepto de engagement y síndrome de burnout.	282
7.2.- Propuestas a nivel individual.....	283
7.2.1.- Propuesta 17: Formación en gestión sanitaria.....	284
7.2.2.- Propuesta 18: Formación en liderazgo.....	284

7.2.3.- Propuesta 19: Formación relacionada con el desarrollo del optimismo.	284
7.2.4.- Propuesta 20: Formación en gestión de vida laboral-vida personal.	285
7.2.5.- Propuesta 21: Formación en habilidades de comunicación.....	286
7.2.6.- Propuesta 22: Formación en gestión del tiempo de trabajo.....	286
7.3.- Propuestas a nivel interpersonal.....	287
7.3.1.- Propuesta 23: Fomento del trabajo en equipo.....	287
7.3.2.- Propuesta 24: Formación en cuanto a funciones propias y ajenas.....	289
7.3.3.- Propuesta 25: Mejora de la publicidad profesional.	290
8.- Conclusiones	297
9.- Futuras líneas de investigación	308
10.- Bibliografía	311
ANEXO 1: Modelo utilizado en la solicitud de permisos para la realización del presente estudio	360
ANEXO 2: Enfermeros/as en la ciudad de Huesca	361
ANEXO 3: Cuestionario Seis Áreas de la Vida Laboral (AWL).....	364
ANEXO 4: Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE).....	366
ANEXO 5: Cuestionario propio	368
ANEXO 6: Guión grupos de discusión	371
ANEXO 7: Guión entrevistas.....	373
ANEXO 8: Consentimiento grupos y entrevistas.....	375

ANEXO 9: Parrilla de análisis 377

Índice Tablas

Tabla 1 Distribución de la muestra según los intervalos de edad	105
Tabla 2 Distribución de la muestra según las especialidades de enfermería	106
Tabla 3 Distribución de la muestra según el número de cambios de servicio en los últimos cinco años	107
Tabla 4 Categorías y subcategorías de las variables de la técnica cualitativa	126
Tabla 5 Descriptivos de las subescalas del <i>engagement</i>	128
Tabla 6 Distribución del <i>engagement</i> según las variables socio-demográficas	129
Tabla 7 Frecuencias: Sexo-Dimensiones del <i>engagement</i>	130
Tabla 8 Frecuencias: Intervalos de edad-Dimensiones del <i>engagement</i>	131
Tabla 9 Frecuencias: Estado civil-Dimensiones del <i>engagement</i>	131
Tabla 10 Frecuencias: Hijos-Dimensiones <i>engagement</i>	132
Tabla 11 Frecuencias: Tipos de contrato-Dimensiones <i>engagement</i>	132
Tabla 12 Descriptivos de las dimensiones del síndrome de <i>burnout</i>	134
Tabla 13 Frecuencias: Sexo-Dimensiones del síndrome de <i>burnout</i>	135
Tabla 14 Frecuencias: Intervalos de edad-Dimensiones del síndrome de <i>burnout</i>	136
Tabla 15 Frecuencias: Estado civil-Dimensiones del síndrome de <i>burnout</i>	136
Tabla 16 Frecuencias: Hijos-Dimensiones del síndrome de <i>burnout</i>	136
Tabla 17 Frecuencias: Tipo de contrato-Dimensiones del síndrome de <i>burnout</i>	137
Tabla 18 Distribución del síndrome de <i>burnout</i> según las variables socio-demográficas	138
Tabla 19 Descriptivos del Cuestionario Seis Áreas de la Vida Laboral	140
Tabla 20 Distribución del <i>engagement</i> según las variables laborales I	141
Tabla 21 Distribución del <i>engagement</i> según las variables laborales II	142

Tabla 22 Distribución de las subescalas de <i>burnout</i> según las variables laborales	143
Tabla 23 Descriptivos Cuestionario de Afrontamiento al Estrés	144
Tabla 24 Afrontamiento emocional y racional según las variables socio-demográficas	146
Tabla 25 Afrontamiento emocional y racional según las variables laborales	147
Tabla 26 Relaciones significativas entre las sub-escalas del <i>engagement</i> con las variables socio-demográficas y laborales	149
Tabla 27 Correlaciones entre las sub-escalas del <i>engagement</i> y las variables socio-demográficas y laborales	150
Tabla 28 Relaciones significativas entre las subescalas del síndrome de <i>burnout</i> y las variables socio-demográficas	151
Tabla 29 Correlaciones entre las subescalas del <i>burnout</i> y las variables socio-demográficas y laborales	152
Tabla 30 Relaciones significativas entre las subescalas del <i>burnout</i> y las variables laborales	152
Tabla 31 Relaciones significativas entre las subescalas de la vida laboral y las variables socio-demográficas	153
Tabla 32 Correlaciones entre las subescalas de la vida laboral y las variables laborales	156
Tabla 33 Relaciones significativas entre las subescalas de la vida laboral y las variables laborales	156
Tabla 34 Correlaciones entre las subescalas del <i>engagement</i> y las áreas de la vida laboral	157
Tabla 35 Relaciones significativas entre las variables socio-demográficas y laborales con las subescalas de afrontamiento al estrés	159

Tabla 36 Relaciones significativas entre las subescalas de afrontamiento al estrés y las variables socio-demográficas	161
Tabla 37 Relaciones significativas entre las subescalas de afrontamiento al estrés y las variables laborales	163
Tabla 38 Análisis de regresión: Subescalas del <i>engagement</i> y subescalas de la vida laboral	165
Tabla 39 Análisis de regresión: Subescalas del <i>engagement</i> y subescalas de afrontamiento al estrés	166
Tabla 40 Análisis de regresión: Subescalas del <i>engagement</i> y estilos de afrontamiento	166
Tabla 41 Análisis de regresión: Subescalas del <i>engagement</i> y variables socio-demográficas ..	167
Tabla 42 Análisis de regresión: Subescalas del <i>engagement</i> y variables laborales	168
Tabla 43 Análisis de regresión: Subescalas del <i>burnout</i> y subescalas de la vida laboral	169
Tabla 44 Análisis de regresión: Subescalas del <i>burnout</i> y subescalas de afrontamiento al estrés	169
Tabla 45 Análisis de regresión: Subescalas del <i>burnout</i> y estilos de afrontamiento	169
Tabla 46 Análisis de regresión: Subescalas del <i>burnout</i> y variables socio-demográficas	170
Tabla 47 Análisis de regresión: Subescalas del <i>burnout</i> y variables laborales	171

Índice de Figuras

<i>Figura 1</i> Modelo bidimensional del bienestar subjetivo en el trabajo.....	23
<i>Figura 2</i> Relación del síndrome de <i>burnout</i> y <i>engagement</i>	24
<i>Figura 3</i> Áreas dominantes en el entorno laboral y sus relaciones con las áreas del <i>engagement</i>	44

1.- Introducción

La prevención de riesgos laborales se ha convertido en uno de los eslabones más importantes dentro del mundo del trabajo, estableciéndose nuevas medidas preventivas a medida que las sociedades se han desarrollado. Se ha producido una transición de una prevención de riesgos laborales eminentemente física en períodos anteriores, a una prevención de riesgos psicosociales emergente, como el caso del síndrome de *burnout*, que ya fue reconocido como accidente laboral en Auto dictado por la Sala de lo Social del Tribunal Supremo (Tribunal Supremo, Sala de lo Social, 4379/1999, 26 de octubre 2000).

El estrés continuo de la sociedad moderna, la incapacidad organizacional de las instituciones, los cambios laborales acontecido en los últimos tiempos, así como las situaciones de crisis, han provocado un aumento de la insatisfacción social y profesional, así como una sobrecarga laboral de los trabajadores. Estos sucesos no han hecho sino acrecentar y demostrar la importancia de prevenir estos riesgos psicosociales. En aquellas profesiones en contacto continuo con clientes-usuarios, donde se establece una relación interpersonal intensa, estos sucesos han provocado una deshumanización de los servicios, y la aparición del síndrome de *burnout* o Síndrome de Quemarse en el Trabajo (SQT), entre otros (Gil-Monte, 2009).

El síndrome de *burnout* debe entenderse como una forma de acoso psicosocial en el trabajo, en el que el trabajador se ve desbordado e impotente para hacer frente a los problemas que le genera su entorno laboral. Los individuos se sienten desgastados y agotados por la percepción continuada de presión en su trabajo. Este síndrome es una respuesta al estrés laboral crónico, que se desarrolla cuando fallan las estrategias de afrontamiento que el individuo utiliza para manejar las situaciones de estrés (Gil-Monte, 2005).

Este síndrome tiene una elevada prevalencia entre las profesiones sanitarias y las relacionadas con la educación, y es por ello que ha sido estudiada ampliamente en estos dos campos. En recientes estudios realizados en España sobre profesionales de enfermería se observa que tiene una prevalencia del 22,00% (Fuentelsaz-Gallego, Moreno-Casbas, Lopez-Zorraquino, Gomez-Garcia, Gonzalez-Maria & RN4CAST-Espana, 2012), un 28,00% según Aiken et al., (2012), e incluso un 33,30% (Gandoy-Crego, Clemente, Mayan-Santos & Espinosa, 2009). En un estudio realizado en EEUU (McHugh, Kutney-Lee, Cimiotti, Sloane & Aiken, 2011), esta cifra aumentaba hasta un 34,00-37,00%. Las diferencias entre estas cifras puede deberse a los diferentes ámbitos estudiados, ya que los profesiones de enfermería tienen múltiples opciones laborales, con diferentes y muy específicas características. Esto podría explicar que el 23,00% de los profesionales de enfermería que realizan su trabajo en unidades médico-quirúrgicas presentaran síndrome de *burnout* frente al 18,00% de las de unidades de cuidados intensivos (Fuentelsaz-Gallego, Moreno-Casbas, Gomez-Garcia & Gonzalez-Maria, 2013). Por otro lado, Hernández (2003) concluía en 2003, que trabajar en Atención Primaria aumentaba el riesgo de padecer este síndrome.

En el campo sanitario el síndrome de *burnout* ha sido estudiado ampliamente tanto en la profesión médica como en la enfermera, pero merece la pena tener en consideración las similitudes e importantes diferencias entre ellas. Conocer las similitudes y diferencias entre las profesiones de enfermería y medicina que podrían favorecer la aparición del síndrome de *burnout*, va a permitir establecer los elementos sobre los que actuar en la prevención del mismo, así como modificar estas características consideradas de riesgo.

Se considerarán características comunes entre las profesiones sanitarias que podrían favorecer la aparición del síndrome de *burnout* los cambios continuos de tipo de contrato

(Garcia-Izquierdo & Rios-Risquez, 2012), la alta incidencia de violencia física y psíquica que fomenta la aparición de este síndrome, como explica Santiago Gascón et al., (2009, 2013a) y Waschler, Ruiz-Hernandez, Llor-Esteban y Garcia-Izquierdo (2013a), la excesiva carga de trabajo, la burocracia (Jenaro, Flores, Orgaz & Cruz, 2011), y la realización de turnos de noche (Garcia-Izquierdo & Rios-Risquez, 2012), entre otros.

Además de las características anteriormente citadas, se debe hacer hincapié en que el trabajo de terapeuta en una sociedad tan exigente, con pocos incentivos y motivaciones para estos profesionales, constituyen las causas más importantes para la aparición del este síndrome. Trabajar en un ambiente poco flexible, falta de organización, muy rígido, con deficiente participación de los profesionales en tareas de gestión, con elevadas responsabilidades, un clima laboral autoritario, y los cambios sucesivos en el propio sistema, entre otros, ocasiona situaciones de estrés mantenido que producen alteraciones en la conducta (Flórez, 2002).

Cuando se hace referencia a las características propias de la profesión enfermera que podrían favorecer la aparición del síndrome de *burnout*, cabe reseñar la ambigüedad de rol, entendiendo ésta como la incertidumbre, el no saber qué se espera de ella, es decir, no tener configurado con claridad cuál es su papel en la empresa (Ironson, 1992). También surge como una característica propia de estos profesionales la disminución de la cohesión profesional (Garrosa, Moreno-Jimenez, Liang & Gonzalez, 2008), el sentirse poco valorado a nivel profesional (Grau, Flichtentrei, Suner, Prats & Braga, 2009), y recibir información contradictoria (Fornés, Cardoso, Maria Castello & Gili, 2011), entre otros.

Los cambios sociales de los últimos años han provocado, además, que los usuarios de los servicios sanitarios busquen un contacto y unos cuidados más individualizados y personalizados. Este cambio no se ha promovido desde las organizaciones sanitarias, que son centros rígidos y

burocratizados, donde se trabaja de forma despersonalizada, siguiendo protocolos y programas (Benedito-Alberola, 2002), lo que podría favorecer también la aparición del síndrome de *burnout* entre los profesionales de enfermería.

De forma opuesta a este síndrome, surge el término de *engagement*, definido por primera vez por Kahn (1990, p. 694) como “el aprovechamiento de los miembros de la organización de sus propios roles de trabajo: en el *engagement*, las personas utilizan y se expresan a sí mismas física, cognitiva, emocional y mentalmente durante el desarrollo de sus roles”.

Algunos autores, como Leiter y Maslach, definen el *engagement* como un concepto completamente opuesto al *burnout*, donde la energía se convierte en agotamiento, la participación en cinismo y la eficacia en ineficacia (Maslach & Leiter, 1997). Las relaciones psicológicas de las personas con sus puestos de trabajo, se han conceptualizado como un continuo entre la experiencia negativa del *burnout*, y la experiencia positiva del *engagement*. En 2002, Schaufeli, Salanova, González-Romá y Bakker plantean que el concepto de *engagement* posee entidad propia, y no únicamente se trata de una forma opuesta del *burnout*. En lo que sí que mantienen el acuerdo estos autores es en que el concepto de *engagement* es la antítesis del *burnout* (Rodríguez-Muñoz & Bakker, 2013).

Los empleados *engaged* son individuos que toman iniciativas personales en su trabajo, y generan su propio feedback sobre el desempeño (Schaufeli, Taris, Le Blanc, Peeters, Bakker & De Jonge, 2001). Estos individuos buscan nuevos retos, y están comprometidos a conseguir la excelencia en su desempeño, lo que les permite desarrollar *feedback* positivo con sus supervisores y clientes. Estos empleados también experimentan fatiga, pero la asocian con algo positivo como es la realización del trabajo bien hecho, y la consecución de metas (Schaufeli & Salanova, 2007).

Como se puede observar, conseguir empleados *engaged*, y prevenir la aparición del síndrome de *burnout* puede considerarse un objetivo para las organizaciones sanitarias, en especial entre los profesionales de enfermería, que se han identificado como un grupo de riesgo para padecer el síndrome de *burnout* debido a sus características personales, profesionales e institucionales (Maslach & Jackson, 1986).

A lo largo de los últimos años, el estudio acerca del síndrome de *burnout* se ha realizado desde una perspectiva eminentemente cuantitativa, con una escasa participación de la metodología cualitativa, ampliamente utilizada en las ciencias sociales. Esta metodología se ha empleado únicamente mediante grupos de discusión en dos artículos de entre todos los artículos realizados en España en los últimos cinco años (2009-2013) (Waschgler et al., 2013a; Waschgler, Ruiz-Hernandez, Llor-Esteban, & Jimenez-Barbero, 2013b), y en estos casos se utilizaron como forma de validar una nueva escala para medir los comportamientos agresivos (Sanclemente, Elboj & Iñiguez, 2015).

La elevada prevalencia del síndrome de *burnout* entre los profesionales sanitarios en general, y de enfermería en particular, unido al interés de las organizaciones laborales en conseguir profesionales con un alto nivel de *engagement*, provocó el planteamiento de la presente tesis doctoral, donde se ha estudiado este síndrome desde una perspectiva diferente y, consideramos, innovadora. Así, se ha aplicado en su realización una triangulación metodológica utilizando la metodología comunicativa, que puede aportar una visión novedosa y muy interesante sobre estos conceptos.

La metodología comunicativa pretende describir la realidad, interpretarla y transformarla haciendo hincapié en cómo los significados se construyen comunicativamente a partir de interacciones entre las personas en un plano de igualdad. Los investigadores aportarán los

conocimientos teóricos, y los participantes las vivencias y experiencias personales, estableciéndose en todo momento un diálogo igualitario, donde se consideran las aportaciones de los diferentes participantes en función de su validez, y no de la posición de poder que ocupan quienes las realizan (Flecha, 1997).

Tal y como se comentaba anteriormente, se estimó que las características de la metodología comunicativa permitirían realizar una investigación sobre *engagement* y el síndrome de *burnout* entre profesionales de enfermería, que aportaría una nueva perspectiva a los datos obtenidos, implicando a los propios sujetos investigados como elementos de cambio, y permitiendo conocer las realidades más profundas asociadas a estos fenómenos. Los objetivos planteados fueron, en primer lugar, el desarrollo de nuevas estrategias preventivas del síndrome de *burnout* que promuevan el *engagement* entre los profesionales, siendo esto un desafío debido a su importancia, y a las relevantes repercusiones socio-económicas que ocasiona. En segundo lugar, se pretende conocer cuáles son las variables personales, socio-demográficas y laborales que se asocian a ellos en el entorno laboral estudiado.

1.1.- Justificación

El síndrome de *burnout*, entendido como un problema del ambiente social en el que trabajan los individuos, y no como un problema de las personas (Maslach, 2009), se asocia con formas negativas de respuestas al trabajo, lo que incluye la insatisfacción laboral, el bajo compromiso con la organización, el absentismo y la intención de dejar el trabajo (Schaufeli & Enzmann, 1998).

El *engagement*, entendido como concepto opuesto al síndrome de *burnout*, será la meta deseada para cualquier organización, y las áreas laborales asociadas a él permiten conocer las

fortalezas y debilidades de la muestra estudiada, con el fin de incidir en aquellas en las que aparece un mayor desajuste, y conseguir así un mayor nivel de *engagement* (Maslach, 2009).

Pese a las ventajas de la utilización de cuestionarios y escalas, la utilización de métodos de análisis del contenido asociado a ellas permitirá conocer aquellos contenidos guardados, e incluso ocultos, proporcionando una nueva interpretación de los datos obtenidos (Piñuel, 2002), lo que puede ayudar a determinar nuevas estrategias que promuevan el *engagement* en el entorno laboral.

La utilización de la metodología comunicativa para el análisis del contenido, requerirá la implicación y colaboración de los sujetos estudiados, así como la creación de grupos de reflexión autocríticos que se implicarán en un proceso de transformación de la realidad (Gómez, Latorre, Sánchez & Flecha, 2006, pp. 32–33), por lo cual, las medidas que fomenten el desarrollo del *engagement* obtenidas mediante esta metodología, emanarán directamente de los sujetos participantes, y por consiguiente, deberían contar con su compromiso e implicación.

El uso de la metodología comunicativa en el ámbito de las Ciencias de la Salud es novedoso, y promueve la participación de las personas investigadas, provocando la construcción de significados a partir de interacciones. Además de esto, la metodología comunicativa permite el uso de técnicas tanto cuantitativas como cualitativas, siempre que estas últimas sean con orientación comunicativa, lo que permitirá la obtención de datos de gran calidad, que no se podrían obtener con la utilización de una sola de las técnicas.

2.- Marco teórico

2.1.- Concepto teórico del síndrome de *burnout* y *engagement*

En 1961, Graham Greene publicó una novela titulada *A burn out case*, donde sugería que los profesionales podían desarrollar un proceso psicológico de desesperanza, narrando la historia de un arquitecto que abandona su trabajo porque pierde la fe en el ser humano, y termina trabajando desinteresadamente en una colonia de leprosos para encontrarse a sí mismo (García & Herrero, 2010). Aunque tradicionalmente se considera esta la primera mención a este síndrome, en 1953, Schwartz y Will ya publicaron un estudio de caso de “*Miss Jones*”, una enfermera psiquiátrica desilusionada, quien es probablemente uno de los primeros ejemplos de *burnout*.

En ese momento la comunidad internacional no prestaba interés a lo que este síndrome representaba, y no es hasta 1974 cuando el psicólogo estadounidense Herbert Freudenberger, describió este proceso al observar a los voluntarios que trabajaban en una clínica de Nueva York cuidando toxicómanos. Estos voluntarios presentaban desmotivación, agotamiento, pérdida de interés y decepción, acompañado de síntomas de ansiedad y estrés tras desarrollar sus funciones durante un periodo de tiempo, normalmente de uno a tres años (Mingote Adán, 1998; Moreno, González & Garrosa, 2001).

Freudenberger definía a estas personas como rígidas, obstinadas e inflexibles, con actitudes totalmente negativas y distanciadas, que tendían a responsabilizar a los pacientes de sus problemas. Para definir este patrón conductual utilizó el término utilizado para referirse a los efectos del consumo crónico de sustancias tóxicas de abuso: BURN-OUT (Freudenberger, 1974).

Años más tarde, en 1976 la psicóloga estadounidense Cristina Maslach, profesora asistente psicóloga de la Universidad de Berkeley, California, estudió los comportamientos de profesionales que se dedicaban a ayudar a personas, y utilizó el mismo término, *burnout*, para

referirse al proceso de desinterés progresivo. Maslach decía “después de horas, días y meses de escuchar los problemas de otros, algo dentro de ti muere” (Maslach, 1976, p.21).

Las definiciones de este síndrome proliferaron a lo largo de los años ochenta con el objetivo de delimitarlo y diferenciarlo de otras patologías similares, por lo que autores como Perlman y Hartman realizaron una revisión de las definiciones dadas hasta entonces, concluyendo que el Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) o Síndrome de *burnout* puede definirse como una respuesta al estrés emocional crónico con tres componentes: agotamiento emocional y/o físico, baja productividad laboral y un exceso de despersonalización (Perlman & Hartman, 1982).

Como se observa, el síndrome de *burnout* se define como una respuesta al estrés laboral, por lo que conocer la definición de estrés será fundamental. Selye (1956) visualiza el estrés como el resultado no específico de cualquier demanda sobre el cuerpo, con efectos mentales o somáticos, es decir, conceptualiza el estrés como una respuesta general del organismo ante cualquier estímulo o situación estresante. Según Pines, mientras que el estrés puede sentirlo cualquiera, el *burnout* puede solamente ser experimentado por personas que entregan sus carreras a altos objetivos, expectativas y motivaciones. Las personas que no tienen inicialmente estas motivaciones, pueden sufrir estrés laboral pero no *burnout*. Así mismo, en el *burnout* se desarrollan actitudes negativas hacia los clientes, el trabajo y la organización, y en el estrés laboral esto no tiene porqué ocurrir (Pines, Aaronson & Kafry, 1981).

Pese a la multitud de bibliografía referente a este síndrome, no existe un consenso internacional que establezca una definición aceptada por todos los profesionales, pero estas definiciones se puede englobar en dos perspectivas: la clínica y la psicosocial (Gil-Monte & Peiró, 1997).

El Síndrome de *Burnout* o Síndrome de Quemarse en el trabajo (SQT), debe ser entendido como una forma de acoso psicosocial en el trabajo. Es una situación en la que el trabajador se ve desbordado, y se percibe impotente para hacer frente a los problemas que le genera su entorno laboral, en especial su entorno social. Se sienten desgastados y agotados por la percepción de continua presión en su trabajo. De acuerdo con esta definición, diremos que tiene su origen en el entorno y no en el trabajador (Gil Monte, 2005).

El síndrome de *burnout* se trata de una experiencia subjetiva de carácter negativo y progresivo, compuesta por cogniciones y actitudes negativas hacia el trabajo, hacia las personas con las que se relaciona el individuo en su trabajo, en especial los clientes, y hacia el propio rol profesional. Como consecuencia de esta respuesta, aparecen disfunciones conductuales, psicológicas y fisiológicas, que van a tener repercusiones nocivas para las personas y para la organización. Es un fenómeno que ha sido descrito principalmente en profesionales de las organizaciones de servicios (enfermería, médicos, maestros, etc.), que trabajan en contacto directo con los “clientes” (pacientes, alumnado, etc.)(Gil Monte, 2005).

Existen diversos desencadenantes del síndrome de *burnout* que han sido ampliamente estudiados en la multitud de estudios que abordan este síndrome. Se pueden clasificar en 4 grandes grupos: el ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto como fuentes de estrés laboral, el estrés por desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera, los estresores relacionados con las nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales, y las fuentes extra-organizacionales de estrés laboral, donde se sitúa el afrontamiento, entendido como las conductas que desarrolla el individuo para manejar las demandas externas (Lazarus & Folkman, 1986). Todo esto se desarrollará en un capítulo posterior.

Por otra parte, coincidente con el movimiento de la Psicología Positiva, surge el término *engagement*, puesto que esta parte de la psicología pone su foco de interés en el estudio de las fortalezas y en el funcionamiento óptimo del ser humano, y no tanto en sus debilidades y disfunciones (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). El *engagement* fue descrito por primera vez por William A. Khan en 1990, y posteriormente Leiter y Maslach definieron el *engagement* o compromiso en 1998 como un estado energético de implicación con las actividades con las que cumplen personalmente y mejoran el sentido de eficacia profesional. Estos autores definen el *engagement* como un concepto completamente opuesto al *burnout*, donde la energía se convierte en agotamiento, la participación en cinismo y la eficacia en ineficacia (Rodríguez-Muñoz & Bakker, 2013). Las relaciones psicológicas de las personas con sus puestos de trabajo, se han conceptualizado como un continuo entre la experiencia negativa del *burnout* y la experiencia positiva del compromiso.

Hay tres dimensiones interrelacionadas en este continuo: energía-agotamiento, cinismo-participación e ineficacia-eficacia (Maslach & Leiter, 2005). Estos mismos autores interpretan que el compromiso o *engagement* proporcionan una perspectiva más compleja y exhaustiva sobre la relación de un individuo con el trabajo (Leiter & Maslach, 2003). El *engagement* se ha considerado un indicador de bienestar psicológico en el trabajo (Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró & Grau, 2000).

Unos años más tarde, Schaufeli, Salanova, González-Romá y Bakker definieron el *engagement* como:

Un estado mental positivo, de realización, relacionado con el trabajo, que se caracteriza por vigor, dedicación y absorción. Más que un estado momentáneo y específico, el *engagement* se refiere a un estado más persistente y afectivo cognitivo

que no tiene el foco en el objeto, evento, individuo o comportamiento específico (Schaufeli et al., 2002a, p.21).

El vigor se caracteriza por altos niveles de energía, resistencia mental y superación de dificultades cuando se está desarrollando la actividad laboral. La dedicación es un sentimiento de orgullo, entusiasmo e inspiración en el trabajo, y la absorción es la profunda concentración que nos hace sentir que el tiempo ha pasado fugazmente, simultáneamente con un sentimiento de satisfacción por el trabajo realizado. Estos autores plantean que el concepto de *engagement* tiene entidad propia, no siendo únicamente la forma opuesta del *burnout*. En lo que sí que mantienen el acuerdo estos autores, es en que el concepto de *engagement* es la antítesis del *burnout* (Rodríguez-Muñoz & Bakker, 2013). De acuerdo con esta definición, el vigor y la dedicación/participación son las dimensiones opuestas al agotamiento y cinismo respectivamente (Maslach, Leiter & Schaufeli, 2001).

Como se puede observar, no se dice nada sobre la dimensión de eficacia-ineficacia profesional ya que ésta desempeña un rol diferente y relativamente independiente (Maslach et al., 2001). Las investigaciones previas han demostrado que el *engagement* se caracteriza por un estado de absorción, lo que no es la dimensión opuesta a la falta de eficacia profesional (Schaufeli & Salanova, 2007).

Como se explica anteriormente, los tres componentes del síndrome de *burnout* se relacionan negativamente con los tres componentes del *engagement* (Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli, 2001; Montgomery, Peeters, Schaufeli & Den Ouden, 2003; Salanova et al., 2000; Schaufeli, Martinez, Pinto, Salanova & Bakker, 2002b; Schaufeli et al., 2002a). La falta de realización profesional está fuertemente relacionada con los tres aspectos del

engagement, y esto puede deberse a que el *engagement* en el trabajo derive de sentimientos de realización profesional y viceversa (Schaufeli & Bakker, 2004).

El síndrome de *burnout* aparece en mayor medida en aquellas profesiones en las que se requiere contacto continuo con las personas, por lo que la enfermería ha sido una de las profesiones en las cuales tiene una mayor prevalencia, lo que unido a su desarrollo profesional, contribuye a los altos niveles de síndrome de *burnout*, y bajos niveles de *engagement* entre sus profesionales (Gil-Monte & Moreno-Jiménez, 2007, p. 22).

La profesión enfermera se ha desarrollado a través de los años de forma paralela a la evolución de los cuidados en la sociedad, lo que ha propiciado que este desarrollo profesional haya contado con numerosos obstáculos. No fue hasta la aparición de Florence Nightingale en 1859 (Marriner & Alligood, 2011; Berman & Snyder, 2013, p. 6) cuando surgió la enfermería como una profesión, y es esta autora la que establece la base de una formación formal para los y las profesionales de este sector.

Diversas autoras como Hildegard Peplau, Callista Roy, Martha Rogers, Virginia Henderson y Dorothea Orem (Marriner & Alligood, 2011), entre otras, desarrollaron desde ese momento teorías y modelos que delimitan el marco conceptual propio de la profesión enfermera, coincidiendo en establecer que el término esencial de la profesión enfermera es el “cuidado”.

El “cuidado” fue definido por Vera Regina Waldow como “el fenómeno resultante del proceso de cuidar, que a su vez representa la forma como ocurre, o debería ocurrir, el encuentro entre el ser que cuida y ser que es cuidado” (Waldow, 2014, p. 237). Esta misma autora establece que “el cuidado es relacional, o sea, es siempre en función del otro (sea una cosa, objeto, animal, cualquier ser vivo). En enfermería, el otro es el paciente y su familia, los que necesitan su cuidado” (Waldow, 2014, p. 237).

De igual forma, existen numerosas definiciones de la enfermería, siendo Virginia Henderson, otra teórica imprescindible en el desarrollo de la profesión puesto que delimitó las funciones autónomas de la enfermería, la que realizó una de las definiciones más importantes de la enfermería:

La función específica de la enfermería es ayudar a la persona, enferma o sana, a la realización de actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios, y a hacerlo de tal manera que le ayude a ganar la independencia lo más rápidamente posible (Marriner & Alligood, 2011, p.55).

La enfermería ha experimentado a lo largo de los siglos una evolución espectacular en respuesta a los cambios sociales y a las necesidades de los individuos. Diversos acontecimientos han influido en este desarrollo profesional, siendo especialmente recurrente el papel y la condición de la mujer, los valores religiosos, principalmente cristianos, las guerras, las actitudes sociales, y el liderazgo de teóricas enfermeras anteriormente citadas (Berman & Snyder, 2013, p. 3).

Se han destacado cuatro etapas principales en los estilos de cuidar, descritos por Collière en 1993, siendo estos la etapa doméstica del cuidado, la etapa vocacional, la etapa técnica y la etapa profesional (Collière, 1993).

Los valores religiosos, como la abnegación, la vocación y devoción por el deber y el trabajo duro, han dominado la enfermería a lo largo de su historia de modo que el compromiso con estos valores tuvo como consecuencia la explotación, y la escasa gratificación monetaria que ha dominado la enfermería a lo largo de los años (Berman & Snyder, 2013, p. 3).

La evolución tecnológica y científica, provocó el inicio de la etapa técnica del cuidado, aunque la transición de la etapa vocacional a la técnica se produjo de forma lenta y progresiva, debido a la influencia del pensamiento tradicional respecto del papel de la enfermería como profesión eminentemente de mujeres, y durante siglos, reservada a religiosas (Martínez-Martín & Chamorro-Rebollo, 2011, p. 88).

Las actitudes sociales han ejercido una influencia muy importante en el desarrollo profesional de la enfermería, debido a la carencia de organización, educación o consideración social hasta mediados del siglo XIX. De la misma manera, a principios del siglo XIX surgió la idea del personal de enfermería como “criada del médico”, creencia que ha influido de forma importante en las generaciones posteriores (Berman & Snyder, 2013, pp. 3–4).

En la etapa técnica comienza el desarrollo del sistema hospitalario, y la falta de programas unificados de enseñanza en Enfermería, así como la ausencia de mujeres seglares que se dedicaran a la enfermería, provocó que la mayoría de necesidades en este campo fueran cubiertas por religiosas, especialmente por las Hijas de la Caridad, que desarrollaron un papel muy importante en la prestación directa de cuidados, pero también contribuyeron a aportar a la enfermería el matiz de dedicación desinteresada que ha condicionado su consideración como auténtica profesión (Martínez-Martín & Chamorro-Rebollo, 2011, pp. 112–113).

La etapa profesional se inició con la aparición de las primeras escuelas de enfermería, y en ese momento existían en España tres figuras profesionales diferentes: la enfermera, el practicante y la matrona, que se unifican en una sola profesión en 1952 con el Decreto de 4 de diciembre de 1953, denominada Ayudante Técnico Sanitario (ATS), y que contribuye a la profesionalización de la enfermería en España, y que da comienzo a la etapa profesional del

cuidado (Bernabeu-Mestre, Carrillo-García, Galiana-Sánchez, García-Paramio & Trescastro-López, 2013a).

Años más tarde, en 1977, los estudios de enfermería son incluidos en la universidad, y las diferentes corrientes profesionales trabajaron en el desarrollo de un cuerpo de conocimientos propio (Herrera Rodríguez, 2003).

En 1990, como resultado de la Ley de Reforma Universitaria, se cambió la denominación a Diplomatura en enfermería, y se modificó su plan de estudios para estar en consonancia con la normativa europea. Años después, tras la declaración de Bolonia, el 19 de junio de 1999, se sentó las bases para el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), dentro del cual la enfermería deja de ser una diplomatura para convertirse en un título de grado, igual que el resto de titulaciones universitarias (Martínez-Martín & Chamorro-Rebollo, 2011, pp. 131–147).

Desde 1980, los Diplomados en Enfermería podían matricularse en las especialidades que existían para los ATS, situación que cambió en 1987 con el Real Decreto 992/1987, donde se establecían las seis especialidades de enfermería, desarrollándose únicamente a nivel legal en 1992 la especialidad de enfermería obstétrico-ginecológica, y en 1998 la especialidad de salud mental (García-Martínez & García-Martínez, 1999).

No es hasta 2005, con el Real Decreto sobre Especialidades de Enfermería, cuando se establecen las siete especialidades de enfermería existentes en la actualidad, a las que se accede mediante el sistema de residencia en hospitales tras una prueba de carácter estatal de periodicidad anual. Estas especialidades son: enfermería pediátrica, enfermería de salud mental, enfermería familiar y comunitaria, enfermería obstétrico-ginecológica (matrona), enfermería geriátrica, enfermería del trabajo y enfermería de cuidados médico-quirúrgicos (la única

pendiente de desarrollar en la actualidad) (Palomino, Frías, Grande, Hernández & Del Pino, 2005).

De forma paralela al desarrollo de la enfermería, y muy importantes para su progreso, son los Colegios Profesionales, aprobados por primera vez en 1929, y que en 1944 se ponen en marcha como resultado de la Ley de Bases de Sanidad. La Creación de los Colegios Oficiales de Auxiliares Sanitario contribuyó de forma importante al desarrollo de la enfermería, debido a las responsabilidades que tenía reconocidas a nivel gubernamental, como velar por el prestigio y buen nombre de la profesión, perseguir el intrusismo y proponer a los poderes públicos las reformas legislativas pertinentes (Martínez-Martín & Chamorro-Rebollo, 2011, p. 117).

Como explican González, Arras y Moriel:

Los profesionales que ejercieron y ejercen la enfermería desde su inicio temprano como profesión, se han preocupado de su estatus, y por hacer de la disciplina una profesión socialmente respetable dentro de las instituciones que prestan cuidados para la salud. Una perspectiva al respecto es la del movimiento para mejorar la posición de las ocupaciones mediante la profesionalización, palabra que si se ve como tal, representa el descontento con la actual posición de la ocupación, y su interés por mejorarla (González Carrillo, Arras Vota, & Moriel Corral, 2012, p. 2).

Tradicionalmente se consideraba la enfermería como una profesión auxiliar de la medicina, y es a partir de 1980 cuando, tras la redefinición de las actividades propias de la profesión enfermera, esto se modifica. Se produce un cambio de una asistencia centrada en la enfermedad, a una orientación más centrada en la atención de la salud, y con un enfoque más integral de la persona. Este cambio provoca la caracterización de los cuatro ámbitos imprescindibles de actuación de los profesionales de enfermería: la actividad asistencial, la

actividad docente, la gestora y la actividad investigadora (Martínez-Martín & Chamorro-Rebollo, 2011, pp.141).

La evolución a lo largo del tiempo de la profesión enfermera, ha provocado que en la actualidad todavía se mantenga la discusión respecto a la percepción de la profesión enfermera como una vocación o una profesión. Para aclarar estos conceptos, se deben explicar cuáles son las definiciones de los mismos, así como, cuál es el interés de los profesionales de enfermería de pretender pasar de ser considerados una vocación a una profesión, y las implicaciones de este cambio.

Según la Real Academia de la Lengua Española, la vocación puede definirse como la inspiración con que Dios llama a algún estado, especialmente al de religión, o bien, como una inclinación a un estado, una profesión o una carrera (Real Academia Española, 2001). El término profesión queda definido, entre otras acepciones, como un empleo, facultad u oficio que alguien ejerce y por el que percibe una retribución (Real Academia Española, 2001). Enfermería queda definida como aquella profesión y titulación de la persona que se dedica al cuidado, y la atención de enfermos y heridos, así como a otras tareas sanitarias, siguiendo pautas clínicas (Real Academia Española, 2001).

La enfermería ha luchado por ser considerada una profesión, y no una ocupación, pero las implicaciones de la noción teológica del trabajo de enfermería, todavía está muy presente incluso en los uniformes o en la auto-interpretación de los profesionales de enfermería. Además, el hecho de que muchas escuelas de enfermería se fundaron siguiendo los preceptos de Nightingale sobre trabajo femenino y religioso, provoca que las enfermeras socialicen en un marco de matriz cristiana, en la idea de vocación y de abnegación, más que en la de profesión (Ayala & Carnero, 2013).

González, Arras y Moriel concluyen que, como disciplina moderna, la enfermería todavía tiene muchos obstáculos que vencer, donde se deben efectuar cambios estructurales, para hacer visibles los componentes que distinguen la profesión enfermera (conocimiento científico, autonomía, unidad y reconocimiento social). La autonomía es parcialmente ejercida, debido a que la enfermera, en el ambiente hospitalario, desempeña los roles disciplinares realizando en su mayoría actividades dependientes, lo que, derivado de una cultura, una historia y una organización donde es más conveniente depender del área médica que tener la responsabilidad de la toma de decisiones, favorece el escaso desarrollo de la autonomía. Además, según estas autoras, pese a que la colegiación debería ser una fuerza impulsora de la profesión, existe un desánimo y escasa implicación de los profesionales en ella, lo que dificulta a su vez la superación de estos obstáculos (González Carrillo et al., 2012).

Por otro lado, estas autoras sugieren que se debe aumentar el reconocimiento social de la profesión enfermera, mostrando una imagen más profesional de la misma, y que todas estas actuaciones deben llevarse a cabo desde todos los ámbitos, siendo el punto de partida las instituciones educativas formadoras de profesionales (González Carrillo et al., 2012).

Como se puede observar, las características propias de la profesión enfermera, tales como su complejo desarrollo como profesión (Burgos Moreno & Paravic Klijn, 2009), el hecho de que el cuidado, pilar fundamental de la profesión enfermera, es un acto relacional (Waldow & Figueiró Borges, 2008), y el contacto continuo con personas/clientes, propicia que esta profesión padezca, en mayor medida que otras, el síndrome de *burnout*, y puede dificultar el desarrollo del *engagement*.

2.1.1.- Denominaciones aplicables al síndrome de burnout y al engagement. Existen múltiples denominaciones para referirse al síndrome de *burnout* recogidas en la literatura. Se pueden encontrar diecisiete denominaciones diferentes que se pueden clasificar en tres grandes grupos (López Afrelo, 2009): las denominaciones que toman como referencia el término original anglosajón *burnout*, los estudios que valoran que el término es sinónimo de estrés laboral, y aquellas denominaciones que toman como referencia el contenido semántico de la palabra.

El número de definiciones puede ascender hasta dieciocho si incluimos la denominación de la Universidad de California (López Afrelo, 2009), donde lo califica como “síndrome del empleado”, y la denominación de “Enfermedad de Tomás o síndrome de Tomás”, propuesto en la literatura hispana por los médicos españoles Hernández Monsalve y Gervás en 1989 (El Sahili González, 2015).

Debido a la diversidad de denominaciones existentes para referirse a este síndrome, y a las múltiples clasificaciones de los mismos, Gil-Monte en 2003 hizo un llamamiento al consenso sobre la terminología a utilizar y se propone utilizar el término “síndrome de quemarse por el trabajo” para aludir al “*burnout syndrome*” ya que esta denominación ayuda a la comprensión del fenómeno por diversas razones (Gil-Monte, 2003):

- Da información sobre la naturaleza del fenómeno al indicar que está integrado por un conjunto de síntomas.
- Informa sobre la necesidad de identificar y evaluar el conjunto de síntomas para poder realizar un diagnóstico adecuado.
- Desvía el foco de atención hacia el trabajo y no hacia el trabajador, lo que evita estigmatizarlo.
- Se desvincula la patología laboral de la denominación coloquial.

- Permite diferenciarlo de otros fenómenos psicológicos que aparecen en condiciones de trabajo no deseables, como el estrés laboral, el desgaste emocional, ansiedad, etc.

En cuanto a las denominaciones otorgadas al concepto de *engagement*, en la actualidad este término no tiene una traducción equivalente al castellano, ya que se relaciona con la implicación en el trabajo, el compromiso organizacional, y la dedicación al trabajo entre otros, pero es mucho más. Este anglicismo lo podemos asimilar al término castellano compromiso, aunque hay autores que no lo hacen así (Salanova, Llorens & Schaufeli, 2011).

Si enmarcamos el término *engagement* dentro del concepto de compromiso profesional, el cual no tiene consenso en su definición en el ámbito de la enfermería (Akhtar-Danesh, Baumann, Kolotylo, Lawlor, Tompkins & Lee, 2013), se observa que esto puede deberse a la diversidad de términos existentes en la literatura, donde se encuentran entre otros: *professionalism*, *engagement*, *professional commitment*, profesionalismo, *patient-centred professionalism*, *work engagement*, *employee engagement*, *commitment* y *meaning in work* (García-Moyano, 2017, p. 165), términos que se usan indistintamente para englobar el mismo constructo, y que es necesario unificar en un único concepto.

Una definición del concepto de compromiso profesional en el ámbito de la enfermería, que englobara la diversidad de términos anteriormente citada, sería:

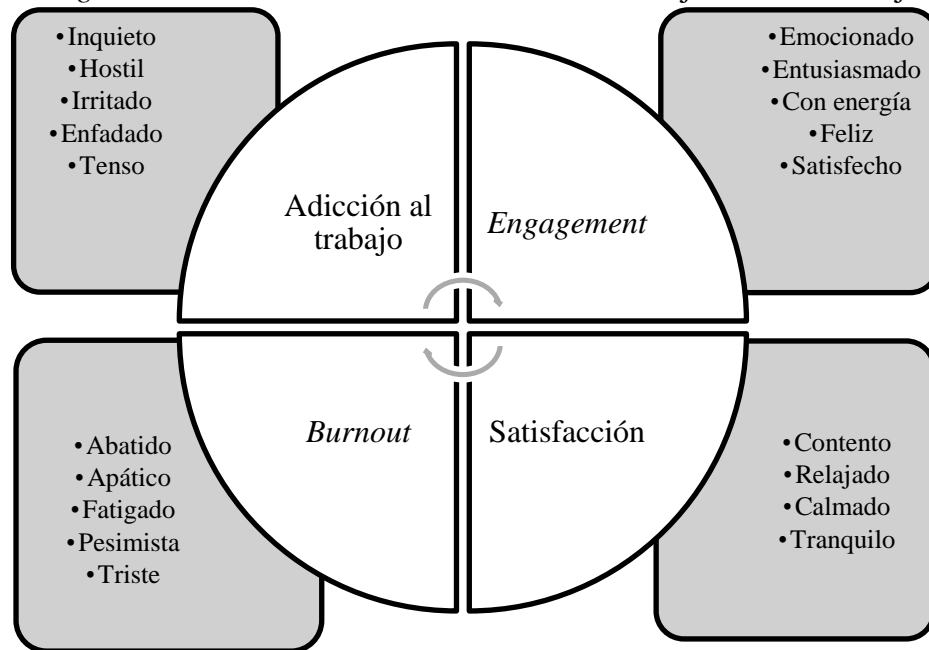
El compromiso profesional en enfermería es la adquisición de conocimientos y habilidades que permiten formar, a partir de valores, un ideal moral sobre la prestación de un buen servicio de cuidado, reconociendo la autonomía, la autorregulación y la responsabilidad propia de la profesión enfermera, generando así el sentimiento de pertenencia a dicha profesión, la actitud que permite estar física, mental y emocionalmente conectado al trabajo y los comportamientos profesionales,

medidos por medio de estándares de calidad, puestos al servicio de los demás, en los cuales se debería primar la oferta de los mejores servicios, teniendo en cuenta las características profesionales y personales de los pacientes según situación (García-Moyano, 2017, p.174).

El término que más se ajusta al *engagement* es el propuesto por Salanova y Llorens (2009) como vinculación psicológica con el trabajo. Debido a la multitud de términos existentes, y al escaso consenso de los expertos, se sigue utilizando el término en inglés (Salanova & Schaufeli, 2009), pese a que, como se explicaba, el término compromiso profesional podría englobar esta denominación, y a que existen investigaciones en la actualidad que pretenden lograr este consenso (García-Moyano, 2017).

Bakker, Oerlemans, Demerouti, Slot y Ali (2011), recomiendan la conceptualización del modelo basándose en la realizada por Russell y Carroll en 1999. Como se aprecia en la figura 1, el *engagement* combina el placer por el trabajo (dedicación) con una alta activación (vigor, absorción), es decir, aquellos empleados con *engagement* disfrutaban de otras actividades en su tiempo libre, y tienen una alta activación en el trabajo de forma agradable.

Figura 1 Modelo bidimensional del bienestar subjetivo en el trabajo

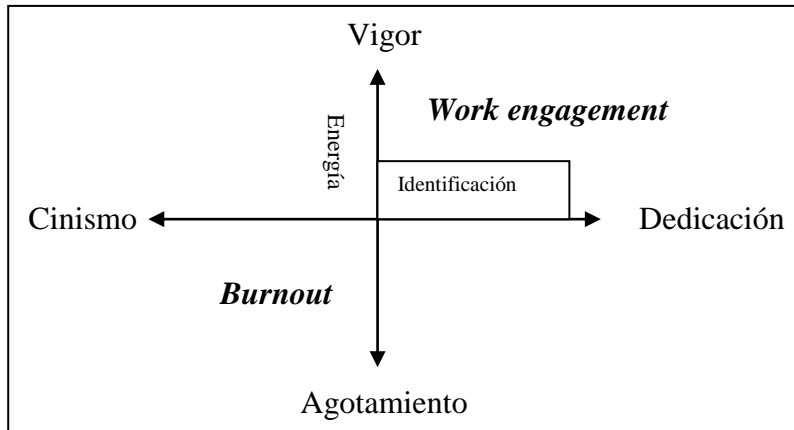


Fuente: Elaboración propia adaptada de Bakker & Oerlemans, 2011

Los empleados *engaged* son individuos que toman iniciativas personales en su trabajo, y generan su propio *feedback* sobre el desempeño (Schaufeli et al., 2001). Buscan nuevos retos y están comprometidos a conseguir la excelencia en su desempeño, lo que les genera desarrollar *feedback* positivo con sus supervisores y clientes. Estos empleados también experimentan cansancio, pero lo asocian con algo positivo como es la realización del trabajo bien hecho y la consecución de una meta (Schaufeli & Salanova, 2007).

Tal y como se observa en la figura 2, Salanova & Schaufeli, (2009) muestran el *engagement* en el trabajo y el *burnout*, como una función de dos dimensiones psicológicas que se distribuyen en energía e identificación con el trabajo que uno realiza.

Figura 2 Relación del síndrome de *burnout* y *engagement*



Fuente: Elaboración propia adaptada de Salanova & Schaufeli, 2009.

Tradicionalmente se contemplan los recursos personales y laborales como los factores determinantes de este concepto, siendo los laborales aquéllos que se refieren a los aspectos físicos, sociales y de organización del trabajo, y los personales, los recursos propios y el estilo de afrontamiento entre otros. Estos determinantes van a ser explicados a continuación.

En cuanto a los determinantes personales o individuales, en los diferentes estudios que abordan las variables personales asociadas al *engagement* se observan que existen diversas cualidades que se asocian a él. Los principales determinantes personales observados se detallan a continuación:

- Los altos niveles de extraversión, junto con bajos niveles de neuroticismo y la capacidad de responder a los cambios del entorno. Estos individuos no suelen experimentar sentimientos de miedo, depresión ni frustración. Tienen facilidad para experimentar alegría y sociabilidad (Langelaan, Bakker, van Doornen & Schaufeli, 2006).

- El optimismo o la autoeficacia predecían el *engagement* en el entorno de trabajo (Garrosa, Moreno-Jimenez, Rodriguez-Munoz & Rodriguez-Carvajal, 2011; Xanthopoulou, Bakker, Demerouti & Schaufeli, 2007).
- El hecho de tener una personalidad proactiva se asocia con el *engagement* (Bakker, Tims & Derks, 2012).
- Las autoevaluaciones positivas asociadas a la resiliencia, entendidas como la capacidad de los profesionales para controlar e influir en su entorno, también predecían este concepto (Hobfoll, Johnson, Ennis & Jackson, 2003). Estas autoevaluaciones positivas predicen también el establecimiento de metas, la motivación, el rendimiento laboral y la satisfacción con la vida (Judge, Van Vianen & De Pater, 2004).
- El autocontrol, la extraversión y la estabilidad emocional (Mostert & Rothmann, 2006).

En cuanto a los determinantes laborales, según Bakker y Demerouti (2007), estos recursos son aquellos que pueden reducir las demandas de trabajo y los costes fisiológicos y psicológicos asociados, pueden ser decisivos en la consecución de los objetivos del trabajo, y son capaces de estimular el crecimiento personal, el aprendizaje y el desarrollo.

Los entornos que favorecen el *feedback* y el apoyo social por parte de los compañeros es donde más probablemente se realizarán las tareas correctamente, y se alcanzarán los objetivos establecidos. Esto ha sido demostrado en diversos estudios que asocian el *engagement* con el apoyo social, el *feedback* y el *coaching* del supervisor (Schaufeli & Bakker, 2004). En este estudio se observa que los recursos de trabajo, y no las demandas, eran los únicos predictores significativos del *engagement*. También se observan estas asociaciones entre el *engagement* con la autonomía y la formación en un estudio realizado en 2005, donde se demostraba que las

nuevas formas de organización de trabajo (internet, móviles, flexibilidad laboral) influían en el *engagement* (Salanova, Agut, & Peiró, 2005).

2.1.2.- Definiciones del síndrome de burnout y del engagement. Existen diferentes definiciones dadas para los conceptos de *burnout* y *engagement* debido a la extensa bibliografía que los aborda, especialmente respecto al síndrome de *burnout* ya que el *engagement* es un término mucho más novedoso.

En las siguientes líneas se reúnen un conjunto de definiciones de ambos conceptos dadas por los autores más relevantes. En el caso del *engagement* se han reunido algunas de las definiciones dadas por los expertos únicamente sobre el concepto de *engagement*, y no sobre otros conceptos que podrían estar relacionados con él como: compromiso profesional, *professionalism* o *professional commitment*, entre otros.

Entre las definiciones más importantes del síndrome de burnout la primera que se encuentra es la dada por Christina Maslach y Pines (1977, p. 233), donde definen el síndrome de *burnout* como “Un síndrome de agotamiento físico y emocional, que implica el desarrollo de actitudes negativas hacia el trabajo, pobre autoconcepto, y pérdida del interés por los clientes, que aparece en los profesionales de las organizaciones de servicio”.

Edelwich y Brodsky (1980) realizan una definición de este síndrome que resulta innovadora, ya que lo definen como un proceso, y no como un hecho puntual: “Una pérdida progresiva del idealismo, de la energía y del deseo de alcanzar objetivos, que aparece en los profesionales de ayuda como resultado de las condiciones de trabajo” (Edelwich & Brodsky, 1980, p. 14).

Ese mismo año, Cherniss (1980) realiza otra definición de este síndrome, incluyendo el término de proceso y su relación con el estrés laboral, no incluido anteriormente en otras definiciones:

Burnout es un proceso que comienza con excesivos y prolongados niveles de tensión laboral. Este estrés produce tensión en el trabajador. El proceso se completa cuando los trabajadores defensivamente hacen frente al estrés laboral separándose del trabajo y llegando a ser rígidos, cínicos y apáticos (Cherniss, 1980, p.40).

En 1980, Freudenberger y Richelson incluyeron en su definición del síndrome de *burnout* la importancia del hecho de tener unas expectativas irreales para la aparición del síndrome. Estos autores lo definieron como: “Agotarse uno mismo; agotar los recursos físicos y mentales; pretender alcanzar expectativas irreales impuestas por uno mismo o por la sociedad” (Freudenberger & Richelson, 1980, p. 16).

A pesar de que todas las definiciones anteriormente citadas fueron imprescindibles para la conceptualización del síndrome de *burnout*, se debe de destacar la realizada por Maslach y Jackson (1981), donde establecieron que el “Burnout es un síndrome de agotamiento emocional, cinismo y baja realización personal que viven los profesionales involucrados en ayudar a otras personas” (Maslach & Jackson, 1981, p. 31). Esta definición marcó la conceptualización del síndrome en estas tres subescalas debido a la creación y uso generalizado del cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) para estudiar el síndrome de burnout.

Tres años más tarde, en 1984, Brill lo definió como:

Un estado disfuncional, disfórico, relacionado con el trabajo en individuos sin más patogenicidad quien ha funcionado durante un tiempo con un rendimiento adecuado

y niveles afectivos en las mismas situaciones laborales y quienes no recuperan los niveles previos sin ayuda externa o reordenamiento ambiental (Brill, 1984, p.14).

Como se explicaba anteriormente, la definición dada por Maslach y Jackson (1981) conceptualizó el síndrome, y en 1986 estos autores realizaron otra nueva definición del síndrome de *burnout*, siendo la más extensamente utilizada, donde se define el síndrome de *burnout* como:

Un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y disminución de la realización personal que ocurre en individuos que realizan algún tipo de trabajo con personas (...). El *burnout* puede provocar un deterioro en la calidad del cuidado, y parece ser una causa de abandono del trabajo, absentismo y baja moral (...). Además, parece estar correlacionado con varios índices de disfunción personal, incluyendo agotamiento físico, insomnio, aumento del uso de alcohol y drogas, y problemas familiares y de pareja” (Maslach & Jackson, 1986, pp.1-2).

Pines y Aronson (1988), incluyeron el término de estrés emocional en su definición, así como la necesidad de estar expuesto al mismo durante largos periodos de tiempo. Estos autores definieron el síndrome de *burnout* como “Un estado de agotamiento físico, emocional y mental, causado por el estrés emocional crónico resultado de la implicación excesiva en situaciones que requieren demanda emocional” (Pines & Aronson, 1988, p.9-10).

Por último, y de forma mucho más reciente, Maslach, Leiter y Jackson (1997) incluyeron en la definición del síndrome de *burnout* el término de *engagement*, y a su vez, la inclusión de este último dentro del concepto de compromiso profesional. Estos autores definieron el síndrome de *burnout* como “Burnout es un extremo del continuo que va desde el burnout hasta el *engagement* o compromiso con el trabajo” (Maslach, Jackson & Leiter, 1997, p. 20).

Debido a las múltiples denominaciones del mismo síndrome, Perlman y Hartman (1982) realizaron una revisión de la literatura cuyas conclusiones fueron determinantes para contribuir a la aceptación de la definición del síndrome de *burnout* más aceptada en la actualidad:

Un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo que puede desarrollarse en aquellas personas cuyo objeto de trabajo son personas en cualquier tipo de actividad (Gil Monte, 2005, p. 45).

Cuando se aborda en concepto de *engagement*, el número de definiciones es mucho menor, pero no por ello escaso. Maslach y Leiter, definen el *engagement* como un concepto completamente opuesto al *burnout*, como ya hicieron en su definición de síndrome de *burnout*, donde la energía se convierte en agotamiento, la participación en cinismo y la eficacia en ineficacia. De esta forma, estos autores definen el *engagement* como “un estado energético de implicación con las actividades con las que cumplen personalmente y mejoran el sentido de eficacia profesional” (Leiter & Maslach, 1998, pp. 202-215).

Como se puede observar, en algunas de las definiciones del síndrome de *burnout* ya se especifica la relación de este término con el de *engagement*, pero esto no ocurre en todas las definiciones de este último. Este es el caso de la definición dada por Kahn (1990), donde define el *engagement* como “un comportamiento donde una persona utiliza y se expresa a sí misma física, cognitiva, emocional y mentalmente durante el desarrollo de sus roles como trabajador” (Kahn, 1990, p. 694). Para este autor, una persona tiene *engagement* cuando se encuentra físicamente involucrada, cognitivamente vigilante y emocionalmente conectado.

Autores como Britt (1999), incluyen en su definición del *engagement* el término de compromiso, ya que explican el *engagement* como el hecho de sentirse responsable y

comprometido con el desempeño de su trabajo para que el desempeño de una persona sea importante para el individuo (Britt, 1999).

Por último, cabe destacar la definición dada por Salanova y Schaufeli (2004), que incluye los términos de absorción, vigor y dedicación. Estos autores definen el *engagement* como:

Un estado mental positivo relacionado con el trabajo y caracterizado por vigor, dedicación y absorción. Más que un estado específico y momentáneo. Se refiere a un estado afectivo – cognitivo más persistente que no está focalizado en un objeto, evento o situación particular (Salanova & Schaufeli, 2004, p.116).

El vigor consiste en altos niveles de energía y esfuerzo, la dedicación está caracterizada por el entusiasmo, el valor y el significado otorgado al trabajo, y la absorción es la capacidad para concentrarse en la tarea encomendada (Gil-Monte & Moreno-Jiménez, 2007, p. 53).

Schaufeli, Salanova, González-Romá y Bakker (2002) también incluyen los términos de vigor, absorción y dedicación, ya que definen el *engagement* como “un estado mental positivo, de realización, relacionado con el trabajo que se caracteriza por vigor, dedicación y absorción” (Schaufeli et al., 2002a, p. 74). Se asume por estos autores que, el vigor y la dedicación son los polos opuestos al agotamiento y al cinismo (Salanova & Schaufeli, 2009, p. 109).

2.1.3.- Modelos explicativos del síndrome de burnout. Debido a la consideración de diversos autores de que el *engagement* es el concepto opuesto al síndrome de *burnout* (Salanova et al., 2000; Rodríguez-Muñoz & Bakker, 2013; Maslach & Leiter, 2005), en este apartado se van a desarrollar los diferentes modelos explicativos del síndrome de *burnout*, que explicarían a su vez, de forma inversa, el desarrollo del *engagement* profesional.

Este conjunto de modelos permite conocer cuáles son los factores o variables más importantes para el desarrollo del síndrome de *burnout*, y sobre los que habrá que incidir para el fomento del *engagement* en el entorno laboral.

Los diferentes modelos se van a agrupar en tres grandes grupos según si son modelos explicativos desde la perspectiva psicosocial, modelos explicativos desde la teoría estructural, o bien, si son modelos desarrollados desde una perspectiva clínica. Además de esto, se va a desarrollar el modelo del contexto organizacional del síndrome de *burnout*, ya que éste es el utilizado en el desarrollo de la presente tesis.

2.1.3.1.- Modelos explicativos desde una perspectiva psicosocial (Gil-Monte & Peiró, 1997). Desde una perspectiva psicosocial los modelos entienden el síndrome de *burnout* como una respuesta al estrés laboral crónico, como un proceso que se desarrolla debido a la interacción entre las características del entorno laboral y las características personales (Gil-Monte, 2003). La posibilidad de integrar el síndrome de *burnout* en marcos teóricos más amplios ha provocado la aparición de diversos modelos teóricos que pueden ser clasificados en tres grupos (Gil-Monte & Peiró, 1997): modelos desarrollados en el marco de la teoría sociocognitiva del yo, modelos desarrollados en el marco de la teoría del intercambio social, y modelos desarrollados en el marco de la teoría organizacional. Los diferentes modelos son explicados en las líneas posteriores.

2.1.3.1.1.-Modelos desarrollados desde el marco de la Teoría Sociocognitiva del Yo. Los modelos desarrollados en el marco de la teoría sociocognitiva del yo recogen las ideas de Albert Bandura (Gálvez-Herrer, Moreno-Jimenez & Mingote-Adan, 2012) considerando que las cogniciones de los individuos influyen en lo que éstos perciben y hacen, y, a su vez, estas

cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus acciones, y por acumulación de las consecuencias observadas en los demás.

Además de lo anterior, el grado de seguridad del sujeto en sus propias capacidades va a determinar el empeño que el sujeto pondrá para conseguir sus objetivos, el grado de dificultad para lograrlo, y ciertas relaciones emocionales que acompañan a la acción (Gil-Monte, 2005, p. 28).

Dentro de los modelos desarrollados en el marco de la teoría sociocognitiva del yo se encuadran cuatro modelos, y estos a su vez se pueden clasificar según la variable más relevante para la aparición del síndrome de *burnout*.

En el modelo de comparación social de Harrison, el modelo de Cherniss y el modelo de Pines la autoeficacia percibida es la variable más relevante para la aparición del síndrome de *burnout*, mientras que en el modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper la variable que determina el desarrollo del síndrome es la autoconfianza profesional y su influencia sobre la realización personal en el trabajo (Gil-Monte, 2005, p. 28).

2.1.3.1.1.1.- Modelo de competencia social de Harrison (1983). Según el modelo de competencia social de Harrison, la mayoría de los profesionales que empiezan a trabajar en profesiones de servicios de ayuda están altamente motivados para ayudar a los demás y tienen un sentimiento elevado de altruismo (Gálvez-Herrer et al., 2012). Esta motivación, junto con la presencia de factores de ayuda o factores barrera, va a determinar la eficacia del individuo en la consecución de sus objetivos laborales. Una alta motivación unida a factores de ayuda (objetivos profesionales realistas, participación en la toma de decisiones, etc.) aumenta la eficacia percibida, y los sentimientos de competencia social. Por el contrario, los factores barrera (ausencia de objetivos laborales realistas, disfunciones de rol, ausencia o escasez de recursos,

etc.) unidos a una alta motivación, disminuyen los sentimientos de autoeficacia, y con el tiempo ocasionan la aparición del síndrome de *burnout* (Harrison, 1985).

2.1.3.1.1.2.- *Modelo de Cherniss (1993)*. El modelo de Cherniss señala que, en el desarrollo del síndrome de *burnout*, la falta de confianza en las propias competencias es un factor crítico (Gálvez-Herrer et al., 2012). La consecución exitosa e independiente de las metas aumenta la eficacia del sujeto, de forma contraria, la no consecución de estas metas conlleva el fracaso psicológico, es decir, la disminución de la autoeficacia percibida.

Este modelo relaciona las fuentes de estrés con la influencia del marco laboral, las características de la persona, y el cambio de actitudes de la misma. Asume que en la etiología del síndrome de *burnout* tiene un papel central la autoeficacia, entendiendo ésta como el sentimiento de confianza en las capacidades propias para manejar adecuadamente ciertos estresores de la vida (Bandura, 1977). La no consecución de objetivos provoca sentimientos de fracaso, una baja percepción de autoeficacia, y de forma secundaria, puede desencadenar en el síndrome de *burnout*.

Se establece una relación directa entre estrés y autoeficacia, de forma que si los individuos perciben una buena autoeficacia son más resistentes a las situaciones de estrés. Si el síndrome de *burnout* es una respuesta al estrés, la relación entre autoeficacia y estrés sugiere también que se establece una relación entre ella y el síndrome de *burnout* (Cherniss, 1993).

2.1.3.1.1.3.- *Modelo de Pines (1993)*. En el modelo de Pines, la autora desarrolla un modelo similar al de Harrison, pero incorpora la idea de que sólo aquellos individuos que pretenden darle un sentido existencial a su trabajo llegarán a sufrir el síndrome de *burnout*. Cuando los profesionales con altas expectativas laborales se encuentran con un entorno laboral en el que perciben fuentes de estrés, y pocas oportunidades de apoyo, desarrollarán un síndrome

de *burnout*. Por el contrario, un trabajador que no está inicialmente muy motivado puede experimentar estrés, depresión y fatiga, pero no el síndrome de *burnout* (Pines, 1993).

2.1.3.1.1.4.- Modelo de Autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993). Este modelo toma como partida el modelo de autocontrol de Carver y Scheier (1982) para explicar el estrés, definiendo la etiología del síndrome de *burnout* basándose en cuatro variables: el nivel de autoconciencia, entendida como la capacidad del sujeto de autorregular sus niveles de estrés percibido durante el desarrollo de una tarea dirigida a alcanzar un objetivo, las discrepancias entre las demandas y los recursos, las expectativas de éxito y los sentimientos de autoconfianza. Incorpora la autoconfianza profesional y su influencia sobre la realización personal en el trabajo como variable clave para explicar el desarrollo del síndrome de burnout (Thompson, Page & Cooper, 1993).

2.1.3.1.2.- Modelos desarrollados desde el marco de la Teoría del Intercambio Social. Los modelos desarrollados desde el marco de la teoría del intercambio social, proponen que el síndrome de quemarse por el trabajo tiene su etiología en la percepción de la falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los sujetos como consecuencia del proceso de comparación social, cuando se establecen relaciones interpersonales. Cuando los individuos perciben de manera sistemática que aportan más de lo que reciben a cambio de su implicación y su esfuerzo, desarrollarán sentimientos de quemarse por el trabajo siempre que no sean capaces de resolver estas situaciones (Gil-Monte, 2005, p. 28).

Dentro del marco de la teoría del intercambio social se encuentran dos modelos fundamentales: el modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli, y el modelo de Hobfoll y Fredy que se desarrollan a continuación.

2.1.3.1.2.1.- *Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli (1993)*. Buunk y Schaufeli desarrollaron el modelo de comparación social para explicar el síndrome de *burnout* en los profesionales de enfermería, y valoran que tiene una doble etiología: por un lado, los procesos de intercambio social, y por otro lado los procesos de afiliación y comparación social.

En los procesos de intercambio social con los pacientes, se identifican tres variables estresoras (la incertidumbre, la percepción de equidad y la falta de control). Estos autores estiman que la enfermería es un trabajo que genera incertidumbre, y las expectativas de recompensa y equidad suelen verse frustradas.

Los procesos de afiliación y comparación social con los compañeros forman parte de la etiología, ya que los autores valoran que los enfermeros/as no buscan el apoyo social de sus compañeros cuando se enfrentan situaciones de estrés por miedo a ser criticados (Buunk & Schaufeli, 1993).

2.1.3.1.2.2.- *Modelo de Hobfoll y Fredy (1993)*. En el modelo de Hobfoll y Fredy, el estrés aparece cuando los sujetos perciben que aquello que les motiva se encuentra amenazado o frustrado. Los estresores laborales son considerados como una amenaza a los recursos del sujeto, generando en él sentimientos de inseguridad. Subrayan la importancia de las relaciones con los demás y sus consecuencias como fuente de estrés en la percepción de situaciones de pérdida o ganancia.

Estos autores estiman que la pérdida de recursos es más importante que la ganancia de ellos para la aparición del síndrome de *burnout*. Sin embargo, la ganancia disminuye por otro lado la posibilidad de pérdida, por lo que si los trabajadores consiguen evitar la pérdida de recursos, o aumentar los que tienen, conseguirán cambiar de forma positiva sus percepciones, y

disminuirán sus percepciones de estrés, y en consecuencia los niveles de síndrome de *burnout* (Hobfoll & Freedy, 1993).

2.1.3.1.3.- *Modelos desarrollados desde el marco de la Teoría Organizacional.* Los modelos desarrollados desde el marco de la teoría organizacional están basados en las disfunciones de rol, la estructura, la falta de salud organizacional, la cultura y el clima organizacional. Estos modelos hacen énfasis en la importancia de los estresores dentro de la organización, y en las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia de quemarse. Todos ellos incluyen el síndrome de quemarse por el trabajo como una respuesta al estrés laboral (Gil-Monte & Peiro, 1999). Dentro de estos modelos se encuentran el de Winnubst (1993), el de Golembiewski et al. (1983), y el de Cox, Kuk y Leiter (1993).

2.1.3.1.3.1.- *Modelo de Winnubst (1993).* El modelo de Winnubst hace hincapié en la importancia de la estructura, la cultura y el clima organizacional. Este autor considera que el síndrome de *burnout* no es un proceso específico de los profesionales que trabajan en instituciones de servicios de ayuda, sino que puede afectar a cualquier tipo de profesional.

Para este autor los antecedentes del síndrome de burnout varían dependiendo del tipo de estructura organizacional y de la institucionalización del apoyo social. En las burocracias mecánicas (organizaciones con una elaborada estructura administrativa, multitud de normas y reglas, poco flexibles, y con poca capacidad de respuesta a las innovaciones: centros penitenciarios, etc.), el síndrome de *burnout* es causado por el agotamiento emocional diario consecuencia de la rutina, la monotonía y la falta de control derivada de la rígida estructura. Por otro lado, en las burocracias profesionalizadas (aquellas que contratan profesionales preparados y entrenados, que trabajan con cierta independencia respecto a sus colegas, y muy vinculados a sus clientes, con estructuras muy descentralizadas y una buena parte del poder permanece en los

profesionales: hospitales, universidades, etc.) el síndrome de *burnout* está causado por la relativa laxitud de la estructura organizacional, que provoca una confrontación continua con los demás miembros de la organización.

Este autor considera el apoyo social como una variable central, ya que afecta a la percepción que el individuo tiene de la estructura organizacional (Winnubst, 1993).

2.1.3.1.3.2.- Modelo de Golembiewski et al. (1983). En el modelo de Golembiewski et al. destacan las disfunciones en los procesos de rol y la importancia de la sobrecarga y de la pobreza de rol. Para estos autores, el síndrome de *burnout* tiene tres dimensiones: despersonalización, baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional.

El estrés laboral genera sobrecarga laboral y pobreza de rol, por lo que el individuo siente una pérdida de autonomía y control. Esta pérdida ocasiona la utilización de estrategias de afrontamiento como el distanciamiento profesional, que en caso de implicar un carácter no productivo ocasionará la indiferencia emocional que se corresponde con actitudes de despersonalización. Si esta situación se mantiene el individuo termina presentando una experiencia de baja realización personal en el trabajo, y posteriormente agotamiento emocional (Gil-Monte, 2005, p. 29).

2.1.3.1.3.3.- Modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993). En el modelo de Cox, Kuk y Leiter se destaca la importancia de la salud de la organización. Señalan que el síndrome de *burnout* es un episodio especial dentro del estrés laboral, que aparece en profesionales de servicios humanos cuando las estrategias de afrontamiento no son eficaces (Cox, Kuk & Leiter, 1993).

2.1.3.2.- Modelo desarrollado desde la Teoría Estructural. Como explica Martínez (2010), este modelo va a explicar la aparición del síndrome de *burnout* teniendo en cuenta las variables organizacionales, personales y las estrategias de afrontamiento. Este modelo se basa en

teorías transaccionales, que plantean que el estrés es consecuencia de una falta de percepción de equilibrio entre las demandas y la capacidad de respuesta del sujeto, haciendo hincapié en la importancia de la valoración subjetiva de lo que está sucediendo (González & Landero, 2008).

2.1.3.2.1.- Modelo de Gil-Monte y Peiró (1997). Estos autores elaboraron un modelo sobre la etiología, el proceso y las consecuencias del síndrome de *burnout*. Conceptualizan este síndrome como una respuesta al estrés laboral percibido, cuando las estrategias de afrontamiento utilizadas por los profesionales no han sido eficaces para reducirlo. Esta respuesta supone una respuesta mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias (falta de salud, baja satisfacción laboral, etc.) (Gil-Monte & Peiró, 1997).

2.1.3.3.- Modelos explicativos desde una perspectiva clínica. Desde una perspectiva clínica, orientada al diagnóstico, el síndrome de *burnout* se entiende como un estado mental negativo al que se llega debido al estrés laboral (Freudenberger, 1974; Pines & Aaronson, 1988). Esta perspectiva es útil para el diagnóstico, pero no para comprender el fenómeno, su tratamiento y/o su prevención, ya que desvían el foco de atención hacia el trabajador, y no delimitan el síndrome en toda su extensión, ya que diluyen los síntomas bajo etiquetas, y reducen el síndrome a la categoría de síntoma (Gil-Monte, 2005, pp. 54-55).

Desde esta perspectiva, Freudenberger establece que este síndrome hace referencia a la experiencia de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral que surge en los profesionales que trabajan con personas. Sería el resultado de gastarse por la persistencia en lograr expectativas inalcanzables (Freudenberger, 1974).

Fischer (1983) dentro de esta perspectiva considera este síndrome como un estado resultante de un trauma narcisista que conlleva una disminución de la autoestima de los sujetos.

Pines y otros colaboradores (Pines & Aaronson, 1988; Pines et al., 1981) lo definen como un estado de agotamiento físico y mental, resultante de implicarse con personas que solicitan demandas emocionales.

Maslach y Jackson (1981) también realizan una aproximación clínica al estudio de este síndrome, siendo éste el modelo más aceptado por la comunidad científica. Estos autores explican mediante este modelo que el síndrome de *burnout* es una experiencia crónica e individual de estrés relacionado con el contexto organizacional, que incluye: la experiencia del estrés, la evaluación de los otros y la autoevaluación. Estos autores proponen que las características esenciales de este síndrome, considerado como un síndrome psicológico, son: el cansancio emocional, la despersonalización y la baja realización personal.

Fruto de esta aproximación se desarrolló el *Maslach Burnout Inventory* (Maslach & Jackson, 1986), un cuestionario con alta difusión y aceptación entre los profesionales, que ha provocado que el síndrome de *burnout* quede definido como un estado de baja realización personal en el trabajo, alta despersonalización y alto agotamiento emocional.

Otro modelo que se podrían enmarcar en esta perspectiva es el modelo de Edelwich y Brodsky (1980) que considera el síndrome de *burnout* como un proceso de desilusión hacia la actividad laboral con cuatro fases: entusiasmo, estancamiento, frustración y apatía (Domínguez-Caballero, Hederich, & Palacio Sañudo, 2010).

El modelo de Price & Murphy (1984) también se encuadraría en esta perspectiva. Este modelo se basa en la naturaleza adaptativa del síndrome, el cual se desarrolla en cuatro fases sintomáticas: desorientación, labilidad emocional, culpa debido al fracaso profesional, y soledad y tristeza (Domínguez-Caballero et al., 2010).

2.1.3.4.- Modelo del contexto organizacional del burnout: seis áreas de la vida laboral (Leiter & Maslach, 2003). El *burnout* fue considerado un importante problema social mucho antes de que se convirtiera en objeto de interés para muchos investigadores. Además, el hecho de que se considere el síndrome de *burnout* como una consecuencia del estrés laboral, ha provocado que este haya sido foco de atención de responsables políticos en el ámbito de la salud laboral (Leiter & Maslach, 2003, p. 92).

Como se explicaba en líneas anteriores, las primeras investigaciones se basaron en la descripción del síndrome de *burnout* como un síndrome psicológico de agotamiento, cinismo e ineficacia, que se experimenta en respuesta a los estresores crónicos en el ambiente laboral (Maslach & Jackson, 1986). De forma posterior, con la llegada del movimiento de la psicología positiva, se promueve el uso del término *engagement*, definiéndolo en términos contrarios al síndrome de burnout, y denominando estas tres dimensiones de forma positiva. Es entonces cuando se define en *engagement* como un estado con alta energía, alta implicación y sentido de eficacia profesional (Leiter & Maslach, 2003, p. 94).

Siguiendo esta corriente, Leiter y Maslach proponen que el término de *engagement* es más funcional que el de síndrome de *burnout*, y que un escenario de trabajo que promocionara el desarrollo positivo de estas tres características principales (energía, implicación y eficacia), podría promocionar el bienestar y la productividad de los empleados (Leiter & Maslach, 2003, p.94), evitando el desarrollo del síndrome de *burnout*.

Como se explicaba anteriormente, la creación en 1981 del cuestionario *Maslach Burnout Inventory* (MBI) provocó la aproximación del síndrome desde tres dimensiones, el agotamiento, el cinismo y la ineficacia. Mientras que este cuestionario ha demostrado ser muy útil en la medición de las dimensiones del síndrome de *burnout*, no proporciona información sobre las

áreas de la vida laboral que pueden contribuir al mismo (Gascón et al., 2013b), y que la investigación ha demostrado que están relacionados con el desarrollo de este síndrome (Leiter & Maslach, 2003, p. 92). Estas áreas serán, por tanto, aquellas en las que se debe de incidir para evitar la aparición del síndrome de *burnout*, y fomentar el *engagement* en el entorno de trabajo, y que, a su vez, determinarán la importancia de los resultados tanto para el trabajador como para la organización (Leiter y Maslach, 2003, p.94).

Con el fin de conocer las áreas de la vida laboral y describir el contexto organizacional del síndrome de *burnout*, Leiter y Maslach desarrollaron un modelo basado en las seis áreas de la vida laboral que encontraron más asociadas al síndrome de *burnout*: carga de trabajo, control, recompensa, comunidad, justicia y valores. De esta forma, los autores desarrollaron un modelo comprensivo que engloba los factores organizacionales (Leiter & Maslach, 2003, p. 92).

Maslach y Leiter identificaron las áreas dominantes en el entorno laboral y sus relaciones con las áreas del *engagement* (Figura 3). Las seis áreas de la vida laboral las definen de la siguiente forma (Leiter y Maslach, 2003, pp.95-100):

1.- Carga de trabajo: El aumento de la carga de trabajo tiene una relación consistente con el *burnout*, especialmente con el cansancio emocional. Esta relación aparentemente sencilla entre carga de trabajo y cansancio no es sencilla, ya que varía de acuerdo con el tipo de trabajo y cómo las personas entienden su trabajo.

