

Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud

*Master de Iniciación a la Investigación en
Ciencias de la Enfermería*

Curso Académico 2018/19

TRABAJO FIN DE MASTER

**El burnout y la calidad de vida profesional y
personal de los profesionales sanitarios de
Residencia de Mayores Romareda**

**Burnout and the Profesional and Personal Quality
of Life of the Health Professionals of Romareda
Nursing Home**

Autor/a: Bárbara Ana Gascón Fustero

Director/a: Emmanuel Echániz Serrano

ÍNDICE

Resumen	3
Abstract	4
Acrónimos y siglas	5
1. INTRODUCCIÓN	6
1.1 Envejecimiento de la población.....	6
1.2 El síndrome de Burnout.....	7
1.3 Calidad de vida	11
1.3.1 Calidad de vida profesional.....	11
1.3.2 Calidad de vida personal	12
2. HIPÓTESIS.....	13
3. OBJETIVOS	13
4. METODOLOGÍA	14
4.1 Diseño del estudio	14
4.2 Población diana.....	14
4.3 Criterios de inclusión/exclusión	14
4.4 Herramientas.....	14
4.5 Variables de estudio.....	16
4.6 Análisis estadístico	16
5. RESULTADOS.....	17
5.1 Población de estudio.....	17
5.2 Respuestas globales de los cuestionarios.....	19
5.3 Relaciones entre los valores de los cuestionarios.....	20
5.4 Resultados de los cuestionarios según variables sociodemográficas	21
6. DISCUSIÓN	22
6.1 Limitaciones	30
6.2 Futuras líneas de investigación.....	31
7. CONCLUSIÓN.....	32
8. BIBLIOGRAFÍA	33
8.1 Anexo 1: Permiso del CEICA	42
8.2 Anexo 2: Hoja informativa y cuestionarios.....	43
8.3 Anexo 3: Tablas y gráficos de resultados	50

Resumen

Introducción: En cada institución centrada en el cuidado de personas es fundamental mantener un adecuado clima laboral entre sus profesionales. Esto es especialmente relevante en aquellas áreas asistenciales que presenten elevada sobrecarga de trabajo, como en la atención a personas mayores dependientes.

Objetivo: Analizar la relación entre el síndrome de burnout en Residencia de Mayores Romareda y la calidad de vida profesional y personal de sus profesionales sanitarios.

Material y método: Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal, en Residencia de Mayores Romareda. En él participaron 84 profesionales, que completaron el Burnout Clinical Subtype Questionnaire (BSCQ-12), el cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35), el World Health Organization Quality of Life en su versión abreviada (WHOQOL-BREF) y un cuestionario de variables sociodemográficas elaborado para este estudio.

Resultados: Las dimensiones del burnout, “falta de desarrollo” (\bar{x} 3,84), “sobrecarga” (\bar{x} 3,50) y “abandono” (\bar{x} 1,94) describieron la población. Se encontraron diferencias significativas, en calidad de vida profesional, entre apoyo directivo percibido, y el grupo de edad entre 41 y 50 años. También con respecto al sexo y la tenencia de hijos menores y calidad de vida individual.

Conclusiones: El subtipo del burnout “sin desafíos” es el que se presenta con mayor proporción en la institución, por lo que habrá que fomentar medidas que favorezcan la motivación y el compromiso de los trabajadores sanitarios.

Se concluye que los más jóvenes perciben un apoyo directivo significativamente mayor que los de 41 a 50 años.

Los hombres perciben mejor calidad de vida individual que las mujeres y los profesionales con hijos menores, perciben mayor salud psicológica.

Palabras clave: burnout, calidad de vida, residencia de ancianos, profesionales sanitarios

Abstract

Introduction: It is essential for any institution focused on the care of people to maintain an adequate working environment among its professionals. This is especially relevant in those care areas that present a high workload, such as in the care of dependent elderly people.

Objective: To analyze the relationships between burnout syndrome in Romareda Nursing Home and the quality of professional and personal life of its health workers.

Method and materials: A descriptive, observational, and cross-sectional study was carried out in Romareda Nursing Home. It involved 84 professionals, who completed the Burnout Clinical Subtype Questionnaire (BSCQ-12), the Quality of Life Professional Questionnaire (CVP-35), the World Health Organization Quality of Life questionnaire in its abbreviated version (WHOQOL-BREF) and a questionnaire of sociodemographic variables developed for this study.

Results: The population was described by the subtypes of burnout "lack of development" (\bar{x} 3.84), "overload" (\bar{x} 3.50) and "neglect" (\bar{x} 1.94). Significant differences were found in professional quality of life between perceived managerial support and the age group between 41 and 50 years, as well as between gender and custody of minor children and individual quality of life.

Conclusions: The "underchallenged" subtype is the one that happens with the greatest proportion in the institution, and for this reason measures that favor the motivation and commitment of health workers should be encouraged.

It is concluded that the youngest professionals perceive a significantly higher managerial support than those from 41 to 50 years.

Men perceive better quality of individual life than women, and professionals with younger children perceive greater psychological health.

Keywords: burnout, quality of life, nursing home, health professionals

Acrónimos y siglas

OMS: Organización Mundial de la Salud

BCSQ: Burnout Clinical Subtype Questionnaire

CVP: Calidad de vida profesional

WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Envejecimiento de la población

El envejecimiento poblacional es ya una realidad más que evidente en nuestro país y a nivel mundial. En España, las proyecciones realizadas por el Instituto Nacional de Estadística muestran que en el año 2049 la población española mayor de 65 años representará más del 30% del total como consecuencia del envejecimiento de la población. Cabe destacar que el progresivo aumento de la población de más de 80 años, el grupo de más mayores, está creciendo de forma más rápida que cualquier otro segmento de la población (Sarabia-Cobo, Díez Saiz, San Millán Sierra, Salado Morales, & Clemente Campo, 2016).

Este aumento de la población mayor es debido, a la disminución de la tasa de natalidad, así como al descenso de la tasa de mortalidad y al aumento de la esperanza de vida, favorecido por la mejora de las condiciones de vida (Vidal Domínguez et al., 2017).

Las personas mayores que se ven afectadas por diversas patologías que alteran su independencia (tanto física como psíquica) tienen derecho a disfrutar de una calidad de vida y un envejecimiento digno, que les permita cubrir sus necesidades básicas y de bienestar en la vida diaria (Gómez Redondo, 1978).

Los patrones de morbi-mortalidad están cambiando; en los entornos de ingresos altos, la mayoría de las muertes ocurren en personas mayores de 70 años y en las últimas décadas estamos asistiendo al aumento gradual de la prevalencia de algunas enfermedades crónicas (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Los sistemas sanitarios de todos los países deben adaptarse a este cambio en los patrones de enfermedad. Los gobiernos deben de asumir que muchas más personas necesitarán algún tipo de ayuda para los problemas causados por las enfermedades crónicas, incluyendo la atención sanitaria hasta el final de su vida, y que ésta se producirá en muchas ocasiones a una edad muy avanzada (Davis & Higginson, 2004).

La edad aumenta la posibilidad de vivir en soledad. Se ha observado en los últimos años un incremento de los hogares unipersonales en personas de 65 y más años (García Abellán & Ayala García, 2017).

La mayoría de los adultos mayores que requieren cuidados de apoyo a largo plazo los reciben de sus familiares. Cuando las familias no pueden proporcionar esta atención, existen dos opciones clave para la atención residencial a largo plazo: centros de día/noche y centros de atención residencial/vida asistida (Zimmerman et al., 2013)

Las residencias de ancianos se han convertido en una alternativa plausible en aquellas situaciones en las que el domicilio no es el lugar más adecuado para el final de la vida, dada la complejidad clínica o la falta de recursos para atender adecuadamente estas necesidades (Sánchez García, 2017).

Según la OMS (2012), en la mayoría de los países desarrollados, aproximadamente un tercio o la mitad de la población con demencia viven en residencias de ancianos, porque requieren cuidados profesionales. La atención profesional de la demencia en residencias de ancianos está siendo muy demandada debido a su alto nivel físico y psicológico. Requiere cuidados intensos y laboriosos, un alto grado de experiencia profesional y habilidades avanzadas de comunicación (Schmidt, Dichter, Bartholomeyczik, & Hasselhorn, 2014a).

Los profesionales de la salud en instituciones se enfrentan a tensión emocional adicional por la propia naturaleza de su trabajo con individuos afligidos, a menudo durante períodos prolongados, de forma continua (Cetrano et al., 2017).

1.2 El síndrome de Burnout

Burnout es una respuesta psicológica al estrés crónico relacionado con el trabajo de naturaleza interpersonal y emocional que aparece en los profesionales de las organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios o pacientes (Grau-Alberola, Gil-Monte, García-Juesas, & Figueiredo-Ferraz, 2010).

En el entorno de las ciencias de la salud, fue descrito como síndrome en 1974 por el psiquiatra norteamericano Herbert Freudenberger, quién lo definió como “un estado de fatiga o frustración producido por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el refuerzo esperado”. Esta descripción se realizó por la necesidad de definir un tipo de estrés específico vinculado a profesiones sanitarias, de ayuda o de servicio y que se caracterizaba por una progresiva disminución de la energía y el entusiasmo (Freudenberger, 1974).

Cristina Maslach y Susan Jackson, en 1981 definieron el burnout como un “síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que pueden desarrollar aquellos individuos que generalmente trabajan con personas”(Maslach & Jackson, 1981).

La experiencia clínica, muestra que el agotamiento se manifiesta de diferentes maneras que se pueden clasificar dependiendo del nivel de dedicación con el que los individuos hacen frente a las tareas relacionadas con el trabajo (Farber, 2000).

Según Montero-Marín el burnout es una sucesión de etapas caracterizada por una disminución progresiva de la dedicación al trabajo, definiendo tres subtipos distintos de burnout. El primero, denominado frenético, sería el que mayor dedicación temporal emplea en el trabajo, se caracteriza por un elevado nivel de implicación, expresado mediante un aumento del esfuerzo ante las dificultades, una gran ambición y necesidad de logro, así como sobrecarga, manifestada a través de la sensación de agobio y el descuido de las propias necesidades. El segundo subtipo, denominado sin desafíos, presentaría menor implicación que el primero, y se caracteriza por una ausencia del interés en el trabajo, y por tanto, una realización del mismo de forma superficial por ausencia de motivación, desafíos o compromiso. En este perfil aparece la indiferencia por la realización del trabajo, la falta de desarrollo debida a la insatisfacción por ausencia de reconocimiento o de aprovechamiento del propio talento, y el aburrimiento, experimentándose el trabajo como una rutina monótona. El tercer subtipo es el desgastado, e incluye a las personas cuyo nivel de implicación ha descendido al mínimo, hasta el punto de no tener en cuenta las responsabilidades de su propio puesto de trabajo. Este perfil se caracteriza por el abandono, dejando de participar en las tareas propias hasta el punto de rendirse ante la menor adversidad, la falta de reconocimiento que surge de la sensación de una ausencia de valoración del esfuerzo y la dedicación, y la ausencia de control sobre el resultado de sus acciones en el trabajo, lo que puede sobrellevar a la desesperación (Montero-Marín, García-Campayo, Mera, & del Hoyo, 2009).

Esta conceptualización del burnout, operativizada a través del "Burnout Clinical Subtype Questionnaire" (BCSQ-12), es muy útil para la evaluación específica del síndrome y para el diseño de estrategias de tratamiento en función de las características de cada caso clínico. Esto es factible dado que proporciona un marco más amplio que excede las posibilidades de evaluación e intervención implícitas en el diseño estándar del Maslach

Burnout Inventory –General Survey, que está más orientado hacia una definición unificada (aunque tridimensional) del síndrome(Montero-Marín & García-Campayo, 2010a).

Las exigencias de una exposición constante al sufrimiento humano y la necesidad de proporcionar un excelente cuidado puede conducir al burnout, el resultado final de un proceso progresivo y acumulativo que es causado por el contacto prolongado, continuo e intenso con los pacientes y la exposición al estrés (Ames, Salmond, Holly, & Kamienski, 2017).

El síndrome de burnout está comenzando a ser considerado como una enfermedad ocupacional de alta prevalencia entre la enfermería en España. Las personas que sufren del síndrome manifiestan importantes problemas de salud. Se necesita más información sobre la prevalencia y los factores de riesgo del agotamiento para prevenir el síndrome y determinar las intervenciones clínicas más apropiadas cuando aparece el trastorno (Cañadas-De la Fuente et al., 2015).

Al analizar muestras formadas por profesionales sanitarios trabajadores en el ámbito geriátrico (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y celadores) se ha concluido que cuidar a pacientes mayores produce la aparición de burnout, siendo además el personal de enfermería el grupo que presenta mayor grado de insatisfacción laboral, así como mayores puntuaciones en las dimensiones de cansancio emocional y baja realización personal. El grupo médico es el que presenta los niveles más bajos de burnout(Bujalance Hoyos et al., 2001).

Los estudios que se han venido realizando sobre el síndrome de burnout ponen de manifiesto que éste repercute de manera directa sobre la salud de los trabajadores disminuyendo progresivamente el interés hacia las obligaciones laborales (Guerra et al., 2002).

La mayor parte de las teorías que tratan de aproximarse y dar explicación al síndrome de burnout, comparten algunas asunciones básicas sobre la naturaleza de este fenómeno. Es un lugar común, considerar que en el burnout predominan los síntomas de fatiga, al tiempo que ocurren, no obstante, otros síntomas atípicos simultáneamente. También se acepta que todos estos síntomas individuales están relacionados con las características del ambiente de trabajo, y que se manifiestan en personas normales, sin ningún tipo de psicopatología mayor. Además, el burnout lleva consigo una serie de actitudes y conductas negativas, que disminuyen la eficacia y el rendimiento(Schaufeli W & Enzmann D, 1998).