La incongruencia entre los sistemas de soporte organizacionales y los requerimientos emocionales de los miembros de la organización, provoca un desajuste generalizado en todo el sector de servicios humanos, ya que la cualidad emocional de las relaciones de ayuda provoca reacciones en los proveedores de servicios, erosionando la distinción entre su vida personal y su trabajo.

2.- Control: Las diferentes investigaciones del *burnout* han considerado el control desde diversas perspectivas. Los conflictos de rol sugieren problemas de control en la organización, y los conflictos de rol se estiman como el principal contribuyente al agotamiento. Además, cuando se experimentan conflictos de rol, los individuos no pueden ejercer un control efectivo en su trabajo. De forma contraria la autonomía en el trabajo es coherente con el logro personal, e incompatible con el agotamiento.

Los desajustes de control influyen en el *burnout* de dos formas: la influencia de un control insuficiente sobre uno mismo, y los desajustes en las áreas asociadas a la vida laboral, que surgen debido a la incapacidad de los trabajadores de moldear su entorno de trabajo de acuerdo con sus valores.

3.- Recompensa: Se ha asociado la recompensa con el *burnout*, de manera que una recompensa insuficiente, ya sea financiera, institucional o social, aumenta la vulnerabilidad de los miembros de la organización a presentar *burnout*. Sin embargo, otros estudios como el de Buunk y Schaufeli (1993) han explorado la posibilidad de que la excesiva recompensa contribuya a presentar *burnout*. Desde esta perspectiva, aquellos miembros de la organización que perciben que contribuyen menos que sus compañeros con similar recompensa, experimentan la tensión asociada a la desigualdad.

El área de recompensa tiene implicaciones con los tres aspectos del *burnout*.

4.- Comunidad: En lo que se refiere a comunidad, las investigaciones sobre el *burnout* se han centrado en el soporte social de los jefes, compañeros y miembros de la familia. El soporte social amortigua las relaciones de demanda y *burnout*, de forma que reduce la correlación de las demandas con el agotamiento, de manera que, cuando las personas pierden el soporte social, las

demandas y el agotamiento se encuentran estrechamente asociados, pero cuando tienen soporte social, las demandas están menos asociadas con el agotamiento.

5.- Justicia: Cuando los trabajadores experimentan estrés, buscan la gestión del liderazgo en términos de resolución de problemas, pero también en busca de optimismo, justicia y altas expectativas para el desempeño de actuaciones organizacionales o personales.

La justicia es la cualidad de una fuerte comunidad, especialmente en lo que respecta a la distribución de recompensas, oportunidades y reconocimiento. La justicia, es una cualidad que apoya a los jefes o personas con elevada autoridad en la organización en los juicios o decisiones que afectan al clima laboral de los miembros de la organización. Una decisión justa, es la que da a la persona la oportunidad de presentar sus argumentos, y hace que se sientan tratados con respeto y educación.

6.- Valores: El área de valores en la vida laboral es el corazón de las relaciones de los miembros de la organización con su trabajo, y engloba los ideales y las motivaciones que originalmente los atraen a la organización. Esta es la conexión entre los individuos y sus lugares de trabajo, que va más allá del intercambio utilitario de tiempo por dinero.

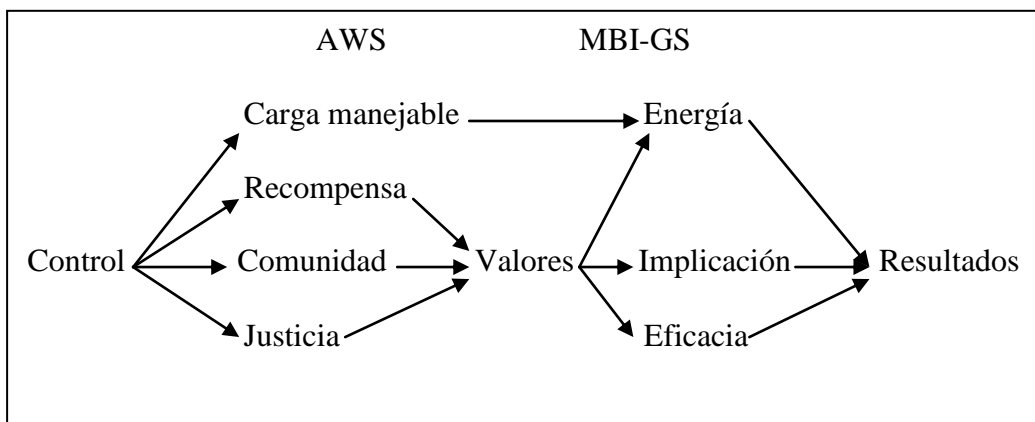
Muchos tipos de trabajo requieren un completo compromiso o *engagement* con los miembros de la organización. Cuando el balance entre los valores del individuo y la organización es mutuamente favorable, el proceso puede resultar mutuamente favorable y servir de base para relaciones duraderas.

Cuando los valores personales son independientes de los valores organizacionales, el trabajo es personalmente irrelevante. Cuando los valores individuales están en desacuerdo con los organizacionales, el trabajo tiene el potencial de socavar el compromiso o *engagement* de los miembros de la organización con el trabajo.

Aunando la mayor funcionalidad del término *engagement*, y su asociación con las áreas laborales que influyen de forma más directa en su desarrollo, Maslach y Leiter proponen que, cuanto mayor es la brecha percibida entre el individuo y el trabajo, mayor es la posibilidad de sufrir síndrome de *burnout*. De forma contraria, cuanto mayor es la proximidad entre la persona y el trabajo mayor es la probabilidad de tener *engagement* (Leiter y Maslach, 2003, p.101).

Esta aproximación teórica presenta diversas novedades, entre las que destaca la importancia de las relaciones laborales que las personas tienen con su trabajo (similares a un contrato psicológico (Rousseau, 1995)), ya que, cuando en el proceso de establecer este contrato psicológico surgen cuestiones críticas que se quedan sin resolver, surgen los problemas. Por otro lado, es también novedoso el hecho de que se especifiquen 6 áreas en las que tiene lugar las incompatibilidades entre el trabajo y el individuo, provocando que si existe una alta compatibilidad entre ambos aparezca el deseado *engagement* laboral (Leiter y Maslach, 2003, p.100-102).

Figura 3 Áreas dominantes en el entorno laboral y sus relaciones con las áreas del *engagement*.



Fuente: Elaboración propia adaptada de Leiter y Maslach (2003)

Teniendo en cuenta todos los postulados anteriores, surge el modelo de las Seis Áreas de la Vida Laboral, modelo que posee el potencial de proporcionar información útil para el diagnóstico del síndrome de *burnout* y del *engagement* en el entorno laboral, en aquellas organizaciones que estén interesadas en combatirlo (Leiter y Maslach, 2003, p.102), así como las áreas laborales que se asocian a él, y sobre las que habrá que incidir. El reto para las organizaciones es identificar las áreas que necesitan cambios, y es en este punto donde el modelo de las Seis Áreas de la Vida Laboral, y el cuestionario desarrollado para medirlo se convierte en una medida diagnóstica especialmente útil (Leiter y Maslach, 2003, p.129).

2.2.- Factores relacionados con la aparición del síndrome de *burnout* y que evitan el desarrollo del *engagement*

Puesto que el síndrome de *burnout* se considera como una respuesta al estrés laboral crónico (Gil-Monte, 2005), parece lógico que aquellos factores desencadenantes del estrés lo serán también del síndrome de *burnout*, por lo que en el presente apartado se van a analizar estos desencadenantes y la implicación que éstos han tenido en los estudios previos realizados.

En cuanto al síndrome de *burnout*, se estiman desencadenantes del mismo aquellos estresores percibidos con carácter crónico que ocurren en el entorno laboral. Estas variables son anteriores al síndrome, y ayudan a comprender el origen del mismo (López Afrelo, 2009; Peiró, 1992).

En la literatura revisada para la elaboración del presente estudio, se pueden observar las múltiples relaciones que se establecen entre los desencadenantes del síndrome de *burnout* y la aparición del mismo. Algunos estudios sugieren que los factores organizacionales son los principales causantes para la aparición del síndrome (Cantisano & Domínguez, 2005; Moreno-Jiménez & Oliver, 1993), otros concluyen que estos factores (los organizacionales) son decisivos

(Maslach & Leiter, 1997), y otros establecen que las causas exclusivas para la aparición de este síndrome son los factores laborales y organizacionales (Olabarría, 1995).

Existen diferentes clasificaciones de los desencadenantes del estrés laboral según los autores consultados, siendo todas ellas bastante similares (Burke, 1988; Peiró, 1992; Warr, 1987). En el presente estudio se ha utilizado la clasificación de los Desencadenantes del Estrés Laboral realizada por Peiró (1992), que establece 4 categorías:

- Ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto como fuentes de estrés laboral.
- Estrés por desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera
- Estresores relacionados con las nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales
- Fuentes extra-organizacionales de estrés laboral

En el presente estudio se han considerado como “variables laborales” aquellas pertenecientes a las 3 primeras categorías dadas por Peiró (1992), y denominadas por Gil-Monte como “desencadenantes” (Gil-Monte, 2001). Por otro lado, en la categoría de “Fuentes extra-organizacionales del estrés laboral” se han incluido las “variables personales”, que en estudios previos se denominan “Facilitadores” del síndrome de burnout (Gil-Monte & Peiró, 1997; Gil-Monte, 2000, 2002a).

2.2.1.- Ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto como fuentes de estrés laboral. Existen diferentes factores dentro del ambiente físico de trabajo y de los contenidos del puesto que actúan como desencadenantes del síndrome de *burnout*, y dificultan el desarrollo del *engagement* en el entorno laboral. En este apartado se encuentran las características físicas del entorno de trabajo (ruido, temperatura y espacio físico, entre otros), las demandas estresantes del trabajo (turnos de trabajo o exposición a factores de riesgo), y los contenidos del propio trabajo,

donde se englobaría, entre otros, la oportunidad para controlar la tarea, la oportunidad para usar las habilidades, o la variedad de las tareas a las que se enfrentan los individuos.

A continuación, se van a desarrollar los diferentes apartados, así como las características propias de los mismos, que ayudará a entender aquellos factores sobre los que sería interesante incidir para promover el *engagement* en el entorno laboral.

Dentro del ambiente físico existen diferentes desencadenantes, siendo los más importantes (Peiró, 1992, pp. 40–42; Olmedo & Santed, 1999, pp. 49-53, Osorio Escobar, 2011):

- *Ruido y vibración:* Puede ser un estresor importante en determinados ambientes, y diversas investigaciones han asociado las condiciones desagradables de trabajo debidas al ruido con un bajo nivel de satisfacción, de productividad y de vulnerabilidad frente a los errores, asociándose con una mayor tasa de errores. Además de lo anterior, el ruido puede enmascarar otras señales relevantes, contribuyendo a aumentar la posibilidad de que se produzcan errores. Por otro lado, las vibraciones se han asociado a efectos negativos sobre el bienestar psicológico.
- *Iluminación y temperatura:* Una mala iluminación puede provocar problemas de visión, así como un exceso de la misma puede ser también perjudicial. Así mismo, la calidad del trabajo disminuye cuando no hay luz suficiente. Por otro lado, en cuanto a la temperatura, no se han estudiado las implicaciones para la salud mental y la satisfacción en relación con ella, pero se considera que el riesgo de accidentes aumenta, y disminuye la productividad cuando el calor y la humedad son excesivos.
- *Higiene y toxicidad:* Un entorno de trabajo poco higiénico puede ayudar al contagio de infecciones, así como el manejo inadecuado o imprudente de tóxicos presenta riesgos importantes para la salud, siendo esta actividad muy frecuente entre los profesionales de

enfermería. Pese a ello, existen pocos estudios que relacionen estos desencadenantes con el malestar psicológico.

- *Espacio físico de trabajo*: Un espacio físico escaso o mal distribuido puede ser un estresor importante en el trabajo, provocando movimientos innecesarios, esfuerzos, y una pérdida de tiempo constante que influye en las comunicaciones y en el flujo de trabajo de las unidades.

Cuando se refiere a las demandas estresantes del trabajo surgen elementos muy habituales entre los enfermeros, que son detalladas a continuación (Peiró, 1992, pp. 43–44; Olmedo & Santed, 1999, pp. 29-31):

- *Trabajo por turnos y trabajo nocturno*: Muy habitual entre las profesiones sanitarias y entre la población general. Aquellos que trabajan a turnos se quejan con mayor frecuencia de fatiga y problemas gastrointestinales. Además, se valoran más negativos para la salud los cambios de turnos breves y frecuentes de diario a nocturno. En este punto cabe destacar las consecuencias negativas que conlleva el hecho de pasar menos tiempo con la familia, o no poder tener una vida social (García-Izquierdo & Ríos-Risquez, 2012; Garrosa et al., 2011; Jenaro et al., 2011).
- *Sobrecarga de trabajo*: Se refiere a una sobrecarga de trabajo tanto cualitativa como cuantitativa, es decir, que las demandas excedan las competencias de los trabajadores, o bien que las actividades a realizar en un periodo de tiempo sean demasiado numerosas. De forma contraria, se ha observado que la falta de carga de trabajo también resulta estresante. Se ha asociado a aumento de estrés, ansiedad, insatisfacción laboral o consumo de tóxicos, entre otros (Fuentelsaz-Gallego et al., 2012; Fuentelsaz-Gallego et al., 2013; García-Izquierdo & Ríos-Risquez, 2012; Jenaro et al., 2011).

- *Exposición a riesgos y peligros:* La percepción de estar expuesto a riesgos y peligros puede producir una mayor o menor ansiedad entre los trabajadores, y esto puede afectar a sus conductas de seguridad y al bienestar psicológico (Qiao et al., 2016).

En cuanto a los contenidos del trabajo, se identifican diversos desencadenantes (Peiró, 1992, pp. 44–49; Olmedo & Santed, 1999, pp. 30-32):

- *Oportunidad para el control:* El grado en que una persona es capaz de controlar las actividades que debe de realizar puede producir estrés y/o bienestar psicológico. Se debe diferenciar entre control intrínseco y extrínseco, refiriéndose el primero a la influencia que tiene el individuo sobre el contenido de su trabajo, y el segundo a otros aspectos del ambiente de trabajo en los que el individuo no tiene influencia (salario, horarios, etc.). La combinación entre alta demanda, bajo control y bajo apoyo social se asocia con resultados negativos para la salud (Adriaenssens, De Gucht, & Maes, 2015b; Moreno-Jimenez, Garrosa, Corso, Boada, & Rodriguez-Carvajal, 2012; Raigosa Gallego & Marín Londoño, 2010; Van Bogaert et al., 2014).
- *Oportunidad para el uso de habilidades:* Se refiere a las oportunidades que ofrece el entorno laboral para que el individuo pueda utilizar y desarrollar sus habilidades, ya que si éstas son escasas o excesivas probablemente se conviertan en una fuente de estrés (Chacon, 2013).
- *Variedad de las tareas:* Existe una variedad intrínseca y una extrínseca. La variedad intrínseca se refiere a la realización de actividades diferentes para llevar a cabo un trabajo, y se asocia a la satisfacción laboral. La variedad extrínseca se refiere a los cambios en el entorno. Unos niveles excesivamente altos de variedad pueden resultar estresantes para el sujeto (Garrosa et al., 2011).

- *Retroalimentación o feedback de la propia tarea:* Los trabajadores en cuyo puesto reciben información sobre la eficacia de su trabajo, presentan mayores niveles de satisfacción y motivación, y niveles más bajos de agotamiento emocional (Miyata, Ara & Suga, 2013; Rios Risquez, Sanchez Meca, & Godoy Fernandez, 2010).
- *Identidad de la tarea:* Realizar un trabajo cuyas unidades tengan sentido desde el inicio hasta el final, y que presenten un resultado visible, se asocia a una mayor satisfacción laboral (Tei et al., 2014).

2.2.2.- Estrés por desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera. Según Peiró (Peiró, 1992, p. 51), un rol puede definirse como el conjunto de expectativas y demandas sobre las conductas que se esperan de la persona que ocupa una determinada posición. Estas expectativas son emitidas por los miembros del conjunto de rol, que son aquellos afectados por la conducta del individuo, y que tienen o pretenden tener influencias sobre él. Cuando se envían al individuo demandas y expectativas incompatibles surge el conflicto de rol, mientras que cuando se envían expectativas con información insuficiente surge la ambigüedad de rol. En opinión de Gil- Monte (2005), algunas de las principales características vinculadas al entorno social-interpersonal de la organización que originan la aparición del síndrome de *burnout* son la ambigüedad de rol, los conflictos de rol, la incertidumbre sobre las relaciones con los clientes, la implicación profesional en los problemas con los clientes y la falta de control sobre los resultados de sus tareas y funciones (Gil Monte, 2005; Gilboa, Shirom, Fried & Cooper, 2008).

Los roles individuales deben estar claramente definidos para que éstos no se conviertan en desencadenantes del síndrome de *burnout*, ya que el estrés de rol se ha considerado como la variable de mayor poder explicativo de este síndrome (Moreno et al., 2001).

Tal y como se explicaba en los modelos desarrollados en el marco de la Teoría del Intercambio Social, las relaciones interpersonales pueden convertirse en un desencadenante de este síndrome, debido a la percepción de falta de equidad o falta de ganancia de los sujetos como consecuencia de la comparación social cuando se establecen relaciones interpersonales (Buunk & Schaufeli, 1993).

En el trabajo con personas, donde se sitúa la enfermería, se ha puesto de manifiesto que el contacto con personas con problemas personales o familiares es fuente de estrés, y se ha relacionado con la aparición de sentimientos de despersonalización, agotamiento emocional y cinismo, dimensiones centrales del síndrome de *burnout* (Peiró, 1992, p. 55; McHugh et al., 2011). Además, los sanitarios con mayores índices de despersonalización, perciben que su trabajo no es valorado adecuadamente por los pacientes, familiares, compañeros y superiores (Grau, Sunyer & García, 2005).

En cuanto a los desencadenantes relacionados con el desarrollo de la carrera, se destaca la inseguridad laboral que se asocia a una menor satisfacción laboral y a un menor compromiso con la organización (García-Izquierdo & Rios-Risquez, 2012; Garrosa et al., 2011). En este apartado también se engloban las transiciones de carrera, entendidas como un cambio de puesto o de nivel jerárquico, o el paso al desempleo, y que tiene costes para el individuo, su familia y la organización (Peiró, 1992, p. 58; Olmedo & Santed, 1999, p. 36). Por último, los diferentes estadios de desarrollo de la carrera provocan que en las fases iniciales de desarrollo de la misma, los individuos se incorporen con una serie de expectativas, deseos y aspiraciones que pueden presentar discrepancias con la realidad, y ser una causa de estrés, mientras que en la fase de consolidación de la carrera los principales estresores serán la consecución de un equilibrio entre vida laboral y familiar (Hämmig, Brauchli & Bauer, 2012; Losa Iglesias, Becerro de Bengoa

Vallejo & Salvadores Fuentes, 2010). En la fase de mantenimiento de la carrera o en la de preparación para la jubilación, los estresores son diferentes, siendo estos, entre otros, la falta de cumplimiento de las expectativas y el propio proceso de envejecimiento respectivamente (McHugh et al., 2011).

2.2.3.- Estresores relacionados con las nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales. La incorporación de nuevas tecnologías en las organizaciones tiene importantes implicaciones para los aspectos laborales y organizacionales, produciendo la transformación de las tareas y los puestos de trabajo, así como cambios en las formas de trabajo (Peiró, 1992, p. 62; Olmedo & Santed, 1999, p. 26).

Dentro de las implicaciones que las nuevas tecnologías tienen en el ambiente laboral se encuentran los diferentes dispositivos, sus características y sus consecuencias (pantallas, teclados ratones, etc. y su relación con dolores de cabeza, cervicales y articulares), o también las demandas que estas nuevas tecnologías requieren, dependiendo de su implantación, y las modificaciones que ejercen sobre el puesto de trabajo, que puede provocar que los trabajadores deban de cambiar el tipo de habilidades requeridas (Peiró, 1992, pp. 63–64). Por otro lado, no todas las consecuencias de la nueva “era del ordenador” resultan negativas, ya que incrementan el acceso a la información, y aumentan los sentimientos de eficacia y rapidez en la tarea, por lo que las nuevas tecnologías se estiman armas de doble filo (Olmedo & Santed, 1999, p. 26).

A pesar de que la introducción de nuevas tecnologías en el trabajo puede reducir el estrés del mismo, la adaptación a ellas puede resultar estresante. Si a esto se le une un proceso de implantación con escasa negociación de la forma y de las condiciones de la misma, así como una escasa participación de los usuarios en el proceso de implantación, esto actuará como desencadenante del estrés laboral (Peiró, 1992, pp. 67–68; Olmedo & Santed, 1999, p. 27).

En cuanto a los aspectos organizacionales, se observa que algunas organizaciones, entendidas como agentes colectivos, pueden estar más estresadas o más sanas que otras, indicando la importancia que tienen los procesos colectivos que contribuyen a mejorar el propio sistema. Si se aborda la estructura de la organización, se observa que una centralización de la toma de decisiones, así como el hecho de que existan muchos niveles jerárquicos, se asocian a una menor satisfacción de los trabajadores (Olmedo & Santed, 1999, pp. 21–23; Wong & Laschinger, 2015).

El clima laboral se asocia con las experiencias de estrés laboral, y con consecuencias negativas sobre la salud y el bienestar psicológico (Moreno et al., 2001; Peiró, 1992, pp. 69–71). Dentro del clima laboral se puede incluir el grado de implicación o participación de los individuos en la toma de decisiones, la autonomía en la realización de las tareas, el tipo de supervisión ejercida o el apoyo social recibido desde esa supervisión, asociándose el síndrome de burnout a la falta de participación en la toma de decisiones, la falta de autonomía y la falta de apoyo social por parte de la supervisión (Gil-Monte & Peiró, 1997).

2.2.4.- Fuentes extra-organizacionales de estrés laboral. Como se explicaba al inicio del capítulo, se han incluido las variables personales dentro de los factores extra-organizacionales, y a estos también se los denomina factores facilitadores, definidos como las “variables de carácter personal que tienen una función facilitadora o inhibidora de la acción que los estresores ejercen sobre el sujeto. En la medida en que estos facilitadores estén presentes, aumentará o disminuirá el grado de estrés laboral percibido, y consecuentemente, afectarán al desarrollo del síndrome en una u otra dirección” (Gil-Monte & Peiró, 1997, p.71).

Estos facilitadores del síndrome de burnout engloban a las variables socio-demográficas, las variables pertenecientes a la personalidad del individuo, las estrategias de afrontamiento que él utilice, y el apoyo social.

2.2.4.1.- Variables socio-demográficas. En cuanto a las variables socio-demográficas, entendiendo estas como aquellas que describen las características esenciales de los individuos, existen varias que se asocian de una u otra forma con la aparición del síndrome de *burnout*, y dificultan el desarrollo del *engagement*, entre las que se encuentran la edad, sexo, estado civil, antigüedad laboral, número de hijos, y la existencia de bajas laborales en los individuos.

- *Edad*: La edad aparece como una variable moduladora del síndrome de *burnout*, de manera que una mayor o menor edad debe tener una correspondencia con la experiencia y madurez en la forma de afrontar las presiones que afectan al individuo (Rodríguez-Paipilla, Rodríguez-Gómez, Riveros-Gómez, Rodríguez-D’Luyz, & Pinzón-Salamanca, 2011). Existen resultados divergentes en los diferentes estudios, ya que algunos relacionan una mayor edad con mayores cifras de síndrome de *burnout* (Ríos-Rísquez et al., 2010) y otros obtienen relaciones inversas (López Afrelo, 2009, p.145). Parece que una mayor edad proporcione una mayor experiencia y seguridad, mientras que en los primeros años de práctica profesional existe una mayor vulnerabilidad por la existencia de unas perspectivas menos realistas (Fuentelsaz-Gallego et al., 2012; Gil-Monte & Peiró, 1997)
- *Sexo*: No parece tener una relación clara, pese a que el rol familiar que ejerce la mujer parece hacerla más vulnerable a padecerlo (Rodríguez-Paipilla et al., 2011). Este hecho parece explicarse debido a que la experiencia de estrés parece estar más ligada a los roles sexuales que a las características biológicas, lo que explicaría las diferencias

significativas obtenidas entre hombres y mujeres en las diferentes subescalas del *burnout* (López Afrelo, 2009, p.144). Otros autores centran su atención en el doble rol ejercido por la mujer en el trabajo y en la casa como fuente de estrés (Maslach & Leiter, 1999).

- *Estado civil*: La mayoría de los estudios asocian una menor presencia de síndrome de *burnout* entre los encuestados casados y aquellos que no lo están (Grau et al., 2005; Losa-Iglesias et al., 2010). En esta misma línea son las conclusiones del estudio realizado por Grau (2009), donde ser soltero se convierte en un factor de riesgo para padecer síndrome de *burnout* (Grau et al., 2009).
- *Antigüedad laboral*: Los resultados obtenidos en los estudios siguen las mismas justificaciones que respecto a la edad de los individuos. En algunos estudios se concluye que el hecho de tener mayor experiencia laboral se asociaba a una mejor evaluación del entorno laboral (Fuentelsaz-Gallego et al., 2012; Grau et al., 2009). Otros estudios indican de forma contraria que los individuos con mayores niveles de síndrome de *burnout* son aquellos que tienen una antigüedad de 11-20 años (Soto-Cámara & Santamaría-Cuesta, 2005).
- *Número de hijos*: No existen resultados concluyentes acerca de esta variable, pero en algunos estudios se asocia como un factor protector frente al *burnout* (Rios-Risquez et al., 2010). Se puede establecer que no es el hecho en sí de tener hijos lo que actúa como elemento protector, sino el apoyo emocional que estos individuos obtienen en su entorno familiar, unido a que suelen ser individuos de mayor edad, con una mayor madurez y una visión más realista del trabajo (López Afrelo, 2009).

- *Bajas laborales*: Se han obtenido resultados que asocian son sentimientos de cansancio emocional asociados de forma positiva con el número de faltas en el trabajo en profesionales de enfermería (Grau et al., 2009).
- *Estado físico*: Las personas que se encuentran en buenas condiciones físicas tienen una percepción menor de los estresores, por lo cual mejorar la salud realizando ejercicio físico será un medio eficaz para combatir el estrés (Buceta & Bueno, 1998).

2.2.4.2.-Variables de la personalidad. Cuando nos referimos a la personalidad, estamos haciendo referencia a un sistema definido por rasgos de personalidad que influyen en el funcionamiento psicológico de los individuos (McCrae & Costa, 1990). Además de las características específicas de la personalidad o tipos de personalidad, se deberán tener en cuenta los locus de control (interno/externo), los estilos de atribución y los componentes de la “psicología de sí mismo” o *self-psychology* (Páez, Zubieta, Mayordomo, Jiménez & Ruiz, 2004). Todos estos conceptos se desarrollan a continuación.

2.2.4.2.1.- Personalidad. McCrae y Costa (1990) plantean la existencia de cinco grandes grupos de personalidad:

- *Neuroticismo*: Dimensión de la emocionalidad, es la tendencia a experimentar sentimientos negativos. El Neuroticismo alto o la baja estabilidad emocional se asocia a las tres dimensiones del síndrome de burnout.
- *Extraversión*: Es la dimensión de la sociabilidad, y lo opuesto a ella, es decir, la introversión, aparece como variable predictora del cansancio emocional.
- *Apertura*: Las personas abiertas están interesadas por el mundo exterior y por el interior, y sus vidas están enriquecidas por la experiencia. Los sujetos abiertos son

poco convencionales, dados a cuestionar la autoridad y dispuestos a aceptar nuevas ideas.

- *Amabilidad*: La persona amable es fundamentalmente altruista, simpatiza con los demás, está dispuesta a ayudarles y cree que los otros se sienten igualmente satisfechos de hacer lo mismo. Amabilidad baja se asocia a altas puntuaciones en burnout.
- *Responsabilidad*: Indica voluntad de logro e incluye las facetas de competencia, orden, sentido del deber, necesidad de logro, autodisciplina y deliberación.

Además de los cinco grandes grupos que definen McCrae y Costa (1990), existen otras clasificaciones de los tipos de personalidad existentes (Oldman, Bender & Skodol, 2007, pp. 38–41), pero únicamente se relacionan con la aparición del síndrome de *burnout* o el *engagement* la personalidad de tipo A y la personalidad resistente.

Parece que la *personalidad tipo A*, caracterizada por impaciencia, intensa implicación laboral, competitividad, inquietud, tensión muscular, necesidad de logro y actitudes exigentes respecto de las personas que conviven y trabajan con ellos (Polaino-Lorente, Truffino & del Pozo Armentia, 2003, p.477), predispone a padecer síndrome de *burnout* (Nagy & Davis, 1985).

Las personas responden de manera diferente ante los mismos estresores, de forma que existen fuentes de resistencia y variación entre los sujetos, surgiendo con este planteamiento el modelo Kobasa (1982a) que define la *personalidad resistente* en tres dimensiones (Kobasa, Maddi & Kahn, 1982):

- *Compromiso*: se caracteriza por la tendencia a implicarse en todas las actividades de la vida e identificarse con el significado de los propios trabajos. Esta cualidad supone que el

individuo reconoce sus propias metas y su habilidad para tomar decisiones y mantener sus valores.

- Control: Es la disposición a pensar y actuar con la convicción de que se puede intervenir en el curso de los acontecimientos. Los individuos pueden percibir consecuencias positivas predecibles en muchos de los acontecimientos estresantes.
- Reto: Permite que los individuos perciban el cambio como una oportunidad para aumentar las propias competencias, y no como una situación de amenaza.

Algunos estudios asocian la personalidad resistente a una mejor salud, y que modula la relación entre el estrés laboral y los resultados (Kobasa et al., 1982). La personalidad resistente parece además inducir a estrategias de afrontamiento adaptativas, a la percepción de los estímulos potencialmente estresantes como oportunidades de crecimiento y de mejorar las propias competencias (Jiménez, Hernández & Gutiérrez, 2000; Olmedo & Santed, 1999, p. 41).

2.2.4.2.2.- *Locus de control y estilos de atribución.* Por otro lado, se encuentra el concepto de locus de control, que alude a la creencia de que los eventos vitales y sus consecuencias son controlados por las propias decisiones y acciones (locus interno), o por fuerzas externas, como otras personas, la suerte o el destino (locus externo). El locus de control externo está asociado a una mayor incidencia de síndrome de *burnout*, especialmente en la subescala de realización personal (Chacón-Roger & Grau-Abalo, 2004; Olmedo & Santed, 1999, p. 40). Similar al locus de control es el constructo de estilos de atribución, descrito por Haack (1988) al observar un grupo de enfermeras que atribuían la causa de su estrés a sus características personales experimentado una mayor realización personal en el trabajo (Haack, 1988).

Los resultados con el locus de control y el estilo de atribución pueden deberse a que los individuos con locus interno perciben más control de las situaciones, y a que sus expectativas de

afrontamiento son más diversas, por lo que buscan mayor información y apoyo social (Gil-Monte & Peiró, 1997).

2.2.4.2.3.- Psicología de sí mismo o *self-psychology*. Dentro de los constructos que conforman la “psicología de sí mismo” o *self-psychology* aparece los términos autoconfianza, autoestima y autoeficacia. La autoconfianza hace referencia a la creencia de que una persona o grupo será capaz y deseará actuar de manera adecuada en una determinada situación. La autoestima se refiere a la valoración del aprecio propio, y la autoeficacia a la evaluación de las capacidades específicas.

La distorsión de la autoconfianza y la autoeficacia, es decir, creer que no se actuará de forma adecuada, y la valoración pobre de las capacidades específicas, afecta a la autoestima cuando se refieren a actividades de alto valor para el individuo (Chacón-Roger & Grau-Abalo, 2004).

En la misma línea están las investigaciones realizadas sobre la autoconciencia, autocontrol y autoeficacia, donde se concluye que una mayor autoconciencia, un mayor nivel de autocontrol y de autoeficacia suponen un factor protector ante el *burnout* (Nowakowska, Rasinska & Gloowacka, 2016); por otro lado, niveles altos de *burnout* correlacionan con puntuaciones bajas en estas variables (Herruzo Cabrera & Moriana Elvira, 2004).

2.2.4.3.- Afrontamiento. Dentro de los factores extra-organizacionales también se encuentran las estrategias de afrontamiento, definidas por Lazarus y Folkman como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas y/o internas, que son valoradas como situaciones que exceden o desbordan los recursos de una persona (Lazarus & Folkman, 1986).

El afrontamiento no es automático, es un patrón de respuesta susceptible de ser aprendido frente a las situaciones problemáticas (González Barón, 2008).

Existen modos de afrontamiento y recursos de afrontamiento. Los modos de afrontamiento son lo que las personas hacen como reacción a un estresor específico que ocurre en un entorno concreto, mientras que los recursos de afrontamiento son las posibilidades de reacción y de conducta, que el sujeto pone o no en funcionamiento, y que actúan como factor amortiguador para el sujeto (Wheaton, 1983).

En un intento de clasificar los estilos de afrontamiento, Lazarus y Folkman (1986) las agruparon en dos tipos: afrontamiento dirigido al problema y afrontamiento dirigido a la emoción (González Barón, 2008). Lazarus y Folkman (1986) afirman que los modos de afrontamiento dirigidos a la emoción pueden dañar la salud al impedir conductas adaptativas relacionadas con la salud/enfermedad. Así, los modos de afrontamiento, negación y evitación pueden disminuir el trastorno emocional, pero pueden impedir al individuo enfrentarse de una forma realista a un problema susceptible de solucionarse mediante una acción directa (Lazarus & Folkman, 1986).

Folkman y Lazarus (1985) han señalado las siguientes 8 estrategias de afrontamiento dentro del cuestionario “Ways of Coping Questionnaire (WCQ)”: afrontamiento focalizado en el problema, ensoñación o afrontamientos fantásticos, distanciamiento, enfatización de lo positivo, auto-culpación, reducción de la tensión, auto-aislamiento, y búsqueda de apoyo social (según los autores, las subescalas 2-7 se refieren a dimensiones del afrontamiento centrado en la emoción, y la subescala 8 es una dimensión mixta centrada tanto en el problema como en la emoción) (Sandín & Chorot, 2003).

En 1987 Chorot y Sandín desarrollaron la Escala de Estrategias de Coping (EEC) (Chorot & Sandín, 1987) tomando como base el cuestionario desarrollado por Lazarus y Folkman (1984), con el fin de obtener una prueba psicométrica que evaluara un amplio espectro de formas de afrontamiento del estrés, e identificaron 9 dimensiones básicas, siendo posteriormente modificado y denominado EEC-Revisado (EEC-R) (Sandín, Valiente, & Chorot, 1999).

Mediante un estudio que pretendía analizar la estructura factorial del EEC-R, se obtuvieron 7 factores claves que explicaban la varianza total, lo que provocó la creación del Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE), que reduce a siete las dimensiones básicas de afrontamiento, siendo estas: búsqueda de apoyo social, expresión emocional abierta, religión, focalizado en la solución del problema, evitación (EVT), auto-focalización negativa, y la re-evaluación positiva (Sandín & Chorot, 2003).

En relación al síndrome de *burnout*, Leiter señala que las estrategias de afrontamiento de control previenen este síndrome porque aumentan los sentimientos de realización personal en el trabajo, mientras que las de escape facilitan la aparición del síndrome (Leiter, 1990, 1991).

Por otro lado, diversos autores señalan que las enfermeras con menores sentimientos de *burnout* emplean con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento de carácter activo dirigidas al problema. Frente a éstas, las enfermeras que experimentaban altos niveles de “quemarse” utilizaban con más frecuencia estrategias de afrontamiento de escape-evitación, autocontrol y confrontación (Boyle, Grap, Younger & Thornby, 1991; Ceslowitz, 1999). En la misma línea se encuentran estudios que encontraron que las enfermeras de un hospital que se esforzaban por cambiar la situación estresante como forma de afrontar el problema, presentaban más satisfacción laboral y menos sensación de cansancio emocional, lo que conllevaba tener unos niveles menores de *burnout* (Greenglass & Burke, 2001).

2.2.4.4.- Apoyo social. El apoyo social es un factor extra-organizacional que actúa como desencadenante del síndrome de *burnout*, ya que es una variable psicosocial que protege al individuo de la activación estresante (McHugh et al., 2011; Olmedo & Santed, 1999, p. 41; Van Bogaert, Wouters, Willems, Mondelaers & Clarke, 2013).

Es una variable con dos dimensiones, por un lado, la social, compuesta por factores del entorno (redes sociales) que pueden dar apoyo emocional o instrumental. Por otro lado, la cognitiva, es decir, la percepción del individuo de tener apoyo social.

El apoyo social facilitaría que las personas evalúen de forma adecuada su entorno social, así como sus actitudes hacia los demás, lo que explicaría que el apoyo social pueda desencadenar o facilitar los efectos del síndrome de *burnout* (Gil-Monte & Peiro, 1997).

Tal y como se comentaba anteriormente, la falta de apoyo social por parte del supervisor y de los compañeros, y la pobre participación en la toma de decisiones, también parecen tener relación con el desarrollo del síndrome de *burnout* (Jiménez et al., 2000).

2.3.-Sintomatología asociada, profesiones de riesgo y consecuencias de padecer *síndrome de burnout*

Existen numerosos síntomas asociados al síndrome de *burnout* que han sido ampliamente estudiados por los autores, estableciendo principalmente que este se asocia a estados afectivos negativos, tales como la irritabilidad, la ansiedad, la culpa, el sentimiento de malestar, la rabia, y se ha asociado tradicionalmente a la depresión como trastorno mental (Kahill, 1988).

Todos los síntomas asociados, así como las profesiones de riesgo de padecer síndrome de *burnout* y las consecuencias del mismo, tanto para los individuos como para la organización, se desarrollan en las líneas posteriores.

2.3.1.- Sintomatología asociada al síndrome de burnout y desarrollo del mismo. El síndrome de *burnout* tiene un número de síntomas asociados a él tan numeroso que dificulta enormemente su delimitación.

Paine (1982) presenta una taxonomía de cuarenta y siete síntomas agrupados en cinco categorías: síntomas físicos, desarrollo de conductas de exceso, problemas de ajuste emocional, alteración de las relaciones interpersonales y síntomas actitudinales y cambios en los valores y en las creencias del individuo (Paine, 1982).

Por otro lado, tal y como explica Gil-Monte (2005), el *burnout* es una experiencia subjetiva de carácter negativo compuesta por cogniciones y actitudes negativas hacia el trabajo, hacia las personas con las que se relaciona el individuo en su trabajo, en especial los clientes, hacia el propio rol profesional:

Como consecuencia, aparecen una serie de disfunciones conductuales, psicológicas y fisiológicas que van a tener repercusiones nocivas para las personas y para la organización. Es un proceso que se desarrolla de forma progresiva debido a la utilización de estrategias de afrontamiento poco funcionales, con las que los profesionales intentan autoprotgerse del estrés laboral generado por sus relaciones con los clientes de la organización, y en menor medida, por sus relaciones con la organización (Gil Monte, 2005, p. 44)

La literatura presenta más de 100 síntomas asociados al síndrome, que afectan negativamente a los afectos y las emociones, a las cogniciones, a las actitudes, a las conductas y al sistema fisiológico del individuo (Gil Monte, 2005, p. 47):

- Síntomas que afectan a los afectos y las emociones: agotamiento emocional, irritabilidad, odio, paranoia, depresión, miedo a volverse loco, nerviosismo, frustración, aburrimiento, sentimientos de culpa, etc.
- Síntomas que afectan a las cogniciones: baja autoestima, baja realización personal en el trabajo, sentimientos de impotencia para el desempeño del rol profesional, sensación de fracaso profesional, falta de control, etc.
- Síntomas que afectan a las actitudes: cinismo, despersonalización, apatía, hostilidad, suspicacia, ironía hacia los clientes de la organización, irresponsabilidad, intolerancia, impaciencia, queja continua, indiferencia, etc.
- Síntomas que afectan a la conducta: comportamiento suspicaz y paranoide, consumo de tranquilizantes y barbitúricos (desarrollo de conductas de exceso), rigidez, enfrentamientos, aumento de accidentes, conductas agresivas hacia los clientes, absentismo, etc.
- Síntomas sobre el sistema fisiológico del individuo: cansancio, insomnio, úlcera de estómago, dolor de cabeza, dolor de espalda, fatiga, hipertensión, alteraciones funcionales de casi todos los sistemas del organismo (cardiorrespiratorio, nervioso, digestivo, etc.), etc.

Parece claro que no nos encontramos únicamente ante una disfunción personal, sino ante una patología laboral que afecta a las relaciones de la persona con su entorno de trabajo, y que, además, puede tener repercusiones sobre su vida personal y social. Es por esto por lo que:

El progreso del síndrome va a desarrollarse en función de la interacción entre las condiciones del entorno laboral y las variables personales, ya que el entorno laboral es el desencadenante de la etiología de los síntomas y de su progreso (...), y algunas

variables personales juegan un papel importante en el proceso pues influyen en la frecuencia e intensidad con la que los individuos perciben los síntomas” (Gil Monte, 2005, pp. 105–106).

El progreso del síndrome de burnout va a depender de la interacción entre las condiciones del entorno laboral y el individuo, por lo que existen diferentes modelos sobre el proceso de desarrollo de este síndrome, que han sido desarrollados previamente en el Capítulo 1.

2.3.2.- Profesionales con riesgo de sufrir síndrome de burnout. Los profesionales que trabajan en contacto directo con clientes de la organización son los que presentan mayor riesgo de presentar este síndrome. Estas profesiones, además, están generalmente afectadas de una falta notable de personal, trabajo a turnos, contacto con usuarios problemáticos, contacto continuo con personas enfermas y moribundas, falta de funciones y tareas específicas lo que provoca ambigüedad de rol, falta de autonomía y autoridad en el trabajo que dificulta o impide la toma de decisiones, y rápidos cambios tecnológicos entre otros (Gil-Monte & Peiro, 1997).

Los profesionales sanitarios (enfermeros, médicos, profesionales de emergencias, etc.), los policías, los militares, los profesores, los trabajadores bancarios, los psicólogos, los árbitros y jueces deportivos, y los trabajadores del sector turístico, han sido estudiados de forma frecuente como profesionales de riesgo de sufrir síndrome de burnout debido a contacto directo con los clientes (Gil-Monte & Moreno-Jiménez, 2007).

Existen cifras de incidencia del síndrome de *burnout* muy diferentes entre los estudios que analizan este problema, situándose entre el 14,90% de los sanitarios hispanos, y un 7,20% de las enfermeras (Suner-Soler et al., 2013), o bien entre el 18,00% (Fuentelsaz-Gallego et al., 2013) y el 33,00% (Gandoy-Crego et al., 2009) en España.

Al analizar los datos de las tres subescalas principales que componen el síndrome de *burnout* también se observan cifras muy diversas, que oscilan entre el 55,00% (Fuentelsaz-Gallego et al., 2012) y el 26,74% (Losa Iglesias & Becerro de Bengoa Vallejo, 2013) en la subescala de cansancio emocional en enfermeras españolas. Otro ejemplo de esta disparidad de cifras se observa en la subescala de despersonalización, donde las cifras varían entre un 8,15% (Losa Iglesias & Becerro de Bengoa Vallejo, 2013) y un 25,00% (Gandoy-Crego et al., 2009).

Las características propias de la profesión enfermera, su evolución a lo largo de la historia con importantes cambios a nivel académico, así como el desarrollo legal de la misma que regulan el ejercicio de la profesión, tal y como se ha explicado anteriormente, ha provocado que sea un colectivo de riesgo de padecer este síndrome, y estas características deben ser conocidas para acercarse a este colectivo con un conocimiento más profundo que permita entenderlo.

2.3.3.- Consecuencias de padecer engagement y síndrome de burnout. El incremento del *engagement* influye de manera directa en la organización en cuanto a mejoras de los recursos laborales, relaciones interpersonales, estilos de liderazgo, desempeño organizacional y calidad del servicio prestado, lo que proporciona resultados positivos tanto para los individuos como para la organización (Salanova & Schaufeli, 2009, pp. 270–272).

Es en este punto donde surge el concepto de organización saludable, entendido como: Aquellas organizaciones caracterizadas por invertir esfuerzos de colaboración, sistemáticos e intencionales para maximizar el bienestar de los empleados y la productividad, mediante la generación de puestos bien diseñados y significativos, de ambientes sociales de apoyo, y finalmente mediante las oportunidades equitativas y accesibles para el desarrollo de la carrera y del balance trabajo-vida privada (Wilson, DeJoy, Vandenberg, Richardson & McGrath, 2004, pp. 566–567).

Se puede establecer que aquellas organizaciones consideradas saludables son aquellas que desarrollan prácticas para estructurar y gestionar los procesos de trabajo que influyen en el desarrollo de empleados sanos y *engaged*, y resultados organizacionales saludables, estando estas dimensiones relacionadas entre sí (Salanova & Schaufeli, 2009, pp. 281–282).

Como se observa, el *engagement* provoca resultados positivos tanto para la organización como para el individuo, por lo que es de esperar que el síndrome de *burnout* provoque efectos indeseables en estas mismas áreas.

A nivel organizacional, el síndrome de *burnout* provoca, entre otros, conflictos entre profesionales, entre profesionales, pacientes y familiares, ineficacia en las actividades diarias, insatisfacción en la vida diaria, disminución de la calidad asistencial, absentismo laboral y accidentes laborales (Gil-Monte & Moreno-Jiménez, 2007, p. 22; Gómez-Batiste, 2008, pp. 30–31).

Además de las consecuencias físicas, psicológicas y sociales del síndrome de *burnout*, descritas en capítulos anteriores, existen unas consecuencias legales, al considerar este síndrome como:

Un accidente de trabajo en base a la Ley General de la Seguridad Social, puesto que es una enfermedad que contrae el individuo exclusivamente por motivos de la realización de su trabajo, e implica estar o sentirse quemado, agotado, sobrecargado o exhausto (Martínez de Viegol Lanzagorta, 2005, p. 218).

Atendiendo a la definición dada por el art. 115 de esta ley, se entenderá que el accidente de trabajo será aquel que presenta una lesión corporal, entendiéndose por tal no sólo las físicas sino también las secuelas o enfermedades psicológicas o psíquicas, que la víctima sea un trabajador por cuenta ajena, que exista una relación causal entre el trabajo y la lesión y que exista

una relación causal entre la lesión y la situación de incapacidad protegida (Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social).

En esta línea se han manifestado diversas sentencias judiciales que han considerado el síndrome de *burnout* como un accidente laboral, y reconociendo a los profesionales que la padecen el grado de incapacidad permanente total derivada.

Algunas de las sentencias que estiman el síndrome de *burnout* como un accidente laboral son la emitida por el Juzgado de lo Social de Las Palmas de Gran Canaria, que reconocen el grado de incapacidad permanente total a una matrona que presenta síndrome de *burnout* (Tribunal Superior de Justicia de Las Palmas, Sala de lo Social, 371/2015, 13 de noviembre de 2015), o la emitida por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, en la que se considera el síndrome del trabajador quemado o estrés laboral manifestado en síntomas de cansancio emocional y sentimiento de inadecuación o frustración profesional como accidente de trabajo, por tener causa laboral, incluso aunque no se aprecie conducta ilícita de la empleadora, ya que el objeto de este proceso es única y exclusivamente la determinación de la contingencia (Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, Sala de lo Social, 1683/2017, 1 de junio de 2017).

Otras sentencias que consideran las consecuencias del síndrome de *burnout* son las emitidas por el Tribunal Superior de Justicia del País Vasco, el 2 de noviembre de 1999 (Tribunal Superior de Justicia del País Vasco, Sala de lo Social, 1320/1999, de 2 de noviembre de 2014), la emitida por el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía en 2011 (Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, Sala de lo Social, 1902/2011, 21 de julio de 2011), la del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña (Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, Sala de lo

Social, 2010/177783, 3 de marzo de 2010) o la emitida por el Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, Sala de lo Social, 2008/3468622, 11 de junio de 2008).

Todas estas sentencias contribuyen para la concepción del síndrome de *burnout* como una enfermedad profesional para aquellas profesiones donde exista evidencia de su aparición, ya que según el art. 157 del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social:

Se entenderá por enfermedad profesional la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta ley, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional. En tales disposiciones se establecerá el procedimiento que haya de observarse para la inclusión en dicho cuadro de nuevas enfermedades profesionales que se estime deban ser incorporadas al mismo. Dicho procedimiento comprenderá, en todo caso, como trámite preceptivo, el informe del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Es decir, para la que pueda ser considerada una enfermedad profesional, debe ser incluida en el listado de enfermedades profesionales, “y en el caso de no estar referenciada, es criterio jurisprudencial habitual de los tribunales, reconducir su protección a través del accidente de trabajo” (López Afrelo, 2009, p. 195).

De forma contraria, existen otras sentencias judiciales que especifican que el síndrome de *burnout* no puede ser considerado en determinados casos enjuiciados al no poder probarse la relación causa-efecto entre el trabajo y la enfermedad del trabajador (Tribunal Superior de

Justicia de Extremadura, Sala de lo Social, 623/2016, de 22 de diciembre de 2016; Tribunal Superior de Justicia de Murcia, Sala de lo Social, 618/2004, 24 de mayo de 2004).

Como se puede observar padecer síndrome de *burnout* implica importantes consecuencias a nivel individual, organizacional y legal, lo que hace todavía más importante la lucha frente a este síndrome, y la lucha para la implementación de estrategias que fomente el *engagement* de los trabajadores y la organización.

2.4.- Instrumentos de medición

Debido a la importancia que tiene para el individuo y para las organizaciones el desarrollo del síndrome de *burnout*, o, por el contrario, la aparición del deseado *engagement*, se han desarrollado múltiples instrumentos de medición de los mismos.

Algunos instrumentos han sido tan importantes para la conceptualización del síndrome de *burnout* que han provocado la descripción del mismo en las subescalas descritas por dichos cuestionarios, como es el caso del *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (Maslach & Jackson, 1981).

Conocer el abanico de cuestionarios e instrumentos de medición disponibles para medir el síndrome de *burnout* y el *engagement* es, por tanto, fundamental para el abordaje del estudio planteado.

2.4.1.- Instrumentos de medición del síndrome de burnout. Teniendo en cuenta la importancia que alcanzó en la década de los 80 este síndrome, es comprensible el interés que se tenía en evaluarlo, y, por lo tanto, en desarrollar métodos de evaluación del mismo. Entre los métodos desarrollados para su evaluación nos encontramos con:

2.4.1.1.- Maslach Burnout Inventory (MBI). El MBI es, con diferencia, el método más utilizado para la evaluación psicométrica y el diagnóstico del síndrome de quemarse en el trabajo

o *burnout*. Fue desarrollado por Maslach y Jackson en 1981 y conceptualiza el síndrome en tres síntomas: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal.

En la última edición del MBI en 1996 aparecen tres versiones del mismo (Maslach et al., 1997):

- *MBI-Human Services Survey (MBI-HSS)*: dirigido a profesionales de la salud. Es la versión clásica del MBI. Está constituido por 22 ítems que se distribuyen en tres escalas para evaluar la frecuencia en la que los profesionales refieren baja realización profesional en el trabajo (8 ítems), agotamiento emocional (9 ítems) y despersonalización (5 ítems):
 - *Baja Realización personal*: Tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente afectando a la habilidad para realizar el trabajo y para tratar con las personas que atienden. Los trabajadores se sienten descontentos consigo mismos e insatisfechos (Gil-Monte, 2003). Es la dimensión más compleja y se relaciona con las dos siguientes, hasta que en algunos casos parece depender de ellas, ya que difícil obtener un sentimiento de realización personal cuando te sientes agotado o cuando tienes que ayudar a gente que nos resulta indiferente (Morán Astorga, 2005). La falta de eficacia profesional, el sentimiento de incompetencia y de falta de éxito parece surgir claramente de una falta de recursos relevantes.
 - *Agotamiento emocional*: Se define como la experiencia en la que los profesionales sienten que no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo. Es la manifestación primaria y la dimensión central del síndrome. Es la más ampliamente estudiada y algunos autores (Maslach & Jackson, 1981) argumentan que las otras dimensiones son innecesarias. El agotamiento provoca acciones para distanciarse

emocionalmente del trabajo con el fin de hacer frente a una sobrecarga cualitativa o cuantitativa de trabajo.

- *Despersonalización*: Se refiere al desarrollo de actitudes y sentimientos negativos, como el cinismo, hacia las personas destinatarias del trabajo. Es un intento de distanciarse del receptor de los servicios ignorando las cualidades que le hacen personas únicas e interesantes. Es descrita por Maslach, Jackson, & Leiter (1997) como la respuesta impersonal y fría, en ocasiones insolente y desconsiderada, hacia los receptores de los servicios (Morán Astorga, 2005).
- *MBI-Educators Survey (MBI-ES)*: es la versión del MBI para profesionales de educación. Esta versión cambia la palabra paciente por alumno, reproduce la misma estructura factorial del MBI-HSS.
- *MBI-General Survey (MBI-GS)*: La estructura del MBI-GS es similar a la original manteniendo la estructura tridimensional, de forma que las dos primeras dimensiones correlacionan positivamente entre sí y negativamente con la eficacia personal, es decir, que el SQT se describe como una puntuación alta en agotamiento y cinismo, y una puntuación baja en eficacia profesional (Gil-Monte & Moreno-Jiménez, 2007, pp. 45–47). En este cuestionario no existe una puntuación global de SQT, sino la interpretación del perfil de las tres dimensiones. Esta nueva versión tiene un carácter más genérico, no exclusivo para profesionales cuyo objeto de trabajo son personas. Mantiene la estructura tridimensional del MBI, pero sólo contiene 16 ítems.

2.4.1.2.- *Tedium Measure (TM)*. Creado por Pines, Aronson y Kafry en 1981 evalúa el *burnout* mediante tres dimensiones: agotamiento emocional, agotamiento físico y agotamiento mental. Según sus autores se considera tedio al resultado de una presión emocional, mientras que

el *burnout* se define como “un estado de cansancio físico, emocional y mental causado por la implicación prolongada en situaciones emocionalmente demandantes” (Pines & Aronson, 1988, p. 9). Estos autores eliminaron años después la diferencia entre tedio y desgaste profesional incluyendo el primero en el segundo, y propusieron una nueva denominación de la escala como *Burnout Measure (BM)*. Esta escala está integrada por 21 ítems que evalúa el agotamiento físico, emocional y mental, mediante respuestas tipo Likert de 7 grados, y mediante la que se obtiene una puntuación global de desgaste profesional (Gil-Monte & Moreno-Jiménez, 2007, pp. 50–51; Pines & Aronson, 1988).

2.4.1.3.- Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP). Elaborado por Jones en 1980, evalúa el *burnout* como un síndrome de agotamiento físico y emocional, que conlleva el desarrollo de actitudes negativas hacia el trabajo, pobre autoconcepto profesional, rencor, dureza y pérdida de interés por las personas hacia las que se trabaja. Evalúa el *burnout* según 4 dimensiones: insatisfacción o tensión laboral, tensión psicológica e interpersonal, problemas de salud, y deterioro de las relaciones profesionales con los pacientes (Jones, 1980).

2.4.1.4.- Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT). Desarrollado en la Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional (UNIPSICO) de la Universidad de Valencia. En su versión inicial ha sido desarrollado para evaluar el *burnout* en profesionales de la salud (CESQT-PS) y en profesionales que trabajan hacia personas con discapacidad (CESQT-PD). Evalúa cuatro factores: la ilusión por el trabajo, el desgaste psíquico, la indolencia y la culpa (Gil-Monte, García-Jueas, Núñez, Carretero, Roldán & Caro, 2006; Gil Monte, 2005).

Como se comentaba anteriormente, el uso tan extendido del MBI ha influido en la investigación de este síndrome, pues su definición se ha impuesto para delimitarlo únicamente en

tres dimensiones, pero ésta no tiene porqué ser la definición más exacta del fenómeno, sino que únicamente es una de ellas, ya que existen estudios que han obtenido que el MBI puede presentar debilidades psicométricas con relación a la validez factorial en muestras de diferentes colectivos ocupacionales (Densten, 2001; García, Llor & Sáez, 1994; Kalliath, O`Driscoll, Gillespie & Bluedorn, 2000; Olmedo, 1993).

2.4.2.- Instrumentos de medición del engagement. Existen diversos métodos de evaluación del *engagement* dependiendo del ámbito de aplicación del mismo, y muchos de estos cuestionarios no están disponibles públicamente, ya que las empresas no quieren compartir estos datos con sus competidores. De forma general podemos analizar el cuestionario Gallup Q12, el Cuestionario de *engagement* personal, el cuestionario Utrecht Work *Engagement* Scale (UWES), y el cuestionario de Seis Áreas de la Vida Laboral (AWL).

2.4.2.1.- Gallup Q12. Este cuestionario desarrollado por la organización Gallup, y consta de 12 preguntas que se evalúan con una escala tipo Likert que va desde valores de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). Esta escala se centra en los recursos laborales percibidos por el trabajador, y más que el *engagement* mide la satisfacción laboral que lleva a la obtención de unos buenos resultados (Salanova & Schaufeli, 2009). Este cuestionario presenta una alta consistencia interna ($\alpha=0,91$) y es de acceso abierto.

2.4.2.2.- Cuestionario del Engagement Personal. Este cuestionario fue desarrollado por May, Gilson y Harter (2004) y consta de 13 ítems que abarcan las dimensiones de *engagement* cognitivo, emocional y físico. Presenta una consistencia interna suficiente ($\alpha=0,77$) (May, Gilson & Harter, 2004).

2.4.2.3.- Utrecht Work Engagement Scale (UWES). Se basa en la definición de *engagement* que incluye vigor, dedicación y absorción, y consta de 17 ítems, aunque existe una

versión reducida que consta de 9 ítems. Fue desarrollado por Schaufeli, Salanova, González – Roma y Bakker, e incluye 6 ítems dedicados a evaluar el vigor, 5 de dedicación y 6 de absorción. La consistencia interna de esta escala se sitúa en todos los casos con valores de α de Cronbach iguales o superiores a 0,70 (Schaufeli et al., 2002a).

2.4.2.4.- Cuestionario de Seis Áreas de la Vida Laboral (Areas of Worklife Scale (AWS)). Fue desarrollado por Michael Leiter y Christina Maslach en 2004, y la validación al castellano fue realizada por Gascón y Leiter (2013). Comprende 45 ítems divididos en dos cuestionarios (Gascón et al., 2013b; Leiter & Maslach, 2003).

El primero consta de 16 ítems y evalúa los tres estados opuestos al SQT, la Energía (opuesto a Agotamiento Emocional), la Eficacia (contrario a Despersonalización o Ineficacia) y la Implicación (opuesto a Cinismo). Los ítems se puntúan de acuerdo a una escala tipo Likert que comprende los valores desde 0 (nunca) a 6 (a diario).

Esta primera escala ha demostrado tener una alta correlación con las dimensiones del MBI y unas adecuadas propiedades psicométricas. La Energía se evalúa mediante 5 ítems, la Eficacia con 6 ítems, y la Implicación con 5 ítems. El segundo cuestionario consta de 29 ítems que evalúan la congruencia o incongruencia del individuo ante cada una de las seis áreas de la vida laboral (factores de riesgo en positivo).

2.5.- Medidas de prevención del síndrome de *burnout* y que promueven el *engagement*

Dado que el síndrome de *burnout* es una enfermedad psicosocial, es necesario que para su aparición existan de forma simultánea factores individuales, que en algunos casos se considerarán como elementos de vulnerabilidad, y factores de índole social y organizativa. Estos factores deben de actuar de forma continuada sobre los individuos en la organización para causar

estrés crónico, por lo que estos estresores no pueden ser puntuales, sino con una frecuencia e intensidad suficientes, hasta que se den las condiciones para que aparezcan los síntomas y se mantengan (Gil-Monte & Moreno-Jiménez, 2007, p. 71).

Puesto que las causas que provocan la aparición del síndrome de *burnout*, y dificultan el desarrollo del *engagement* entre los profesionales, son de carácter individual y organizacional, las medidas preventivas del primero y promotoras del segundo deberán establecerse desde estas dos áreas.

Por todo esto, en las líneas posteriores se van a establecer aquellas medidas organizacionales, grupales e individuales que promueven el *engagement* dentro de la organización.

2.5.1.- Medidas desde la Organización. Para las organizaciones es mucho más rentable prevenir los problemas relacionados con el estrés en el trabajo que hacerle frente a sus consecuencias, ya que cuando se mejora y promueve el bienestar psicológico y el *engagement* de los empleados, se obtienen un conjunto de sinergias positivas para la organización (Salanova & Schaufeli, 2009, pp. 225–230):

- Sinergias individuales: disminución progresiva de las quejas relacionadas con el estrés y el *burnout*, mayor socialización y adaptación a la organización con aumento del compromiso y la lealtad a la organización, aumentan los niveles de energía y vigor, lo que incrementa la motivación de los empleados de hacer el trabajo bien hecho y con calidad, y aumenta la creatividad y la innovación.
- Sinergias interpersonales: Aparece una menor probabilidad de experimentar emociones negativas en el trabajo y una mayor tendencia a experimentar emociones positivas, lo que a su vez mejora la calidad del trabajo percibida por los clientes.

- Sinergias organizacionales: las organizaciones que potencian un buen clima de trabajo registran pocas quejas derivadas del estrés laboral y del *burnout*. Los buenos resultados influyen en la imagen corporativa de la organización, convirtiéndola en una buena empresa para trabajar, y las organizaciones van adquiriendo competencias propias que las diferencian de sus competidores, y que es una característica importante para su supervivencia en el mercado.

Las principales estrategias a nivel organizacional para implementar la mejora del *engagement* son (Salanova & Schaufeli, 2009, pp. 230–257):

2.5.1.1.- Selección del personal. La selección del personal es una situación importante para establecer unos buenos mecanismos de interacción entre el empleado y la organización (Munyewende, Rispel & Chirwa, 2014), y supone el inicio del contrato psicológico entre el empleado y la organización:

- *Contrato psicológico*: Para fomentar el desarrollo del nuevo empleado dentro de la organización se deberán conocer las actitudes del trabajador hacia el trabajo, estudiar sus necesidades de formación y aprendizaje si las hubiera, establecer procesos de socialización organizacional para poner en conocimiento de los trabajadores los valores y las expectativas de la organización, conocer qué espera obtener, y qué espera dar por su parte a la organización. El sentimiento de equidad o justicia, en cuanto a lo que el empleado da a la organización y lo que recibe a cambio, está presente en el desarrollo del *engagement*, y el sentimiento de injusticia o falta de equidad lo está en el desarrollo del *burnout*.
- *Talleres de trabajo*: Puede ser útil tanto para prevenir como para mejorar la salud psicosocial de la organización. En estos talleres se llegan a acuerdos que se toman en

grupo, y se registran por escrito para que los participantes tomen conciencia del problema y se comprometan en grupa a la mejorar y las soluciones.

2.5.1.2.- Incremento de los recursos laborales. El rediseño del trabajo, la rotación de puestos laborales como potencial motivador y optimizador del *engagement*, la recolocación y los cambios temporales, son estrategias para incrementar la satisfacción y la motivación de los empleados (Van Bogaert et al., 2013).

2.5.1.3.- Liderazgo. Las competencias genéricas de los supervisores que se han mostrado efectivas para el desarrollo del *engagement* y el aumento de la motivación son el reconocimiento del buen desempeño, la actuación de forma justa entre los empleados mostrando claridad y autenticidad sin mostrar favoritismos (Zhu, Liu, Guo, Zhao & Lou, 2015), gestionar los problemas del grupo de forma abierta y constructiva, informar a los empleados de los posibles cambios tan pronto como sea posible y el desarrollo de funciones de *coaching* entre los empleados (Bemana, Bemana, Farhadi, & Shokrpour, 2014; Sohrabizadeh & Sayfour, 2014; Taylor, Roberts, Smyth & Tulloch, 2015).

Así mismo, surge el término de liderazgo transformacional, definido como:

El liderazgo transformacional entendido como el estilo de dirigir en el que el líder amplía los intereses de sus empleados, generando conciencia y aceptación de los objetivos y la misión del grupo, posponiendo sus propios intereses a los intereses del grupo. Este tipo de liderazgo produce un incremento y una mejora del desempeño, del compromiso organizacional, de la confianza en la organización y de la motivación colectiva, la satisfacción y la confianza en el grupo (Hayati, Charkhabi & Naami, 2014, p.6).

2.5.1.4.- La gestión de la diversidad. Se utiliza la gestión de la diversidad con el fin de que se convierta en una fuerza de trabajo más productiva, competente, flexible y saludable. Implica utilizar las diferencias culturales en las competencias de los empleados, sus ideas y creatividad, y conseguir la meta de manera que hace a la propia organización todavía más competitiva.

2.5.1.5.- Las relaciones interpersonales. El fomento de las relaciones interpersonales, de forma que se incrementen los recursos sociales mediante la creación de canales abiertos de comunicación con el fin de desarrollar la confianza. Las buenas prácticas orientadas a la comunicación organizacional abierta, tales como el *feedback* positivo y el reconocimiento social, mejoran el desempeño organizacional y el contrato psicológico del empleado con la organización respectivamente. Además de esto, la creación de equipos de trabajo, compuestos por profesionales de las distintas unidades de trabajo de la organización, proporcionan un sistema de comunicación a través de la organización. Las estrategias de conciliación del trabajo y la vida privada, también son una alternativa positiva para ayudar a la gestión de la interacción entre la familia y el trabajo.

2.5.1.6.- Formación para el desarrollo del engagement. La formación debe estar dirigida a los deseos y necesidades de los empleados, y debe producir un incremento en las creencias de la propia eficacia. Esta formación puede estar orientada al contenido del puesto de trabajo, a la formación para el uso de nuevas herramientas, o al desarrollo de habilidades sociales y de crecimiento personal, a la gestión de tiempo (orientada a la formulación de metas realistas y planificaciones temporales para conseguir las), al fomento del autocontrol y la empleabilidad (Salanova & Schaufeli, 2009, pp. 258–269).

Entre la formación para el desarrollo de habilidades sociales y de crecimiento personal se encuentran la formación en efectividad personal y asertividad, con el fin de aprender competencias relacionadas con el trato con los clientes/pacientes/usuarios de los servicios y con los compañeros. Además de lo anterior, es importante la formación en gestión del estrés laboral, donde se incluyen las acciones formativas dirigidas a realizar pausas y descansos para prevenir la fatiga, técnicas de relajación y técnicas de automotivación entre otras (Currey, Oldland, Considine, Glanville & Story, 2015; Pyle, 2015).

Otro tipo de herramienta para el desarrollo del *engagement* son las creencias de eficacia: el desarrollo de la autoeficacia o el “poder de creer que tú puedes...”, ya que conllevan un incremento del *engagement* (Bonner, 2016; Ding et al., 2015; Todaro-Franceschi, 2015). Estos procesos se enmarcan en la Teoría Social Cognitiva desarrollada por Bandura (1997).

2.5.1.7.- Fomento del desarrollo de la carrera profesional. Se propone el fomento del desarrollo de la carrera profesional mediante un plan de desarrollo de carrera, que consigue el objetivo de la anticipación de posibilidades futuras de desarrollo como elemento motivacional importante. Esto incrementa el vigor, la dedicación y la absorción en las actividades encaminadas a conseguir la meta: el desarrollo de la propia carrera. Este apartado se centra en el mantenimiento del contrato psicológico del que hablamos anteriormente (Salanova & Schaufeli, 2009, pp. 258–269).

Dentro de las estrategias adoptadas por la organización, también se encuentran mecanismos como la clarificación de rol. Esta se basa en obtener el grado de información suficiente sobre el papel que desempeña el individuo, para poder identificar las diferencias existentes entre las expectativas de rol que tiene el sujeto y las expectativas de la organización. De esta forma, pueden ser abordadas entre las partes implicadas antes de que se conviertan en

una fuente importante de estrés (Gil-Monte & Moreno-Jiménez, 2007, p. 113; Atefi, Abdullah, Wong & Mazlom, 2014).

2.5.2.- Medias a nivel grupal o interpersonal. Gil-Monte (2005, pp. 156–157) propone que además de las intervenciones individuales y organizacionales, son importantes las intervenciones grupales o interpersonales, con el fin de prevenir el síndrome de *burnout* y fomentar el *engagement*, siendo a este nivel las principales intervenciones el apoyo social en el trabajo, y el entrenamiento en las habilidades de la comunicación.

2.5.2.1.- Apoyo social en el trabajo. Se define como la información que permite a las personas creer que otros se preocupan por ellos y los quieren, que son estimados y valorados, y que pertenecen a una red de comunicación y obligaciones mutuas.

En 1983 Pines estableció seis formas de dar apoyo social en el trabajo (Pines, 1983):

- Escucha activa sin dar consejos ni juzgar.
- Dar apoyo técnico por compañeros expertos.
- Crear en la profesión sentimiento de reto, desafío, creatividad e implicación.
- Apoyo emocional, entendido como incondicional.
- Apoyo emocional desafiante que permita al individuo reflexionar sobre si definitivamente ha agotado todas las posibles soluciones.
- Participar en la realidad social del individuo.

Como se observa, el apoyo social es imprescindible para el individuo ya que las relaciones interpersonales son fundamentales para el equilibrio físico y mental, especialmente el apoyo social procedente del supervisor, ya que este ayuda al manejo de las cargas y presiones del trabajo (Gil Monte, 2005, p. 157; Adriaenssens, De Gucht & Maes, 2015a; Sinclair et al., 2015).

2.5.2.2.- Entrenamiento en habilidades sociales. Entrenar las habilidades sociales puede mejorar la calidad de las relaciones interpersonales en el trabajo, ya que se trata de un procedimiento que enseña a los profesionales a dar y recibir apoyo social en el contexto laboral. Este hecho es importante ya que la carencia de habilidades sociales ocasionará insatisfacción en los clientes, y esto afectará negativamente al profesional (Gil Monte, 2005, pp. 157–159; Bonner, 2016).

El entrenamiento en habilidades sociales puede realizarse de forma individual y/o grupal, y en líneas generales todos deben constar de una evaluación de los individuos y las situaciones, y unas instrucciones sobre los componentes de la conducta que van a ser entrenados. Además, tras estos pasos debe realizarse el modelado, siguiendo patrones adecuados de los comportamientos que se deben entrenar, y el ensayo conductual (para que el individuo represente las conductas y situaciones observadas con anterioridad en los modelos). Por último, será necesaria una retroinformación y refuerzo para dar información al individuo sobre la actitud realizada, una generalización para que el individuo desarrolle y mantenga los comportamientos aprendidos en su ambiente natural de trabajo, y una evaluación de la eficacia del entrenamiento (Gil Monte, 2005, pp. 159–162).

2.5.3.-Medidas a nivel individual. A lo largo de los últimos años, se ha cambiado de un modelo centrado en atender únicamente a los trabajadores cuando éstos ya están enfermos, a un modelo centrado en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, con un aumento de la participación de las organizaciones en la salud de los trabajadores (Salanova & Schaufeli, 2009, pp. 169–171).

Existen muy pocas intervenciones positivas para mejorar la salud psicológica, ya que la mayoría de ellas se está probando recientemente. Si bien, las existentes podemos clasificarlas en

intervenciones sobre actividades conductuales, sobre actividades cognitivas y sobre actividades volitivas (Salanova & Schaufeli, 2009, p. 173).

2.5.3.1.- Actividades conductuales. Existen once actividades para mejorar la felicidad que se agrupan en tres categorías (Salanova & Schaufeli, 2009, pp. 190–202):

- Cuidado del cuerpo y la mente: la actividad física presenta efectos psicológicos positivos y distrae las preocupaciones, dormir un número suficiente de horas, meditación y simular felicidad, por ejemplo sonriendo o expresando energía, genera reacciones positivas en los demás y hace que uno se sienta bien consigo mismo (Buceta & Bueno, 1998).
- Práctica de las virtudes: identificación y uso de las propias fortalezas de carácter, ser amables con los demás, expresar gratitud, aprender a perdonar, ya que el perdón implica mitigación de la motivación para vengarse, y practicar la espiritualidad, en referencia a la búsqueda del sentido a la vida a través de algo más grande que el yo individual, en relación al trabajo sería la búsqueda de significado y metas, así como buscar el lugar de uno mismo dentro del entorno.
- Fortalecer las redes sociales: intercambio de las experiencias positivas y cuidado de las redes sociales que aumentará la probabilidad de tener más y mejores relaciones con los demás fomentando la felicidad a lo largo del tiempo. Así mismo, el apoyo social se comporta como un buen amortiguador al estrés laboral (Scammell, 2016).

Dentro de las actividades conductuales se puede situar también las técnicas cognitivas conductuales, cuyo objetivo es ayudar al individuo a lograr un alivio de los síntomas del estrés reestructurando los pensamientos que hacen crónica la ansiedad, la depresión, la angustia, etc.

Un principio fundamental de estas técnicas es que el individuo debe prestar atención a sus pensamientos para detectarlos y registrarlos, para diferenciar de esta manera entre los

pensamientos adecuados y los que no lo son. Una vez identificados, los pensamientos no adecuados, las situaciones que los generan y las emociones resultantes, se deben identificar los pensamientos adecuados. En este momento, un experto procederá a refutar las creencias irracionales mediante la aplicación de técnicas cognitivas, emocionales y conductuales (Gil-Monte, 2005, pp. 166–167).

2.5.3.2.- Actividades cognitivas. Existen seis tipos de actividades cognitivas que pueden agruparse en dos categorías fundamentales: la generación y ensayo de pensamientos positivos, cultivando el optimismo, y la toma de decisiones (Salanova & Schaufeli, 2009, pp. 202–209):

- Generación y ensayo de pensamientos positivos: relatar las experiencias positivas que nos ocurren expresa gratitud, cultivar el optimismo en referencia a la expectativa de que el futuro será positivo y los objetivos se podrán alcanzar y saborear la vida, es decir, tratar de mantener y acentuar los momentos agradables en que se desarrollan los acontecimientos y recordar estas experiencias de forma que se reavive su disfrute (Garrosa et al., 2011).
- Toma de decisiones: satisfacer en lugar de maximizar, es decir, obtener un resultado suficientemente bueno en lugar de obtener el mejor resultado posible, evitar pensar demasiado sobre el carácter, comportamiento o los problemas, ya que esto mantiene o empeora la infelicidad y reduce la capacidad para resolver los problemas, y evitar realizar comparaciones sociales (Buunk, Zurriaga & Peiro, 2010), son una vías importantes para impulsar la felicidad y el *engagement* en el trabajo cuando actúa como un modelo positivo.

En cuanto a la toma de decisiones, el entrenamiento en técnicas de solución de problemas pretende ayudar a los individuos a resolver problemas y mejorar en la toma de decisiones.

Facilitan el reconocimiento de problemas, e inhiben la respuesta impulsiva ante ellos. Facilita el desarrollo de alternativas, y propone un procedimiento para escoger la respuesta más adecuada al problema y verificar su adecuación (Gil-Monte & Moreno-Jiménez, 2007, p. 103).

2.5.3.3.- Actividades volitivas encaminadas a modificar los objetivos y las motivaciones.

En cuanto a las actividades encaminadas a modificar los objetivos y las motivaciones encontraremos, entre otras, estrategias para el establecimiento de metas personales significativas, la búsqueda del *flow* y el desarrollo de estrategias de afrontamiento (Salanova & Schaufeli, 2009, pp. 209–218):

- Establecimiento de metas personales significativas: motiva a las personas a desarrollar sus fortalezas y talentos, y, por lo tanto, convertirse en lo que realmente quieren.
- Búsqueda del *flow* o estado de absorción y participación. Según Csikszentmihalyi (1990) el *flow* se produce cuando hay equilibrio entre los retos y las competencias al realizar una actividad.
- Desarrollo de estrategias de afrontamiento (aumentar la resiliencia): afrontamiento centrado en el problema resolviendo activamente el mismo, o afrontamiento centrado en las emociones para disminuir las emociones negativas que se asocian con el suceso (Scammell, 2016). El concepto de resiliencia, como mantenimiento del ajuste positivo ante condiciones difíciles, promueve la competencia, la eficacia, y fomenta el crecimiento y el desarrollo.

Como se observa, se recomienda el desarrollo de estrategias de afrontamiento al estrés incluso antes de que aparezcan los síntomas, ya que pueden prevenir su aparición. Se engloba dentro de las estrategias de afrontamiento aquellas dirigidas a regular las emociones, y las dirigidas a solucionar el problema (Morán-Astorga, 2005, pp. 126–145):

- Estrategias dirigidas a regular las emociones:
 - a) Escape-Evitación: más utilizado por las mujeres. Es un método relacionado positivamente con la despersonalización y el cansancio emocional. Este modo de afrontamiento significa que la persona no desea enfrentarse al problema, que desea huir, escapar y evitarlo.
 - b) Distanciamiento: son aquellos esfuerzos por distanciarse de la situación, olvidarse del problema, no darle importancia ni tomarlo en serio. El neuroticismo bajo se relaciona con esta actitud, es decir, aquellas personas más estables emocionalmente, se distancian de aquellos problemas que no pueden resolver, y crean un punto de vista positivo.
 - c) Autocontrol y aceptación de la responsabilidad: esfuerzos por regular los propios sentimientos, no compartir el problema con otros. Implica el reconocimiento de la participación personal en el problema, disculpándose y autocriticándose. Es más usado por los varones. Su aparición predice la dimensión de la despersonalización.
 - d) Reevaluación positiva: esfuerzos por dar un significado positivo a la situación estresante, potenciando desde ella el desarrollo personal. La persona no vive el momento lamentándose de lo que está ocurriendo, sino buscando qué puede aprender de él.

- Estrategias dirigidas a solucionar el problema:
 - a) Planificación para la resolución de problemas: tiene lugar en la fase de apreciación secundaria del problema, cuando se reflexiona sobre cómo afrontar el problema estresante. Las personas que usan esta estrategia se sienten más realizadas profesionalmente.

- b) Confrontación: esfuerzo asertivo para alterar la situación. Sugiere cierto grado de agresividad y riesgo debido al enfrentamiento que se produce. Esta estrategia se asocia a la personalidad extravertida y abierta, y a aquellos individuos con alta autoestima.
- c) Búsqueda de apoyo social: esfuerzos por buscar ayuda de otras personas cuando uno se enfrenta a situaciones estresantes. Es más usado por las mujeres, las personas con más alta amabilidad y las extravertidas.