El agotamiento parece estar correlacionado con angustia personal, incluyendo el agotamiento físico, insomnio, aumento del consumo de alcohol y drogas, y problemas matrimoniales y familiares (Maslach & Jackson, 1981). Aunque todavía no existe un consenso para explicar ni la génesis ni el mantenimiento del síndrome de burnout, pero, entre las demostradas consecuencias negativas para la salud que el estrés laboral y el burnout pueden generar en los trabajadores se encuentran las alteraciones digestivas, los trastornos cardiovasculares, dolores musculares y cervicales, diabetes ,artritis, obesidad, problemas de memoria y de atención; el desarrollo de alteraciones psicológicas como la depresión, trastornos de ansiedad y del estado de ánimo; así como problemas en las relaciones sociales y el ámbito familiar, empeorando sustancialmente de esta forma la calidad de vida de los profesionales(Méndez, Secanilla, Martínez, & Navarro, 2015).

Cada vez más, los planificadores de la atención de la salud están reconociendo que las medidas de la enfermedad por sí solas no son suficientes para determinar el estado de salud. En las últimas décadas, han surgido dos clases de medidas complementarias del estado de salud para llenar el vacío de información, medidas objetivas del estado de salud funcional y medidas subjetivas de salud y bienestar (S.M. Skevington, Lotfy, O'Connell, & WHOQOL Group, 2004a).

El burnout no sólo se constituye en un problema que afecta de manera directa al trabajador, sino que también repercute en el cuidado de los pacientes, en la propia profesión y en la institución en la que éste se desenvuelve laboralmente (Guerra et al., 2002).

Para cualquier institución centrada en el cuidado de personas es fundamental mantener un adecuado clima laboral entre sus profesionales, especialmente los que dan asistencia directa. Cuidadores cuidados darán mejor calidad de cuidado. Esto es especialmente relevante en aquellas áreas asistenciales que presenten elevada sobrecarga de trabajo, como la atención a personas con demencia con altos niveles de dependencia. Sabemos que el aumento de la capacidad de los profesionales para afrontar eficazmente los retos del trabajo diario no solo es un valor para las instituciones (con trabajadores menos estresados y con menos problemas de salud) sino fundamentalmente para las personas que reciben los cuidados, como es la persona mayor con demencia(Sarabia-Cobo et al., 2016).

1.3 Calidad de vida

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define calidad de vida como la manera en que el individuo percibe su vida, el lugar que ocupa en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, la relación con sus objetivos, expectativas, normas, criterios y preocupaciones, todo ello permeado por las actividades diarias, la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales (WHOQOL Group, 1998).

Esta definición deja claro el carácter subjetivo y multidimensional del concepto y refleja la necesidad de desarrollar instrumentos de medición igualmente multidimensionales.

La satisfacción laboral de los trabajadores es un objetivo de las organizaciones en general, y de las sanitarias en particular, imprescindible para garantizar el mantenimiento de la inversión en el capital humano y, por ende, la mejor calidad de los servicios prestados (Newman & Maylor, 2002).

1.3.1 Calidad de vida profesional

El principio de que «las personas son el principal activo de las organizaciones» se cumple de forma especial en el caso de las organizaciones sanitarias. Tanto es así que la calidad de los servicios prestados por estas organizaciones se relaciona directamente con la satisfacción de los profesionales que las integran. La satisfacción laboral de los trabajadores es un objetivo de las organizaciones en general, y de las sanitarias en particular, imprescindible para garantizar el mantenimiento de la inversión en el capital humano y, por ende, la mejor calidad de los servicios prestados (Martín, Cortés, et al., 2004).

Los profesionales tienden a dar calidad al cliente en la misma medida en que perciben que son tratados por la organización en que trabajan (Cabezas Peña, 1998).

La calidad de vida profesional dependerá de diversos factores, algunos de índole personal (edad, sexo, personalidad) y/o familiar (estado civil, apoyo familiar), otros estrictamente laborales (retribución, carrera profesional), que por ser comunes a toda la organización sólo podrían modificarse mediante cambios que dependen de ámbitos superiores, y por último, otros factores relacionados con el reconocimiento profesional, las condiciones de trabajo y el estilo de dirección, que

pueden ser modificados a corto y medio plazo en el ámbito de la gestión de un área sanitaria (Alonso Fernández, Iglesias Carbajo, & Franco Vidal, 2002).

La calidad de vida profesional puede definirse como la experiencia de bienestar secundaria a la percepción de equilibrio entre las demandas de un trabajo profesional y los recursos disponibles para afrontarlas (García Sánchez & González Ares, 1995).

Según Cabezas, la calidad de vida profesional se relaciona con el balance entre las demandas del trabajo y la capacidad percibida para afrontarlas, de manera que a lo largo de la vida se consiga un desarrollo óptimo en las esferas profesional, familiar y personal. (Cabezas Peña, 1998).

El cuestionario CVP-35 (Calidad de Vida Profesional-35), construido bajo el marco teórico del modelo de Karasek (demandas-control), ha sido validado en entornos diferentes en el sistema de salud español. Se han evaluado su validez de constructo y su fiabilidad intra sujeto, así como su aceptable relación con otros instrumentos que miden la repercusión del estrés profesional. Además, ha sido ampliamente utilizado para evaluar la CVP, para identificar áreas de mejora de la organización o para explorar los efectos del «clima organizativo» en los trabajadores sanitarios (Martín Fernández, Gómez Gascón, Martínez García-Olalla, del Cura González, del Carmen Cabezas Peña, et al., 2008).

1.3.2 Calidad de vida personal

Es un concepto de amplio espectro afectado de manera compleja por la salud física del individuo, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales y su relación con las características más destacadas de su entorno (Vahedi 2010).

Por lo tanto, en la medición de la calidad de vida, la WHOQOL (World Health Organization Quality of Life) Group, considera que es importante saber cómo de satisfechas o molestas están las personas por los aspectos importantes de su vida, y esta interpretación podría ser una cuestión individual. La Organización Mundial de la Salud evalúa la calidad de vida mediante WHOQOL-100, que es un cuestionario de evaluación del bienestar válida desde el punto de vista transcultural. La evaluación se realiza a través de 100 cuestiones que representan 25 facetas organizadas en seis dominios (S.M. Skevington, Lotfy, O'Connell, & WHOQOL Group, 2004b).

El WHOQOL-BREF se ha desarrollado como una versión corta de WHOQOL-100 para su uso en situaciones en las que el tiempo es limitado, donde la carga del encuestado debe ser minimizada y el nivel de facetas los detalles son innecesarios (WHOQOL Group, 1998).

Las expectativas de salud son parte integral de la definición de calidad de vida en la salud y la atención de la salud (Suzanne M. Skevington & McCrate, 2012).

Es por ello que resulta necesario e interesante, realizar estudios sobre la relación entre el burnout y la calidad de vida profesional y personal de los profesionales sanitarios que trabajan en el ámbito de la Geriátrica.

2. HIPÓTESIS

En el presente trabajo, a través de tres cuestionarios autoadministrados validados en español, BCSQ-12, CVP-35 y WHOQOL-BREF, se pretende contrastar las siguientes hipótesis:

- 1- Existe correlación positiva entre tiempo trabajado en la institución y los valores del síndrome de burnout en sus tres dimensiones.
- 2- Existe asociación negativa entre edad y el apoyo directivo.
- 3- Existe asociación entre sexo y la percepción de calidad de vida.

3. OBJETIVOS

- Analizar la relación entre el síndrome de burnout en Residencia de Mayores Romareda y la calidad de vida profesional y personal de sus trabajadores sanitarios.
 - Identificar los subtipos de burnout, de los profesionales sanitarios de Residencia de Mayores Romareda.
 - Conocer la calidad de vida profesional percibida por los profesionales sanitarios de Residencia de Mayores Romareda.
 - Conocer la calidad de vida personal percibida por los profesionales sanitarios de Residencia de Mayores Romareda.
 - Analizar las relaciones entre las distintas variables de los profesionales sanitarios de Residencia de Mayores Romareda.

4. METODOLOGÍA

4.1 Diseño del estudio

Tipo de estudio descriptivo, observacional, transversal.

4.2 Población diana

Personal sanitario de Residencia de Mayores Romareda, 110 técnicos de cuidados auxiliares, 13 enfermeros, 2 médicos, 1 trabajadora social, 1 fisioterapeuta y 1 terapeuta ocupacional.

4.3 Criterios de inclusión/exclusión

Los criterios de inclusión en el estudio fueron, personal sanitario trabajador del centro, habiendo sido informado previamente del objetivo del mismo, así como su finalidad, destacando la confidencialidad y anonimato de los datos.

Por otro lado, los criterios de exclusión fueron, personal sanitario trabajador del centro, que pese haber recibido información del objetivo y finalidad no deseen participar en él y aquellos que no rellenen el cuestionario en su totalidad.

4.4 Herramientas

Para la realización del presente trabajo se empleó un cuaderno de recogida de datos, consistente en los cuestionarios que se describen a continuación (Anexo 2):

Cuestionario de variables sociodemográficas

Es un cuestionario elaborado para este trabajo y recoge las siguientes variables sexo, edad, estado civil, tiempo de ejercicio profesional, tiempo trabajado en el centro, tener hijos menores de edad y convivir con una persona dependiente.

Cuestionario BCSQ-12

El cuestionario breve de subtipos clínicos de burnout, conocido como BCSQ-12, (siglas en inglés de Burnout Clinical Subtype Questionnaire), el cual ha sido adaptado y definido los subtipos clínicos por Montero Marín et al., mide el desgaste profesional a través de las dimensiones “sobrecarga”, “falta de desarrollo” y

“abandono”. Cada dimensión está compuesta por cuatro ítems, correspondiendo los ítems 1, 4, 7 y 10 con la dimensión “sobrecarga”, los ítems 2, 5, 8 y 11 con la dimensión “falta de desarrollo”, y los ítems 3, 6, 9 y 12 con la dimensión “abandono”. Cada ítems presenta 7 respuestas posibles en una escala de tipo Likert de 1 a 7, correspondiéndose con las siguientes categorías de respuesta: 1: “Totalmente en desacuerdo”; 2: “Muy en desacuerdo”; 3: “En desacuerdo”; 4: “Indeciso/a”; 5: “De acuerdo”; 6: “Muy de acuerdo” y 7: “Totalmente de acuerdo”(Montero-Marín, Skapinakis, Araya, Gili, & García-Campayo, 2011a).

Cuestionario CVP-35

El cuestionario Calidad de Vida Profesional, CVP-35 consta de 35 preguntas que se responden en una escala de 1 a 10, a la que se superponen las categorías “nada” (valores 1 y 2), “algo” (valores 3, 4 y 5), “bastante” (valores 6, 7 y 8) y “mucho” (valores 9 y 10). Las preguntas se agrupan en tres dimensiones: «apoyo directivo», «cargas de trabajo» y «motivación intrínseca», no todos los autores las agrupan en las mismas dimensiones, y la pregunta referente a “calidad de vida”, “apoyo de los compañeros” y “desconectar al acabar la jornada”, no se agrupan bajo ninguna dimensión. La primera dimensión es valorada mediante 13 ítems (2, 3, 4, 5, 10, 11, 14, 16, 20, 22, 23, 28 y 30) haciendo referencia al apoyo emocional recibido de los directivos, la segunda dimensión que hace referencia a la percepción que el trabajador tiene de las demandas del puesto de trabajo valorada por 11 ítems (1, 6, 7, 8, 17, 18, 19, 21, 24, 25 y 33) y la tercera dimensión se valora mediante 8 ítems (9, 12, 13, 26, 27, 29, 31 y 32), relacionada con la motivación intrínseca del trabajador (Martín Fernández, Gómez Gascón, Martínez García-Olalla, del Cura González, Cabezas Peña, et al., 2008).

Cuestionario WHOQOL-BREF

El cuestionario WHOQOL-BREF consta de 26 preguntas, dos preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud (ítems 1 y 2), y 24 preguntas agrupadas en cuatro áreas: Salud Física, Salud Psicológica, Relaciones Sociales y Ambiente. En relación a Salud Física, corresponden los ítems 3,4,10,15,16,17 y 18; Salud Psicológica, ítems 5,6,7,11,19 y 26; Relaciones sociales, ítems 20,21 y 22; y para concluir Ambiente, ítems 8,9,12,13,14,23 y 24. Puntuaciones mayores indican mejor calidad de vida. Las escalas de respuesta son de tipo

Likert de 1 a 5, correspondiéndose con las siguientes categorías de respuesta: 1: “nada”; 2: “un poco”; 3: “lo normal”; 4: “bastante”; 5: “extremadamente”(WHOQOL Group, 1998)

4.5 Variables de estudio

- Variable Burnout profesional, medido por el cuestionario BCSQ-12, a través de sus dimensiones: “sobrecarga”, “falta de desarrollo” y “abandono”.
- Variable calidad de vida profesional, medida por el cuestionario CPV-35, analizando igualmente sus dimensiones, “apoyo directivo”, “cargas de trabajo” y “motivación intrínseca”.
- Variable calidad de vida personal, medida por el cuestionario WHOQOL-BREF, a través de sus cuatro áreas: “Salud Física”, “Salud Psicológica”, “Relaciones sociales” y “Ambiente”.
- Variables sociodemográficas y laborales de los profesionales: sexo (cualitativa dicotómica, hombre o mujer), edad (cualitativa ordinal, agrupadas en 6 categorías, <21,21-30,31-40,41-50,51-60,>60 años), estado civil (cualitativa nominal, soltero, casado, divorciado, viudo), tiempo de ejercicio profesional (cuantitativa discreta, medida en años), tiempo trabajado en el centro (cualitativa ordinal, agrupadas en 7 categorías, <6, 6-12,13-24,25-36,37-48,49-60,>60 meses), tener hijos menores (cualitativa dicotómica, si/no), convivir con una persona dependiente “al margen de sus hijos” (cualitativa dicotómica, si/no).

4.6 Análisis estadístico

En el análisis univariante se tuvo en cuenta el tipo de variable. En variables cualitativas se calculó frecuencias absolutas y porcentajes; mientras que, en variables cuantitativas, se calcularon la media y la desviación típica.

En el análisis bivariante, de igual forma, se tuvo en cuenta los tipos de variables. Para comprobar la posible relación de dos variables cuantitativas se calculó el coeficiente de correlación. Para comprobar la posible influencia de una variable independiente cualitativa sobre la variable dependiente cuantitativa se realizó pruebas de comparaciones de medias. Previamente se empleó la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk para saber si utilizar una prueba paramétrica o no paramétrica. En el caso de las variables independientes cualitativas con dos categorías, si se cumplía la

normalidad, se realizó la Prueba t para muestras independientes y, si no se cumplía, la prueba de Mann-Whitney. En el caso de que la variable independiente cualitativa tenga más de dos categorías y si se cumplía la normalidad se realizó el ANOVA de un factor (con corrección de Welch si no hay homogeneidad de varianzas) y, si no se cumplía la normalidad, la prueba de Kruskal-Wallis. En ambas pruebas, si se obtuvieron diferencias significativas, se realizaron posteriormente, comparaciones múltiples. Para analizar la relación entre las variables cuantitativas, se utilizó el índice de correlación de Pearson.

Por último, para el análisis de la fiabilidad de los cuestionarios se empleó el coeficiente de Cronbach.

En todas las pruebas se aplicó un nivel de confianza del 95%. Se exigió para aceptar la existencia de asociación en todas las variables estudiadas, un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$. Para todos los cálculos se usó el programa estadístico SPSS versión 22.

5. RESULTADOS

5.1 Población de estudio

De los 84 profesionales sanitarios que accedieron a participar en el presente estudio, 73 (86,9%) eran mujeres y 11 (13,1%) eran hombres (Anexo 3: tabla 1, gráfico 2). Teniendo en cuenta la edad de los trabajadores, 13 (15,5%) tienen entre 21 y 30 años, 19 (22,6%) tienen entre 31 y 40 años, 32 (38,1%) tienen entre 41 y 50 años, 18 (21,4%) entre 51 y 60 años y 2 (2,84%) mayor de 60 años (Anexo 3: tabla 3, gráfico 4). Según su estado civil 46 (54,8%) de los encuestados señalaron estar casados, frente a 28 (33,3%) solteros, 9 (10,7%) divorciados y 1 (1,2%) viudo (Anexo 3, tabla 6).

Según el tiempo trabajado en la institución, 12 (14,3%) señalan llevar trabajando menos de 6 meses, 20 (23,8%) entre 6-12 meses, 21 (25%) entre 13-24 meses, 5 (6%) entre 25-36 meses, 4 (4,8%) entre 37-48 meses, 6 (7,1%) entre 49-60 meses, 16(19%) más de 60 meses (Anexo 3, tabla 8, gráfico 9).

28 (33,3%) de los encuestados señalaron tener hijos menores de edad, por 56 (66,7%) que indicaron no tenerlos. En cuanto a convivir con una persona dependiente al margen de los hijos 79 (94%), señalaron una respuesta negativa, y 5 (6%) tienen personas dependientes a su cargo (Anexo 3, tablas 11-12).

Tabla 1: Descripción de la población a estudio

		SEXO			
		HOMBRE		MUJER	
		n	%	n	%
Edad	< 21 años	-	-	-	-
	21-30 años	3	23,1	10	76,9
	31-40 años	3	15,8	16	84,2
	41-50 años	2	6,3	30	93,8
	51-60 años	3	16,7	15	83,3
	>60 años	-	-	2	100
Estado civil	Soltero	4	14,3	24	85,7
	Casado	6	13	40	87
	Divorciado	1	11,1	8	88,9
	Viudo	-	-	1	100
Tiempo trabajado	< 6 meses	2	16,7	10	83,3
	6-12 meses	4	20	16	80
	13-24meses	2	9,5	19	90,5
	25-36meses	2	40	3	60
	37-48meses	-	-	4	100
	49-60meses	-	-	6	100
Hijos menores de edad	>60 meses	1	6,3	15	93,8
	NO	9	16,1	47	83,9
Convivir con dependientes	SI	2	7,1	26	92,9
	NO	11	13,9	68	86,1
	SI	-	-	5	100

5.2 Respuestas globales de los cuestionarios

Se estudió en primer lugar la fiabilidad de los mismos en nuestra población, obteniendo un alpha de Cronbach de 0,83 en el BCSQ-12, de 0,71 en CVP-35 y de 0,85 en WHOQOL-BREF, que demuestra una aceptable consistencia interna.

El cuestionario BCSQ-12 por dimensiones, la dimensión sobrecarga obtuvo una media de 3,50 (DE:1,29). La dimensión falta de desarrollo obtuvo una media de 3,84 (DE:1,70), y por su parte la dimensión abandono obtuvo una media de 1,94 (DE: 0,94) (Anexo 3, gráficos 13-14-15).

Por su parte, el cuestionario CVP-35 obtuvo una media global de 6,25 (DE: 0,70) en la percepción de la calidad de vida en el trabajo. La dimensión apoyo directivo obtuvo una media de 4,98 (DE: 1,63), la dimensión cargas de trabajo obtuvo una media de 6,40 (DE: 1,57) y la dimensión motivación intrínseca obtuvo una media de 8,02 (DE: 1,07). Las correlaciones entre las 3 dimensiones y la medida resumen de la calidad de vida profesional, obtuvo valores positivos en las 3 dimensiones, pero sólo estadísticamente significativos en la dimensión apoyo directivo y motivación intrínseca, con valores absolutos de 0,700, $p < 0,001$ (Anexo 3, tabla 16, gráficos 17-18-19).

Por último, el cuestionario WHOQOL-BREF en el área física la media fue de 3,42 (DE: 0,51), respectivamente, el área psicológica 3,65 (DE: 0,48), el área social 3,93 (DE: 0,72) y el área ambiental 3,68 (DE: 0,62). La primera y segunda cuestión, independientes a las áreas obtuvieron una media para la primera de 3,37 (DE: 0,78) y de 3,25 (DE: 0,96) para la segunda.

Tabla 2: Respuesta general de los profesionales a los cuestionarios

		Media	DE
BCSQ-12	Sobrecarga	3,50	1,29
	Falta de desarrollo	3,84	1,70
	Abandono	1,94	0,94
CVP-35	Apoyo directivo	4,98	1,63
	Demandas de trabajo	6,40	1,57
	Motivación intrínseca	8,02	1,07
WHOQOL-BREF	Salud física	3,42	0,51
	Salud psicológica	3,65	0,48
	Relaciones sociales	3,93	0,72
	Ambiente	3,68	0,62
	WHO 1	3,37	0,78
	WHO 2	3,25	0,96

5.3 Relaciones entre los valores de los cuestionarios

En el cuestionario BCSQ-12, su dimensión sobrecarga correlacionó negativamente, de forma estadísticamente significativa con la dimensión apoyo directivo del cuestionario CVP (Pearson=-0,293; $p < 0,01$) y obtuvo una correlación positiva estadísticamente significativa con la dimensión cargas de trabajo del CVP (Pearson= 0,481; $p < 0,001$). Por su parte la dimensión falta de desarrollo, correlacionó negativamente de forma estadísticamente significativa con la dimensión apoyo directivo (Pearson=-0,529; $p < 0,001$) y motivación intrínseca (Pearson=-0,401; $p < 0,001$) y positiva estadísticamente significativa con la dimensión cargas de trabajo (Pearson= 0,416; $p < 0,001$), dimensiones del cuestionario CVP. Por último la dimensión abandono correlacionó de forma negativa, estadísticamente significativa con la dimensión motivación intrínseca (Pearson=-0,360; $p < 0,001$) del CVP y con las dimensiones física (Pearson= -0,254; $p=0,02$) y psicológica (Pearson= -0,276; $p= 0,011$) del cuestionario WHOQOL-BREF (Anexo 3, tablas 20-21).

El cuestionario CVP, su dimensión apoyo directivo correlacionó positivamente de forma estadísticamente significativa con la dimensión ambiental del cuestionario WHOQOL-BREF (Pearson= 0,332; $p= 0,002$). Por otro lado la dimensión cargas de

trabajo correlacionó pero esta vez negativamente de forma significativa con la dimensión ambiental (Pearson= -0,280; $p= 0,01$) del cuestionario citado. Por último la dimensión motivación intrínseca, correlacionó de forma estadísticamente significativa con la dimensión psicológica (Pearson=0,251; $p=0,022$) (Anexo 3, tabla 22).

5.4 Resultados de los cuestionarios según variables sociodemográficas

Resultado de los cuestionarios según el sexo de los profesionales

Al analizar los cuestionarios según el sexo de los profesionales con la prueba t de Student, se obtuvieron resultados estadísticamente significativos, en la dimensión física ($t=2,308$; $p=0,024$). Con la prueba de U-Mann Whitney para muestras independientes, también se obtuvieron resultados estadísticamente significativos en la dimensión social ($p=0,01$) y ambiental ($p=0,01$) del cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF. También se obtuvieron diferencias significativas en cuanto al sexo en el ítem 1 ($p=0,041$) del cuestionario WHOQOL-BREF. El resto de las diferencias no resultaron estadísticamente significativas (Anexo 3, tablas 23-24).

Resultado de los cuestionarios según la edad de los profesionales

En primer lugar se reagrupó la variable edad, ya que se describieron categorías con muy pocos casos, reduciendo de 6 a 3 categorías, “40 o menos años”, “entre 41 y 50 años” y “más de 50 años” (Anexo 3, tabla 5). Mediante la prueba ANOVA, la dimensión apoyo directivo ($F=4,461$; $p=0,015$) del cuestionario CVP-35, fue la única en obtener diferencias estadísticamente significativas. Al obtener esas diferencias significativas en la prueba ANOVA entre las medias; como son más de dos grupos los que se compararon, fue necesario realizar las denominadas COMPARACIONES MÚLTIPLES (C.M.), comparando dos a dos las medias de los grupos; todas con todas. Se concluyó que sólo hay diferencias significativas entre las medias de los de "40 o menos años" y los de "entre 41 y 50 años"; siendo la media de los primeros significativamente superior a la de los segundos (Anexo 3, tablas 25-26).

Resultados de los cuestionarios según el estado civil de los profesionales

Según el estado civil, se reagrupó la variable reduciendo a 3 categorías, debido a que la categoría viudo, sólo contaba con un caso, no es adecuado comparar medias de un grupo con un solo caso (Anexo 3, tabla 7). Soltero, casado y otros (divorciado,

viudo), fueron las nuevas categorías definidas. Al realizar la prueba ANOVA, no se obtuvo ninguna significación estadística (Anexo 3, tablas 27-28).

Resultados de los cuestionarios de los profesionales según el tiempo trabajado en la institución

Según el tiempo trabajado, al igual que en las anteriores variables, se reagruparon los periodos de tiempo en 3 categorías, ya que había categorías con 4, 5 o 6 casos, y la validez es dudosa con tan pocos casos (Anexo 3, tabla 10). La nueva categorización de la variable tiempo trabajado en la institución fue descrita en “12 o menos meses”, “13 a 48 meses” y “más de 48 meses”. Al utilizar la prueba ANOVA, no se obtuvieron resultados estadísticamente significativos (Anexo 3, tablas 29-30).

Resultado de los cuestionarios según la descendencia de los profesionales

Al analizar los cuestionarios según la tenencia de hijos menores o no, utilizando la prueba t de Student, sólo se dieron diferencias significativas en la dimensión psicológica ($t=-2,10$; $p=0,038$) del cuestionario WHOQOL-BREF, tener descendencia puntúa significativamente más que no tenerla (Anexo 3, tablas 31-32).

Resultados de los cuestionarios según convivencia con personas dependientes.

El análisis de los resultados a los cuestionarios de los profesionales en función de si tienen personas dependientes a su cargo o no, realizado mediante prueba t de Student, no reportó diferencias estadísticamente significativas (Anexo 3, tablas 33-34).

6. DISCUSIÓN

Para poder mantener un orden en este apartado, al igual que los resultados, dividiremos según las herramientas autoadministradas a los profesionales sanitarios de Residencia de mayores Romareda y las relaciones entre ellas.

Discusión cuestionario BCSQ-12 y variables sociodemográficas

Los valores medios de cada dimensión, fueron mayores en la dimensión “sobrecarga” y “falta de desarrollo”, y menores en la dimensión “abandono”, de los reportados por los autores de la herramienta en su versión abreviada, un valor medio 3,47 para la dimensión de “sobrecarga”, de 3,43 para la dimensión de “falta de desarrollo”, y un valor medio de 2,35 para la dimensión de “abandono” (Montero-Marín, Skapinakis, Araya, Gili, & García-Campayo, 2011b). Al tener en nuestro estudio, un valor medio menor en la dimensión abandono, supone una gran satisfacción, ya que los empleados con este perfil adoptar una estrategia de afrontamiento pasivo (Montero-Marín et al., 2009).

Al compararlos con los trabajadores universitarios, cuyo valor medio en “sobrecarga” es 4,12, dimensión “falta de desarrollo” 3,12 y “abandono” 3,79 (Montero-Marín & García-Campayo, 2010b), se observa que nuestros valores medios son inferiores en todas las dimensiones excepto “falta de desarrollo”. Ésta última dimensión, “falta de desarrollo”, es la que ha alcanzado valores medios más altos en nuestro estudio, por lo que nos enfrentamos ante unos trabajadores sin interés por su trabajo, con falta de motivación y compromiso.

En la validación del cuestionario adaptada a los estudios, en su versión abreviada, el grupo de estudiantes de odontología reportó valores medios de 3,32 para la dimensión de “sobrecarga”, 2,46 para la dimensión de “falta de desarrollo”, y 2,07 para la dimensión de “abandono” (Montero-Marín et al., 2011), valores menores en “sobrecarga” y “falta de desarrollo” y mayores en “abandono” de los alcanzados en nuestro estudio.