En el contexto del afrontamiento se observa la influencia de los rasgos de la personalidad sobre los estilos de afrontamiento elegidos en las diferentes situaciones, y es en este contexto, donde surge el concepto de personalidad resiliente, entendiendo esta como aquella personalidad que es resistente a los conflictos y a los problemas que suponen un peligro y una amenaza para su bienestar (Morán-Astorga, 2005, pp. 137–144).

En la revisión previa sobre la prevención del síndrome de *burnout* en la enfermería española, se observan intervenciones dispares que se englobarían tanto en las orientadas al individuo, como en las orientadas a la organización. Entre ellas se observan desde un entrenamiento para conocer la sintomatología de este síndrome y gestionar las consecuencias del mismo (Gómez-Gascón et al., 2013), a un programa de formación para capacitar a los profesionales para superar las dificultades que perciben en su trabajo (Arranz, Ulla, Ramos, Del Rincon, & Lopez-Fando, 2005). En esta línea están las estrategias para fortalecer la personalidad resistente de los trabajadores, con el fin alcanzar mejores resultados en lugar de únicamente disminuir los estresores ambientales (Garrosa et al., 2008).

Otros autores destacan la importancia de incluir en los programas de formación de los estudiantes de enfermería materias como técnicas para la resolución de problemas, trabajo en

equipo, etc., ya que se observó que los estresores que no disminuían a lo largo de la carrera eran fundamentalmente aquellos que tenían que ver con las relaciones humanas: relaciones con compañeros, relaciones con tutores, relaciones con pacientes, etc. que en principio eran los menos estresantes (Zupiria-Gorostidi et al., 2007).

Como se puede observar, es imprescindible aunar las intervenciones grupales e individuales para promover el *engagement* y evitar la aparición del síndrome de *burnout*, por lo cual, será esencial conseguir el compromiso tanto de los individuos como de los responsables de las organizaciones para establecer una línea de trabajo conjunta, donde implementar las estrategias preventivas más indicadas a cada situación.

3.- Hipótesis y objetivos

El conocimiento de las variables asociadas a la aparición del síndrome de *burnout* y del *engagement* permite una mayor especificidad de las medidas preventivas del primero, así como un mayor conocimiento de aquellas variables en las que se debe incidir de forma más intensa para la promoción del segundo. Es por esto, que conocer las variables personales y laborales asociadas tanto al síndrome de *burnout* como al *engagement* profesional proporcionará una visión clara de la situación de la población estudiada, que será analizada de forma mucho más profunda mediante el uso de la metodología comunicativa.

La actual tesis doctoral parte de la utilización de la triangulación metodológica, es decir, la utilización de distintas metodologías de análisis para estudiar una misma realidad social (Navarro, Pasadas & Ruiz, 2004). La triangulación metodológica ha permitido la combinación de métodos de análisis y recogida de datos cuantitativos y cualitativos, con el objetivo de determinar aquellos factores que influyen en el desarrollo y la prevención del síndrome de *burnout*, y del *engagement* laboral entre los profesionales de enfermería.

Al tratarse de un fenómeno psicosocial es complejo determinar las variables que influyen en la aparición y la prevención del síndrome de *burnout* y del *engagement* profesional, por lo que el uso de la triangulación metodológica proporcionará una mayor información. Además de esto, el hecho de que se utilice la metodología comunicativa como técnica cualitativa, va a permitirnos que las medidas preventivas del síndrome de *burnout* y promotoras del *engagement* surjan desde los sujetos, desde su interpretación de la realidad y mediante la auto-reflexión, eliminando las posiciones de poder y proporcionando un ambiente más propicio para el consenso y la reflexión.

3.1.- Hipótesis de la investigación

Tras la revisión teórica realizada de forma previa, se plantean las siguientes hipótesis de trabajo:

Hipótesis 1.- Existen relaciones significativas entre las variables socio-demográficas y laborales con las áreas del *engagement* y del síndrome de *burnout*.

Hipótesis 2.- En los cuestionarios que valoran el *engagement* y el síndrome de *burnout* se obtendrán unos resultados similares a los de los estudios realizados en profesionales de enfermería española.

Hipótesis 3.- En los grupos y entrevistas a los profesionales se obtendrán medidas de promoción del *engagement* en profesionales de enfermería no reflejadas hasta el momento en poblaciones similares.

Hipótesis 4.- Los profesionales participantes propondrán cambios específicos en su entorno laboral que conllevarán la disminución del síndrome de *burnout* y la promoción del *engagement* en su entorno.

Debido a que este estudio no pretende únicamente el desarrollo de nuevas medidas de prevención del síndrome de *burnout* y de promoción del *engagement*, sino que también persigue establecer cuáles son las situaciones de riesgo desconocidas hasta la actualidad que provocan la aparición de este síndrome, se plantea la segunda hipótesis:

Hipótesis 5.- Si la aparición del síndrome de *burnout* se relaciona con características personales, profesionales e institucionales, éste podrá ser combatido desde estos mismos ámbitos, así como desde el ámbito familiar y social normalmente no implicado en su prevención.

3.2.- Objetivos de la investigación

Desde el planteamiento inicial de la presente investigación se establecieron unos objetivos generales y otros específicos que permitieran el estudio de los profesionales de enfermería que trabajan en los centros sanitarios públicos, privados y concertados de la ciudad de Huesca, ubicada en el Sector Sanitario de Huesca perteneciente al Servicio Aragonés de Salud, independientemente del tipo de jornada que realizasen, del tipo de contrato que ostentasen y del cargo que ocupasen, para conseguir de esta manera una visión global e integrada de la situación de la profesión enfermera que nos permitiera lograr los objetivos y transmitir a los profesionales e instituciones los recursos que se deben fomentar y aquellos que se deben de evitar.

Los objetivos generales y específicos planteados, siguiendo las indicaciones previas, y señalando las hipótesis relacionadas, son:

- **Objetivo 1.-** Conocer la incidencia del *engagement* y síndrome de *burnout* en los profesionales de enfermería que desarrollan su práctica asistencial en los centros sanitarios de la ciudad de Huesca, así como sus características socio-demográficas y laborales asociadas (H1, H2).
- **Objetivo específico 1.1:** Identificar las características socio-demográficas y laborales de los grupos con mayor nivel de *engagement* (H1).
- **Objetivo específico 1.2:** Identificar las características socio-demográficas y laborales asociadas al síndrome de *burnout* (H1).
- **Objetivo específico 1.3:** Identificar las relaciones existentes entre las áreas laborales y las subescalas que componen el *engagement* y el síndrome de *burnout* en la población estudiada (H1).

- **Objetivo 2.-** Establecer las variables asociadas al síndrome de *burnout* y al *engagement* en opinión de los profesionales de enfermería mediante entrevistas personales y grupos de discusión (H3).
 - **Objetivo específico 2.1:** Comparar las variables proporcionadas por los profesionales estudiados con aquellas validadas a nivel internacional para prevenir el síndrome de *burnout* y promocionar el *engagement* (H3).
 - **Objetivo específico 2.2:** Identificar las medidas preventivas del síndrome de *burnout* y promotoras del *engagement* existentes en las organizaciones sanitarias de la ciudad de Huesca a partir de las opiniones de los gestores sanitarios de enfermería en dichos centros (H3).
- **Objetivo 3.-** Analizar las prácticas de éxito que a nivel internacional se están llevando a cabo para la promoción del Engagement (H4).
 - **Objetivo específico 3.1:** Proporcionar un conjunto de medidas específicas de promoción del *engagement* en el entorno estudiado (H4).
 - **Objetivo específico 3.2:** Plantear un proyecto de mejora para la promoción del *engagement* en enfermería en los centros sanitarios de 500 camas o menos (H4).

4.- Método

La utilización de la triangulación en la realización de la presente investigación social permite el empleo de diferentes métodos de estudio de un mismo objeto (Arias, 2000). La estrategia de triangulación se propone con el objetivo de superar las dificultades naturales asociadas a los métodos de investigación cuantitativo y cualitativo, y en la presente tesis doctoral, se ha optado por la triangulación metodológica, es decir, la combinación de varios métodos de recogida y análisis de los datos con el objetivo de acercarse a la realidad investigada (Navarro Ardoy, Pasadas del Amo & Ruiz Ruiz, 2004).

Además de lo anterior, y tal y como se desprende de las hipótesis y objetivos planteados, la utilización de la metodología comunicativa representa un elemento innovador en el estudio del *engagement* y el síndrome de *burnout* en el entorno laboral.

La triangulación metodológica ha permitido el uso de técnicas y análisis cuantitativos usados hasta el momento en el estudio de estos fenómenos, combinado con técnicas y análisis cualitativos mediante el uso de la metodología comunicativa. Para lograr el uso combinado de ambas técnicas, cuantitativas y cualitativas, se planteó el desarrollo del presente estudio en diversas fases bien diferenciadas, con el fin de que los hallazgos obtenidos en la fase previa sirvieran para la realización de la siguiente fase, de modo que se interrelacionaran entre sí al finalizar el mismo.

Como se explicaba anteriormente, la triangulación metodológica ha permitido el desarrollo del presente estudio siguiendo unas fases consecutivas. De forma inicial, se ha realizado una fase de búsqueda y revisión bibliográfica referente al síndrome de *burnout* y al *engagement* entre profesionales de enfermería. Tras esta, se ha realizado una segunda fase en la cual la recogida de información se ha realizado mediante instrumentos que posibilitan su

posterior análisis cuantitativo, siendo estos instrumentos y tipos de análisis de uso tradicional en las Ciencias de la Salud. Para terminar, se ha realizado una tercera fase en la cual se han utilizado técnicas y análisis cualitativos mediante la aplicación de la metodología comunicativa, siendo esta metodología de uso común en las Ciencias Sociales, pero no así en otras ramas de la ciencia. La redacción de los resultados, discusión, conclusiones, propuestas de mejora y futuras líneas de investigación, ha tenido en cuenta todas estas fases consecutivas e interrelacionadas, obteniéndose así datos que con la utilización aislada de una única técnica no habría sido posible.

En este apartado se va a abordar el procedimiento utilizado para la realización del estudio, así como el paradigma utilizado, la población y muestra sobre la que se realizó el estudio, los instrumentos utilizados en las diferentes fases y el análisis estadístico aplicado en cada una de ellas.

4.1.- Procedimiento

Para la realización del presente estudio se realizaron tres fases bien diferenciadas, y al mismo tiempo, íntimamente relacionadas, ya que las fases posteriores no tendrían sentido sin las fases previas, otorgando una gran calidad a los datos obtenidos.

Durante la fase 1 se realizó una revisión de la literatura nacional e internacional referente al *engagement* y al síndrome de *burnout* entre profesionales de enfermería, así como aquellas labores de carácter administrativo imprescindibles para la correcta realización del estudio.

En la fase 2 se aplicaron las técnicas cuantitativas elegidas, que incluían la utilización de cuestionarios basados en escalas, tradicionalmente utilizados en el estudio de estos fenómenos y su análisis, lo que permitirá la comparación de los datos obtenidos con numerosos estudios que abordan estas temáticas.

En el transcurso de la fase 3 del estudio se utilizaron aquellas técnicas cualitativas usadas en el paradigma comunicativo que se explica en líneas posteriores. Estas técnicas incluían relatos comunicativos y grupos de discusión comunicativos, de modo que se obtuvieron datos de carácter más profundo, así como reflexiones de los propios profesionales implicados en el desarrollo del *engagement* y del síndrome de *burnout* en el entorno laboral.

Las diferentes actividades realizadas en cada fase se detallan a continuación:

- Fase 1: Revisión documental y labores administrativas

- Revisión y análisis de la literatura previa existente sobre el síndrome de *burnout* y el *engagement* en los profesionales de enfermería.
- Contacto y solicitud de utilización de los diferentes cuestionarios a sus autores.
- Contacto con los responsables del Colegio de Enfermería de la ciudad, los responsables de los sindicatos sanitarios, gerentes y directores de los centros sanitarios, con el fin de establecer el número de profesionales de enfermería que ejercen como tal en la ciudad, y obtener de esta forma la población de referencia.
- Presentación del proyecto y solicitud de permisos a los directores de los centros sanitarios donde se iba a realizar el estudio (ANEXO 1).
- Solicitud del permiso para la realización del estudio al Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (CEICA), y aprobación del mismo.

- Fase 2: Análisis cuantitativo

- Elaboración del cuestionario.
- Distribución del cuestionario pre-test entre profesionales representativos.

- Corrección del cuestionario tras pre-test del mismo.
- Distribución de los cuestionarios en los diferentes centros sanitarios y recogida de los mismos.
- Prueba de fiabilidad y verificación de los supuestos de modelo
- Análisis descriptivo, correlacional e inferencial de los cuestionarios.

- Fase 3: Análisis cualitativo

- Elaboración de los guiones para los grupos de discusión y los relatos comunicativos.
- Elaboración de la parrilla de análisis para los grupos de discusión y los relatos comunicativos.
- Contacto con los voluntarios interesados en participar en los grupos de discusión, así como los profesionales representativos interesados en participar en los relatos comunicativos.
- Realización de los grupos de discusión y relatos comunicativos.
- Análisis siguiendo la parrilla previamente elaborada.
- Redacción de la tesis.
- Exposición y difusión de los resultados.

4.2.- Paradigma metodológico

En la presente tesis doctoral vamos a partir del paradigma de la metodología comunicativa, que no sólo pretende describir y explicar la realidad, comprenderla e interpretarla con el objetivo de estudiarla, sino también estudiarla para transformarla, haciendo hincapié en cómo los significados se construyen comunicativamente mediante la interacción de las personas

(Gómez et al., 2006, pp. 32–33). Esta metodología requiere que la persona investigadora aporte los conocimientos de la comunidad científica al diálogo, pero abandonando las posiciones de poder, y aceptando los mejores argumentos.

La metodología comunicativa asume una serie de postulados, tal y como explican Gómez, Latorre, Sánchez y Flecha (2006). Éstos son entre otros la universalidad del lenguaje y de la acción, las personas como agentes sociales transformadores, la racionalidad comunicativa, es decir, que todas las personas tienen capacidad de lenguaje y de acción, el sentido común, entendido como sentido subjetivo que depende de las experiencias personales y formado dentro del contexto cultural, no existe una jerarquía interpretativa ya que cualquier supuesto tiene la misma solidez y tanto las personas investigadas como las investigadoras están al mismo nivel (igual nivel epistemológico) (Gómez et al., 2006, pp. 40–46).

- Universalidad del lenguaje y de la acción:

Cualquier persona tiene capacidad de comunicarse e interactuar, ya que el lenguaje y la acción son capacidades inherentes al ser humano, independientemente del nivel cultural y económico de los individuos.

- Las personas como agentes sociales transformadores

Las personas son capaces de interpretar la realidad social, crear conocimiento y transformar sus estructuras sin establecer relaciones de poder entre los investigadores y los investigados, de forma que todos ellos se constituyen en agentes transformadores de sus realidades sociales, mediante el desarrollo de sus propias capacidades y potencialidades.

- Racionalidad comunicativa

Las personas son vistas como elementos activos de producción de significado e interpretación intencional del mundo que les rodea, lo que provoca que el conocimiento sea tratado como un acto social específico, con sus relaciones sociales subyacentes (Vila-Merino, 2004).

- Sentido común

Depende de la experiencia de la vida y de la conciencia de las personas, y normalmente se forma dentro del propio contexto cultural.

- No existe una jerarquía interpretativa

Las opiniones o presupuestos de los investigados tienen igual validez que los del equipo que realiza la investigación, por lo cual es muy importante el contacto directo con los participantes e interpretar con ellos sus propios contextos.

- Igual nivel epistemológico

Las personas investigadas y las investigadoras se sitúan en el mismo nivel tanto en la investigación como en la interpretación de los datos. Los investigadores deben de participar en el proceso comunicativo en el mismo plano de igualdad que los investigados. Todos aportan sus interpretaciones y sus experiencias para llegar a consensuar sus argumentos a través del diálogo.

- Conocimiento dialógico

Se pretende buscar el conocimiento desde los sujetos, cómo éstos interpretan y dan sentido a la realidad a través de la intersubjetividad, de la capacidad de reflexión y auto-reflexión, y sin partir de pretensiones de poder. Esto provocará un mayor grado de implicación y el establecimiento de relaciones más igualitarias propiciando un análisis de la realidad más reflexivo e igualitario.

De forma habitual, el tipo de estudio que aborda la prevención del síndrome de *burnout* entre profesionales de enfermería sigue un corte cuantitativo transversal (Garrosa et al., 2008; Marques Sánchez del, Calle Pardo, Sanchez, Gelado & Garcia, 2008; Montes-Berges & Augusto, 2007; Suner-Soler et al., 2013; Urricelqui & Sanz, 2000), aunque alguno utiliza un corte cuantitativo longitudinal (Arranz et al., 2005; Zupiria et al., 2007). Muy pocos estudios utilizan una metodología de corte cualitativo y/o mixto para el abordaje del *engagement* entre profesionales de enfermería (André, Frigstad, Nost & Sjøvold, 2016; Freeney & Tiernan, 2009; Pool, Poell, Berings & ten Cate, 2016; Prestia, Sherman & Demezier, 2017), y no se ha encontrado ninguno que utilice la metodología comunicativa con tal fin.

De forma previa a la realización de cualquier tipo de estudio de carácter científico, es primordial llevar a cabo una revisión documental sobre la literatura previa referente al tema objeto de estudio, con el fin de conocer qué se ha estudiado y de qué manera, para tener los conocimientos más extensos y profundos posibles, permitiendo situarse al investigador al mismo nivel de conocimientos que aquellos que lo precedieron en el abordaje del tema objetivo. La revisión sobre la literatura previa realizada en la fase 1 del estudio se expone en líneas posteriores.

La metodología comunicativa permite incluir en su desarrollo, además de una revisión documental como la anteriormente comentada, el análisis cuantitativo, lo que permite obtener una visión objetiva sobre la cuestión a estudio. Pese a la posibilidad de incluir este análisis cuantitativo, es la parte cualitativa de esta metodología la que permite implementar todos los principios de este paradigma, así como profundizar en aquellas cuestiones que no han podido ser exploradas mediante la revisión documental y el análisis cuantitativo.

4.2.1.- Revisión documental. Se trata de las revisiones documentales incluidas en la Fase 1 del estudio. En esta fase se realizó una revisión de las diferentes metodologías y prácticas utilizadas para el estudio del tema que nos ocupa, con el fin de poder determinar un marco teórico en el que queden incluidas las contribuciones más relevantes a nivel nacional e internacional. Para la realización de esta revisión utilizamos las bases de datos mayor impacto como son ISI Web of Knowledge y MEDLINE.

Se realizó una búsqueda de bibliografía internacional y nacional, realizándose a nivel nacional dos revisiones de los artículos encontrados sobre el burnout entre los profesionales de enfermería y sus variables asociadas, y sobre la prevención del síndrome de burnout entre los profesionales de enfermería españoles. Ambas revisiones fueron publicadas en revistas de enfermería indexadas (Sanclemente, Elboj & Íñiguez, 2015; Sanclemente, Elboj & Íñiguez, 2016).

4.3.- Población

En el territorio español tras la promulgación de la Constitución Española en 1978 (Constitución Española, 1978), se reconoce a todos los ciudadanos españoles el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria, recogido en el artículo 43. Este derecho se hará efectivo mediante unas acciones reguladas en la Ley General de Sanidad (1986), Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (2003), Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (2006), Ley General de Salud Pública (2011), y el Real Decreto-ley de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones (2012) (Sistema Nacional de Salud, 2012, p. 6).

Siguiendo las normas constitucionales, todas las Comunidades Autónomas del territorio español han asumido las competencias en materia sanitaria, contando todas ellas 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” (Sistema Nacional de Salud, 2012, p. 8), estando todos ellos coordinados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, órgano de coordinación, cooperación, comunicación e información.

El Sistema Nacional de Salud se organiza en dos niveles asistenciales: Atención Primaria y Atención Especializada, y en ellos se presta la cartera de servicios asistenciales básicos, la cartera común suplementaria, la cartera común de servicios accesorios, y la cartera de servicios complementaria de las comunidades autónomas (Sistema Nacional de Salud, 2012, pp. 8–14).

Según los datos de 2012, en todo el territorio nacional existen 3006 centros de salud y 790 hospitales, con una dotación de 162.538 camas. De cada 10 hospitales 4 son públicos y 6 son privados, pero al referirse a la titularidad de las camas esta distribución se invierte, ya que de cada 10 camas instaladas 7 son públicas y 3 son privadas. Los trabajadores de estos centros sanitarios son predominantemente mujeres (7 de cada 10), representando el colectivo de enfermería el grupo más numeroso (157.000 profesionales frente a los 114.000 médicos existentes) (Sistema Nacional de Salud, 2012, p. 20). Estos datos contrastan con los recabados en la Unión Europea, donde el porcentaje de médicos representa el 29,06% de los profesionales sanitarios frente al 70,94% que representan los enfermeros, y donde el ratio de enfermeras por cada 100.000 habitantes se sitúa de media en 811 enfermeras en la Unión Europea, frente a los 508 profesionales de enfermería por cada 100.000 habitantes en España, un 37,36% menos que la media europea (Consejo General de Colegios de Enfermería, 2014).

En la Comunidad Autónoma de Aragón las cifras oficiales de población en 2016 eran de 1.326.403 habitantes, de los cuales el 20,90% tenía 65 años o más (Instituto Aragonés de Estadística, 2016), que recibían asistencia en 118 centros de salud, 29 hospitales y 8 centros de especialidades dentro de los 8 sectores sanitarios de la comunidad autónoma, situándose en la provincia de Huesca 27 centros de salud, 7 hospitales y 2 centros de especialidades (Instituto Aragonés de Estadística, 2015a). En el año 2014 el 43,00% de los trabajadores en centros de Atención Primaria eran enfermeros, y en los centros de atención especializada el personal sanitario representaba el 70,88% (Instituto Aragonés de Estadística, 2015b).

Dentro de la comunidad autónoma de Aragón se encuentra la ciudad de Huesca, con 52.282 habitantes en 2016 según el Instituto Nacional de Estadística (Instituto Nacional de Estadística, 2016). Esta ciudad se encuentra dentro de uno de los sectores sanitarios que conforman el Servicio Aragonés de Salud, el Sector Sanitario de Huesca, que atiende a una población de 107.197 habitantes según el mapa sanitario de la comunidad autónoma de Aragón (Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón, 2004).

Teniendo en cuenta este contexto nacional e internacional, se realizó el presente estudio en todos los centros sanitarios públicos y privados de la ciudad de Huesca que contaban con profesionales de enfermería en su plantilla, a excepción de una clínica privada que se negó a participar en el mismo. En el presente estudio participaron todos los centros sanitarios públicos de la ciudad, donde se incluyen centros hospitalarios, residencias geriátricas, centros de atención primaria y centros de atención especializada. Los centros privados que participaron en el estudio son centros geriátricos, mutuas laborales, centros médicos especializados, y centros de atención especializada. De forma global participaron en el presente estudio 20 centros sanitarios públicos y privados.

4.4.- Muestra.

En la actualidad no existe en la ciudad de Huesca ningún registro del número de enfermeras/os que ejercen como tal en la ciudad, lo que supuso una dificultad añadida al desarrollo de este estudio, por el desconocimiento de la población de referencia. Debido a esto, se estableció contacto en primer lugar con el Colegio Oficial de Enfermería y los principales sindicatos sanitarios en busca de dicho registro, constatando la inexistencia del mismo.

Con el fin de conocer la población de referencia, se estableció contacto con el gerente del Sector de Huesca del Servicio Aragonés de Salud del cual dependen los centros sanitarios públicos pertenecientes al Servicio Aragonés de Salud, y con la directora provincial del Instituto Aragonés de los Servicios Sociales (IASS), de la cual dependen los centros sanitarios públicos pertenecientes al IASS, explicando los objetivos del estudio. Estos organismos nos proporcionaron un documento con el número de profesionales de enfermería que trabajaban en los centros de la ciudad de Huesca (ANEXO 2).

En cuanto a los centros privados, se estableció contacto telefónico con todos los centros publicitados como “centro sanitario”, “mutua” o “mutua laboral”, y se consiguió conocer el número de profesionales de enfermería que trabajaban en estos centros. Posteriormente, se estableció contacto con los centros privados en los cuales desarrollaban su labor los y las profesionales de enfermería, con el fin de exponerles el propósito del estudio y solicitar su colaboración. Únicamente se negó a participar un centro privado.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, en la ciudad de Huesca ejercen como profesionales de enfermería, a fecha de diciembre de 2014, en centros sanitarios públicos y privados 527 individuos (ANEXO 2).

Tal y como se explicaba anteriormente, para la realización del estudio se utilizaron tres fases diferenciadas. A continuación, se expone la selección de la muestra en aquellas fases en las que fue necesario obtenerlas, siendo estas la fase 2 y la fase 3.

4.4.1.- Muestra para el análisis cuantitativo. Durante la fase 2 del presente estudio se distribuyó el cuestionario a todos los profesionales de enfermería anteriormente citados, obteniendo una tasa de respuesta del 57,80% (305 profesionales de enfermería) en los diferentes centros sanitarios, lo que permite afirmar que dicha muestra es representativa de la población a estudio, presentando un nivel de confianza del 99,00% y un margen de error menor del 4,88%.

El 91,10% de los encuestados eran mujeres frente a un 8,90% de hombres. Un 83,30% tenían pareja estable, y el 67,90% tenían hijos. Entre los encuestados que tenían pareja estable, un 78,50% de los cónyuges se encontraban en una situación laboral activa, frente a un 4,40% que se encontraban en paro. El nivel educativo de los cónyuges de los encuestados se situaba en un 45,70% con estudios universitarios, 24,70% con estudios de bachillerato y un 14,00% con Graduado escolar.

La media de hijos se situaba en 1,23 hijos (DT=0,99), y la edad media de los encuestados se situaba en 44,98 años (DT=10,86). Los porcentajes según los intervalos de edad se reflejan en la tabla 1.

El 72,10% de los encuestados manifestaba no tener personas a cargo, el 77,00% no refería tener enfermedades crónicas, y el 71,20% no toma ninguna medicación crónica frente al 28,80% que sí que lo hace. El 12,50% refiere haber estado de baja el año anterior (excluyendo la baja maternal), y la duración media de la misma fue de 2,98 meses (DT=3,14).

Tabla 1

Distribución de la muestra según los intervalos de edad

Intervalos de edad		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Validos	Menos de 35 años	55	18	21	21
	Entre 35-44 años	75	24,60	28,60	49,60
	Entre 45-54 años	64	21	24,40	74
	Entre 55-66 años	68	22,30	26	100
	Total	262	85,90	100	
Perdidos	Sistema	43	14,10		
Total		305	100		

Al hablar de hábitos tóxicos, el 80,30% de los encuestados refiere no fumar frente al 19,70% que sí que lo hace. El 6,00% refiere beber alcohol de forma habitual.

El 68,20% refiere realizar ejercicio de forma habitual, y un 76,60% refiere realizar actividades de ocio habitualmente frente al 23,40% que prefiere no hacerlas.

A nivel académico, el 98,40% de los encuestados son Diplomados Universitarios en Enfermería, frente al 1,60% que son Graduados en Enfermería de acuerdo con el plan Bolonia. En cuanto al nivel de estudios post-graduado, un 16,40% refiere poseer un título de Postgrado, un 7,90% refiere tener un título de Máster, y un 0,30% posee en título de Doctor. Además de esto, un 4,60% de los encuestados posee otra diplomatura y/o licenciatura, entre las que nos encontramos Diplomados en Fisioterapia, Licenciados en Medicina, Diplomados en Dietética y Nutrición o Licenciados en Psicología, entre otros.

Los encuestados que poseen un título de especialista en Enfermería representan a un 17,70% de la muestra, y entre ellos las especialidades se distribuyen según la tabla 2.

El 20,30% de los encuestados residía en un lugar distinto al de su centro de trabajo, situándose de media a una distancia de 37,30 kilómetros (DT=29,53).

En cuanto al tipo de centro de trabajo, un 92,10% trabaja en un centro público frente a un 7,90% que lo hace en un centro privado. Un 48,30% de los encuestados trabaja en servicios de hospitalización, un 10,40% lo hace en servicios de gerontología/geriatriá, un 11,40% en atención primaria, un 10,10% en salud mental, un 2,70% en mutuas laborales y un 3,40% en servicios de emergencias.

Tabla 2

Distribución de la muestra según las especialidades de enfermería

Especialidad		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Obstétrico-Ginecológica	5	1,60	9,30	9,30
	Salud Mental	14	4,60	25,90	35,20
	Pediatría	6	2	11,10	46,30
	Comunitaria y Familia	2	,70	3,70	50
	Gerontología	20	6,60	37	87
	Enfermería del Trabajo	7	2,30	13	100
	Total	54	17,70	100	
Perdidos	Sistema	251	82,30		
	Total	305	100		

Un 65,50% de los encuestados tiene un contrato fijo, un 5,40% tiene un contrato interino, un 13,90% tiene un contrato eventual y un 14,90% tiene un contrato de sustitución. Un 5,20% de los encuestados trabaja además en otro centro desde hace 5,30 años (DT=4,90) de media.

El 83,80% de los encuestados tiene una jornada laboral a tiempo completo, frente al 16,20% que trabaja a tiempo parcial. Además de esto, el 50,70% de los encuestados trabaja según un turno rotatorio y un 42,80% lo hace según un turno diurno.

De todos los encuestados, un 2,60% ejerce un puesto de dirección, con una duración de media de 2,61 años (DT=1,36), y un 9,60% ejerce puesto de supervisión con una duración de media de 7,37 años (DT=8,35).

El 47,50% de los encuestados refiere haber cambiado de servicio en los últimos cinco años, siendo de media 3,92 (DT=5,41) cambios de servicio. Los cambios de servicio se detallan en la tabla 3.

Tabla 3

Distribución de la muestra según el número de cambios de servicio en los últimos cinco años

Número veces cambio de servicio		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	De 0-5 veces	106	34,80	84,80	84,80
	De 5-10 veces	10	3,30	8	92,80
	De 10-20 veces	6	2	4,80	97,60
	Más de 20 veces	3	1	2,40	100
	Total	125	41	100	
Pérdidas	Sistema	180	59		
	Total	305	100		

El 92,10% de los encuestados realiza su práctica asistencial en centros con capacidad de 500 camas o menos, representando este tipo de centro sanitario el 90,00% de los hospitales españoles según el Catálogo Nacional de Hospitales de 2015 realizado por el Ministerio de

Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014).

4.4.2.- Muestra para el análisis cualitativo. Durante la fase 3 del presente estudio, se realizó un análisis cualitativo mediante entrevistas y grupos de discusión con aquellos profesionales que manifestaron su interés en participar mediante una de las preguntas establecidas para tal fin en el cuestionario distribuido durante la fase 2. Los voluntarios para participar en la técnica cualitativa se distribuyeron en grupos de discusión comunicativos, y se contactó con profesionales representativos en la profesión enfermera de la población de estudio para la realización de relatos comunicativos.

- *Grupo de discusión comunicativo:*

Se procedió a la elección de diferentes profesionales de enfermería con un máximo de 5 para llevar a cabo una conversación planeada y diseñada, con el objetivo de confrontar la subjetividad individual con la grupal, para conocer su opinión sobre el *burnout* y el *engagement* en su entorno de trabajo. Se realizó un diálogo previo para poner en común los objetivos del grupo de discusión y explicar la metodología utilizada a los participantes.

Se realizaron 5 grupos de discusión, en los cuales participaron 20 profesionales de enfermería. Todos los participantes fueron trabajadores de los servicios sanitarios públicos de la ciudad de Huesca. El 40,00% de ellos tenían un contrato fijo, y el 5,00% eran hombres. Entre los participantes, el 20,00% ejercían puestos de supervisión o dirección en los centros sanitarios.

El 10,00% de los participantes en los grupos de discusión tenían una especialidad en enfermería. El 50,00% trabajaba siguiendo un turno rotatorio, y el resto lo hacía siguiendo un turno diurno.

Se tuvo en cuenta a la hora de planificar los grupos, el hecho de separar a los supervisores y/o directores de los centros y unidades del resto de los participantes, con el fin de no cohibir ni coaccionar las posibles respuestas.

- *Relato comunicativo:*

Se realizó un diálogo individual con profesionales representativos para reflexionar e interpretar su vida cotidiana en relación con el síndrome de *burnout* y el *engagement* profesional, con el objetivo de detectar aspectos presentes, pasados, y expectativas de futuro.

Se entrevistaron a 8 profesionales de enfermería representativos dentro de la ciudad de Huesca, entre los días 12 de abril de 2016 y el día 30 de mayo de 2016. Para la realización de las entrevistas, se procedió a desplazarse a los lugares de trabajo de los entrevistados con el fin de que se sintieran cómodos en su ambiente y la discusión fuera fluida.

El 25,00% de los entrevistados eran hombres, y el 87,50% de los entrevistados tenía un contrato fijo. El 25,00% trabajaba según un turno rotatorio, y el resto lo hacía siguiendo un turno diurno. El 12,50% trabajaba en centros sanitarios privados.

4.5.- Instrumentos

Como se explicaba de forma previa, el presente estudio se ha desarrollado siguiendo tres fases, lo que ha permitido la utilización de diferentes instrumentos en cada fase, que serán explicados a continuación.

4.5.1.- Instrumentos para el análisis cuantitativo: Cuestionarios. Para la realización de la fase 2 del presente estudio, se distribuyeron unos cuestionarios entre los profesionales de enfermería de los diferentes centros sanitarios públicos y/o privados de la ciudad de Huesca del 20 al 30 de abril de 2015. Dicho cuestionario fue retirado de dichos centros entre el 25 y el 31 de

mayo de 2015, para evitar de esta manera el sesgo que podían producir las contrataciones del período vacacional.

Este cuestionario constaba a su vez de tres cuestionarios, uno de elaboración propia que reunía las variables socio-demográficas, otro que evaluaba el *engagement* y sus relaciones laborales, y un tercero que valoraba el afrontamiento al estrés.

De forma previa a la distribución del cuestionario, se realizó un pre-test enviando el cuestionario a 11 profesionales representativos, entre los que se encontraban 10 Licenciados en Psicología, 2 Diplomados en Enfermería y 1 Licenciada en Dirección y Administración de Empresas. Entre estos profesionales se encontraban 2 de los creadores de los cuestionarios utilizados, y todos ellos ejercían a tiempo completo o parcial la docencia dentro de la universidad.

Como se ha explicado en capítulos anteriores, el síndrome de *burnout* puede ser evaluado utilizando diferentes cuestionarios, siendo el cuestionario por excelencia el primero que se desarrolló, el Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach & Jackson, 1986), que conceptualizó este síndrome en sus tres áreas características: cinismo, ineficacia y agotamiento. Debido al interés de conocer el *engagement* entre los profesionales de enfermería, como concepto opuesto al síndrome de *burnout* (Leiter & Maslach, 2003), en el presente estudio se utilizó el cuestionario de Seis Áreas de la Vida Laboral que proporciona información sobre las áreas de la vida laboral que pueden contribuir al síndrome de *burnout*, además de evaluar los tres estados opuestos al síndrome de *burnout*, la energía (opuesto a agotamiento emocional), la eficacia (contrario a despersonalización o ineficacia) y la implicación (opuesto a cinismo) (Leiter, Gascón & Martínez-Jarreta, 2010).

Así mismo, se utilizó el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) para valorar los estilos básicos de afrontamiento (Sandín & Chorot, 2003), puesto que como se explica en

capítulos anteriores, el afrontamiento puede representar tanto un factor desencadenante del síndrome de burnout, como una medida preventiva desarrollada desde la esfera individual.

Además de los cuestionarios anteriores se utilizó un cuestionario de elaboración propia, para reunir la información referente a los factores relacionados con la aparición del síndrome de *burnout*, y que dificultan el desarrollo del *engagement* en el entorno laboral, tales como edad, sexo, antigüedad, tipo de contrato, tipo de turnos de trabajo, tipo de centro, etc. En el cuestionario se añadió un ítem para que aquellos profesionales de enfermería interesados en participar en la fase 3 del estudio, pudieran especificar un método de contacto.

Los instrumentos utilizados en la fase 2 se detallan a continuación.

4.5.1.1.- Cuestionario Seis Áreas de la Vida Laboral (Leiter & Maslach, 2003) (ANEXO 3). Este cuestionario tiene el potencial de proporcionar información de diagnóstico útil para las organizaciones interesadas en las intervenciones para hacer frente al Síndrome de Quemarse en el Trabajo (S.Q.T.) o Síndrome de *Burnout*, y fue desarrollada por Leiter y Maslach en el año 2000. Estos autores proponen, en 1998, un estado positivo de energía, eficacia e implicación en contraposición al síndrome de agotamiento, cinismo o despersonalización, e ineficacia, definiendo el compromiso o *engagement* como un estado positivo, completamente opuesto al S.Q.T., caracterizado por una alta energía, fuerte participación, y un alto sentimiento de eficacia.

Teniendo en cuenta que el síndrome de burnout se desarrolla con el continuo contacto que las personas establecen con sus trabajos, parece imprescindible conocer las áreas de la vida laboral, definidas por estos autores como: la carga de trabajo, el control, la recompensa, la comunidad, la justicia y los valores. La carga de trabajo y el control reflejan un modelo de demanda-control del estrés laboral, la recompensa se refiere al poder de refuerzo de cada forma

de comportamiento, la comunidad refleja el conflicto interpersonal y el apoyo social, la justicia hace referencia a la equidad y la justicia social, y los valores hacen referencia al poder cognitivo-emocional de las expectativas y metas en el empleo (Leiter & Maslach, 2003).

El Cuestionario de Seis Áreas de la Vida Laboral (*Areas of Worklife Scale (AWS)*) utilizado por el presente estudio es la validación al castellano realizada por Gascón y Leiter (2013), que comprende 45 ítems divididos en dos cuestionarios (Gascón et al., 2013b):

- El primero consta de 16 ítems y evalúa los tres estados opuestos al SQT, la Energía (opuesto a Agotamiento Emocional), la Eficacia (contrario a Ineficacia) y la Implicación (opuesto a Despersonalización o Cinismo). Los ítems se puntúan de acuerdo a una escala tipo Likert, que comprende los valores desde 0 (nunca) a 6 (a diario). Esta primera escala ha demostrado tener una alta correlación con las dimensiones del MBI, y unas adecuadas propiedades psicométricas. Los ítems que evalúan cada área son:
 - Energía: Ítems 1, 2, 3, 4, 6.
 - Eficacia: Ítems 5, 7, 10, 11, 12, 16.
 - Implicación: Ítems 8, 9, 13, 14, 15.
- El segundo cuestionario consta de 29 ítems, que evalúan la congruencia o incongruencia del individuo ante cada una de las seis áreas de la vida laboral (factores de riesgo en positivo). Cada una de las subescalas incluye ítems positivos como “*Tengo tiempo suficiente para hacer las cosas importantes de mi trabajo*”, e ítems negativos como “*Trabajar aquí entra en conflicto con mis valores*”. Los individuos indican en grado en el que están de acuerdo con las afirmaciones utilizando una escala Likert, que comprende desde 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo). Al evaluar el cuestionario se invierten las puntuaciones de los ítems negativos. Para cada una de las seis subescalas se

establece una alta congruencia entre el lugar de trabajo y las preferencias del individuo si obtiene una puntuación superior a 3,00, y una alta incongruencia entre el trabajador y el lugar de trabajo si la puntuación es menor de 3,00.

Los ítems que evalúan cada área son:

- Carga de trabajo/ Sobrecarga: Ítems 17, 18, 19, 20, 21, 22.
- Control: Ítems 23, 24, 25.
- Recompensa: Ítems 26, 27, 28, 29.
- Comunidad: Ítems 30, 31, 32, 33, 34.
- Justicia: Ítems 35, 36, 37, 38, 39, 40.
- Valores: Ítems 41, 42, 43, 44, 45.

Este cuestionario ha demostrado tener una alta fiabilidad, medida mediante el coeficiente de Cronbach, el cual presenta mayor fiabilidad cuanto más se acerca al valor máximo que es 1. Se considera que los valores alfa de Cronbach mayores a 0,70 o 0,80 son suficientes para garantizar la fiabilidad de la escala (Merino Soto & Lautenschlager, 2005).

El coeficiente alfa de Cronbach de las escalas cumple el criterio de 0,70 situándose el valor más alto en 0,89 para Carga de Trabajo y el menor en 0,71 para Valores.

Teniendo en cuenta que el primer cuestionario del AWL evalúan el *engagement* mediante los estados opuestos al mismo, invirtiendo los valores de los mismos se obtendrían las puntuaciones en las tres escalas que componen el síndrome de *burnout*: la Eficacia Profesional (seis ítems), Cinismo (cinco ítems) y Agotamiento (cinco ítems), siendo los ítems que valoran las distintas subescalas son:

- Agotamiento: Ítems 1, 2, 3, 4, 6.
- Cinismo: Ítems 8, 9, 13, 14, 15.

- Eficacia: Ítems 5, 7, 10, 11, 12, 16.

4.5.1.2.- Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (Sandín & Chorot, 2003) (ANEXO

4). El Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE), elaborado por Bonifacio Sandín y Paloma Chorot en 2003, es una medida de autoinforme diseñada para evaluar los siete estilos básicos de afrontamiento: focalizado en la solución del problema (FSP), autofocalización negativa (AFN), reevaluación positiva (REP), expresión emocional abierta (EEA), evitación (EVT), búsqueda de apoyo social (BAS) y religión (RLG).

Este cuestionario es una versión más breve y consistente del cuestionario Escala de Estrategias de Coping Revisado (EEC-R), desarrollada por los mismos autores en 1987 y revisada en 1999. Esta escala presenta 54 elementos o ítems, y evalúa 9 dimensiones básicas del afrontamiento, frente a las 7 dimensiones y los 42 elementos que evalúa el CAE.

El CAE consta de 42 elementos o ítems que se evalúan entre 0 y 4, de manera que el 0 supone que el individuo nunca se ha comportado habitualmente de esa forma ante situaciones de estrés, y el 4 que casi siempre se ha comportado de esa manera. De forma intermedia, cuando el individuo se ha comportado pocas veces de esa manera ante esa situación estresante, puntuará el ítem con un 1, si lo ha hecho a veces le dará una puntuación de 2 y si lo ha hecho frecuentemente la puntuación será de 3.

Los ítems evaluados se agrupan en los siete estilos básicos de afrontamiento de la siguiente forma:

1. Focalizado en la solución del problema (FSP): Elementos 1, 8, 15, 22, 29, 36.
2. Autofocalización negativa (AFN): Elementos 2, 9, 16, 23, 30, 37.
3. Reevaluación positiva (REP): Elementos 3, 10, 17, 24, 31, 38.
4. Expresión emocional abierta (EEA): Elementos 4, 11, 18, 25, 32, 39.

5. Evitación (EVT): Elementos 5, 12, 19, 26, 33, 40.
6. Búsqueda de apoyo social (BAS): Elementos 6, 13, 20, 27, 34, 41.
7. Religión (RLG): Elementos 7, 14, 21, 28, 35, 42.

Por otro lado, tal y como afirman los autores del CAE, este cuestionario permite obtener medidas más generales del afrontamiento, ya que podrían obtenerse las puntuaciones de afrontamiento racional (afrontamiento focalizado en el problema; afrontamiento activo; afrontamiento racional) y afrontamiento emocional (centrado en las emociones; afrontamiento pasivo) al realizar un análisis factorial de orden superior:

- Afrontamiento racional: Focalizado en la solución del problema (FSP), reevaluación positiva (REP), búsqueda de apoyo social (BAS).
- Afrontamiento emocional: Autofocalización negativa (AFN), expresión emocional abierta (EEA).

Las subescalas de BAS, RLG y FSP presentan una alfa de Cronbach $\geq 0,85$. La fiabilidad de EEA, EVT y E.E.P. se sitúa entre 0,71-0,76, y la de A.N.F. es de 0,64. Al realizar el análisis superior, se observa una fiabilidad para la subescala de afrontamiento racional de 0,91, y en la subescala de afrontamiento emocional es de 0,79 (Sandín & Chorot, 2003).

4.5.1.3.- Cuestionario propio (ANEXO 5). Teniendo en cuenta las variables asociadas al desarrollo de síndrome de *burnout*, se elaboró un cuestionario para evaluar las características socio-demográficas de la muestra analizada, así como las variables que se han asociado a su desarrollo, y que fueron analizadas en la revisión bibliográfica que se realizó previamente al desarrollo del estudio.

Entre las variables socio-demográficas se encontraban: sexo, edad, estado civil, situación laboral del cónyuge, nivel de estudios del cónyuge, personas/hijos a cargo, enfermedades

crónicas, hábitos tóxicos y haber estado de baja el año anterior (exceptuando la baja maternal), entre otras. En cuanto a las variables laborales se analizaba, entre otras, el nivel de estudios, centro y unidad de trabajo, tipo de contrato y tipo de jornada.

Se realizó un pre-test enviando el cuestionario a diversos expertos, para que indicaran la idoneidad del mismo y las posibles modificaciones. Tras la recepción de sus correcciones se procedió a la elaboración definitiva del cuestionario, y a su posterior distribución de acuerdo con el planteamiento temporal fijado.

4.5.2.- Instrumentos para el análisis cualitativo. Para la realización en la fase 3 de los grupos de discusión y de los relatos comunicativos, se elaboraron guiones específicos, que abordaran aquellos aspectos que no se habían abordado en los cuestionarios previos, y permitieran profundizar en aquellos aspectos que podrían contribuir a la aparición del *engagement* y del síndrome de *burnout*, en opinión de los participantes.

Los instrumentos utilizados en el desarrollo de la técnica cualitativa en la fase 3 se detallan de forma exhaustiva a continuación.

4.5.2.1.- Guiones grupos de discusión y relatos comunicativos. Para la realización de la fase 3 del presente estudio, se elaboraron guiones (ANEXOS 6 y 7) de forma previa a la realización de los grupos de discusión y de los relatos comunicativos. Para ello, se tuvo en cuenta la revisión previa de la literatura, de forma que éstos sirvieran de guía en el desarrollo de la conversación, y se abordaran los aspectos más importantes referentes al *engagement* y al desarrollo del síndrome de *burnout* entre los profesionales de enfermería de la muestra, y que no habían sido abordados hasta el momento en las fases previas del estudio.

Estos encuentros fueron grabados y transcritos, y se realizaron en un espacio cómodo para los entrevistados. Así mismo, en todo momento se comentaron los objetivos del relato,

haciendo especial hincapié en que son parte activa de la investigación. Además, se distribuyó un consentimiento informado, elaborado para tal fin, para obtener el permiso de los participantes para la utilización de los datos recogidos durante la utilización de los grupos de discusión (ANEXO 8).

4.6.- Análisis de los datos

Para el análisis de los datos obtenidos en el estudio se utilizaron diferentes técnicas de análisis en función de la fase que se realizara. Las técnicas de análisis utilizadas se detallan en las líneas posteriores.

4.6.1.- Análisis cuantitativo. En la realización del presente estudio de investigación, se decidió realizar un análisis descriptivo y analítico de los datos, lo que permitiría hacer una definición de la realidad del síndrome de *burnout* y el *engagement* entre profesionales de enfermería de la ciudad de Huesca. Así mismo, el análisis descriptivo permitiría comparar los resultados con un número importante de estudios previos, que han utilizado este tipo de análisis (Fiabane, Giorgi, Sguazzin & Argentero, 2013; Setti & Argentero, 2011; Fuentelsaz-Gallego et al., 2013; Fuentelsaz-Gallego et al., 2012; Lindqvist, Smeds Alenius, Griffiths, Runesdotter & Tishelman, 2015; Grau-Alberola, Gil-Monte, Garcia-Jueas & Figueiredo-Ferraz, 2010).

Por otro lado, este tipo de análisis establecería un punto de partida realista para la posterior utilización de la metodología comunicativa, orientándonos sobre aquellas áreas en las que sería interesante incidir en los grupos de discusión y entrevistas que se realizarían de forma posterior.

Como se explicaba anteriormente, se realizó un estudio descriptivo y analítico, para el cual el nivel de significación elegido fue $p < 0,05$. De forma previa al análisis se realizó una determinación del coeficiente de fiabilidad de todas las encuestas, con el fin de conocer el grado

de consistencia de las puntuaciones obtenidas. Para determinar la fiabilidad de los cuestionarios, se utilizó la prueba de Alfa de Cronbach, considerándose una mayor fiabilidad cuanto más se aproxime su valor a 1, y valorándose suficiente cuando los valores de alfa sean superiores a 0,70-0,80.

Se realizó una verificación de los supuestos de modelo comprobando que se cumplieran los supuestos de linealidad, independencia, homocedasticidad y normalidad. Estos términos significan que las variables se relacionan de forma lineal, que los errores son independientes, tienen una varianza constante y se distribuyen normalmente, respectivamente (Hanke & Wichern, 2006, p. 229). Además de esto, en la verificación de los supuestos de modelo también comprueba que se cumpla el supuesto de no colinealidad, es decir, que las variables independientes no estén correlacionadas entre ellas.

Tras la recogida de los datos, se procedió a la definición de las variables y a la creación de una matriz de datos utilizando el paquete estadístico SPSS Statistics V17.0.

De forma posterior, con el objetivo de saber si la muestra analizada seguía una distribución normal, se realizó una prueba de bondad de ajuste Kolmogorov-Smirnov, obteniendo un valor de 0,00 ($<0,05$), lo que indicaba que los datos recogidos seguían una distribución normal.

Tras los pasos anteriores, se procedió a la realización de un análisis descriptivo de la muestra, analizando las diferentes encuestas que componen los cuestionarios. Para ello se analizaron los estadísticos descriptivos, que incluyen: la distribución de frecuencias, las medidas de tendencia central (fundamentalmente la media), las medidas de dispersión (rango y desviación típica), y las medidas de posición (deciles, cuartiles y percentiles), lo que nos permite obtener una descripción fiel de los datos obtenidos (Orellana, 2001).

Después de los pasos anteriores, se realizaron pruebas de contraste de hipótesis, como correlaciones y pruebas paramétricas bivariadas (ANOVA y prueba t o T-Student), con el fin de analizar cómo inciden los factores socio-demográficos y laborales en la prevalencia *engagement*, del síndrome de *burnout*, y su relación con las seis áreas de la vida laboral en la población estudiada, y con las estrategias de afrontamiento de los participantes.

Para conocer de manera simple la relación lineal entre dos variables aleatorias cuantitativas se utiliza la covarianza, pero esta depende de las escalas de medida usadas. Para evitar este problema se procede a la estandarización de la covarianza, conocida como coeficiente de correlación o coeficiente de correlación de Pearson, y es definido por la siguiente ecuación (Field, 2010, p.170):

$$r = \frac{cov_{xy}}{S_x S_y}$$

Se establece, por tanto, que el coeficiente de correlación de Pearson es un índice que mide el grado de co-variación entre distintas variables relacionadas linealmente, y es un índice de fácil ejecución e interpretación (Martinez-Vara de Rey, 2002).

La correlación hace referencia al grado de dependencia que existe entre dos variables, y para establecer en qué grado se da esta dependencia, se definen los coeficientes de correlación, que pueden tener valores entre -1 y +1. Cuando el valor es negativo, significa que una variable tiende a crecer cuando la otra disminuye, mientras que cuando el coeficiente de correlación tiene un valor positivo, significa que una variable aumenta cuando lo hace la otra (Vargas Sabadías, 1995, pp. 184-192). Un coeficiente de correlación con valor 0 indica que no existe relación lineal entre las variables, y si una variable cambia la otra permanece igual (Field, 2010, p.170).

Se debe ser cauto en la interpretación de los coeficientes de correlación, ya que estos no indican la dirección de la causalidad, es decir, se limitan a expresar que entre las variables

existen relaciones positivas, negativas y/o nulas, pero no establecen cuál de las variables es la causante de los cambios en la otra variable (Field, 2010, p.173).

Las pruebas paramétricas son un conjunto de pruebas de significación estadística, que cuantifican la independencia o asociación entre una variable cuantitativa y una categórica. Su aplicación requiere que los datos tengan una distribución sea normal (Rubio Hurtado & Berlanga Silvestre, 2012), tal y como sucede en la muestra del presente estudio.

Las pruebas paramétricas se clasifican principalmente en dos pruebas: la prueba t, y la prueba de análisis de la varianza o ANOVA. La prueba t se utiliza para una muestra o dos muestras relacionadas o independientes, y la prueba ANOVA se utiliza para más de dos muestras independientes (Rubio Hurtado & Berlanga Silvestre, 2012), y se explican a continuación con más detenimiento.

La prueba t o t-Student es la prueba estadística utilizada para contrastar la hipótesis nula de igualdad de medias. Se utiliza en la comparación de una variable cuantitativa en dos grupos, y en este test se asume que la muestra tiene una distribución normal, los datos son medidos al menos en el nivel de intervalo, las varianzas de esas poblaciones son casi iguales (homogeneidad de varianzas o homocedasticidad), y las puntuaciones son independientes ya que corresponden a diferentes personas (Field, 2010, p.326).

La prueba t es la distribución de la probabilidad del cociente, en ella se determinan las diferencias entre dos medias muestrales, y se aplica si el tamaño muestral es demasiado pequeño como para que el estadístico en el que se basa la inferencia este normalmente distribuido, usándose en ese caso la estimación de la desviación típica en lugar del valor real y se representa por la siguiente fórmula (Turcios, 2015):

$$t = \frac{x - \mu}{\frac{s}{\sqrt{n}}}$$

En esta ecuación el numerador será la diferencia de las medias a probar, y el denominador la desviación estándar de la diferencia.

Existen pruebas t dependientes e independientes. Las dependientes serán aquellas que se realicen comparando dos medias, cuando estas provengan de las mismas entidades, y las independientes aquellas que comparan dos medias, cuando esas medias provienen de diferentes grupos de entidades. En ambos test, una significación $<0,05$ indicará que las medias de las dos condiciones son significativamente diferentes (Field, 2010, pp. 329-342).

Cuando se quieren comparar una variable cuantitativa con más de dos condiciones se utilizará el análisis de la varianza o ANOVA, que va a permitir saber si hay diferencias en las medias de los diferentes grupos, y explorar en qué grupos concretos se dan esas diferencias mediante los contrastes a posteriori (Rubio Hurtado & Berlanga Silvestre, 2012). La ecuación del cálculo de ANOVA sería (Boqué & Maroto, 2004):

$$SS_T = SS_R + SS_{gru}$$

SS_T es la suma de las diferencias al cuadrado de cada resultado individual respecto a la media de todos los resultados, y por tanto, representa la variación total de los datos. SS_R mide las desviaciones entre los resultados individuales. SS_{gru} mide las desviaciones entre los resultados medios de los diferentes grupos y el resultado medio global.

La prueba de análisis de la varianza o ANOVA es una prueba *ómnibus*, es decir, prueba un efecto experimental general. Esta prueba analiza si tres o más medias son iguales, por lo que estudia la hipótesis nula de que todas las medias del grupo son iguales. Una prueba ANOVA produce un estadístico F o relación F, que es similar a la estadística t, y que compara la cantidad de varianza sistemática en los datos con la cantidad de varianza no sistemática. En otras palabras,

F es la proporción de cómo de bueno es el modelo frente a cómo de malo es (cuánto error hay) (Field, 2010, pp. 348-359).

La prueba ANOVA parte de una serie de asunciones, que son las mismas que para el resto de test paramétricos de una distribución normal, y son que debe existir homocedasticidad o homogeneidad de las variables, la distribución debe ser normal, debe existir independencia de los observadores, y la variable dependiente debe medirse al menos a nivel de intervalo (Field, 2010, pp.359-360).

Tras realizar la prueba ANOVA, y con el objetivo de explorar las diferencias existentes entre los grupos, se realizaron pruebas *post hoc* consistentes en comparar por parejas las diferentes combinaciones existentes. Se optó por el análisis *post hoc* de Bonferroni ya que este garantiza el control sobre la tasa de error Tipo I (Field, 2010, pp.373-375). Este análisis *post hoc* propone que para cada una de las comparaciones se tome el nivel de significación dado por la siguiente ecuación (Grove & CIPHER, 2017, p.161):

$$\alpha + n^{\circ} \text{ de } t - \text{test realizados con los datos del estudio} = \alpha \text{ más rigurosa para determinar la importancia de los resultados del estudio}$$

Para terminar, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple para conocer las variables que predecían o contribuían a las subescalas que componen el *engagement* y el síndrome de *burnout*. El análisis de regresión es: “una forma de predecir una variable de resultado a partir de una variable de predicción (regresión simple) o varias variables predictoras (regresión múltiple). Esta herramienta es increíblemente útil porque nos permite ir un paso más allá de los datos que recopilamos” (Field, 2010, p. 198).

La regresión lineal es una técnica que permite cuantificar la relación entre dos variables, con el fin de predecir el comportamiento de una variable para un determinado valor de la otra. La ecuación de esta técnica será (Vargas Sabadías, 1995, pp.186-192):

$$y = a + bx$$

En esta ecuación, “y” representa el valor a lo largo del eje de ordenadas, mientras que “x” representa el valor sobre el eje de abscisas. El valor de “a” se denomina intercepto, y el valor de “b” se denomina pendiente o coeficiente de regresión.

Se puede asegurar que la regresión lineal múltiple es una forma de predecir valores de una variable respecto a otra, ajustando un modelo estadístico a los datos en forma de línea recta. Para conocer cómo se ajusta esta línea a los datos, hay que valorar cuanta varianza explica el modelo en comparación con la cantidad de varianza previa (R^2), valorar cuanta variabilidad puede explicar el modelo en relación con la que no puede explicar (F), y conocer el valor de b, que es el gradiente de la línea de regresión y la variable de resultado. Cuando b tiene un valor de $<0,05$ se considera significativo e indica que la variable de predicción predice significativamente la variable de resultado (Field, 2010, pp. 199-208).

De forma aclaratoria, en la interpretación de los análisis se emplea la estadística multivariante, al hablar de los efectos de una variable independiente sobre una dependiente, se entiende una vez controladas el resto de variables independientes. Se ha evitado la reiteración de este comentario en los análisis para que la lectura de dicha interpretación de resultados fuera más fluida.

4.6.2.- Análisis cualitativo. Para el análisis de los datos recogidos en la fase 3 del presente estudio, se realizó un análisis del contenido, es decir, un conjunto de procedimientos interpretativos de productos comunicativos, en este caso discursos, que procedían de las comunicaciones previamente registradas (Piñuel Raigada, 2002). En el presente estudio se ha seguido un diseño de análisis triangular del objeto de estudio, es decir, se han recogido y

comparado diferentes perspectivas sobre una misma situación, con el fin de dar validez externa a los datos obtenidos.

Con el fin de realizar el análisis de contenido, se categorizó la información en diferentes niveles de análisis, que fueron concretados en una parrilla o cuadro. Este análisis se organizó en torno a los componentes exclusores y transformadores, característicos de la metodología comunicativa, así como en torno a otros componentes, como la transcripción, la codificación, la descripción, y la interpretación de la información (Gómez et al., 2006, pp. 93–94).

Para la realización del presente estudio, se utilizó una parrilla de análisis dividiendo las variables estudiadas según las dimensiones exclusoras y transformadoras siendo estas (Flecha, Vargas & Davila, 2004):

- Dimensiones exclusoras: los definimos como las barreras que encuentran las personas o grupos, que contribuyen a reproducir las situaciones que favorecen la aparición del síndrome de *burnout* y/o evitan la aparición del *engagement*.
- Dimensiones transformadoras: se definen en función de las exclusoras, y son por tanto contrarias. Son aquellas que posibilitan superar las barreras internas y externas, e impiden o dificultan la aparición del síndrome de *burnout*, favoreciendo el *engagement* profesional.

Las variables analizadas se catalogaron de forma global en tres grandes grupos, dependiendo si las variables hacían referencia a los elementos estructurales, al sujeto, o a las relaciones entre los sujetos.

Dentro de la categoría de variables estructurales se encuentran las subcategorías de organización, entorno físico, burocratización/informatización, rol gestor, rol dependiente, y competencias profesionales. En la subcategoría de organización se encuentran, además, las variables de estructura organizacional, horarios, cargas/plantillas y estabilidad laboral (Tabla 4).

En la categoría de variables referentes al sujeto, se encuentran las variables socio-demográficas, la experiencia profesional, la personalidad, la formación, y la implicación de los sujetos (Tabla 4).

Por último, en la categoría de relaciones entre los sujetos, se encuentran las subcategorías de relaciones entre los profesionales, las relaciones con los pacientes, las relaciones con los familiares, y la valoración social (Tabla 4).

Se asignó unos códigos a las variables, creando de esta forma una matriz de análisis de acuerdo a las categorías y sub-categorías definidas (ANEXO 9). Esto permitió asignar dichos códigos a las diferentes unidades de análisis halladas en los discursos de los participantes.

Tras la codificación de la información, se procedió a agrupar las diferentes unidades de análisis codificadas conforme a la parrilla de análisis, para proceder de forma posterior a su descripción e interpretación. Todos los datos referentes a los resultados obtenidos durante la realización de las técnicas cuantitativas y cualitativas, se recogen en el apartado de resultados.

Tabla 4

Categorías y subcategorías de las variables de la técnica cualitativa

Categorías	Subcategorías
Sistémicas o estructurales	Organización
	Estructura organizacional
	Horarios
	Plantillas/Cargas
	Estabilidad laboral
	Entorno físico
	Burocratización/Informatización
	Rol gestor
	Rol dependiente
	Competencias profesionales
Sujeto	Variables socio-demográficas
	Experiencia profesional
	Personalidad
	Formación
	Implicación
Relaciones entre los sujetos	Entre profesionales
	Con los pacientes
	Con los familiares
	Valoración social

5.- Resultados

En el siguiente apartado, se van a plasmar los resultados hallados durante la utilización de las técnicas cuantitativas y cualitativas en las diferentes fases del estudio, analizados mediante los métodos anteriormente especificados. Esto va a permitir establecer aquellas relaciones significativas, que ayudaran a guiar la práctica, con el fin de prevenir el síndrome de *burnout*, y fomentar el *engagement* entre los profesionales de enfermería de la ciudad de Huesca.

5.1.- Resultados del análisis cuantitativo

En primer lugar se van exponer los resultados obtenidos mediante la utilización de los diferentes cuestionarios utilizados y su relación con las variables socio-demográficas y laborales de la muestra estudiada, para de forma posterior exponerse las relaciones existentes entre las diferentes escalas.

Los resultados obtenidos referidos al *engagement* de los profesionales de enfermería participantes, y las variables socio-demográficas y laborales asociadas, se publicó de forma previa en una revista indexada (Sanclemente, Elboj & Íñiguez, 2017). Los resultados referentes al síndrome de *burnout* y su relación con las variables personales y socio-demográficas se encuentran en periodo de revisión.

5.1.1.- Análisis descriptivo cuestionario Seis Áreas de la Vida Laboral (AWL).

5.1.1.1.- Cuestionario *engagement*. Al analizar los resultados obtenidos mediante la utilización del cuestionario de las Seis Áreas de la Vida Laboral (AWL) (Leiter & Maslach, 2003), se obtiene que los índices alfa de Cronbach, indicadores de la escala que mide el *engagement*, se sitúan en 0,79, 0,77 y 0,77 para las subescalas de energía, implicación y eficacia respectivamente, por lo que se garantiza la fiabilidad de estas subescalas.

En cuanto a la subescala de energía (opuesto a cansancio emocional o agotamiento), la puntuación media se sitúa en 22,63 (DT=4,60) (Tabla 5), con una puntuación mínima de 3 y máxima de 30. De acuerdo con el cálculo de los percentiles en la muestra, el 90,00% de los encuestados se encuentra en una puntuación menor o igual a 27,60, mucho menor que los valores normativos establecidos que se sitúan en 33,39 (Leiter & Maslach, 2000). El 41,10% de los encuestados presenta niveles de energía por debajo de la media.

En cuanto a la subescala de eficacia, la puntuación media se sitúa en 24,51 (DT=6,05), con una puntuación mínima de 6 y máxima de 36 (Tabla 5). Al calcular los percentiles, se observa que únicamente un 10,00% de la muestra refiere puntuaciones mayores de 32, y por consiguiente, más cercanas a los valores normativos, que se sitúan en 33,39 (Leiter & Maslach, 2000).

La puntuación media en la subescala de implicación se sitúa en 24,46 (DT=4,82), con una puntuación máxima de 30 y mínima de 7 (Tabla 5). El 10,00% de la muestra presenta puntuaciones mayores de 30, y por consiguiente, más cercanas a los valores normativos establecidos que se sitúan en 33,39 (Leiter & Maslach, 2000). El 42,40% de los encuestados presenta una puntuación en Implicación menor a la media de la muestra.

Tabla 5

Descriptivos de las subescalas del engagement

	Valores totales	Valores Fracciones
	Media± Desviación Típica	Media± Desviación Típica
Energía	22,63±4,60	3,64±1,69
Eficacia	24,51±6,05	4,46±0,97
Implicación	24,46±4,82	4,21±1,13

El *engagement*, entendido como un síndrome compuesto por una alta energía, implicación y eficacia, aparece en el 35,40% de la muestra estudiada. Aquellos individuos con *engagement* tienen pareja estable en un 86,10%, y su pareja se encuentra en activo en un 76,50%. El 67,50% de aquellos que tienen *engagement* tienen hijos y el 72,30% no tienen personas a cargo (Tabla 6).

Tabla 6

Distribución del engagement según las variables socio-demográficas

		Engagement		N	Nivel alto en Eficacia %	Nivel alto en Energía %		Nivel alto en Implicación %	
		N	%			N	N		
Edad	24-34 años	26	27,60	38	21,50	35	23,40	27	25,40
	35-44 años	33	35,10	56	31,80	45	30,20	37	34,90
	45-54 años	17	18,00	43	24,40	37	24,80	21	19,80
	55-66 años	18	19,40	39	22,10	32	21,40	21	19,80
Estado civil	Sin Pareja	15	13,88	35	16,70	40	16,80	20	12,50
	Estable								
	Con Pareja	93	86,10	174	83,20	197	83,10	140	87,50
Sexo	Hombre	11	10,10	19	9,00	20	8,40	16	10,00
	Mujer	97	89,80	190	90,90	217	91,50	144	90,00
Situación laboral del cónyuge	Parado	10	10,20	12	6,30	10	4,60	12	8,50
	En activo	75	76,50	146	76,80	170	78,70	144	81,40
	No cónyuge	13	13,20	32	16,80	36	16,60	18	12,80
Hijos	Sí	73	67,50	143	68,40	161	67,90	115	71,80
	No	35	32,40	66	31,50	76	32	45	28,20
Personas a cargo	Sí	29	27,60	52	25,60	58	25,30	41	26,60
	No	76	72,30	151	74,30	171	74,70	113	73,30

El realizar un análisis similar al propuesto por los autores al analizar el MBI-GS (Maslach & Jackson, 1986), es decir, dividiendo las puntuaciones obtenidas de acuerdo a intervalos de baja, media y alta implicación, energía y eficacia, obtenemos que el 1,50% de los encuestados refiere puntuaciones de energía bajas, un 19,00% refiere puntuaciones medias, y un 79,50%

refiere puntuaciones altas. En la subescala eficacia, el 0,70% refiere puntuaciones bajas, un 43,00% puntuaciones medias, y un 56,30% obtiene puntuaciones altas. Por último, en la subescala implicación, se observa que un 1,80% obtiene puntuaciones bajas, un 12,90% obtiene puntuaciones medias, y una 85,30% obtiene puntuaciones altas.

En cuanto al análisis por sexos, se aprecia que tanto hombres como mujeres presentan puntuaciones altas en las tres áreas que componen el *engagement*, presentando porcentajes de puntuaciones más altas las mujeres en todas las subescalas, a excepción de la subescala de eficacia (Tabla 7).

Tabla 7

Frecuencias: Sexo-Dimensiones del engagement

	Mujeres						Hombres			
	Bajo		Medio		Alto		Medio		Alto	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Energía	7	2,10	57	17,10	270	80,80	8	25,00	24	75,00
Implicación	8	2,20	38	10,60	311	87,10	6	17,60	28	82,40
Eficacia	1	0,30	141	39,80	212	59,90	10	27,80	26	72,20

Cuando se analizan las puntuaciones en las diferentes subescalas según los intervalos de edad, se observa que, en todos los intervalos de edad, se presentan puntuaciones altas en todas las subescalas, siendo los porcentajes de alta eficacia, implicación y energía más altas en el intervalo de edad entre 24-44 años que entre los 45 y los 66 años (Tabla 8).

Tabla 8

Frecuencias: Intervalos de edad-Dimensiones del engagement

	24-44años						45-65años					
	Bajo		Medio		Alto		Bajo		Medio		Alto	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Energía	1	0,50	32	18,30	142	81,10	6	4,30	27	19,30	107	76,40
Implicación			21	11,70	159	88,30	8	5,00	20	12,50	132	82,50
Eficacia	1	0,50	61	33,20	122	66,30			69	42,60	93	57,40

Como se observa en la tabla 9, presentan puntuaciones altas en las subescalas de eficacia e implicación aquellos que tienen pareja estable, mientras que en la subescala de energía, presentan puntuaciones más altas aquellos que no la tienen. En lo referente al hecho de tener hijos, aquellos que los tienen presentan puntuaciones más altas en las subescalas de energía y eficacia, mientras que estos tienen puntuaciones menores en la subescala de implicación que aquellos que no tienen hijos (Tabla 10).

Tabla 9

Frecuencias: Estado civil-Dimensiones del engagement

	Con pareja						Sin pareja			
	Bajo		Medio		Alto		Medio		Alto	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Energía	7	2,30	56	18,00	248	79,70	9	16,40	46	83,60
Implicación	8	2,50	33	10,20	283	87,30	11	16,40	56	83,60
Eficacia	1	0,30	118	36,40	205	63,30	33	50,00	33	50,00

Tabla 10

Frecuencias: Hijos-Dimensiones del engagement

	Con hijos						Sin hijos			
	Bajo		Medio		Alto		Medio		Alto	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Energía	7	2,90	39	15,90	199	81,20	26	21,50	95	78,50
Implicación	8	3,10	28	10,80	224	86,20	16	12,20	115	87,80
Eficacia	1	0,40	94	36,40	163	63,20	57	43,20	75	56,80

Aquellos individuos que tienen un contrato temporal, presentan mayores porcentajes de puntuaciones altas en todas las subescalas que componen el *engagement* que los que trabajan con un contrato fijo (Tabla 11).

Tabla 11

Frecuencias: Tipo contrato-Dimensiones del engagement

	Contrato fijo						Contrato temporal			
	Bajo		Medio		Alto		Medio		Alto	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Energía	7	3,20	43	19,50	171	77,40	18	13,20	118	86,80
Implicación	8	3,30	28	11,50	207	85,20	12	8,60	127	91,40
Eficacia	1	0,40	95	40,90	136	58,60	50	34,20	96	65,80

5.1.1.2.- Cuestionario síndrome de burnout. Al invertir los valores del primer cuestionario de la AWL, obtenemos los valores de las subescalas que componen el síndrome de *burnout*: eficacia profesional, agotamiento y cinismo. Esto nos permite obtener los valores de las tres áreas que componen el síndrome de *burnout*, así como las variables socio-laborales que se asocian a ellos.

La fiabilidad interna de las subescalas que componen este cuestionario, según el alfa de Cronbach, se sitúa en 0,85, 0,86 y 0,81 para eficacia profesional, agotamiento y cinismo respectivamente, situándose entre los valores recomendados para garantizar su fiabilidad.

El síndrome de *burnout*, y las subescalas que lo componen, son consideradas como variables continuas, clasificándose las puntuaciones obtenidas por los individuos, según Maslach y Jackson (1986), mediante un sistema de percentiles, es decir, los individuos que se sitúan por encima del percentil 66 se incluyen en la categoría “alto”, entre el percentil 33 y 66 en la categoría “medio”, y por debajo del percentil 33 en la categoría “bajo”. De esta manera, un individuo que se encuentra en la categoría “alto” en las dimensiones de agotamiento emocional y cinismo, y “bajo” en eficacia profesional puede ser categorizado como un individuo con síntomas de estar quemado por el trabajo (Gil-Monte, 2003).

La puntuación media para la escala eficacia se sitúa en 4,08 (DT=1,00), con una puntuación mínima de 1 y máxima de 6 (Tabla 12). El 10,00% de la muestra refiere puntuaciones mayores a 5,33, frente al 20,00% de la muestra que presenta puntuaciones menores o iguales a 3,16.

Siguiendo las indicaciones para clasificar el síndrome de *burnout*, se observa que un 0,70% de la muestra refiere niveles bajos de eficacia, el 43,00% refiere niveles medios, y un 56,30% refiere niveles altos. Desde otra perspectiva, se observa que, el 48,60% de la muestra refiere niveles de eficacia menores a la media.

La subescala de cinismo presenta una media de 1,10 (DT=0,96), con una puntuación mínima de 0 y máxima de 4,60 (Tabla 12). El 90,00% de los encuestados presenta puntuaciones menores a 2,40.

Un 82,20% de la muestra analizada presenta puntuaciones de cinismo que se sitúan, según los percentiles establecidos, en un nivel bajo, un 16,10% se sitúan en niveles medios, y un 1,70% en niveles altos. Al realizar un análisis más genérico, se observa que el 41,80% de la muestra presenta niveles de cinismo más altos que la media.

La puntuación media para la subescala de agotamiento se sitúa en 1,48 (DT=0,93), con una puntuación máxima de 5,40, y mínima de 0 (Tabla 12). El 90,00% de la muestra tiene valores menores a 2,80.

Al clasificar los resultados siguiendo los percentiles establecidos se observa que el 74,70% de la muestra presenta puntuaciones bajas en la subescala de agotamiento, un 23,20% presenta puntuaciones medias, y un 2,10% puntuaciones altas. Un 41,40% de la muestra presenta puntuaciones en agotamiento más altas que la media.

Tabla 12

Descriptivos de las dimensiones del síndrome de burnout

	Media	Desviación típica
Eficacia	4,08	1
Cinismo	1,10	0,96
Agotamiento	1,48	0,93

En la muestra analizada no se refleja ningún caso de síndrome de estar quemado por el trabajo o síndrome de *burnout* según los criterios de Maslach y Jackson (1986), es decir, no existe ningún individuo que presente niveles altos de agotamiento y cinismo, unido a unos niveles bajos de eficacia.

Siguiendo con este análisis, un 3,30% de los encuestados presenta niveles medios de síndrome de *burnout*. De éstos, un 80,00% tenían pareja estable, y todos tenían hijos. El 33,30% tenían personas a su cargo, la mitad de ellos padecían enfermedades crónicas. El 70,00% tomaba

medicación de forma crónica, y un 60,00% tenía edades comprendidas entre los 55 y los 66 años. El 60,00% no tenían formación post-graduado, todos trabajan en centros de carácter público, y la mitad de ellos lo hacen en un servicio de hospitalización. Todos los individuos que presentan niveles medios de síndrome de estar quemado por el trabajo tienen un contrato fijo, y el 70,00% trabaja siguiendo un turno de trabajo diurno. Además de esto, el 10% de ellos ejerce un puesto de dirección, y el 30,00% uno de supervisión.

En la muestra estudiada se observa que, al analizar las diferencias en función del sexo (Tabla 13), las mujeres presentan puntuaciones más altas en todas las subescalas del síndrome de *burnout*, excepto en la subescala de eficacia.

Tabla 13

Frecuencia: Sexo-Dimensiones del síndrome de burnout

	Mujeres						Hombres					
	Bajo		Medio		Alto		Bajo		Medio		Alto	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Agotamiento	275	76,80	73	20,40	10	2,80	25	69,40	11	30,60		
Cinismo	313	84,60	49	13,20	8	2,20	28	77,80	8	22,20		
Eficacia	1	0,30	141	39,80	212	59,90			10	27,80	26	72,20

Al analizar según los grupos de edad (Tabla 14), las puntuaciones en los dos grupos son muy similares, hecho que también ocurre al analizar los resultados en función del estado civil (Tabla 15), y según si tienen hijos o no (Tabla 16). En función del tipo de contrato, se observa que obtienen puntuaciones más altas en todas las subescalas aquellos que tienen un contrato temporal, frente a los que tienen un contrato fijo (Tabla 17).

Tabla 14

Frecuencias: Intervalos de edad-Dimensiones del síndrome de burnout

	24-44 años						45-66 años					
	Bajo		Medio		Alto		Bajo		Medio		Alto	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Agotamiento	141	77,00	41	22,40	1	0,50	115	71,90	36	22,50	9	5,60
Cinismo	162	87,10	24	12,90			134	79,30	27	16,00	8	4,70
Eficacia	1	0,50	61	33,20	122	66,30			69	42,60	93	57,40

Tabla 15

Frecuencias: Estado civil-Dimensiones del síndrome de burnout

	Con pareja						Sin pareja					
	Bajo		Medio		Alto		Bajo		Medio		Alto	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Agotamiento	245	74,70	74	22,60	9	2,70	55	83,30	10	15,20	1	1,50
Cinismo	287	84,70	44	13,00	8	2,40	54	80,60	13	19,40		
Eficacia	1	0,30	118	36,40	205	63,30			33	50,00	33	50,00

Tabla 16

Frecuencias: Hijos-Dimensiones síndrome de burnout

	Con hijos						Sin hijos					
	Bajo		Medio		Alto		Bajo		Medio		Alto	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Agotamiento	201	76,70	51	19,50	10	3,50	99	75,00	33	25,00		
Cinismo	225	82,70	39	14,30	8	2,90	116	86,60	18	13,40		
Eficacia	1	0,40	94	36,40	163	63,20			57	43,20	75	56,80

Tabla 17

Frecuencia: Tipo de contrato-Dimensiones del síndrome de burnout

	Contrato fijo						Contrato temporal					
	Bajo		Medio		Alto		Bajo		Medio		Alto	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Agotamiento	179	74,30	52	21,60	10	4,10	115	80,40	28	19,60		
Cinismo	203	81,20	39	15,60	8	3,20	131	90,30	14	9,70		
Eficacia	1	0,40	95	40,90	136	58,60			50	34,20	96	65,80

Los porcentajes de los niveles bajos de eficacia, altos de agotamiento y cinismo, que describirían el síndrome de *burnout* en relación con las variables socio-demográficas, quedan reflejados en la tabla adjunta (Tabla 18). Se observa que aquellos individuos entre 55 y 66 años, con pareja estable, con su cónyuge en situación laboral activa, con hijos, y que no bebían alcohol de forma habitual, tenían puntuaciones más altas en la subescala de agotamiento.