La tesis doctoral defendida por Fernando Urcola, por dimensiones del cuestionario, la dimensión “sobrecarga” obtuvo una media de 3,54, dimensión “falta de desarrollo” obtuvo una media de 3,47, y por su parte, la dimensión “abandono” obtuvo una media de 2,43, similar valor en la dimensión “sobrecarga”, pero menor en “falta de desarrollo” y mayor en “abandono” (Urcola Pardo, 2017).

Según nuestros resultados la dimensión “falta de desarrollo”, es la que mayor valor medio ha obtenido, se relaciona con el subtipo del burnout “sin desafíos”, caracterizado por indiferencia y superficialidad en las tareas, falta de desarrollo personal, la monotonía y el aburrimiento, y ausencia de sobrecarga inducida por estrés. En segundo lugar la dimensión “sobrecarga”, ésta se relaciona con el subtipo

del burnout “frenético”, que presenta participación en el trabajo, ambiente y necesidad de logros, incapacidad de reconocer los fallos, descuido de las propias necesidades, ansiedad e irritabilidad. Con menor valor medio la dimensión “abandono”, relacionada esta última con el subtipo “desgastado”, que se caracteriza por descuidar las responsabilidades, ausencia de control sobre los resultados, problemas con el sistema de reconocimiento, dificultades en el desempeño de las tareas y sintomatología depresiva (Montero-Marín et al., 2009).

En cuanto a la relación de estas dimensiones del cuestionario, con las variables sociodemográficas registradas, no encontramos ningún dato estadísticamente relevante en nuestro estudio, por lo que no podemos aceptar la hipótesis alternativa, existe correlación positiva entre tiempo trabajado en la institución y los valores del síndrome de burnout en sus tres dimensiones. Como puede observarse en el descriptivo de la variable tiempo trabajado, los profesionales en su mayoría son de reciente reincorporación, debido a las plazas ofertadas en las últimas oposiciones tanto de enfermería como de auxiliar de enfermería del Instituto Aragonés de los Servicios Sociales, hecho que podría tener relación con el valor medio más alto de la dimensión “falta de desarrollo”, sintiéndose los trabajadores sin motivación debido a la monotonía del trabajo en la institución, la falta de reconocimientos por superiores o familiares de los residentes. La implicación de los familiares en las residencias de ancianos debe cumplir el objetivo de tener un papel colaborativo, en el que el familiar es la memoria y la voz de los ancianos que por el paso del tiempo o por la enfermedad que presentan no pueden responder a las dudas que les surgen a los profesionales sanitarios (Pérez Dorado, Romero Serrano, Morillo Martín, & Galán González-Serna, 2015).

A diferencia del estudio realizado por Montero Marín et al., a los trabajadores de la universidad de Zaragoza, donde la dimensión “sobrecarga” y “abandono”, dio resultados estadísticamente significativos en la ausencia de descendencia, siendo la tenencia de hijos un factor protector; esta última dimensión “abandono”, también se asoció con la edad (<35 años) y la dimensión “falta de desarrollo” se relacionó de forma significativa, con el género, hombre (Montero-Marín, García-Campayo, et al., 2011).

También según Montero-Marín, Demarzo, Stapinski, Gili, y García-Campayo, en 2014, la edad establecía una correlación positiva con los valores de

burnout en sus tres dimensiones (Montero-Marín, Piva Demarzo, Stapinski, Gili, & García-Campayo, 2014).

Para finalizar este apartado, destacar que, tanto el BCSQ-36 como el BCSQ-12 demuestran un gran poder explicativo sobre el Maslach Burnout Inventory General Survey, a la vez que ofrecen una caracterización útil del síndrome de estar quemado para la evaluación y el diseño de intervenciones adaptadas a las características de cada individuo (Montero-Marín et al., 2012).

Discusión cuestionario CVP-35 y variables sociodemográficas

Nuestros resultados fueron similares a los obtenidos en un estudio realizado en atención primaria, que empleó el mismo cuestionario CVP-35, aunque los profesionales del estudio expresaron una puntuación media global de 4,66 en CVP. Destacando que la dimensión con la media más baja fue “apoyo directivo” frente a “motivación intrínseca” y “carga de trabajo” con puntuaciones más altas (Jubete Vázquez, Lacalle Rodríguez-Labajo, Riesgo Fuertes, Cortés Rubio, & Mateo Ruiz, 2005).

Los profesionales de sanitarios valoran especialmente los aspectos relacionados con la gestión directiva (Palacio Lapuente et al., 2003). Por ello, no sorprende que sea el factor denominado “apoyo directivo” el que más explicación aporte a la calidad de vida profesional (Martín, Cortés, et al., 2004), siendo la dimensión que cuenta con mayor número de ítems en el cuestionario.

Coincidiendo con Martín J., las puntuaciones medias fueron bajas para el factor 1 “apoyo directivo”, intermedias para el factor 2 “cargas de trabajo” y altas para el factor 3 “motivación intrínseca” (Martín, Alfonso Cortés, et al. 2004, Fernández Araque, Santa Clotilde Jiménez, and Casado del Olmo 2007). Pero por otro lado, los autores reportaron que, el apoyo directivo y la motivación se relacionan positivamente con la calidad de vida laboral global, mientras que las cargas de trabajo se relacionan de manera inversa con aquella, no coincidiendo en la afirmación con nuestros resultados.

Esta correlación entre la calidad de vida global y las cargas de trabajo, en nuestro trabajo, se relacionan de forma positiva. Como podemos ver en el diagrama de dispersión con la recta de regresión en el anexo 3, gráfico 18. Al realizar el diagrama de dispersión agrupado por sexos, podemos apreciar, que el hombre, percibe una

mayor percepción de su calidad de vida profesional, cuanto mayor es su carga de trabajo. En el caso de las mujeres, la recta de regresión es casi paralela al eje x, la percepción no es tan llamativa.

Según Sarabia-Cobo et al., en un área psicogeriátrica de similares características, la puntuación global medida sobre la CVP percibida, fue de 5,41 sobre una puntuación de 10, inferior a nuestro estudio que reportó una media de 6,25; siguiendo la escala numérica del cuestionario CVP-35 donde valores entre 1 y 2 son “nada”, valores entre 3,4 y 5 es “algo”, valores 6, 7 y 8 son “bastante” y valores 9 y 10 “mucho”; podemos afirmar que los trabajadores sanitarios de Residencia de Mayores Romareda, perciben “bastante” calidad de vida profesional. Por otro lado, en relación con las tres dimensiones del cuestionario, la media más alta se encontró en la “motivación intrínseca” con 8,11, la “cargas de trabajo” reportó una media de 6,77, y la dimensión con la media más baja fue el “apoyo directivo” con 5,23, resultados muy similares a nuestro estudio. La prueba de correlación de Pearson nos muestra que existe relación entre el “apoyo directivo” y la CVP percibida, y entre la “motivación intrínseca” y la CVP global; sin embargo, no existe relación significativa entre la “cargas de trabajo” y la CVP global (Sarabia-Cobo et al., 2016), coincidiendo con nuestros resultados.

Resulta llamativo hallar que no existe correlación significativa entre cargas de trabajo y CVP global, algo que parecía muy evidente en el ámbito de la Geriátrica, y en nuestro estudio aún más llamativo como antes hemos nombrado que la correlación sea positiva.

La elevada percepción de la “motivación intrínseca” se ha observado en más ocasiones, también con el uso de otros instrumentos de medida (Fernández San Martín et al., 2000).

Al igual que Fernández Araque, la prueba de correlación de Pearson nos muestra que existe relación entre el “apoyo directivo” y la CVP percibida y entre la “motivación intrínseca” y la CVP, no existiendo relación significativa entre la “cargas de trabajo” y la CVP (Fernández Araque et al., 2007).

En ninguno de los estudios citados, se encuentran diferencias significativas entre la calidad de vida profesional y el sexo ni la edad, en realidad respecto a la CVP percibida no encontramos relación con ninguna variable sociodemográfica ni laboral, resultado que contrasta con el nuestro, en la franja de edad 41-50 años la percepción de “apoyo directivo” es menor, significativo estadísticamente. Sin embargo, dado que

la media de los mayores de 50 años, cuyo valor es de 5,20, no es significativamente diferente ni de la de los más jóvenes, ni de la de los de edad intermedia, no se puede aceptar la hipótesis alternativa, existe asociación negativa entre edad y el apoyo directivo.

El CVP-35 es un instrumento de utilidad tanto para medir la CVP como para evidenciar cambios «naturales» en el tiempo, o tras las intervenciones de mejora. El CVP-35 es una herramienta sensible a los cambios desde el punto de vista poblacional, y, por tanto, posee una capacidad evaluadora (Martín Fernández, Gómez Gascón, Martínez García-Olalla, del Cura González, del Carmen Cabezas Peña, et al., 2008).

Resultaría interesante seguir investigando en los factores predisponentes para tener una buena CVP, ya que es un indicador de satisfacción laboral que, especialmente en profesionales sanitarios, se ha relacionado directamente con la satisfacción y la adhesión de sus pacientes, con la calidad de la atención, e inversamente con el absentismo, la rotación y el bajo rendimiento (Tanaka et al., 2015).

Según los resultados de los estudios de Schmidt et al. y McHugh et al., la calidad de vida profesional, esta está más influida por la conciliación de la vida laboral y familiar que por la carga de trabajo (Schmidt, Dichter, Bartholomeyczik, & Hasselhorn, 2014b) (McHugh et al. 2011).

De acuerdo con un estudio cualitativo, realizado en instituciones de personas con demencia, los trabajadores sanitarios, expresaron sus frustraciones asociadas con la gestión de personal, y a la falta de tiempo (Smythe, Jenkins, Galant-Miecznikowska, Bentham, & Oyebode, 2017); mismas expresiones que presentan los profesionales sanitarios de Residencia Romareda, en las observaciones realizadas en el centro de trabajo.

Nuestros resultados coinciden Yeatts et al. 2018 que aunque utilizaron otra metodología, su estudio del síndrome de estar quemado sugiere que puede ser causado por factores que se encuentran en todos los niveles de la organización, que van desde políticas organizacionales amplias y cómo se diseña el trabajo, hasta relación interpersonal y las características de los propios empleados (Yeatts et al., 2018).

Discusión cuestionario WHOQOL-BREF y variables sociodemográficas

La mayoría de los estudios realizados en el ámbito sanitario sobre calidad de vida, evalúan la calidad de vida de los pacientes, habiendo muy pocos estudios que

evalúen a los profesionales de atención de la salud, que prestan sus servicios. El personal sanitario proporciona cuidados de mayor calidad a sus usuarios cuando están sanos y tienen una buena calidad de vida.

Según Gholami et al., en la aplicación del cuestionario WHOQOL-BREF a personal sanitario, reportó resultados estadísticamente significativos, en la dimensión “salud psicológica”, fue mayor en los hombres que en las mujeres. Algunos factores pueden estar asociados con una menor “salud psicológica” en las mujeres, así como en su trabajo (por ejemplo, el embarazo, el parto, las tareas domésticas, etc.) premisas que necesitan futuras líneas de investigación (Gholami, Jahromi, Zarei, & Dehghan, 2013).

No coincidiendo con nuestros resultados, en parte; sí en que el sexo masculino reportó mejores percepciones, pero no en “salud psicológica”, sino en “salud física, social, ambiental” y en el ítem independiente calidad de vida.

Dado que el género se relaciona con la calidad de vida, en nuestro estudio, podemos aceptar la hipótesis alternativa, existe asociación entre sexo y la percepción de calidad de vida, el ser hombre, puntúa de forma más alta la percepción de su calidad de vida, en el área física, social y ambiental e incluso en el ítem 1 que engloba la calidad de vida en general.

En un estudio realizado a población sana en Brasilia, se observó una mayor frecuencia de peor la calidad de vida entre las mujeres mayores de 25 años (Gomes et al., 2014).

En el ámbito de atención primaria, la aplicación del cuestionario WHOQOL-BREF en población usuaria de zona básica de salud, la variable de género sólo permaneció asociada al dominio “salud psicológica”, y las mujeres evidenciaron una peor percepción de la calidad de vida que los hombres (Almeida-Brasil et al., 2017).

Por otro lado en un estudio realizado a personas con enfermedades y afecciones diversas, aunque se esperaba que las mujeres reportaran una calidad de vida más pobre que los hombres, las mujeres informaron una mejor calidad de vida social que los hombres, pero una calidad más pobre en otros ámbitos. La calidad de vida psicológica fue la más pobre para las mujeres y la mayor área de desigualdad de género (Suzanne M. Skevington & McCrate, 2012).

Según nuestros resultados la variable tener descendencia, puntúa mayor calidad de vida percibida, en la dimensión psicológica, resultado que no hemos podido realizar comparativa por la falta de estudios que registraran esta variable sociodemográfica. Probablemente, tener descendencia, da futuro, ilusión a nuestras vidas, generando mayor bienestar psicológico.

Discusión relaciones entre los cuestionarios

No se ha encontrado ningún trabajo previo, que relacione estas herramientas entre sí, con el que podamos comparar nuestros resultados.

Las correlaciones negativas obtenidas entre las dimensiones del cuestionario BCSQ-12 y las dimensiones del CVP-35, “apoyo directivo” y “motivación intrínseca”; en cualquier subtipo de burnout, la relación es inversa, con la dimensión “apoyo directivo” y “motivación intrínseca”. Este hecho se entiende como lógico, si sufro síndrome de estar quemado, mi percepción de apoyo directivo y motivación va a ser menor.

Cabe destacar las correlaciones entre dimensiones del cuestionario BCSQ-12 y la dimensión “cargas de trabajo” del cuestionario CVP-35, estadísticamente significativas para la dimensión “sobrecarga” y “falta de desarrollo”, pero no para la dimensión “abandono”. Por definición el subtipo “abandono” reduce tanto la participación en su trabajo, hasta no tener en cuenta sus responsabilidades (Montero-Marín et al., 2009), deducimos que podría ser la explicación a estos resultados.