Por otro lado, presentan puntuaciones más altas en la subescala de cinismo aquellos que eran más mayores (entre 55 y 66 años), tenían pareja estable en situación laboral activa, tenían enfermedades crónicas, no bebían alcohol ni fumaban de forma habitual, y realizaban algún tipo de actividad física (Tabla 18).

Tabla 18

Distribución del síndrome de burnout según las variables socio-demográficas

		N	Nivel alto Agotamiento %	N	Nivel alto Cinismo %	N	Nivel bajo Eficacia %
Edad	35-44 años	1	16,66			1	50,00
	45-54 años	2	33,33	2	40,00		
	55-66 años	3	49,98	3	60,00	1	50,00
Estado civil	Pareja estable	5	83,30	5	100,00	1	50,00
	Sin pareja estable	1	16,66			1	50,00
Situación laboral del cónyuge	En activo	5	83,30	5	100,00	1	50,00
	No cónyuge	1	16,66			1	50,00
Nivel educativo del cónyuge	Bachillerato	2	33,33	2	40,00		
	Estudios universitarios	3	49,98	3	60,00	1	50,00
	No cónyuge	1	16,66			1	50,00
Tiene hijos	Si	6	100,00	5	100,00	2	
Personas a cargo	Si	1	16,66	2	40,00	1	50,00
	No	4	66,64	3	60,00	1	50,00
Enfermedades crónicas	Si	3	49,98	3	60,00		
	No	3	49,98	2	40,00	2	100,00
Fumador	Si	3	49,98	1	20,00		
	No	3	49,98	4	80,00	2	100,00
Bebe alcohol habitualmente	Si	1	16,66				
	No	5	49,98	5	100,00	2	100,00
Practica ejercicio físico de forma habitual	Si	3	49,98	4	80,00	2	100,00
	No	3	49,98	1	20,00		
Realiza actividades de ocio de forma habitual	Si	3	49,98	3	60,00	1	50,00
	No	3	49,98	2	40,00	1	50,00

5.1.1.3.- Cuestionario Áreas de la Vida Laboral. Cuando se aborda el análisis del cuestionario de las Seis Áreas de la Vida Laboral, se observa que las subescalas que analiza este cuestionario presentan una fiabilidad, según el coeficiente alfa de Cronbach, superior a 0,70, siendo para carga manejable de 0,76, para control de 0,83, en recompensa de 0,79, en comunidad de 0,75, para justicia de 0,76, y para valores de 0,78.

La puntuación media en la subescala carga de trabajo/sobrecarga se situaba en 20,23 (DT=4,38), con una puntuación mínima de 8 y una puntuación máxima de 30 (Tabla 19). El 90,00% de los encuestados presenta puntuaciones menores o iguales a 26, y un 33,00% de la muestra refiere en esta subescala puntuaciones menores o iguales a 18.

En la subescala de control se observa una puntuación media de 9,25 (DT=2,57), con una puntuación máxima de 15 y mínima de 3 (Tabla 19). El 33,00% de los encuestados presenta en esta subescala puntuaciones menores o iguales a 8, y un 33,00% presenta puntuaciones mayores de 11.

La puntuación media obtenida en la subescala de recompensa se sitúa en 13,23 (DT=2,79), siendo la puntuación mínima de 4 y la máxima de 20 (Tabla 19). El 10,00% de los encuestados presenta puntuaciones mayores de 16, y un 33,00% menores o iguales a 12.

La puntuación media obtenida en la subescala de comunidad se sitúa en 18,06 (DT=3,19), con una puntuación mínima de 7 y máxima de 25. El 33,00% de los encuestados presenta puntuaciones mayores de 20, y un 10,00% puntuaciones menores o iguales a 14 (Tabla 19).

En la subescala de justicia, la puntuación mínima obtenida es de 6, la máxima de 30, y la media se sitúa en 15,76 (DT=4,38) en la muestra estudiada (Tabla 19). El 25,00% de los encuestados presenta puntuaciones mayores de 19, y un 10,00% puntuaciones mayores de 21.

Por último, la puntuación media para la subescala de valores en esta población se sitúa en 15,48 (DT=3,54), con una puntuación mínima de 5 y máxima de 25 (Tabla 19). El 10,00% de la muestra presenta puntuaciones menores o iguales a 11, y un 10,00% refiere puntuaciones mayores de 20.

Tabla 19

Descriptivos del cuestionario Seis Áreas de la Vida Laboral

Variable	Media	DT
Carga manejable	20,23	4,38
Control	9,25	2,57
Recompensa	13,23	2,79
Comunidad	18,06	3,19
Justicia	15,76	4,38
Valores	15,48	3,54

Al analizar las variables laborales en relación al *engagement* profesional en la muestra, se observan las características de los individuos que presentan *engagement*, es decir, niveles altos de energía, implicación y altos niveles de eficacia. Los mayores porcentajes en cuanto al *engagement* lo obtienen aquellos individuos sin estudios post-grado, que no han estado de baja el año anterior (excluida la baja maternal), que tienen la especialidad de Gerontología, que trabajan en hospitalización, con un contrato fijo, y siguiendo un turno diurno (Tabla 20). Además, obtienen mayores porcentajes en cuanto al *engagement*, los que trabajan con una jornada completa y no ejercen puestos de dirección ni supervisión (Tabla 21).

Tabla 20

Distribución del engagement según las variables laborales I

		N	Engagement %	N	Nivel alto en Eficacia %	N	Nivel alto en Energía %	N	Nivel alto en Implicación %
Nivel de Estudios	Postgrado	23	21,20	34	17,20	34	14,30	36	22,50
	Máster	12	11,00	19	9,00	22	9,20	15	9,30
	Doctorado	1	0,90	1	0,40	1	0,40	1	0,60
	Otra Diplomatura y/o Licenciatura	6	5,50	9	4,30	11	4,60	8	5,00
	No estudios Postgrado	66	61,10	144	68,80	169	71,30	100	62,50
Baja el año anterior	Sí	14	12,90	25	12,00	26	11,00	24	15,00
	No	94	87,00	183	87,90	210	88,90	136	75,00
Especialidad	Obstétrico-Ginecológica	2	9,50	3	7,80	3	6,80	3	11,50
	Salud Mental	2	9,50	10	26,30	10	22,70	3	11,50
	Pediatría	4	19,40	5	13,10	6	13,60	4	15,30
	Comunitaria y Familia	2	9,50	2	5,20	2	4,50	2	7,60
	Gerontología	9	42,80	13	34,20	19	43,10	11	42,30
	Enfermería del Trabajo	2	9,50	5	13,10	4	9,00	3	11,50
Centro de trabajo	Hospitalización	50	46,70	100	49,00	104	44,80	78	49,60
	Geriatría	15	14,00	24	11,70	29	12,50	17	10,80
	Atención Primaria	20	18,60	27	13,20	31	13,30	21	13,30
	Salud Mental	6	5,60	17	8,30	22	9,40	10	6,30
	Mutua Laboral	2	1,80	6	2,90	7	3,00	3	1,90
	Emergencias	3	2,80	8	3,90	10	4,30	4	2,50
	Otros	11	10,20	2	10,70	29	12,50	24	15,20
Tipo Contrato	Fijo	62	58,40	129	62,90	152	65,20	98	62,40
	Interino	7	6,60	12	5,80	13	5,50	10	6,30
	Eventual	17	16,00	33	16,00	32	13,70	23	14,60
	Sustituto	20	18,80	31	15,10	36	15,40	26	16,50
Turno de trabajo	Rotatorio	47	43,90	103	49,50	116	49,10	76	47,70
	Diurno	52	56,00	88	50,40	103	50,80	74	46,50

Tabla 21

Distribución del engagement según las variables laborales II

		N	Engagement %	N	Nivel alto en Eficacia %	N	Nivel alto en Energía %	N	Nivel alto en Implicación %
Residencia en un municipio distinto al del centro de trabajo	Sí	25	76,80	44	21,00	49	20,60	37	23,10
	No	83	23,10	165	78,00	188	79,30	123	76,80
Tipo de jornada	Completa	88	81,40	176	84,20	199	84,60	128	80,50
	Parcial	20	18,50	33	15,70	36	15,30	31	19,40
Puesto de Dirección	Sí	2	1,80	3	1,40	5	2,10	4	2,50
	No	106	98,10	205	98,50	231	97,80	156	97,50
Puesto Supervisión	Sí	13	12,00	21	10,00	24	10,20	17	10,60
	No	95	87,90	187	90,00	211	89,70	143	89,30
Cambio de servicio en los últimos 5 años	Sí	56	51,80	104	49,70	114	48,10	77	48,10
	No	52	48,10	105	50,20	123	51,80	83	51,90

La relación entre las diferentes subescalas que estudian el síndrome de *burnout* y las variables laborales están reflejadas en la tabla adjunta, donde se observa que presentan puntuaciones mayores de agotamiento, cinismo y baja eficacia aquellos que no tiene formación post-grado, los que no estuvieron de baja el año anterior (excluyendo la baja maternal), los que trabajan en centros públicos, con contratos fijos, siguiendo una jornada completa, y trabajando en la misma unidad más de 20 años (Tabla 22).

Tabla 22

Distribución de las subescalas de burnout según las variables laborales

		N	Nivel alto de Agotamiento %	N	Nivel alto de Cinismo %	N	Nivel bajo de Eficacia %
Nivel de Estudios	Postgrado	1	16,60	1	20,00	1	50,00
	Máster			1	20,00		
	Otra Diplomatura y/o Licenciatura	1	16,60				
	No estudios Postgrado	4	66,60	3	60,00	1	50,00
Baja el año anterior	Sí	1	16,60	1	20,00		
	No	5	83,30	4	80,00	2	100,00
Tipo de centro	Público	6	100,00	5	100,00	2	100,00
Tipo Contrato	Fijo	6	100,00	5	100,00	2	100,00
Tipo de jornada	Completa	5	100,00	5	100,00	2	100,00
Tiempo en la unidad de trabajo	5 años o menos	1	16,60	1	20,00		
	Más de 20 años	5	83,30	4	80,00	2	100,00
Unidad de trabajo	Bloque Quirúrgico			1	20,00		
	Salud Mental					1	50,00
	Médico-Quirúrgicas	1	16,60	1	20,00		
	Medicina preventiva	1	16,60				
	Otros	4	66,60	2	40,00	1	50,00
Turno de trabajo	Rotatorio	1	16,60	2	60,00		
	Diurno	5	83,30	3	40,00	2	100,00
Cambio de servicio en los últimos 5 años	Sí	3	50,00	2	40,00		
	No	3	50,00	3	60,00	2	100,00

5.1.2.- Análisis descriptivo del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE). Los resultados obtenidos tras analizar el cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE) se enumeran a continuación, situándose los índices alfa de Cronbach indicadores de las subescalas entre 0,73 y 0,82, índices considerados suficientes para garantizar la fiabilidad de la escala. Las medias y desviaciones típicas quedan reflejadas en la tabla adjunta (Tabla 23).

En cuanto a las diferentes subescalas que componen el cuestionario, se observa que, en la sub-escala de focalización en la solución de problemas, el 80,00% de los encuestados tienen puntuaciones de 19 puntos o menos, y un 10,00% presenta puntuaciones mayores a 21 puntos. Un 10,60% presenta una valoración de 15 puntos, y un 8,60% de 13 y 14 puntos. En la sub-escala de autofocalización negativa, presenta puntuaciones de 9 puntos o menos en el 75,00% de los encuestados, y un 25,00% presenta puntuaciones de 5 puntos o menos. Un 0,30% de los encuestados presenta puntuaciones de 15, 18 y 23 puntos.

Tabla 23

Descriptivos Cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE)

	Focalizado solución del problema (FSP)	Autofocalización negativa (AFN)	Expresión emocional abierta (EEA)	Reevaluación positiva (REP)	Evitación (EVT)	Búsqueda de apoyo social (BAS)	Religión (RLG)
Media	16,19	7,55	6,33	15,27	11,48	13,27	2,44
DT	3,77	3,34	3,15	3,19	4,23	6,05	4,10
Rango	1-24	0-23	0-20	7-24	0-24	0-24	0-24
Alfa	0,782	0,751	0,739	0,731	0,756	0,810	0,797

Cuando se analiza la sub-escala de expresión emocional abierta, se observa que el 75,00% de los encuestados presenta puntuaciones de 8 puntos o menos, y un tercio de los encuestados presenta puntuaciones de 5 puntos o menos. Por otro lado, en la sub-escala de

reevaluación positiva el 25,00% de los encuestados presenta puntuaciones mayores de 17 puntos. Un 10,00% de los encuestados presenta puntuaciones de 11 puntos o menos.

En la sub-escala de evitación, el 20,00% de los encuestados presenta puntuaciones de 15 puntos o más. El 2,70% de la muestra analizada presenta puntuaciones de 5, 6 o 19 puntos, mientras que el 33,00% presenta puntuaciones menores de 10 puntos. En la sub-escala de búsqueda de apoyo social, el 25,00% presenta puntuaciones de 8 puntos o menos, mientras que el 33,00% presenta puntuaciones de 16,36 puntos o más. Por último, la sub-escala de religión es la que obtiene menores puntuaciones, siendo el 33,00% de ellas mayores a 2 puntos, y como se observa en la anterior tabla (Tabla 23) con un rango de respuestas mucho más estrecho.

Tal y como se explicaba en el capítulo de la metodología, los autores del CAE indican que este cuestionario permite obtener medidas más generales del afrontamiento, ya que pueden obtenerse las sub-escalas de afrontamiento racional (afrontamiento focalizado en el problema; afrontamiento activo; afrontamiento racional), y afrontamiento emocional (centrado en las emociones; afrontamiento pasivo) para realizar un análisis factorial de orden superior.

Se observa que presentan más afrontamiento emocional que la media de la muestra estudiada las mujeres, con pareja estable activo laboralmente, con hijos, sin personas a cargo ni enfermedades crónicas, que no bebe alcohol ni fuma de forma habitual, y que realiza actividades de ocio y ejercicio físico de forma habitual (Tabla 24).

Tabla 24

Afrontamiento emocional y racional según las variables socio-demográficas

		N	Más afrontamiento racional que la media %	N	Más afrontamiento emocional que la media %
Sexo	Mujer	256	91,40	192	95
Edad	24-34 años	66	27,50	35	18,70
	35-44 años	74	30,80	54	28,90
	45-54 años	52	21,70	55	29,40
	55-66 años	48	20,00	43	23,00
Estado civil	Pareja estable	234	83,60	168	83,20
	Sin pareja estable	46	16,40	34	16,80
Situación laboral del cónyuge	Parado	16	6,30	8	4,20
	En activo	198	77,30	148	78,30
	No cónyuge	42	16,40	33	17,50
Nivel educativo del cónyuge	Bachillerato	66	24,10	45	22,50
	Estudios universitarios	122	44,50	99	49,50
	Graduado escolar	44	16,10	23	11,50
	No cónyuge	42	15,30	33	16,50
Tiene hijos	Sí	184	65,70	147	72,80
Personas a su cargo	Sí	72	26,50	59	30,70
	No	200	73,50	133	69,30
Enfermedades crónicas	Sí	60	21,60	52	25,90
	No	218	78,40	149	74,10
Fumador	Sí	56	20,10	47	23,50
	No	222	79,90	153	76,50
Bebe alcohol de forma habitual	Sí	20	7,20	12	6,10
	No	258	92,80	186	93,90
Ejercicio físico de forma habitual	Sí	196	70,00	138	68,30
	No	84	30,00	64	31,70
Actividades de ocio	Sí	222	79,30	156	77,60
	No	58	20,70	45	22,40

Por otro lado, presentan más afrontamiento racional que la media aquellos individuos que no tienen estudios postgrado ni han estado de baja el año anterior (excluida la baja maternal), que trabajan en centros públicos de hospitalización, con un contrato fijo, a jornada completa, y que no ejerce un puesto de supervisión ni de dirección (Tabla 25).

Tabla 25

Afrontamiento emocional y racional según variables laborales

		N	Más afrontamiento racional que la media	N	Más afrontamiento emocional que la media
Nivel de Estudios	Postgrado	46	16,40	29	12,90
	Máster	30	10,70	19	9,40
	Otra Diplomatura y/o Licenciatura	12	4,30	7	3,50
	No estudios Postgrado	190	67,90	148	73,30
Baja el año anterior	Sí	42	15,10	29	14,50
	No	236	84,90	171	85,50
Tipo de centro	Público	262	93,60	185	91,60
Centro de trabajo	Hospitalización	134	49,30	89	45,60
	Atención Primaria	42	15,40	26	13,30
	Salud Mental	18	6,60	16	8,20
	Otros	30	11	30	15,40
Tipo Contrato	Fijo	154	57	133	67,20
	Sustituto	54	20	28	14,10
Tipo de jornada	Completa	242	87,10	172	85,60
Puesto de Dirección	Sí	10	3,60	7	3,50
	No	270	96,40	195	96,50
Puesto Supervisión	Sí	30	10,70	22	10,90
	No	250	89,30	180	89,10

5.1.3.- Contraste de hipótesis entre variables socio-demográficas, laborales y el cuestionario de Seis Áreas de la Vida Laboral (AWL). Con el objetivo de analizar más extensamente las relaciones estadísticamente significativas que aparecen entre las subescalas que miden las seis áreas de la vida laboral, y las variables personales, socio-demográficas y laborales, se han utilizado las pruebas paramétricas explicadas con anterioridad. Cuando se analizaban dos variables aleatorias cuantitativas se utilizó la prueba de correlación de Pearson, mientras que cuando se analizaba la relación entre una variable cuantitativa y una cualitativa de dos o más categorías, se utilizaron la prueba t o la prueba de análisis de la varianza o ANOVA respectivamente. En aquellos casos en los cuales apareció significación entre las variables estudiadas tras usar la prueba ANOVA, se realizó posteriormente una prueba *post hoc* de Bonferroni para estudiar las diferencias existentes entre los grupos.

5.1.3.1.- Subescalas del engagement y variables socio-demográficas y laborales. Con la aplicación de las pruebas paramétricas anteriormente señaladas, se observa que la subescala de energía presenta relaciones estadísticamente significativas con la realización de actividades de ocio. La subescala implicación también presenta relaciones significativas con la realización de actividades de ocio, con el estado civil y con padecer enfermedades crónicas. La subescala de eficacia presentaba relaciones estadísticamente significativas con el estado civil, con la variable “*Tiene enfermedades crónicas*” y con la situación laboral del cónyuge (Tabla 26), estableciéndose relación según el análisis *post hoc* entre aquellos que no tienen cónyuge, y aquellos cuyo cónyuge está en paro.

Tabla 26

Relaciones significativas entre sub-escalas engagement con las variables socio-personales y laborales

		Actividades ocio	Estado civil	Enfermedades crónicas	Situación laboral cónyuge	Cambio de servicio en los últimos 5 años	Tipo de contrato
Energía	Media	1,23**					
	N	302					
	DT	0,42					
Eficacia	Media		1,17**	1,79**	145,93*		
	N		305	282	257		
	DT		,37	,40	4,13		
Implicación	Media	1,23**	1,17**	1,78**		1,52**	73,61*
	N	303	305	302		305	271
	DT	,42	,37	,41		,50	3,31

*p<0,05 **p<0,01

Si se establecen las puntuaciones obtenidas en relación a la media obtenida en la muestra, se puede observar que presentan relaciones significativas aquellos que tienen pareja estable y aquellos cuyo cónyuge se encuentra en situación laboral activa, presentando una mayor eficacia que la media. Por otro lado, aquellos que realizan actividades de ocio de forma habitual presentan una puntuación en energía superior a la media de forma significativa.

Las relaciones significativas entre las sub-escalas del *engagement* y las variables laborales se observan en la Tabla 27, donde se puede apreciar que la variable de valoración del clima laboral se relaciona de forma significativa todas las sub-escalas del *engagement*, mientras que la sub-escala de implicación es la que se relaciona con un mayor número de variables laborales (tipo de contrato, tiempo en un puesto de dirección, tiempo en la unidad de trabajo, años como enfermera y cambio de servicio en los últimos cinco años (Tabla 26)). En cuanto a la relación entre implicación y tipo de contrato, que aparece como significativa tras realizar la prueba ANOVA, al efectuar la prueba *post hoc* se observa que existe una relación significativa entre aquellos que tienen un contrato fijo y uno de sustitución.

Tabla 27

Correlaciones entre las sub-escalas del engagement y las variables socio-demográficas y laborales

	Edad	Cómo valora el clima laboral	Tiempo en la Unidad de Trabajo años	Desde cuantos años ejerce puesto de Dirección	Años como enfermera
Energía		,30**			
Eficacia		,21**			
Implicación	-,14*	,30**	-,15*	,99**	-,14*

*p<0,05 **p<0,01

Si se establecen las puntuaciones obtenidas en relación a la media obtenida en la muestra, se puede observar que presentan, de forma significativa, una alta implicación la mayoría de los que trabajan en puestos de dirección, así mismo éstos también presentan una alta eficacia.

5.1.3.2.- Subescalas del síndrome de burnout y variables socio-demográficas y laborales. Tras analizar las relaciones existentes entre las variables socio-demográficas y las subescalas del síndrome de *burnout* (Tabla 28), se observa que existen relaciones estadísticamente significativas entre el estado civil y la subescala de eficacia, entre la situación laboral del cónyuge y la subescala de eficacia, estableciéndose relaciones significativas entre aquellos que se encuentran en paro con aquellos que no tienen cónyuge, según el análisis *post hoc* efectuado tras los resultados significativos en la prueba ANOVA. Aparecen relaciones significativas además entre la variable “*Enfermedades crónicas*” con la subescala de eficacia, y entre ser fumador y las subescalas de agotamiento y cinismo. Además de éstas, también existen relaciones significativas entre realizar actividades de ocio de forma habitual y la subescala de agotamiento, y entre la subescala de cinismo con la variable de edad (Tabla 28).

Tabla 28

Relaciones significativas entre las subescalas del síndrome de burnout y las variables socio-demográficas

		Eficacia	Agotamiento	Cinismo
Estado civil	Media	1,17**		
	N	305		
	DT	,37		
Situación laboral cónyuge	Media	4,05*		
	N	257		
	DT	,98		
Enfermedades crónicas	Media	1,78**		
	N	302		
	DT	,41		
Fumador	Media		1,80**	1,10**
	N		304	292
	DT		,39	,96
Realizar actividades de ocio	Media		1,23**	
	N		303	
	DT		,42	

*p<0,05 **p<0,01

Si se establecen las puntuaciones obtenidas en relación a la media obtenida en la muestra, se puede observar que, de forma estadísticamente significativa, presentan un mayor agotamiento aquellos que no realizan actividades de ocio de forma habitual, puesto que el 4,00% de los que no hacen actividades de ocio de forma habitual presentan cifras altas de agotamiento frente al 1,39% de los que sí que lo realizan.

Como se observa en la tabla 29, al analizar las relaciones existentes entre las subescalas del *burnout* y las variables laborales, se observa que existen relaciones estadísticamente significativas entre la subescala de agotamiento y la valoración del clima laboral.

La subescala de cinismo presenta una relación estadísticamente significativa con el tipo de contrato (Tabla 30), estableciéndose relaciones estadísticamente significativas entre los que trabajan con un contrato fijo y los que lo hacen con un contrato de sustitución, según el análisis *post hoc* realizado tras los resultados significativos obtenidos en la prueba ANOVA. Esta subescala también presenta relaciones estadísticamente significativas con la valoración del clima laboral, con el cambio de servicio en los últimos cinco años, y con la edad.

La subescala de eficacia se relaciona de forma estadísticamente significativa con la valoración del clima laboral (Tabla 29).

Tabla 29

Correlaciones entre subescalas del burnout y variables socio-demográficas y laborales

		Agotamiento	Cinismo	Eficacia
Clima laboral	<i>Pearson</i>	-,31**	-,30**	,21**
Edad	<i>Pearson</i>		-,14*	

*p<0,05 **p<0,01

Tabla 30

Relaciones significativas entre las subescalas del burnout y las variables laborales

		Cinismo	Agotamiento
Tipo de contrato	Media	3,11*	
	N	284	
	DT	3,51	
Cambio se servicio en los últimos 5 años	Media	1,10**	
	N	292	
	DT	,96	
Centro de trabajo	Media		2,64**
	N		278
	DT		2,107

*p<0,05 **p<0,01

5.1.3.3.- Subescalas de las Áreas de la Vida Laboral y las variables socio-demográficas y laborales. Al realizar un análisis de las relaciones existentes entre las subescalas de la vida laboral y las variables personales y socio-demográficas, podemos observar varias correlaciones significativas, ya que la carga manejable y/o sobrecarga presenta relaciones estadísticamente significativas con el estado civil, con la variable “*Realiza actividades de ocio de forma habitual*” y con la situación laboral del cónyuge (Tabla 31).

Tabla 31

Relaciones significativas entre las subescalas de la vida laboral y las variables socio-demográficas

		Carga manejable	Recompensa	Comunidad	Valores
Estado civil	Media	1,17**			
	N	305			
	DT	,374			
Realiza actividades de ocio	Media	1,23**			
	N	303			
	DT	,424			
Situación laboral cónyuge	Media	70,99*	33,71*	38,37*	
	N	252	252	264	
	DT	3,740	4,532	3,986	
Enfermedades crónicas	Media				1,78**
	N				302
	DT				,416
Medicación crónica	Media				1,71**
	N				302
	DT				,454

*p<0,05 **p<0,01

Con la situación laboral del cónyuge también se relacionan de forma significativa las subescalas de recompensa y comunidad (Tabla 31), de manera que, en la subescala de recompensa existe una relación significativa entre aquellos cuyo cónyuge está parado o en activo, según el análisis *post hoc* realizado tras los resultados significativos en la prueba ANOVA. En el caso de la subescala de comunidad, existe una relación estadísticamente significativa, según el análisis *post hoc* posterior, entre aquellos cuyo cónyuge está parado y los que su cónyuge está en activo, y aquellos cuyo cónyuge está parado con los que no tienen cónyuge.

Por último, la subescala valores relaciona de forma significativa con tener enfermedades crónicas, y con tomar medicación crónica (Tabla 31).

Como parece obvio, las subescalas de las seis áreas de la vida laboral presentan muchas más relaciones significativas con las variables laborales que con las anteriormente citadas. Dichas correlaciones se presentan a continuación (Tablas 32 y 33).

La subescala de carga laboral/sobrecarga presenta relaciones significativas con diversas variables laborales, entre ellas presenta relaciones positivas con los años como enfermera (Tabla 32), con el centro de trabajo (Tabla 33), estableciéndose relaciones significativas entre los pertenecientes a la Hospitalización con los de centros de emergencias, según el análisis *post hoc* realizado tras los resultados significativos en la prueba ANOVA, con tiempo en la unidad de trabajo, y con la valoración del clima laboral (Tablas 32).

La subescala de control se relaciona de forma significativa con la distancia desde el domicilio al centro de trabajo, y con los centros de trabajo (Tabla 33), estableciéndose relaciones significativas entre los pertenecientes a la Hospitalización con los de centros definidos como “*Otros*” según el análisis *post hoc* realizado tras los resultados significativos obtenidos en la prueba ANOVA. También se establecen relaciones estadísticamente significativas entre la subescala de control y ejercer un puesto de dirección, con ejercer un puesto de supervisión, con el turno de trabajo (Tabla 33), estableciéndose en este caso, relaciones significativas entre los pertenecientes a turnos rotatorios con los que trabajan a turnos diurnos, y los que trabajan a turnos rotatorios con aquellos que trabajan con turnos englobados como “*Otros*” según el análisis *post hoc*. La subescala de control también presenta relaciones significativas con la valoración del clima laboral (Tabla 32).

La subescala de justicia presenta una relación estadísticamente significativa con ejercer un puesto de supervisión (Tabla 33), con los años como enfermera, y con el tiempo que lleva trabajando en otro centro (Tabla 32). Esta subescala además se relaciona con la valoración del

clima laboral (Tabla 32), el tiempo desde el que ejerce un puesto de dirección, y con la edad medida en intervalos (Tabla 33), estableciéndose en este caso, relaciones significativas entre aquellos que se encuentran en el grupo de edad 24-34 años con los que se encuentran entre 35-44 años, y con los que se encuentran entre 45-54 años, según el análisis *post hoc* realizado tras obtener resultados significativos en la prueba ANOVA.

La subescala de valores relaciona de forma significativa con los años como enfermera (Tabla 32), con ejercer un puesto de supervisión, con el tipo de centro, y con el turno de trabajo (Tabla 33), estableciéndose relaciones significativas entre aquellos que trabajan según un turno rotatorio y los que lo hacen siguiendo un turno diurno, según el análisis *post hoc* realizado tras la prueba ANOVA. También se establecen relaciones estadísticamente significativas entre la subescala de valores y el tiempo desde el que ejerce un puesto de dirección, con la valoración del clima laboral (Tabla 32) y con la edad medida en intervalos (Tabla 33), estableciéndose en este caso, relaciones significativas entre los pertenecientes al grupo de edad 24-34 años con los del resto de los grupos, según el análisis *post hoc* posterior.

La subescala de comunidad presenta relaciones significativas con la valoración del clima laboral (Tabla 32), con el cambio de servicio en los últimos cinco años, y con el tiempo que lleva trabajando en la unidad medido en intervalos (Tabla 33), estableciéndose en este caso, relaciones significativas entre aquellos que llevan trabajando más de 5 años y menos de 10 años en la misma unidad con aquellos que llevan más de 20 años en la misma unidad, según el análisis *post hoc* realizado tras obtener resultados positivos en la prueba ANOVA.

La subescala de recompensa únicamente correlaciona de forma positiva con la valoración del clima laboral (Tabla 32).

Tabla 32

Correlaciones entre las subescalas de la vida laboral y las variables laborales

		Carga laboral/ Sobrecarga	Control	Justicia	Valores	Comunidad	Recompensa
Años como enfermera	Pearson	,13*		-,12*	-,16**		
Tiempo en la unidad	Pearson	,12*					
Clima laboral	Pearson	,19**	,24**	,18**	,24**	,41**	,32**
Tiempo trabajando en otro centro	Pearson			-,62*			
Tiempo en puesto dirección	Pearson			,95*	,82*		

*p<0,05 **p<0,01

Tabla 33

Relaciones significativas entre subescalas de la vida laboral y variables laborales

		Carga laboral/ Sobrecarga	Control	Justicia	Valores	Comunidad
Centro de trabajo	Media	55,26**				
	N	269				
	DT	2,95				
Puesto dirección	Media		1,97**			
	N		304			
	DT		0,16			
Puesto supervisión	Media		112,48**	1,90**	112,48**	
	N		302	303	302	
	DT		1,90	0,29	1,90	
Turno	Media		67,25**		55,72*	
	N		291		287	
	DT		10,83		4,52	
Intervalos de edad	Media			84,58**	70,08*	
	N			239	250	
	DT			4,68	5,70	
Cambio de servicio últimos 5 años	Media					1,52**
	N					305
	DT					0,50
Tiempo en la unidad en intervalos	Media					38,01*
	N					288
	DT					3,83
Tipo de centro	Media				69,85**	
	N				304	
	DT				1,07	

*p<0,05 **p<0,01

5.1.3.4.- Subescalas de las Áreas Vida Laboral (AWL) y subescalas que componen el engagement. En cuanto al análisis global de la escala AWL, se observa que existen numerosas

relaciones estadísticamente significativas entre las subescalas de compromiso o *engagement*, y las subescalas de las seis áreas de la vida laboral.

Las subescalas de control, recompensa, comunidad y valores presentan relaciones significativas con las tres subescalas que componen en el *engagement*, mientras que la carga manejable y la justicia sólo presentan relaciones significativas con las subescalas de energía e implicación (Tabla 34).

Tabla 34

Correlaciones entre subescalas del engagement y subescalas de las áreas de la vida laboral

	Energía	Eficacia	Implicación
Carga manejable /Sobrecarga	,47**		,31**
Control	,22**	,25**	,25**
Recompensa	,26**	,32**	,34**
Comunidad	,29**	,35**	,39**
Justicia	,17**		,30**
Valores	,36**	,22**	,36**

*p<0,05 **p<0,01

5.1.4.- Contraste de hipótesis entre las subescalas del cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE) y las variables socio-demográficas y laborales. De igual modo que se realizaron los contrastes de hipótesis anteriores, con el objetivo de analizar la existencia de relaciones estadísticamente significativas entre las subescalas que componen el cuestionario de afrontamiento al estrés, y las variables socio-demográficas y laborales, se utilizaron las pruebas paramétricas pertinentes en cada caso. Cuando se analizaban dos variables aleatorias cuantitativas se utilizó la prueba de correlación de Pearson, mientras que cuando se analizaba la relación entre una variable cuantitativa con otra cualitativa de dos o más categorías, se utilizó la prueba t o la prueba de análisis de la varianza o ANOVA respectivamente. En los casos en los que se observó una relación estadísticamente significativa tras la aplicación de la prueba ANOVA, se procedió a realizar posteriormente un análisis *post hoc* de Bonferroni para conocer las diferencias existentes entre los grupos.

Cuando se analizan las relaciones entre el cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE) y las variables socio-demográficas, se observa que la sub-escala de autofocalización negativa presenta una relación significativa con las variables de ser fumador, y con realizar actividades de ocio de forma habitual. La variable “fumador” se relaciona también con la sub-escala de reevaluación positiva (Tabla 36).

La sub-escala de reevaluación positiva se relaciona, de forma significativa, con la edad (Tabla 35), y con la edad medida en intervalos (Tablas 36), estableciéndose relaciones significativas entre aquellos que se encuentran entre 24-34 años y los que se encuentran entre 45-55 años, según el análisis *post hoc* realizado tras observarse resultados significativos en la prueba ANOVA.

Tabla 35

Relaciones significativas entre variables socio-demográficas y laborales con las subescalas de afrontamiento al estrés

		Reevaluación positiva	Evitación	Búsqueda de apoyo social	Religión	Focalizado en la solución de problemas	Autofocalización negativa
Edad	Pearson	,16*	,16**	,20**	-,14*		
Nº Hijos	Pearson				,15**		
Clima laboral	Pearson	,11*				,16**	-,14*
Tiempo en puesto dirección	Pearson	-,98*					
Tiempo en la unidad	Pearson			-,21**			
Años como enfermera	Pearson			-,21**	,13*		

*p<0,05 **p<0,01

La subescala de expresión emocional abierta, presenta una relación significativa con el sexo de los encuestados (Tabla 36).

La subescala de evitación, presenta una relación significativa con la situación laboral del cónyuge (Tabla 36), estableciéndose relaciones estadísticamente significativas entre aquellos que están en situación de paro y aquellos que se encuentran en situación activa, y entre aquellos que están en situación de paro y aquellos que no tienen cónyuge, según análisis *post hoc* realizado tras obtenerse resultados significativos en la prueba ANOVA.

Además, la subescala de evitación, también se relaciona de forma estadísticamente significativa con beber alcohol de forma habitual, con realizar ejercicio físico habitualmente, con realizar actividades de ocio de forma habitual, con la edad y con la edad medida en intervalos (Tabla 36). En esta última relación se establecen relaciones significativas entre aquellos que se encuentran entre 24-34 años con el resto de los grupos de edad: con los que se encuentran entre 35-44 años; con los que se encuentran entre 45-55 años; y con los que se encuentran entre 55-66 años, según el análisis *post hoc* realizado tras obtenerse resultados significativos en la prueba ANOVA.

La subescala de búsqueda de apoyo social, presenta relaciones con el estado civil, y con la situación laboral del cónyuge (Tabla 36), estableciéndose relaciones estadísticamente significativas entre aquellos que están en situación de paro y aquellos que no tienen cónyuge, según el análisis *post hoc* realizado tras la prueba ANOVA. También establece relaciones estadísticamente significativas con la edad (Tabla 35), con residir en un lugar distinto al del centro de trabajo, y con la edad medida en intervalos (Tabla 36), estableciéndose relaciones significativas entre aquellos que se encuentran entre 55-66 años con los que se encuentran entre 24-34 años y con los que se encuentran entre 44-54 años, según el análisis *post hoc* posterior.

La subescala de religión, presenta relaciones estadísticamente significativas con el número de hijos, con la edad (Tabla 35), con tener hijos, y con la edad medida en intervalos (Tabla 36). En este último caso se establecen relaciones significativas entre aquellos que se encuentran entre 35-44 años con los que se encuentran entre 45-54 años y con los que se encuentran entre 55-66 años, según el análisis *post hoc* realizado tras obtener resultados significativos en la prueba ANOVA.

Tabla 36

Relaciones significativas entre las subescalas de afrontamiento al estrés y las variables

socio-demográficas

		Fumador	Realiza actividades de ocio	Sexo	Bebe alcohol	Realiza ejercicio físico	Estado civil	Residencia diferente al hogar de trabajo	Hijos	Edad Medida en intervalos	Situación laboral del cónyuge
Auto-focalización negativa	Media	1,80**	1,23**								
	N	304	303								
	DT	,39	,42								
Reevaluación positiva	Media	1,80**								37,29*	
	N	304								254	
	DT	,39								3,78	
Expresión emocional abierta	Media			1,91**				1,80**			
	N			305				305			
	DT			,28				,40			
Evitación	Media		1,23**		1,94**	1,31**				71,78**	122,22**
	N		303		300	305				254	268
	DT		,42		,23	,46				4,41	7,44
Búsqueda de apoyo social	Media						1,17**	1,80**		121,60*	163,61*
	N						305	305		253	267
	DT						,37	,40		3,48	4,53
Religión	Media								1,32**	73,91**	
	N								305	255	
	DT								,46	4,75	

*p<0,05 **p<0,01

Al analizar las subescalas que componen el cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE) y sus relaciones con las variables laborales, se observa que la focalización en la solución de problemas presenta relaciones significativas con ejercer un puesto de dirección, trabajar en otro centro, y con la valoración del clima laboral (Tabla 37).

La subescala de autofocalización negativa, presenta relaciones estadísticamente significativas con el cambio de servicio en los últimos cinco años, con la valoración del clima laboral, y con trabajar en otro centro. Además, la reevaluación positiva presenta relaciones

significativas con el tiempo desde que se ejerce un puesto de dirección, trabajar en otro centro, y con la valoración del clima laboral (Tabla 37).

Por otro lado, la subescala de expresión emocional abierta, se relaciona de forma significativa con la residencia distinta al lugar de trabajo, y con ejercer un puesto de supervisión. La subescala de evitación no presenta una correlación significativa con ninguna de las subescalas de la vida laboral.

La subescala de búsqueda de apoyo social, presenta relaciones significativas con el tiempo en la unidad de trabajo, cambio de servicio en los últimos cinco años, años como enfermera, y con el tipo de contrato (Tabla 37).

Por último, la subescala de religión presenta relaciones estadísticamente significativas con el turno de trabajo (Tabla 37), estableciéndose asociaciones significativas entre aquellos que trabajan siguiendo un turno rotatorio y los que lo hacen siguiendo un turno diurno, según el análisis *post hoc* realizado tras obtenerse resultados significativos en la prueba ANOVA. La subescala de religión también presenta relaciones significativas con los años como enfermera, y con el número de cambios de servicio en los últimos años medido en intervalos (5 o menos/más de 5), según el análisis *post hoc* realizado posteriormente.

Tabla 37

Relaciones significativas entre subescalas de afrontamiento al estrés y las variables

laborales

		Ejerce puesto dirección	Trabaja además en otro centro	Cambio de servicio en los últimos 5 años	Ejerce puesto supervisión	Turno de trabajo	Tipo de contrato
Focalizado en la solución de problemas	Media	1,97**	1,94**				
	N	304	305				
	DT	,16	,22				
Autofocalización negativa	Media		1,94**	7,55**			
	N		305	285			
	DT		,22	2,24			
Reevaluación positiva	Media		1,94**				
	N		305				
	DT		,22				
Expresión emocional abierta	Media				1,90**		
	N				303		
	DT				,29		
Búsqueda de apoyo social	Media			1,52**			35,87*
	N			305			285
	DT			,50			2,87
Religión	Media			1,52**		16,51*	
	N			305		292	
	DT			,50		4,38	

*p<0,05 **p<0,01

5.1.5.- Análisis de regresión lineal múltiple. Como se explicaba en el capítulo de metodología, se decidió realizar un análisis de regresión lineal múltiple para cuantificar la relación existente entre las variables, y evaluar las variables que predecían o contribuían a las dimensiones del *engagement* y del síndrome de *burnout*. Análisis similares se realizaban en estudios previos consultados (Schulz et al., 2009; Fiabane et al., 2013; Setti & Argentero, 2011).

Se realizaron diferentes modelos de análisis de regresión lineal múltiple, estableciendo como variables dependientes las diferentes subescalas que componen el *engagement* y el síndrome de *burnout*, y fijando en cada caso como variables independientes las subescalas de la vida laboral, las de afrontamiento al estrés, los estilos de afrontamiento, las variables socio-personales, y las variables laborales. De esta forma se obtuvieron cinco modelos de regresión lineal múltiple para cada subescala que compone el *engagement* y el síndrome de *burnout*, determinándose en cada caso la R^2 correspondiente que representa la proporción de variación explicada por el modelo (Field, 2010, p.202-204), así como el valor de *beta* y el nivel de significación asociado.

Al analizar la subescala energía como componente del *engagement* en el entorno laboral, y su relación con las subescalas que componen el cuestionario de las seis áreas de la vida laboral, el modelo obtenido explica el 31,80% de los resultados, es decir, que la subescala de energía queda explicada en un 31,80% por las variables de carga manejable/sobrecarga, recompensa, comunidad y valores, según el modelo lineal considerado (Tabla 38).

La subescala de eficacia queda explicada por las subescalas de las seis áreas de la vida laboral en un 20,10%, y en ese modelo lineal las subescalas que explican ese porcentaje de la subescala de eficacia son las subescalas de control, comunidad y recompensa (Tabla 38).

La subescala de implicación es aquella que presenta un valor mayor del porcentaje que explican las variables del modelo analizado, ya que las subescalas de recompensa, comunidad, justicia y valores explican en un 32,20% la subescala de implicación según el modelo lineal considerado (Tabla 38).

Tabla 38

Análisis de regresión: Subescalas del engagement y subescalas de la vida laboral

	Energía	Eficacia	Implicación
Variables Independientes	Beta	Beta	Beta
Carga manejable/Sobrecarga	,375**		
Control		,178**	
Recompensa	,130*	,149**	,203**
Comunidad	,157**	,254**	,214**
Justicia			,138**
Valores	,223**		,221**

*p<0,05 **p<0,01

Al realizar el análisis de regresión lineal múltiple estableciendo como variable dependiente la subescala de energía, y como variables independientes las subescalas de afrontamiento al estrés, se observa que la autofocalización negativa, la reevaluación positiva, y la expresión emocional abierta, explican el 10,40% de los valores de la subescala de energía (Tabla 39). Estos valores son algo mayores al establecer como variable dependiente la subescala de eficacia, la cual queda explicada en un 21,20% por las subescalas de focalización en la solución de problemas, autofocalización negativa, búsqueda de apoyo social y religión, según el modelo lineal considerado (Tabla 39). En el caso de la subescala de implicación, las subescalas de autofocalización negativa y reevaluación positiva explican el 24,30% de los valores obtenidos (Tabla 39).

Tabla 39

Análisis de regresión: Subescalas del engagement y subescalas de afrontamiento al estrés

	Energía	Eficacia	Implicación
Variables Independientes	Beta	Beta	Beta
Focalización Solución de Problemas		,156**	
Autofocalización Negativa	-,153*	-,317**	-,374**
Reevaluación Positiva	,140*		,246**
Búsqueda de Apoyo Social		,130**	
Religión		,138**	
Expresión Emocional Abierta	-,180**		

*p<0,05 **p<0,01

Se realizaron diferentes modelos con el objetivo de conocer si los estilos de afrontamiento analizados en el estudio (afrontamiento racional y afrontamiento emocional) contribuían a explicar las subescalas que componen el *engagement*. En el caso de la subescala de energía, ésta queda explicada en un 9,30% por el afrontamiento emocional, mientras que la eficacia y la implicación quedan explicadas en un 16,70% y un 19,40%, respectivamente, por ambos estilos de afrontamiento (emocional y racional) (Tabla 40).

Tabla 40

Análisis de regresión: Subescalas del engagement y estilos de afrontamiento

	Energía	Eficacia	Implicación
Variables Independientes	Beta	Beta	Beta
Afrontamiento Emocional	-,283**	-,251**	,142**
Afrontamiento Racional		,315**	-,410**

*p<0,05 **p<0,01

Las variables socio-personales explican porcentajes menores al 15,00% de las subescalas que componen el *engagement*. En el caso de la subescala de energía, ésta queda explicada en un 13,50% por la edad, el estado civil, la situación laboral del cónyuge, el consumo de medicación de forma crónica, y la realización de actividades de ocio de forma habitual (Tabla 41). La

subescala de eficacia queda explicada en un 10,10% por la edad y las enfermedades crónicas, y la subescala de implicación queda explicada en un 7,70% por la edad, el estado civil y la situación laboral del cónyuge (Tabla 41), según los modelos lineales considerados.

Tabla 41

Análisis de regresión: Subescalas del engagement y variables socio-demográficas

Variables Independientes	Energía Beta	Eficacia Beta	Implicación Beta
Edad	-,152*	-,262**	-,180**
Estado Civil	,480**		,326*
Situación Laboral del cónyuge	-,429**		-,352*
Enfermedades crónicas		-,247**	
Mediación crónica	,191*		
Actividades ocio	-,173**		

*p<0,05 **p<0,01

El análisis de regresión lineal múltiple que explica porcentajes mayores de las subescalas que componen el *engagement* es aquel en el que se establecen como variables independientes las variables laborales. En el caso de la subescala de energía, ésta queda explicada en un 80,10% por el nivel de estudios, la especialidad, la residencia distinta al lugar de trabajo, el centro y la unidad de trabajo, el tipo de contrato, el tipo de jornada, y el número de cambios de servicio en los últimos cinco años (Tabla 42), según el modelo lineal considerado.

En el caso de la subescala de eficacia, según este análisis esta queda explicada en un 82,40% por el nivel de estudios, la unidad de trabajo, el tipo de contrato y el número de cambios de servicio en los últimos cinco años (Tabla 42). La subescala de implicación se explica, en un 90,40%, por las variables de especialidad, centro de trabajo, tiempo en la unidad de trabajo, ejercer un puesto de supervisión, la valoración del clima laboral, y el número de cambios de servicio en los últimos cinco años (Tabla 42), según el modelo realizado.

Tabla 42

Análisis de regresión: Subescalas del engagement y variables laborales

Variables Independientes	Energía	Eficacia	Implicación
	Beta	Beta	Beta
Nivel Estudios	-,814*	-1,649*	
Especialidad	-,724*		-,664*
Residencia distinta al lugar de trabajo	-1,299**		
Tiempo en la Unidad de Trabajo			,373*
Ejerce puesto de Supervisión			-1,409**
Centro de trabajo	-,923*		-1,367**
Unidad de trabajo	,879**	1,540**	
Tipo de contrato	1,334*	2,118*	
Tipo de Jornada	-,910**		
Número de Cambios de servicio en los últimos 5 años	-1,537**	-1,302**	-,970**
Valoración del Clima Laboral			,822*

*p<0,05 **p<0,01

Tras la realización de los modelos de regresión lineal múltiple que pretendían explicar las subescalas que componen el *engagement*, se procedió a realizar este mismo análisis con aquellas subescalas que componen el síndrome de *burnout*. En este caso, los valores de la subescala de eficacia son exactamente los mismos que los obtenidos en los modelos anteriormente reseñados, por lo que no se adjuntan en las tablas siguientes.

La subescala de agotamiento queda explicada en un 31,20% por la subescala de carga manejable o sobrecarga, la subescala de recompensa, la subescala de comunidad, y la subescala de valores, mientras que la subescala de cinismo queda explicada en un 31,90% por las subescalas de recompensa, comunidad, justicia y valores (Tabla 43).

Tabla 43

Análisis de regresión: Subescalas del burnout y subescalas de la vida laboral

Variables Independientes	Agotamiento	Cinismo
	Beta	Beta
Carga manejable/Sobrecarga	-,371**	
Recompensa	-,148**	-,205**
Comunidad	-,148**	-,224**
Justicia		-,142**
Valores	-,198**	-,214**

*p<0,05 **p<0,01

En cuanto a las subescalas de afrontamiento al estrés, tanto la autofocalización negativa como la reevaluación positiva, son las únicas que contribuyen a explicar las subescalas de agotamiento y cinismo, explicando en cada caso el 10,60% y el 23,40% de sus valores respectivamente (Tabla 44).

Tabla 44

Análisis de regresión: Subescalas del burnout y subescalas de afrontamiento al estrés

Variables Independientes	Agotamiento	Cinismo
	Beta	Beta
Autofocalización Negativa	,243**	,378**
Reevaluación Positiva	-,135**	-,228**

*p<0,05 **p<0,01

La subescala de agotamiento se explica en un 9,00% por el afrontamiento emocional, mientras que la subescala de cinismo se explica por el afrontamiento emocional y el racional en un 19,10% (Tabla 45).

Tabla 45

Análisis de regresión: Subescalas del burnout y estilos de afrontamiento

Variables Independientes	Agotamiento	Cinismo
	Beta	Beta
Afrontamiento Emocional	,282**	,404**
Afrontamiento Racional		-,148**

*p<0,05 **p<0,01

Cuando se analizan las variables socio-personales y las subescalas que componen el síndrome de *burnout*, se observa que, el 13,40% de la subescala de agotamiento queda explicado por la edad, el estado civil, la situación laboral del cónyuge, ser fumador, uso de medicación crónica, y la realización de actividades de ocio de forma habitual (Tabla 46). Por otro lado, el 7,40% de la subescala de cinismo se explica por la edad, el estado civil y la situación laboral del cónyuge (Tabla 46).

Tabla 46

Análisis de regresión: Subescalas del burnout y variables socio-demográficas

Variables Independientes	Agotamiento	Cinismo
	Beta	Beta
Edad	,162*	,168*
Estado civil	-,534**	-,330*
Situación laboral del cónyuge	,453**	,340*
Fumador	-,118*	
Medicación crónica	-,186*	
Actividades de ocio	,153**	

*p<0,05 **p<0,01

Para terminar, se realizaron modelos de regresión lineal múltiple estableciendo como variables dependientes las subescalas que componen el síndrome de *burnout*, y como independientes aquellas variables relacionadas con el mundo laboral, obteniéndose porcentajes de explicación muy elevados en cada modelo. En el caso de la subescala de agotamiento, ésta queda explicada en un 80,10% por el nivel de estudios, el hecho de tener o no una especialidad, la residencia distinta al lugar de trabajo, el centro y la unidad de trabajo, el tipo de contrato, y el tipo de jornada, y el número de cambios de servicio en los últimos cinco años (Tabla 47).

Continuando con este análisis, la subescala de cinismo queda explicada en un 90,40%, por el hecho de tener o no una especialidad, el centro de trabajo, el tiempo en la unidad de

trabajo, ejercer un puesto de supervisión, la valoración del clima laboral, y el número de cambios de servicio en los últimos cinco años (Tabla 47).

Tabla 47

Análisis de regresión: Subescalas del burnout y variables laborales

Variables Independientes	Agotamiento Beta	Cinismo Beta
Nivel de Estudios	,824*	
Especialidad	,724*	,661**
Residencia distinta al centro de trabajo	1,299**	
Centro de Trabajo	,923*	1,479**
Unidad de Trabajo	-,879**	
Tiempo en la unidad de trabajo		-,357**
Tipo de contrato	-1,334*	
Tipo de jornada	,910**	
Puesto de Supervisión		1,418**
Valoración del clima laboral		-,750**
Número de cambios de servicio en los últimos 5 años	1,537**	,902**

*p<0,05 **p<0,01

5.2.- Resultados del análisis cualitativo

Los resultados obtenidos en la fase cualitativa, y su posterior análisis, permiten interpretar el discurso de los participantes en función de si sus expresiones son exclusoras o transformadoras para la aparición del síndrome de *burnout*. Tal y como se explicaba en el apartado de método, la metodología comunicativa plantea la utilización de una parrilla de análisis con este fin, lo que permite acotar los temas más importantes que afectan a la aparición del *engagement* y el síndrome de *burnout* en el entorno laboral, y establecer si éstos actúan como exclusores o transformadores en la población estudiada.

Siguiendo esta estructura, se van a exponer en primer lugar aquellas expresiones o discursos valorados como dimensiones exclusoras, es decir, facilitadores de la aparición del síndrome de *burnout*, para de forma posterior exponer los resultados del discurso que se valoran dimensiones transformadoras, y por tanto facilitadores del *engagement* profesional y contrarios a la aparición del síndrome de *burnout*.

Los resultados obtenidos mediante las técnicas cualitativas en cuanto a las dimensiones exclusoras y dimensiones transformadoras van a dividirse a su vez siguiendo la parrilla de análisis previamente realizada, organizándose en torno a las tres categorías principales de dicha parrilla: las variables sistémicas o estructurales, las variables que se refieren al sujeto, y las que se refieren a las relaciones entre los sujetos. Dentro de estas categorías principales se desarrollarán aquellas más específicas, tal y como se concreta en la citada parrilla. (ANEXO 9).

5.2.1.- Dimensiones exclusoras.

5.2.1.1.- Variables sistémicas o estructurales. En la categoría de variables sistémicas o estructurales se encuentran diversas subcategorías que incluyen la organización, el entorno físico, la burocratización, el rol gestor, el rol dependiente, y las competencias profesionales. A

continuación se van a desarrollar los resultados considerados excluyentes obtenidos dentro de estas subcategorías.

5.2.1.1.1.- Organización. Dentro de la subcategoría de organización, encontraremos otras categorías como el horario, las plantillas o cargas laborales y la estabilidad laboral. Durante la realización de las entrevistas y grupos de discusión, se observó que los entrevistados estiman que en su entorno laboral se le presta poca atención a la salud laboral y a la gestión del estrés:

“No sé qué decirte, creo que no, creo que no se preocupa nadie de eso de salud laboral, no, es que como es una cosa tan sutil y tan por debajo, tan sibilina (...) No se ayuda a un profesional o a un compañero que pueda estar pasándolo mal y no se reconoce (...). Hay más paternalismo que profesionalidad en ese sentido, es que... “pobrecita” o “pobrecito” (...) “(EEAPM: 64, 1)

Otros opinan: “No creo que la administración o la gestión en general establezca medidas para gestionar el estrés dentro de la profesión de enfermería.” (EESCM: 100, 1).

Por otro lado, al hablar sobre los gestores y la gestión de sus centros de trabajo, los entrevistados valoran que el sistema empresarial es rígido, lo que dificulta la satisfacción de los profesionales:

“Quizás está pensado más para que los trabajadores no planteen conflictos que para la atención al paciente. Entonces es un sistema que... que impide una dinamización de poder incentivar a la gente que lo hace bien y poder un poco, apereibir a la gente que lo hace mal.” (EEDH: 78, 1).

Así mismo, esta rigidez del sistema empresarial repercute en los sentimientos de injusticia laboral, que provoca que la mayoría de los participantes consideren que no se les trata

de forma justa, lo que facilita la aparición del síndrome de *burnout*, y dificulta el desarrollo del *engagement*:

“A ver, en el sistema público, todos sabemos, que la mayoría de la gente, la percepción que tiene es que se es injusto. Porque no hay un sistema que incentive a la gente que trabaja bien y que tiene un alto compromiso y a la gente con muy bajo. Entonces bueno, quizás esto también sea responsabilidad de los que en algún momento gestionamos que no hemos aplicado los instrumentos que la propia administración... plantea...” (EEDH: 76, 1).

Así mismo, concluyen que: “(...) porque a veces es más sencillo dejarlo estar que comprometerte y llamar la atención a alguien porque está haciendo mal su trabajo o plantear la apertura de un expediente disciplinario (...)” (EEDH: 78, 1).

Por otro lado, el hecho de que los puestos de gestión sean ocupados por gestores no profesionales, también es considerado por la mayoría de los participantes como un factor exclusor que favorece la aparición del síndrome de *burnout*, ya que la gestión se considera un elemento fundamental para promover el *engagement* entre los trabajadores:

“(...) los puestos de gestión son gestionar y gestionar, la gestión está por encima de las personas eh. (...). Yo creo que se cubre más por intereses partidistas, políticos, sindicalistas, todo lo que rodea que por la capacidad propia de las personas. Y sobre todo veo que los puestos de gestión hoy en día lo que son incapaces de hacer es asesorarse por lo menos asesorarse de aquellos profesionales que tienen a su disposición en esta empresa (...)” (EEPH: 34, 1).

En esta línea, otros establecen que: “yo parto de la base de que la gestión sanitaria tendría que ser gente con experiencia en gestión, ¿vale? Hoy por hoy, es política, con lo cual, no se implica (...)” (EESCM: 58, 1).

Además de la gestión no profesionalizada, se considera que son cargos de confianza que se repiten de forma continua a lo largo de los años, de forma que promueven los sentimientos de injusticia de los que se habla anteriormente, y dificulta el desarrollo de los vínculos de equipo: “Yo creo que es un cargo político, porque vamos se ha demostrado que el gerente de un sector lo ha hecho pésimamente mal y de repente está los cuatro años en otro hospital de gerente (...)” (GD2B: 187, 1).

Existe entre los participantes un amplio consenso en cuanto a considerar la falta de reconocimiento de los gestores de los centros sanitarios hacia los profesionales, como un factor exclusor que puede facilitar la aparición del síndrome de *burnout*, y dificulta el desarrollo del *engagement*: “Bueno, yo creo que los profesionales de enfermería se pueden encontrar (...) a veces poco reconocidos indudablemente por la administración, porque la administración está muy mediatizada por la profesión médica” (EEPH: 66, 1).

“y la administración está poco acostumbrada a reconocerle los méritos a la enfermería, porque la enfermería tampoco ha sabido vender sus méritos claramente (...). Lo que sí que se hace en la enfermería es exigirle mucho, porque los gestores son sabedores de que gracias a nosotros funciona el sistema (...).Lo que sí que están haciendo es cada día ponernos más cargas, pero no nos ponen cargas porque se las quieren quitar a los demás (...) nos ponen muchas cargas porque saben que si nos las ponen a nosotros se cumplen (...)” (EEPH: 66, 1).

En esta línea, existen similares reflexiones: “(...) no recuerdo ninguna (...) supervisora que haya dicho: “chicas, estoy contenta con el trabajo que habéis hecho” No sé, nadie, nadie de mis jefas me ha dicho estoy contenta con el trabajo que habéis hecho.” (GD5B: 421, 1).

Esta falta de reconocimiento en el ámbito laboral, también se extiende a la falta de reconocimiento social, que contribuye innegablemente a dificultar el desarrollo del *engagement*, ya que contribuye a los sentimientos de injusticia, y que será abordada más profundamente más adelante: “que hacemos todo lo posible y que muchas veces no se nos reconoce. Ni a nivel social, que yo creo que es muy importante, ni a nivel empresarial. (...), pero se nos paga a todo el mundo igual. ¿Eso es justicia? No.” (EESTM: 74, 1).

Además de lo anteriormente expuesto, los participantes estiman, de forma mayoritaria, que la existencia de un trato desigual entre los profesionales también genera sentimientos y expresiones clasificadas como exclusoras, que favorecen la aparición del síndrome de *burnout*, al considerar los profesionales de enfermería que se les trata de forma diferente a otros profesionales que forman parte del equipo interprofesional donde desarrollan su trabajo:

“No tiene sentido que al otro no le estén controlando que esté gastando millones, millones. Quiero decir, y a mí me suponga un gran esfuerzo por decir algo lo de la gasa, (...) por donde estoy trabajando creo que a gente no se le controla absolutamente nada de nada, (...), es que a lo mejor a este paciente no se le está pudiendo hacer esto, o no se le está pudiendo dar esto, o no se le está atendiendo por enfermería porque faltamos gente, cuando éste se está gastando miles de millones, y eso no se lo están controlando.” (GD3C: 218, 1).

Así mismo, otros reflexionan: “Porque vamos yo tengo ahora mismo compañeros que están trabajando en otras instituciones públicas que a las nueve de la mañana han terminado su trabajo (...)” (GD5D: 232, 1).

El hecho de que la enfermería tenga un trabajo que debe realizarse de forma continua y continuada 24 horas al día, 365 días al año, así como las diferencias existentes con otros grupos profesionales ocasiona, entre otros factores, que no exista independencia a la hora de gestionar su tiempo de trabajo, lo que contribuye en opinión de la mayoría de los participantes, a la posible aparición del síndrome de *burnout*:

“(...) no eres independiente en el tema de tu organización de trabajo. Sino que dependes de mucha más gente y de muchas mochilas laborales (...). Entonces, tienes un cierto nivel... si que tienes autonomía como profesión pero no disponibilidad horaria a tú organizarte el trabajo” (EESMA: 35, 1).

“Se podría, pero si a los médicos, nadie les explica que esto es un trabajo en equipo o les hace entender y asumen eso. La dirección médica va por un lado y la dirección de enfermería, con todo lo demás, va por el otro” (EESMA: 131, 1).

De igual manera otros reflexionan que:

“Pero es que desgraciadamente sigue siendo la dirección de enfermería algo que está por detrás de la dirección médica. No tiene sentido. Creo que la dirección de gestión, la dirección médica y la dirección de enfermería deberían estar al mismo nivel (...)” (EESMB: 145, 1).

“No, porque tienes un montón de estrés sobre..., por alrededor tuyo (...) Yo primero hago las cosas que me van indicando por ahí y luego al final ya haré mi trabajo, yo por lo menos me siento así, como los médicos dicen, no espera yo hago primero lo mí y luego ya te atiendo (...)” (GD2B: 269, 1).

Por otro lado, el hecho de que exista una falta de motivación por parte de los profesionales, y también que ésta no se fomente desde los gestores, se considera un factor excluyente que dificulta el desarrollo del *engagement*, en opinión de los participantes: “Y no tenemos mentalidad de trabajar por objetivos ni de trabajar de que cada uno se lleve lo que merezca (...)” (GD1C: 455, 1). O bien: “No hay herramientas de motivación.” (GD1A: 441, 1).

Cuando los entrevistados son preguntados sobre si comparten los valores profesionales con la organización, se observa una divergencia absoluta entre ellos, ya que, en ocasiones, no conocen los valores de la organización, y en otras consideran que éstos son diferentes, ya que unos siguen objetivos económicos y otros no, por los que esta incongruencia de valores puede provocar la aparición del síndrome de *burnout*: “La organización va por un lado y nosotros por otro.” (GD3C: 202, 1). También reflexionan que: “No los conocemos ¿no? Yo no conozco los valores de... al margen del tema económico, que valores tiene. ¿Cómo se puede eso saber? Vamos, yo los desconozco completamente, vamos.” (GD5D: 287, 1).

En esta misma línea, se observa que los entrevistados tampoco valoran que los gestores publicitan las líneas de su gestión para que éstas sean conocidas por los trabajadores, lo que favorecería el *engagement* entre los trabajadores al conocer los objetivos y metas que se pretenden alcanzar: “No te transmiten tampoco lo que pactan muchas veces (...), pero muchas

veces el trabajador es el que saca al curren para que se cumplan, no sabe, no conoce el contacto de gestión” (GD3B: 209, 1).

Dentro de otro apartado diferente a la gestión que se analiza en líneas anteriores, existen otros factores dentro de la estructura organizacional que influyen como factores excluyentes dentro de la organización, como el tamaño de los centros y/o unidades de trabajo, siendo aquellas más pequeñas las menos estresantes para los participantes, y por tanto, las que contribuyen al desarrollo del *engagement*: “Contra más grande (...) creo que contra más grande puede ser más estresante” (GD3C: 372, 1). En esta línea otros manifiestan: “Si, yo ahora estoy en un sitio pequeño (...) y se trabaja mucho más en equipo que en toda una planta que tienes un montón de especialidades, un montón de cosas y ya no se trabaja tanto en equipo.” (GD2A: 305, 1). E incluso: “Yo he trabajado en uno de los grandes hospitales y está todo más desmanejado. No sé cómo decirlo ¿no?” (GD5B: 754, 1).

Como se observaba en los resultados obtenidos en las encuestas previas a la realización de las entrevistas y grupos de discusión, los entrevistados sentían que se les trataba de forma injusta, y que sus errores no eran castigados ni sus aciertos reconocidos. Esta misma sensación de injusticia aparece reflejada, de forma constante, en los discursos de la mayor parte de los entrevistados, así como las implicaciones que esto tiene a nivel profesional, ya que contribuirá al desarrollo del síndrome de *burnout*: “pero ¿realmente reconocer lo que haces bien y lo que haces mal?, me parece que nunca lo he visto yo eso“ (EEAPM: 82, 1).

“Cuanto más problemático eres, en mejores sitios estas. Y si hace falta, estas por encima de plantilla. Y te cambio de puesto porque me da miedo que estés en acceso directo al paciente. Y el pobrecito que lleva cuarenta años a pie de cama...” (EESMA: 170, 1).

“Desde el momento en el que tú entras a trabajar a las ocho y te vas a las tres, y todo el mundo sabe que el hospital hay gente que llega a las ocho y media y se va a las dos y media (...) tú estás pagando a un profesional para que este siete horas trabajando y realmente está trabajando seis.” (GD2A: 171, 1).

“(...) Que tu premio por ser un incompetente, con perdón por el taco, te ponen un puesto de puta madre de lunes a viernes de 8 a 3 para poder estar con tu familia y con tus hijos, y los demás como eres buen enfermero y haces bien tu trabajo te jodes y haces mañanas, tardes, noches, libras 3 o 4 días en un mes y no ves a tu familia ni en foto.” (GD4C: 245, 1).

Por otro lado, la existencia de colectivos que aglutinan a un gran número de profesionales, como son los sindicatos y los colegios profesionales de enfermería, también genera la aparición de sentimientos que favorecen la aparición del síndrome de *burnout* por considerarse exclusores, ya que, de forma mayoritaria, los participantes estiman que estos organismos no defienden sus intereses como deberían:

“No, nada. Yo estoy totalmente en contra de los colegios, a lo mejor en otras ciudades o en otras comunidades los colegios de enfermería funcionan mejor, el de Huesca... Todos los cursos que te ofrecen los tienes que pagar, además de la cuota, problemas te solucionan poquitos, yo lo veo el colegio de enfermería de Huesca como un grupo de amigos que hacemos algo más aparte de trabajar.” (EESCM: 188, 1).

Otros participantes reflexionan: “vuelvo a lo mismo, cada una de estas organizaciones, miran por su interés, no miran por el colectivo (...)” (EESCM: 192, 1). E incluso algunos

manifiestan: “Pero si el colegio no es consciente en ningún momento de la problemática que tiene la enfermería el día a día.” (GD5D: 1089, 1).

Dentro de las variables pertenecientes a la organización, y que actúan como elementos excluyentes que favorecen la aparición del síndrome de *burnout*, encontramos también aquellos referidos a los horarios y al efecto que tiene éste sobre la unión del colectivo y el fomento de los sentimientos de pertenencia, ya que los cambios continuos dificultan la comunicación con los compañeros, y la continuidad del cuidado:

“Vamos, las que hemos trabajado en planta, porque unas trabajan por la mañana, otras por la tarde, otras por la noche, no hay ese..., esa comunicación que puede haber en un servicio que trabajan todos por las mañanas, que hay ese nexo de unión de..., equipo. (...)” (GD2B: 220, 2).

Por otro lado, aparecen los discursos esperados respecto a las implicaciones que los cambios de horario tienen para la conciliación con la vida privada de los entrevistados, ya que dificultan esta conciliación, y por consiguiente, esto promueve la aparición del síndrome de *burnout*:

“Aparte de lo de yo creo que quema trabajar de turno rotatorio porque pierdes festivos, pierdes fines de semana, de repente estás de tarde cambias a mañana, a noche, es que para mí es una desorganización de mi vida, te la organizas como puedes y sabes que te puede tocar eso (...)” (GD2B: 322, 2).

Finalmente, respecto a los horarios, también quedan patentes los sentimientos de incompreensión social que tiene el colectivo de enfermeros, ya que consideran que a nivel social

no se entienden las implicaciones de estos cambios horarios, lo que incrementa los sentimientos de falta de reconocimiento social: “Que no la entienden. Eso es así. Nuestra vida no la entiende ni el que tienes en tu casa, a tu lado. Ósea, ni tu pareja entiende nuestra vida.” (GD5D: 532, 2).

En cuanto a las cargas de trabajo, y la situación de las plantillas dentro de los servicios sanitarios como variables dentro de la organización que actúan como elementos excluyentes, se observa que, de forma generalizada, la mayoría de los participantes considera que la falta de personal y de recursos materiales genera un aumento del estrés, lo que podría promover la aparición del síndrome de *burnout*, y dificultar el desarrollo del *engagement*:

“Pues yo el estrés, lo he sufrido en el Insalud, por falta de personal, ha sido el mayor estrés. (...) Pero la falta de personal de los últimos años es tremenda, de sustitución, de vacaciones, de sustitución de bajas, la sustitución de todo porque tienes que llegar a tu trabajo y al de otra persona, entonces, el no poder tratar al paciente adecuadamente, eso es lo que me estresa. El no poderlo tratar adecuadamente” (GD3B: 104, 3).

Existe un amplio consenso entre los participantes en cuanto a que, el tipo de unidad en la que ejercen los profesionales influye en la aparición del síndrome de *burnout*, debido a las cargas de trabajo de los servicios, la organización y ritmo de trabajo de los mismos, ya que, en aquellas con mayores cargas existe una mayor posibilidad de aparición de síndrome de *burnout* en opinión de los participantes:

“Yo pienso que sí que hay estrés en el trabajo, pienso que también influye un poco el servicio en el que trabajas, yo he cambiado por servicios y sí que hay algunos que tienes más carga de trabajo, al fin y al cabo trabajas con personas, y tienes

responsabilidades que quieres hacerlas bien, y sí que es estresante en muchos momentos” (GD2C: 18, 3).

“Yo para mí lo estresante más que nada es el ritmo de trabajo (...), a veces hay muy poco margen para nada, porque en realidad o sea siempre va a surgir algún imprevisto pero que hay veces que lo llevas todo tan apurado que es que ahí no hay mucho margen para muchos imprevistos y siempre los hay.” (GD4B: 37, 3).

Además, los entrevistados refieren que, esta carga de trabajo dificulta la buena realización de su trabajo respecto a las relaciones que se establecen con los pacientes, dejando de realizar actividades propias de su profesión, como el establecimiento de relaciones empáticas, por falta de tiempo, lo que podría impedir el desarrollo del *engagement*:

“Claro es que eso no... Yo rara vez te da tiempo a hacer eso. O sea, de ponerme a hablar, de cómo te sientes, cómo estás... es que no me da tiempo. O sea es que voy como si fuera una máquina, te tengo que hacer esto, esto, esto, venga fuera” (GD2B: 50, 3).

Sin embargo, de forma contraria, diversos entrevistados manifiestan que pese a la queja habitual de la carga de trabajo, cuando esta es menor, no invierten el tiempo que les sobra en establecer una mejor relación con los pacientes:

“No, no, yo qué sé... en la UCI o en la planta. Tienes la mitad de pacientes y no te vas a las habitaciones a charlas con los pacientes. (...) Yo creo que estamos acostumbrados a trabajar a un ritmo que luego el tiempo no lo ocupas en... Realmente, esas cosas no” (GD5D: 222, 9).

La última variable perteneciente a la subcategoría de organización, es la referente a la estabilidad laboral, donde se observan referencias claras entre la inestabilidad laboral y una mayor sensación de inseguridad o estrés, lo que podría favorecer la aparición del síndrome de *burnout*:

“Pero generalmente cuando ya la profesión ya va no teniendo puesto fijo, (...) ya empiezan los contratos malos, ya empieza los contratos basura, (...) entonces yo creo que la gente se siente mucho más estresada, se siente más insegura, más estresada, más... genera más estrés pero por inseguridad, se genera más estrés por la inseguridad “ (EEAPM: 10, 4).

La mayoría de los participantes, valoran que la inestabilidad también presenta implicaciones para los pacientes, generando una menor calidad de los cuidados, que en los profesionales provocará una dificultad en el desarrollo del *engagement* al generarles sentimientos de insatisfacción profesional: “(...) para atender al paciente porque no es lo mismo si trabajas cinco mañanas seguidas y atiendes al mismo paciente esas cinco mañanas que un día te viene una, otro día te viene otra, otro día te viene otra...” (GD2B: 320, 4).

Al hacer referencia a la estabilidad laboral, también surgen de forma constante las implicaciones que ésta tiene para la vida privada, y para la conciliación de la vida familiar y la vida laboral, fundamentalmente entre el colectivo de participantes que tienen contratos temporales, ya que la dificulta, y por tanto, podría contribuir a la aparición del síndrome de *burnout* entre estos profesionales: “Yo creo que, el que no haya estabilidad también hace que no te puedas plantear un futuro más a corto plazo, mismamente quedar con amigos” (GD2D: 325,

4). Otros participantes manifiestan: “Irte de vacaciones, no sabes cuándo puedes cogerte vacaciones o no” (GD2B: 326, 4).

“O ya simplemente la planificación familiar por ejemplo, es que no sé si en un año o dos a más tardar..., cómo voy a plantearme el tener hijos, que no me lo he planteado, pero quiero decir que me pongo en la situación de cualquier persona que quiera planteárselo y a ver...” (GD2D: 327, 4).

Por otro lado, los intentos para favorecer la conciliación familiar dentro del sistema sanitario público, mediante ajustes de horario y reducciones de jornadas, entre otros, presenta otras implicaciones para el desarrollo de su trabajo, que no surge en la misma medida en centros privados, siendo esta opinión más generalizada entre aquellos participantes que tienen contratos fijos:

“ahora (...) hay muchísima gente con reducciones de jornada también, para conciliar la vida laboral y familiar también, con lo cual, es que se duplican las contrataciones, (...) con lo cual, se complica todo más, porque la plantilla es más joven, porque la plantilla es más joven ahora (...). Ya, pues eso, que las circunstancias, pero hay circunstancias que van cambiando como puede ser eso, pero no se cambia la dinámica ni la sistemática de trabajo.” (GD3C: 478, 4).

“Pero eso nos parece muy bien a los funcionarios, y demás, pero cuando tú hablas con la gente que no hace la vida en la empresa pública, que también tiene familia, o sea, en la privada, también tiene familia, y de conciliación familiar nada, no, o sea, no lo entienden, como yo no entendería como paciente, digo yo no entendería como

paciente que en una mañana me vengán a ver tres personas seguidas, diferentes”
(GD3B: 483, 4).

Además de lo anteriormente expuesto, los participantes logran un amplio consenso en cuanto a que la estabilidad laboral presenta implicaciones para la formación de los profesionales, ya que la inestabilidad laboral dificulta la realización de formación postgrado, lo que podría dificultar el desarrollo del *engagement* entre los trabajadores: “(...) Esta inestabilidad también entorpece el poder formarte como profesional, porque si tienes un contrato y luego otro... ¿Cómo vas a plantearte hacer un máster, hacer una tesis...?” (GD2D: 345, 4).

De forma general, los entrevistados, mayoritariamente aquellos con contratos temporales, sienten que la enfermería es una de las profesiones con mayor inestabilidad laboral, hecho favorecido por la organización, con el fin de otorgar a los contratados menos derechos, lo que podría contribuir de forma directa a la aparición del síndrome de *burnout*:

“Yo pienso que es una de las profesiones que más inestabilidad laboral hay, la gente te dice por lo menos vas a trabajar, (...) cambias mucho de servicio, (...) siempre tienes que estar aprendiendo, siempre te tienen que estar enseñando y yo pienso que para cada servicio influye negativamente que haya tanto cambio de personal.”
(GD2C: 333, 4).

Algunos manifestantes manifiestan que: “Bueno, pero es que se ha montado un chiringuito muy bueno porque somos la mitad contratadas y la otra mitad fijos y hacemos el mismo trabajo más barato (...)” (GD4B: 559, 4).

De forma contraria, alguno de los entrevistados opina que, el hecho de tener una mayor estabilidad laboral con la obtención de una plaza fija, en ocasiones es contraproducente, ya que los trabajadores se acomodan y disminuyen sus ganas de aprender, lo que dificulta el desarrollo del *engagement*: “Que te duermes en los laureles. Te olvidas de muchas cosas y te crees que la peor que estas eres tú en ese servicio. Vamos, eso yo lo veo... pfff...” (GD5C: 478, 4).

5.2.1.1.2.- *Entorno físico*. Dentro de la subcategoría de entorno físico, se observa que, de forma mayoritaria, los entrevistados sopesan que existen determinadas unidades con un mayor nivel de estrés, así como que los centros más grandes están más despersonalizados:

“Hay unidades que son más estresantes que otras. Servicio de quirófano pues probablemente en determinadas circunstancias puede resultar muy estresante”(…)

“Y en general, cualquier en unidad en el momento que hay cualquier complicación de cualquier paciente pues todos vivimos situaciones de estrés.” (EEDH: 18, 5).

En esta línea algunos manifiestan: “Yo creo que sí, cuanto más grande más despersonalizado, no conoces a nadie, entrabas por aquella puerta y... de diecinueve plantas, imagínate.” (GD1C: 416, 5).

Así mismo, existe un amplio consenso en cuanto a que también influyen el tipo de especialidades con las que se trabaja, y el tipo de paciente, ya que aquellas en las que los pacientes presentan enfermedades incurables o terminales, los profesionales tienen un mayor sufrimiento emocional, lo que podría promover el desarrollo del *engagement*: “Me estoy acordando ahora por ejemplo de compañeros que trabajan en oncología, que esa más implicación, implica que cuando los resultados son los que son desgraciadamente muchas veces, pues que haya también una tendencia a... (…)” (EEMH: 98, 5).

Por último, el tamaño de las unidades, la iluminación y la contaminación auditiva, entre otros, también genera malestar entre los profesionales, lo que podría ayudar a la aparición del síndrome de *burnout* desde la afectación del entorno físico de trabajo: “El techo bajo, sin ventanas, sin iluminación... con luz artificial. (...)” (GD5F: 207, 5).