En las correlaciones entre las dimensiones del cuestionario BCSQ-12 y la escala de calidad de vida WHOQOL-BREF, destacan de forma significativa, peor “salud física” y “psicológica” en la dimensión abandono. La “salud física” se relaciona con el dolor, la energía, el sueño, la actividad, el trabajo y la medicación, por otro lado la “salud psicológica”, se relaciona con los sentimientos, emociones, autoestima, conocimiento (S.M. Skevington et al., 2004b). La sensación de una ausencia de valoración del esfuerzo y la dedicación, en el subtipo “abandono”, y la ausencia de control sobre el resultado de sus acciones en el trabajo, puede reflejarse en la peor percepción de la calidad de vida física y psicológica.

Por último en las correlaciones entre la calidad de vida profesional (CVP-35) y la calidad de vida personal (WHOQOL-BREF), la dimensión “apoyo directivo”

mantiene una correlación positiva con el “área ambiental”, que se relaciona con el sentimiento de seguridad, el ocio, el ambiente doméstico, la economía y el transporte; a mayor apoyo directivo, mayor es la percepción de salud ambiental. La dimensión “cargas de trabajo” del CVP-35, se correlaciona de forma inversa con todas las áreas del cuestionario WHOQOL-BREF (física, psicológica, social y ambiental) pero la única que da resultados estadísticamente significativos es el área ambiental, a mayor “carga de trabajo”, menor es la percepción de “salud ambiental”. La última dimensión del cuestionario CVP-35 es “motivación intrínseca”, que correlaciona de forma significativa con “salud psicológica”, cuanto mayor es la motivación de los profesionales que trabajan en la institución, mayor es su salud psicológica.

6.1 Limitaciones

El diseño transversal del estudio, no permitió realizar relaciones causales entre variables.

Su validez externa, la capacidad de generalización de las conclusiones del estudio más allá del ámbito donde se ha realizado, está limitada por el tamaño de la población a estudio y por el lugar donde se llevó a cabo.

Al realizar el estudio en un centro de pequeñas dimensiones, donde según categoría profesional podría perderse el anonimato de los participantes; no pudo registrarse dicha variable. La variable edad, por el mismo motivo tuvo que registrarse de forma cualitativa, al igual que el tiempo trabajado en la institución, dividiendo los periodos de tiempo en grupos.

La variable tiempo de ejercicio profesional, no pudo ser analizada, debido a un defecto en la forma del cuestionario para este trabajo; no se utilizó ningún tipo de señal o recordatorio para dejar señalizado que tenía que responderse a esa pregunta, al dejar un espacio “en blanco”, muchos de los participantes de este estudio dejaron sin contestar a esta variable a analizar, por lo que no se utilizó en ninguna comparativa en el trabajo.

Los cuestionarios autoadministrados mediados por los niveles de concentración y voluntad de participar, pudieron sesgar los resultados, ya sea exagerando o reduciendo las percepciones de los participantes.

La utilización del cuestionario BCSQ-12, de reciente desarrollo hace que los estudios sean escasos, limitando las posibilidades de comparar.

Limitación económica y temporal, ante la ausencia de financiación de cualquier tipo en la realización de este trabajo

6.2 Futuras líneas de investigación

A pesar de las limitaciones en nuestro trabajo, consideramos que podría ser interesante, realizar estudios comparativos entre diferentes instituciones de personas mayores, en los que la carga de trabajo sea similar, así como las ratios profesional sanitario/pacientes. Utilizando las mismas herramientas, cuestionario de BCSQ-12, para describir los distintos subtipos de burnout; cuestionario CVP-35 para identificar la calidad de vida profesional del personal sanitario; y el cuestionario WHOQOL-BREF para conocer su calidad de vida personal; poder comparar las dimensiones de los cuestionarios y lo más importante, esclarecer cuales son los factores relacionados con el síndrome de burnout; de este modo, se podrían establecer medidas preventivas para la protección de los profesionales sanitarios. Profundizar más en esta línea de la investigación, ya que es necesaria más evidencia científica en el campo de la Geriátría y en el trabajo realizado en los centros residenciales por los profesionales sanitarios.

Por otro lado, otra futura línea de investigación, sería el seguimiento de los profesionales sanitarios desde su formación hasta su incorporación en el mercado laboral, de esta manera, podríamos descubrir factores de riesgo y de protección en el ámbito sanitario, diseñando intervenciones para el afrontamiento de situaciones con alta carga de estrés, así como en la resolución de problemas y conflictos. Estos conocimientos, les serán muy válidos a los futuros profesionales sanitarios para saber desempeñar adecuadamente su labor de una manera integral y saludable, sabiendo hacer frente ante las diferentes situaciones.

Por último, podría ser interesante, realizar estudios de la calidad de vida individual de los profesionales sanitarios, la escasa evidencia científica en este campo, hace de éste, un tema atrayente. Los estudios actuales de calidad de vida personal o individual, se centran en población sana o enferma, en patologías concretas, pero no en trabajadores sanitarios.

7. CONCLUSIÓN

1. El subtipo “sin desafíos” es el que se presenta con mayor proporción en la institución, lo conforman aquellos trabajadores insuficientemente retados, que han de afrontar condiciones laborales poco estimulantes, que no proporcionan la satisfacción necesaria, ni el reconocimiento esperado, por lo que habrá que fomentar medidas que favorezcan la motivación y el compromiso de los trabajadores sanitarios.
2. Los resultados obtenidos según los perfiles de los tres subtipos de burnout, “frenético”, “sin desafíos” o “desgastado” deben ser considerados al diseñar intervenciones específicas adaptadas a cada subtipo.

Promocionar intervenciones dirigidas tanto a los profesionales sanitarios como a las áreas organizativas del centro, impulsando el interés por el trabajo, aumentando la autoestima de los trabajadores, aumentando su nivel de resiliencia, mejorando su gestión emocional, buscando nuevos retos, desarrollando feedback positivo con los residentes y familiares, mejorando la formación, en cuanto a los profesionales se refiere y realizando buena gestión de los recursos humanos, materiales, planificación de turnos de trabajo, horarios, ajuste de ratios por profesional, en cuanto a nivel organizativo.

Mejorar la relación entre los objetivos personales y organizativos, podría hacer que los trabajadores sanitarios fueran menos vulnerables a los efectos agotadores de satisfacer las demandas del trabajo, la instauración intervenciones educativas deberían mejorar la calidad de la vida de los trabajadores al igual que la calidad de la atención a los usuarios de la institución.

3. En cuanto a calidad de vida profesional, podemos concluir que los más jóvenes perciben un apoyo directivo significativamente mayor que los de 41 a 50 años. Aunque no puede aceptarse la hipótesis alternativa, ya que los mayores de 50 años no perciben menor apoyo directivo que la franja de edad entre 41 a 50 años.
4. En relación con la calidad de vida personal, los hombres perciben mejor calidad de vida individual, en las áreas física, social, ambiental y en calidad de vida en general que las mujeres.
5. Los profesionales sanitarios con hijos menores de edad, perciben mayor salud psicológica, que los que no tienen hijos o son mayores de edad.

Para concluir, destacar la importancia de la formación de los profesionales de la salud, para evitar el síndrome de burnout, aumentando sus conocimientos en la materia y enseñando estrategias para recuperar el bienestar personal.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Almeida-Brasil, C. C., Silveira, M. R., Silva, K. R., Lima, M. G., Faria, C. D. C. de M., Cardoso, C. L., ... Ceccato, M. das G. B. (2017). Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(5), 1705–1716. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.20362015>
- Alonso Fernández, M., Iglesias Carbajo, A. I., & Franco Vidal, A. (2002). Percepción de la calidad de vida profesional en un área sanitaria de Asturias. *Atención Primaria*, 30(8), 483–489. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(02\)79084-7](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(02)79084-7)
- Ames, M., Salmond, E., Holly, C., & Kamienski, M. (2017). Strategies that reduce compassion fatigue and increase compassion satisfaction in nurses. *JBIS Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15(7), 1800–1804. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-003142>
- Bujalance Hoyos, J., Villanueva Pardo, F., Guerrero Manzano, S., Conejo García, J., González Valentín, A., Sepúlveda Jurado, A., ... Martín Taboada, F. (2001). Burnout y satisfacción laboral de los profesionales que atienden a pacientes geriátricos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 36(1), 32–40. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(01\)74680-X](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(01)74680-X)
- Cabezas Peña, C. (1998). Síndrome de desgaste profesional, estrés laboral y calidad de vida profesional. *Formación Médica Continuada En Atención Primaria*, ISSN 1134-2072, Vol. 5, Nº. 8, 1998, Págs. 491-492, 5(8), 491–492. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6620390>
- Cañadas-De la Fuente, G. A., Vargas, C., San Luis, C., García, I., Cañadas, G. R., & De la Fuente, E. I. (2015). Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 240–249.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.001>

- Cetrano, G., Tedeschi, F., Rabbi, L., Gosetti, G., Lora, A., Lamonaca, D., ... Amaddeo, F. (2017). How are compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction affected by quality of working life? Findings from a survey of mental health staff in Italy. *BMC Health Services Research*, 17(1), 755. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2726-x>
- Davis, E., & Higginson, I. J. (2004). *Mejores Cuidados Paliativos para Personas Mayores*. Retrieved from <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/MejoresCuidadosPaliativos.pdf>
- Farber, B. A. (2000). Treatment strategies for different types of teacher burnout. *Journal of Clinical Psychology*, 56(5), 675–689. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10852153>
- Fernández Araque, A., Santa Clotilde Jiménez, E., & Casado del Olmo, M. (2007). Calidad de vida profesional de los profesionales de enfermería en atención primaria de Soria. *Biblioteca Lascasas*. Retrieved from <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0213.php>
- Fernández San Martín, M. I., Moinelo Camporro, A., Villanueva Guerra, A., Andrade Rosa, C., Rivera Tejido, M., Gómez Ocaña, J. M., & Parrilla Ulloa, O. (2000). Satisfacción laboral de los profesionales de atención primaria del Área 10 del Insalud de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 74(2), 00–00. Retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272000000200005
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- García Abellán, A., & Ayala García, A. (2017). Un perfil de las personas mayores en España, 2017 Indicadores estadísticos básicos. *Informes Envejecimiento En Red*, 15, 48p. Retrieved from <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos17.pdf>
- García Sánchez, S., & González Ares, J. A. (1995). Factores de motivación de los profesionales de la salud en Atención Primaria. *FMC*, 2. Retrieved from http://www.salvadorgarcia.eu/img/secciones_pdfs/Factores de Motivacion de los

profesionales de la salud.pdf

- Gholami, A., Jahromi, L. M., Zarei, E., & Dehghan, A. (2013). Application of WHOQOL-BREF in Measuring Quality of Life in Health-Care Staff. *International Journal of Preventive Medicine*, 4(7), 809–817. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24049600>
- Gomes, J. R. de A. A., Hamann, E. M., Gutierrez, M. M. U., Gomes, J. R. de A. A., Hamann, E. M., & Gutierrez, M. M. U. (2014). Application of the WHOQOL-BREF in a community segment as a subsidy for health promotion actions. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 17(2), 495–516. <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400020016ENG>
- Gómez Redondo, R. M. (1978). Vejez prolongada y juventud menguada tendencias en la evolución de la esperanza de vida de la población española, 1970-1990. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, ISSN 0210-5233, N° 71-72, 1995, Págs. 79-108, (71), 79–108. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=761547>
- Grau-Alberola, E., Gil-Monte, P. R., García-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>
- Guerra, G. J. E., Fariña López, E., Marrero Medina, C. D., Núñez González, E., Bravo Martínez, J., Guerra, G. J. E., & Blasco Ibáñez, C. /. (2002). Síndrome de burn-out en una Unidad de Geriátría. Una aproximación a la realidad. *GEROKOMOS*, 13(3), 137–142. Retrieved from <https://www.gerokomos.com/wp-content/uploads/2015/01/13-3-2002-137-rincon.pdf>
- Jubete Vázquez, M. T., Lacalle Rodríguez-Labajo, M., Riesgo Fuertes, R., Cortés Rubio, J. A., & Mateo Ruiz, C. (2005). Estudio de la calidad de vida profesional en los trabajadores de atención primaria del Área 1 de Madrid. *Atención Primaria*, 36(2), 112–114. <https://doi.org/10.1157/13076605>
- Martín Fernández, J., Gómez Gascón, T., Martínez García-Olalla, C., del Cura González, M. I., Cabezas Peña, M. C., & García Sánchez, S. (2008). [Measurement of the evaluative capacity of the CVP-35 questionnaire for perceiving the quality of professional life].