“Y el ruido también. Depende de donde trabajas, es el ruido. Yo cuando salí de la UCI que hay ruido, porque hay ruido. Con los pitos, no sé qué. Pero cuando salí, llegué a la planta, a la cuarta y vi ese mostrador una mañana, mira...” (GD5D: 623, 5).

5.2.1.1.3.- Burocratización. Dentro de la categoría de variables sistémicas o estructurales, también encontramos la burocratización y/o informatización del trabajo de los profesionales de enfermería, que ocasiona, en opinión de la mayor parte de los participantes, problemas en el desarrollo del mismo, debido a la coexistencia en muchos casos de los soportes informáticos y en papel, así como a la rápida evolución del mundo tecnológico en la empresa, y las implicaciones que esto tiene:

“Pues, se ha intentado, además de la burocratización que había antes de papel y ahora con el ordenador, estamos en el mismo punto, ni se ha agotado el papel, ni se hace todo con el ordenador. Tienes menos tiempo para mirar a los ojos a los pacientes, tienes que hacer tanto relleno de burocracia que es que pierdes mucho más tiempo, yo creo que sí, que eso se ha hecho mucho, también depende luego de cómo seas.” (EEAPM: 60, 6).

“Sí, pero yo creo que nos está costando mucho porque nos ha tocado vivir dos generaciones, una en la que llevábamos nuestro parte escrito, y claro, nos ha tocado

la era de la informática, y nos ha tocado lo de: *siempre se ha hecho así y lo hemos hecho así y hemos ido aprendiendo* de nuestros mayores a que ahora predomina las clínicas, los protocolos, nos basamos en la evidencia, intentamos trabajar a nivel Europeo, entonces claro, nos ha tocado vivir estas dos...(…) reconozco que nos está costando mucho, “ (EESCM: 96, 6).

Así mismo, existe un sentimiento de que no se ha tenido en cuenta a los profesionales de enfermería a la hora de implementar los nuevos sistemas informáticos, lo que dificulta la implicación de los profesionales en esta burocratización, y por otra parte, podría provocar la aparición del síndrome de *burnout* por el aumento de carga que esto supone:

“Entonces la enfermera es la parte del programa informático que no se ha podido desarrollar el titular informático. Es la que se tiene que adaptar constantemente al proceso que se esté llevando entre manos y al paciente que esté llevando entre manos.” (EESMA: 56, 6).

Por otro lado, todos los profesionales de enfermería participantes reconocen la importancia de los registros para el trabajo diario, pero reconocen que tiene unas características que generan problemas debido a la continuidad de los cuidados, y a que no se puede posponer su registro, lo que genera un fuerte sentimiento de presión asistencial:

“No, no es una cosa que digas: ¡Buah! Si no la hago hoy, la haré mañana. Como un funcionario o un administrativo que puedes posponer. Aquí no, aquí es hoy, aquí y ahora. Porque lo que yo registre le sirve a mi compañera para después. Y si no lo registro, está desaparecido, no existe” (EESMA: 69, 6).

Además, la mayor parte de los profesionales de enfermería refieren que existe poca coordinación por parte de la organización a la hora de implementar los soportes informáticos, ya que existen muchos diferentes dentro del mismo centro de trabajo, lo que genera dificultades a la hora de trabajar, y genera una mayor carga de trabajo por duplicidad de registros, lo que dificulta el desarrollo del *engagement*: “¿Por qué no hay el mismo programa informático para, en todas las plantas, servicios y en sistema de salud? Es que no lo entiendo.” (GD5F: 129, 6). En esta línea, otros manifiestan: “Realmente, el problema es ese. Claro, no está coordinado. Pero yo creo que es útil. A todos los... para mí.” (GD5D: 130, 6).

5.2.1.1.4.- *Rol gestor*. Siguiendo la línea del discurso, aparecen los factores excluyentes relacionados con el rol gestor dentro de la profesión enfermera, siendo éste uno de los cuatro característicos propios de la profesión (asistencial, docente, investigador y gestor). Cuando se aborda este aspecto, se observa que los entrevistados consideran que no saben o no han sido formados para gestionar su trabajo y delegar funciones a otros profesionales, lo que podría contribuir a desarrollar síndrome de *burnout*: “Sí, pero ése es nuestro trabajo, te quiero decir que tienes que saber aprender a decirlo y aprender a mandarlo y aprender a controlarlo y si no lo hacemos mal. Estamos haciendo, algo estamos haciendo mal.” (GD1C: 164, 7). Otros participantes reflexionan: “No, porque en vez de mandar, lo hacemos.” (GD1A: 160, 7).

5.2.1.1.5.- *Rol dependiente*. Otra de las características propias de la profesión enfermera, es la realización de actividades dependientes, es decir, aquellas funciones delegadas por otros profesionales, principalmente por el personal médico, que en ocasiones generan conflictos considerados como elementos excluyentes. Éste es el caso de la aparición de sentimientos de falta de independencia en el trabajo:

“Y no tenemos una autonomía total de trabajo. Estamos supeditadas en el trabajo a la orden de... y eso influye, porque muchas veces estamos haciendo algo que sabemos que está mal, o que no es lo más correcto, y bueno, pues nos tenemos que morder la lengua porque nos lo ha escrito el médico” (EESCM: 16, 8).

Por otro lado, la mayoría de los participantes estiman que los profesionales de enfermería asumen, en ocasiones, funciones que no les corresponden, y que son propias del personal médico, lo que les genera sobrecarga de trabajo e inseguridad, lo que contribuye a la aparición del síndrome de *burnout*: “Muchas veces les excusamos, porque es que todos los hemos excusado, hasta que llega un punto en que dije: “Yo ya no quiero mentir más por los médicos”. Cada uno tiene que hacer su trabajo” (GD5B: 660, 8).

“Sí llega la historia o no llega, está bien el tratamiento o no está, o te lo han puesto mal o no lo entiendes, les da igual, quiero decir, pero las enfermeras nunca hemos dicho: *venga, esto no está bien, pues no lo hacemos*. Plantarse sería la única solución, y a ver por dónde sale” (GD1A: 358, 8).

Todos estos hechos general conflictos con el personal médico, que ocasionan malestar entre los profesionales de enfermería, que los considera el colectivo con el que más conflictos tiene la enfermería, muchos de ellos heredados de conflictos antiguos unidos al complejo desarrollo profesional de la enfermería, y siempre por intentar poner por delante los intereses de los pacientes:

“Hombre, yo creo que a veces puedes tener más problemas con médicos, ¿no? Porque hay veces en que parece que eres la chacha, que tienes que ir detrás,

buscando, que me faltan las órdenes de tratamiento, que esto no está claro (...)” (GD1A: 123, 8).

“Porque si falta algo, que algo no está en las órdenes, que tal, siempre piensas es que hay el pobre paciente, esto lo voy a hacer porque si no me lo firman pronto, al paciente no se lo puedo poner siempre es que por el paciente, y sin embargo, los médicos, yo veo que ellos no se preocupan que es por el paciente, pero nosotros siempre.” (GD1A: 125, 8).

Además de lo anteriormente expuesto, existe un amplio consenso entre los participantes respecto a la importancia de las características propias de los profesionales, como el sexo y la edad, ya que los entrevistados manifiestan que con los profesionales médicos más jóvenes hay una mayor comunicación. Así mismo, el hecho de que la profesión enfermera haya sido tradicionalmente femenina, y la profesión médica masculina también ha ocasionado conflictos:

“Yo creo que la edad es importante también a la hora de relacionarte, porque los que de toda la vida tienen una forma de trabajar que son como más estructurados y cuadrículados, que los de ahora que están más abiertos a cambios. (...) hasta que no se jubilen no habrá un cambio ni cuanti ni cualitativo, es algo que dices “Hasta que no cambie esto...” (GD5F: 81, 8).

En esta línea, otros participantes manifiestan: “Falta de comunicación. Veo más comunicación con médicos que sean relativamente más nuevos que con los de aquí de toda la vida.” (GD5A: 94, 8). Así mismo, otros concluyen: “Yo creo que eso es muy de mujer-hombre, tía. De que están acostumbrados a la servidumbre esa de la secretaria y de que las mujeres...” (GD5C: 651, 8).

Por otro lado, los profesionales de enfermería entrevistados manifiestan que, la escasa colaboración interprofesional entre médicos y enfermeros, establecida en los centros sanitarios, conlleva que esta relación sea todavía menor, lo que promueve que aparezcan sentimientos que favorecen el síndrome de *burnout*: “Y ahora cada uno tiene su trabajo más independiente. Los médicos pasan visita solos, escriben lo que tienen que escribir. La enfermera solo se entera si lo lee. Como que hay menos... menos relación.” (GD1A: 546, 8).

5.2.1.1.6.- *Competencias profesionales*. La última de las subcategorías dentro de la categoría de variables sistémicas o estructurales, son las competencias profesionales, donde, según el discurso de la mayor parte de los entrevistados, queda patente la fuerte influencia que tiene la evolución profesional de la enfermería en el trabajo actual, ocasionando que, en muchos momentos, se consideren una profesión dependiente, o bien que no defiendan su profesionalidad, lo que dificulta el desarrollo del *engagement*:

“Pues muchas veces porque los propios profesionales de enfermería, la enfermería no ha estado preocupada muchas veces por su categoría académica realmente, (...) no se han lucido dijéramos con su título académico como otras profesiones a nuestro lado lo hemos visto (...). En cambio, el enfermero, pues cuando le preguntaban qué era, pues era capaz de decir ATS sin serlo. Entonces yo creo que esto ha hecho, esto poco a poco ha hecho mucho daño en nosotros también” (EEPH: 28, 9).

En esta línea, algunos reflexionan: “Y ahí entra la figura de los profesionales, ahí entra la figura de la formación en las escuelas, ahí entra la filosofía de la profesión. La enfermería debería de ocuparse de ser más profesión y quizá menos oficio” (EEPH: 56, 9). Otros participantes concluyen: “Quiero decir, bueno, en determinadas cosas, pero en la

evolución de nuestra profesión, hemos pasado por todo, desde ser la ayudante del médico, ponerle la bata, a estar en el lado totalmente opuesto” (GD3C: 24, 9).

Siguiendo con este discurso, algunos participantes manifiestan que:

“Yo creo que (...) no nos creemos que somos una profesión independiente. Somos buenos profesionales que hacemos las cosas bien, que no necesitamos de una tutela desde arriba, y eso viene todo yo creo que un poco cultural, que con el tiempo... (...)” (EEMH: 144, 9).

Por otro lado, un amplio número de los participantes manifiestan una carencia de “orgullo profesional” que conlleva una escasa unión del colectivo, así como poca confianza en sus capacidades, lo que podría favorecer la aparición del síndrome de *burnout*:

“Yo creo que nos falta, así como la profesión en general, (...), ha avanzado mucho en competencias, en formaciones, en reconocimiento, los profesionales yo creo todavía que no nos lo creemos. Me da la impresión que no nos lo creemos. Y el por qué ya no te sé decir.” (EEMH: 106, 9).

“somos un colectivo muy grande y nos dejamos ir poco, porque cada una buscamos nuestro beneficio y (...) cada uno que se busque la vida, (...), como que nos hemos quedado conformadas, (...), a lo mejor las generaciones venideras son más guerrilleras que nosotras o las ya mayores que están, no han llegado al Burnout, pero ya están quemadas por otras situaciones, explotan, pero yo creo que nos falta eso, explotar, (...)” (EESCM: 186, 9).

“A mí me gustó mucho una vez que leí una cosa de enfermería, que la enfermería tiene anorexia de poder, y yo creo que eso representa mucho como ni siquiera nosotros nos creemos que tenemos capacidad de tal, tal, tal, tal... (...)” (GD2D: 223, 9).

Algunos participantes manifiestan, en esta misma línea, que: “Y que no nos acabamos de creer las capacidades que podemos tener como enfermeras” (GD2D: 221, 9).

Por otra parte, existe un amplio consenso entre los entrevistados respecto a que los profesionales de enfermería han hecho una escasa publicidad de su profesión, lo que conlleva que otros colectivos o la población general no conozcan cuáles son sus funciones, teniendo una sensación de falta de reconocimiento, que puede contribuir a los sentimientos de síndrome de *burnout*:

“Muy mala, yo considero que muy mala y en este momento tengo que decir que los enfermeros en eso se han equivocado. No han sido nunca un grupo corporativista y nunca han defendido su terreno de una manera clara, nunca, nunca” (EEPH: 30, 9).

Los participantes reflexionan que: “Pues mira, (...) tendríamos que vendernos muchísimo mejor, pero muchísimo mejor. Somos la repera, y no nos defendemos bien, no nos defendemos bien con todas las cosas que hacemos, no...” (GD4B: 361, 9).

De forma llamativa, se observa en el discurso de la mayoría de los entrevistados que, valoran que los profesionales de enfermería no conocen de forma exacta cuáles son sus funciones propias, y los límites con otras profesiones, lo que ocasiona malestar entre el colectivo de enfermeros, y la asunción en ocasiones de funciones que no les corresponden, lo que ahonda en

la sobrecarga laboral y podría contribuir a la aparición del síndrome de *burnout*: “los profesionales de enfermería no saben cuáles son nuestras funciones dadas por nuestra capacitación profesional” (EEPH: 52, 9). Otros participantes expresan que:

“pero es que la enfermería desconoce cuál es su, muchas veces cuál es su terreno que por ley tiene obligación de cumplir. O sea, ni más ni menos. Entonces la ley ya no le va a dar más a la enfermería, la ley le ha dado todo” (EEPH: 56, 9).

En esta misma línea, algunos participantes valoran que: “Sabes hasta donde les llegan tus competencias, otra cosa es que hagan más de lo que... (...) porque piensas en el paciente precisamente” (GD1B: 131, 9). Así mismo, concluyen que: “Hombre, porque siempre tienes cosas que si no las haces... al final haces cosas que si no las haces tú no las hace nadie, a veces, ¿no?” (GD1D: 155, 9). Y en su opinión, todas estas actividades: “Nos genera estrés ¿no?, es asumir trabajo que no nos corresponde.” (GD2B: 84, 9).

Las consecuencias de desconocer, en ciertos momentos, las funciones propias de la profesión, o el hecho de estar siempre en contacto con los pacientes siendo su profesional de referencia, ocasionan conflictos con otros profesionales, especialmente con el personal médico:

“Pero la relación con los médicos, pues yo pienso que tenemos un punto que no usamos nunca las enfermeras que es sabernos colocar en nuestro sitio, escuchar siempre, (...), porque la mayoría de veces como no nos interesa discutir y nos sabe mal lo que no meta en órdenes por el medio, (...) pero hay cosas siempre discutibles y hablables” (GD3B: 168, 9).

En esta línea, los participantes manifiestan que: “Eso te iba a decir. Yo sé que hay un médico que es un borde pues si lo tengo que llamar lo voy a llamar y si me pone mala cara pues mira, ya se apañará” (GD4C: 136, 9).

5.2.1.2.- Variables referidas a los sujetos. Siguiendo con las categorías de la parrilla de análisis utilizada, en la categoría de variables referidas al sujeto, se encuentran las características personales, la experiencia profesional, la personalidad de los individuos, la formación de los mismos y su implicación, y como éstas actúan como variables excluidoras, que favorecen la aparición del síndrome de *burnout*.

5.2.1.2.1.- Características personales. Dentro de las características personales, se incluyen la edad y el sexo. En el caso de la edad, ésta actúa de diferentes formas según los entrevistados, ya que en opinión de los participantes de más edad, los profesionales de enfermería más jóvenes presentan un mayor nivel de estrés lo que dificulta el compromiso: “de más joven te llevas problemas de los que has vivido aquí y entonces pues te crea más estrés en casa, porque estás dándole vueltas...” (GD1A: 108, 19). Otros participantes reflexionan que: “Hombre yo, sigo pensando (...) que los jóvenes tienen menos compromiso, pero hay excepción, eh” (GD1C: 322, 19).

De forma opuesta, en opinión de los entrevistados mayores, tener más años genera más cansancio y hace más difícil las relaciones que con menor edad no lo eran, lo que dificulta el desarrollo del *engagement*: “Por la edad, pues eso, llevas treinta, cuarenta años trabajando entonces, el cansancio físico y psíquico...” (GD1C: 73, 19).

“Que a lo mejor antes no me estresaban y ahora sí más, me cuesta más tolerar a familiares a determinados pacientes, me supone más sacrificio del que me suponía cuando tenía 20 años. (...) Yo personalmente creo que me he vuelto más intolerante

conforme me han pasado los años, y tolero menos, pues eso, situaciones con familiares, con médicos, quiero decir, para mí sí, por el tema de las relaciones, no por el trabajo en sí (...)" (GD3C: 88, 19).

Por otro lado, y como ya se ha expuesto anteriormente, la mayor parte de los participantes consideran que el sexo de los profesionales influye de forma determinante en las relaciones que se establecen entre los mismos, así como las implicaciones que tiene para la profesión enfermera el hecho de que sea mayoritariamente femenina: "Pero también somos una profesión que la mayoría somos mujeres y entonces le das más importancia... llega un momento en que le das más importancia a tu casa que al trabajo y eso también te quema" (EESTM: 58, 19).

"quiero decir los hombres le dan una importancia al trabajo, (...), pero al trabajo le dan o le han dado siempre mucha importancia. El sentirse realizados, el subir en sus puestos, el cumplir expectativas. La mujer, hasta hace muy poco, el trabajo era una cosa secundaria. Primero mi familia, mis hijos y luego hago el trabajo. (...). Entonces claro eso también te quema, te quema porque no estás cumpliendo realmente con las expectativas que quieres como persona" (EESTM: 62, 19).

Algunos participantes valoran que: "También influye mucho (...) que la enfermería pues haya muchas mujeres. (...) Yo creo que influye mucho para el servilismo..." (GD5C: 1166, 19).

De la misma manera, la vida privada y familiar también influye en la vida profesional, ya que son facetas difíciles de separar que generan malestar entre los profesionales, ya que la conciliación de la vida laboral y familiar es compleja, y en muchas ocasiones difícil de separar, lo que supone un mayor nivel de estrés en ambas esferas:

“Es también no lías, la profesión estresa porque claro lo que conlleva vivir alrededor toda la carga familiar, es que no lo dejas en la puerta del hospital, te lo llevas, entonces también te hace ir más estresado en tu trabajo, porque estás pensando que has dejado al niño en la guardería con 38, pero le doy dos chutes de dalsy y a ver si me aguanta hasta las tres que salgo, o que no me llame la guardería que lo tengo que ir a buscar, y yo, resulta, que no tengo a nadie que me lo pueda ir a recoger“ (EESCM: 108, 19).

En esta misma línea se manifiestan algunos entrevistados, cuando tienen en cuenta que no separar la vida personal de la laboral genera estrés entre los profesionales, lo que podría favorecer la aparición del síndrome de *burnout*:

“Yo creo que no hay herramientas. (...) No recuerdo cuando estudié, no recuerdo, y que nos las dieran... Es tan subjetivo, eso depende de las personas, ¿no? El llevarte las cosas a casa, complicado, y en nuestra profesión más complicado todavía porque hablamos de personas, por muchas herramientas que nos digan, algunos, algunos nos lo llevamos a casa siempre. Otra cosa es que sepas gestionarlo” (EEMH: 100, 21).

5.2.1.2.2.- *Experiencia profesional*. Muy relacionado con la edad de los individuos se encuentra la experiencia profesional, actuando esta variable como factor excluyente entre los profesionales que llevan más años de experiencia, comparado con los que tienen una menor experiencia profesional: “Yo la gente joven sí que la veo más motivada quizás, que las que llevamos muchos años” (GD1A: 32, 20).

“la gente que ya lleva muchos años, solo lo ven como derechos, *es que yo no pongo de mi tiempo libre, es que yo no sé qué, es que yo...* Sólo son derechos, como si no

tuvieran ninguna obligación, ¿no?” (...) “pero parece que solo ven, cuando propones algo la gente más reacia es la que lleva más años” (GD1A: 34, 20).

5.2.1.2.3.- *Personalidad*. Cuando nos referimos a la personalidad del profesional, se observa como esta puede ser un factor condicionante para sufrir síndrome de *burnout* en opinión de algunos encuestados, ya que determinadas características de la personalidad podrían predisponer a sufrir este síndrome:

“Pero yo también creo que muchas veces, el sentirte quemado, el estrés y eso también depende de la personalidad. Que hay gente que trabaja a lomo caliente y trabaja... ha trabajado durante un montón de años y nunca la verás estresada” (EESTM: 56, 21).

Además de lo anterior, surge de forma constante en el discurso de los entrevistados la influencia de la vocación en la aparición del síndrome de *burnout*, ya que algunos valoran que carecer de vocación puede ocasionar que la práctica laboral sea difícil e incluso desagradable:

“en la práctica elegir la profesión de enfermería sin vocación pues puede conllevar a tener una práctica laboral difícil y en muchos momentos hasta desagradable ¿no? La práctica de la enfermería, todos sabemos que trabajamos con el ser humano, (...) y todo esto pues conlleva un desgaste importante si no tienes una parte vocacional que te motiva para trabajar en ella” (EEPH: 8, 21).

De forma contraria opinan otros profesionales, para los que la profesión de enfermería no se ejerce sólo por vocación, sino que debe hacerse con entrega y compromiso profesional: “(...) Pienso que no todo el mundo vale para todo y que sería un error “enfermeras sólo por vocación”,

porque es una profesión que sí que requiere entrega, pero la entrega no es vocación, yo creo” (GD5B: 14, 21).

5.2.1.2.4.- *Formación*. En cuanto a la formación recibida por el profesional de enfermería de forma inicial durante la realización de los estudios universitarios, se observa que, de forma mayoritaria, los participantes estiman que ésta puede actuar como excluyente impidiendo el desarrollo del *engagement* entre los profesionales, ya que alguno de los entrevistados considera que desde la universidad no se saben transmitir lo que significa la enfermería, ni se forma en cuanto a habilidades sociales, gestión de las emociones o comunicación:

“(…) pero no les han sabido transmitir lo que significa enfermería, lo que significa cuidados, porque para ellos una cosa es curar y otra cosa es cuidar. Entonces los cuidados que tiene que dar enfermería yo creo que no se ven de forma integral, que para el cuidado integral tienes que tener unos conceptos básicos de lo que significa enfermería” (EEAPM: 18, 22).

En esta línea, los participantes reflexionan que: “No te enseñan a enfrentarte al día a día con el paciente, no te enseñan a nada, en el tema emocional no te enseñan a nada, no te enseñan comunicación nada...” (GD4C: 208, 22). Otros participantes valoran que: “Problemas de interrelación entre los compañeros, yo creo que ese problema sí que existe, yo creo que no nos han enseñado a comunicarnos y hay que saber, no sólo hablar sino comunicar y respetar” (EESMA: 373, 24).

En la misma línea actúa la formación continuada en opinión de diversos encuestados, ya que ésta no se focaliza en evitar los factores que favorecen la aparición del síndrome de *burnout*, sino que se realiza en numerosas ocasiones por aspectos meramente curriculares: “porque la

formación la mayoría de la gente la hace por los puntos que le da para las bolsas de trabajo y no tanto por el interés que pueda tener ese curso, a nivel de su puesto de trabajo” (EEDH: 36, 22).

“Muchas veces no estamos preparados o no tenemos una formación para saber, o tienes que aprender y te cuesta con los años saber separar el trabajo y cuando te vas de aquí dejar lo que es el trabajo, dejar las cargas de aquí, las discusiones que hayas tenido, lo que hayas vivido con los enfermos, el no llevártelo a casa” (GD1A: 108, 22).

Así mismo, la exigencia de realizar constantemente formación continuada también genera malestar, en opinión de diversos profesionales, lo que dificulta el desarrollo del *engagement* dentro del entorno laboral, ya que implica una sobrecarga para los trabajadores:

“Sí, pero es estresante, (...) porque (...) claro tú necesitas seguir formándote y eso te estresa, el llevar tu vida, el trabajo, el tener la posibilidad de poder hacer cursos y organizarte tú tu vida es estresante. Cuando no sabes algo y necesitas saberlo, (...) es estresante, (...) el tener que formarte más, muchas veces tener que buscarte el recurso de formación porque muchas veces en el hospital no se te da la posibilidad de formarte y tienes que salir fuera y desde el colegio de enfermería tampoco (...)” (GD4C: 36, 22).

La utilización de nuevas tecnologías, y la formación pertinente en la utilización de las mismas debido a la informatización del trabajo anteriormente comentado, también genera malestar entre los entrevistados debido a cómo se ha realizado la misma, en opinión de los entrevistados, de forma insuficiente: “en muchos casos ni han enseñado a lo nuevo (...) con lo

cual el uso de estas nuevas metodologías pues vamos no llegas al 100,00% del buen uso te todo esto y la burocracia es tremenda, tremenda” (EEAPM: 62, 22).

Por otro lado, la escasez de formación en gestión también influye en las competencias profesionales de la enfermería, en opinión de algunos entrevistados, lo que dificulta su labor profesional, y podría favorecer la aparición del síndrome de *burnout*: “Nos hemos preparado para un tipo de enfermería muy limitada y desde luego, yo creo que deberíamos pasar todos un tiempo por algún tipo de gestión (Todas afirman), porque la visión es totalmente diferente” (GD1D: 296, 22).

De otro lado, en opinión de algunos entrevistados, las especialidades de enfermería podrían actuar como factores excluyentes que dificultan el desarrollo profesional, y por lo tanto, impiden el desarrollo del *engagement* en el entorno laboral: “Yo creo que no ayuda eso. A ver, no es que no ayude, vamos a ver. Puede ayudar a lo mejor, a controlar mejor tu trabajo, pero por el contrario de lo demás no tienes idea de nada.” (GD5D: 915, 22). En esta línea, algunos establecen que: “Entonces no sé... La belleza de nuestro trabajo la perdería, a mi gusto ¿eh? (...)” (GD5D: 918, 22).

5.2.1.2.5.- Implicación. La última de las subcategorías dentro de la categoría de sujeto es la implicación, que en algunas ocasiones puede ser negativa para los profesionales, porque puede provocarles sufrimiento cuando esta es excesiva: “Puede ser muy negativo para la persona porque si se implica mucho puede sufrir, tiene que saber dónde terminar su trabajo de enfermera y cuando tiene que ser persona (...)” (EESCM: 8, 23).

5.2.1.3.- Variables referidas a las relaciones entre los sujetos. En cuanto a la categoría de interrelaciones, se encuentran englobadas las relaciones entre los profesionales, las relaciones con los pacientes y familiares, y la valoración social.

5.2.1.3.1.- *Entre los profesionales.* Entre los profesionales ocurren diversos conflictos, que, en opinión de la mayoría de los entrevistados, ocurre en ocasiones por el desconocimiento de otros profesionales del ámbito de trabajo de enfermería:

“Yo creo que los mayores problemas que han surgido, entre los conflictos que ha tenido la enfermería muchas veces ha sido el desconocimiento y la incapacidad por los profesionales que lo rodean habitualmente de su ámbito de trabajo la evolución tan tremenda que tiene la profesión” (EEPH: 20, 24).

Además de esto, existe un amplio consenso entre los participantes respecto a que la colaboración continua con otros profesionales dificulta el trabajo diario, dificultando la organización de su tiempo de trabajo, lo que podría favorecer la aparición del síndrome de *burnout*:

“Tú tienes que tener un conocimiento íntegro del paciente y aparte de todo, tienes un montón de mensajes constantes por parte de otros profesionales en relación a ese paciente. Entonces, no es una profesión que tú llegas, haces lo que tienes que hacer, lo que tienes pautado para ese día y ya está” (EESTM: 12, 24).

Como se explica previamente, el mayor número de conflictos surge con el colectivo médico, en opinión de la mayoría de los entrevistados, muchas veces por factores culturales, y otras por el poco conocimiento que tienen de las funciones de enfermería, lo que genera conflictos en el entorno de trabajo, que podrían dificultar el desarrollo del *engagement*:

“Yo creo que el colectivo médico. (...) Yo creo que hay ahí un factor cultural tal vez, que yo creo que se está diluyendo, hay como un escalón, incluso social, pues que

bueno, no se consideraba la relación de compañeros sino de subordinado” (EEMH: 26, 26).

“En los médicos, muchas veces pues porque son egocentristas, es él, yo, porque lo digo yo. Muchos no admiten lo que tú crees que va a ser bueno para el paciente. (...) Y por otro lado, tenemos las auxiliares, pues que... yo creo que muchas veces se escaquean y también las enfermeras no sabemos a veces decir lo que... ponernos en nuestro lugar (...). Entonces allí es un conflicto muy gordo” (EESTM: 16, 24).

Así mismo, algunos participantes reflexionan que: “Si tú hablas con ellos te dirán que sí hombre, la enfermera es fundamental, mientras no me llame tres veces por la noche, para decirme que tiene que poner un calmante y no lo firme. (...)” (EESTM: 240, 24).

Por último, las relaciones entre compañeros de profesión y el compañerismo, o más bien su ausencia, puede generar estrés en opinión de los entrevistados, lo que podría favorecer la aparición del síndrome de *burnout*, y dificultar el desarrollo del *engagement*:

“Es que es fundamental el compañerismo en este trabajo, porque sino... Es lo que dice F, si no hay compañerismo, entonces es cuando te estresas (...), sino tienes apoyo de tus compañeros, pues es que pasas estrés, claro” (GD5D: 51, 24).

5.2.1.3.2.- Relaciones con los pacientes. En cuanto a las relaciones con los pacientes, existe un amplio consenso entre los entrevistados respecto a que, el contacto continuo con la enfermedad y sus características actúa como factor exclusor, lo que podría favorecer la aparición del síndrome de *burnout*, debido a la proximidad con el sufrimiento de los otros:

“Pues mira, en primer lugar, el contacto directo con el paciente, el paciente con sus circunstancias (...), porque claro, cuando tú estás enfermo: tú carácter cambia, tus expectativas de estar en el hospital cambian, la intransigencia que puedan tener hacia el tratamiento que le estamos dando, etcétera” (EESTM: 10, 25).

“Y luego claro, el trato con la enfermedad (...), con los problemas sociales. Si eres un poco, sea lo que sea, con que seas un poco mínimamente agradable con las personas o que tengas un poco de empatía, pues te cuesta mucho, con lo cual psicológicamente también te toca” (EESMA: 35, 25).

Así mismo, actúa como factor excluyente las competencias profesionales, al ser el profesional de enfermería el que se mantiene un contacto continuo con el paciente y sus circunstancias, siendo el principal objeto de sus demandas, lo que podría favorecer la aparición del síndrome de *burnout*:

“(...) Porque en planta tienes ahí al paciente con esa persona e igual tú le estás viendo que está bien, no sé qué, y de repente ese familiar pues te manda una serie de cosas que tú igual como enfermera dices “esto no es así” y recanalizarlo... Y muchas veces igual tú, como enfermera, no tienes la potestad para poder informar o decir o hacer, (...) y hay gente que le dices pues mira mañana pregúnteselo al médico y hay gente que sí y otra gente pues que se lo toma a mal...(...)” (GD2A: 105, 25).

En esta línea se manifiestan otros entrevistados, que estiman que los pacientes emplean a los profesionales de enfermería como elemento al que referir todas sus quejas, lo que podría dificultar el desarrollo del *engagement* entre los trabajadores:

“(…) lo que pasa es que también somos el pozo de vertido de todas sus quejas. Se quejan de todo, se quejan de pues fíjate de la auxiliar que llevo llamando media hora y que no me ha puesto la cuña ahí (...), o fíjate el médico que es un descarado que fíjate que es un sinvergüenza y por qué no viene (...). Y cuando viene el médico: sí, sí, sí, sí, sí...” (GD4C: 164, 25).

5.2.1.3.3.- *Relaciones con los familiares de los pacientes.* En cuanto a las relaciones con los familiares de los pacientes a los que atienden los profesionales de enfermería, surge de forma llamativa el hecho de que ocurran agresiones hacia los profesionales sanitarios por parte de los familiares, y cómo esto actúa como factor exclusor, que podría favorecer el desarrollo del síndrome de *burnout* entre los profesionales: “En algún caso, se ha llegado incluso a la agresión por parte de un familiar hacía el personal sanitario, que por desgracia en los últimos años se ha producido un incremento de este tipo de situaciones” (EEDH: 32, 25).

En las relaciones entre los familiares de los pacientes y los profesionales de enfermería, también se observan cambios importantes en opinión de los entrevistados, ya que ha aumentado el nivel de exigencia y demanda, lo que provoca una sobrecarga entre los profesionales y un peor clima de trabajo: “Sino que ahora son como más exigentes y más demandantes. (...) El familiar es demandante, porque todos en general, la sociedad se piensa que tiene derecho a todo. Obligaciones mínimas, pero derechos a todo” (EESMA: 37, 26).

Por último, los entrevistados piensan que los familiares y pacientes valoran la profesión, pero no conocen cuales son las funciones de la enfermería, ni la valoran al mismo nivel que otras profesiones, lo que podría actuar como factor exclusor promoviendo el desarrollo del síndrome de *burnout*:

“(…) yo creo que los pacientes nos valoran mucho como tal, pero realmente el que cura, el que me va a hacer algo mejor es el médico, o sea eso está preconcebido por la sociedad. (…) En vez de decir es tan importante la enfermería como la medicina, pues la gente piensa que no, primero me curarán y luego ya me cuidarán (...). Yo pienso que la enfermería sí, que es como mucho más maternal, (...) es lo que nos ha hecho a nosotras no dar a la sociedad ver que los cuidados son tan importantes como curar a la gente” (GD2A: 468, 26).

5.2.1.3.4.- *Valoración social.* De forma similar a lo reflejado anteriormente, de forma mayoritaria los entrevistados manifiestan que existe un desconocimiento social de la enfermería, lo que provoca una falta de reconocimiento que podría actuar como factor predisponente a padecer síndrome de *burnout*:

“que hacemos todo lo posible y que muchas veces no se nos reconoce. Ni a nivel social, que yo creo que es muy importante, ni a nivel empresarial. (...) Por ejemplo la productividad (...), se nos paga a todo el mundo igual. ¿Eso es justicia? No” (EESTM: 74, 27).

Así mismo, existe un sentimiento de falta de reconocimiento por parte de otros profesionales que forman parte del equipo multidisciplinar, lo que también podría dificultar el desarrollo del *engagement*:

“Hasta ahora lo que no se ha hecho es un reconocimiento social, no se ha hecho un reconocimiento político y no se ha hecho un reconocimiento dentro de estos excelentes sistemas de salud y todos estos gestores que tenemos tanto enfermeros

como médicos y tal, son incapaces de reconocer el trabajo que hace la enfermería“
(EEPH: 50, 27).

Como se puede observar, este reconocimiento también se asocia a los sentimientos de ser tratados de forma injusta, es decir, a que en el entorno laboral no se premia cuando trabajan bien, ni se sanciona cuando lo hacen mal, lo que podría favorecer el desarrollo del síndrome de *burnout* entre los profesionales de enfermería:

“El reconocimiento, el que todo el mundo tengamos ahora la sensación de que da igual cómo trabajes, trabajes bien o trabajes mal, da igual, si es que nadie te va a decir nada, porque pasa todo desapercibido, y es que eso es muy triste” (GD4A: 242, 27).

5.2.2.- Dimensiones transformadoras. En las líneas siguientes se van a exponer aquellas reflexiones y discursos que se consideran transformadores, es decir, que dificultarían el desarrollo del síndrome de *burnout* entre los individuos, y favorecen el desarrollo del *engagement* en el entorno laboral.

5.2.2.1.- Variables sistémicas o estructurales. Dentro de las variables sistémicas o estructurales se encuentran aquellas pertenecientes a la organización, la burocratización, el entorno físico, el rol gestor, el rol dependiente, y las competencias profesionales.

5.2.2.1.1.- Organización. Cuando se habla de aquellas variables pertenecientes a la organización, se observa que los individuos entrevistados valorarían positivamente la posibilidad de disponer de profesionales que les ayuden a gestionar sus sentimientos cuando la situación les supera, como psicólogos o terapeutas preparados para ello: “A ver yo creo que también que si un día estás superado o cualquier cosa pues que tengas un psicólogo o que tengas un esto de decir... pues mira estoy tocada con esto y necesito ayuda” (GD2A: 387, 10).

Además de esto, las posibilidades de mejora dentro del campo de la gestión que observan los entrevistados es muy amplia, desde la necesidad de un pacto nacional sobre sanidad para que las normativas y bases fundamentales no se modificaran constantemente: “Ya a nivel político hacer un gran pacto por la sanidad donde ciertas cosas que son los pilares que la sostienen pues se mantuvieran a lo largo del tiempo indistintamente en la administración que estuvieran” (EEDH: 112, 10).

Siguiendo por una profesionalización en el ámbito de la gestión, donde gestores profesionales podrían buscar un mayor beneficio para el conjunto, lo que podría fomentar el desarrollo del *engagement* entre los profesionales:

“(…) si nuestro gestor económico fuera un economista, sabría qué cosas son beneficiosas para la empresa y cuáles no, o sea, qué es rentable hacer, qué es más rentable alquilar los aparatos o comprarlos, qué es más barato, qué nos sale mejor (…)” (EESCM: 64, 10).

Sin embargo, esta opinión no es compartida por otros profesionales, que creen que un gestor perteneciente a una profesión sanitaria es beneficioso ya que conocen el trabajo que se realiza de forma más profunda, y no sólo mediante números, mientras que aquellos gestores puramente económicos desconocen las raíces del mundo sanitario: “Para mí es beneficioso porque no pierdes el rumbo, no pierdes el norte ¿no?” (GD5D: 409, 10).

De forma intermedia entre ambos discursos, surge la figura del profesional sanitario formado en gestión como gestores idóneos en opinión de los entrevistados, debido a que conocen el ámbito de trabajo, y tienen conocimientos extensos en gestión sanitaria, lo que aumenta la unión del colectivo, y, por tanto, fomenta la aparición del *engagement* entre los profesionales: “Un cambio en estos organismos que nos representan, o por ejemplo en las direcciones de enfermería, es decir, unas direcciones de enfermería más profesionalizadas, nos unirían más como profesión” (EESCM: 189, 10).

Así mismo, en las entrevistas y grupos se sugiere que, si los gestores o jefes de unidad fueran elegidos por los profesionales a los que van a gestionar, esto aumentaría el vínculo entre ellos, aumentando los sentimientos de unión del colectivo, y por tanto, evitando la aparición del síndrome de *burnout*: “Sí, porque es una persona que conocemos, que confiamos,…” (GD5B: 1290, 10). O bien: “Alguien que no está impuesto, cierto” (GD5D: 1291, 10).

Esto queda patente mayoritariamente, ya que se observa la necesidad que tienen los profesionales de enfermería entrevistados de tener líderes profesionales que los guiaran u orientaran, aunado a la transparencia en la gestión, lo que podría promover el desarrollo del *engagement* entre los profesionales de enfermería: “(...) Es que tendría que existir igual líderes de..., crear líderes de enfermería que hicieran, entre comillas, el trabajo de guiarnos u orientarnos” (GD2B: 415, 10).

En esta línea manifiestan: “A mí me parece eso fundamental, el liderazgo en una profesión...” (GD4A: 333, 10). Y además reflexionan: “Sumándole la transparencia de todas las gestiones que hay” (GD2B: 421, 10).

Por otro lado, los entrevistados plantean que, desde la administración o la organización, se deberían fomentar los sentimientos de pertenencia, para que los profesionales tuvieran un mayor conocimiento de las características de la misma, ya que además tienen una doble característica de usuario y cuidador:

“Se tendría desde la administración, quizás se tendrían que hacer programas, publicitar de alguna manera para que la gente tuviera la sensación de que forma parte de una empresa que está prestando unos servicios sanitarios de los cuales a la vez somos usuarios y que bueno, lo estamos haciendo con dinero público, que cuanto mejor lo hagamos mejor funcionará todo y mejores prestaciones recibiremos” (EEDH: 92, 10).

Estos sentimientos de pertenencia se fomentan, en algunos casos, con el fin de hacer sentir a los profesionales parte de la empresa, intentando promocionar de esta manera los sentimientos de *engagement*:

“Pues un poco de sentimiento de grupo, (...) tiene ese tipo de cosas como muy vinculantes, código de conducta, documento cultural de empresa, una serie de cosas pues que bueno, al fin y al cabo, te hacen sentir parte de, somos parte de una familia de 4.000 empleados y que todos tenemos que ir en la misma dirección y bueno, pues te marcan una serie de, pues que marca el trabajar todos a una” (EEMH: 68, 10).

Además de esto, los entrevistados sugieren que, si los trabajadores conocieran en qué consiste la gestión, las herramientas que usa y los parámetros que mide, tendrían una mayor conciencia a la hora de trabajar, y por lo tanto se podría fomentar el compromiso dificultando el desarrollo del síndrome de *burnout*:

“(...) sí cada profesional de la sanidad pública supiéramos lo que vale lo que usamos, como pasa en la privada, tendríamos otra conciencia, (...) porque poco o mucho, todos tiramos y ese dinero es de todos, y ese producto lo pagamos todos” (EESCM: 80, 10).

“pues a lo mejor la gestión es cuestión de conocerla, de que se diera a conocer y dijeran aquí estamos, para esto, para esto y para esto. (...) Que te transmitieran un poco más reales las cosas” (EEAPM: 126, 16).

Por otro lado, existe un amplio consenso en cuanto a la posibilidad de trabajar por objetivos, con el propósito de conseguir un reconocimiento profesional que mejorara la implicación de los individuos, hecho que ya se plantea desde los niveles más altos de gestión dentro de la administración pública como herramienta para que los individuos se sientan tratados de forma más justa:

“Yo creo que tendríamos que trabajar a parte de por la nómina, por objetivos, y cada objetivo conseguiríamos un ascenso, no profesional, sino un reconocimiento, tal, ¿sabes? Bilbao tiene un sistema muy bueno (...). Trabajan por objetivos, y les revisan el trabajo de cada profesional, y recompensan, has cumplido los objetivos, congreso de formación, o curso de... Y la gente se implica mucho más” (EESCM: 206, 10).

“El servicio aragonés de la salud, se está planteando que cada unidad debe tener unos objetivos, que no puede todo el mundo percibir los mismos incentivos, el que se ha esforzado más y el que se ha esforzado menos” (EEDH: 82, 10).

Desde hace un tiempo, se trabaja en esta tendencia desde la administración pública mediante la carrera profesional, de forma que aquellos que más se implican con la empresa mediante docencia, publicaciones, etc., tienen una recompensa económica, lo que podría fomentar los sentimientos de *engagement* dentro del entorno laboral:

“Porque ahora se está aplicando, para alcanzar el nivel tres, se tiene en cuenta el compromiso con la empresa, la docencia, las publicaciones, (...). Y la gente se está dando cuenta que, si quiere cobrar quinientos euros más, o doscientos o cien, tiene que hacerlo. Por lo tanto, sí que esas medidas, generan compromiso con la empresa” (EESTM: 224, 10).

En esta misma línea, se observan intervenciones que indican que, desde algunas unidades de trabajo, se fomenta la realización de trabajos e investigaciones para que los profesionales estén más contentos y se fomente el compromiso: “Entonces, hombre yo creo que si se hacen

cosas y que desde las unidades se fomenta que la gente haga trabajos para que éste más contenta consigo misma, publique...” (EESTM: 58, 10).

Esta forma de reconocimiento del trabajo habitual debería de acompañarse, en opinión de la mayor parte de los entrevistados, de un reconocimiento por parte de los superiores, que en muchos casos no es necesario que sea de forma material, sino simplemente reconocer el trabajo bien realizado, o facilitar que los días libres de los que disponen los trabajadores puedan cogerlos cuando ellos realmente los necesiten: “...o simplemente el decirle a una persona que trabaja bien “oye, estamos verdaderamente contentos de cómo está saliendo el trabajo en la unidad” (EESMB: 186, 10). Otros reflexionan que: “Y el poderle dar los días, cuando realmente la gente lo pide. Es cuando la gente lo agradece” (GD1C: 603, 10).

Además de esto, existe un amplio consenso respecto a la necesidad de gestores o jefes cercanos, que mejoren los sentimientos de accesibilidad, y consecuentemente de pertenencia a la organización, lo que podría dificultar el desarrollo del síndrome de *burnout*:

“(...) Según que supervisiones intermedias lo del reconocimiento, supervisoras de tardes y noches, yo personalmente en general, súper bien respaldada (...). Te quiero decir, que te dicen lo que te tienen que decir, pero están contigo” (GD4B: 316, 10).

“Sí, porque sabes que está ahí, que si tú le respondes ella te va a responder. Hay supervisoras que no” (GD2B: 438, 16).

En referencia a la gestión del tiempo, existen opiniones encontradas, ya que algunos entrevistados querrían que existiera algún método de control del horario de los trabajadores para

mejorar el sentimiento de justicia, y otros profesionales valoran que cada persona debe conocer y cumplir sus horarios de forma autónoma:

“Ojalá ficháramos” (GD2A: 173, 10).

“Pues yo ni eso, yo creo que cada persona tiene que saber su horario de trabajo y yo tengo que cumplir mi horario (...)” (GD2B: 177, 10).

Al referirse a la gestión del tiempo en relación con otros profesionales, surge de forma constante cómo el hecho de fomentar el trabajo en equipo, y la realización de reuniones de equipo, mejoraría los tiempos de cada profesional para ejercer sus funciones, y mejoraría los cuidados realizados, lo que podría ayudar a promover el *engagement* y dificultar la aparición del síndrome de *burnout*: “Si fomentáramos el trabajo en equipo, todos sabríamos que es que cada uno tiene una parcela en ese trabajo. Y que tiene también que tener tiempo para hacerlo” (EESMB: 110, 10). En esta línea los participantes reflexionan: “no sé si en las plantas hacen reuniones de equipo. De por las mañanas, juntarse ¿no?” (GD5B: 974, 10).

En esta línea, además, se apunta por parte de los entrevistados la importancia que a nivel profesional tendría el hecho de que las direcciones médica y de enfermería tuvieran el mismo peso, lo que facilitaría el desarrollo del trabajo diario, y disminuiría los sentimientos de desigualdad entre los profesionales: “Pues en primero lugar, como hemos dicho que las direcciones tuvieran el mismo peso y se hablaran de tú a tú” (EESMB: 237, 10).

Otras herramientas sugeridas por los entrevistados para reducir el estrés de los profesionales y mejorar la conciliación laboral, son la existencia de guarderías dentro de los centros de trabajo, lo que podría promover el desarrollo del *engagement*: “La gente que tiene

cargas familiares, el tener una guardería en el centro de trabajo, es que aliviaría un montón ese estrés de las madres” (EESCM: 108, 10).

En relación al tamaño de los centros, los entrevistados manifiestan de forma mayoritaria que los centros más pequeños son más accesibles y más cómodos para trabajar, lo que podría provocar el desarrollo del *engagement*, y dificultar el desarrollo del síndrome de *burnout*: “Yo creo que este hospital tiene un tamaño lo suficientemente accesible, sí, para no irse de las manos. (...) Pero sigues pudiendo llamar: oye por favor, B, ¿no? (...)” (GD3C: 372, 10).

De igual manera, otros participantes valoran que: “Es más cómodo para trabajar un hospital pequeño, mucho más cómodo para ti y para el paciente, con lo que ya no tienes unos enfrentamientos que aparecen en los hospitales grandes” (GD3B: 377, 10).

Así mismo, el tamaño de la ciudad también influye, en opinión de los entrevistados, ya que las ciudades más pequeñas presentan menores estresores, lo que podría ayudar al fomento del *engagement* entre los profesionales: “Es determinante que sea un sitio pequeño, y luego nuestra calidad de vida también, yo creo que la calidad de vida...” (GD3D: 396, 10).

A nivel de los órganos de representación, en opinión de los entrevistados, el colegio de enfermería podría fomentar la unidad del colectivo mediante medidas sencillas, como cursos de formación innovadores o cenas colectivas, o el fomento de la publicidad de la profesión para que la sociedad la conociera más y mejor:

“Aunarlos y agruparlos por la forma de trabajar y yo creo que con esa formación el colegio podría hacer muchas cosas, desde una cena para juntarnos(...), o agruparnos

en algo para saber a donde tienen que llegar o las nuevas formas de salud mental, o las nuevas formas de..., ser punteros (...)" (EEAPM: 174, 10).

"Pues que los colegios trabajaran más en dar a conocer lo que es hoy enfermería, porque hoy enfermería no es lo mismo que hace cuarenta años, claro, la sociedad es muy comodona o muy lenta en asimilar los cambios" (EEMH: 164, 10).

A este nivel, también se podría considerar la creación de puntos de referencia y unidad profesional, donde los trabajadores pudieran presentar sus quejas, y que éstas llegaran hasta los gestores sanitarios, lo que facilitaría los canales para expresar quejas o propuestas, y poder plantear soluciones en opinión de los trabajadores, lo que podría evitar la aparición del síndrome de *burnout*: "Yo creo que no hay un sitio donde te puedas quejar y que se entere el resto de la gente" (GD5F: 1021, 10).

En cuanto a la gestión de los horarios, los entrevistados opinan que la existencia de turnos fijos, elegidos en la medida de lo posible por los trabajadores, podría facilitar el trabajo diario, y fomentar el *engagement*:

"(...) En los sitios donde hay turnos fijos está... (...) Pero vamos, está funcionando. Los sitios en donde está, está funcionando. Y, de hecho, en el turno de mañana está la gente que ya no quiere hacer noches y en el turno de noches está la gente joven que necesita pagarse el piso. Entonces, igual es una solución" (GD1C: 616, 11).

Además de esto, los entrevistados también sugieren la posibilidad de librar más fines de semana para mejorar la conciliación familiar y laboral, ya que en la actualidad, en algunos servicios, se libran muy pocos, lo que podría promover la aparición del síndrome de *burnout*: "Es

que libro uno de cada seis. Uno de cada seis. Y entonces a mi me parece que eso es una lacra...” (GD5B: 866, 11).

Por otro lado, la turnicidad es un hecho muy asumido por los profesionales de enfermería desde que inicia su vida laboral, que en ocasiones, se valora como beneficioso, fundamentalmente entre aquellos profesionales más jóvenes, así como el hecho de que existe una gran independencia entre la vida laboral y la vida privada:

“No, yo creo que eso es de lo primero que aprendes cuando entras en tu profesión, lo tienes muy asumido” (GD1C: 290, 11).

“Y hasta le sacas el lado bueno” (GD1D: 291,12).

“Tú llegas, haces tus horas de trabajo. Que eso es algo que yo siempre he valorado mucho en nuestro trabajo. Llegas, cumples tu horario, te marchas y te marchas” (GD5D: 544, 11).

A nivel del manejo de las cargas laborales, en opinión de los entrevistados, esto se solucionaría con la contratación de más personal, y con la valoración de las cargas no únicamente por el ratio paciente/enfermera, sino también valorando la calidad y necesidad de atención de los pacientes atendidos:

“Yo creo que contratando a más personal” (GD2A: 430, 12).

“Y luego esto de las cargas que intentarían contar de alguna otra forma” (GD4B: 547, 12).

En cuanto a la estabilidad laboral, de forma mayoritaria, los entrevistados sugieren como elemento transformador que favorecería el *engagement* de los profesionales, que el sistema de provisión de plazas de trabajo dentro del sistema sanitario público funcionara mejor, disminuyendo el trabajo temporal, convocando las plazas fijas con mayor frecuencia, y con una

gestión de contratos más eficaz, que evitara la movilidad constante de los profesionales con lo que esto implica para los pacientes y usuarios:

“Pues sacando las listas de plazas fijas” (GD2B: 335, 13).

“A la hora de dar os contratos también podrían tener un poquito más... que no vayas cambiando (...).Es que de repente, de un día para otro te llaman a trabajar para Honolulu y es que tienes que tener... Ósea... pfff. Y a mí por lo menos me estresaba” (GD5F: 899, 13).

Sin embargo, de forma contraria, algunos entrevistados, fundamentalmente aquellos con contratos temporales, valoran que la menor estabilidad laboral con contratos temporales es mejor para su vida diaria que el hecho de tener una plaza fija. Así mismo, en opinión de otros entrevistados, es bueno moverse cada cierto tiempo dentro de los servicios de la organización, con el fin de evitar rencillas entre los profesionales, continuar aprendiendo y no estancarse a nivel profesional: “Hombre yo no tengo plaza A, pero sí tengo estabilidad, fíjate si al final me saco plaza no viviré tan bien de lo que estoy viviendo ahora” (GD4B: 420, 13).

En esta línea, algunos participantes reflexionan que: “Es bueno moverse, pero con una cierta estabilidad, eso sería lo perfecto. Cuatro, cinco añicos, cambio. Zas. Rápido. Cuatro cinco añicos y ya está. Tú estabilidad tal, pero ir cambiando. Eso es lo perfecto” (GD5D: 500, 13).

5.2.2.1.2.- *Entorno físico.* En cuanto al entorno físico, tal y como se reflejaba anteriormente, en opinión de la mayor parte de los entrevistados, el tamaño del centro de trabajo y de la ciudad donde se trabaja actúa como un elemento transformador, al reducir las cargas asistenciales y la despersonalización, así como la facilidad de acceso al centro de trabajo, lo que promovería la aparición del *engagement*:

“Mi teoría pues tal vez es población pequeña donde todavía las personas (...) no están despersonalizadas, con lo cual tú atiendes a unos hospitales descomunales, que hay muchísima gente en una planta y muchos profesionales y no dejan de ver números. (...) Claro, somos una población pequeña, con hospitales pequeños, con carga teórica pequeña, entonces eso favorece que veamos a las personas como personas. Entonces yo creo que eso te ayuda a que te involucres” (EEMH: 96, 14).

“Yo creo que cuando sales de aquí no tienes estrés, te relajas, te puedes ir andando a un sitio, a otro... no coges colas al conducir, no pierdes que sales a casa y vuelves por la mañana, y sales por la noche...” (GD3B: 397, 14).

Además de esto, en opinión de alguno de los entrevistados, en el entorno de realización del estudio se fomenta más la formación post-universitaria, lo que conlleva un mayor empoderamiento profesional en relación a otros lugares, fomentando la aparición del *engagement*:

“Yo estoy pensando porque últimamente me he codeado mucho con profesionales de otros lugares de España y yo lo que veo, (...) es que a pesar de todo tendemos a formarnos más que por lo menos en otros lugares (...). Allí hay profesionales de enfermería que no sabían que se podía hacer una tesis, no sabían muchas cosas que yo creo que aquí igual está un poco más asumido ese aumento de poder de la enfermería, empoderamiento” (GD2D: 368, 14).

5.2.2.1.3.- *Burocratización*. Cuando se hace referencia a la informatización y la burocratización del trabajo diario, los entrevistados opinan que en la actualidad, esto genera más trabajo entre los profesionales, pero que se debe a la reciente implantación de los sistemas

informáticos, que tras un periodo de adaptación adecuado repercutirá de forma positiva, facilitando el trabajo de los enfermeros y ayudando a promover el *engagement*:

“... pero yo creo que a la larga todas estas herramientas que ahora nos están costando mucho, porque tenemos que hacer mucho trabajo extra para organizarlo todo, llegas a un hospital que no tienes protocolos y de los que hay que currar mucho..., pero luego va a ser muy beneficioso (...)” (EESCM: 96, 15).

Por otro lado, los entrevistados estiman que para facilitar este proceso de informatización se debería de incentivar e involucrar más a los profesionales, hacer los programas más prácticos e intuitivos, y implantar los mismos programas en las diferentes unidades para disminuir la variabilidad: “Eso también supone que cuesta un trabajo extra laboral, y allí es donde a lo mejor nos tendrían que incentivar más, y formar mejor” (EESCM: 98, 15). Otros participantes valoran que: “Y hacerlo práctico y.... intuitivo” (EESMA: 335, 15). E incluso: “Que el programa no lo tienen que hacer un informático sin una enfermera al lado” (EESMA: 325, 31).

En otra línea, los entrevistados consideran que sería interesante la presencia de personal administrativo que transcribiera datos, y realizara las funciones puramente administrativas que realiza la enfermería, aunque esto podría estar reñido con la protección de datos de carácter sanitario:

“La enfermera, vale, puede tener que coger muchos datos y pasarlos a la informática, y porque no, donde se dota un sistema, donde se dota una secretaria, un administrativo para que pase los datos, ¿por qué los tiene que pasar la enfermera?” (GD3B: 61, 15).

5.2.2.1.4.- *Rol gestor*. Cuando se hace referencia al rol gestor dentro de la enfermería, los entrevistados valoran como factor transformador el hecho de que los trabajadores se formen en capacidades de liderazgo, y aprendan a delegar funciones de forma efectiva, lo que podría dificultar la aparición del síndrome de *burnout*: “Mejorar las capacidades de liderazgo” (EESTM: 164, 16).

“(…) Pero ése es nuestro trabajo, te quiero decir que tienes que saber aprender a decirlo y aprender a mandarlo y aprender a controlarlo y si no lo hacemos mal. Estamos haciendo, algo estamos haciendo mal” (GD1C: 164, 18).

En esta misma línea, los entrevistados valoran que podría actuar como elemento transformador el cambio en la forma de trabajar y que estuviera organizado de forma consensuada entre los trabajadores, y no impuesto desde los puestos directivos: “Pues es que a lo mejor hay que cambiar la forma de trabajar” (GD4A: 77, 16).

5.2.2.1.5.- *Rol dependiente*. Al referirse al rol dependiente, los participantes estiman que actúa como elemento transformador el hecho de que exista un menor servilismo para con otros profesionales, especialmente los médicos, lo que podría favorecer la aparición del *engagement*: “Hay menos servilismo” (GD5E: 68, 17).

5.2.2.1.6.- *Competencias profesionales*. La última de las variables sistémicas analizadas son las competencias profesionales, donde existe un amplio consenso entre de los profesionales entrevistados respecto a que actuaría como elemento transformador el hecho de aumentar los sentimientos de orgullo profesional, tanto a nivel individual como a nivel colectivo, así como mejorar la visibilidad social de la profesión:

“Tenemos que empezar a estar orgullosos de nuestra profesión, orgullosos de nuestra titulación y contentos con el éxito profesional y académico que tenemos. Empieza por uno mismo, no esperen que nosotros podamos dar lo que uno no se cree que tiene” (EEPH: 72, 18).

Algunos participantes reflexionan que: “Yo creo que tenemos que trasladar a la sociedad es enfermera/enfermero y explicarle realmente lo que hace la enfermería, en eso quizás fallamos la enfermería, de que la población conozca realmente todo lo que hacemos” (EEDH: 54, 18).

Para mejorar esta visibilidad de la profesión, los entrevistados proponen la utilización de organizaciones como el colegio de enfermería, desarrollando proyectos a nivel local que permitan que los clientes y usuarios conozcan más y mejor a los profesionales de enfermería:

“Vamos a desarrollar un proyecto de enfermería y sociedad con A, vamos a ir al Ayuntamiento (...) y el proyecto que queremos desarrollar es para la edad media, de 40 a 70 o así, que son los que van a las escuelas de mayores, los que ya tienen problemas de salud, que nadie les explica bien como llevar la adherencia al tratamiento, como hacer la compra, a los migrantes y a los inmigrantes como adaptarse a nuestra cultura, todo lo que es educación para la salud, (...) y yo creo que allí nos vamos a ver mucho” (GD4A: 401, 18).

Por otro lado, en opinión de los entrevistados, sería interesante conseguir hablar con el resto de profesionales en un plano de igualdad, para lo que es imprescindible conocer las funciones propias y ajenas, y no realizar aquellas actividades que pertenezcan a otros colectivos. Para esto sería imprescindible el desarrollo de normativas que especificaran claramente cuáles son las funciones de cada colectivo: “Hablar en un plano de igualdad, muy bien. Me gusta esa

palabra. No sé, yo creo que es muy importante, vamos para mí es muy importante” (EEAPM: 160, 18).

En esta línea otros participantes valoran que: “Pues teniendo claro, (...) pues las competencias de cada cual pues son equipos multidisciplinares que se conviven distintas profesiones, pues ahí hay una serie de límites, que no tienen que ser frontera, sino que se complementan” (EEMH: 40, 18).

“Yo creo que la enfermería como profesión tiene muy claro hasta dónde puede llegar y sus competencias respecto a su formación, otra cosa es que no hay una legislación o una normativa, o una organización de los centros de trabajo que especifique claramente, pero como enfermería ha sido muy reivindicativa y ha conseguido mucho, yo creo que sí que lo tiene claro, los otros colectivos no sé cómo nos tienen...” (EEMH: 42, 18).

Pese a lo anterior, en opinión de los entrevistados, la relación con el resto de profesiones ha cambiado debido a los propios cambios que ha tenido la profesión enfermera, reclamando su sitio dentro del equipo profesional y su capacitación, lo que podría ayudar a fomentar el *engagement*:

“Se implican más. (...) Nosotros yo creo que también nos lo creemos más y lo argumentamos más con el médico. Yo ahora, damos nuestra opinión, no acatamos las órdenes, entre comillas “Sí, señor, lo que usted diga”. Si no, lo leemos, nos lo planteamos, esto no puede estar así, no puede haber un error, no lo podemos renegociar de otra manera, estás seguro de que esto es así” (GD5B: 90, 18).

5.2.2.2.- Variables referidas a los sujeto. En relación a las variables relacionadas con el sujeto, se encuentran aquellas referidas a las características personales, la experiencia profesional, la personalidad, la formación y la implicación.

5.2.2.2.1.- Características personales y experiencia profesional. En cuanto a las características personales, se observa que, los entrevistados de mayor edad, estiman el hecho de no tener cargas familiares como elemento transformador, ya que aumenta la motivación y la implicación, por lo que mejorar la gestión de estas cargas provocaría que aquellos que las tienen aumentarían la implicación, la motivación y el compromiso o *engagement*: “Hay más motivación entre los más jóvenes porque sobretodo no tienen cargas” (GD1D: 33, 28).

Otros participantes valoran que:

“Si quiero que alguien se implique en algo fuera del horario laboral o en algo que no es estrictamente su labor asistencial, tiene que ser gente, o que es joven y no tiene hijos, o gente que ya es mayor y a los...” (GD1D: 44, 28).

Por otro lado, el hecho de ser mayor implica, en opinión de los entrevistados, una mayor capacidad para separar la vida laboral de la personal, de manera que existe una mayor protección psicológica, y un menor riesgo de padecer síndrome de *burnout*: “Yo, por ejemplo, sí que ahora veo que hace 10 años cuando empecé, no significa implicar... me afectaban más las cosas de lo que me afectan ahora, no quiere decir que no te impliques emocionalmente con el paciente” (GD3C: 102, 28).

En esta misma línea, se observan discursos de los entrevistados que abogan por una mejor separación entre la vida privada y la laboral, dada en muchas ocasiones por la experiencia

profesional, pero en la que podría formarse a los trabajadores, con el fin facilitar el cuidado, y fomentar la protección psicológica individual:

“Yo creo que lo separo muy bien y además creo que debe ser así, porque yo creo que debe ser así, porque yo tengo mi mochila personal familiar, y no la tengo que cargar con la mochila de nadie más, y entonces, además, tengo que estar en buenas condiciones para en mi trabajo poder desempeñarlo correctamente, porque si estoy tan implicada emocionalmente con esos pacientes, (...), yo no lo cuidare (...)” (GD3D: 112, 29).

5.2.2.2.2.- *Personalidad.* Cuando se aborda la personalidad del sujeto como elemento transformador que evita la aparición del síndrome de *burnout*, aparece de forma constante el término vocación, que en líneas anteriores aparecía como elemento exclusor que favorecía este síndrome, en opinión algunos de los entrevistados, ésta podría ayudar a realizar unos cuidados más integrales y favorecer la empatía: “Cuando es vocacional los cuidados son más integrales, se entiende más al paciente, te preocupas por él” (EESCM: 6, 30).

“Yo también considero que es vocacional, porque creo que enfermería tiene que tener unas cualidades, bueno enfermería..., las profesionales de enfermería tienen que tener unas cualidades que toda la gente no creo que estuviera dispuesta a trabajar con este tipo de gente que solemos trabajar nosotros... Que tenemos que tener una empatía y unas cualidades...” (GD2B: 11, 30).

De forma contraria, algunos entrevistados consideran que no es correcto denominarlo vocación sino profesionalidad, una tendencia hacia las ciencias humanas con un sentimiento de implicación social y solidaridad, no una vocación latente desde el inicio, sino que se desarrolla con el tiempo:

“Pero fue la profesionalidad, encontrar una profesión para ganarte la vida, una profesión en la que hicieras todo lo mejor que supieras y una profesión en la que de alguna forma, también eras capaz de superar cosas, de poder seguir estudiando, de tener más campos abiertos como la psicología, medicina, biología..., lo que quisieras. Entonces era una forma de empezar, era así (...)” (EEAPM: 4,30).

“Que si ya tienes la vocación, o eliges la carrera aguantas lo que te echen, porque es lo que tú has elegido, lo que te gusta, entonces, por vocación, yo creo que hay poca gente que elige la carrera de enfermería, la desarrolla, porque la tiene innata, vocación, y entonces, estudiando va desarrollándola (...) y allí es dónde pienso, que tu vocación se expande más si llegas a ser una persona querida por los pacientes o que se acuerdan de ti, y eso te da a ti mucho ánimo (...)” (GD3B: 21, 30).

Por otro lado, el humor, tener una actitud optimista y fomentarla desde el entorno laboral, se considera un factor transformador que favorece el *engagement* laboral, y dificulta la aparición del síndrome de *burnout*:

“Yo pienso que eso es positivo, o sea que los equipos..., el ver las cosas de forma positiva y ver las cosas con humor es importante porque si no..., te volverías loco. Si no fueras capaz de verle el lado positivo a todo y no todo el día enfermedades, calamidades y desastres sería...” (GD4C: 443, 30).

En esta línea, otros participantes reflexionan que: “Pero ser optimista y sacarle el lado gracioso a la cosa incluso divertida no quiere decir que no te quejes” (GD4C: 445, 30).

Como era de esperar, en opinión de algunos entrevistados, tener una actitud comprometida con el trabajo se considera eminentemente como una característica individual: “Yo creo que va con la persona, lo que te he dicho antes, que pienso que tenemos que venir un poco de casa ya con la actitud, es mi opinión” (GD1B: 407, 30).

5.2.2.2.3.- *Formación*. En cuanto a la formación como elemento transformador, se observa que los entrevistados valoran que, desde la formación pregrado, se debería fomentar el conocimiento de los límites profesionales y las competencias, para fomentar el empoderamiento, y con ello fomentar el desarrollo del *engagement*:

“(…) explicar bien los cuidados yo creo que es que eso da a la enfermera más empaque, más saber lo que es lo suyo y que lo va a hacer mejor, yo pienso que sí. Yo pienso que eso sí es importante, no sé” (EEAPM: 154, 31).

Por otro lado, existe un amplio consenso entre los participantes respecto a que la formación en comunicación con pacientes y familiares, en habilidades sociales, en relaciones interpersonales y en gestión, entre otras, proporcionaría a los profesionales una mayor capacidad para gestionar los estresores a los que se enfrentan, y dificultaría la aparición del síndrome de *burnout*:

“Se hacen cursos relacionados a cómo afrontar este tipo de situaciones, como relacionarse con los familiares, como relacionarse con los pacientes y un poco como aprender a controlar esas situaciones que en algún momento pueden resultar incluso violentas” (EEDH: 32, 31).

Algunos participantes valoran que: “Aprender habilidades sociales no como protección, sino aprender habilidades sociales para, digamos, poderle prestar un mayor confort a los

familiares y a los pacientes y a la vez evitar nosotros sufrir un burnout...” (EEDH: 38, 31). Así mismo, otros participantes señalan que: “(...) Hay unos cursos online para relaciones interpersonales, para manejo de situaciones conflictivas, sacar todos los tratos a los pacientes, tratos entre profesionales” (EEMH: 58, 31).

“Que en la carrera la gestión, la pasamos todo el mundo como nada, y yo creo que se nos debería enseñar más, y te voy a decir una cosa muy tonta, y tú, por ejemplo, cuando vas a hacer, tienes un paciente, ¿no? En aislamiento, si tú supieras algo más de gestión, gestionarías hasta tu trabajo, y tu cura, ¿no?” (EESCM: 74, 31).

Por otro lado, la mayoría de los entrevistados estiman que la formación en trabajo en equipo, así como el fomento de la investigación, también actuarían como elementos transformadores, que ayudarían a promover la aparición del *engagement*, y dificultarían la aparición del síndrome de *burnout*:

“Sí, que se podría hacer también (...) trabajo en equipo entre los profesionales. Que aumentará la confianza, que aumentará la relación, que no sé... Yo creo que eso también estaría muy bien, porque hay veces que por ejemplo a los médicos, dependiendo de qué médico que es para decirle las cosas...” (GD2B: 392, 31).

“(...) Fomentar la investigación a nivel enfermería. Es muy importante. Porque, aunque nos parezca mentira, el que se publique en trabajos, en revistas, en el medio que sea, es importante. Y además, al profesional, le abre otras miras y otras expectativas. Y bueno, la formación continuada” (EESTM: 246, 31).

Otro elemento característico de la profesión enfermera, es el cambio de turno en aquellos de atención continua 24 horas al día, 365 días a la semana. Teniendo en cuenta este acto, la dificultad que entraña, y el tiempo que se invierte en él, los entrevistados consideran que la formación en este ámbito también sería importante: “Es que yo creo que el cambio de turno debería ser eso. Ósea, decirte única, única y exclusivamente lo que no he escrito, lo demás te lo vas a leer” (EESMB: 355, 33).

“Yo creo que sería bueno separarnos. Es decir, si una se tiene que ir, o dos, al despacho de la supervisora, dos a la salita y otra se tiene que ir a la salita o a la farmacia, se va a la farmacia. ¿Qué no es cómodo? No es cómodo, evidentemente, pero sí. Pues igual habría que hacer un protocolo, un algo estandarizado. Probablemente sería bueno” (EESMA: 365, 33).

De forma general, los entrevistados manifiestan que desde la organización se debe fomentar la formación dentro del horario laboral del trabajador, y no fuera de él, así como hacerla más práctica: “Sí, porque de alguna manera, estás en tu horario laboral. (...) De la otra manera, tienes que venir, tienes que organizar tu vida que también es importante” (EESTM: 200, 31). En esta línea otros participantes reflexionan que: “Más práctico. Si fuera más práctico, pero con..., o sea lanzándote al vacío, o sea decir “sí, hay que hacerlo” hay que hacerlo para que esto salga para adelante (...)” (EEAPM: 112, 31).

Para terminar, en opinión de los entrevistados, habría que separar la formación de los profesionales de la recompensa que éstos obtienen al realizarla en la bolsa de trabajo temporal o para el acceso a la carrera profesional, ya que ésta se debería realizar para mejorar la capacitación de los profesionales y su trabajo posterior:

“Entonces yo creo que... tenemos que empezar al personal de enfermería a inculcarle la cultura de que los cursos de formación hay que hacerlos porque te interesan y porque tengan una formación práctica posteriormente en tu trabajo” (EEDH: 36, 31).

5.2.2.2.4.- Implicación. Cuando hacen referencia al compromiso y la implicación, la mayor parte de los entrevistados sugieren que esta es muy alta entre los profesionales, y que gracias a ella funcionan los servicios sanitarios, ya que ésta es para con el paciente, no tanto con la organización:

“En un porcentaje muy alto, muy alto. Y cuando digo muy alto, estamos... (...) Y que, gracias a eso, funciona muy bien la sanidad en ese país, al compromiso, fundamentalmente de la enfermería” (EEDH: 64, 32).

“Somos una profesión comprometida con el paciente, con la organización no nos comprometemos o si en un ambiente determinado” (GD4A: 617, 32).

5.2.2.3.- Variables referidas a las relaciones entre los sujetos. Por último, haciendo referencia a las variables dentro de las interrelaciones, se incluyen las relaciones entre los profesionales, con los pacientes, con los familiares de los pacientes, y la valoración social.

5.2.2.3.1.- Relaciones entre profesionales. Los elementos transformadores que encuentran la mayoría de los entrevistados en cuanto a las relaciones entre los profesionales, se refieren al fomento de la comunicación entre ellos, así como el fomento del trabajo en equipo mediante reuniones interdisciplinarias, lo que ayudaría a fomentar el *engagement*:

“Establecer líneas de comunicación entre diferentes profesionales, esto aumentaría el compromiso profesional” (EEAP: 163, 33).

“Pero bueno, también debería haber pequeñas reuniones, equipo médico-enfermero para hablar de los pacientes que llevan en común” (EESMB: 341, 33).

Así mismo, la figura de las enfermeras gestoras de casos, es decir, aquellas que coordinan el trabajo entre los profesionales y sirven de apoyo a pacientes y familiares en sus cuidados de salud, son figuras que favorecen la relación entre los profesionales: “Cuando trabajan con enfermeras gestoras de casos” (EESMB: 311, 33).

De igual forma, tal y como se ha comentado en líneas anteriores, la no realización de funciones ajenas a nuestras competencias, así como el fomento y el trabajo continuo en líneas de investigación, también se considera como factor transformador que podría favorecer la aparición del *engagement* entre los trabajadores:

“Sí llega la historia o no llega, está bien el tratamiento o no está, o te lo han puesto mal o no lo entiendes, les da igual, quiero decir, pero las enfermeras nunca hemos dicho: *venga, esto no está bien, pues no lo hacemos*. Plantarse sería la única solución, y a ver por dónde sale” (GD1A: 358, 33).

5.2.2.3.2.- Relaciones con los pacientes y sus familiares. Al abordar las relaciones con los pacientes y familiares, y las posibles medidas transformadoras que surgen en esta relación, los entrevistados consideran de forma mayoritaria que, mediante la formación y la docencia continua, así como un mayor conocimiento social de la profesión, se podría fomentar la aparición del *engagement*: “Yo pienso que eso se soluciona hablando con los familiares y explicándoles realmente cómo va el proceso. La mayoría, un porcentaje alto, lo entienden y se conforman” (EEDH: 30, 35).

5.2.2.3.3.- *Valoración social.* Por último, haciendo referencia a cómo mejorar la valoración social de los profesionales de enfermería, existe un amplio consenso entre los participantes respecto a la necesidad de una mayor publicidad profesional, para lo que puede ser muy útil el uso de redes sociales: “Contar a la población que es lo que hacemos. Que no solo damos las pastillas y ponemos las inyecciones. Y eso mejoraría el conocimiento de la gente hacía la profesión. (...) Y eso mejora el hecho de cómo nos vean los demás” (EESTM: 176, 36).

“Sí, solo hay que mirar ahora las redes sociales, sobre todo de Instagram y de twitter (...), y me estoy quedando sorprendida de famosos, cantantes, actores, periodistas, que bueno, son tan humanos como nosotros y han pasado por un proceso y agradecen públicamente y reconocen la labor de la enfermería que para ellos era totalmente desconocida, entonces, a mí como profesional me enorgullece mucho” (EESCM: 128, 36).

Para terminar, surge de nuevo el reconocimiento por parte de compañeros y superiores como elemento transformador, que evitaría la aparición del síndrome de *burnout*: “Hombre, yo por ejemplo hay veces que sí que me gustaría que me dieran una palmadita en el hombro y decir: oye, qué bien lo habéis hecho hoy, por ejemplo” (GD3C: 504, 36).

6.- Discusión

El bienestar de los trabajadores dentro del entorno laboral es parte importante de los esfuerzos de las empresas y organizaciones, siendo esto especialmente relevante entre las empresas dedicadas al cuidado de la salud. Conocer las variables asociadas al *engagement* y al síndrome de *burnout* dentro de un entorno sanitario específico, proporcionará las herramientas pertinentes para poder poner en marcha planes y estrategias que fomenten lo primero, y eviten lo segundo, de manera que se promueva el bienestar de los trabajadores, mejore la calidad de los servicios y cuidados ofertados, y disminuyan los riesgos en cuanto a la seguridad de los pacientes.

Este estudio investiga el *engagement* y el síndrome de *burnout* entre los profesionales de enfermería mediante técnicas cuantitativas y cualitativas, con el objetivo de conocer su asociación con variables socio-demográficas y laborales, así como posibles propuestas de mejora que, en opinión de los participantes, mejorarían el *engagement* en el entorno laboral, evitando la aparición del síndrome de *burnout*, y, con ello, mejorando la calidad asistencial y la salud de los trabajadores.

Los resultados recogidos en el apartado de técnica cuantitativa en cuanto al *engagement* obtenidos por el presente estudio en las tres subescalas que componen el *engagement* son similares a los obtenidos por otros estudios previos realizados en profesionales de enfermería en Italia (Fiabane et al., 2013), a excepción de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de energía e implicación, cuyas cifras son más altas en la presente muestra. Esto mismo ocurre en el estudio realizado en el sur de Suiza (Setti & Argentero, 2011), donde las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de energía e implicación son menores a las obtenidas en la muestra estudiada. Estos datos permiten verificar, parcialmente, la segunda hipótesis que se planteó al inicio de este

trabajo, ya que en ella se hipotetizaba con que los resultados que se obtendrían eran similares a los obtenidos en la literatura previa, así como cumplir el primer objetivo general planteado.

La divergencia entre los datos obtenidos en el presente estudio y los obtenidos por otros autores puede deberse a la diferencia entre las edades medias de la población como ya indicaba Mahboubi (Mahboubi et al., 2014), o a que la muestra de este estudio es de mayor tamaño. Además de esto, cabe destacar que la presencia de mayores puntuaciones en la sub-escala de energía indica, de forma contraria, unas menores puntuaciones en la sub-escala de agotamiento, dimensión central del síndrome de *burnout*, lo que muestra que los profesionales encuestados tienen una menor necesidad de distanciarse emocionalmente del trabajo.

Las diferencias entre los datos obtenidos y los de estudios previos, puede deberse también al tamaño de los centros donde se han realizado las encuestas, que tienen una capacidad menor a 500 camas, de igual manera que el 90,00% de los centros sanitarios españoles, y el menor tamaño de los centros sanitarios se ha relacionado con un menor nivel de *burnout* (Fuentelsaz-Gallego et al., 2012; Lindqvist et al., 2015). Esto mismo opinan los participantes en los grupos y las entrevistas realizadas, para los que las unidades y centros más pequeños se valoran menos estresantes, así como el tamaño de la ciudad donde desempeñan su trabajo, ya que estiman las de menor tamaño, como en la que se ha realizado el estudio, más accesibles y cómodas, lo que podrían favorecer el desarrollo del *engagement*.