Atencion Primaria, 40(7), 327–334. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18620633>

Martín Fernández, J., Gómez Gascón, T., Martínez García-Olalla, C., del Cura González, M. I., del Carmen Cabezas Peña, M., & García Sánchez, S. (2008). Medición de la capacidad evaluadora del cuestionario CVP-35 para la percepción de la calidad de vida profesional. *Atención Primaria*, 40(7), 327–334. <https://doi.org/10.1157/13124124>

Martín, J., Alfonso Cortés, J., Morente, M., Caboblanco, M., Garijo, J., & Rodríguez, A. (2004). Características métricas del Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35). *Gaceta Sanitaria*, 18(2), 129–136. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(04\)71817-8](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(04)71817-8)

Martín, J., Cortés, J. A., Morente, M., Caboblanco, M., Garijo, J., & Rodríguez, A. (2004). Características métricas del Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35). *Gaceta Sanitaria*, 18(2), 129–136. Retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000200008

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). *The measurement of experienced burnout**. *JOURNAL OF OCCUPATIONAL BEHAVIOUR* (Vol. 2). Retrieved from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/job.4030020205>

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>

Méndez, I., Secanilla, E., Martínez, J. P., & Navarro, J. (2015). Estudio comparativo de burnout en cuidadores profesionales de personas mayores institucionalizadas con demencias y otras enfermedades. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 1(2), 61. <https://doi.org/10.30552/ejihpe.v1i2.17>

Montero-Marín, J., Araya, R., Blazquez, B. O., Skapinakis, P., Vizcaino, V. M., & García-Campayo, J. (2012). Understanding burnout according to individual differences: ongoing explanatory power evaluation of two models for measuring burnout types. *BMC Public Health*, 12(1), 922. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-922>

Montero-Marín, J., & García-Campayo, J. (2010a). A newer and broader definition of burnout: Validation of the 'Burnout Clinical Subtype Questionnaire (BCSQ-

- 36)" *BMC Public Health*, 10(1), 302. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-302>
- Montero-Marín, J., & García-Campayo, J. (2010b). A newer and broader definition of burnout: Validation of the "Burnout Clinical Subtype Questionnaire (BCSQ-36)" *BMC Public Health*, 10(1), 302. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-302>
- Montero-Marín, J., García-Campayo, J., Fajó-Pascual, M., Carrasco, J. M., Gascón, S., Gili, M., & Mayoral-Cleries, F. (2011). Sociodemographic and occupational risk factors associated with the development of different burnout types: the cross-sectional University of Zaragoza study. *BMC Psychiatry*, 11(1), 49. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-49>
- Montero-Marín, J., García-Campayo, J., Mera, D., & del Hoyo, Y. (2009). A new definition of burnout syndrome based on Farber's proposal. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 4(1), 31. <https://doi.org/10.1186/1745-6673-4-31>
- Montero-Marín, J., Monticelli, F., Casas, M., Roman, A., Tomas, I., Gili, M., & Garcia-Campayo, J. (2011). Burnout syndrome among dental students: a short version of the "Burnout Clinical Subtype Questionnaire" adapted for students (BCSQ-12-SS). *BMC Medical Education*, 11, 103. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-11-103>
- Montero-Marín, J., Piva Demarzo, M. M., Stapinski, L., Gili, M., & García-Campayo, J. (2014). Perceived Stress Latent Factors and the Burnout Subtypes: A Structural Model in Dental Students. *PLoS ONE*, 9(6), e99765. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0099765>
- Montero-Marín, J., Skapinakis, P., Araya, R., Gili, M., & García-Campayo, J. (2011a). Towards a brief definition of burnout syndrome by subtypes: Development of the "Burnout Clinical Subtypes Questionnaire" (BCSQ-12). *Health and Quality of Life Outcomes*, 9(1), 74. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-74>
- Montero-Marín, J., Skapinakis, P., Araya, R., Gili, M., & García-Campayo, J. (2011b). Towards a brief definition of burnout syndrome by subtypes: Development of the "Burnout Clinical Subtypes Questionnaire" (BCSQ-12). *Health and Quality of Life Outcomes*, 9(1), 74. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-74>
- Newman, K., & Maylor, U. (2002). The NHS Plan: nurse satisfaction, commitment and retention strategies. *Health Services Management Research*, 15(2), 93–105. <https://doi.org/10.1258/0951484021912860>

- Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Retrieved from www.who.int
- Palacio Lapuente, F., Marquet Palomar, R., Oliver Esteve, A., Castro Guardiola, P., Bel Reverter, M., & Piñol Moreso, J. L. (2003). Las expectativas de los profesionales: ¿qué aspectos valoran en un centro de salud? Un estudio cuali-cuantitativo. *Atención Primaria*, 32(3), 135–141. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(03\)79234-8](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(03)79234-8)
- Pérez Dorado, M. D. C., Romero Serrano, R., Morillo Martín, M. S., & Galán González-Serna, J. M. (2015). Estudio descriptivo sobre la implicación de las familias en los cuidados de los ancianos institucionalizados. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(3), 203. <https://doi.org/10.30552/ejihpe.v4i3.85>
- Sánchez García, M. R. (2017). Fin de vida en residencias de ancianos desde la perspectiva de los profesionales: Dificultades, factores favorables y calidad de los ciudadanos al final de la vida. Retrieved from <http://digibug.ugr.es/handle/10481/47713>
- Sarabia-Cobo, C. M., Díez Saiz, Z., San Millán Sierra, S., Salado Morales, L., & Clemente Campo, V. (2016). Relación entre estrés y calidad de vida en profesionales del área psicogeriátrica como medidor de intervención para mejora en el clima laboral. *Gerokomos*, 27(2), 48–52. Retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000200003
- Schaufeli W, & Enzmann D. (1998). *The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis*. London: Taylor & Francis. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/257397570_The_Burnout_Companion_to_Study_and_Practice_A_Critical_Analysis
- Schmidt, S. G., Dichter, M. N., Bartholomeyczik, S., & Hasselhorn, H. M. (2014a). 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. *Geriatric Nursing*, 35(1), 42–46. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2013.09.006>
- Schmidt, S. G., Dichter, M. N., Bartholomeyczik, S., & Hasselhorn, H. M. (2014b). 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. *Geriatric Nursing*, 35(1), 42–46. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2013.09.006>

- Skevington, S. M., Lotfy, M., O'Connell, K. A., & WHOQOL Group. (2004a). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. *Qual Life Res* [Internet]. *Quality of Life Research*, 13(2), 299–310. <https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00>
- Skevington, S. M., Lotfy, M., O'Connell, K. A., & WHOQOL Group. (2004b). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 13(2), 299–310. <https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00>
- Skevington, S. M., & McCrate, F. M. (2012). Expecting a good quality of life in health: assessing people with diverse diseases and conditions using the WHOQOL-BREF. *Health Expectations*, 15(1), 49–62. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2010.00650.x>
- Smythe, A., Jenkins, C., Galant-Miecznikowska, M., Bentham, P., & Oyeboode, J. (2017). A qualitative study investigating training requirements of nurses working with people with dementia in nursing homes. *Nurse Education Today*, 50, 119–123. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.12.015>
- Tanaka, K., Iso, N., Sagari, A., Tokunaga, A., Iwanaga, R., Honda, S., ... Tanaka, G. (2015). Burnout of Long-term Care Facility Employees: Relationship with Employees' Expressed Emotion Toward Patients. *International Journal of Gerontology*, 9(3), 161–165. <https://doi.org/10.1016/J.IJGE.2015.04.001>
- Urcola Pardo, F. (2017). *Atención plena de los profesionales sanitarios del Servicio Aragonés de Salud y relación con la calidad percibida por profesionales y usuarios*. Retrieved from <https://zaguan.unizar.es/record/61575/files/TESIS-2017-047.pdf>
- Vidal Domínguez, M. J., Labeaga Azcona, J. M., Casado Durandez, P., Madrigal Muñoz, A., López Doblas, J., Montero Navarro, A., & Meil Landwerlin, G. (2017). *Informe 2016: Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas*. (Composiciones Rali, Ed.) (1^a). publicaciones@imserso.es. Retrieved from http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/112017001_info_rme-2016-persona.pdf

WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychological Medicine*, 28(3), 551–558. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9626712>

Yeatts, D. E., Seckin, G., Shen, Y., Thompson, M., Auden, D., & Cready, C. M. (2018). Burnout among direct-care workers in nursing homes: Influences of organisational, workplace, interpersonal and personal characteristics. *Journal of Clinical Nursing*, 27(19–20), 3652–3665. <https://doi.org/10.1111/jocn.14267>

Zimmerman, S., Cohen, L. W., Reed, D., Gwyther, L. P., Washington, T., Cagle, J. G., ... Sloane, P. D. (2013). Comparing Families and Staff in Nursing Homes and Assisted Living: Implications for Social Work Practice. *Journal of Gerontological Social Work*, 56(6), 535–553. <https://doi.org/10.1080/01634372.2013.811145>

Anexos

ANEXO

8.1 Anexo 1: Permiso del CEICA



Informe Dictamen Favorable
Trabajos académicos
C.P. - C.I. PI19/011
13 de febrero de 2019

Dña. María González Hincos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 13/02/2019, Acta Nº 03/2019 ha evaluado la propuesta del Trabajo:

Título: Relación entre el síndrome de Burnout y calidad de vida en los profesionales sanitarios de Residencia de Mayores Romareda.

Alumna: Bárbara Ana Gascón Fustero

Director: Fernando Urcola Pardo

Versión protocolo: V 1.1 de 06/02/2019

Versión documento de información: V 1.1 de 06/02/2019

2º. Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y los principios éticos aplicables.
- El Tutor/Director garantiza la confidencialidad de la información, la correcta información a los participantes, el adecuado tratamiento de los datos en cumplimiento de la legislación vigente y la correcta utilización de los recursos materiales necesarios para su realización.

3º. Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE a la realización del proyecto.**

Lo que firmo en Zaragoza

Firmado digitalmente
GONZALEZ
por GONZALEZ HINCOS
HINCOS MARIA - MARIA - DNI 03857456B
Fecha: 2019.02.15
DNI 03857456B 13:43:58 +01'00'

María González Hincos

Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

Tel. 976 71 5836 Fax. 976 71 55 54 Correo electrónico mgonzalezh.ceic@aragon.es

8.2 Anexo 2: Hoja informativa y cuestionarios



Estimado/a compañero/a,

Soy Bárbara Gascón Fustero. Me dirijo a usted con motivo de la realización del trabajo fin de Máster en Iniciación a la Investigación en Ciencias de la Enfermería, de la Universidad de Zaragoza, trabajo tutelado por el profesor Fernando Urcola.

Por esta razón nos permitimos dirigirnos a usted con el propósito de solicitar su colaboración en esta investigación. Para su realización solo es necesario que nos facilite su respuesta al documento que se le facilita a continuación.

En este caso concreto, el trabajo consiste en **Relación entre el síndrome de Burnout y calidad de vida en los profesionales sanitarios de Residencia de Mayores Romareda**.

Por supuesto, su colaboración es totalmente voluntaria y completamente anónima. Asimismo, se garantiza que todas sus respuestas serán tratadas de forma confidencial, sin forma de relacionarlas con su identidad en ningún caso.

A la finalización del trabajo, estaré encantada de compartir los resultados obtenidos con las personas que así lo soliciten, bien indicándoles fecha y hora del acto de lectura, o bien de forma personal.

Ante cualquier problema o duda que pueda surgirle, no dude en contactar conmigo.

Agradeciendo sinceramente su interés al leer este documento, y la atención hacia este trabajo, le envío un cordial saludo.

Bárbara Ana Gascón Fustero

Email: bagascon@aragon.es



Completando este cuestionario doy mi consentimiento, para participar en dicho estudio.

(Haga un círculo en la respuesta correcta.)

Sexo: H M

Edad(años): <21 21-30 31-40 41-50 51-60 >60

Estado civil: soltero/a casado/a divorciado/a viudo/a

Tiempo de ejercicio profesional (en años):

Tiempo trabajado en el centro (en meses): <6 6-12 13-24 25-36 37-48 49-60 >60

¿Tiene hijos menores de edad? SI NO

¿Convive con alguna persona dependiente? (al margen de los hijos) SI NO



BCSQ-12

A continuación se presentan una serie de enunciados que indican vivencias que puede experimentar en el trabajo. Lea cada frase con atención y señale con una X la opción que mejor represente cómo se siente, lo que hace o lo que piensa respecto a su actividad laboral. No existen respuestas correctas o incorrectas. Por favor, **NO DEJE NINGUNA RESPUESTA SIN CONTESTAR.**

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso/a	De acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo

1. Creo que invierto más de lo saludables en mi dedicación al trabajo	1	2	3	4	5	6	7
2. Me gustaría dedicarme a otro trabajo que planteara mayores desafíos a mi capacidad	1	2	3	4	5	6	7
3. Cuando las cosas del trabajo no salen del todo bien dejo de esforzarme	1	2	3	4	5	6	7
4. Descuido mi vida personal al perseguir grandes objetivos en mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7
5. Siento que mi actividad laboral es un freno para el desarrollo de mis capacidades	1	2	3	4	5	6	7
6. Me rindo como respuesta a las dificultades en el trabajo	1	2	3	4	5	6	7
7. Arriesgo mi salud en la persecución de buenos resultados en el trabajo	1	2	3	4	5	6	7
8. Me gustaría desempeñar otro trabajo en el que pudiera desarrollar mejor mi talento	1	2	3	4	5	6	7
9. Abandono ante cualquier dificultad en las tareas de mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7
10. Ignoro mis propias necesidades por cumplir con las demandas del trabajo	1	2	3	4	5	6	7
11. Mi trabajo no me ofrece oportunidades para el desarrollo de mis aptitudes	1	2	3	4	5	6	7
12. Cuando el esfuerzo invertido en el trabajo no es suficiente, me doy por vencido	1	2	3	4	5	6	7

CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL CVP-35

A continuación, le rogamos que puntúe de 1 a 10 cada una de los siguientes aspectos relacionados con su trabajo, siguiendo la escala numérica que se presenta a continuación.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada			Algo			Bastante			Mucho

1. Cantidad de trabajo que tengo _____
2. Satisfacción con el tipo de trabajo _____
3. Satisfacción con el sueldo _____
4. Posibilidad de promoción _____
5. Reconocimiento de mi esfuerzo _____
6. Presión que recibo para mantener la cantidad de mi trabajo _____
7. Presión recibida para mantener la calidad de mi trabajo _____
8. Prisas y agobios por falta de tiempo para hacer mi trabajo _____
9. Motivación (ganas de esforzarme) _____
10. Apoyo de mis jefes _____
11. Apoyo de mis compañeros _____
12. Apoyo de mi familia _____
13. Ganas de ser creativo _____
14. Posibilidad de ser creativo _____
15. Desconecto al acabar la jornada laboral _____
16. Recibo información de los resultados de mi trabajo _____
17. Conflictos con otras personas de mi trabajo _____
18. Falta de tiempo para mi vida personal _____
19. Incomodidad física en el trabajo _____
20. Posibilidad de expresar lo que pienso y necesito _____
21. Carga de responsabilidad _____
22. Mi empresa trata de mejorar la calidad de vida de mi puesto _____
23. Tengo autonomía o libertad de decisión _____
24. Interrupciones molestas _____
25. Estrés (esfuerzo emocional) _____
26. Capacitación necesaria para hacer mi trabajo _____
27. Estoy capacitado para hacer mi trabajo actual _____

28. Variedad en mi trabajo _____
29. Mi trabajo es importante para la vida de otras personas _____
30. Es posible que mis respuestas sean escuchadas y aplicadas _____
31. Lo que tengo que hacer queda claro _____
32. Me siento orgulloso de mi trabajo _____
33. Mi trabajo tiene consecuencias negativas para mi salud _____
34. Calidad de vida de mi trabajo _____
35. Apoyo de los compañeros (si tiene responsabilidad) _____



ESCALA DE CALIDAD DE VIDA (WHOQOL-BREF)

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor conteste todas las preguntas. Si no está seguro/a de qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza. Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones.

Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas semanas. Recuerde que cualquier número es válido, lo importante es que represente su opinión

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un **CÍRCULO** en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta. **NO DEJE NINGUNA RESPUESTA SIN CONTESTAR.**

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante Buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho/a	Un Poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente

3. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4. ¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5. ¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9. ¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

	1	2	3	4	5
	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10. ¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13. ¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semanas ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

	1	2	3	4	5
	Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16. ¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17. ¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18. ¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19. ¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20. ¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21. ¿Cómo de satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22. ¿Cómo de satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23. ¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24. ¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25. ¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderada mente	Frecuentem ente	Siempre
26	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad ó depresión?	1	2	3	4	5

8.3 Anexo 3: Tablas y gráficos de resultados

Tabla 1: Descriptivo sexo

	n	%
Hombre	11	13,1
Mujer	73	86,9
Total	84	100

Gráfico 2: Descriptivo sexo

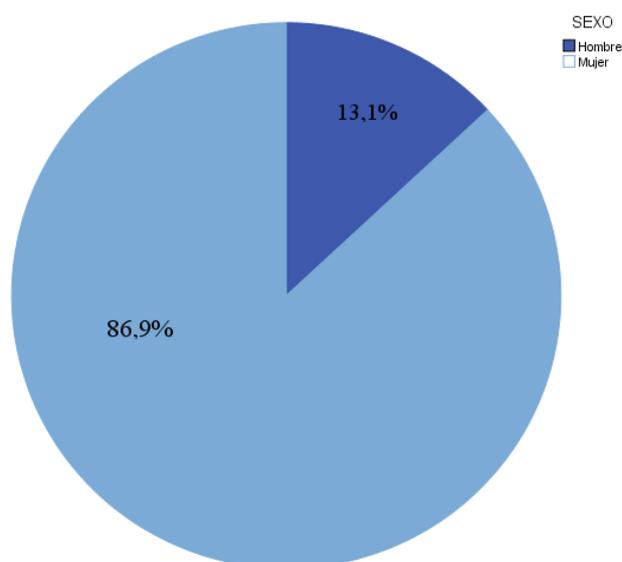


Tabla 3: Descriptivo edad, según cuestionario

	n	%
21-30 años	13	15,5
31-40 años	19	22,6
41-50 años	32	38,1
51-60 años	18	21,4
>60 años	2	2,4
Total	84	100

Gráfico 4: Descriptivo edad

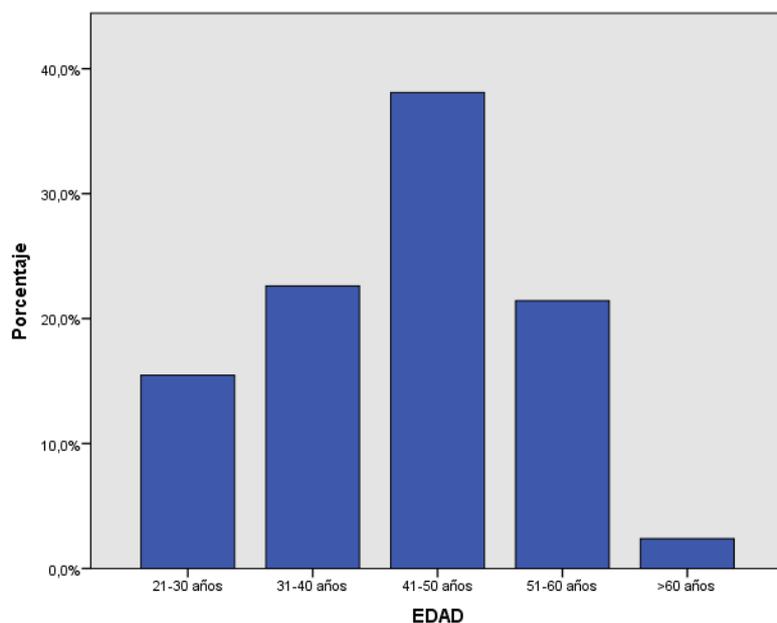


Tabla 5: Descriptivo edad, nueva categorización

	n	%
40 o menos años	32	38,1
Entre 41 y 50 años	32	38,1
Más de 50 años	20	23,8
Total	84	100,0

Tabla 6: Descriptivo estado civil, según cuestionario

	n	%
Soltero	28	33,3
Casado	46	54,8
Divorciado	9	10,7
Viudo	1	1,2
Total	84	100

Tabla 7: Descriptivo estado civil, nueva categorización

	n	%
Soltero	28	33,3
Casado	46	54,8
Otro	10	11,9
Total	84	100,0

Tabla 8: Descriptivo tiempo trabajado, según cuestionario

	n	%
<6 meses	12	14,3
6-12 meses	20	23,8
13-24 meses	21	25
25-36 meses	5	6
37-48 meses	4	4,8
49-60 meses	6	7,1
>60 meses	16	19
Total	84	100

Gráfico 9: Descriptivo según tiempo trabajado en la institución

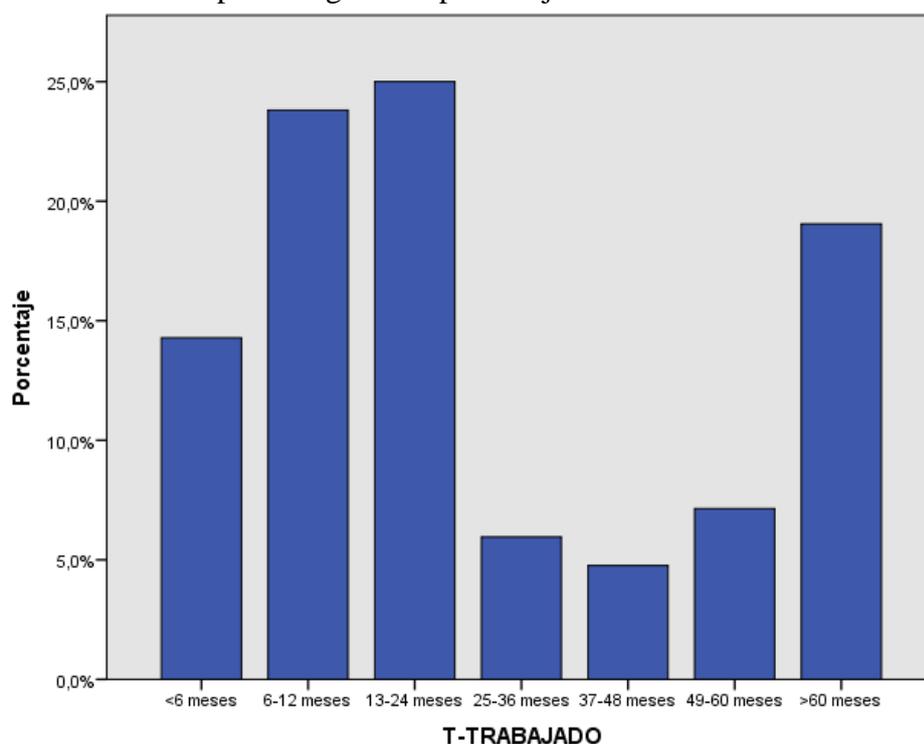


Tabla 10: Descriptivo tiempo trabajado, nueva categorización

	n	%
12 o menos meses	32	38,1
13-48 meses	30	35,7
Más de 48 meses	22	26,2
Total	84	100,0