Al invertir los valores del cuestionario de medición del *engagement*, y considerando este como el constructo opuesto del síndrome de *burnout* (Rodríguez-Muñoz & Bakker, 2013), obtenemos las puntuaciones obtenidas en cuanto al síndrome de *burnout*. De forma global, al utilizar los criterios establecidos por Maslach y Jackson (Maslach & Jackson, 1986), se observa que en la muestra no se encuentra ningún caso que cumpla dichos requisitos. Estos datos son muy

diferentes a los obtenidos por diversos autores que sitúan el síndrome de *burnout* en un 22,00% en una muestra de hospitales españoles (Fuentelsaz-Gallego et al., 2012), y un 2,89% en un estudio realizado en 316 enfermeras de hospitales valencianos (Grau-Alberola et al., 2010). Estos datos permiten refutar parcialmente la segunda hipótesis planteada al inicio del presente estudio, ya que los resultados respecto al síndrome de *burnout* obtenidos no son similares a los de la literatura previa. Por otro lado, estos datos permiten cumplir el primer objetivo general planteado.

Otros estudios internacionales sitúan este síndrome en un 34,00% en atención hospitalaria, y un 37,00% en atención domiciliaria en enfermeras estadounidenses (McHugh et al., 2011), un 70,00% en unidades de cuidados paliativos de hospitales tunecinos (Amamou, Bannour, Hadj, Nasr & Hadj, 2014), un 42,00% en unidades de hemodiálisis (Karkar, Dammang & Bouhaha, 2015), o un 32,80% en Unidades de Cuidados Intensivos griegas (Ntantana et al., 2017).

Cuando se hace referencia al síndrome de *burnout* sin distinción entre categorías profesionales, éste se sitúa en torno a un 34,00-37,00% en trabajadores sanitarios estadounidenses (McHugh et al., 2011), o un 17,20% en centros hospitalarios de Zúrich (Betancur et al., 2012).

En la muestra estudiada se observa que aparece un nivel medio de síndrome de *burnout* en un 3,30% de los encuestados, porcentaje menor que en otros estudios (Hooper, Craig, Janvrin, Wetsel & Reimels, 2010), donde las cifras de niveles medios-altos de *burnout* son un 82% o entre 38,00-42,00% (Karkar et al., 2015). Estos datos contrastan con los obtenidos en un estudio previo realizado en este mismo entorno, donde el síndrome de *burnout* aparece en el 31,81% (Sanjuan, Arrazola & García, 2014). Las diferencias entre estos datos puede deberse a que el

presente estudio cuenta con una amplia muestra, y en el estudio previo la muestra es menor, así como a que, en el presente estudio participan profesionales de enfermería de múltiples unidades asistenciales, y en el estudio previo participan únicamente los profesionales de enfermería pertenecientes a la unidad de Cardiología, Neumología y Neurología.

Los resultados obtenidos muestran que la población estudiada presenta un menor grado de agotamiento (el 2,10% presenta niveles altos de agotamiento), frente otros estudios realizados en territorio español (Gil-Monte, 2003), donde los niveles de agotamiento medio/alto se sitúan en un 51,00%. Otros estudios sitúan el porcentaje de agotamiento emocional entre el 22,47-24,68%, y entre el 12,03-11,08% (Fuentelsaz-Gallego et al., 2012). El hecho de que la población estudiada presente unas cifras bajas de agotamiento con respecto a estudios previos, hace pensar que en esta muestra existen variables que deberán ser analizadas de forma más profunda, ya que éstas están actuando como variables protectoras, o bien que variables consideradas como protectoras por otros autores, como el hecho de trabajar en centros sanitarios de pequeño tamaño (Betancur et al., 2012; Lindqvist et al., 2015), están actuando de forma más intensa en la muestra, como ya se comentaba con anterioridad.

Las cifras obtenidas en la sub-escala de cinismo en la muestra (el 1,70% presentan niveles altos) son menores a otros estudios realizados en territorio español, donde se sitúan en un 8,86% (Grau-Alberola et al., 2010), e incluso un 22,00% (Fuentelsaz-Gallego et al., 2012). A nivel internacional, las cifras se sitúan entre 18,80% (Pimentel Franco, Bottura Leite De Barros, Nogueira-Martins, Nogueira-Martins & Salloum Salloum, 2011), y un 28,00% (Emold, Schneider, Meller & Yagil, 2011).

La sub-escala de eficacia presenta menores puntuaciones (el 0,70% presenta niveles bajos) que los resultados obtenidos por otros autores, donde el 31,32% presenta un bajo nivel de

eficacia (Grau-Alberola et al., 2010), o estudios donde la baja eficacia se presenta en un 18,80% (Pimentel Franco et al., 2011).

Los entrevistados y participantes en los grupos de discusión valoran que, las menores puntuaciones obtenidas en las tres subescalas que componen el síndrome de *burnout*, pueden estar influenciados por el tamaño de los centros sanitarios y la ciudad donde se ha realizado el estudio. En su opinión, su pequeño tamaño los hace más accesibles, cómodos y menos estresantes, lo que podría favorecer el desarrollo del *engagement*. Por otro lado, algunos participantes meditan que el entorno en el cual se ha realizado el estudio fomenta mucho la formación post-universitaria, y que este hecho podría favorecer también el desarrollo del *engagement*, pese a que esto último no aparezca reflejado en los resultados obtenidos en las encuestas.

Como se observa en el marco teórico del estudio, el síndrome de *burnout* y el *engagement* profesional se debe en gran medida a la naturaleza del trabajo, más que a las características de cada empleado (Maslach, 2009), pero no por ello se deben desestimar sus relaciones con las variables socio-demográficas analizadas, que se desarrollan a continuación.

Al referirnos a las variables socio-demográficas, se observa, del mismo modo que en estudios previos (Berger, Polivka, Smoot & Owens, 2015; Lee, Yen, Fetzer & Chien, 2015), que la edad de los profesionales, el sexo, la sintomatología física o enfermedades crónicas, y el estado civil influyen en el *engagement* y en el síndrome de *burnout* en el presente estudio. Estas asociaciones se desarrollan de forma pormenorizada en las líneas posteriores, y su hallazgo permite verificar la primera hipótesis planteada al inicio del presente estudio, así como cumplir los objetivos específicos asociados a ella.

En cuanto a la edad, se observa que se obtienen unas puntuaciones mayores en la subescala que mide el *engagement* en aquellos individuos más jóvenes, y unas puntuaciones más altas en las subescalas que miden el síndrome de *burnout* entre los participantes de mayor edad. Estos datos contrastan con los obtenidos por otros autores, que asocian una edad menor de 30 años con mayor probabilidad de agotamiento emocional, alta despersonalización y baja realización personal (Ang et al., 2016), o bien el estudio que identifica niveles de síndrome de *burnout* alto en jóvenes de reciente titulación, y en los que la rotación no fue muy alta en el primer año (Scammell, 2016). Sin embargo, los datos obtenidos concuerdan con los obtenidos en otros estudios, donde se relaciona tener mayor edad con presentar mayores puntuaciones en las escalas que miden el síndrome de *burnout* (Ríos-Rísquez et al., 2010).

Los participantes en las entrevistas y grupos de discusión no son ajenos a esta divergencia de resultados, ya que algunos opinan que cuanto menor es la edad mayor es el estrés experimentado y menor el compromiso, mientras que otros opinan que a mayor edad mayor es el cansancio emocional, lo que hace más complejas las relaciones, menor es la motivación y mayor es el estrés.

En cuanto al sexo, el sexo femenino parece más proclive a padecer el síndrome de *burnout*, ya que presentan porcentajes mayores de niveles altos de agotamiento, cinismo y menor eficacia que en el sexo masculino, pero sin que esta relación sea clara. Esto podría explicarse ya que la experiencia de estrés parece estar más ligada a los roles sexuales que a las características biológicas (López Afrelo, 2009, p.144), o bien al doble rol ejercido por la mujer en el trabajo y en la casa como fuente de estrés (Maslach & Leiter, 1999).

De forma contraria, el sexo masculino parece asociado de forma significativa a presentar una mayor despersonalización y una mayor inclinación al absentismo laboral (Gil-Monte,

2002b), e incluso en algunos estudios se asocia a unas cifras globales de síndrome de *burnout* mayor que en el grupo de mujeres (Amamou et al., 2014). En el presente estudio, aparecen puntuaciones más altas en las subescalas de agotamiento y cinismo, y más bajas en la subescala de eficacia en el colectivo de mujeres, hecho que concuerda con la bibliografía consultada.

La mayor parte de los participantes en los grupos de discusión y entrevistas manifiestan que el sexo de los profesionales influye en las relaciones que se establecen entre ellos, con otros profesionales, y con familiares y pacientes. Además, los participantes hacen hincapié en el hecho de que la mayoría de los profesionales de enfermería sean mujeres, ya que hasta hace poco tiempo para las mujeres el trabajo se consideraba algo secundario, puesto que primero se situaba la familia y la pareja, no ocurriendo esto entre el colectivo de los hombres. En opinión de los participantes, esto estaría relacionado también con el estado civil y la conciliación familia-trabajo, ya que, en su opinión, estas facetas son difíciles de separar, y la conciliación entre ambas es compleja, lo que puede conllevar un mayor nivel de estrés en ambas y favorecer el desarrollo del síndrome de *burnout*.

En líneas posteriores se desarrollará más extensamente la importancia e implicaciones del sexo femenino dentro de la profesión enfermera, y sus posibles asociaciones con el *engagement* profesional y con el síndrome de *burnout*, al hacerse referencia a las variables del entorno laboral.

Siguiendo con el estado civil, se observa que en el presente estudio tener pareja estable se asocia con la presencia de *engagement*, ya que el 86,10% de los que presentan *engagement* tienen pareja estable, y consecuentemente, con cifras menores de *burnout*. Estos resultados concuerdan con los de estudios previos donde se asocia una menor presencia de síndrome de *burnout* entre los encuestados casados y aquellos que no lo están (Grau et al., 2005; Losa-

Iglesias et al., 2010). También en esta línea existen estudios que asocian el hecho de no tener pareja estable con padecer síndrome de *burnout* (Grau et al., 2009).

Las relaciones de las sub-escalas que componen el *engagement* con la situación laboral del cónyuge no han sido analizadas en los estudios consultados, y en los datos del presente estudio el 76,50% de los profesionales que presentan *engagement* tienen pareja en situación laboral activa. A pesar de ella, según estudios previos, la situación laboral del cónyuge parece no influir en las relaciones de pareja ni en el ambiente familiar (Parejo, Sanchez, Vazquez & Valero, 2015).

Otra de las variables socio-demográficas analizadas es el hecho de tener hijos, que en el presente estudio se asocia con la presencia de *engagement*, ya que el 67,50% de aquellos que tienen niveles altos de *engagement* tienen hijos. Resultados similares se obtienen en otros estudios (Rios-Risquez et al., 2010), y que como se explicaba con anterioridad, se debe no al hecho de tener hijos, sino al apoyo emocional que obtienen estos individuos en su entorno familiar (López Afrelo, 2009).

Como se explicaba anteriormente, los participantes en los grupos de discusión y entrevistas, refieren que la conciliación entre la vida laboral y familiar les genera estrés, lo que podría favorecer, en su opinión, la aparición del síndrome de *burnout*. Los participantes no especifican si consideran que el hecho de tener hijos puede actuar como un factor protector o predisponente frente a este síndrome.

Las variables relacionadas con los hábitos tóxicos como ser fumador, o no realizar actividades de ocio de forma habitual, se han asociado tradicionalmente a la presencia del síndrome de *burnout* (López Herrera et al., 2014). En el presente estudio, siguiendo esta misma

línea, se asocia a la presencia de *engagement* entre los profesionales el hecho de no fumar, no beber alcohol de forma habitual, y realizar actividades de ocio y físicas de forma habitual.

Cuando se abordan las variables laborales, se observan numerosas relaciones entre las variables, hecho previsible ya que, como se explicaba anteriormente, el síndrome de *burnout*, y por consiguiente el *engagement*, se debe en gran medida a las características y a la naturaleza del trabajo (Maslach, 2009). Los resultados obtenidos permiten verificar la primera hipótesis planteada al inicio del estudio, así como los objetivos específicos asociados a ella.

El hecho de trabajar en las diferentes unidades asistenciales ha sido estudiado como variable determinante para padecer síndrome de *burnout*, siendo los servicios de emergencias sanitarias los que obtienen peores puntuaciones en las escalas de medición del síndrome de *burnout*, es decir, bajas puntuaciones en *engagement* (Adriaenssens, De Gucht, Van Der Doef, & Maes, 2011), de forma contraria a los resultados obtenidos en el presente estudio, donde el 2,80% de los profesionales que trabajan en servicios de emergencias presentan *engagement*, mientras que el 50,00% de los que presentan niveles medios de síndrome de *burnout* trabajan en unidades de hospitalización. Estos resultados pueden deberse al pequeño tamaño de este servicio en esta comunidad, ya que únicamente lo forman 7 profesionales de enfermería, y consecuentemente, a la menor presión asistencial que soporta con respecto a otras localidades de mayor tamaño, como ya se comentaba anteriormente.

Los datos del presente estudio en relación a los servicios sanitarios contrastan con los obtenidos en otro estudio en el que concluyen que el agotamiento emocional afecta a un 37,75% de sanitarios en los servicios de emergencias (Popa et al., 2010). Otros servicios asociados al alto agotamiento son las unidades médico-quirúrgicas y las unidades clínicas, que obtienen puntuaciones altas de agotamiento en un 28,00% y un 19,00% respectivamente (Fuentelsaz-

Gallego et al., 2013), sin embargo en el presente estudio estos servicios presentan puntuaciones menores, ya que el 46,70% de los participantes que presentan *engagement* trabajan en servicios de hospitalización, que incluyen las unidades médicas y médico-quirúrgicas.

Además de lo anterior, las variaciones entre los datos obtenidos en el presente estudio y los obtenidos con anterioridad, puede deberse a que desde la administración sanitaria se han implementado estrategias para reducir el estrés laboral y el síndrome de *burnout* en los profesionales, como el Acuerdo relativo a la conciliación entre la vida personal, familiar y laboral (Orden de 12 de mayo de 2006, del Departamento de Economía, Hacienda y Empleo, sobre conciliación de la vida personal, familiar y laboral de los empleados públicos), o al I Plan de igualdad entre mujeres y hombres en la Administración General del Estado y sus Organismos Públicos (Resolución de 20 de mayo de 2011, de la Secretaría de Estado para la Función Pública, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros de 28 de enero de 2011, por el que se aprueba el I Plan de Igualdad entre mujeres y hombres en la Administración General del Estado y en sus Organismos Públicos).

Pese a que las organizaciones tomen conciencia de la importancia de la gestión del estrés, esto no debe provocar que se dejen de estudiar los síndromes que éste ocasiona, como el síndrome de *burnout*, sino que se debe de estudiar su evolución y las nuevas variables que se asocian a su aparición, o que actúan como factores protectores, y mucho más si, como es el caso de la población estudiada en el presente estudio, nunca se ha estudiado este síndrome en la misma de forma global.

El hecho de que las cifras de síndrome de *burnout* sean bajas en la población estudiada requiere, además, un seguimiento con el fin de conocer cómo evoluciona esta tendencia, ya que esto puede deberse variables diversas, como al tamaño de los centros sanitarios donde se ha

realizado el estudio, a los bajos porcentajes de enfermedades crónicas entre la muestra, a los altos porcentajes de ausencia de hábitos tóxicos, y/o a los altos porcentajes de participantes que refieren realizar ejercicio y actividades de ocio de forma habitual. Las implicaciones que todas estas variables pueden estar ejerciendo sobre el desarrollo del síndrome de *burnout* en la población, debe llevar a las diferentes organizaciones a continuar con el estudio de este síndrome.

En cuanto a las puntuaciones observadas en la subescala de cinismo, se observa que en la muestra analizada aparecen niveles altos de cinismo en menor medida en las unidades médico-quirúrgicas, donde se situaba en un 20,00%, lo que no difiere mucho con otros estudios donde se situaba en un 23,00% (Popa et al., 2010). Las diferencias entre los resultados obtenidos en el presente estudio y los estudios publicados sobre este tema, puede deberse a que la muestra analizada por unidades es muy pequeña.

De forma contraria a otros estudios consultados (Sabin, 2013), en la muestra estudiada se asocia la presencia de *engagement* con el hecho de no haber realizado ninguna formación post-graduada, ya que de los participantes que presentaban *engagement*, el 61,10% no tenían ninguna formación post-graduada. Este hecho puede deberse, en opinión de los participantes en los grupos de discusión y en las entrevistas, al hecho de que la exigencia de formación continuada genera estrés entre los trabajadores. Además de esto, en la administración pública, donde ejercen su labor la mayor parte de los participantes, se asocia la formación a la obtención de puntuaciones que les permitan obtener mejoras profesionales (mejores contratos laborales en las bolsas de empleo, mayor remuneración en la valoración de la carrera profesional,...), de forma que muchos trabajadores realizan esta formación por la necesidad de puntuar en estos ámbitos, y no

por interés, lo que, en opinión de los participantes, genera un mayor nivel de estrés que favorecería la aparición del síndrome de *burnout*.

Como se observaba en cuanto a las variables socio-demográficas, la edad presenta relaciones con las diferentes escalas, por lo que es de esperar que esto también ocurra con la antigüedad laboral. En el presente estudio se asocia la presencia del *engagement* con una mayor antigüedad laboral, de la misma manera que en estudios previos (Grau et al., 2009; Kovacs, Kovacs & Hegedu, 2010). De forma contraria, otros autores asocian el síndrome de *burnout* con el hecho de tener una antigüedad mayor de 10 años en un servicio con trabajo a turnos, o los que asocian un mayor cansancio emocional y cinismo entre aquellos que tienen una mayor antigüedad (Li, Guan, Chang & Zhang, 2014; Wisetborisut, Angkurawaranon, Jiraporncharoen, Uaphanthasath & Wiwatanadate, 2014).

Cuando se hace referencia a la variable de turnos de trabajo, se observa que en el presente estudio trabajar en turnos diurnos también contribuye a la presencia del *engagement*, ya que el 56,00% de los que presentan *engagement* trabajan siguiendo turnos diurnos. Por otro lado, trabajar según un turno rotatorio (mañanas, tardes y noches), presenta puntuaciones más altas en la subescala de cinismo, ya que entre aquellos que presentaban puntuaciones altas en la subescala de cinismo, el 60,00% trabajaba siguiendo un turno rotatorio.

Estos hallazgos coinciden con aquellos que asocian la realización de largos turnos de trabajo con altos niveles de *burnout* (Dall'Ora, Griffiths, Ball, Simon & Aiken, 2015; Griffin, 2015), los que asocian el trabajo a turnos con la aparición de síndrome de *burnout* (Wisetborisut et al., 2014), y los que asocian el hecho de trabajar muchos días de forma consecutiva con mayor riesgo de depresión y de presencia de más conflictos interpersonales (Westphal et al., 2015). En opinión de los participantes, trabajar a turnos juega además un papel importante, ya que dificulta

los sentimientos de pertenencia a las unidades al no trabajar siempre con el mismo personal ni en el mismo horario, referían una fuerte incompreensión social por los horarios lo que dificulta el reconocimiento social, y dificulta la conciliación familia-trabajo.

Otro de los puntos de conflicto entre los profesionales de enfermería y el desarrollo del *engagement* es la estabilidad laboral, ya que en el presente estudio se presenta en mayor medida en aquellos que tienen un contrato fijo, y entre aquellos que presentan *engagement*, el 58,40% tienen un contrato fijo. Estos datos concuerdan por los obtenidos por Grau en 2009, donde se asociaba la estabilidad laboral a menores cifras de agotamiento emocional (Grau et al., 2009).

De forma opuesta, se encuentran los datos obtenidos en enfermeras murcianas (García-Izquierdo & Ríos-Risquez, 2012), donde se asociaba mayores puntuaciones en cinismo y despersonalización en aquellos trabajadores de emergencias con contratos permanentes y largas sustituciones, comparado con los temporales. Así mismo, datos obtenidos en enfermeras madrileñas, asociaban los contratos temporales con menor cansancio emocional (Garrosa et al., 2011). Estos datos coinciden con las puntuaciones obtenidas en el presente estudio, donde se obtienen puntuaciones más altas en las subescalas de energía, implicación y eficacia en aquellos que tienen un contrato temporal frente a los que tienen un contrato fijo.

Los participantes en el estudio presentan una asociación significativa entre la implicación y el tipo de contrato, y de forma contraria, entre el cinismo y el tipo de contrato en aquellos con contrato fijo y de sustitución. En opinión de los participantes, el hecho de tener un contrato fijo, y por tanto, mayor estabilidad laboral, te acomoda, y por consiguiente tendrían más riesgo de sufrir síndrome de *burnout*.

De forma contraria, los participantes en las entrevistas y grupos de discusión asocian la inestabilidad laboral con una mayor inseguridad, lo que dificulta la conciliación, disminuye la

calidad de los cuidados y dificulta la formación continuada, por lo que dificultaría el desarrollo del *engagement*. En opinión de los participantes, esta inestabilidad laboral está fomentada por las organizaciones sanitarias, con el fin de dar a los trabajadores menos derechos que a aquellos que tienen contrato fijo, hecho que provoca una mayor insatisfacción laboral, que se asocia a peores datos de síndrome de *burnout*, tal y como proponían Schmidt, Dichter, Bartholomeyczik y Hasselhorn (2014).

Las variables referentes a la estabilidad laboral han sido estudiadas, además, desde la perspectiva del número de cambios de servicio que han realizado los participantes, encontrándose mayores cifras de *engagement* en aquellos que han realizado cinco cambios de servicio o menos en los últimos cinco años, así como mayores puntuaciones en las escalas de agotamiento, cinismo, y menores en la subescala de eficacia, en los que no han cambiado de servicio en los últimos cinco años, con respecto a los que sí han cambiado de servicio. Se interpreta que aquellos con contratos temporales son los que presentan una mayor rotación entre servicios, de forma que estos resultados reafirman los comentados anteriormente. Se necesitarán estudios que profundicen en identificar cómo actúa la estabilidad laboral en el desarrollo del *engagement*, para ofrecer a las organizaciones estrategias de acción al respecto.

Dentro de las variables laborales se encuentran también la realización de labores de supervisión o gestión de personal. En cuanto a los puestos de dirección y gestión, estos se asocian a la aparición del *engagement*, de forma que existe una asociación estadísticamente significativa con tener altas puntuaciones en las subescalas de implicación y eficacia, y ejercer un puesto de dirección, tal y como se ha apreciado en los valores otorgados en el análisis cuantitativo. Estos hallazgos son similares a los obtenidos por otros autores, donde se asocia los puestos de gerencia con capacidad de decisión y control sobre el trabajo, con una menor

predisposición al *burnout* y un mayor compromiso con la organización (Wong & Laschinger, 2015).

En opinión de los participantes en los grupos de discusión y las entrevistas, el hecho de tener unos líderes profesionales, que aúnen transparencia en la gestión y profesionalidad, aumentaría el vínculo entre los profesionales y la organización, y podría favorecer el desarrollo del *engagement*. Así mismo, en su opinión, si las organizaciones fomentaran los sentimientos de pertenencia a la misma, esto conllevaría un mayor nivel de compromiso entre los profesionales, y consecuentemente, un menor nivel de síndrome de *burnout* entre ellos.

La asociación con el liderazgo y el síndrome de *burnout* ha aparecido de forma recurrente en las entrevistas y grupos de discusión realizados, de forma que los participantes valoran que numerosos puestos de gestión son ocupados por gestores no profesionales, en la mayoría de los casos, personas de confianza de los gobernantes que se perpetúan a lo largo de los años, lo que favorece la aparición del síndrome de *burnout*. Estos datos se corroboran con estudios previos, donde se observa que, la supervisión incorrecta tiene un efecto muy importante sobre el síndrome de *burnout* (Bemana et al., 2014). Además, un buen liderazgo disminuye el riesgo de sufrir cansancio emocional y despersonalización (Leineweber et al., 2014), por lo cual, la supervisión y el soporte organizacional deben ser considerados como pilares para estabilizar el compromiso laboral (Sohrabizadeh & Sayfour, 2014).

Por otro lado, siguiendo con las implicaciones del liderazgo, los participantes en los grupos de discusión y las entrevistas refieren una falta de motivación por parte de los gestores, y que tampoco fomentan dicha motivación entre los trabajadores, lo que favorecerá la aparición del síndrome de *burnout*, además de provocar que los profesionales de enfermería estén menos tentados a aceptar puestos de gestión cuando se los ofrezcan si sus jefes parecen estresados y

cansados de su trabajo (Wong & Laschinger, 2015). Además de esto, los participantes refieren que los gestores no publicitan sus líneas de gestión, de forma que los trabajadores las desconocen y esto dificulta el desarrollo del *engagement*.

En estudios previos, se concluye que los líderes deben actuar y comunicarse con integridad, siendo cautelosos para no modificar de forma arbitraria los trabajos de los profesionales de enfermería, porque esto aumenta los sentimientos de cinismo (Mantler, Godin, Cameron & Horsburgh, 2015). Además, otros estudios evidencian que los gestores de enfermería son la clave para la promoción del compromiso profesional o *engagement*, debiendo promocionar la mejora de los comportamientos de liderazgo, y un entorno de optimismo y autoeficacia que aumente el compromiso laboral (García-Sierra, Fernández-Castro & Martínez-Zaragoza, 2016a).

La valoración del clima laboral se ha asociado de forma recurrente con la aparición del *engagement*, o por el contrario, del síndrome de *burnout*, de forma que una mejor valoración del clima laboral provoca una mayor satisfacción entre los profesionales de enfermería (Jaafarpour & Khani, 2012; McHugh et al., 2011). El clima laboral se puede convertir en un estresor para los trabajadores (Slavin & Meyer, 2013), ya que la evaluación negativa del entorno laboral contribuye a la aparición del síndrome de *burnout* y disminuye la autoeficacia (Nowakowska et al., 2016). En el presente estudio se observa que la valoración del clima laboral se asocia con las puntuaciones en la subescala de eficacia, datos que se corresponden con la literatura previa.

De igual modo, en opinión de los participantes en las entrevistas y grupos de discusión, la existencia de un buen clima laboral, donde se fomenten las actitudes optimistas y colaborativas, favorece el desarrollo del *engagement* en el entorno laboral.

En cuanto a los resultados obtenidos en las sub-escalas que miden las seis áreas de la vida laboral, se observa que en el presente estudio únicamente la sub-escala de justicia presenta incongruencia entre los individuos y la organización, de igual manera que en el estudio realizado por Fiabane (Fiabane et al., 2013), pero no así en otros estudios donde aparece incongruencia entre los individuos y la organización en las sub escalas de carga manejable y justicia (Cho, Laschinger & Wong, 2006; Greco, Laschinger & Wong, 2006; Setti & Argentero, 2011).

El hecho de que aparezca la sub-escala de justicia como incongruente entre los individuos y la organización destaca que los profesionales sanitarios sienten que las organizaciones para las que trabajan los tratan de manera injusta, o no tan justa como a ellos les gustaría, por lo que desarrollar modelos que mejoren estos sentimientos de justicia mejorarían de manera directa el *engagement* de los individuos con la organización. Medidas encaminadas al desarrollo de este sentimiento de justicia serían la implementación de modelos de liderazgo transformacional (Hayati et al., 2014) o la orientación hacia los objetivos, lo que consiste en una actitud hacia el logro de los objetivos relacionados con el trabajo, y se ha encontrado que está relacionada con el bienestar ocupacional (Adriaenssens et al., 2015a). El liderazgo transformacional hace referencia a:

“un liderazgo carismático, visionario, transformativo, más flexible e inclusivo, comunitario y democrático. El que en lugar de acentuar la dimensión de influencia en los seguidores o en la gestión, se enfoca en la línea de ejercer el liderazgo mediante significados (visión, cultura, compromiso, etc.) de un modo compartido con los miembros de una organización” (Salazar, 2006, p.2).

Los resultados hallados en los grupos y entrevistas personales corroboran los obtenidos en la encuesta, ya que los participantes manifiestan que se les trata de forma injusta, no siendo

reconocidos por sus logros ni castigados por sus errores, existiendo el sentimiento de trato desigual entre los profesionales, tanto dentro de la misma categoría profesional como con otras categorías, lo que dificulta el desarrollo del *engagement*, y favorece el desarrollo del síndrome de *burnout*. Resultados similares a los obtenidos por Campana y Hammoud (2015), donde se observa que cuando las organizaciones se comportan con mayor justicia, las enfermeras tienen menor síndrome de *burnout*.

Las quejas sobre sentimientos de pérdida de justicia es una queja común entre los profesionales de enfermería, debido al sentimiento de infravaloración en comparación con otros profesionales (Freeney & Tiernan, 2009). En la realización del presente estudio, los participantes refieren que se sienten tratados de forma injusta por sus gestores, así como la existencia de diferencias entre grupos profesionales, lo que unido a la poca independencia para gestionar su tiempo favorece la aparición del síndrome de *burnout*. Estos hallazgos concuerdan con estudios previos donde la percepción de menor autonomía y control profesional, contribuía a los sentimientos de agotamiento y despersonalización (Lorenz & Guirardello, 2014).

Pese a que, como se ha comentado, de forma general la subescala de justicia presenta incongruencia entre los individuos y la organización, ésta sub-escala presenta relaciones significativas con las variables de tiempo en un puesto de dirección, lo que puede estar relacionado con el hecho de que en esos puestos existe un mayor reconocimiento social, variable que ha demostrado ser predictora del *engagement* junto con el agradecimiento laboral (Adriaenssens et al., 2015a). Así mismo, el hecho de estar en un puesto de dirección se asocia con una alta implicación, hecho relacionado con que la satisfacción con la posición laboral mejora la calidad de la vida laboral, disminuye la disfunción social y el estrés (Jenaro et al., 2011).

Como se explicaba anteriormente, pese a que en el presente estudio no aparezca incongruencia en la subescala de carga manejable entre los individuos y la organización, tal y como aparece en numerosa literatura previa (Cho et al., 2006; Greco et al., 2006; Setti & Argentero, 2011), esta relación sí que es referida en las entrevistas y grupos de discusión realizados. En ellos, los participantes indican que la falta de personal y de recursos materiales aumenta el nivel de estrés, y promueve la aparición del síndrome de *burnout*. Así mismo, los participantes reflejan la importancia que representa trabajar en unidades asistenciales diferentes, ya que algunas, como los servicios de urgencias o los servicios menos especializados, tienen una mayor carga asistencial lo que dificulta el desarrollo del *engagement*.

Resultados similares se obtienen en estudios previos, donde se concluye que la sobrecarga favorecía la aparición del síndrome de *burnout*, y que depende de las distintas unidades de trabajo y de la dotación de personal, lo que provocaba que los profesionales de enfermería se movieran a aquellas unidades que consideraban menos estresantes (Bemana et al., 2014; Freeney & Tiernan, 2009; Palmer, 2014). Así mismo, aquellos hospitales con mayores ratios de pacientes por enfermera son peor evaluados, y en ellos las enfermeras tienen un mayor grado de agotamiento, factor determinante en el desarrollo del síndrome de *burnout* (Fuentelsaz-Gallego et al., 2012).

Cuando se hace referencia a los ratios de pacientes por enfermera dentro de las unidades asistenciales, se puede observar que éste se asocia a un mayor número de infecciones del tracto urinario y de infecciones de las heridas quirúrgicas, reduciéndose estas infecciones cuando las organizaciones hospitalarias reducen el síndrome de *burnout* un 30,00%, lo que produce un ahorro de 68 millones de dólares (Cimiotti, Aiken, Sloane & Wu, 2012).

Pese a los resultados comentados, donde se hace hincapié en la importancia que tiene el ratio enfermera/paciente dentro del mantenimiento de la salud de la población y de los profesionales, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), en su informe de Marzo de 2017, llama la atención sobre que el número de profesionales de enfermería *per cápita* en España es muy bajo comparado con otros países europeos. Así mismo, el número de profesionales de enfermería graduados cada 100.000 habitantes en España era el más bajo, sólo detrás de Méjico, Luxemburgo y República Checa (OCDE, 2017).

Siguiendo con las subescalas que miden las seis áreas de la vida laboral, se observa que al analizar la subescala de control no aparece incongruencia entre los individuos y la organización, pero en los cuestionarios administrados se observan relaciones significativas entre esta subescala, y ejercer puestos de dirección o supervisión, trabajar según un turno rotatorio y uno diurno, y con el clima laboral entre otros. Además de esto, los participantes manifiestan que la falta de formación desde el ámbito universitario en habilidades de control del tiempo, gestión emocional, habilidades de comunicación y habilidades sociales, contribuye a la aparición del síndrome de *burnout*. La formación en estos ámbitos permitiría, en opinión de los entrevistados y participantes de los grupos de discusión, una mayor capacidad para gestionar situaciones complejas de la práctica diaria, permitiría ofrecer un mayor confort a los pacientes y familiares, y aumentaría la confianza entre los profesionales.

Por otro lado, los participantes en las entrevistas y grupos de discusión, refieren que la oportunidad de control es menor en determinadas unidades donde se viven situaciones de estrés de forma más frecuente, como los servicios de urgencias y quirófano, así como asocian la oportunidad de control a la sobrecarga de trabajo, de modo que ésta dificulta la oportunidad de control sobre la tarea. Conclusiones similares a las del presente estudio se obtienen en estudios

previos, donde se concluye que la falta de control y la sobrecarga se estiman las principales fuentes generadoras de estrés (Raigosa Gallego & Marín Londoño, 2010). Otros estudios asocian la percepción de una peor autonomía o control con una peor percepción de los cuidados realizados, y una mayor intención de abandonar el trabajo (Lorenz & Guirardello, 2014).

En cuanto a la falta de control en relación con otros profesionales, algunos estudios concluyen que la enfermera es responsable de controlar situaciones potencialmente fatales y rendir cuentas de las mismas, teniendo la sensación de ser los únicos profesionales que deben de rendirlas dentro del equipo interdisciplinar, ya que “si el médico comete un error éste siempre vuelve a la enfermería” (Freeney & Tieman, 2009, p. 1560). Conclusiones similares a estas se extraen del presente estudio y de otros, donde los profesionales de enfermería creen que “tienen que ir detrás” de los médicos todo el tiempo, realizando en ocasiones funciones que no son propias de su trabajo, lo que genera un menor sentimiento de independencia y autonomía, que favorece la aparición del síndrome de *burnout*, y dificulta el desarrollo del *engagement* (Chacon, 2013).

Por último, en relación a las subescalas de control y carga de trabajo, aparece de forma recurrente la burocratización, entendida como el aumento excesivo de las funciones administrativas dentro de una sociedad u organización (Real Academia Española, 2001), lo que pese a ser considerado necesario, e incluso imprescindible entre los profesionales de enfermería, ya que permite registrar todo el trabajo realizado y garantiza la continuidad de los cuidados, en ocasiones se convierte en un elemento que podría favorecer la aparición del síndrome de *burnout*. En opinión de los participantes en los grupos de discusión y entrevistas, la excesiva burocratización del trabajo de enfermería, así como, la implantación de soportes informáticos para realizarla, conlleva una pérdida de control y un aumento de la carga de trabajo. En

ocasiones coexisten los soportes de papel con los soportes informáticos, existen diversos programas informáticos dentro del mismo centro de trabajo, hechos que dificultan la continuidad del cuidado y la coordinación entre unidades, y no se ha tenido en cuenta a los trabajadores para la elección e implementación de estos soportes. Todo esto, en opinión de los participantes, podría dificultar el desarrollo del *engagement* dentro del entorno laboral. Conclusiones similares se obtienen en estudios previos, donde consideran la burocratización uno de los principales estresores del entorno laboral (Jenaro et al., 2011), que ha aumentado la carga de trabajo (O'Brien, Weaver, Settergren, Hook & Ivory, 2015), y un mayor riesgo para la seguridad (Abbott, Fuji, & Galt, 2015). Sin embargo, la implementación de una documentación de equipo, que incluya órdenes de prescripción y evoluciones clínicas, aumenta la satisfacción laboral y aumenta la eficacia si esto se realiza de forma consensuada y adaptada a los trabajadores (Bodenheimer & Sinsky, 2014).

Cuando se hace referencia a la subescala de recompensa, entendida ésta como recompensa institucional, social y/o financiera, se observa que, si es insuficiente, existe un mayor riesgo de padecer síndrome de *burnout* (Leiter & Maslach, 2003). Los participantes en los grupos de discusión y entrevistas, plantean que existe una falta de reconocimiento por parte de los gestores y de la sociedad en general hacia los profesionales de enfermería, lo que impide el desarrollo del *engagement* y favorece la aparición del síndrome de *burnout*.

En opinión de los participantes, existe también una falta de reconocimiento por parte de otros colectivos profesionales, lo que unido a la existencia de una escasa publicidad profesional, favorece la aparición del síndrome de *burnout*. Estudios previos reflejan conclusiones similares, relacionando el abandono de los profesionales de enfermería con la escasa recompensa económica, y la infravaloración profesional a nivel social y dentro del equipo médico (Palmer,

2014). Otros autores, concluyen que las recompensas deben de ser consideradas para estabilizar el compromiso profesional (Sohrabizadeh & Sayfour, 2014), estando este término íntimamente relacionado con el *engagement* como se explica anteriormente.

En un estudio realizado en 2009, los autores concluyen que los profesionales de enfermería valoran que sus salarios son pobres en comparación con otros profesionales de su equipo multidisciplinar, estiman también que no se recompensan sus esfuerzos, y que no existe un sistema de recompensa eficaz por lo que se sienten infravaloradas, pese a que obtienen recompensa cuando ven recuperarse a sus pacientes (Freeney & Tiernan, 2009).

Pese al riesgo que parece representar la falta de reconocimiento, el exceso del mismo también pueden contribuir a la aparición del síndrome de *burnout* (Buunk & Schaufeli, 1993), es decir, el reconocimiento debe estar de acuerdo al desempeño realizado, ya que si se produce un exceso de reconocimiento éste pierde su función motivadora, y consecuentemente, no favorecería el desarrollo del *engagement*. En esta línea, algunos autores concluyen que proporcionar sueldos bajos a los profesionales de enfermería hace que aquellos individuos que se dediquen a ella tengan vocación, mientras que si se les proporciona sueldos altos, provocará que se conviertan en enfermeras el tipo equivocado de personas, es decir, personas que no tienen vocación y únicamente se dedican a la enfermería por su remuneración (Heyes, 2005). En este caso, se está mezclando además el concepto de “vocación”, que será abordado más adelante, y que es una constante en la literatura referente al compromiso profesional.

En cuanto a la subescala de comunidad, entendida como el soporte social dado por jefes, compañeros, y miembros de la familia, que evita la aparición del síndrome de *burnout* (Leiter & Maslach, 2003), los participantes concluyen que las situaciones estresantes se superan mejor en aquellas unidades donde el clima laboral es mejor, mientras que la falta de compañerismo, los

conflictos interpersonales y la escasa colaboración, impiden el desarrollo de sentimientos de *engagement*. Conclusiones similares se obtienen de otros estudios, donde concluyen que el soporte organizacional y de supervisión estabiliza en compromiso laboral (Sohrabizadeh & Sayfour, 2014), mientras que los conflictos interpersonales contribuyen al desarrollo del síndrome de *burnout* y la ausencia de ellos es el predictor más fuerte del *engagement* (Sinclair et al., 2015).

En esta misma línea se encuentran los resultados aportados por otros estudios, donde estiman que el capital social, es decir, las relaciones entre compañeros, las relaciones sociales, el compromiso con la organización y la justicia, entre otros, contribuye al 20,00% de los cambios en el síndrome de *burnout* (Farahbod, Goudarzvand, Kouchakinejad & Mohtasham-Amiri, 2015). Como se observa en el estudio de Farahbod et al. (2015), la existencia de redes sociales apropiadas, así como de líderes eficaces, contribuyen a evitar que aparezca el síndrome de *burnout*, y fomenta la aparición del *engagement* en el entorno laboral.

Cuando se aborda la subescala de valores, se observa que los participantes valoran que de forma general comparten los valores con los de su organización, aunque en muchos casos los de la organización hagan referencia a cuestiones más económicas, mientras que los de los trabajadores se refieran más a cuestiones prácticas relacionadas con los pacientes. Otra parte de los participantes concluye que no conocen los valores de la organización en la que trabajan, y tampoco esa organización ha hecho nada para que los conozcan. Conclusiones similares se obtienen en estudios previos, donde los profesionales de enfermería concluyen que los hospitales funcionan como un negocio en lugar de hacia los pacientes (Freeney & Tiernan, 2009), o en estudios donde se asocia que una incongruencia entre los valores de los profesionales y las

actuaciones que deben llevar a cabo, haciendo referencia a la obstinación terapéutica, se asocia a mayores niveles de síndrome de *burnout* (Da Silva et al., 2015).

Las conclusiones extraídas de la realización de entrevistas y grupos de discusión, expuestas en líneas anteriores, han permitido cumplir el segundo objetivo planteado al inicio del presente estudio, que pretendía que los propios profesionales implicados establecieran las variables asociadas al *engagement* y al síndrome de *burnout*.

De forma posterior, al analizar mediante la regresión lineal múltiple la contribución de las sub-escalas de las seis áreas de la vida laboral a los sentimientos de energía, eficacia e implicación, se observan resultados similares a los obtenidos por diversos autores previamente. La carga manejable predice la energía (Schulz et al., 2009) de igual modo que en el presente estudio, al igual que en diversos estudios (Fiabane et al.2013; Setti & Argentero, 2011), donde la carga manejable contribuye a unos buenos niveles de energía, y a unos buenos niveles de implicación. Otros autores concluyen que enfrentarse a una carga (cuantitativa y/o cualitativa) manejable hace que los individuos sean más eficaces en la realización de las tareas (Landsbergis, 2009).

La mayoría de los participantes en las entrevistas y grupos de discusión, piensan que la falta de personal y recursos materiales genera un aumento del estrés, lo que dificulta el desarrollo del *engagement*. Además, en su opinión, una excesiva carga dificulta la buena realización de su trabajo respecto a las relaciones con los pacientes. A pesar de esto, algunos participantes manifiestan que cuando la carga de trabajo es menor no se usa el tiempo sobrante en la realización estas labores.

En el análisis de regresión lineal se observa que las subescalas de comunidad y valores contribuyen a los sentimientos de energía, siendo los sentimientos de valores los que también

aparecen reflejados en estudios previos (Setti & Argentero, 2011), ya que un buen ajuste entre los valores individuales y los de la organización se asocia con la energía y la implicación (Setti & Argentero, 2011), mientras que en otros estudios también contribuiría a unos buenos niveles de eficacia (Fiabane et al., 2013).

En esta misma línea, los participantes en los grupos de discusión y entrevistas refieren una importante divergencia entre sus valores profesionales y los de la organización, por lo cual, conseguir que estos valores se aproximen sería importante para promover los sentimientos de energía, y con ello el desarrollo del *engagement*.

Los sentimientos de recompensa adecuada por el trabajo realizado contribuyen a los niveles de energía, eficacia e implicación según el análisis de regresión lineal, tal y como sucede en estudios previos (Setti & Argentero, 2011; Fiabane et al., 2013). Estos resultados se encuentran en la línea de estudios en los cuales la recompensa adecuada predice los niveles de *engagement* (Adriaenssens et al., 2015b).

En opinión de los participantes en las técnicas cualitativas, lograr una recompensa y un reconocimiento adecuado por el trabajo realizado, podría favorecer el desarrollo del *engagement* en el entorno laboral, lo que coincide con los resultados obtenidos en las encuestas.

Pese a que en la bibliografía previa los sentimientos de control se relacionan con el *engagement* (Adriaenssens et al., 2015a; Setti & Argentero, 2011), en el presente estudio, y en los de diversos autores (Fiabane et al., 2013; Kubicek, Korunka & Tement, 2014), esto no sucede, hecho que puede deberse a que unos altos sentimiento de control no son necesariamente ventajas para el bienestar de los trabajadores (Kubicek et al., 2014). Pese a esto, en el análisis de regresión lineal realizado se observa que la subescala de control es una de las variables que predice la eficacia en un 20,10%.

Haciendo referencia los resultados obtenidos sobre los sentimientos de control, y a pesar de los resultados obtenidos en las encuestas, la mayoría de los participantes en los grupos de discusión y entrevistas estiman que, en aquellas unidades donde se dan menos estos sentimientos, se favorece la aparición del síndrome de *burnout*, como es el servicio de urgencias o quirófano.

En numerosas ocasiones, los participantes en el presente estudio manifiestan la importancia que ha tenido para la profesión enfermera su propia evolución, considerándola en ocasiones como poco profesional, o muy dependiente de otras profesiones con las que trabaja de forma coordinada. Esto, unido a la importante feminización de la profesión, se considera un factor clave que puede facilitar la aparición del síndrome de *burnout*, ya que el sexo es considerado por los participantes como determinante en las relaciones entre profesionales.

Las relaciones interprofesionales son, en opinión de los participantes, diferentes entre hombres, entre mujeres, y más, cuando se dan entre mujeres y hombres, puesto que no consideran que los médicos traten igual a los profesionales de enfermería hombres que a los profesionales de enfermería que son mujeres, estableciendo con los primeros una relación más igualitaria.

Conclusiones similares obtienen autores que concluyen que la enfermería se ha asociado de forma general al hecho de ser mujer, siguiendo vigente un alto grado de dependencia respecto al poder del médico, que en muchos caso entiende lo que debería ser una colaboración como una subordinación, y provocando que la enfermería no haya llegado a tener todas las características inherentes a una profesión (Domínguez-Alcón, 1979, p. 128).

En opinión de otros autores, la condición femenina ha influido en el desarrollo de la profesión enfermera, ya que como se explicaba en el marco teórico, se ha asociado el hecho de

ser mujer con el acto de cuidar, reconociendo y valorando poco estos actos. Esto, unido a la poca capacidad para diferenciar el trabajo de enfermería del trabajo médico, ha provocado poca claridad sobre cómo hacer un trabajo de enfermería independiente, sin conocer donde empiezan y terminan los límites de cada uno, y provocando en los profesionales de enfermería sentimientos de inseguridad, y bajos niveles de gratificación y de autonomía (Uribe & Jaramillo, 2002, pp. 136–137). Estas mismas conclusiones se obtienen en los participantes del presente estudio, donde se concluye que el desconocimiento de las funciones propias y ajenas causa conflictos con otros profesionales, especialmente con los médicos, dificultando la autonomía profesional.

Pese a que la profesión enfermera es predominantemente femenina, su desarrollo ha estado marcado por el sexo masculino hasta nuestros días, ya que, en el inicio de la profesión enfermera, los manuales utilizados para la formación de estos profesionales entre 1956-1976 fueron todos escritos por hombres, a excepción de dos (Miró-Bonet, Gastaldo & Gallego-Caminero, 2008, p. 29).

En la actualidad, pese a que las mujeres representan el 80,00% de los profesionales de enfermería, el 62,00% de los presidentes de los colegios provinciales de enfermería son hombres, y el 71,00% de los presidentes de los colegios autonómicos. A nivel estatal, el 88,00% de los miembros de la Comisión Ejecutiva del Consejo General de Enfermería también son hombres, hecho que confirma que pese a ser una profesión eminentemente femenina, los cargos de responsabilidad son ocupados por hombres. Estos hechos, contribuyen a perpetuar situaciones de desigualdad, lo que debe revertirse fomentando mediante la formación, acciones que promuevan la incorporación de enfermeras mujeres a los puestos de responsabilidad (Bernabeu-Mestre et al., 2013).

Como se detalla en el capítulo de desarrollo de la profesión enfermera, dentro del marco teórico, entre los profesionales de enfermería se usa de forma continuada el término vocación, para el cual existen diversas definiciones, hecho que también reflejan los participantes en los grupos de discusión y entrevistas. Estos manifiestan inseguridad al definir el término, o al identificarlo claramente con una inclinación de carácter religioso, o lo contrario. Este hecho concuerda con el arduo camino que ha recorrido la enfermería en la búsqueda de una construcción científica propia, cuyo punto de partida fue una inclinación vocacional hasta que se creó su nivel académico profesional (Ramírez Díaz, 2005), siendo el término profesión aquel que la define con mayor claridad.

El enfrentamiento en las definiciones de enfermería como vocación o como profesión es, por tanto, un hecho continuado que llega hasta nuestros días, obteniéndose entre los participantes del presente estudio opiniones contradictorias al respecto, ya que algunos de los participantes valoran la enfermería una vocación, mientras que otros, por el contrario, opinan que es una profesión con una inclinación claramente humanística. Además de esto, algunos participantes consideran que tener vocación para ejercer la profesión enfermera puede provocar la aparición del síndrome de *burnout*, mientras que otros estiman que no tener esta vocación es lo que provocará la aparición de este síndrome.

Tal y como se explicaba anteriormente, uno de los componentes que caracterizan una profesión es la autonomía, que en el caso de la enfermería es parcialmente ejercida por la realización de su rol dependiente de otros profesionales. Esta falta relativa de autonomía, unida a su evolución histórica, y a la conveniencia de depender de otros en lugar de asumir responsabilidades en la toma de decisiones, y cambiar del conocimiento práctico al conocimiento científico, provoca que desde la sociología de las profesiones se considere que la enfermería aún

tiene muchos obstáculos que vencer. Con el fin de vencer estos obstáculos, hay que aumentar el reconocimiento social mediante acciones que hagan más visible el cuidado, mostrando científicidad y competencia, cuyo punto de partida deben ser las instituciones educativas (González Carrillo et al., 2012).

Como se puede observar, los participantes del presente estudio manifiestan de forma repetitiva esta necesidad de reconocimiento social y de evolución profesional, que en su opinión ayudaría a los profesionales de enfermería a fomentar el *engagement*, y como se extrae de las líneas anteriores, a fomentar el profesionalismo en la enfermería con el fin de obtener plena autonomía, aumentar la calidad de la atención en el medio hospitalario, y reforzar la asociación del equipo favoreciendo la comunicación (Luengo-Martínez, Paravic-Klijn, & Burgos-Moreno, 2017).

Por último, haciendo referencia a la importancia que tiene para los profesionales de enfermería su legitimación y su reconocimiento, diversos autores proponen que esto se haga, tal y como sugerían González Carrillo, Arras Vota y Moriel Corral (2012), desde el ámbito universitario mediante la enseñanza de la historia de la enfermería como materia humanística, que ayudaría a no menospreciar los factores sociales, económicos, culturales, éticos, psicológicos o personales que condicionan la práctica clínica, y que ha permitido que aquellos colectivos que han desarrollado su propia historia se constituyan como grupos profesionales y científicos muy vertebrados (Herrera Rodríguez, 2003; Moral de Calatrava, 2004; Siles González, 2004). A conclusiones similares llegan los participantes del presente estudio, los cuales manifiestan que desde los centros de formación existe una carencia a la hora de explicar en qué consiste la enfermería, y en definir claramente sus funciones.

Cuando se abordan las relaciones interpersonales como factores que pueden favorecer la aparición del síndrome de *burnout*, o por el contrario, fomentar la aparición del *engagement*, surgen como grupos claves los compañeros, los pacientes y los familiares.

Las relaciones entre profesionales se han abordado de forma previa, y tanto en los grupos de discusión y entrevistas, como en los cuestionarios, se pone de manifiesto la importancia que tiene tener unas relaciones interprofesionales saludables para conseguir el *engagement* en el ámbito laboral (Giorgi et al., 2016; Nowakowska et al., 2016).

En cuanto a las relaciones con los pacientes y sus características, los participantes en los grupos de discusión y entrevistas, manifiestan que el contacto continuo con la enfermedad y el sufrimiento favorece la aparición del síndrome de *burnout*. Así mismo, el hecho de ser el profesional de referencia donde éstos realizan sus demandas y quejas, aunque éstas se refieran en ocasiones a otros profesionales, también favorecería la aparición de este síndrome. Conclusiones similares se obtienen en estudios previos, donde se observa que el trato continuo con pacientes que presentan altos niveles de sufrimiento, como pacientes paliativos o pacientes muy graves, causan mayores niveles de síndrome de *burnout* entre las enfermeras (Epstein, 2010; Sliter, Sinclair, Yuan & Mohr, 2014; Viejo & Gonzalez, 2013)

Cuando se hace referencia a las relaciones con los familiares de los pacientes que atienden los profesionales de enfermería, éstos manifiestan que estas relaciones son complejas, con un aumento de las demandas y las exigencias que dificulta el desarrollo del *engagement* en el entorno laboral, hecho que se ve dificultado también por el aumento de las agresiones y la violencia verbal hacia los profesionales sanitarios. A estas mismas conclusiones llegan otros autores, que relacionan la existencia de agresiones con la aparición del síndrome de *burnout* (Vander Elst et al., 2016; Gascón et al., 2013a), o la existencia de violencia no física con el

cansancio emocional, el cinismo y los síntomas somáticos, y la existencia de la violencia física con la depresión, el cinismo y la disminución de la satisfacción intrínseca (Waschler et al., 2013a). Otros autores relacionan la exposición a abusos verbales con altos niveles de cansancio emocional, despersonalización e intención de dejar el trabajo (Alameddine, Mourad, & Dimassi, 2015). Según otros autores, la exposición a algún tipo de violencia la ha sufrido el 75,00% de los profesionales de enfermería, siendo la más prevalente la violencia verbal (59,60%), seguido de las amenazas de violencia (36,90%), la violencia física (27,60%), el bullying (25,60%), y el acoso sexual (22,40%) (Chang & Cho, 2016).

Para terminar, cabe destacar la falta de sentimiento de representación y defensa de los intereses de la profesión por parte de los colectivos que la aglutinan, como los colegios profesionales y los sindicatos, que ahonda en la falta de reconocimiento y el desconocimiento social de la profesión. Es a través de estos organismos mediante los cuales la enfermería negocia los cambios en el estatus social para conseguir avances en la profesión (González Carrillo et al., 2012; Hallam, 2002).

La población estudiada presenta altos niveles de *engagement* laboral y congruencia entre las sub-escalas de la vida laboral y la organización, con la excepción de la sub-escala de justicia, donde aparece incongruencia, es decir, que los individuos encuestados no creen que la organización los trate de forma justa. Por otro lado, la valoración del clima laboral muestra ser la variable que presenta más relaciones significativas con el *engagement* y las seis áreas de la vida laboral, y la sub-escala de implicación es la que más relaciones significativas presenta con las variables laborales, de modo que implementar estrategias que logren un alto nivel de implicación de los individuos conllevará importantes repercusiones en el ámbito laboral.

De forma contraria a los datos obtenidos por diversos autores de forma previa, la muestra analizada presenta unos altos nivel de *engagement* profesional, y consecuentemente, presentará unos bajos niveles de *burnout*. El hecho de utilizar técnicas cualitativas añadidas a las tradicionales técnicas cuantitativas utilizadas para estudiar el síndrome de *burnout* y el *engagement*, ha proporcionado información imprescindible para conocer la situación real de los participantes respecto a estos fenómenos, ya que pese a las bajas cifras de síndrome de *burnout* en la muestra, los participantes manifiestan un importante descontento y una falta clara de reconocimiento profesional, que puede ser enmascarada al cumplimentar los cuestionarios, pero que aparece de forma clara durante la realización de las entrevistas y grupos de discusión.

Estudios realizados por otros autores utilizando metodologías de corte cualitativo obtienen resultados similares, concluyendo que el hecho de tener un *engagement* elevado no significa ignorar los aspectos negativos de las organizaciones y del trabajo (García-Sierra, Fernández-Castro & Martínez-Zaragoza, 2017). Estos autores concluyen que:

“las enfermeras que mantienen el *engagement* elevado también se ven afectadas por los aspectos negativos, sin embargo, la apreciación de aspectos positivos como disfrutar con el trabajo, el significado de ser enfermera, la recompensa y la autonomía permiten superar el proceso de desgaste del *engagement*” (García-Sierra et al., 2017, p. 153).

Mejorar e implementar el *engagement* laboral en los profesionales de enfermería previene el riesgo de sufrir estrés laboral y *burnout*, y consecuentemente repercute en unos cuidados de mayor calidad a los usuarios de sus servicios. Conocer cuál es la situación del *engagement* entre los profesionales, los factores socio-personales y laborales con los que este se relaciona, y las cuestiones que, en opinión de los implicados, fomentan o dificultan su aparición, son

fundamentales para poder establecer medidas que contribuyan a su desarrollo, con el fin de mejorar los cuidados ofertados y conseguir un mayor nivel de salud de los distintos profesionales que ocasione un menor abandono laboral.

La utilización de las técnicas cualitativas ha permitido descubrir situaciones que hubieran pasado desapercibidas sin su utilización, identificando una serie de factores de riesgo que no eran fácilmente identificables mediante los cuestionarios, ya que la falta de justicia aparecía como única área de la vida laboral que contribuiría a la aparición del síndrome de *burnout*. Tras analizar las entrevistas y los grupos de discusión, ha quedado patente la importante falta de reconocimiento que experimentan los participantes, y que contribuiría, en su opinión, a la aparición del síndrome de *burnout*, así como la escasa cohesión como colectivo profesional. Estos hechos, unidos a unos sentimientos de injusticia muy evidentes, ya analizados en los cuestionarios, y junto con la evolución profesional de la enfermería, genera un fantástico caldo de cultivo que dificultaría, en opinión de los participantes, el desarrollo del *engagement* en el entorno laboral. El uso de la metodología comunicativa permitirá diseñar estrategias de prevención frente a las áreas que se han identificado como promotoras del síndrome de *burnout*, pudiendo ser una de las estrategias preventivas la realización de reuniones similares a los grupos de discusión, y convirtiéndose así la metodología dialógica en una propuesta de prevención.

La realización del presente estudio en un entorno de pequeño tamaño, y con una muestra que, pese a no ser extensiva, puede resultar representativa, permite hacer un retrato aproximado de la situación de la enfermería con respecto al *engagement*, así como poder establecer medidas preventivas específicas para este entorno, que dificultarían la aparición del síndrome de *burnout*. Las medidas preventivas dadas por los participantes, así como aquellas recomendadas a nivel internacional se reúnen en el apartado de propuestas.

7.- Propuestas

Tal y como se especifica en el apartado de hipótesis y objetivos, se planteó desde el inicio de la investigación que la utilización de la metodología comunicativa permitiría la obtención de medidas preventivas del síndrome de *burnout*, y de promoción del *engagement*. Estas medidas serían proporcionadas por los propios profesionales de enfermería implicados, lo que conllevaría un grado de compromiso mayor con las mismas, y consistirían en propuestas específicas de cambios en su entorno laboral, que podrían ser innovadoras en este ambiente, así como otras ya recogidas en la literatura previa. Este apartado verifica la tercera y cuarta hipótesis planteada, así como permite cumplir el segundo objetivo general y sus objetivos específicos asociados, y el tercer objetivo general y su primer objetivo específico asociado.

Otro de los objetivos iniciales planteaba que la utilización de esta metodología permitiría valorar el grado de conocimiento que tienen los profesionales de enfermería sobre las medidas de promoción del *engagement* que se están aplicando en su entorno laboral, así como aquellas medidas que pudieran ayudar a prevenir el síndrome de *burnout*.

Todos estos elementos de promoción del *engagement* y prevención del síndrome de *burnout*, se van a establecer mediante las reflexiones y discursos considerados como elementos transformadores, además de con los datos extraídos de las encuestas previas. Estas medidas serán contrastadas con la literatura previa, con el fin de conseguir un conjunto de propuestas con evidencia científica demostrada, que puedan servir de base para la realización cambios y planes de mejora en el entorno de estudio.

Las propuestas enumeradas se pueden englobar en tres grupos fundamentales, derivados del análisis cualitativo realizado mediante la utilización de la parrilla de análisis (ANEXO 9). Siguiendo esta estructura, se observan propuestas de promoción del *engagement* a tres niveles: a

nivel estructural u organizacional, a nivel individual, y a nivel interpersonal, es decir, entre los sujetos con los que se relacionan los profesionales de enfermería en su práctica diaria.

7.1.- Propuestas a nivel estructural u organizacional

El mayor número de medidas para la promoción del *engagement* y prevención del síndrome de *burnout* propuestas por los participantes, hacen referencia a medidas estructurales u organizacionales. Esto coincide con las conclusiones de diversos autores, que afirman que el síndrome de *burnout* se produce por problemas en el ambiente social (Maslach, 2009), y que tiene su origen en el entorno y no en el trabajador (Gil Monte, 2005), por lo que parece lógico que el grueso de las medidas preventivas se relacione con este nivel.

7.1.1.- Propuesta 1: Acuerdos a nivel nacional. Si se analizan las medidas propuestas por los participantes, partiendo de aquellas más generales a las más específicas, se observa que algunos participantes proponen que una forma de promover el *engagement* entre los profesionales de enfermería sería la existencia de un pacto nacional sobre la Sanidad. En su opinión, este pacto evitaría los cambios que sufren las directrices de la sanidad pública en España, así como las diferencias que se producen entre las distintas Comunidades Autónomas. Estas medidas podrían ser efectivas en la promoción del *engagement*, ya que la organización ha demostrado ser uno de los determinantes del síndrome de *burnout* en los profesionales de enfermería (Embriaco, Papazian, Kentish-Barnes, Pochard & Azoulay, 2007).

De acuerdo con estas medidas relacionadas con la política sanitaria, algunos autores proponen que, para promover el compromiso de los profesionales de enfermería, ésta se debe integrar en el currículum de los profesionales, se debe valorar el compromiso psicológico activo, y la influencia colectiva como miembros de una organización profesional (Woodward, Smart & Benavides-Vaello, 2016).

7.1.2.- Propuesta 2: Trabajo por objetivos. Pasando a planos más específicos, un importante número de los participantes en las entrevistas y grupos de discusión, plantean que podría evitar la aparición del síndrome de *burnout* la realización del trabajo por objetivos, siempre que estos fueran lo más individualizados posible, y adecuados a los distintos ambientes laborales. El trabajo por objetivos plantea clarificar las funciones de cada puesto de trabajo, responsabilizar al trabajador del resultado de su trabajo, y fomentar la motivación con el cumplimiento de metas, lo que permite mejorar la efectividad de la organización y de los individuos (García, 1983).

El trabajo por objetivos podría aumentar los sentimientos de ser tratados de forma justa por la organización, y provocar un aumento de los sentimientos de unidad profesional y pertenencia, en opinión de los participantes en los grupos de discusión y entrevistas. En esta misma línea, Adriaenssens et al. (2015a) concluyeron que la orientación hacia los objetivos, y un sistema de recompensa bien equilibrado, promueven el *engagement*, y dificultan el desarrollo del síndrome de *burnout*.

7.1.3.- Propuesta 3: Uso de organizaciones profesionales. Algunos de los participantes en las entrevistas y grupos de discusión, proponen que, desde la organización colegial de enfermería, se debería fomentar la unidad profesional mediante la realización de actividades conjuntas, tales como cenas, cursos, actividades deportivas, etc. Estas actividades irían dirigidas, en su opinión, a la promoción del soporte social, lo que mejoraría la cohesión de los servicios, y los sentimientos de pertenencia de los profesionales. La consecución de estos objetivos promocionaría los sentimientos de *engagement* entre los profesionales de enfermería en opinión de los participantes. Conclusiones similares obtienen otros autores que asocian el apoyo social con efectos negativos sobre el síndrome de *burnout* (García-Sierra, Fernández-Castro &

Martínez-Zaragoza, 2016b; Ilić, Arandjelović, Jovanović & Nešić, 2017). Autores como Henry (2014) recogen propuestas de promoción del apoyo social, como reuniones divertidas con compañeros para promover la interacción, con dinámicas de grupo, dinámicas de comunicación, etc.

Las organizaciones colegiales deberían, en opinión de la mayoría de los profesionales de enfermería entrevistados, promover una mayor visibilidad de la profesión enfermera, con el fin de que la sociedad conociera mejor sus características y funciones, mediante proyectos a nivel local. Esto provocaría un mayor reconocimiento social que, en opinión de los participantes, dificultaría el desarrollo del síndrome de *burnout* y favorecería la aparición del *engagement*.

Tal y como explicaba Premji y Hatfield (2016, p.4), “la enfermería es la fuerza sanitaria más grande (...) y puede influir en el contexto de los cuidados organizacionales y políticos (...) para promover el bienestar de la población”, lo que debería darse a conocer al público general. Por otro lado, la insatisfacción laboral y el abandono del trabajo de los profesionales de enfermería, se asocia con una infravaloración de la enfermería por el público (Palmer, 2014), y la ausencia sistemas de recompensa adecuados provoca que los profesionales de enfermería se sientan infravalorados (Freeney & Tiernan, 2009).

En el contexto del reconocimiento surge el concepto de capital social, entendido como la existencia de reconocimiento, confianza y reciprocidad, que proporciona coordinación y colaboración para un bien común, y cuya existencia se asocia a un mayor nivel de *engagement* y de satisfacción laboral, así como una mayor seguridad del paciente y una mayor calidad de los cuidados (Strömgren & Dellve, 2016). Utilizando este concepto, y coincidiendo con los resultados obtenidos en la literatura previa, existe un amplio consenso entre los entrevistados y

participantes en los grupos de discusión, en cuanto a que el fomento del capital social ayudaría a promover el desarrollo del *engagement* en el entorno laboral.

7.1.4.- Propuesta 4: Gestiones horarias. En cuanto a los horarios y turnos de trabajo, algunos participantes proponen que para promover el *engagement* en el entorno laboral se debería establecer un control horario para todos los profesionales del equipo interdisciplinar, lo que fomentaría los sentimientos de igualdad. Por otro lado, los participantes sopesan que la posibilidad de librar más fines de semana y tener turnos de trabajo fijos prevendría el desarrollo del síndrome de *burnout*, pero la mayoría de ellos son conscientes de la dificultad de lograr esto en la atención sanitaria continuada. En cuanto a los turnos de trabajo se ha observado que tienen mayor eficacia aquellos que no trabajan en turnos nocturnos (García-Izquierdo & Ríos-Risquez, 2012), o un menor insomnio, que se asocia a la aparición del síndrome de *burnout*, en aquellos que trabajan menos de 4,5 noches al mes (Kousloglou et al., 2014).

7.1.5.- Propuesta 5: Control de cargas de trabajo. Las altas cargas de trabajo, entendidas como los altos ratios de pacientes por enfermera, se tienen en cuenta como un factor que propicia la aparición del síndrome de *burnout* (Fuentelsaz-Gallego et al., 2012). En opinión de algunos de los participantes, no sólo se debería valorar el ratio de pacientes por enfermera, sino también la calidad de los pacientes a los que se presta asistencia, ya que existen unidades asistenciales con bajos ratios de pacientes por enfermera, en las cuales los cuidados que estos requieren son muy numerosos y representan una importante carga de trabajo, lo que favorece la aparición del síndrome de *burnout*.

7.1.6.- Propuesta 6: Creación de “puntos de reunión”. Siguiendo con medidas que se pueden implementar a nivel estructural u organizacional, algunos de los participantes en los grupos de discusión y entrevistas proponen la creación de puntos o lugares de encuentro. En

estos espacios los profesionales de enfermería podrían proponer mejoras y presentar quejas útiles, siempre que estas pudieran ser valoradas y resueltas de forma efectiva. Estos espacios podrían ser similares a “espacios para poder respirar” propuestos por otros autores (Astudillo & Mendinueta, 1996), que permitirían la construcción de soluciones activas de forma conjunta para solucionar los problemas locales (Brennan, 2017).

La utilización de una estrategia consistente en una mejora de la organización, mejora de la comunicación entre profesionales, y reuniones regulares del personal, consiguió disminuir de forma significativa los niveles de síndrome de *burnout* entre dos periodos separados por dos años en trabajadores de unidades de cuidados intensivos (Quenot et al., 2012). Además de esto, las buenas relaciones con los compañeros, y las reuniones regulares entre ellos facilitadas por la organización, disminuían los sentimientos de depresión y *burnout* (Bienvenu, 2016).

Cabe destacar en este punto que, la metodología comunicativa utilizada en la realización del presente estudio puede convertirse a su vez en una solución dialógica y preventiva, mediante la realización de grupos de discusión, en los cuales los profesionales pudieran plantear sus inquietudes y propuestas, tal y como ellos mismos proponen con la creación de puntos de reunión.

7.1.7.- Propuesta 7: Organización del trabajo según criterio de los trabajadores. La mayor parte de los profesionales de enfermería participantes en las técnicas cualitativas proponen que, para la organización del trabajo, se tenga en cuenta la opinión de los profesionales implicados, lo que podría surgir de los puntos de encuentro mencionados anteriormente. Kagan, Shachaf, Rapaport, Livne y Madjar (2017), demostraron que reorganizar el trabajo siguiendo el consejo de los profesionales de enfermería, reforzar la comunicación en el trabajo, y explicar los límites de la práctica de la enfermería, provocó una disminución de la sobrecarga laboral y

aumentó la calidad de los servicios ofertados. Estas intervenciones se llevaron a cabo tras realizar grupos de discusión y tormentas de ideas.

Gran parte de las propuestas anteriores ponen de manifiesto la importancia que los líderes tienen para la promoción del *engagement* y la prevención del síndrome de *burnout* en el entorno laboral, ya que éstos son la clave para promocionar el *engagement* (Bienvenu, 2016; García-Sierra et al., 2016a; Hunsaker, Chen, Maughan & Heaston, 2015; Leineweber et al., 2014; Sohrabizadeh & Sayfour, 2014; Wong & Laschinger, 2015), siempre que sean accesibles y actúen cuando los trabajadores tengan problemas (Van den Heede et al., 2013).

7.1.8.- Propuesta 8: Profesionalización de la gestión sanitaria. La mayoría de los participantes en las entrevistas y grupos de discusión, proponen la profesionalización de la gestión sanitaria como herramienta para la promoción del *engagement*, lo que evitaría, en su opinión, las implicaciones políticas que ésta tiene en la actualidad. En su opinión, esta profesionalización de la gestión mejoraría el vínculo entre profesionales, al promover los sentimientos de respeto y de unión, así como evitaría los cambios continuos que provocan modificaciones constantes en las líneas de trabajo. Diversos autores reflejan la importancia de el liderazgo profesionalizado en el ambiente sanitario, ya que esto disminuye la intención de abandono de los profesionales de enfermería (Mantler et al., 2015).

Intervenciones previas han demostrado que, la implantación de cambios en la gestión del rendimiento, sistemas de reconocimiento más sencillos y que consumieran menos tiempo de los líderes para proporcionar *feedback*, fomentaban el *engagement* (Lamont, 2015).

Las estructuras organizacionales planas, con estilos de gestión participativa, programas educativos estructurales, y oportunidades para el desarrollo de la carrera de las enfermeras, tenían una alta retención de los profesionales de enfermería (Van den Heede et al., 2013). Así

mismo, los líderes accesibles, que actúan cuando los trabajadores tienen problemas, y un entorno que permita la toma de decisiones autónoma, pueden ser las mejores estrategias para retener a los profesionales de enfermería (Van den Heede et al., 2013).

7.1.9.- Propuesta 9: Liderazgo. Haciendo referencia de forma más específica al liderazgo, y relacionado con las propuestas anteriores, existe un amplio consenso entre los participantes en cuanto a la proposición de líderes que ejerzan sus funciones con transparencia, y fomenten los sentimientos de pertenencia a la empresa donde trabajan. En esta línea, Poulsen, Khan, Poulsen, Khan y Poulsen (2016), aseveran que la colaboración y la supervisión están asociadas significativamente con el *engagement* en el entorno laboral. Cao, Chen, Tian y Diao (2016) aseguran que la percepción del soporte organizacional contribuye de forma negativa al síndrome de *burnout*. Además de esto, se observa que la gestión en enfermería proporciona un clima positivo en el entorno laboral, y resultados positivos en los pacientes, ya que mejoran el control en este entorno (Simpson, Dearmon & Graves, 2017). En opinión de los participantes, podría ser interesante que los trabajadores tuvieran la oportunidad de elegir a su propio jefe o supervisor.

Cuando se estudia la influencia del liderazgo sobre el síndrome de *burnout* y el *engagement*, surge el liderazgo transformacional. Este estilo de liderazgo se ha asociado fuertemente a la aparición del *engagement* en el entorno laboral, estando más condicionado por las subescalas de control, recompensa y valores del cuestionario de las seis áreas de la vida laboral desarrollado por Leiter y Maslach (2003) (Lewis & Cunningham, 2015). En esta línea, se ha demostrado que la utilización del liderazgo transformacional tiene un efecto positivo y significativo en el *engagement* laboral, ya que los líderes transformacionales transfieren su entusiasmo a sus subordinados (Hayati et al., 2014).

En último lugar, haciendo referencia al liderazgo, se han llevado a cabo iniciativas para comprometer la “cabeza y el corazón” de los profesionales de enfermería. Con este fin se estableció una fundación para la innovación en la era de la reforma de los cuidados de salud en California. Se llevaron a cabo 55 foros educacionales interactivos con equipos de cuidado y liderazgo, que ayudaron a los líderes en el proceso de innovación y transformación de los equipos de cuidados (D’Alfonso, Zuniga & Weberg, 2016).

7.1.10.- Propuesta 10: Mejora del reconocimiento profesional. Cuando se hace referencia a la relación entre el liderazgo y el reconocimiento como herramientas para la promoción del *engagement*, en opinión de la mayoría de los participantes en los grupos de discusión y entrevistas, se debería mejorar el reconocimiento por parte de los superiores. Esta mejora del reconocimiento por parte de los superiores, también podría realizarse mediante la promoción de oportunidades en igualdad de condiciones entre los profesionales, lo que se ha demostrado asociado a la prevención del síndrome de *burnout*, junto con la participación en la toma de decisiones y la comunicación instrumental (Bilal & Ahmed, 2017).

7.1.11.- Propuesta 11: Profesionales de apoyo. Otras medidas planteadas a nivel estructural u organizacional podrían ser, en opinión de algunos de los participantes en las técnicas cualitativas, la existencia de profesionales de apoyo como psicólogos, que pudieran atender a los diferentes profesionales de enfermería para prevenir el síndrome de *burnout* y promocionar el *engagement* en el entorno laboral.

Estos profesionales de apoyo podrían realizar programas individuales o colectivos, que incluyeran intervenciones que han demostrado científicamente su efectividad para prevenir el síndrome de *burnout*. Estos programas podrían ser intervenciones semanales de psicodrama basado en la percepción de empoderamiento (Özbaş & Tel, 2015), programas que incluyan

intervenciones educativas sobre cuidados y liderazgo creando espacios abiertos de diálogo (D'Alfonso et al., 2016), actividades de desarrollo de la resiliencia entre los profesionales lo que fomenta el desarrollo del *engagement* en el entorno laboral (Flarity, Gentry & Mesnikoff, 2013; Rushton, Batcheller, Schroeder & Donohue, 2015), grupos de trabajo de expresión escrita (Henry, 2014) o programas de *mindfulness* (Henry, 2014; Pérula Jimenez, Pérula de Torres, Jiménez García, Pérula de Torres & Vaquero Abellán, 2017; Rushton et al., 2015; Westphal et al., 2015), todas ellas intervenciones que han demostrado su efectividad en la promoción del *engagement* y en la prevención del síndrome de *burnout*.

De manera más detallada, la resiliencia ha demostrado ser una herramienta efectiva para el desarrollo del *engagement* en el entorno de trabajo, y el fomento de la resiliencia desarrolla la inteligencia, el autoconocimiento, la inventiva y la flexibilidad, que pueden ayudar en entornos laborales difíciles. La organización puede mejorar el bienestar y aumentar la resiliencia mediante un buen liderazgo, la gestión del apoyo, el entrenamiento para reconocer situaciones de estrés y soluciones activas para solucionar problemas concretos (Brennan, 2017).

Como se comentaba anteriormente, algunos estudios han demostrado que la realización diaria de *mindfulness* ocasiona puntuaciones medias de estrés laboral significativamente más bajas respecto a los individuos que no lo hacían (Pérula Jimenez et al., 2017). Otros estudios han demostrado que los programas de *mindfulness* ayudan a las enfermeras a disminuir la percepción del estrés y del daño emocional, y que pueden mejorar su bienestar personal previendo la aparición del síndrome de *burnout* (Gracia-Gracia & Oliván-Blázquez, 2017). Por último, se ha comprobado que el uso de programas de *mindfulness* y el consumo de ácidos grasos Omega 3 provocó disminuciones en las puntuaciones de las escalas que valoran la ansiedad y la depresión en enfermeras japonesas (Watanabe et al., 2015).

En esta línea se situarían también los programas de fomento de la empatía, puesto que se ha demostrado que altos niveles de empatía provocan una disminución del síndrome de *burnout* entre los profesionales de enfermería (Yuguero et al., 2017; Yuguero, Ramon Marsal, Esquerda, Vivanco & Soler-González, 2016).

7.1.12.- Propuesta 12: Mejora de la conciliación familiar y laboral. Con el objetivo de mejorar la conciliación familiar, algunos de los profesionales de enfermería entrevistados, especialmente aquellos que tienen personas a cargo, proponen que, una medida que dificultaría el desarrollo del síndrome de *burnout*, sería la existencia de guarderías en los propios centros, medida con la cual los trabajadores verían favorecida la conciliación entre su vida privada y su vida laboral, y por consiguiente esto podría favorecer el desarrollo del *engagement*.

Las intervenciones que puedan favorecer la conciliación entre la vida laboral y familiar promoverán el desarrollo del *engagement*, ya que cuando las personas perciben que hay una interacción positiva entre los aspectos del trabajo y de la familia, tienden a sentirse más *engaged* con su trabajo (Rodríguez, Vélez & Meléndez, 2012).

7.1.13.- Propuesta 13: Mejora de las condiciones laborales. Continuando con las propuestas estructurales u organizacionales, podemos encontrar aquellas referentes a una mejora en las condiciones laborales. La mayoría de los participantes del presente estudio consideran que, promovería la aparición del *engagement* la mejora en los contratos laborales, y la mejora en la estabilidad laboral dentro del sistema público de empleo, mediante mejoras en el sistema de provisión de plazas, y mayor número de ofertas de empleo público para reducir la temporalidad laboral. Estas medidas se estiman importantes, ya que aquellos individuos que sufren más cambios laborales son los que presentan mayores niveles de síndrome de *burnout* (Wisetborisut et al., 2014).

Por otro lado, estas medidas no se valoran por si solas promotoras del *engagement* en el entorno laboral, ya que diversos autores señalan que aquellos trabajadores con contratos permanentes tienen mayores niveles de despersonalización y cansancio emocional que los que tienen contratos temporales (Garcia-Izquierdo & Rios-Risquez, 2012; Garrosa et al., 2011).

7.1.14.- Propuesta 14: Gestión de la informatización del trabajo. Cuando se hace referencia a la informatización y burocratización del trabajo de los profesionales de enfermería, la mayoría de los entrevistados y participantes en los grupos de discusión, refieren que es imprescindible la existencia de los mismos para garantizar los cuidados y darles continuidad, pese al incremento de documentación que esto supone (O'Brien et al., 2015). De acuerdo con la opinión de los participantes, está demostrado que la implementación de documentación de equipo (órdenes de prescripción, evolutivos, etc.) mejora la estabilidad laboral (Bodenheimer & Sinsky, 2014).

A pesar de lo anterior, la mayoría de los participantes proponen que los programas informáticos que se implementen sean más sencillos, intuitivos e iguales para todo el centro sanitario, evitando así la variabilidad entre los servicios. Así mismo, proponen que exista un periodo de adaptación y formación suficiente y adecuado, previo a la informatización de los servicios, ya que la gestión de la documentación es donde los profesionales de enfermería invierten la mayor parte de su tiempo (Goulter, Kavanagh, & Gardner, 2015).

7.1.15.- Propuesta 15: Fomento de la investigación. Por último, dentro de las propuestas a nivel organizacional o estructural, algunos de los participantes en los grupos de discusión y entrevistas, estiman que favorecería la aparición del *engagement*, y dificultaría la existencia del síndrome de *burnout*, el fomento de la investigación dentro del entorno laboral. Tal y como especifica Velandía (2011, p.6), “la investigación, asumida como tarea permanente,

impulsa de manera constante el desarrollo de las disciplinas y las profesiones”. En el caso de la enfermería, la investigación permite la aplicación de cuidados con autodeterminación, garantiza la seguridad del paciente, fortalece la buena comunicación con el equipo de trabajo y mejora las destrezas individuales, creando la posibilidad de trabajar en la vanguardia de los avances en el tratamiento de diversas enfermedades (...), aportando un alto grado de autonomía y habilidades prácticas a la profesión basados en la evidencia (Zarate, Rueda-Santamaría & Cañon-Montañez, 2011).

Se ha observado que actuaciones de desarrollo de estrategias de investigación promueven en *engagement* entre los profesionales de enfermería (Bienvenu, 2016; Mitchell, Baillie & Phillips, 2015; Poncet et al., 2007), así como que, aquellas enfermeras que comparten sus conocimientos con sus compañeros y presentan un comportamiento innovador, tienen relaciones más fuertes con la organización (Afsar, 2016).

En esta línea existen intervenciones que fomentan la investigación en profesionales de enfermería y matronas, con el objetivo de transformar su cultura y promover el *engagement* o compromiso con la investigación, como el caso de un programa implementado desde las organizaciones educativas inglesas. Este programa perseguía los siguientes objetivos: que se desarrollara una fuerza laboral de investigación cada vez mayor en enfermería, y que las enfermeras contribuyeran al desarrollo de la toma de decisiones basadas en la evidencia (Mitchell et al., 2015).

En la misma línea que el anterior programa, existe una intervención de desarrollo profesional durante 4 años para enfermeras clínicas avanzadas, cuyo objetivo es definir, implementar y analizar la calidad de los estudios científicos, mediante un programa de cambio acelerado llamado “*Six Sigma DMAIC*”: Definir, Medir, Analizar, Mejorar y Controlar. Este

método incluye clases didácticas de 15 minutos, demostraciones de habilidades concretas necesarias para llevar a cabo proyectos de mejora, aprendizaje reflexivo, grupos críticos y discusión de artículos. Esta intervención tuvo un efecto positivo sobre los resultados de los pacientes, y la mejora del desarrollo de los roles profesionales de las enfermeras, mejoró los conocimientos y habilidades de las enfermeras para identificar oportunidades de mejora, llevar a cabo proyectos de principio a fin, y propagar los resultados en foros públicos (Moore & Stichler, 2015).

Poncet et al., (2007) demostraron que la participación en grupos de investigación, la prevención de conflictos, y la mejora de la gestión de los cuidados al final de la vida, se proponían como intervenciones para evitar o disminuir la aparición del síndrome de *burnout* entre profesionales de enfermería.

Por otro lado, a nivel organizacional, intervenciones como el programa “Magnet”, creado por el Centro de Acreditación de Enfermeras Americanas, reconoce a las instituciones que promocionan la práctica de la enfermería de excelencia. Sus objetivos son promover la calidad en un entorno que apoye la práctica profesional, identificar la excelencia en los cuidados de enfermería y difundir las mejores prácticas en los servicios de enfermería. Este tipo de programas son interesantes para promover el *engagement* entre los profesionales de enfermería, ya que la calidad de los cuidados ofertados está asociado, de forma significativa a este sistema de reconocimiento, y el clima de la práctica laboral actúa como elemento mediador entre ellos (Witkoski, Rosen & McHugh, 2014).

7.1.16.- Propuesta 16: Instruir a cerca del concepto de engagement y síndrome de burnout. Dentro de las intervenciones organizacionales se pueden situar también aquellas destinadas a aumentar el nivel de conocimiento de los individuos sobre el síndrome de *burnout* y

el *engagement* en el entorno laboral, pudiendo situarse también estas propuestas dentro de las intervenciones individuales. Algunos de los participantes en los grupos de discusión y entrevistas estiman que conocer estos constructos podría ayudar a su identificación.

Diversos autores demostraron que un programa de educación multifacético con dos niveles de intervención disminuyó significativamente el síndrome de *burnout* (Flarity et al., 2013). En este estudio se realizó un grupo interactivo de 4 horas de duración donde se emitía un vídeo sobre un rescate aéreo, y al finalizar se hacía lectura interactiva, un grupo de discusión y ejercicios individuales y grupales sobre el origen del síndrome de *burnout*, prevención y tratamiento. Además de esto se utilizaron recursos multimedia que incluían musicoterapia, trabajo de habilidades sociales, etc.

Un proyecto similar al anterior fue el desarrollado para mejorar la resiliencia de las enfermeras, con el fin de disminuir su abandono de la profesión. El proyecto consistió en dos fases, y durante la primera se examinaron las áreas estresantes y los factores demográficos asociados al síndrome de *burnout*, y su relación con el estrés moral, el estrés general, la resiliencia y su significado. En la fase 2 se ayudó a los participantes a desarrollar estrategias y prácticas para mejorar, incluyendo fomento de la resiliencia y práctica de *mindfulness*. Este proyecto demostró que el desarrollo de la resiliencia protegía a las enfermeras del cansancio emocional y contribuía al desarrollo del logro personal (Rushton et al., 2015).

7.2.- Propuestas a nivel individual

A nivel individual encontramos una batería de propuestas centradas en la formación, es decir, en propuestas de formación que, en opinión de los participantes en las entrevistas y grupos de discusión, promocionarían el *engagement* en el entorno laboral, ya que ésta favorecería el empoderamiento profesional.

Se ha observado que aquellas enfermeras que no asisten a programas de entrenamiento y formación continuada, presentan niveles más altos de despersonalización y cansancio emocional (Karakoc et al., 2016). Por otro lado, la relación entre formación y *engagement* es bidireccional, es decir, la formación favorece el desarrollo del *engagement*, y la presencia de *engagement* en el equipo de enfermería es un importante factor motivacional para mejorar la educación entre los profesionales (Tomietto et al., 2016).

7.2.1.- Propuesta 17: Formación en gestión sanitaria. Algunos de los participantes sopesan que podría fomentarse el desarrollo del *engagement* mediante la mejora de los conocimientos en gestión sanitaria de los trabajadores, de forma que éstos supieran qué indicadores se deben medir, cómo se miden y por qué, con el fin de aumentar la conciencia de trabajo en equipo. En esta línea, se ha demostrado que existe una asociación entre el empoderamiento y el liderazgo, con un descenso de los niveles de síndrome de *burnout* entre profesionales de unidades de cuidados intensivos (Omar et al., 2015).

7.2.2.- Propuesta 18: Formación en liderazgo. Otra línea de formación propuesta por los participantes en las técnicas cualitativas iría encaminada a la formación en capacidades de liderazgo. La formación en habilidades de liderazgo podría contribuir a un mayor control del entorno y a una mayor autonomía, que se asocian a niveles más bajos de cansancio emocional, a una mayor satisfacción laboral, y a un clima de seguridad positivo (Dos Santos, Da Silva & De Brito, 2017).

7.2.3.- Propuesta 19: Formación relacionada con el desarrollo del optimismo. Una de las propuestas realizadas por los participantes en las entrevistas y grupos de discusión para evitar la aparición del síndrome de *burnout*, se centra en recibir formación relacionada con el desarrollo del optimismo y el humor en el entorno laboral. Se ha demostrado que el uso de la psicología

positiva mediante el uso del optimismo, la personalidad resistente y la competencia emocional, predice niveles más bajos de cansancio emocional en situaciones con alto nivel de estrés (Garrosa et al., 2011).

Por otro lado, la realización de grupos de trabajo de expresión escrita, retiros en el trabajo o fuera de él, uso de arte, movimientos terapéuticos, *mindfulness*, auto-reflexión, una tarde libre para cantar, bailar y reír, pasear, una sesión de yoga, programas de soporte espiritual y de reflexión, cenas divertidas con compañeros, dinámicas de grupo y de comunicación, programas de preparación sobre situaciones del trabajo, presentaciones sobre habilidades sociales y manejo del estrés, sesiones de resiliencia, etc. han resultado ser intervenciones efectivas para prevenir el síndrome de *burnout* (Henry, 2014).

La utilización desde la organización de programas que fomenten el crecimiento personal, y favorezcan el desarrollo de un buen clima de trabajo, se puede ver favorecido por la socialización anticipada para evitar una entrada inadecuada en la organización (Gascón, Olmedo & Ciccotelli, 2003).

7.2.4.- Propuesta 20: Formación en gestión de vida laboral-vida personal. Por otro lado, los participantes en las entrevistas y grupos de discusión, proponen que podría ayudar a evitar la aparición del síndrome de *burnout* la formación para aprender a separar u complementar la vida laboral y la vida familiar. Esta propuesta sería muy interesante, ya que los factores extra-laborales, como la familia y las responsabilidades laborales, son factores asociados a la aparición del síndrome de *burnout* (Chacon, 2013). Se ha observado que facilitar el equilibrio entre la vida privada y el trabajo disminuye el estrés laboral y favorece el bienestar entre los profesionales de enfermería (Brennan, 2017).

7.2.5.- Propuesta 21: Formación en habilidades de comunicación. Otras líneas de formación propuestas por los participantes para promover la aparición del *engagement* en el entorno laboral, serían la formación en habilidades de comunicación, habilidades sociales, relaciones interpersonales y trabajo en equipo. Todas estas habilidades contribuyen al desarrollo de la inteligencia emocional y de la resiliencia, y éstas contribuyen a fomentar el *engagement* y los sentimientos de equipo, por lo que deben de utilizarse desde la formación pre-grado de los profesionales sanitarios (Pyle, 2015; Slavin & Meyer, 2013; Zhu et al., 2015).

Dentro de esta propuesta, se podrían plantear intervenciones de desarrollo de la inteligencia emocional, ya que ésta es un predictor positivo del *engagement*, e influye sobre él a través de la justicia organizacional, es decir, mejorar la justicia organizacional puede incrementar el impacto de la inteligencia emocional (Zhu et al., 2015). Por otro lado, el desarrollo de la inteligencia emocional y la justicia organizacional se relacionaban con el aumento del compromiso laboral (Zhu et al., 2015).

La formación en cuanto a habilidades de comunicación sería muy beneficiosa en lo referente a las relaciones entre profesionales de enfermería y pacientes. Se ha demostrado que, la realización de intervenciones motivacionales centradas en formas y técnicas de comunicación entre profesionales de enfermería y pacientes, ha demostrado mejorar la autoeficacia de los profesionales y fomenta su compromiso (Pyle, 2015).

7.2.6.- Propuesta 22: Formación en gestión del tiempo de trabajo. Por último, los participantes proponen la formación en cuanto a cómo dar los cambios de turno de trabajo, qué decir, cómo decirlo y dónde hacerlo, con el fin de aprender a economizar su tiempo, proteger los datos personales de los pacientes y mejorar la continuidad de los cuidados. Experiencias similares a esta propuesta se están llevando a cabo en otros hospitales españoles, como el

Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona), donde los profesionales de enfermería han implementado un cambio de turno a puerta cerrada durante 15 minutos, evitando las interrupciones y mejorando la eficacia del mensaje que se transmite, lo que ha obtenido buenos resultados por el momento y por ello se ha implantado en todos los servicios de hospitalización (Gregoris, 2016).

Haciendo referencia a todas las propuestas relacionadas con la formación, existe un amplio consenso entre los profesionales de enfermería entrevistados en cuanto a que toda la formación propuesta debería impartirse en horario laboral, para facilitar la asistencia de los profesionales. Así mismo, en su opinión se debería separar la formación de la recompensa, tal y como se hace en la actualidad en el sistema sanitario público, para establecer un sistema de recompensa a la formación más justo para los profesionales.

7.3.- Propuestas a nivel interpersonal

7.3.1.- Propuesta 23: Fomento del trabajo en equipo. En cuanto a las relaciones con otros profesionales, existe un amplio consenso entre los participantes en los grupos de discusión y entrevistas en cuanto a que el fomento del trabajo en equipo promocionaría la aparición del *engagement*. En su opinión, esto podría hacerse mediante reuniones interdisciplinarias y líneas de comunicación entre los diferentes profesionales que actúan conjuntamente en los centros sanitarios. Conclusiones similares se obtienen en estudios previos, en los cuales se observa que el fomento del trabajo en equipo es esencial para crear climas que favorezcan la seguridad y mejoren el cuidado de los pacientes (Skarbek, Johnson & Dawson, 2015). Así mismo, en otros estudios se concluye que el trabajo en equipo permite reforzar la comunicación entre los trabajadores, lo que disminuye la sobrecarga (Kagan et al., 2017).

Además de lo anterior, la participación de los profesionales de enfermería en la toma de decisiones, y las buenas relaciones entre las enfermeras y los médicos, se asocia a una menor

intención de abandonar el trabajo y a un mayor sentimiento de autonomía, lo que se ve promovido por los estilos de gestión participativa de los que se hablaba anteriormente (Van den Heede et al., 2013).

Siguiendo la idea propuesta por los participantes, existen intervenciones como el programa “TBL” de aprendizaje basado en el equipo, donde los individuos trabajan de forma autónoma, y el aprendizaje se aplica en la resolución conjunta de los problemas planteados. Esta estrategia demostró una mejoría en el trabajo en equipo, las habilidades de comunicación, el razonamiento y la resolución de problemas en estudiantes de enfermería australianos (Currey et al., 2015).

Con el fin de aunar las reuniones entre profesionales, y a su vez, fomentar la investigación como mecanismo de desarrollo del *engagement*, se observó que la realización de clubs de lectura de artículos de enfermería con evidencia científica durante un año para mejorar los conocimientos, la confianza en la evaluación crítica, puntuaciones en las evaluaciones y habilidad en el uso de hallazgos de la práctica clínica, tuvieron un impacto positivo sobre el compromiso profesional, el desarrollo de habilidades y la mejora de su confianza (McKeever, Kinney, Lima & Newall, 2016). Estos clubs se realizan de forma competitiva entre los profesionales para aumentar la asistencia y la participación.

Continuando con el fomento del trabajo en equipo, se ha demostrado que la educación interprofesional para la promoción de redes de trabajo, la colaboración, las relaciones flexibles y la obtención de logros comunes resolverán la exclusión de las enfermeras de la mesa política (Premji & Hatfield, 2016). Se considera educación interprofesional “cualquier tipo de sesión educativa, didáctica, de entrenamiento o de aprendizaje en el cual dos o más profesionales de asistencia sanitaria y atención social aprenden interactivamente” (Reeves et al., 2008, p. 2). Pese

a los resultados positivos arrojados por algunos artículos respecto al uso de educación interprofesional, una revisión realizada por la Biblioteca Cochrane Plus concluyó que es necesario realizar estudios de educación interprofesional más rigurosos, para poder aportar mejores pruebas de la repercusión de la educación interprofesional sobre la práctica profesional y los resultados de la asistencia sanitaria (Reeves et al., 2008).

Li, Early, Mahrer, Klaristenfeld y Gold (2014) demostraron que la promoción de la cohesión grupal y del compromiso organizacional actúan como elementos protectores, al moderar los efectos negativos de la exposición al estrés. Además de esto, se ha demostrado que la existencia de un bajo número de conflictos en el entorno laboral es el predictor más fuerte del *engagement*, aunque el soporte efectivo y el éxito también lo predicen. Tanto los eventos positivos como los negativos contribuyen a la aparición del *engagement*, mientras que únicamente los eventos negativos favorecen la aparición del síndrome de *burnout* (Sinclair et al., 2015).

7.3.2.- Propuesta 24: Formación en cuanto a funciones propias y ajenas. Con el fin de poder mejorar el trabajo en equipo con los diferentes profesionales, y no realizar funciones que no son propias de los profesionales de enfermería, los participantes en las entrevistas y grupos de discusión, valoran que una medida que favorecería el *engagement* sería la formación para conocer las funciones propias y ajenas. Intervenciones similares se realizaron en estudios previos, como la intervención basada en la reorganización del trabajo siguiendo los consejos de los profesionales de enfermería, reforzando la comunicación dentro del entorno laboral, y explicando los límites de la práctica de enfermería, se disminuyó la sobrecarga y mejoró la calidad de los servicios en hospitales israelíes (Kagan et al., 2017).

La formación en cuanto a funciones propias y ajenas podría realizarse mediante programas de formación para profesionales de enfermería, que deben prepararlos para la realidad de la práctica, fomentando la resiliencia para convertirlos en profesionales reflexivos, optimistas y socialmente competentes, con habilidades en la solución de problemas y sensación de propósito (Scammell, 2016).

7.3.3.- Propuesta 25: Mejora de la publicidad profesional. La mayoría de los profesionales de enfermería participantes en las entrevistas y grupos de discusión, proponen que se publicite a la profesión enfermera, lo que, en su opinión, aumentaría el reconocimiento social de la profesión, y con ello, dificultaría el desarrollo del síndrome de *burnout*. Esta publicidad profesional podría hacerse, en opinión de algunos de los participantes, mediante el uso de redes sociales desde las organizaciones o los propios individuos, por lo cual, recibir formación en cuanto al uso de estas redes podría convertirse en otra propuesta que fomentara el *engagement* en el entorno laboral.

Respecto al uso de redes sociales, estas están cambiando la forma de interactuar entre los individuos, y los profesionales de enfermería no pueden mantenerse al margen de estos cambios, tal y como refiere en su blog Jordi Mitjà Costa (Mitjà, s.f.). Este autor manifiesta que “con nuestra presencia en la red, también estaremos cuidando y dando visibilidad a nuestra profesión. Enfermería tiene que estar donde está la población. Somos una profesión transversal” (Mitjà, s.f.). En opinión de este autor, las redes sociales permiten potenciar la presencia de la enfermería, generar una identidad profesional, compartir el conocimiento, propiciar contactos con otros profesionales, tener información actualizada sobre temas de interés, favorecer la comunicación a tiempo parcial, fomentar buenos hábitos de salud, y crear un espacio dinámico para desarrollar contenido. Por otro lado, este autor no es ajeno a las desventajas del uso de redes sociales entre

los profesionales de enfermería, donde destaca que pueden dañar su imagen profesional, pueden darse casos de suplantación de identidad, puede afectar a su ética profesional, u otros pueden apropiarse de los contenidos publicados (Mitjà, s.f.).

Las estrategias de mejora de la publicidad de la profesión de enfermería irían englobadas dentro del empoderamiento profesional, que ha demostrado provocar una reducción del síndrome de *burnout* tras la realización de un programa de psicodrama sobre la percepción del empoderamiento y los niveles de síndrome de *burnout* durante 10 semanas, 2 horas al día, 1 día a la semana (Özbaş & Tel, 2015).

Es más que evidente la necesidad de construir una cultura más protectora con los profesionales de enfermería, que construya el compromiso laboral a través del soporte social, mejorando la organización y realizando intervenciones educativas (Ross, 2015). Se deben realizar intervenciones de fomento de las habilidades para gestión del estrés, unido a estrategias organizacionales para la disminución del mismo, ya que éstas son imprescindibles para disminuir y prevenir el estrés entre profesionales de enfermería (Roberts & Grubb, 2014).

Como se puede observar, existen numerosas medidas propuestas por los participantes para favorecer la aparición del *engagement*, y dificultar el desarrollo del síndrome de *burnout* en el entorno laboral. La mayoría de estas medidas están avaladas por resultados obtenidos de forma previa en estudios científicos, pero existen algunas medidas innovadoras que en opinión de los participantes podrían implementarse también en el entorno donde se realiza este estudio.

Aquellas propuestas consideradas como promotoras del *engagement* en el entorno de trabajo que obtienen un consenso más amplio entre los participantes, son aquellas encaminadas a la consecución de líderes efectivos y eficientes, que actúen con transparencia e igualdad, lo cual, en opinión de los participantes, podría favorecerse mediante la profesionalización de la gestión,

término no analizado en la literatura consultada. Esta ausencia de literatura previa puede deberse a que, en opinión de los participantes, en el entorno de estudio los líderes profesionales son elegidos, en la mayoría de los casos, por sus perfiles políticos y no por su capacitación o formación en liderazgo y gestión de equipos. Coincidiendo con esta reflexión, los participantes proponen la profesionalización de la gestión como herramienta de prevención del síndrome de *burnout*, donde se evitaría el sesgo que produce que dichos puestos sean ocupados por componentes políticos y no por características profesionales. Sería interesante realizar un estudio en profundidad del sistema de elección de líderes sanitarios a nivel internacional, para poder analizar qué influencia tiene este sistema de elección sobre el desarrollo del *engagement* entre los trabajadores. Así mismo, parece innovador en el entorno estudiado, la implementación de sistemas de elección de líderes y gestores sanitarios con el fin de evitar el desarrollo del síndrome de *burnout*.

Por otro lado, y relacionado con lo comentado anteriormente, aparece como una propuesta de promoción del *engagement* la formación en gestión sanitaria entre los profesionales de enfermería. Esta propuesta innovadora, no recogida en la literatura previa consultada, podría fomentar el empoderamiento de los profesionales, su capacitación en gestión sanitaria y, consecuentemente, posibilitaría que los líderes profesionales futuros cumplieran los requisitos denominados por los participantes como promotores del *engagement* laboral. En esta línea, se podría realizar un estudio piloto para comprobar cómo la formación en gestión actúa sobre el desarrollo del síndrome de *burnout* y el *engagement* en el entorno laboral.

Otra de las propuestas, que logra un amplio consenso entre los participantes, es la necesidad de sistemas de reconocimiento más eficientes, lo cual, en opinión de estos, promocionaría en *engagement* en el entorno laboral. Los participantes en los grupos de discusión

y entrevistas, coinciden en reconocer el sistema sanitario público como una organización muy rígida con pocas oportunidades de cambio, mientras que los participantes que realizaban su labor en centros sanitarios privados consideraban que la organización para la que trabajaban era más flexible, más participativa, y con mayor *feedback* en el reconocimiento de los errores y aciertos en el desarrollo del trabajo diario. En la actualidad, existen experiencias innovadoras en las que se ha comprobado que la aplicación de herramientas utilizadas hasta el momento en industrias manufactureras como el método *Lean*, ha permitido mejorar la calidad, la productividad y la seguridad, utilizando menos recursos, y transformando el sistema mediante el compromiso profesional en un hospital infantil de Seattle (E.E.U.U) (Martin, Rampersad, Low & Reed, 2014).

La metodología *Lean* permite desarrollar una estrategia de trabajo en equipo con el objetivo de solucionar problemas, y una cultura de mejora continua, lo que, dentro de las estructuras sanitarias, permite a los profesionales mejorar la eficiencia de los procesos y dedicar su tiempo a aquellas funciones en las que deben de invertirlo, así como mejorar la satisfacción de los trabajadores e incremento de la productividad del personal (Aguilar-Escobar & Garrido-Vega, 2013). Los principios del método *Lean* aplicado al sector hospitalario son la identificación de los consumidores y del valor añadido, es decir, conocer qué valor añadido espera recibir cada usuario para conseguir mejorar el trato y la excelencia de cuidados; identificación del mapa de transmisión de valor, es decir, identificar los problemas e ineficacias existentes en los diferentes procesos hospitalarios para detectar las oportunidades de mejora; crear flujos evitando los despilfarros en el hospital, para lo que resulta indispensable un pensamiento interdisciplinar; organización basada en el paciente, para lo cual será indispensable la asignación de tareas, responsabilidades y competencias; y la mejora continua sostenible como parte de la cultura de

empresa, tratando de alcanzar a diario la máxima optimización en las operaciones del hospital (Pérez, 2018).

Sería interesante la realización de un proyecto piloto donde se pudieran aplicar metodologías de trabajo innovadoras, que permitieran la realización de un trabajo más eficiente, permitieran un mayor control por parte de los profesionales, y favorecieran unos sistemas de reconocimiento más sencillos, lo que podría favorecer el desarrollo del *engagement* en el entorno laboral.

Una de las propuestas innovadoras consiste en la creación de espacios de diálogo, donde los profesionales de enfermería puedan exponer sus quejas y propuestas obteniendo una respuesta efectiva a las mismas. No se ha encontrado en la literatura consultada experiencias similares en este ambiente, pese a que existen intervenciones que se podrían asimilar a esta en ámbitos internacionales. Por otro lado, tal y como se reseñaba con anterioridad, la propia metodología dialógica utilizada en el presente estudio podría convertirse en una propuesta de mejora, donde los individuos podrían plantear sus quejas y propuestas, que podría dar respuesta a las necesidades de la sociedad dialógica actual.

Siguiendo con aquellas propuestas que han logrado un amplio consenso, los participantes proponen la mejora de las condiciones laborales como promotor del *engagement*. Esta intervención presenta características innovadoras ya que se adapta a las características específicas del entorno donde se realiza el estudio, en el cual la mayor parte de los participantes trabaja en centros sanitarios públicos. Es por esta característica por la cual la propuesta de mejora en los sistemas de provisión de los Servicios Sanitarios de las Comunidades Autónomas, así como mejoras en las ofertas públicas de empleo en estos ámbitos no han sido analizadas en la literatura previa.

Otra de las propuestas que más aceptación tienen entre los entrevistados es el fomento de la investigación para promover el *engagement* en el entorno de trabajo. Esta propuesta coincide con la literatura previa consultada, pero no existen en el entorno donde se ha realizado el estudio experiencias similares, por lo cual, implementar experiencias que fomenten el desarrollo de la investigación en este entorno, se consideraría un elemento innovador que podría evitar el desarrollo del síndrome de *burnout* en opinión de los participantes.

Además de lo anterior, cabe destacar la propuesta de fomento del trabajo en equipo, que logra un amplio consenso entre los participantes, como herramienta de promoción del *engagement* en el entorno de trabajo. Como se observa en las líneas anteriores, el desarrollo del trabajo en equipo disminuye la sobrecarga y favorece el trabajo en equipo (Kagan et al., 2017), por lo cual, realizar intervenciones o proyectos piloto que permitan su desarrollo, podría favorecer la promoción del *engagement* en opinión de los participantes.

Por último, la mayor parte de los participantes proponen que una mayor publicidad profesional podría evitar la aparición del síndrome de *burnout* entre los profesionales de enfermería. No existen en la literatura consultada intervenciones similares a esta propuesta, ni a cómo esta propuesta podría actuar sobre el *engagement* en el entorno laboral. Conseguir implementar un proyecto de mejora de la publicidad profesional, podría suponer una herramienta innovadora que evitara la aparición del síndrome de *burnout* en el entorno de realización del estudio.

Como se observa, la mayoría de propuestas que más consenso obtienen, requieren la implicación de las organizaciones sanitarias. Si se consigue comprometer a los mandos intermedios con las medidas propuestas, éstas son fácilmente aplicables, ya que consisten en intervenciones muy concretas, y que requieren inversiones mínimas. Aquellas propuestas que

requieren el compromiso global de las organizaciones laborales, como la mejora de las condiciones de trabajo o la creación de sistemas de reconocimiento más eficientes, presentan una mayor dificultad en su implementación dada la rigidez de estas organizaciones.

Existen propuestas que no se podrán implementar contando únicamente con los profesionales de enfermería, como la propuesta de fomentar el trabajo en equipo, de manera que estas tienen una mayor dificultad en su aplicación, y requieren gestiones y compromisos entre profesionales de diferentes niveles. Por último, cabe destacar que una de las medidas que mayor consenso obtiene entre los participantes es la mejora de la publicidad profesional, cuya implementación se puede lograr a nivel individual con diversas herramientas, entre las que destaca el uso profesional de las diferentes redes sociales.

Se puede concluir que existen numerosas propuestas realizadas por los participantes en los grupos de discusión y entrevistas, con el fin de promocionar el *engagement* en su entorno laboral, y evitar la aparición del síndrome de *burnout*. La metodología comunicativa ha permitido establecer este conjunto de propuestas, siendo algunas de ellas innovadoras respecto a estos constructos, y lo que es más importante, ha permitido profundizar en la génesis de estos conceptos en la población estudiada. Además de esto, la utilización de esta metodología ha permitido que se produzca una construcción conjunta del conocimiento, lo que favorece la implicación de los participantes en el desarrollo de las propuestas, y aumenta su compromiso con las mismas. La aplicación de alguna de estas propuestas de forma posterior, y sus implicaciones sobre el *engagement* y el síndrome de *burnout*, permitirían una mejoría clara de la asistencia prestada por los profesionales de enfermería a los pacientes, así como una mejora en el funcionamiento de las organizaciones sanitarias.

8.- Conclusiones

El síndrome de *burnout* es considerado una forma de acoso psicosocial en el trabajo en respuesta al estrés laboral crónico cuando fallan las estrategias de afrontamiento al estrés del individuo (Gil-Monte, 2005). De forma contraria surge el concepto de *engagement*, que Maslach y Leiter (1997) definen como un concepto totalmente opuesto al síndrome de *burnout*, donde aquellos individuos *engaged* presentan iniciativa hacia su trabajo, buscan nuevos retos y están comprometidos con conseguir la excelencia en su desempeño, generando un *feedback* positivo con sus supervisores y clientes (Schaufeli & Salanova, 2007).

El síndrome de *burnout*, entendido como un problema en el ambiente social de trabajo, y no tanto como un problema de los individuos, encuentra en el *engagement* su forma contraria, y, por tanto, el objetivo a conseguir por las organizaciones laborales (Maslach, 2009). Las profesiones que presentan una mayor prevalencia de este síndrome son tradicionalmente aquellas relacionadas con los servicios (enfermería, médicos, profesores, etc.), que trabajan en contacto directo con los “clientes” (pacientes, alumnos, etc.), teniendo su origen el síndrome de *burnout* en el entorno y no en el trabajador (Gil Monte, 2005).

La realización del presente estudio ha conseguido cumplir los objetivos planteados desde el inicio, permitiendo establecer la prevalencia que tiene el *engagement* y el síndrome de *burnout* en la población estudiada, así como conocer las variables socio-demográficas y laborales asociadas a ellos.

Los resultados obtenidos durante la fase de la técnica cuantitativa del presente estudio refieren que la muestra estudiada presenta altos niveles de energía, motivación y eficacia, apareciendo *engagement* en el 35,40% de la muestra estudiada. De forma llamativa, cabe destacar que en la muestra analizada no aparece ningún caso de síndrome de *burnout*,

presentando únicamente un 3,30% de los encuestados niveles medios de síndrome de *burnout*. Además de esto, aparecen unos niveles bajos de agotamiento y cinismo (el 2,10% presenta niveles altos de agotamiento, y el 1,70% de cinismo), y altos niveles de eficacia (sólo el 0,70% de la muestra refiere niveles bajos de eficacia).

Las variables socio-demográficas y laborales asociadas al *engagement* y al síndrome de *burnout* han sido ampliamente analizadas a lo largo de los años, obteniéndose resultados diversos a favor y en contra de estas asociaciones, que el presente estudio no hace sino corroborar, y que se analizaron de forma más profunda en el apartado de discusión.

De forma llamativa, cabe destacar que, dentro de las áreas de la vida laboral, únicamente el área de justicia presenta incongruencias entre el individuo y la organización en el presente estudio, es decir, los individuos estudiados creen que la organización los trata de forma injusta no recompensándoles las actuaciones correctas ni sancionándoles aquellas que no lo son.

Si únicamente se hubiera realizado un estudio utilizando técnicas cuantitativas, los resultados obtenidos podrían llevar a pensar que la muestra analizada presenta unas condiciones más que deseables, debido a sus bajas cifras de síndrome de *burnout*, y sus altas cifras de *engagement*. Sin embargo, la utilización posterior de la metodología comunicativa ha proporcionado una información no recogida hasta el momento, ya que, partiendo de la ruptura del desnivel metodológico se ha propiciado la inclusión de los sujetos participantes en toda la investigación, consiguiendo así, mediante un diálogo igualitario, profundizar en temas que en el cuestionario sólo quedan apuntados, e incluso pasan desapercibidos. Esta metodología ha permitido vislumbrar que, tras los buenos resultados obtenidos en las encuestas, existe un conjunto de sentimientos profundamente arraigados entre los profesionales de enfermería, que favorecerían la aparición del síndrome de *burnout*, y dificultarían el desarrollo del *engagement*.

Por otro lado, el uso de esta metodología ha permitido establecer aquellas variables asociadas al síndrome de *burnout* y al *engagement* en opinión de los profesionales de enfermería, dando respuesta a otro de los objetivos planteados.

Durante las entrevistas y grupos de discusión realizados, se observa de manera recurrente la aparición en los discursos de una importante falta de reconocimiento social de la profesión enfermera, así como una infravaloración de la misma. Los resultados obtenidos mediante el uso de la metodología comunicativa pueden orientar hacia la génesis del síndrome de *burnout* entre los profesionales de enfermería no únicamente como causa del entorno de trabajo, tal y como explicaba Gil-Monte (2005), sino como consecuencia de la socialización profesional de la enfermería y de las características sociales de la misma, que refleja sólo parcialmente sus realidades contemporáneas (Brown, Stevens & Kermode, 2013; Liaschenko & Peter, 2004), por lo que trabajar sobre estas áreas podría favorecer la legitimación y el reconocimiento de esta profesión.

La existencia de un liderazgo inadecuado dificulta, en opinión de los participantes, el desarrollo del *engagement*, así como que la evolución de la profesión y su importante feminización. Estos elementos han influido en las relaciones que se establecen entre los profesionales de enfermería y otros profesionales y pacientes, favoreciendo la aparición del síndrome de *burnout*, en opinión de los entrevistados. Estos datos refuerzan la teoría de la importancia que tiene, y ha tenido, la socialización profesional de la enfermería, ya nombrada anteriormente, por lo cual, la realización de intervenciones sobre ella podría favorecer el desarrollo del *engagement* en el entorno laboral estudiado.

Por otro lado, la utilización de las técnicas cualitativas ha permitido establecer un conjunto de medidas que, en opinión de los participantes, favorecerían la aparición del

engagement en este entorno laboral, y que además, podrían ser aplicadas en otros entornos similares, dado que el 92,10% de los encuestados realiza su práctica asistencial en centros con capacidad de 500 camas o menos, representando este tipo de centro sanitario el 90,00% de los hospitales españoles según el Catálogo Nacional de Hospitales de 2015 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014). Este conjunto de medidas permite dar respuesta a otro de los objetivos generales planteados desde el inicio del presente estudio.

Tal y como se ha desarrollado en los capítulos anteriores, la génesis del síndrome de *burnout*, y por lo tanto del *engagement*, es multifactorial, de manera que a lo largo de los años se han desarrollado múltiples programas destinados a tratar aspectos específicos de estos fenómenos, o bien, destinados a contemplar las diferentes variables relacionadas con el proceso de estrés y la gestión del tiempo, estilos de afrontamiento, etc. (Gascón et al., 2003). Cuando se aborda la prevención del síndrome de *burnout*, ésta puede realizarse desde la reducción de los factores de riesgo, o bien mediante la identificación de los casos de síndrome de *burnout* preclínico, tal y como explicaban Gascón et al. (2003).

Siguiendo los niveles planteados por Gil-Monte y Peiró (1997) para centrar las intervenciones de prevención del síndrome de *burnout*, el estudio realizado permite extraer diversas propuestas de promoción del *engagement* en la población a estudio a nivel estructural u organizacional, a nivel individual, y a nivel interpersonal. Algunas de estas propuestas son completamente innovadoras y no han podido contrastarse con estudios previos, mientras que otras son innovadoras en cuanto a que no hay experiencia de su efectividad en la población estudiada, pero sí en poblaciones similares.

En cuanto a las propuestas de intervenciones a nivel estructural u organizacional, los participantes plantearon el desarrollo de pactos a nivel nacional que promovieran el *engagement*

dentro del entorno laboral mediante planes sistematizados a largo plazo. No existe literatura previa referente a esta intervención, ni a cómo afectaría esto a la prevención del síndrome de *burnout*, por lo que debería de realizarse una investigación más exhaustiva previa a su implantación.

Los participantes del presente estudio plantean la importancia que tendría para el desarrollo del *engagement* la profesionalización de la gestión, la gestión transparente y cercana, y el liderazgo efectivo, que, en su opinión, fomentaría el *engagement* y los sentimientos de pertenencia. No se han encontrado intervenciones realizadas en poblaciones similares a las del estudio, aunque sí las hay en poblaciones sanitarias iraníes (Hayati et al., 2014). Podría considerarse, por tanto, la realización de intervenciones de desarrollo del liderazgo en el entorno estudiado como una propuesta innovadora de promoción del *engagement* en el entorno laboral.

Otra propuesta innovadora, en opinión de los participantes, sería la implementación de programas desde los colegios profesionales y los centros educativos, con el objetivo de aumentar la visibilidad profesional, y fomentar la unidad como colectivo, lo que promovería el *engagement* en el entorno laboral. No se han encontrado intervenciones parecidas a las propuestas por los participantes en las poblaciones similares a la estudiada, pero para ello se podrían realizar intervenciones que han demostrado su efectividad en centros sanitarios de Turquía (Özbaş & Tel, 2015).

En opinión de los participantes, se debería formar a los profesionales de enfermería sobre las funciones propias y ajenas, y sobre la realidad de la práctica. Además de esto, los participantes proponen que la existencia de puntos de encuentro donde se pudiera debatir, proponer mejoras, o reunirse con los diferentes profesionales dificultaría el desarrollo del síndrome de *burnout*, y favorecería la aparición del *engagement*. Esta propuesta podría

considerarse como innovadora, ya que no se han encontrado intervenciones similares realizadas en poblaciones con las mismas características que la muestra en la literatura consultada. Además de esto, esta propuesta innovadora podría realizarse mediante la aplicación de la propia metodología comunicativa utilizada en la realización del presente estudio, convirtiéndose así la metodología dialógica en una propuesta preventiva.

Tal y como plantean los participantes en el presente estudio, la falta de reconocimiento referida por ellos podría mejorar si se diera una mayor publicidad a la profesión mediante, tal y como ellos proponen, el uso de redes sociales o la publicidad en torno a la investigación. La implementación de intervenciones que favorezcan un aumento del reconocimiento, y una mayor publicidad profesional, se podrían considerar propuestas innovadoras de promoción del *engagement* en la población estudiada, ya que no existen experiencias previas en poblaciones similares. Así mismo, la realización de actividades estimulantes, la solución de problemas y el trabajo en equipo, que han demostrado ser promotoras del *engagement*, podrían implementarse siguiendo las intervenciones realizadas por otros autores que ya han resultado ser efectivas (Martin et al., 2014).

Las intervenciones a nivel organizacional propuestas por los participantes, incluyen aquellas basadas en el fomento de la investigación como herramienta de promoción del *engagement*, que han demostrado su efectividad en poblaciones similares a la estudiada (Bienvenu, 2016; Mitchell et al., 2105; Poncet et al., 2007), por lo cual, implementarlas sería una práctica de éxito frente al desarrollo del síndrome de *burnout*.

En cuanto a las intervenciones individuales dirigidas a reducir el síndrome de *burnout*, se ha demostrado que son efectivas en poco tiempo (menos de un mes), mientras que las intervenciones grupales tardan más tiempo en ser efectivas (entre un mes y un año)

(Westermann, Kozak, Harling & Nienhaus, 2014). Pese a esto, las intervenciones organizacionales son la mejor inversión porque permiten transformar su medio social de manera efectiva (Maslach & Leiter, 1999).

Existen intervenciones a nivel individual propuestas por los participantes que podrían considerarse innovadoras, ya que no existen experiencias previas de su efectividad como promotoras del *engagement* en el entorno laboral. A este nivel se haría referencia a la formación en gestión sanitaria, que, en opinión de los participantes en el presente estudio, podría evitar el desarrollo del síndrome de *burnout* en este medio.

Dentro de las intervenciones individuales se pueden englobar todas aquellas relacionadas con la formación, que, en opinión de los participantes en los grupos de discusión y entrevistas, favorecerían el desarrollo del *engagement*, tal y como han demostrado previamente intervenciones realizadas en cuanto a formación para el desarrollo de la inteligencia emocional (Zhu et al., 2015), o a la formación en habilidades de la comunicación (Pyle, 2015). En esta línea, tal y como se abordaba en el apartado de propuestas, el desarrollo de la resiliencia y del *mindfulness*, así como el fomento del optimismo y la psicología positiva en el entorno de trabajo, que son las propuestas realizadas por los participantes en este estudio, podrían promover el *engagement* en el entorno laboral.

Como se observaba en los resultados obtenidos durante el uso de las técnicas cuantitativas del presente estudio, la única área de la vida laboral que presentaba incongruencia entre los participantes y la organización era el área de justicia. Con el fin de revertir esta situación se podrían implementar intervenciones de éxito ya realizadas en otros entornos, que favorecieran el aprendizaje basado en el equipo (Currey et al., 2015), promovieran el trabajo en

equipo y la mejora de la confianza (McKeever et al., 2016), o favorecieran la cohesión grupal y el compromiso organizacional (Li et al., 2014).

Los resultados del presente estudio plasman de forma realista la situación actual de los profesionales de enfermería en la población a estudio. La utilización de técnicas cuantitativas y cualitativas ha permitido profundizar en los constructos de *engagement* y síndrome de *burnout*, dejando patente que, pese a los resultados, más que deseables, obtenidos durante la realización de los cuestionarios, existe entre los profesionales de enfermería participantes un fuerte sentimiento de falta de reconocimiento laboral y social, que podría ser explicado, en su opinión, por el complejo desarrollo profesional de la misma.

La utilización de técnicas mixtas de investigación, y especialmente de la metodología comunicativa, permite una construcción conjunta del conocimiento que puede permitir transformar las realidades teniendo en cuenta las pretensiones de los propios implicados, al evitarse la relación de poder entre el investigador y el investigado, estando los dos al mismo nivel. Esta metodología favorece el establecimiento de propuestas basadas en el diálogo, y en las prácticas de éxito realizadas a nivel internacional que mejor se adapten a las características de la población estudiada, lo que favorece el éxito de su implantación y promueve el compromiso de los profesionales con las mismas.

En el caso específico de la muestra analizada, sería interesante poner en marcha en primer lugar medidas que fomentaran el desarrollo de los factores motivadores del entorno laboral, ya que parece ser una de las áreas que, en opinión de los participantes, dificulta más el desarrollo del *engagement*. Estas medidas, ya recogidas anteriormente, serían todas aquellas que favorecieran el logro personal, fomentaran el avance laboral, hicieran el trabajo interesante y favorecieran el reconocimiento. La realización de estudios de investigación como este puede

permitir el desarrollo de estos factores motivadores del entorno laboral, así como publicitar las capacidades de los profesionales de enfermería, que, de forma secundaria, podría repercutir en el aumento de reconocimiento de la misma, y en su evolución como profesión.

Es responsabilidad de los organismos profesionales, representantes profesionales, directivos de organizaciones sanitarias, y de los propios profesionales de enfermería, velar por su salud y la de los trabajadores, con el fin último de conseguir la excelencia en la práctica asistencial, y mejorar la salud de sus clientes. Con el fin de conseguir esta excelencia, las estrategias de promoción de la salud dentro del entorno laboral deben basarse en los hallazgos científicos de mayor nivel de evidencia, e involucrar a los propios profesionales implicados en estas estrategias aseguraría en gran medida su éxito.

Los profesionales de enfermería se encuentran en este momento en un proceso de cambio, que no es ajeno a los hallazgos del presente estudio, y que, tal y como abogan trabajadores de este sector, expertos en redes sociales (Víríco, 2017), los profesionales de enfermería deben perder su miedo a hablar. Tal y como se recoge del blog de Teresa Pérez, los profesionales de enfermería tienen importantes retos, entre los que se encuentran la asunción del liderazgo basado en el conocimiento, la necesidad de estar en puestos de gestión y donde se tomen decisiones políticas, el trabajo clínico basado en la evidencia, la necesidad de tomar decisiones y no quedarse sólo en la detección de los problemas, perder el miedo a hablar y contar lo que hacen, abandonar la cultura de la queja, promover la colaboración, el respeto y el trabajo en equipo, exigir que cada uno haga lo que sabe hacer y lo que le corresponde hacer, y contar cuales son las competencias de la enfermería y estar orgullosas de ellas (Pérez, 2017). Como se observa, esta autora establece como retos para los profesionales de enfermería, propuestas que han sido obtenidas en la realización del presente estudio.

Las principales limitaciones del estudio son que se ha desarrollado en un área concreta del noreste de España, por lo que sus resultados no tienen porqué ser representativos de los profesionales de enfermería de todo el territorio nacional. Pese a ello, el estudio se haya realizado en centros sanitarios con una capacidad menor a 500 camas, siendo estos centros los que representan el 90,00% de los centros sanitarios españoles (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014).

Tal y como se ha comentado a lo largo de todo el estudio, el síndrome de *burnout* ha sido ampliamente estudiado entre los profesionales de enfermería, y su importancia es conocida en este sector laboral, de manera que existe la posibilidad de que algunos de los encuestados modificaran su respuesta a los cuestionarios en función de lo que ellos creían que se esperaba de ellos (sesgo de deseabilidad social). La realización de la metodología comunicativa ha permitido compensar este posible comportamiento, estableciendo un nivel de investigación más minucioso, y desentrañando realidades que no se habían reflejado mediante el uso de los cuestionarios.

El hecho de que el investigador principal desarrollara su actividad profesional en los centros donde se realiza el estudio, así como que sea un profesional de enfermería conocido por algunos de los participantes, podría ocasionar que los participantes no se expresaran de igual forma que lo harían ante un sujeto extraño. Sin embargo, este hecho favorece que los participantes de los grupos y entrevistas se sientan comprendidos, y además favorece que se cumplan las características de la metodología comunicativa, donde las palabras del investigador deben tener la misma validez que las palabras del investigado, con el fin de alcanzar una acción comunicativa donde lo importante sean las argumentaciones basadas en pretensiones de validez y no de poder, ya que las sociedades se basan cada vez más en el diálogo, la negociación y el consenso (Gómez et al., 2006).

Por otro lado, la realización del presente estudio en centros públicos y privados, permite reflejar las posibles diferencias entre los diferentes centros, pero el hecho de que más del 90,00% de los participantes realicen su práctica asistencial en centros sanitarios públicos podría provocar diferencias entre los datos obtenidos, y los reflejados en otros estudios previos. Pese a esto, el hecho de que la mayoría de los profesionales de enfermería participantes trabaje en centros sanitarios públicos, representa fielmente la realidad asistencial en el territorio español y de la comunidad autónoma de Aragón. Únicamente el 40,70% de los hospitales nacionales son hospitales públicos civiles, sin embargo, el 66,30% de las camas disponibles en los hospitales nacionales pertenece a hospitales públicos civiles. En la comunidad autónoma de Aragón, el 62,10% de los hospitales son públicos civiles, y el 77,50% de las camas disponibles pertenece a centros públicos civiles, y en la ciudad de Huesca el 92,20% de las camas disponibles en centros sanitarios pertenece a entidades públicas civiles (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017).

Para terminar, otra de las limitaciones del presente estudio sería que el análisis cuantitativo podría desarrollarse de forma más profunda, añadiendo otros análisis multivariante. No se ha considerado realizar este tipo de análisis más profundo de forma inicial, ya que la principal contribución de la presente tesis doctoral es la utilización de la metodología comunicativa, por lo cual consideramos suficiente la realización de un análisis descriptivo de la muestra, y comparativo respecto a otros estudios.

9.- Futuras líneas de investigación

Durante la realización de la presente investigación, han quedado patentes las importantes implicaciones que tienen el síndrome de *burnout* y el *engagement* entre los profesionales de enfermería. Así mismo, también ha sido analizada la influencia que tienen estos constructos en la consecución de resultados óptimos en la salud de los pacientes, y en el funcionamiento correcto de las organizaciones sanitarias.

Pese a la numerosa bibliografía referente al *engagement* y al síndrome de *burnout*, siguen desarrollándose investigaciones que pretenden profundizar en su conocimiento y sus variables asociadas, como el caso del presente estudio. En esta misma línea, se está realizando una investigación sobre la satisfacción del personal sanitario en el principal centro donde se ha realizado nuestro estudio, donde se recogen datos referentes al síndrome de *burnout* en esta población. Futuras investigaciones podrán comparar los datos obtenidos por este estudio y el aquí expuesto, para lo cual ya hemos establecido contacto con sus autores.

Por otro lado, una tesis doctoral realizada en la Universidad de Zaragoza, desarrolló un instrumento para medir el compromiso profesional en la enfermería española mediante la adaptación de la Escala de Profesionalidad de *Nijmegen*, y la fase de pilotaje de dicho instrumento fue realizado en la población donde se realiza el presente estudio (García-Moyano, 2017). Dado que los conceptos de compromiso y *engagement* están íntimamente relacionados (García-Moyano, 2017, p.165), futuras investigaciones podrían indagar entre los resultados obtenidos por los cuestionarios utilizadas en el presente estudio y el desarrollado por García-Moyano (2017), para lo cual se ha contactado con la autora.

Como se observa en el apartado referente a la evolución profesional de la enfermería, esta profesión ha luchado por ser considerada una profesión mientras siguen muy presentes las

nociones teológicas de su desempeño, que provocan que las enfermeras socialicen en la idea de vocación y de abnegación, más que en la de profesión (Ayala & Carnero, 2013). Futuras investigaciones podrían indagar, mediante la utilización de técnicas mixtas que incluyan la metodología comunicativa, en los planos más profundos que afectan al término de vocación entre los profesionales de enfermería, así como en las implicaciones del uso de este concepto en el desarrollo de la profesión.

Futuras investigaciones podrían utilizar la metodología usada en el desarrollo de este estudio para el estudio del *engagement* y el síndrome de *burnout* en poblaciones de mayor tamaño, lo que permitiría comparar los resultados con los obtenidos aquí, y podría clarificar la influencia que tiene el tamaño de los centros sanitarios y las ciudades estudiadas en el desarrollo del *engagement*.

Con el fin de dar respuesta a uno de los objetivos específicos planteados, se pretende realizar un proyecto de mejora para la promoción del *engagement* entre los profesionales de enfermería en el entorno estudiado, utilizando algunas de las medidas específicas recogidas por los participantes y validadas a nivel internacional. Este proyecto podría enmarcarse dentro del Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en Salud del Servicio Aragonés de Salud, y realizarse como proyecto piloto dentro de una unidad asistencial específica

Por otro lado, la utilización de técnicas mixtas, y en especial de la metodología comunicativa, plantea la posibilidad de desarrollar futuras investigaciones en aquellos campos donde se pretendan obtener estrategias transformadoras de la realidad, mediante la construcción conjunta del conocimiento. Como se comentaba anteriormente, esto podría aplicarse al estudio del concepto de vocación, pero también al concepto de liderazgo dentro de la profesión

enfermera, o al concepto de trabajo en equipos interdisciplinarios, siendo estos conceptos clave en el desarrollo del *engagement*, en opinión de los participantes en el presente estudio.

En futuras investigaciones se podrían realizar análisis multivariante de los datos recogidos, desarrollándose así una mayor explotación de los datos para artículos en revistas científicas.

Para terminar, y con el objetivo de poder verificar la quinta hipótesis planteada en el presente estudio, que no ha podido ser verificada por el mismo, se podría plantear la realización de un estudio de intervención en la población analizada, que promoviera el desarrollo del *engagement* desde los ámbitos tradicionalmente utilizados, así como desde el ambiente familiar y social, normalmente no implicado en su prevención.

10.- Bibliografía

- Abbott, A., Fuji, K. & Galt, K. (2015). A Qualitative Case Study Exploring Nurse Engagement With Electronic Health Records and E-Prescribing. *Western Journal of Nursing Research*, 37(7), 935–951. <https://doi.org/10.1177/0193945914567359>
- Adriaenssens, J., De Gucht, V. & Maes, S. (2015a). Association of goal orientation with work engagement and burnout in emergency nurses. *Journal of Occupational Health*, 57(2), 151-160. <https://doi.org/10.1539/joh.14-0069-OA> [doi]
- Adriaenssens, J., De Gucht, V. & Maes, S. (2015b). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: a systematic review of 25 years of research. *International Journal of Nursing Studies*, 52(2), 649–661. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.004> [doi]
- Adriaenssens, J., De Gucht, V., Van Der Doef, M. & Maes, S. (2011). Exploring the burden of emergency care: predictors of stress-health outcomes in emergency nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 67(6), 1317–1328. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05599.x> [doi]
- Afsar, B. (2016). The impact of person-organization fit on innovative work behavior: the mediating effect of knowledge sharing behavior. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 29(2), 104–122. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-01-2015-0017>
- Aguilar-Escobar, V. G. & Garrido-Vega, P. (2013). Lean logistics management in healthcare: A case study. *Revista de Calidad Asistencial*, 28(1), 42-49. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2012.07.001>
- Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., ... 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 (Clinical Research Ed.)*, 344(March), e1717. <https://doi.org/10.1136/bmj.e1717> [doi]
- Akhtar-Danesh, N., Baumann, A., Kolotylo, C., Lawlor, Y., Tompkins, C. & Lee, R. (2013). Perceptions of professionalism among nursing faculty and nursing students. *Western Journal of Nursing research*, 35(2), 248–271. <https://doi.org/10.1177/0193945911408623>
- Alameddine, M., Mourad, Y. & Dimassi, H. (2015). A national study on nurses' exposure to occupational violence in Lebanon: Prevalence, consequences and associated factors. *PLoS ONE*, 10(9), 3–15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0137105>
- Amamou, B., Bannour, A. S., Hadj, M. Ben, Nasr, S. Ben & Hadj, B. Ben. (2014). Haute prévalence du Burnout dans les unités Tunisiennes prenant en charge des patients en fin de vie. *Pan African Medical Journal*, 19, 9. <https://doi.org/10.11604/pamj.2014.19.9.2865>
- André, B., Frigstad, S. A., Nost, T. H. & Sjovold, E. (2016). Exploring nursing staffs communication in stressful and non-stressful situations. *Journal of Nursing Management*, 24(2), 175–182. <https://doi.org/10.1111/jonm.12319>
- Ang, S. Y., Dhaliwal, S. S., Ayre, T. C., Uthaman, T., Fong, K. Y., Tien, C. E., ... Della, P. (2016). Demographics and Personality Factors Associated with Burnout among Nurses in a Singapore Tertiary Hospital. *BioMed Research International*, 2016. <https://doi.org/10.1155/2016/6960184>
- Arias Valencia, M. M. (2000). La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. *Enfermera*, XVIII(1), 37–57.
- Arranz, P., Ulla, S. M., Ramos, J. L., Del Rincon, C. & Lopez-Fando, T. (2005). Evaluation of a counseling training program for nursing staff. *Patient Education and Counseling*, 56(2), 233–239. <https://doi.org/S0738399104001065> [pii]
- Astudillo, W. & Mendinueta, C. (1996). Exhaustion syndrome in palliative care. *Supportive Care*

in Cancer, 4(6), 408–415.

Atefi, N., Abdullah, K. L., Wong, L. P. & Mazlom, R. (2014). Factors influencing registered nurses perception of their overall job satisfaction: A qualitative study. *International Nursing Review*, 61(3), 352–360. <https://doi.org/10.1111/inr.12112>

Ayala, E. & Carnero, A. M. (2013). Determinants of Burnout in Acute and Critical Care Military Nursing Personnel: A Cross-Sectional Study from Peru. *PLoS ONE*, 8(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0054408>

Bakker, A. B. & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309–328. <https://doi.org/10.1108/02683940710733115>

Bakker, A. B., Oerlemans, W., Demerouti, E., Slot, B. B. & Ali, D. K. (2011). Flow and performance: A study among talented Dutch soccer players. *Psychology of Sport & Exercise*, 12(4), 442.

Bakker, A. B., Tims, M. & Derks, D. (2012). Proactive personality and job performance: the role of job crafting and work engagement. *Human Relations*, 65(10), 1359–1378. <https://doi.org/10.1177/0018726712453471>

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191–215.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Nueva York: Freeman.

Bemana, F., Bemana, S., Farhadi, P. & Shokrpour, N. (2014). A causal model of antecedents with burnout focusing on the intermediate role of hardy personality in Iranian nurses. *Health Care Manag (Frederick)*, 33(1), 75–81. <https://doi.org/10.1097/01.HCM.0000440623.47138.19>.

- Benedito-Alberola, J. (2002). Campaña 10 minutos y masificación de las consultas: la solución pragmática del SIMAP. *El Médico*, 827, 10–12.
- Berger, J., Polivka, B., Smoot, E. A. & Owens, H. (2015). Compassion Fatigue in Pediatric Nurses. *Journal of Pediatric Nursing*, 30(6), e11–e17. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.02.005>
- Berman, A. J. & Snyder, S. (2013). *Fundamentos de Enfermería. Conceptos, Proceso y Práctica*. Kozier & Erb. Madrid, España: Pearson.
- Bernabeu-Mestre, J., Carrillo-García, C., Galiana-Sánchez, M. E., García-Paramio, P. & Trescastro-López, E. M. (2013). Género y profesión en la evolución histórica de la Enfermería Comunitaria en España. *Enfermería Clínica*, 23(6), 284–9. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.07.005>
- Betancur, A., Guzmán, C., Lema, C., Pérez, C., Pizarro, M. C., Salazar, S., ... Vásquez, E. M. (2012). Síndrome de Burnout en trabajadores del sector salud. *Revista CES Salud Pública*, 3(2), 184–192.
- Bienvenu, O. J. (2016). Is this critical care clinician burned out? *Intensive Care Medicine*, 42(11), 1794–1796. <https://doi.org/10.1007/s00134-016-4497-y>
- Bilal, A. & Ahmed, H. M. (2017). Organizational Structure as a Determinant of Job Burnout. *Workplace Health & Safety*, 65(3), 118–128. <https://doi.org/10.1177/2165079916662050>
- Bodenheimer, T. & Sinsky, C. (2014). From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider. *Annals of Family Medicine*, 12(6), 573–576. <https://doi.org/10.1370/afm.1713.Center>
- Bonner, L. (2016). A survey of work engagement and psychological capital levels. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 25(15), 865–71.

<https://doi.org/10.12968/bjon.2016.25.15.865>

- Boqué, R. & Maroto, A. (2004). El análisis de la varianza (ANOVA). *Universitat Rovira I Virgili.*, 1–6. Recuperado de: <http://www.quimica.urv.es/quimio/general/anova2cast.pdf>
- Boyle, A., Grap, M., Younger, J. & Thornby, D. (1991). Personality hardiness, ways of coping, social support and burnout in critical care nurses. *Journal F Advanced Nursing*, 16, 850–857.
- Brennan, E. J. (2017). Towards resilience and wellbeing in nurses. *British Journal of Cancer*, 26(1), 43–47.
- Brill, P. (1984). The need for an operational definition of burnout. *Family and Community Health*, 6, 12–24.
- Britt, T. W. (1999). Engaging the self in the field: Testing the triangle model of responsibility. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25, 698–708.
- Brown, J., Stevens, J. & Kermode, S. (2013). Measuring student nurse professional socialisation: The development and implementation of a new instrument. *Nurse Education Today*, 33(6), 565–573. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.06.013>
- Buceta, J. & Bueno, A. (1998). *Tratamiento Psicológico de Hábitos y Enfermedades*. Madrid, España: Pirámide.
- Burgos Moreno, M. & Paravic Klijn, T. (2009). Enfermería como profesión. *Revista Cubana de Enfermería*, 25(1–2), 1–9.
- Burke, R. (1988). Sources of Managerial and Professional Stress in Large Organizations. En C. L.Cooper & R. Payne (Eds.), *Causes, coping and consequences of stress at work* (pp. 77–114). New York, EEUU: John Wiley & Sons.
- Buunk, A. P., Zurriaga, R. & Peiro, J. M. (2010). Social comparison as a predictor of changes in

- burnout among nurses. *Anxiety Stress and Coping*, 23(2), 181–194.
<https://doi.org/10.1080/10615800902971521>
- Buunk, B. P. & Schaufeli, W. B. (1993). Burnout: A perspective from social comparison theory. En W. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 53–69). London, Inglaterra: Taylor&Francis.
- Campana, K. L. & Hammoud, S. (2015). Incivility from patients and their families: Can organisational justice protect nurses from burnout? *Journal of Nursing Management*, 23(6), 716–725. <https://doi.org/10.1111/jonm.12201>
- Cantisano, G. T. & Domínguez, J. M. (2005). Determinantes específicos de la satisfacción laboral, el burnout y sus consecuencias para la salud: Un estudio exploratorio con funcionarios de prisiones. = Specific determinants of work satisfaction, burnout and health consequences: a exploratory study a. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 5(1), 73–83. Recuperado de <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-70350244376&partnerID=40&md5=cd943fa7a789e21984e2d87c9518ecd6%5Cnhttp://ezp-prod1.hul.harvard.edu/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2005-14213-006&site=ehost-live&sco>
- Cao, X., Chen, L., Tian, L. & Diao, Y. (2016). The effect of perceived organisational support on burnout among community health nurses in China: The mediating role of professional self-concept. *Journal of Nursing Management*, 24(1), 77–86.
<https://doi.org/10.1111/jonm.12292>
- Ceslowitz, S. (1999). Burnout and coping strategies among hospital staff nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 14, 553–558.
- Chacon, M. (2013). Burnout among Cuban nurses: out of the shadows. *MEDICC Review*, 15(4),

60.

- Chacón-Roger, M. & Grau-Abalo, J. A. (2004). Burnout y variables personales moduladoras en enfermeros que trabajan en hospitales oncológicos. *Psicología Y Salud*, 14(1), 67–78. Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/867>
- Chang, H. E. & Cho, S.-H. (2016). Workplace Violence and Job Outcomes of Newly Licensed Nurses. *Asian Nursing Research*, 10(October), 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2016.09.001>
- Cherniss, C. (1980). *Professional burnout in the human service organizations*. Nueva York, EEUU: Praeger.
- Cherniss, C. (1993). The role of professional self-efficacy in the etiology of burnout. En W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Malek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research I* (pp. 135–149). Londres, Inglaterra: Taylor&Francis.
- Cho, J., Laschinger, H. K. & Wong, C. (2006). Workplace empowerment, work engagement and organizational commitment of new graduate nurses. *Nursing Leadership (Toronto, Ont.)*, 19(3), 43–60.
- Chorot, P. & Sandín, B. (1987). *Escala de Estrategias de Coping (EEC)*. Madrid, España: U. N. de E. a Distancia.
- Cimiotti, J. P., Aiken, L. H., Sloane, D. M. & Wu, E. S. (2012). Nurse staffing, burnout, and health care-associated infection. *American Journal of Infection Control*, 40(6), 486–490. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2012.02.029>; [10.1016/j.ajic.2012.02.029](https://doi.org/10.1016/j.ajic.2012.02.029)
- Collière, M. (1993). *Promover la vida*. Madrid: McGraw-Hill.
- Consejo General de Colegios de Enfermería. (2014). Informe sobre recursos humanos sanitarios en España. Recuperado de <http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de>

prensa/doc-interes/send/19-documentos-de-interes/567-informe-sobre-recursos-humanos-sanitarios-en-espana-y-la-union-europea-2015

Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, núm. 311, de 29 de diciembre de 1978, pp. 29313-29424. Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/1978/12/29/pdfs/A29313-29424.pdf>

Cox, T., Kuk, G. & Leiter, M. P. (1993). Burnout, Health, Work Stress, and Organizational Healthiness. En W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 177–193). Londres, Inglaterra: Taylor&Francis.

Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience*. Nueva York, EEUU: H. & Row.

Currey, J., Oldland, E., Considine, J., Glanville, D. & Story, I. (2015). Evaluation of postgraduate critical care nursing students' attitudes to, and engagement with, Team-Based Learning: A descriptive study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(1), 19–28. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.09.003>

D'Alfonso, J., Zuniga, A. & Weberg, D. (2016). Leading the Future We Envision Nurturing a Culture of Innovation Across the Continuum of Care. *Nurs Admin Q*, 40(1), 68–75. <https://doi.org/10.1097/NAQ.0000000000000141>

Da Silva, J. L. L., Da Silva Soares, R., Dos Santos Costa, F., De Souza Ramos, D., Lima, F. B. & Teixeira, L. R. (2015). Psychosocial factors and prevalence of burnout syndrome among nursing workers in intensive care units. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 27(2), 125–133. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20150023>

Dall'Ora, C., Griffiths, P., Ball, J., Simon, M. & Aiken, L. H. (2015). Association of 12 h shifts

- and nurses' job satisfaction, burnout and intention to leave: findings from a cross-sectional study of 12 European countries. *BMJ Open*, 5(9), e008331. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008331>
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F. & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499–512. <https://doi.org/10.1037//0021-9010.86.3.499>
- Densten, I. (2001). Re-thinking burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 22(8), 833–840.
- Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón. (2004). Mapa sanitario de la comunidad autónoma de Aragón. Recuperado de: http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/GuiaCentrosServiciosSanitarios/OrdenacionSanitaria/MapaSanitario/MAPA_SANITARIO_ARAGON.pdf
- Ding, Y., Yang, Y., Yang, X., Zhang, T., Qiu, X., He, X., ... Sui, H. (2015). The Mediating Role of Coping Style in the Relationship between Psychological Capital and Burnout among Chinese Nurses. *PloS One*, 10(4), e0122128. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0122128>
- Domínguez-Caballero, C. C., Hederich, C. & Palacio Sañudo, E. J. (2010). El burnout académico: delimitación del síndrome y factores asociados con su aparición Academic burnout: delineation of the syndrome and factors associated with their emergence. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42, 131–146. <https://doi.org/ISSN 0120-0534>
- Domínguez-Alcón, C. (1979). Para una sociología de la profesión de enfermería en España. *Reis*, 8, 103–129.
- Dos Santos Alves, D., Da Silva, D. & De Brito Guirardello, E. (2017). Nursing practice environments, job outcomes and safety climate: a structural equation modelling analysis. *Journal of Nursing Management*, 25(1), 46–55. <https://doi.org/10.1111/jonm.12427>

- Edelwich, J. & Brodsky, A. (1980). *Burn-Out - Stages of Disillusionment in the Helping Professions*. Nueva York, EEUU: Human Sciences Press.
- El Sahili González, L. F. A. (2015). *Burnout: consecuencias y soluciones*. México DF, México: M. Moderno.
- Embriaco, N., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Pochard, F. & Azoulay, E. (2007). Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Current Opinion in Critical Care*, 13(5), 482–488. <https://doi.org/10.1097/MCC.0b013e3282efd28a> [doi]
- Emold, C., Schneider, N., Meller, I. & Yagil, Y. (2011). Communication skills, working environment and burnout among oncology nurses. *European Journal of Oncology Nursing : The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 15(4), 358–363. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2010.08.001> [doi]
- Epstein, D. (2010). Extinguish workplace stress. *Nurs Manage*, 41(10), 34–37.
- Farahbod, F., Goudarzvand Chegini, M., Kouchakinejad Eramsadati, L. & Mohtasham-Amiri, Z. (2015). The association between social capital and burnout in nurses of a trauma referral teaching hospital. *Acta Medica Iranica*, 53(4), 214–219.
- Fiabane, E., Giorgi, I., Sguazzin, C. & Argentero, P. (2013). Work engagement and occupational stress in nurses and other healthcare workers: the role of organisational and personal factors. *Journal of Clinical Nursing*, 22(17–18), 2614–2624. <https://doi.org/10.1111/jocn.12084> [doi]
- Fischer, H. (1983). A psychoanalytic view of burnout. En P. Gil- Monte y J. M. Peiró. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo*. Madrid, España: Síntesis Psicología.
- Flarity, K., Gentry, J. & Mesnikoff, N. (2013). The effectiveness of an educational program on preventing and treating compassion fatigue in emergency nurses. *Adv Emerg Nurs*, 35(3),

247–58.

Flecha, R. (1997). *Compartiendo Palabras*. Barcelona, España: Paidós.

Flecha, R., Vargas, J. & Davila, A. (2004). Metodología Comunicativa Crítica En La Investigación En Ciencias Sociales: La Investigación Workaló. *Lan Harremanak. Revista de Relaciones Laborales*, 11, 21–33.

Flórez, J. (2002). La muerte y el médico: impacto emocional y burnout. *Medicina Integral*, 40(4), 167–182.

Fornés, J., Cardoso, M., Castello, J. M. & Gili, M. (2011). Psychological Harassment in the Nursing Workplace: An Observational Study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(3), 185–194. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2010.08.008>

Freeney, Y. M. & Tiernan, J. (2009). Exploration of the facilitators of and barriers to work engagement in nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 46(12), 1557–1565. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.05.003> [doi]

Freudenberger, H. J. & Richelson, G. (1980). *Burnout: The high cost of high achievement*. Nueva York, EEUU: Doubleday.

Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 90(1), 159–165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>

Fuentelsaz-Gallego, C., Moreno-Casbas, T., Gomez-Garcia, T. & Gonzalez-Maria, E. (2013). Work setting, satisfaction and burnout of the nurses in critical care units and hospitalization units. RN4CAST-Spain project. *Enfermería Intensiva / Sociedad Espanola de Enfermería Intensiva Y Unidades Coronarias*, 24(3), 104–112. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2013.06.001> [doi]

Fuentelsaz-Gallego, C., Moreno-Casbas, T., Lopez-Zorraquino, D., Gomez-Garcia, T.,

- Gonzalez-Maria, E. & RN4CAST-Espana, consorcio. (2012). Perception of work environment of nurses in hospitals of the Spanish national health system. RN4CAST-Spain project. *Enfermeria Clinica*, 22(5), 261–268. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2012.09.001> [doi]
- Gálvez-Herrer, M., Moreno-Jimenez, B. & Mingote-Adan, J. C. (2012). *El desgaste profesional del médico: Revisión y guía de buenas prácticas*. España: Díaz de Santos.
- Gandoy-Crego, M., Clemente, M., Mayan-Santos, J. M. & Espinosa, P. (2009). Personal determinants of burnout in nursing staff at geriatric centers. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48(2), 246–249. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2008.01.016> [doi]
- Garcia-Martinez, M. J. & Garcia-Martinez, A. (1999). Fechas claves para la historia de las matronas en España. *Híades: Revista de Historia de La Enfermería*, 5–6, 243–260.
- García-Moyano, L. M. (2017). *Constructo de un instrumento para la valoración del compromiso profesional en la enfermería española* (Tesis doctoral). Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España.
- García, J. M., & Herrero, S. (2010). Revisión teórica del síndrome de burnout y su investigación en el contexto penitenciario. *Apuntes de Psicología*, 28(1), 83–107.
- García, M., Llor, B. & Sáez, C. (1994). Estudio comparativo de dos medidas de burnout en personal sanitario. *Anales de Psiquiatría*, 10(5), 180–184.
- García, O. (1983). Administracion por objetivos. *Cuadernos de Administración*, 6(8), 45–60.
- Garcia-Izquierdo, M. & Rios-Risquez, M. I. (2012). The relationship between psychosocial job stress and burnout in emergency departments: an exploratory study. *Nursing Outlook*, 60(5), 322–329. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2012.02.002> [doi]
- García-Sierra, R., Fernández-Castro, J. & Martínez-Zaragoza, F. (2016a). Work engagement in

- nursing: An integrative review of the literature. *Journal of Nursing Management*, 24(2), E101–E111. <https://doi.org/10.1111/jonm.12312>
- García-Sierra, R., Fernández-Castro, J. & Martínez-Zaragoza, F. (2016b). Relationship between job demand and burnout in nurses: does it depend on work engagement? *Journal of Nursing Management*, 24, 780–788.
- García-Sierra, R., Fernández-Castro, J. & Martínez-Zaragoza, F. (2017). Engagement of nurses in their profession. Qualitative study on engagement. *Enfermería Clínica*, 27(3), 153-162. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.03.006>
- Garrosa, E., Moreno-Jimenez, B., Liang, Y. & Gonzalez, J. L. (2008). The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses: an exploratory study. *International Journal of Nursing Studies*, 45(3), 418–427. [https://doi.org/S0020-7489\(06\)00289-6](https://doi.org/S0020-7489(06)00289-6) [pii]
- Garrosa, E., Moreno-Jimenez, B., Rodriguez-Muñoz, A. & Rodriguez-Carvajal, R. (2011). Role stress and personal resources in nursing: a cross-sectional study of burnout and engagement. *International Journal of Nursing Studies*, 48(4), 479–489. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.08.004> [doi]
- Gascón, S., Casalod, Y., Jarreta, B. M., Abecia, E., Luna, A., Carceles, M. D. P., ... Bolea, M. (2009). Aggressions against healthcare workers: an approach to the situation in Spain and the victims psychological effects. *Legal Medicine (Tokyo, Japan)*, 11 Suppl 1, S366-7. <https://doi.org/10.1016/j.legalmed.2009.01.107>
- Gascón, S., Leiter, M. P., Andres, E., Santed, M. A., Pereira, J. P., Cunha, M. J., ... Martinez-Jarreta, B. (2013a). The role of aggressions suffered by healthcare workers as predictors of burnout. *Journal of Clinical Nursing*, 22(21–22), 3120–3129.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04255.x> [doi]

Gascón, S., Leiter, M. P., Stright, N., Santed, M. a, Montero-Marín, J., Andrés, E., ... García-Campayo, J. (2013b). A factor confirmation and convergent validity of the “areas of worklife scale” (AWS) to Spanish translation. *Health and Quality of Life Outcomes*, *11*, 63.

<https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-63>

Gascón, S., Olmedo, M. & Ciccotelli, H. (2003). La Prevención Del Burnout En Las Organizaciones: El Chequeo Preventivo De Leiter Y Maslach (2000). *Revista de Psicopatología Y Psicología Clínica*, *8*(1), 55–66.

[https://doi.org/http://aepcp.net/arc/04.2003\(1\).Gascón-Olmedo-Ciccotelli.pdf](https://doi.org/http://aepcp.net/arc/04.2003(1).Gascón-Olmedo-Ciccotelli.pdf)

Gilboa, S., Shirom, A., Fried, Y. & Cooper, C. (2008). A meta-analysis of work demand stressors and job performance: examining main and moderating effects. *Personnel Psychology*, *61*(2), 227–271. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.2008.00113.x>

Gil-Monte, P. & Moreno-Jiménez, B. (2007). *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout). Grupos profesionales de riesgo*. Madrid, España: Pirámide.

Gil-Monte, P. & Peiro, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid, España: Síntesis.

Gil-Monte, P. & Peiro, J. M. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, *15*(2), 261–268.

Gil-Monte, P. (2000). Aproximaciones psicosociales y estudios diagnósticos sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). *Revista de Psicología Del Trabajo Y Las Organizaciones*, *16*(2), 101–102.

Gil-Monte, P. (2001). *El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): Aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención*.

- Valencia, España: D. de P. S. y O. de la F. de Psicología. Recuperado de <http://www.psicologia.com>
- Gil-Monte, P. (2002a). Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salus Pública de México*, 44(2), 33–40.
- Gil-Monte, P. R. (2002b). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología Em Estudio*, 7(1), 3–10. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722002000100003>
- Gil-Monte, P. R. (2003). El Síndrome De Quemarse Por El Trabajo (Síndrome De Burnout) En Profesionales De Enfermería. *Interação Psy*, 1(1), 19–33. Recuperado de <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsacd/cd49/artigo3.pdf>
- Gil-Monte, P. R. (2005). *El síndrome de quemarse en el trabajo. Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid, España: Pirámide.
- Gil-Monte, P. R. (2009). Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública. *Revista Española de Salud Pública*, 83(2), 169–173. <https://doi.org/10.1590/S1135-57272009000200003>
- Gil-Monte, P., García-Jueas, J., Núñez, E., Carretero, N., Roldán, M. & Caro, M. (2006). Validez factorial del Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT). *Psiquiatria.Com*, 10(3).
- Giorgi, G., Mancuso, S., Fiz Perez, F., Castiello D'Antonio, A., Mucci, N., Cupelli, V. & Arcangeli, G. (2016). Bullying among nurses and its relationship with burnout and organizational climate. *International Journal of Nursing Practice*, 22(2), 160–168. <https://doi.org/10.1111/ijn.12376>
- Gómez, J., Latorre, A., Sánchez, M. & Flecha, R. (2006). *Metodología comunicativa crítica*.

- Barcelona, España: E. Roure.
- Gómez-Batiste, X. (2008). *Guía de prevención de burnout para profesionales de cuidados paliativos*. España: G. Arán.
- Gómez-Gascón, T., Martín-Fernández, J., Gálvez-Herrer, M., Tapias-Merino, E., Beamud-Lagos, M. & Mingote-Adán, J. C. (2013). Effectiveness of an intervention for prevention and treatment of burnout in primary health care professionals. *BMC Family Practice*, *14*, 173. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-173>
- González Barón, M. (2008). *El Síndrome de Agotamiento Profesional en Oncología*. Madrid, España: Panamericana.
- González Carrillo, E., Arras Vota, A. & Moriel Corral, B. (2012). La profesionalización en enfermería: hacia una estrategia de cambio. *Tecnociencia*, *VI*(1), 1–8.
- González, M. T. & Landero, R. (2008). Confirmation of a descriptive model of stress and psychosomatic symptoms using structural equations. / Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicósomáticos mediante ecuaciones estructurales. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, *23*(1), 7–18. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892008000100002>
- Goulter, N., Kavanagh, D. J. & Gardner, G. (2015). What keeps nurses busy in the mental health setting? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *22*(6), 449–456. <https://doi.org/10.1111/jpm.12173>
- Gracia-Gracia, P. & Oliván-Blázquez, B. (2017). Burnout and Mindfulness Self-Compassion in Nurses of Intensive Care Units. *Holistic Nursing Practice*, *31*(4), 225–233. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000215>
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suner, R., Prats, M. & Braga, F. (2009). Influencia de factores

- personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Revista Espanola de Salud Publica*, 83(2), 215–230.
<https://doi.org/10.1590/S1135-57272009000200006>
- Grau, A., Sunyer, R. & García, M. (2005). Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gaceta Sanitaria*, 19(6), 463–470.
<https://doi.org/10.1590/S0213-91112005000600007>
- Grau-Alberola, E., Gil-Monte, P. R., Garcia-Juesas, J. A. & Figueiredo-Ferraz, H. (2010). Incidence of burnout in Spanish nursing professionals: a longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies*, 47(8), 1013–1020.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.12.022> [doi]
- Greco, P., Laschinger, H. K. & Wong, C. (2006). Leader empowering behaviours, staff nurse empowerment and work engagement/burnout. *Nursing Leadership (Toronto, Ont.)*, 19(4), 41–56.
- Greenglass, E. R. & Burke, R. J. (2001). Editorial introduction downsizing and restructuring: Implications for stress and anxiety. *Anxiety, Stress and Coping*, 14, 1–13.
- Gregoris, Á. M. (27 de Agosto de 2016). Un cambio enfermero sin interrupciones. *Diario Enfermero*. Recuperado de <http://diarioenfermero.es/un-cambio-de-turno-enfermero-sin-interrupciones/>
- Griffin, M. (2015). Staff may prefer 12-hour shifts, but longer hours lead to burnout. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)*, 30(3), 8.
<https://doi.org/10.7748/ns.30.3.8.s4>
- Grove S. K. & Ciper D. J. Understanding Independent Samples *t*-Test. En *Statistics for Nursing Research. A Workbook for Evidence-Based Practice* (2ª ed. pp.161-170). St. Louis,

Missouri: Elsevier.

Haack, M. (1988). Stress and impairment among nursing students. *Research in Nursing and Health*, 11, 125–134.

Hallam, J. (2002). Vocation to profession : Changing images of nursing in Britain. *Journal of Organizational Change Management*, 15(1), 35–47.
<https://doi.org/10.1108/09534810210417366>

Hämmig, O., Brauchli, R. & Bauer, G. F. G. (2012). Effort-reward and work-life imbalance, general stress and burnout among employees of a large public hospital in Switzerland. *Swiss Medical Weekly*, 142(MAY), 1–11. <https://doi.org/10.4414/smw.2012.13577>

Hanke, J. E. & Wichern, D. W., (2006), *Pronósticos en los negocios*, México DF, México: Pearson Educación.

Harrison, W. (1985). A social competence model of burnout. En A. Farber (Ed.), *Stress and Burnout in the human services professions* (2^a ed., pp. 29–39). Nueva York, EEUU: Press, Pergamon.

Hayati, D., Charkhabi, M. & Naami, A. (2014). The relationship between transformational leadership and work engagement in governmental hospitals nurses: a survey study. *SpringerPlus*, 3(1), 25. <https://doi.org/10.1186/2193-1801-3-25>

Henry, B. (2014). Nursing burnout interventions: what is being done? *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(2), 211–4.

Hernández, J. R. (2003). Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(2), 103–110. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es

- Herrera Rodríguez, F. (2003). Nota sobre la historia de la enfermería en España (1977-2002). *Llull*, 26, 157–173.
- Herruzo Cabrera, J. & Moriana Elvira, J. A. (2004). Estrés y burnout en profesores. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(3), 597–621. <https://doi.org/1697-2600>
- Heyes, A. (2005). The economics of vocation or “why is a badly paid nurse a good nurse”? *Journal of Health Economics*, 24(3), 561–569. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2004.09.002>
- Hobfoll, S. E. & Freedy, J. (1993). Conservation of Resources: A General Stress Theory Applied to Burnout. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 115–129). Londres, Inglaterra: Taylor&Francis.
- Hobfoll, S. E., Johnson, R. J., Ennis, N. & Jackson, A. P. (2003). Resource loss, resource gain, and emotional outcomes among inner city women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(3), 632–43. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12635922>
- Hooper, C., Craig, J., Janvrin, D. R., Wetsel, M. A. & Reimels, E. (2010). Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *Journal of Emergency Nursing: JEN: Official Publication of the Emergency Department Nurses Association*, 36(5), 420–427. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2009.11.027> [doi]
- Hunsaker, S., Chen, H. C., Maughan, D. & Heaston, S. (2015). Factors That Influence the Development of Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction in Emergency Department Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(2), 186–194. <https://doi.org/10.1111/jnu.12122>

- Ilić, I. M., Arandjelović, M. Ž., Jovanović, J. M. & Nešić, M. M. (2017). Relationships of Work-Related Psychosocial Risks, Stress, Individual Factors and Burnout – Questionnaire Survey Among Emergency Physicians and Nurses. *Medycyna Pracy*, 68(2), 167–178. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00516>
- Instituto Aragonés de Estadística. (2015a). Infraestructuras sanitarias. Recuperado de <http://www.aragon.es/iaest>.
- Instituto Aragonés de Estadística. (2015b). Personal sanitario. Recuperado de <http://www.aragon.es/iaest>.
- Instituto Aragonés de Estadística. (2016). Indicadores de Aragón en la UE. Recuperado de <http://www.aragon.es/iaest>.
- Instituto Nacional de Estadística. (2016). Población por capitales de provincia y sexo. Recuperado de <http://www.ine.es>
- Ironson, G. (1992). Jobstress and health. En C.J. Cranny, P.C. Smith, E.F. Stone (Ed.), *Job satisfaction*. New York, EEUU: Lexinton Books.
- Jaafarpour, M. & Khani, A. (2012). Evaluation of the nurses' job satisfaction, and its association with their moral sensitivities and well-being. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 6(10), 1761–1764. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2012/4068.2638>
- Jenaro, C., Flores, N., Orgaz, M. B. & Cruz, M. (2011). Vigour and dedication in nursing professionals: towards a better understanding of work engagement. *Journal of Advanced Nursing*, 67(4), 865–875. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05526.x> [doi]
- Jiménez, B. M., Hernández, E. G. & Gutiérrez, J. L. G. (2000). Personalidade resistente, burnout y salud. *Escritos de Psicología*, 4, 64-67.
- Jones, J. W. (1980). *The Staff Burnout Scale For Health Professionals (SBS-HP)*. Park Ridge,

Illinois: L. House

- Judge, T. A., Van Vianen, A. E. M. & De Pater, I. E. (2004). Emotional Stability, Core Self-Evaluations, and Job Outcomes: A Review of the Evidence and an Agenda for Future Research. *Human Performance*, 17(3), 325.
- Kagan, I., Shachaf, S., Rapaport, Z., Livne, T. & Madjar, B. (2017). Public Health Nurses in Israel: A Case Study on a Quality Improvement Project of Nurse's Work Life. *Public Health Nursing*, 34(1), 78–86.
- Kahill, S. (1988). Symptoms of professional burnout: A review of the empirical evidence. *Canadian Psychology*, 29, 284–297.
- Kahn, W. A. (1990). Psychological conditions of personal engagement and disengagement at work. *Academy of Management Journal*, 33(4), 692–724. <https://doi.org/10.2307/256287>
- Kalliath, T., O'Driscoll, M., Gillespie, D. & Bluedorn, A. (2000). A test of the Maslach Burnout Inventory in three samples of healthcare professionals. *Work and Stress*, 14(1), 35–50.
- Karakoc, A., Yilmaz, M., Alcalar, N., Esen, B., Kayabasi, H. & Sit, D. (2016). Burnout Syndrome Among Hemodialysis and Peritoneal Dialysis Nurses, 10(6), 395–404.
- Karkar, A., Dammang, M. L. & Bouhaha, B. M. (2015). Stress and burnout among hemodialysis nurses: a single-center, prospective survey study. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation : An Official Publication of the Saudi Center for Organ Transplantation, Saudi Arabia*, 26(1), 12–8. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25579710>
- Kobasa, S., Maddi, S. & Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 168–177.
- Kousloglou, S. A., Mouzas, O. D., Bonotis, K., Roupa, Z., Vasilopoulos, A. & Angelopoulos, N. V. (2014). Insomnia and burnout in Greek Nurses. *Hippokratia*, 18(2), 150–155.

- Kovacs, M., Kovacs, E. & Hegedu, K. (2010). Emotion work and burnout: cross-sectional study of nurses and physicians in Hungary. *Croatian Medical Journal*, 51(5), 432–442. <https://doi.org/10.3325/cmj.2010.51.432>
- Kubicek, B., Korunka, C. & Tement, S. (2014). Too much job control? Two studies on curvilinear relations between job control and eldercare workers' well-being. *International Journal of Nursing Studies*, 51(12), 1644–1653. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.05.005> [doi]
- Lamont, L. (2015). Leadership and Staff Engagement: An Essential Link. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*, 28(3), 8–9.
- Landsbergis, P. A. (2009). Assessing the contribution of working conditions to socioeconomic disparities in health: A commentary. *American Journal of Industrial Medicine*, 53(2), 95–103.
- Langelaan, S., Bakker, A. B., van Doornen, L. J. P. & Schaufeli, W. B. (2006). Burnout and work engagement: Do individual differences make a difference? *Personality and Individual Differences*, 40(3), 521–532. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.07.009>
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos cognitivos*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Lee, H. F., Yen, M., Fetzer, S. & Chien, T. W. (2015). Predictors of Burnout Among Nurses in Taiwan. *Community Mental Health Journal*, 51(6), 733–737. <https://doi.org/10.1007/s10597-014-9818-4> [doi]
- Leineweber, C., Westerlund, H., Chungkham, H. S., Lindqvist, R., Runesdotter, S. & Tishelman, C. (2014). Nurses' practice environment and work-family conflict in relation to burn out: a multilevel modelling approach. *PLoS ONE*, 9(5), 1–9.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0096991>

Leiter, M. P. & Maslach, C. (1998). Burnout. *Encyclopedia of Mental Health* (pp. 347–357). San Diego, CA: A. Press.

Leiter, M. P. & Maslach, C. (2000). *Preventing Burnout and building engagement*. San Francisco, EEUU: Jossey-Bass.

Leiter, M. P. & Maslach, C. (2003). Areas of Worklife: a Structured Approach To Organizational Predictors of Job Burnout. *Research in Occupational Stress and Well Being*, 3(3), 91–134.
[https://doi.org/10.1016/S1479-3555\(03\)03003-8](https://doi.org/10.1016/S1479-3555(03)03003-8)

Leiter, M. P. (1990). The impact of family resources, control coping and skill utilization on the development of burnout: A longitudinal study. *Human Relations*, 43, 1067–1083.

Leiter, M. P. (1991). Coping patterns as predictors of burnout: The function of control and escapist coping patterns. *Journal of Organizational Behaviour*, 12, 123–144.

Leiter, M. P., Gascón, S. & Martínez-Jarreta, B. (2010). Making Sense of Work Life: A Structural Model of Burnout. *Journal of Applied Social Psychology*, 40(1), 57–75.

Lewis, H. S. & Cunningham, C. J. L. (2015). Linking Nurse Leadership and Work Characteristics to Nurse Burnout and Engagement. *Nursing Research*, 65(1), 13–23.
<https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000130>

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, núm. 102, de 29 de abril de 1986, pp. 15207-15224. Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, núm. 128, de 29 de mayo de 2003, pp. 20567-20588. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf>

- Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Boletín Oficial del Estado, núm. 178, de 27 de julio de 2006, pp. 28122-28165.
Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-13554-consolidado.pdf>
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Boletín Oficial del Estado, núm. 240, de 5 de octubre de 2011, pp. 104593 a 104626. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-15623>
- Li, A., Early, S. F., Mahrer, N. E., Klaristenfeld, J. L. & Gold, J. I. (2014). Group cohesion and organizational commitment: protective factors for nurse residents' job satisfaction, compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout. *Journal of Professional Nursing : Official Journal of the American Association of Colleges of Nursing*, 30(1), 89–99. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2013.04.004>
- Li, X., Guan, L., Chang, H. & Zhang, B. (2014). Core self-evaluation and burnout among nurses: The mediating role of coping styles. *PLoS ONE*, 9(12), 1–12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0115799>
- Liaschenko, J. & Peter, E. (2004). Nursing ethics and conceptualization of nursing: Profession, practice and work. *Journal of Advanced Nursing*, 46(5), 488–95.
- Lindqvist, R., Smeds Alenius, L., Griffiths, P., Runesdotter, S. & Tishelman, C. (2015). Structural characteristics of hospitals and nurse-reported care quality, work environment, burnout and leaving intentions. *Journal of Nursing Management*, 23(2), 263–274. <https://doi.org/10.1111/jonm.12123>
- López Afrelo, V. L. (2009). *Rasgos, trastornos de personalidad y comorbilidad psiquiátrica de profesionales sanitarios con síndrome de burnout*. (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España. <https://doi.org/ISBN:978-84-693-1123-3>

- López Herrera, H., Pedrosa, I., Vicente Galindo, M. P., Suárez-Álvarez, J., Galindo Villardón, M. P. & García-Cueto, E. (2014). Multivariate analysis of burnout syndrome in Latin-American priests. *Psicothema*, 26(2), 227–34. <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.178>
- Lorenz, V. R. & Guirardello, E. D. B. (2014). The environment of professional practice and Burnout in nurses in primary healthcare. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(6), 926–933. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0011.2497>
- Losa Iglesias, M. E. & Becerro de Bengoa Vallejo, R. (2013). Prevalence and relationship between burnout, job satisfaction, stress, and clinical manifestations in Spanish critical care nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing: DCCN*, 32(3), 130–137. <https://doi.org/10.1097/DCC.0b013e31828647fc> [doi]
- Losa Iglesias, M. E., Becerro de Bengoa Vallejo, R. & Salvadores Fuentes, P. (2010). The relationship between experiential avoidance and burnout syndrome in critical care nurses: a cross-sectional questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*, 47(1), 30–37.
- Luengo-Martínez, C., Paravic-Klijn, T. & Burgos-Moreno, M. (2017). Profesionalismo en enfermería: una revisión de la literatura. *Enfermería Universitaria*, 14(2), 131–142. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.02.001>
- Mahboubi, M., Ghahramani, F., Mohammadi, M., Amani, N., Mousavi, S. H., Moradi, F., ... Kazemi, M. (2014). Evaluation of Work Engagement and Its Determinants in Kermanshah Hospitals Staff in 2013. *Global Journal of Health Science*, 7(2). <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n2p170>
- Mantler, J., Godin, J., Cameron, S. J. & Horsburgh, M. E. (2015). Cynicism in hospital staff nurses: The effect of intention to leave and job change over time. *Journal of Nursing Management*, 23(5), 577–587. <https://doi.org/10.1111/jonm.12183>

- Marques Sanchez del, P., Calle Pardo, A. P., Sanchez, D. C., Gelado, Y. N. & Garcia, P. M. (2008). Nurses' perception of noise levels in hospitals in Spain. *The Journal of Nursing Administration*, 38(5), 220–222. <https://doi.org/10.1097/01.NNA.0000312774.42352.19> [doi]
- Marriner Tomey, A. & Raile Alligood, M. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. Barcelona, España: Elsevier.
- Martin, L. D., Rampersad, S. E., Low, D. K.-W., & Reed, M. A. (2014). Process improvement in the operating room using Toyota (Lean) methods. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 42(3), 220–228. <https://doi.org/10.1016/j.rcae.2014.05.006>
- Martínez de Viegol Lanzagorta, A. (2005). La consideración del síndrome del “Burn out” como constitutivo de la contingencia profesional del accidente de trabajo origen de la declaración de incapacidad permanente absoluta. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, (59), 213–224. <https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
- Martínez Martín, M. L. & Chamorro Rebollo, E. (2011). *Historia de la enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero*. Barcelona, España: Elsevier.
- Martínez, P. A. (2010). El Síndrome De Burnout . Evolución Conceptual Y Estado Actual De La Cuestión the Burnout Syndrome . Overview and Development of the Concept. *Rioja*, 112, 1–40.
- Martinez-Vara de Rey, C. C. (2002). Coeficiente De Correlación Lineal De Pearson. *Universidad de Sevilla*, 1(1), 1–20.
- Maslach, C. & Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, California : Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981). *The Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, California: C.

P. Press.

Maslach, C. & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Maslach, C. & Leiter, M. P. (1999). Teacher burnout: A research agenda. En R. Vandenburghe & A. M. Huberman (Eds.), *Understanding and preventing teacher burnout* (pp. 295–303). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Maslach, C. & Leiter, M. P. (2005). Stress and burnout: the critical research. En CL Cooper (Eds.), *Handbook of Stress Medicine and Health* (2^a ed., pp. 153–170). Boca Ratón, Florida: CRC Press LLC.

Maslach, C. & Pines, A. (1977). The burnout syndrome in the day care setting. *Child Care Quarterly*, 6, 100–113.

Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behaviour*, 16–23.

Maslach, C. (2009). Comprendiendo el burnout. *Ciencia&Trabajo*, 32, 37–43.

Maslach, C. Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1997). The Maslach Burnout Inventory Manual. En C. P. Zalaquett & R. J. Wood (Eds), *Evaluating stress: A book of resources* (3^a ed., pp. 191–218). Lanham, MD: Scarecrow Press Inc.

Maslach, C., Leiter, M. P. & Schaufeli, W. B. (2001). Job burnout. *Annu Rev Psycho*, 52, 397–422.

May, D. R., Gilson, R. L. & Harter, L. M. (2004). The psychological conditions of meaningfulness, safety and availability and the engagement of the human spirit at work. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77(1), 11–37.
<https://doi.org/10.1348/096317904322915892>

McCrae, R. & Costa, P. (1990). *Personality' in adulthood*. Nueva York, EEUU: Gildford.

- McHugh, M. D., Kutney-Lee, A., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M. & Aiken, L. H. (2011). Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care. *Health Affairs (Project Hope)*, 30(2), 202–210. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0100>; 10.1377/hlthaff.2010.0100
- McKeever, S., Kinney, S., Lima, S. & Newall, F. (2016). Creating a journal club competition improves paediatric nurses' participation and engagement. *Nurse Education Today*, 37, 173–177. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.11.017>
- Merino Soto, C., & Lautenschlager, G. (2003). Comparación Estadística de la Confiabilidad Alfa de Cronbach: Aplicaciones en la Medición Educacional y Psicológica. *Revista de Psicología*, XII (2), 127-136.
- Mingote Adán, J. C. (1998). Síndrome de burnout o síndrome de desgaste profesional. *Formación Médica Continuada*, 5(8), 493–508.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). Catálogo Nacional de Hospitales 2015. Estadísticas E Información Sanitaria. Recuperado de <https://doi.org/978-84-7670-723-4>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2017). Catálogo Nacional de Hospitales 2017. Recuperado de <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/docs/CNH2017.pdf>
- Miró-Bonet, M., Gastaldo, D. & Gallego-Caminero, G. (2008). ¿Por qué somos como somos? Discursos y relaciones de poder en la constitución de la identidad profesional de las enfermeras en España (1956-1976). *Enfermería Clínica*, 18(1), 26–34. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(08\)70690-9](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(08)70690-9)

- Mitchell, K., Baillie, L. & Phillips, N. (2015). Increasing nurse and midwife engagement in research activity. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)*, 29(23), 37–42. <https://doi.org/10.7748/ns.29.23.37.e9345>
- Mitjà Costa, J. (Sin fecha). Redes sociales. [Mensaje de un blog]. Blog de EnfermeríaBlog. Recuperado de <http://enfermeriablog.com/redes-sociales/>
- Miyata, C., Ara, H. & Suga, S. (2013). Characteristics of the nurse manager's recognition behavior and its relation to sense of coherence of staff nurses in Japan. *Collegian*, 22(1), 9–17.
- Montes-Berges, B. & Augusto, J. M. (2007). Exploring the relationship between perceived emotional intelligence, coping, social support and mental health in nursing students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(2), 163–171. <https://doi.org/JPM1059> [pii]
- Montgomery, A. J., Peeters, M. C. W., Schaufeli, W. B. & Den Ouden, M. (2003). Work-home interference among newspaper managers: Its relationship with burnout and engagement. *Anxiety, Stress and Coping*, 16(2), 195–211. <https://doi.org/10.1080/1061580021000030535>
- Moore, S. & Stichler, J. F. (2015). Engaging Clinical Nurses in Quality Improvement Projects. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 46(10), 470–476. <https://doi.org/10.3928/00220124-20150918-05>
- Moral de Calatrava, P. (2004). La enseñanza de la historia de enfermería en España. *Index Enferm*, 13(47), 39–43.
- Morán Astorga, C. (2005). *Burnout y Mobbing: Recursos y estrategias de afrontamiento*. Salamanca, España: A. Ediciones.
- Moreno, B., González, J. L. & Garrosa, E. (2001). Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida. En *Empleo, Estrés y Salud* (pp. 59–83). Madrid, España: Pirámide.

<https://doi.org/10.1157/13073416>

- Moreno-Jiménez, B. & Oliver, C. (1993). El MBI como escala de estrés en profesiones asistenciales: adaptación y nuevas versiones. En M. P. y M. Anguera (Ed.), *Aportaciones a la evaluación psicológica* (pp. 161–174). Barcelona, España: P.P.U.
- Moreno-Jimenez, B., Garrosa, E., Corso, S., Boada, M. & Rodriguez-Carvajal, R. (2012). Hardy personality and psychological capital: the positive personal variables and the processes of exhaustion and vigor. *Psicothema*, 24(1), 79–86.
- Mostert, K. & Rothmann, S. (2006). Work-related well-being in the South African Police Service. *Journal of Criminal Justice*, 34(5), 479.
- Munyewende, P. O., Rispel, L. C. & Chirwa, T. (2014). Positive practice environments influence job satisfaction of primary health care clinic nursing managers in two South African provinces. *Human Resources for Health*, 12(1), 27. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-12-27>
- Nagy, S. & Davis, L. (1985). Burnout: a comparative analysis of personality and environmental variables. *Psychological Reports*, 57, 1319–1326.
- Navarro Ardoy, L., Pasadas del Amo, S., & Ruiz Ruiz, J. (2004). La Triangulación Metodológica en el ámbito de la Investigación Social: Dos ejemplos de uso. En *Instituto de Estudios Sociales de Andalucía (IESA/CSIC). Departamento de Estudios telefónicos (España)*. (pp. 1–10).
- Nowakowska, I., Rasinska, R. & Gloowacka, M. D. (2016). The influence of factors of work environment and burnout syndrome on self-efficacy of medical staff. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 23(2), 304–309. <https://doi.org/10.5604/12321966.1203895>
- Ntantana, A., Matamis, D., Savvidou, S., Giannakou, M., Gouva, M., Nakos, G. & Koulouras, V.

- (2017). Burnout and job satisfaction of intensive care personnel and the relationship with personality and religious traits: An observational, multicenter, cross-sectional study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 41, 11–17. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.02.009>
- O'Brien, A., Weaver, C., Settergren, T., Hook, M. & Ivory, C. (2015). EHR Documentation: The Hype and the Hope for Improving Nursing Satisfaction and Quality Outcomes. *Nurs Adm Q*, 39(4), 333–339.
- OCDE. (2017). OECD Health Policy Overview. Health policy in Spain. Recuperado de <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-Policy-in-Spain-March-2017.pdf>
- Olabarría, B. (1995). El síndrome de burnout (“quemado”) o el cuidador descuidado. *Ansiedad Y Estrés*, 1(2–3), 189–194.
- Oldman, J. M., Bender, D. S. & Skodol, E. (2007). *Tratado de los trastornos de la personalidad*. Barcelona, España: Elsevier.
- Olmedo, E. (1993). *Propiedades psicométricas del constructo burnout* (Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología). Universidad de La Laguna, España.
- Olmedo, M. & Santed, M. A. (1999). *El estrés laboral*. Madrid, España: Klinik.
- Omar, A. S., Elmaraghi, S., Mahmoud, M. S. A., Khalil, M. A., Singh, R. & Ostrowski, P. J. (2015). Impact of leadership on ICU clinicians burnout. *Intensive Care Medicine*, 41(11), 2016–2017. <https://doi.org/10.1007/s00134-015-4008-6>
- Orden de 12 de mayo de 2006, del Departamento de Economía, Hacienda y Empleo, por el que se otorga la aprobación expresa y formal, ratificándolo, al Acuerdo de la Mesa de la Función Pública sobre conciliación de la vida personal, familiar y laboral de los empleados públicos. Boletín Oficial de Aragón, núm. 59, de 26 de mayo de 2006, pp. 7161-7165. Recuperado de <http://www.boa.aragon.es/cgi->

bin/EBOA/BRSCGI?CMD=VEROBJ&MLKOB=128983774242

- Orellana, L. (2001). Estadística Descriptiva. *Marzo*, (1), 1–64. <https://doi.org/9788497325141>
- Osorio Escobar, M. P. (2011). El trabajo y los factores de riesgo psicosociales: Qué son y cómo se evalúan. *Revista CES Salud Pública*, 2(1), 74–79. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3677224.pdf%5Cnhttp://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=3677224>
- Özbaş, A. A. & Tel, H. (2015). The effect of a psychological empowerment program based on psychodrama on empowerment perception and burnout levels in oncology nurses: Psychological empowerment in oncology nurses. *Palliative & Supportive Care*, 1–9. <https://doi.org/10.1017/S1478951515001121>
- Páez, D., Zubieta, E., Mayordomo, S., Jiménez, A. & Ruiz, S. (2004). Identidad. Auto-concepto, auto-estima, auto-eficacia y locus de control. En I. Fernández, S. Ubillos, E. Zubieta & D. Páez (Eds.), *Psicología Social, Cultura y Educación* (pp. 125–193). Recuperado de <http://www.ehu.es/documents/1463215/1504276/Capitulo+VI.pdf>
- Paine, W. S. (1982). Overview: burnout stress syndromes and the 1980's. En W. S. Paine (Ed.), *Job stress and burnout* (pp. 11–25). Beverly Hills, CA: Sage.
- Palmer, S. (2014). Nurse retention and satisfaction in Ecuador: implications for nursing administration. *J Nurs Manag*, 22(1), 89–96. <https://doi.org/10.1111/jonm.12043>
- Palomino Moral, P., Frías Osuna, A., Grande Gascón, M., Hernández Padilla, M. & Del Pino Casado, R. (2005). El Espacio Europeo de Educación Superior. *Index Enferm*, 14(48–49), 50–53. Recuperado de <http://www.uma.es/eees/>
- Parejo, A., Sánchez, R., Vázquez, A., & Valero. (2015). Efectos del desempleo en las relaciones de pareja , en el ambiente familiar y en la salud mental. *Rediocrea*, 4, 106–111. Recuperado

de <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/37011/1/ReiDoCrea-Vol.4-Art.15.pdf>

Peiró, J. M. (1992). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid, España: Eudema.

Pérez, T. (11 de diciembre de 2017). Un año de #enfermeriaenlared: retos para las enfermeras en 2018. [Mensaje de un blog]. Blog de Teresa Pérez. Recuperado de <http://blog.teresaperez.net/2017/12/11/un-ano-de-enfermeriaenlared-retos-para-las-enfermeras-en-2018/>

Pérez, T. (4 de enero de 2018). #Infografía Método Lean Management en Salud. [Mensaje de un blog]. Blog de Teresa Pérez. Recuperado de <http://blog.teresaperez.net/2018/01/04/infografia-metodo-lean-management-en-salud/>

Perlman, B. y Hartman, E. (1982). Burnout: Summary and future research. *Human Relations*, 35(4), 283–385.

Pérula Jimenez, C., Pérula de Torres, L. Á., Jiménez García, C., Pérula de Torres, C. J. & Vaquero Abellán, M. (2017). Mindfulness en la enfermería de atención primaria y su relación con el estrés laboral. *Nure Investigación*, 14(86), 1–9.

Pimentel Franco, G., Bottura Leite De Barros, A. L., Nogueira-Martins, Nogueira-Martins, L. A. & Salloum Salloum, S. (2011). Burnout in nursing residents. *Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P*, 45(1), 12–18. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000100002>

Pines, A. & Aaronson, E. (1988). *Carrer burnout: causes and cures*. Nueva York, EEUU: The Free Press.

Pines, A. (1983). On Burnout and the buffering effects of social support. En: B.A. Farber (Ed.), *Stress and Burnout in the human services professions* (pp. 155–174). Nueva York, EEUU: Pergamon Press.

Pines, A. (1993). Burnout: an existential perspective. En W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T.

- Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 33–51). Londres, Inglaterra: Taylor&Francis.
- Pines, A., Aaronson, E. & Kafry, D. (1981). *Burnout: From Tedium to Personal Growth*. Nueva York, EEUU: The Free Press.
- Piñuel Raigada, J. L. (2002). Epistemología , metodología y técnicas del análisis de contenido. *Estudios de Sociolingüística*, 3(1), 1–42.
- Polaino-Lorente, A., Truffino, J. C. & del Pozo Armentia, A. (2003). *Fundamentos de psicología de la personalidad*. Madrid, España: Rialp.
- Poncet, M. C., Toullic, P., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Timsit, J.-F., Pochard, F., ... Azoulay, E. (2007). Burnout syndrome in critical care nursing staff. *Am J Resp Crit Care Med*, 175(7), 698–704. <https://doi.org/10.1164/rccm.200606-806OC>
- Pool, I. A., Poell, R. F., Berings, M. G. M. C. & ten Cate, O. (2016). Motives and activities for continuing professional development: An exploration of their relationships by integrating literature and interview data. *Nurse Education Today*, 38, 22–28. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.01.004>
- Popa, F., Arafat, R., Purcărea, V. L., Lală, A., Popa-Velea, O. & Bobirnac, G. (2010). Occupational burnout levels in emergency medicine--a stage 2 nationwide study and analysis. *Journal of Medicine and Life*, 3(4), 449–453.
- Poulsen, M. G., Khan, A., Poulsen, E. E., Khan, S. R. & Poulsen, A. A. (2016). Work engagement in cancer care: The power of co-worker and supervisor support. *European Journal of Oncology Nursing*, 21, 134–138. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.09.003>
- Premji, S. S. & Hatfield, J. (2016). Call to Action for Nurses/Nursing. *BioMed Research International*, 2016, 1-5. <https://doi.org/10.1155/2016/3127543>

- Prestia, A. S., Sherman, R. O. & Demezier, C. (2017). Chief Nursing Officers' Experiences With Moral Distress. *The Journal of Nursing Administration*, 47(2), 101–107.
<https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000447>
- Price, D. M. & Murphy, P. A. (1984). Staff burnout in the perspective of grief theory. *Death Education*, 8(1), 47–58.
- Pyle, J. J. (2015). A motivational interviewing education intervention for home healthcare nurses. *Home Healthcare Now*, 33(2), 79–83.
<https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000000184>
- Qiao, Z., Chen, L., Chen, M., Guan, X., Wang, L., Jiao, Y., ... Zhai, X. (2016). Prevalence and factors associated with occupational burnout among HIV/AIDS healthcare workers in China: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 16(1), 335.
<https://doi.org/10.1186/s12889-016-2890-7>
- Quenot, J. P., Rigaud, J. P., Prin, S., Barbar, S., Pavon, A., Hamet, M., ... Moutel, G. (2012). Suffering among carers working in critical care can be reduced by an intensive communication strategy on end-of-life practices. *Intensive Care Medicine*, 38(1), 55–61.
<https://doi.org/10.1007/s00134-011-2413-z>
- Raigosa Gallego, D. & Marín Londoño, B. (2010). Efficacy beliefs training: A proposal to reduce burnout and improve levels of engagement among employees. *International Journal of Psychological Research*, 3(2), 86–92. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3405331&info=resumen&idioma=ENG>
- Ramírez Díaz, E. (2005). Vocación y profesionalización enfermera. *Enfermería Universitaria*, 2(1), 24–32.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22^a). Consultado en

<http://dle.rae.es/?w=diccionario>

Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado, núm. 154, de 29 de junio de 1994, pp. 20658-20708. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1994/BOE-A-1994-14960-consolidado.pdf>

Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado, núm. 261, de 31 de octubre, pp. 103291-103519. Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/2015/10/31/pdfs/BOE-A-2015-11724.pdf>

Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Boletín Oficial del Estado, núm. 98, de 24 de abril de 2012, pp. 31278-31312. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2012/BOE-A-2012-5403-consolidado.pdf>

Reeves, S., Zwarenstein, M., Goldman, J., Barr, H., Freeth, D., Hammick, M. & Koppel, I. Educación interprofesional: efectos sobre la práctica profesional y los resultados de la asistencia sanitaria (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Recuperado de: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Resolución de 20 de mayo de 2011, de la Secretaría de Estado para la Función Pública, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros de 28 de enero de 2011, por el que se aprueba el I Plan de Igualdad entre mujeres y hombres en la Administración General del Estado y en sus Organismos Públicos. Boletín Oficial del Estado, núm. 130, de 1 de junio

de 2011, pp. 53970-54013. <https://www.boe.es/boe/dias/2011/06/01/pdfs/BOE-A-2011-9530.pdf>

Rios Riquez, M. I., Sanchez Meca, J. & Godoy Fernandez, C. (2010). Hardy personality, self-efficacy, and general health in nursing professionals of intensive and emergency services. *Psicothema*, 22(4), 600–605.

Roberts, R. K. & Grubb, P. L. (2014). The Consequences of Nursing Stress and Need for Integrated Solutions. *Rehabil Nurs*, 39(2), 62–69. <https://doi.org/10.1038/nature13478>.The

Rodríguez Montalván, R., Vélez Pastrana, M., & Meléndez Sáez, M. (2012). El Engagement y la Interacción Familia-Trabajo: Un estudio Exploratorio. *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional*, 31(January), 75.

Rodríguez-Paipilla, M., Rodríguez-Gómez, R., Riveros-Gómez, A., Rodríguez-D’Luyz, M. & Pinzón-Salamanca, J. (2011). *Síndrome De Burnout Y Factores Asociados En Personal De Salud En Tres Instituciones De Bogotá En Diciembre De 2010* (Tesis Doctoral). Universidad del Rosario, Colombia.

Rodríguez-Muñoz, A. & Bakker, A. B. (2013). El engagement en el trabajo. En B. M.-J. & E. G. Hernandez (Ed.), *Salud laboral: Riesgos laborales psicosociales y bienestar laboral* (pp. 437–452). Madrid, España: Pirámide.

Ross, J. (2015). Assessing the Whole Person to Improve Outcomes. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 30(2), 157–159. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2015.01.007>

Rousseau, D. (1995). *Psychological contracts in organizations: Understanding written and unwritten agreements*. Sage, CA: T. Oaks.

Rubio Hurtado, M. J. & Berlanga Silvestre, V. (2012). Cómo aplicar las pruebas paramétricas bivariadas t de Student y ANOVA en SPSS . Caso práctico . *Revista d’Innovació I Recerca*

En Educació, 5, 83–100. <https://doi.org/10.1344/reire2012.5.2527>

- Rushton, C. H., Batcheller, J., Schroeder, K. & Donohue, P. (2015). Burnout and resilience among nurses practicing in high-intensity settings. *Healthy Work Environments*, 24(5), 412–421.
- Sabin, K. (2013). Compassion fatigue in liver and kidney transplant nurse coordinators: a descriptive research study. *Progress in Transplantation (Aliso Viejo, Calif.)*, 23(4), 329–35. <https://doi.org/10.7182/pit2013811>
- Salanova Soria, M. & Schaufeli, W. B. (2009). *El engagement en el trabajo : cuando el trabajo se convierte en pasión*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Salanova, M. & Schaufeli, W. B. (2004). El engagement de los empleados: Un reto emergente para la dirección de los recursos humanos. *Estudios Financieros*, 261(62), 109-138. Recuperado de <http://www.wont.uji.es/publicaciones/articulos/articulos-listado/item/el-engagement-de-los-empleados-un-reto-emergente-para-la-direccion-de-los-recursos-humanos>
- Salanova, M., Agut, S. & Peiró, J. M. (2005). Linking Organizational Resources and Work Engagement to Employee Performance and Customer Loyalty: The Mediation of Service Climate. *Journal of Applied Psychology*, 90(6), 1217.
- Salanova, M., Llorens, S. & Schaufeli, W. B. (2011). “Yes, I Can, I Feel Good, and I Just Do It!” On Gain Cycles and Spirals of Efficacy Beliefs, Affect, and Engagement. *Applied Psychology*, 60(2), 255–285. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2010.00435.x>
- Salanova, M., Schaufeli, W. B., Llorens, S., Peiró, J. M. & Grau, R. (2000). Desde el “burnout” al “engagement”: ¿una nueva perspectiva? *Revista de Psicología Del Trabajo Y Las Organizaciones*, 16, 117–134.

- Salazar, M. A. (2006). El liderazgo transformacional modelo para organizaciones educativas que aprenden. *UNIrevista*, *1*(julho), 1–12. Recuperado de <http://www.tutores.escasto.ipn.mx/mariogerardoricardo/files/2012/02/LIDERAZGO-TRANSFORMACIONAL-EJEMPLO4.pdf>
- Sanclemente Vinué, I., Elboj Saso, C. & Iñiguez Berrozpe, T. (2015). Burnout en los profesionales de enfermería en España. Estado de la cuestión. *Metas de Enfermería*, *17*(10), 17–23.
- Sanclemente Vinué, I., Elboj Saso, C. & Iñiguez Berrozpe, T. (2016). La prevención del síndrome de burnout en la enfermería española. Revisión Bibliográfica. *Nure Inv*, *13*(81), 1–6.
- Sanclemente Vinué, I., Saso, C. E., & Berrozpe, T. Í. (2017). Engagement o compromiso en profesionales de enfermería: variables socio-demográficas y laborales asociadas. Engagement or commitment in nurses: sociodemographic and labor variables associated. *Enfermería Global*, *16*(3), 400–426. <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.3.259541>
- Sandín, B. & Chorot, P. (2003). Cuestionario De Afrontamiento Del Estrés (Cae): Desarrollo Y Validación Preliminar. *Revista de Psicopatología Y Psicología Clínica*, *8*, 39–54. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.8.num.1.2003.3941>
- Sandín, B., Valiente, R. & Chorot, P. (1999). Evaluación del estrés psicosocial: material de apoyo. En B. Sandín (Ed.), *El estrés psicosocial: Conceptos y consecuencias clínicas* (pp. 245–316). Madrid, España: Klinik.
- Sanjuan Estallo, L., Arrazola Alberdi, O., & García Moyano, L. M.. (2014). Prevalencia del Síndrome del Burnout en el personal de enfermería del Servicio de Cardiología, Neumología y Neurología del Hospital San Jorge de Huesca. *Enfermería Global*, *13*(36),

253-264.

Scammell, J. (2016). Stress , burnout and nurse retention. *British Journal of Nursing*, 25(17), 2016.

Schaufeli, W. B. & Bakker, A. B. (2004). Job Demands, Job Resources, and Their Relationship with Burnout and Engagement: A Multi-Sample Study. *Journal of Organizational Behavior*, 25(3), 293.

Schaufeli, W. B. & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: a critical analysis*. London, Inlaterra: Taylor&Francis.

Schaufeli, W. B. & Salanova, M. (2007). Work engagement: An emerging psychological concept and its implications for organizations. En D. D. S. & D. P. S. S.W. Gilliland (Ed.), *Research in social issues in management: Vol. 5. Managing social and ethical issues in organizations*. Greenwich, CT: Gilliland.

Schaufeli, W. B., Martinez, I. M., Pinto, A. M., Salanova, M. & Bakker, A. B. (2002b). Burnout and Engagement in University Students: A Cross-National Study. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 33(5), 464–481. <https://doi.org/10.1177/0022022102033005003>

Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-Romá, V. & Bakker, W. B. (2002a). The measurement of burnout an engagement: A confirmative analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71–92.

Schaufeli, W. B., Taris, T., Le Blanc, P., Peeters, M., Bakker, A. & De Jonge, J. (2001). Maakt arbeid gezond? Op zoek naar de bevlogen werknemer [Does work make happy. In search of the engaged worker]. *De Psycholoog*, 36, 422–428.

Schmidt, S., Dichter, M., Bartholomeyczik, S. & Hasselhorn, H. (2014). The satisfaction with the quality of dementia care and the health, burnout and work ability of nurses: a longitudinal

- analysis of 50 German nursing homes. *Geriatr Nurs*, 35(1), 42–6.
<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2013.09.006>
- Schulz, M., Damkroger, A., Heins, C., Wehlitz, L., Lohr, M., Driessen, M., ... Wingenfeld, K. (2009). Effort-reward imbalance and burnout among German nurses in medical compared with psychiatric hospital settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(3), 225–233. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01355.x> [doi]
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5–14.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. Nueva York, EEUU: McGraw-Hill.
- Setti, I. & Argentero, P. (2011). Organizational features of workplace and job engagement among Swiss healthcare workers. *Nursing & Health Sciences*, 13(4), 425–432. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2011.00636.x> [doi]
- Siles González, J. (2004). La construcción social de la Historia de la Enfermería. *Index de Enfermería*, 13(47), 07-10. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962004000300001>
- Simpson, B. B., Dearmon, V. & Graves, R. (2017). Mitigating the Impact of Nurse Manager Large Spans of Control. *Nursing Administration Quarterly*, 41(2), 178–186. <https://doi.org/10.1097/NAQ.0000000000000214>
- Sinclair, R. R., Sliter, M., Mohr, C. D., Sears, L. E., Deese, M. N., Wright, R. R., ... Jacobs, L. (2015). Bad Versus Good, What Matters More on the Treatment Floor? Relationships of Positive and Negative Events With Nurses' Burnout and Engagement. *Research in Nursing & Health*, 38(6), 475-91. <https://doi.org/10.1002/nur.21696> [doi]
- Sistema Nacional de Salud. (2012). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

- Skarbek, A., Johnson, S. & Dawson, C. (2015). A phenomenological study of nurse manager interventions related to workplace bullying. *Journal of Nursing Administration*, 45(10), 492–7.
- Slavin, S. J. & Meyer, G. A. (2013). Toward mutuality and kinship in health care. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 88(11), 1615. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182a7d662>
- Sliter, M. T., Sinclair, R. R., Yuan, Z. & Mohr, C. D. (2014). Don't fear the reaper: trait death anxiety, mortality salience, and occupational health. *The Journal of Applied Psychology*, 99(4), 759–769. <https://doi.org/10.1037/a0035729> [doi]
- Sohrabzadeh, S. & Sayfour, N. (2014). Antecedents and consequences of work engagement among nurses. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16(11), e16351. <https://doi.org/10.5812/ircmj.16351> [doi]
- Soto-Cámara, R. & Santamaría-Cuesta, M. I. (2005). Prevalencia del burnout en la enfermería de atención primaria. *Enfermería Clínica*, 15(3), 123–130.
- Strömberg, M. & Dellve, L. (2016). Social capital among healthcare professionals: A prospective study of its importance for job satisfaction, work engagement and engagement in clinical improvements. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 116–125. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.07.012>.
- Suner-Soler, R., Grau-Martin, A., Font-Mayolas, S., Gras, M. E., Bertran, C. & Sullman, M. J. (2013). Burnout and quality of life among Spanish healthcare personnel. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(4), 305–313. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2012.01897.x> [doi]
- Taylor, B., Roberts, S., Smyth, T. & Tulloch, M. (2015). Nurse managers' strategies for feeling

- less drained by their work: An action research and reflection project for developing emotional intelligence. *Journal of Nursing Management*, 23(7), 879–887. <https://doi.org/10.1111/jonm.12229>
- Tei, S., Becker, C., Kawada, R., Fujino, J., Jankowski, K. F., Sugihara, G., ... Takahashi, H. (2014). Can we predict burnout severity from empathy-related brain activity? *Translational Psychiatry*, 4(6), e393. <https://doi.org/10.1038/tp.2014.34>
- Thompson, M., Page, S. & Cooper, C. (1993). A test of Carver and Scheier's self-control model of stress in exploring burnout among mental health nurses. *Stress Medicine*, 9, 221–235.
- Todaro-Franceschi, V. (2015). The ART of maintaining the “care” in healthcare. *Nursing Management*, 46(6), 53–5. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000465407.76450.ab>
- Tomietto, M., Comparcini, D., Simonetti, V., Pelusi, G., Troiani, S., Saarikoski, M. & Cicolini, G. (2016). Work-engaged nurses for a better clinical learning environment: A ward-level analysis. *Journal of Nursing Management*, 24(4), 475–482. <https://doi.org/10.1111/jonm.12346>
- Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, Sala de lo Social. (1 de junio de 2017) Sentencia núm. 1683/2017.
- Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, Sala de lo Social. (21 de junio de 2011) Sentencia núm. 1902/2011.
- Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, Sala de lo Social. (11 de junio de 2008) JUR2008/346862.
- Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, Sala de lo Social. (3 de marzo de 2010) JUR2010/177783.
- Tribunal Superior de Justicia de Extremadura, Sala de lo Social. (22 de diciembre de 2016)

- Sentencia núm. 623/2016.
- Tribunal Superior de Justicia de Extremadura, Sala de lo Social. (24 de marzo de 2009)
- Sentencia núm. 156/2009.
- Tribunal Superior de Justicia de Las Palmas, Sala de lo Social. (13 de noviembre 2015)
- Sentencia núm. 371/2015.
- Tribunal Superior de Justicia de Murcia, Sala de lo Social. (24 de mayo de 2004) Sentencia núm. 618/2004.
- Tribunal Superior de Justicia del País Vasco, Sala de lo Social. (2 de noviembre de 1999)
- Recurso núm. 1320/1999.
- Tribunal Supremo, Sala de lo Social. (26 de octubre de 1999) Recurso núm. 4379/1999.
- Turcios, R. A. S. (2015). T-Student. Usos y abusos. *Revista Mexicana de Cardiología*, 26(1), 59–61.
- Uribe, T. & Jaramillo, D. (2002). La condición femenina: influencia en el desarrollo de la enfermería y en el desarrollo humano de las (los) profesionales. *Rev Investigación Y Educación En Enfermería*, XX(2), 132-139.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105217997012>
- Urricelqui Chasco, A. & Sanz Aznarez, A. C. (2000). Work satisfaction and associated factors among nursing personnel: Navarra Hospital. *Revista de Enfermería (Barcelona, Spain)*, 23(5), 353–356.
- Van Bogaert, P., Adriaenssens, J., Dilles, T., Martens, D., Van Rompaey, B. & Timmermans, O. (2014). Impact of role-, job- and organizational characteristics on Nursing Unit Managers' work related stress and well-being. *Journal of Advanced Nursing*, 70(11), 2622–2633.
<https://doi.org/10.1111/jan.12449> [doi]

- Van Bogaert, P., Wouters, K., Willems, R., Mondelaers, M. & Clarke, S. (2013). Work engagement supports nurse workforce stability and quality of care: nursing team-level analysis in psychiatric hospitals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(8), 679–686. <https://doi.org/10.1111/jpm.12004> [doi]
- Van den Heede, K., Florquin, M., Bruyneel, L., Aiken, L., Diya, L., Lesaffre, E. & Sermeus, W. (2013). Effective strategies for nurse retention in acute hospitals: a mixed method study. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 185–94. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.12.001>
- Vander Elst, T., Cavents, C., Daneels, K., Johannik, K., Baillien, E., Van den Broeck, A. & Godderis, L. (2016). Job demands–resources predicting burnout and work engagement among Belgian home health care nurses: A cross-sectional study. *Nursing Outlook*, 64(6), 542–556. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2016.06.004>
- Vargas Sabadías, A. (1995). *Estadística descriptiva e inferencial*. Murcia, España: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.
- Velandía M., A. L. (2011). Editorial Tendencias de la investigación en enfermería. *Revista Colombiana de Enfermería*, 6(2), 5–9.
- Viejo, S. & Gonzalez, M. (2013). Presencia De Estrés Laboral, Síndrome De Burnout Y Engagement En Personal De Enfermería Del Hospital Del Niño Morelense Y Su Relación Con Determinados Factores Laborales. *European Scientific Journal*, 9(12), 1857–7881. <https://doi.org/1857-7881>
- Vila-Merino, E. S. (2004). De la racionalidad instrumental a la racionalidad comunicativa en el mundo de la educación. *Ágora Digital*, 7(7), 1–12.
- Viricö. (2017). Lista viral de retos enfermeros: de “basta de quejarse” a “perder el miedo.”

Redaccion Medica, pp. 1–2. Recuperado de <https://www.redaccionmedica.com/virico/noticias/lista-viral-de-retos-enfermeros-de-basta-de-quejarse-a-perder-el-miedo--1098>

Waldow, V. & Figueiró Borges, R. (2008). El proceso de cuidar según la perspectiva de la vulnerabilidad. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 16(4), 765–771. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000400018&script=sci_abstract&tlng=es%5Cnhttp://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/es_18.pdf)

[11692008000400018&script=sci_abstract&tlng=es%5Cnhttp://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/es_18.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/es_18.pdf)

Waldow, V. R. (2014). Humanized care: vulnerability of the sick being and his/her transcendence dimension. *Index Enferm*, 23(4), 234–238.

Warr, P. (1987). *Work, Unemployment, and Mental Health*. Oxford, Inglaterra: Clarendon & Press.

Waschler, K., Ruiz-Hernandez, J. A., Llor-Esteban, B. & Garcia-Izquierdo, M. (2013a). Patients' aggressive behaviours towards nurses: development and psychometric properties of the hospital aggressive behaviour scale- users. *Journal of Advanced Nursing*, 69(6), 1418–1427. <https://doi.org/10.1111/jan.12016> [doi]

Waschler, K., Ruiz-Hernandez, J. A., Llor-Esteban, B. & Jimenez-Barbero, J. A. (2013b). Vertical and lateral workplace bullying in nursing: development of the hospital aggressive behaviour scale. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(12), 2389–2412. <https://doi.org/10.1177/0886260513479027> [doi]

Watanabe, N., Furukawa, T. A., Horikoshi, M., Katsuki, F., Narisawa, T., Kumachi, M., ... Matsuoka, Y. (2015). A mindfulness-based stress management program and treatment with omega-3 fatty acids to maintain a healthy mental state in hospital nurses (Happy Nurse

- Project): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 16(1), 36.
<https://doi.org/10.1186/s13063-015-0554-z>
- Westermann, C., Kozak, A., Harling, M. & Nienhaus, A. (2014). Burnout intervention studies for inpatient elderly care nursing staff: systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(1), 63–71. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.12.001>
- Westphal, M., Bingisser, M., Feng, T., Wall, M., Blakley, E., Bingisser, R. & Kleim, B. (2015). Protective benefits of mindfulness in emergency room personnel. *J Affect Disord*, 175, 79–85.
- Wheaton, B. (1983). Stress, personal coping resources, and psychiatric symptoms: An investigation of interactive models. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 208–229.
- Wilson, M. G., DeJoy, D. M., Vandenberg, R. J., Richardson, H. A. & McGrath, A. L. (2004). Work characteristics and employee health and well-being: Test of a model of healthy work organization. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77, 565–588.
- Winnubst, J. (1993). Organizational Structure, Social Support, and Burnout. En W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 151–160). Londres, Inglaterra: Taylor&Francis.
- Wisetborisut, A., Angkurawaranon, C., Jiraporncharoen, W., Uaphanthasath, R. & Wiwatanadate, P. (2014). Shift work and burnout among health care workers. *Occupational Medicine*, 64(4), 279–286. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqu009>
- Witkoski Stimpfel, A., Rosen, J. E. & McHugh, M. D. (2014). Understanding the Role of the Professional Practice Environment on Quality of Care in Magnet® and Non-Magnet Hospitals. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 44(1), 10–16.
<https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000015>

- Wong, C. A. & Laschinger, H. S. K. (2015). The influence of frontline manager job strain on burnout, commitment and turnover intention: a cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*, 52(12), 1824–33. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.09.006>
- Woodward, B., Smart, D. & Benavides-Vaello, S. (2016). Modifiable Factors that Support Political Participation by Nurses. *Journal of Professional Nursing*, 32(1), 54–61. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2015.06.005>
- Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Demerouti, E. & Schaufeli, W. B. (2007). The role of personal resources in the job demands-resources model. *International Journal of Stress Management*, 14(2), 121–141. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.14.2.121>
- Yuguero, O., Forné, C., Esquerda, M., Pifarré, J., Abadías, M. J. & Viñas, J. (2017). Empathy and burnout of emergency professionals of a health region. *Medicine*, 96(37), e8030. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000008030>
- Yuguero, O., Ramon Marsal, J., Esquerda, M., Vivanco, L. & Soler-González, J. (2016). Association between low empathy and high burnout among primary care physicians and nurses in Lleida, Spain. *European Journal of General Practice*, 0(0), 1–7. <https://doi.org/10.1080/13814788.2016.1233173>
- Zarate, S., Rueda-Santamaría, L., & Cañon-Montañez, W. (2011). Rol del profesional de enfermería en la investigación clínica. *Revista Cuidarte*, 2(1). <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v2i1.66>
- Zhu, Y., Liu, C., Guo, B., Zhao, L. & Lou, F. (2015). The impact of emotional intelligence on work engagement of registered nurses: The mediating role of organisational justice. *Journal of Clinical Nursing*, 24(15–16), 2115–2124. <https://doi.org/10.1111/jocn.12807>
- Zupiria Gorostidi, X., Huitzi Egilegor, X., Alberdi Erice, M. J., Uranga Iturriotz, M. J., Eizmendi

Garate, I., Barandiaran Lasa, M. & Sanz Cascante, X. (2007). Stress sources in nursing practice. Evolution during nursing training. *Nurse Education Today*, 27(7), 777–787.
[https://doi.org/S0260-6917\(06\)00181-X](https://doi.org/S0260-6917(06)00181-X) [pii]

**ANEXO 1: Modelo utilizado en la solicitud de permisos para la realización del
presente estudio**

A/A GERENTE SECTOR SANITARIO HUESCA/DIRECTORA PROVINCIAL IASS
HUESCA

Dña. Isabel Sanclemente Vinué, con DNI 18047150-Q, Diplomada Universitaria en Enfermería, ejerciendo sus funciones en el Servicio de Hospital de Día/Farmacia del Hospital General San Jorge de Huesca, con teléfono 606917079, y email isabelbis@hotmail.com,

EXPONE:

En el transcurso de la realización de un curso de doctorado en el “Doctorado de Sociología de las Políticas Públicas y Sociales” de la Universidad de Zaragoza, en el cual se realizarán encuestas entre los profesionales de enfermería adscritos a los diferentes centros sanitarios públicos y/o privados de la ciudad de Huesca, y en una fase posterior grupos de discusión de carácter voluntario,

SOLICITA:

Autorización para distribuir las encuestas entre los profesionales Diplomados/graduados en Enfermería que desarrollan sus funciones profesionales (actividad asistencial, directiva, mando intermedios,...), a tiempo completo o parcial en los centros sanitarios de la ciudad de Huesca pertenecientes al SALUD/IASS, así como conocer el número de los mismos que forman parte de las plantillas de dichos centros y su distribución por unidades.

En Huesca, a de de 201

Fdo. Isabel Sanclemente Vinué

ANEXO 2: Enfermeros/as en la ciudad de Huesca

1.- Hospital General San Jorge:

ANATOMÍA PATOLÓGICA			
		ENFERMERAS	1
ATENCIÓN AL PACIENTE			
		ENFERMERA JEFE SAP	1
BIOQUÍMICA			
		ENFERMERAS	2
BLOQUE QUIRÚRGICO			
		SUPERVISORA UNIDAD	1
		ENFERMERAS	29
BLOQUE QUIRÚRGICO CIRCUITO ANESTÉSICO			
		ENFERMERAS	7
BLOQUE QUIRÚRGICO CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA			
		ENFERMERAS	1
BLOQUE QUIRÚRGICO ESTERILIZACIÓN			
		ENFERMERAS	2
CONSULTAS EXTERNAS			
		SUPERVISORA DE AREA	1
		ENFERMERAS	37
DIETÉTICA			
		ENFERMERAS	1
DIRECCIÓN			
		SUPERVISORAS AREA	3
		SUPERVISORAS FUNC. GENERAL	5
FARMACIA/HOSPITAL DE DÍA			
		SUPERVISORA UNIDAD	1
		ENFERMERAS	6
HEMATOLOGÍA LABORATORIO			
		SUPERVISORA UNIDAD	1
		ENFERMERAS	8
HEMODIÁLISIS			
		SUPERVISORA DE UNIDAD	1
		ENFERMERAS	12
HOSPITALIZACIÓN TERCERA PLANTA			
		SUPERVISORA UNIDAD	1
		ENFERMERAS	24
HOSPITALIZACIÓN CUARTA PLANTA			
		SUPERVISORA UNIDAD	1
		ENFERMERAS	29
HOSPITALIZACIÓN QUINTA PLANTA			
		SUPERVISORA UNIDAD	1
		ENFERMERAS	32
HOSPITALIZACIÓN SEXTA PLANTA			
		SUPERVISORA UNIDAD	1

	ENFERMERAS	32
MATERNO-INFANTIL		
	SUPERVISORA UNIDAD	1
	ENFERMERAS	23
MEDICINA PREVENTIVA		
	ENFERMERAS	1
MICROBIOLOGÍA		
	ENFERMERAS	1
NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA		
	ENFERMERAS	4
PARITORIOS		
	SUPERVISORA UNIDAD	1
	MATRONAS	8
PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES		
	ENFERMERAS	1
PRUEBAS ESPECIALES DIGESTIVO		
	ENFERMERAS	4
PRUEBAS ESPECIALES NEUMO/CARDIO		
	ENFERMERAS	3
PSIQUIATRÍA		
	SUPERVISORA UNIDAD	1
	ENFERMERAS SALUD MENTAL	12
PULL		
	ENFERMERAS	14
RADIOLOGÍA		
	SUPERVISORA UNIDAD	1
	ENFERMERAS	8
REHABILITACIÓN		
	SUPERVISORA UNIDAD	1
U. C. I.		
	SUPERVISORA DE UNIDAD	1
	ENFERMERAS	23
URGENCIAS		
	SUPERVISORA UNIDAD	1
	ENFERMERAS	28
DIRECTORA DE ENFERMERÍA HOSPITAL GENERAL SAN JORGE		1

2.- Centros de Salud de la Ciudad de Huesca:

CS PERPETUO SOCORRO	10
CS STO GRIAL	13
CS PIRINEOS	11
CS HUESCA RURAL	7
SALUD MENTAL PIRINEOS	1
ATENCIÓN CONTINUADA (EAC)	6

3.- Centro C.P.R. Santo Cristo de los Milagros:

UNIDAD MEDIA ESTANCIA	4
UNIDAD LARGA ESTANCIA	4
INFANTO JUVENIL	1
GUARDIAS	5
DIRECTORA	1

4.- Hospital Sagrado Corazón de Jesús:

HOSPITALIZACIÓN	24
SUPERVISORES PLANTA	2
C. EXTERNAS	2
H.DIA GERIATRÍA	1
SUPERVISOR RECURSOS HUMANOS	1

5.- Centros IASS:

CIUDAD DE HUESCA	9
SAGRADA FAMILIA	8

6.- Emergencias 061:

061	7
-----	---

6.- Centros privados:

CENTROS PRIVADOS	31
------------------	----

ANEXO 3: Cuestionario Seis Áreas de la Vida Laboral

CUESTIONARIO Seis áreas de la vida laboral (Leiter & Maslach, 2000)

- 1 Me siento emocionalmente agotado en el trabajo.
- 2 Me siento acabado al final de la jornada.
- 3 Me siento cansado al levantarme y afrontar otro día de trabajo.
- 4 Trabajar toda la jornada supone realmente una presión para mí.
- 5 Puedo resolver eficazmente los problemas que surgen en mi trabajo
- 6 Me siento quemado en el trabajo.

- 7 Siento que hago una contribución eficaz en mi centro.
- 8 He perdido interés por mi trabajo desde que estoy en este puesto
- 9 Me he vuelto menos entusiasta respecto a mi trabajo.
- 10 En mi opinión, soy bueno en el trabajo.
- 11 Me siento estimulado con los logros del trabajo.
- 12 He logrado algunas cosas que merecen la pena en este trabajo.
- 13 Sólo quiero hacer mi trabajo y que no me molesten.
- 14 Dudo de la importancia de mi trabajo.

- 15 Me he vuelto cínico respecto a que mi trabajo contribuya a algo
- 16 Tengo confianza sobre mi eficacia en el trabajo.

Nunca	Esporádicamente	De vez en cuando	regularmente	Frecuentemente	Muy frecuentemente	A diario
0	1	2	3	4	5	6

¿En qué grado está de acuerdo con las siguientes afirmaciones?

- 17 No tengo tiempo de hacer el trabajo que me corresponde.
- 18 Trabajo intensamente durante períodos prolongados de tiempo.
- 19 Llego a casa demasiado cansado para hacer lo que me gusta.
- 20 La cantidad de trabajo me impide desarrollar mis intereses personales dentro de la medicina
- 21 Tengo tiempo suficiente para hacer las cosas importantes en mi trabajo.

- 22 Logro desconectar de mi trabajo cuando acaba la jornada y me voy a casa.
- 23 Yo controlo la forma de organizar mi trabajo.
- 24 Tengo influencia en las decisiones que afectan a mi trabajo
- 25 Tengo control sobre la forma en que se evalúa mi trabajo.
- 26 Recibo el reconocimiento de otros en mi trabajo.
- 27 Mi trabajo es apreciado por mis colegas y mis pacientes.
- 28 Mis esfuerzos normalmente pasan inadvertidos.
- 29 Mis contribuciones no son reconocidas.
- 30 En el Centro confiamos unos en otros en el cumplimiento de nuestras funciones.
- 31 Participo en actividades de mejora de las condiciones de trabajo
- 32 El personal del centro (o servicio) cooperamos unos con otros.

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Difícil de decidir	De acuerdo	Muy de Acuerdo
1	2	3	4	5

- 33 Los miembros del centro (o servicio) nos comunicamos abiertamente.
- 34 No siento cercanos a mis compañeros.
- 35 Los recursos se asignan justamente desde la Gerencia (o Dirección).
- 36 En la promoción no influyen otros factores que los méritos profesionales del candidato
- 37 Existen procedimientos eficaces de reclamación cuando se cuestiona una decisión
- 38 La Gerencia (o Dirección) trata a todos los empleados justamente.
- 39 El favoritismo determina las decisiones que se toman desde la Gerencia.
- 40 Para promocionarse sólo hace falta tener “padrino”
- 41 Mis valores y los valores sistema sanitario actual son los mismos.
- 42 Los objetivos del sistema sanitario guían mi actividad laboral diaria
- 43 Mis metas de carrera personal encajan con las metas del sistema sanitario.

- 44 La Gerencia de mi centro está comprometida con la calidad.
- 45 Trabajar aquí entra en conflicto con mis valores.

ANEXO 4: Cuestionario de Afrontamiento al Estrés

CAE

Cuestionario de Afrontamiento del Estrés

2003 B.Sandín y P. Chorot

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

0	1	2	3	4
<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Casi siempre</i>
<i>nte</i>				
0	1	2	3	4
<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Casi siempre</i>
<i>nte</i>				

¿Cómo se ha comportado *habitualmente* ante situaciones de estrés?

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Descargué mi mal humor con los demás | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Le conté a familiares o amigos cómo me sentía | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Asistí a la Iglesia | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

10. Intenté sacar algo positivo del problema	0	1	2	3	4
11. Insulté a ciertas personas	0	1	2	3	4
12. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
13. Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema	0	1	2	3	4
14. Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.)	0	1	2	3	4
15. Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo	0	1	2	3	4
16. Comprendí que yo fui el principal causante del problema	0	1	2	3	4
17. Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás	0	1	2	3	4
18. Me comporté de forma hostil con los demás	0	1	2	3	4
19. Salí al cine, a cenar, a “dar una vuelta”, etc., para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
20. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema	0	1	2	3	4
21. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema	0	1	2	3	4
22. Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema	0	1	2	3	4
23. Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación	0	1	2	3	4
24. Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes	0	1	2	3	4
25. Agredí a algunas personas	0	1	2	3	4
26. Procuré no pensar en el problema	0	1	2	3	4
27. Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal	0	1	2	3	4
28. Tuve fe en que Dios remediaría la situación	0	1	2	3	4
29. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas	0	1	2	3	4
30. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema	0	1	2	3	4
31. Experimenté personalmente eso de que “no hay mal que por bien no venga”	0	1	2	3	4
32. Me irrité con alguna gente	0	1	2	3	4
33. Practiqué algún deporte para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
34. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir	0	1	2	3	4
35. Recé	0	1	2	3	4
36. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	0	1	2	3	4
37. Me resigné a aceptar las cosas como eran	0	1	2	3	4
38. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor	0	1	2	3	4
39. Luché y me desahugué expresando mis sentimientos	0	1	2	3	4
40. Intenté olvidarme de todo	0	1	2	3	4
41. Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos	0	1	2	3	4
42. Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar	0	1	2	3	4

ANEXO 5: Cuestionario propio

ESTUDIO SOBRE VIDA Y ENTORNO LABORAL

El presente estudio de investigación de carácter voluntario tiene por objeto establecer la población de riesgo para padecer el síndrome de *burnout* en los profesionales de enfermería de la ciudad de Huesca, así como las líneas estratégicas de prevención para esta población y si éstas se corresponden con las reconocidas a nivel internacional.

El estudio se divide en dos fases, ambas de carácter voluntario, independientes entre sí. La primera consiste en un cuestionario anónimo que recoge variables socio demográficas asociadas al síndrome de burnout así como dos cuestionarios validados a nivel internacional. En la segunda fase se propone la realización de grupos de discusión para aquellos profesionales que deseen participar en los mismos, cuya finalidad es dialogar sobre la pertinencia o no de las medidas preventivas reconocidas a nivel internacional en el entorno laboral al que nos referimos y si pudieran existir otras medidas preventivas que se ajustaran a dicho entorno.

Todos los datos recogidos en el presente estudio serán tratados de forma confidencial y serán de carácter anónimo.

El presente estudio no tiene ninguna financiación.

En caso de cualquier duda o aclaración póngase en contacto con:

Responsable del Proyecto: Isabel Sanclemente Vinué

Contacto: isanclementev@salud.aragon.es

1.-Sexo: Mujer Hombre

2.-Mes y año de nacimiento: ____/____

3.-Estado civil: Pareja estable Sin pareja

4.- Situación laboral cónyuge: Parado En activo

5.- Nivel educativo del cónyuge: Graduado escolar Bachillerato Estudios universitarios

6.-Tiene hijos/as: Sí No

7.- Numero hijos:

8.-Tiene alguna persona a su cargo: Sí No

9.- Tiene alguna enfermedad crónica: Sí No

10.-Fumador/a: Sí No

11.-Uso medicación crónica: Sí No

12.- Nombre:.....

13.-Ha estado de baja el año anterior (excluida baja maternal): Sí No

14. Duración:meses

15.- Finalización estudios (mes/año): ___/___

16.- Título: ATS DUE Grado en Enfermería

17.- Nivel Estudios: Postgrado Máster Doctorado

Otra Diplomatura/Licenciatura, especificar:.....

Especialista en Enfermería, especificar.....

18.- ¿Reside en un lugar diferente de su centro de trabajo?: Sí No

19.- Distancia:km

20.- Tipo de Centro: Público (*Servicio Aragonés de Salud y/o IASS*) Privado

21.- Centro de trabajo:

Hospitalización	Salud Mental
Gerontología/Geriatria	Mutua laboral
Atención Primaria	Emergencias

22.- Unidad de trabajo:

Anatomía Patológica	Laboratorio	Materno-Infantil
Atención al paciente	Hemodiálisis	PULL
Bioquímica/Microbiología	Médico-Quirúrgica	Radiología
Bloque Quirúrgico	Medicina general	UCI
Consultas externas	M.Preventiva/Prevención riesgos	Urgencias
Farmacia/H.Día	Pruebas especiales	Salud Mental Agudos
Salud Mental Media/Larga estancia/Infanto-Juvenil	Guardias	Paritorios

Otros	Especificar:
-------	--------------

23.- Tiempo en la unidad (meses/años): _____meses/_____años

24.- Tipo de contrato: Fijo Interino Eventual (Acumulo tareas) Sustituto

25.- Turno de trabajo: Rotatorio Diurno Nocturno Otros

26.- Tipo jornada: Completa Parcial

27.- Ejerce puesto de Dirección: Sí No

28.- Desde hace cuanto tiempo: _____meses/_____años

29.- Ejerce puesto de Supervisión: Sí No

30.- Desde hace cuanto tiempo: _____meses/_____años

31.- Cambio de servicio en los últimos 5 años: Sí No

32.- Número de veces.....

33.- ¿Cómo considera su clima laboral? (0=muy malo/5=excelente): 0 1 2 3 4 5

34.- ¿Trabaja en algún otro centro? Sí No

35.- ¿Desde hace cuanto tiempo?.....

36.- ¿Es fumador? Sí No

37.- ¿Bebe alcohol de forma habitual? Sí No

38.- ¿Realiza ejercicio físico de forma habitual? Sí No

39.- ¿Dedica tiempo para actividades de ocio durante la semana? Sí No

40.- ¿Estaría interesad@ en formar parte de un grupo de discusión respecto al estrés laboral? Sí No

41.- Si esté interesado deje un método de contacto (tfno. y/o e-mail):
.....

ANEXO 6: Guión grupos de discusión

BURNOUT

- ¿En qué servicio trabajáis? ¿Cuántos años lleváis trabajando como enfermeras/os?
- ¿Consideráis que la enfermería es una profesión vocacional? ¿En qué sentido?
- ¿Consideráis la profesión de enfermería como estresante? ¿En qué medida?
- ¿Consideráis que existe mucha burocratización en el ámbito de la enfermería?
- ¿Creéis que tener una buena relación con los compañeros y pacientes es importante? ¿Consideráis estas relaciones como estresantes? ¿En qué medida?
- ¿Cuál es vuestra relación con los compañeros del equipo de enfermería?
- ¿Cuál es vuestra relación con los compañeros del equipo médico?
- ¿Cuál es vuestra relación con los pacientes/clientes a los que atendéis?
- ¿Con qué grupo social es más fácil la relación? ¿Y más difícil?
- ¿Creéis que sabéis separar el ambiente laboral del personal? ¿En ocasiones os cuesta trabajo dejar de pensar en pacientes/familiares/acontecimientos del trabajo? ¿Cuál es la razón? ¿Qué consecuencias tiene no separarlo?
- ¿Creéis que compartís los valores laborales con la organización?
- ¿Creéis que tenéis control sobre los resultados de vuestro trabajo?
- ¿En vuestra opinión el trabajo de enfermería y sus resultados son valorados por vuestros clientes/pacientes y por vuestros compañeros?
- ¿Generalmente os sentís orgullosos/eficaces de vuestro trabajo?
- ¿Consideráis adecuadas las relaciones con vuestros superiores?
- ¿Consideráis que vuestros superiores os tratan con justicia?
- ¿Consideráis que vuestros jefes están preparados para realizar las funciones de gestión que ocupan?
- ¿Conocéis el término de *burnout*? (explicación del síndrome) ¿creéis que este síndrome es importante entre los profesionales de enfermería? ¿Por qué?

COMPROMISO/ENGAGEMENT

- ¿En vuestra opinión la profesión enfermera tiene un sentido de Compromiso con el desarrollo de su trabajo?
- ¿En vuestra opinión presentáis una alta concentración en vuestra labor que hace que el tiempo pase de manera fugaz? ¿En qué medida?
- ¿Creéis que tenéis un alto nivel de resistencia mental y superación de obstáculos? ¿En qué medida?
- ¿Consideráis el optimismo importante en el ambiente laboral? ¿Y la capacidad de reevaluar las situaciones de forma positiva? ¿Y la extraversión? ¿En qué medida?
- ¿Habéis trabajado en otros centros sanitarios como enfermeras/os? ¿Eran centros sanitarios más grandes o más pequeños?
- ¿Creéis que el tipo de centro favorece o dificulta el sentimiento de orgullo y realización?
- ¿Creéis que vuestro centro de trabajo actual es menos o más estresante que otros en los que habéis trabajado? ¿En qué medida?
- En el estudio realizado de forma previa se ha constatado que en los profesionales de enfermería de la ciudad de Huesca existe un alto compromiso profesional y, de forma contraria, un mínimo sentimiento de *burnout*,
 - ¿Están de acuerdo con estos resultados?
 - ¿Cuál puede ser la causa en vuestra opinión?

MEDIDAS PREVENTIVAS

- ¿Cómo pensáis que se podrían mejorar vuestras relaciones con los pacientes/familiares? ¿y con vuestros compañeros?
- ¿Cómo podría aumentar el control sobre vuestro trabajo? ¿Creéis que esto ayudaría o empeoraría la sensación/percepción del estrés laboral?
- ¿Se os ocurre alguna manera de que esto mejorara?
- ¿Cómo podría aumentar o mejorar vuestros sentimientos de orgullo y realización sobre vuestro trabajo?
- ¿Cómo podría la organización reducir vuestros sentimientos de estrés laboral y/o *burnout*?
- ¿Se os ocurren algunas medidas para aumentar el compromiso entre los profesionales de enfermería?

ANEXO 7: Guión entrevistas

BURNOUT

- ¿Cuál es la razón, en su opinión, por la que la gente elige estudiar enfermería? ¿Cree que se cumplen después sus expectativas?
- ¿Cree que la enfermería es una profesión sometida a mucho estrés? ¿Cuál es la razón de esto en su opinión?
- ¿Cree que el contacto continuo con otras personas y profesionales es positivo o negativo para generar estrés? ¿En qué sentido?
 - ¿Con qué pacientes/clientes se generan más conflictos? ¿Por qué?
 - ¿Con qué profesionales cree que se generan más conflictos? ¿Cuál cree que es la razón?
- ¿En su opinión se genera un buen clima laboral en las unidades de enfermería? ¿Cuáles cree que son los factores que lo mejoran y lo empeoran según su opinión?
- ¿Cree que la gestión influye en este clima laboral? ¿De qué manera?
- ¿En su opinión la labor de la enfermería se ha burocratizado? ¿Cuál cree que es la razón?
- ¿En su opinión la Administración/Gestión establece medidas para controlar el estrés en enfermería/síndrome de *burnout*? ¿Cuáles son estas medidas?
 - ¿Cree que son eficaces?
- ¿Cree que a los profesionales de enfermería les preocupa el síndrome de *burnout*? ¿Por qué?

COMPROMISO/ENGAGEMENT

- ¿Cree que la enfermería es una profesión con un sentido de Compromiso con el desarrollo de su trabajo (en relación a un sentido de realización, de energía y de dedicación)?
 - ¿Cuál crees que es la razón de este compromiso?
 - ¿Qué factores cree que influyen en el de forma positiva? ¿Y de forma negativa?
- ¿En su opinión la enfermería es una profesión con sentimientos de autoeficacia/eficacia?
 - ¿Qué elementos cree que aumentan esta eficacia percibida?
- Según el estudio previo realizado en los profesionales de la ciudad de Huesca, los niveles de síndrome de *burnout* son muy bajos en esta población y de forma contraria los niveles de compromiso/*engagement* son altos:
 - ¿Está de acuerdo con estos resultados?

- ¿En su opinión cuáles podrían ser las causas de estos resultados?
 - ¿Cómo cree que podrían mejorarse?
- ¿Cree que estudios como este pueden ayudar a la Administración/Gestión a establecer medidas que mejoren el entorno laboral de los profesionales de enfermería?

MEDIDAS PREVENTIVAS

- ¿Cómo se podrían mejorar las relaciones con los clientes/pacientes en su opinión? ¿Y con los compañeros?
- ¿Cómo podría mejorarse el clima laboral en su opinión?
- ¿Cómo podría mejorarse a través de la gestión el clima laboral? ¿Cree que existen medidas en este sentido?
- ¿Cómo podría mejorarse la burocratización en el ámbito de la enfermería en su opinión?
- ¿Se le ocurre alguna manera de mejorar o implementar esta eficacia percibida/auto-eficacia?
- ¿Cree que existen medidas que puedan mejorar los sentimientos de optimismo y eficacia en los profesionales? ¿Puede enumerar alguna de estas medidas?
- ¿Podrían ayudar estas medidas a reducir el síndrome de *burnout* entre los profesionales y aumentar el compromiso? ¿De qué manera?
- ¿Hay algo más que quiera añadir?

ANEXO 8: Consentimiento grupos y entrevistas

D/Dña. _____, con DNI _____, doy mi consentimiento para que la presente conversación sea grabada y transcrita en su totalidad por Dña. Isabel Sanclemente Vinué para el desarrollo de la Tesis Doctoral titulada “Síndrome de Burnout entre los profesionales de enfermería y posibles medidas preventivas desde la metodología comunicativa” por la Universidad de Zaragoza. Los resultados serán publicados de forma posterior en revistas científicas del ámbito de interés.

Centro y Lugar de Trabajo: _____

Tiempo como enfermera: _____

Tiempo en el lugar de trabajo: _____

En Huesca, a _____ de _____ de 2016

Fdo. _____

ANEXO 9: Parrilla de análisis

	SISTÉMICAS/ESTRUCTURALES								
	Organización				Entorno físico	Burocratización/ Informatización	Rol gestor	Rol dependiente	Competencias profesionales
	Estructura organizacional	Horarios	Plantillas (cargas)	Estabilidad laboral					
Dimensiones exclusoras	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dimensiones transformadoras	10	11	12	13	14	15	16	17	18

		SUJETO				INTERRELACIONES			
	Variables personales (edad/sexo)	Experiencia profesional	Personalidad	Preparación/Formación	Implicación/Compromiso	Entre profesionales	Con pacientes	Con familiares	Valoración social
Dimensiones exclusoras	19	20	21	22	23	24	25	26	27
Dimensiones transformadoras	28	29	30	31	32	33	34	35	36