Tabla 11: Descriptivo descendencia , hijos menores de edad

	n	%
No hijos menores	56	66,7
Si hijos menores	28	33,3
Total	84	100

Tabla 12: Descriptivo convivir con dependientes

	n	%
No	79	94
Si	5	6
Total	84	100

Gráfico 13: Dimensión sobrecarga BCSQ-12

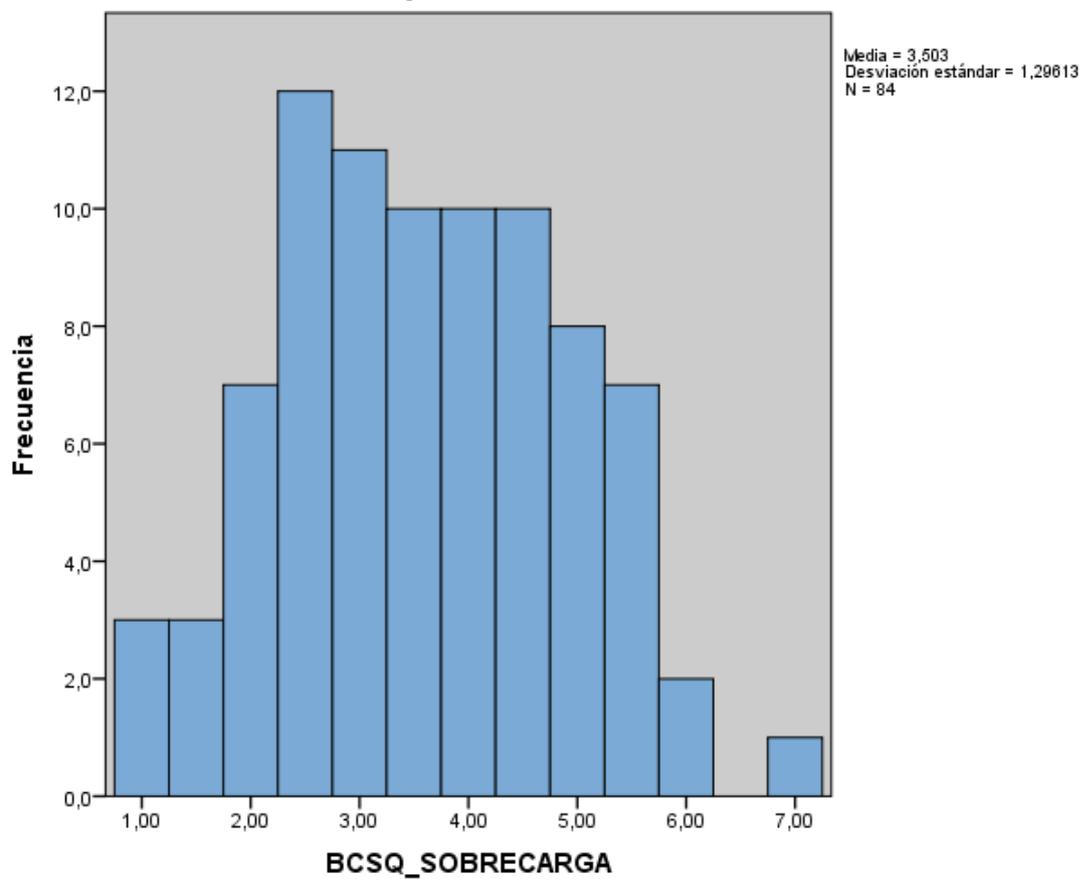


Gráfico 14: Dimensión falta de desarrollo BCSQ-12

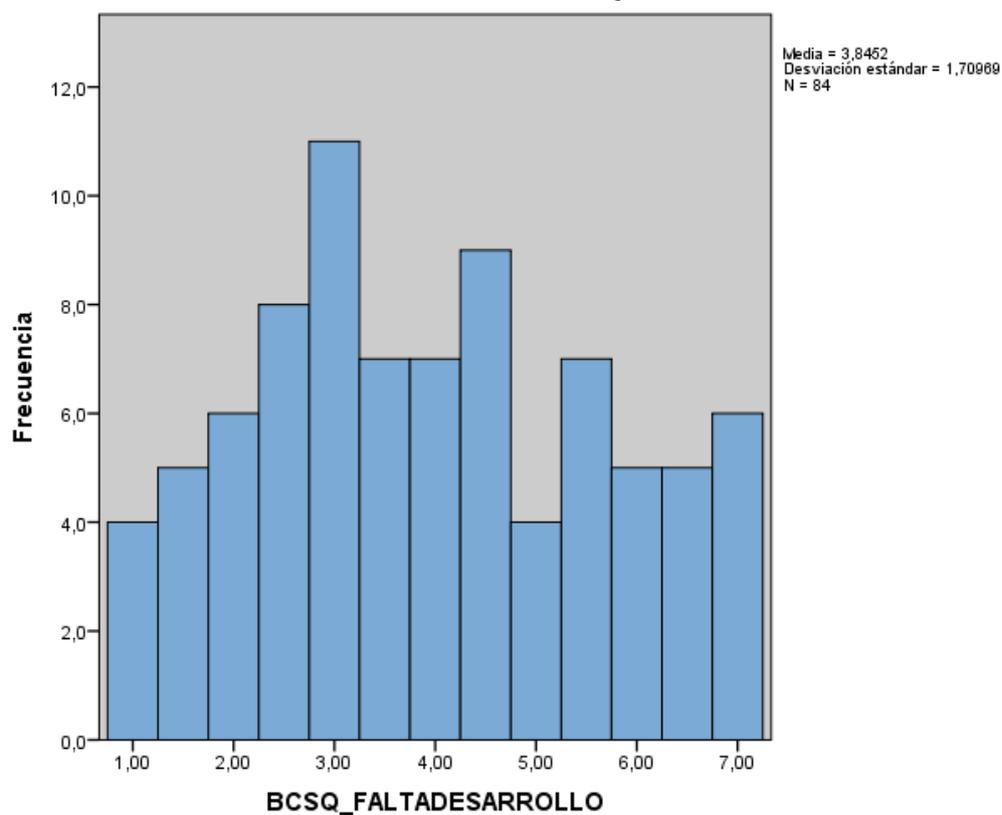


Grafico 15: Dimensión abandono BCSQ-12

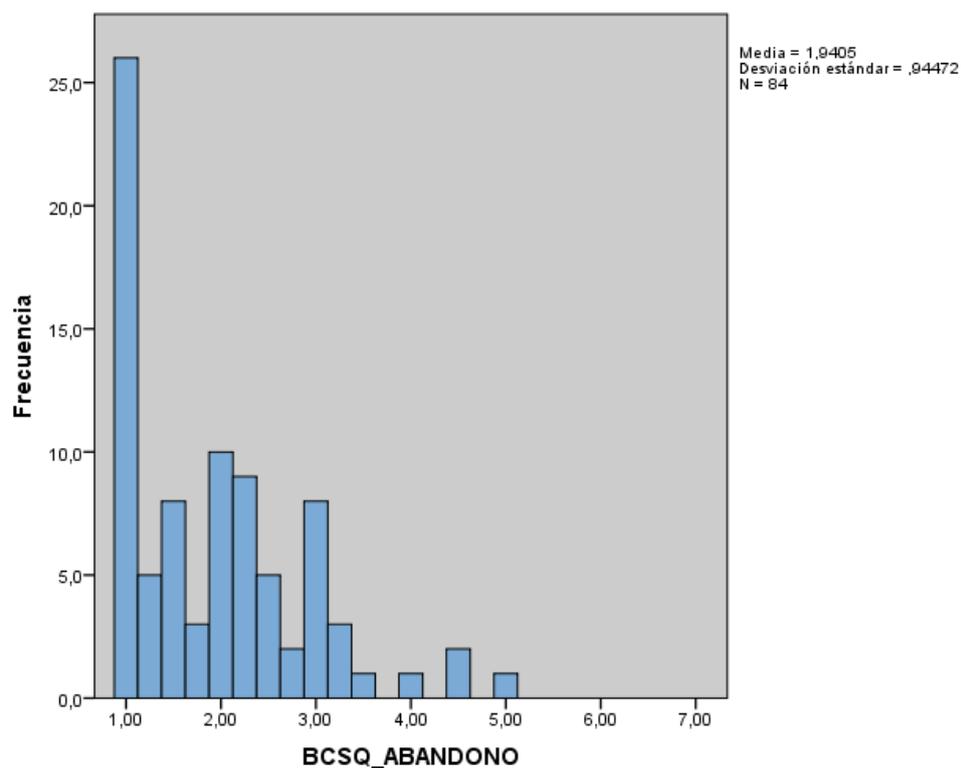


Tabla 16: Correlaciones entre calidad de vida profesional global y sus dimensiones

Dimensiones	Correlación de Pearson	p
Apoyo directivo	0,733	0,000
Cargas de trabajo	0,051	0,643
Motivación intrínseca	0,700	0,000

Gráfico 17: Relación entre apoyo directivo y calidad de vida profesional global

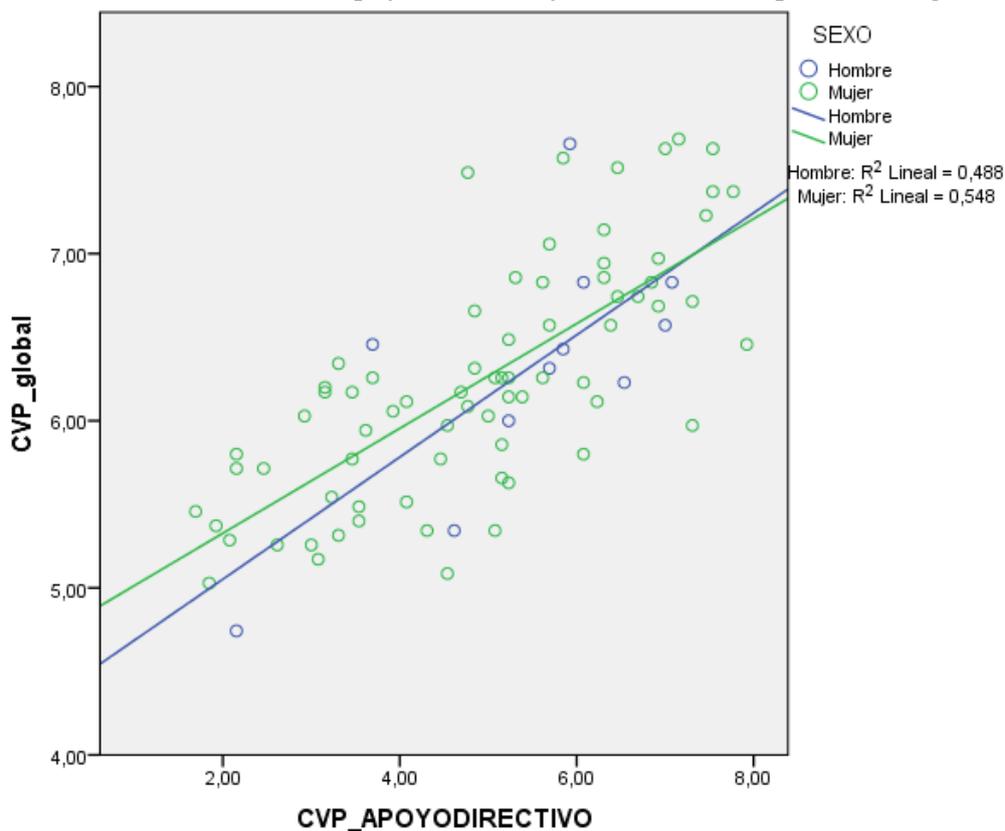


Gráfico 18: Relación entre cargas de trabajo y calidad de vida profesional global

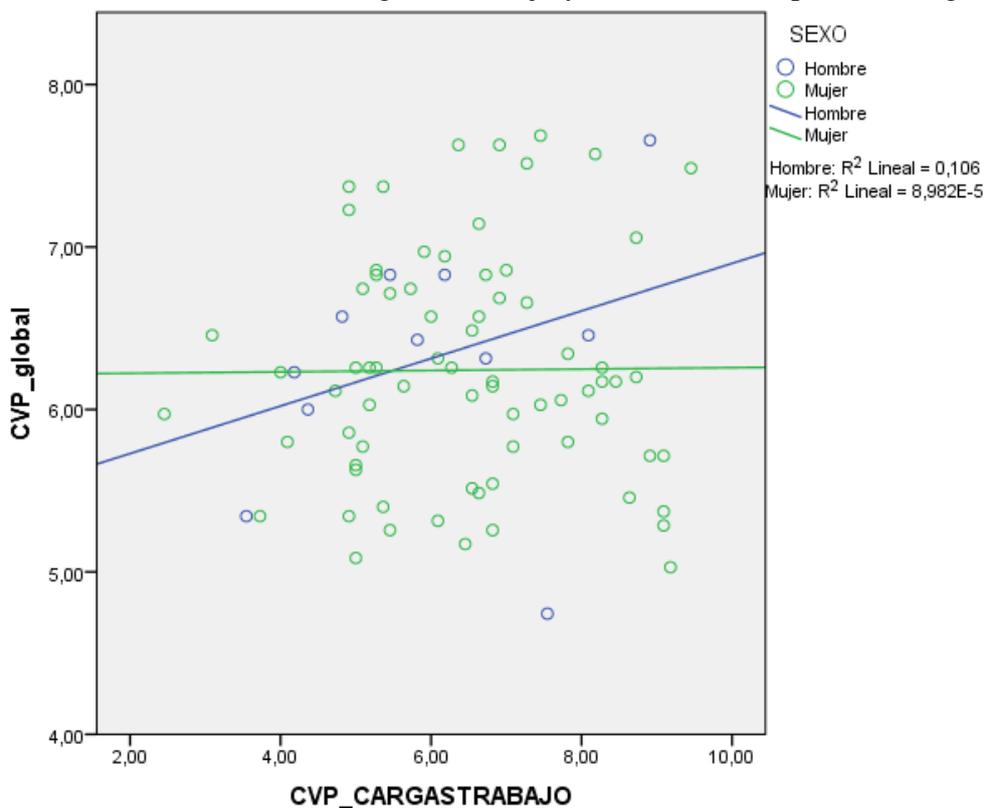


Gráfico 19: Relación entre motivación intrínseca y calidad de vida profesional global

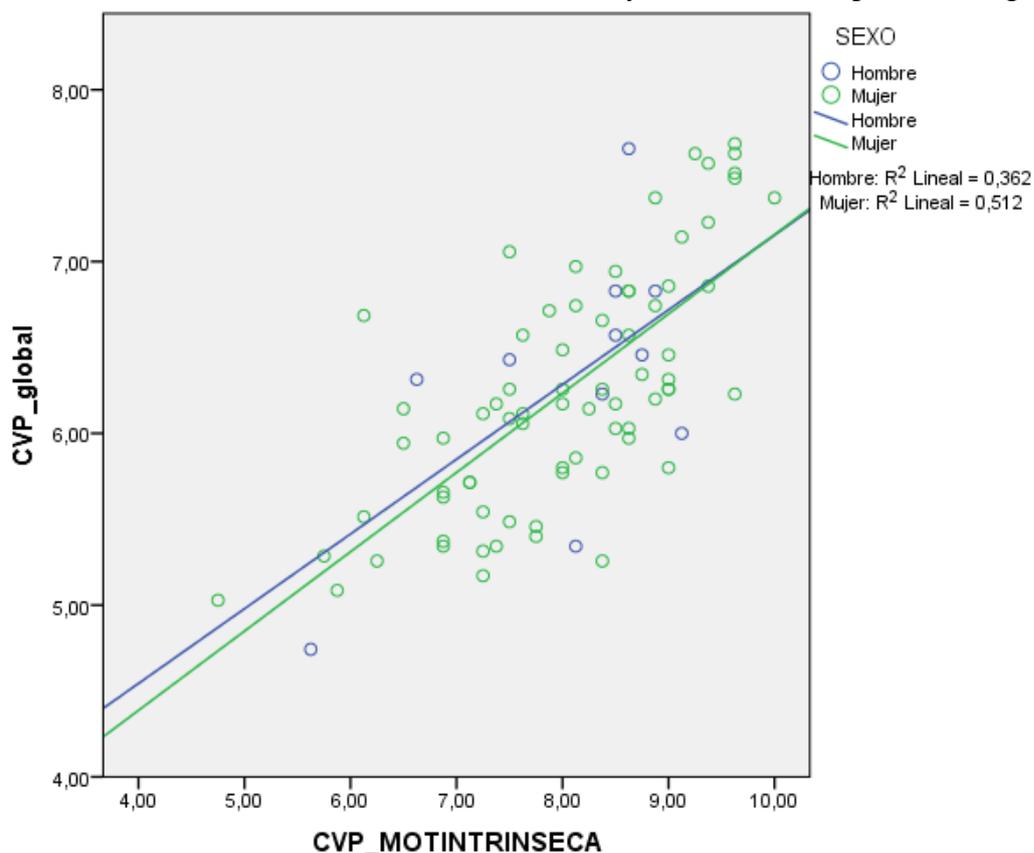


Tabla 20: Correlaciones entre dimensiones de BCSQ-12 y CVP-35

Dimensiones	Apoyo directivo		Cargas de trabajo		Motivación intrínseca	
	Correlación de Pearson	Sig (bilateral)	Correlación de Pearson	Sig (bilateral)	Correlación de Pearson	Sig (bilateral)
Sobrecarga	-0,293	0,007	0,481	0,000	-0,184	0,093
Falta de desarrollo	-0,529	0,000	0,416	0,000	-0,401	0,000
Abandono	-0,159	0,148	0,111	0,313	-0,360	0,001

Tabla 21: Correlaciones entre dimensiones de BCSQ-12 y WHOQOL-BREF

Dimensiones	Salud física		Salud psicológica		Relaciones sociales		Salud Ambiental	
	Correlación de Pearson	Sig (bilateral)						
Sobrecarga	-0,033	0,763	-0,108	0,330	-0,004	0,971	-0,054	0,623
Falta de desarrollo	0,030	0,787	-0,087	0,432	0,015	0,892	-0,210	0,056
Abandono	-0,254	0,020	-0,276	0,011	-0,163	0,137	-0,104	0,346

Tabla 22: Correlaciones entre dimensiones de CVP-35 y WHOQOL-BREF

Dimensiones	Apoyo directivo		Cargas de trabajo		Motivación intrínseca	
	Correlación de Pearson	Sig (bilateral)	Correlación de Pearson	Sig (bilateral)	Correlación de Pearson	Sig (bilateral)
Salud física	0,095	0,388	-0,020	0,854	0,212	0,053
Salud psicológica	0,167	0,129	-0,208	0,058	0,251	0,022
Relaciones sociales	0,032	0,774	-0,051	0,644	0,112	0,312
Salud ambiental	0,332	0,002	-0,280	0,010	0,199	0,070

Tabla 23: Análisis bivalente, dimensiones de cuestionarios y sexo. Prueba de normalidad.

Pruebas de normalidad							
	SEXO	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
BCSQ_SOBRECARGA	Hombre	,203	11	,200*	,919	11	,312
	Mujer	,105	73	,046	,981	73	,335
BCSQ_FALTADESARROLLO	Hombre	,218	11	,152	,917	11	,292
	Mujer	,092	73	,200*	,960	73	,021
BCSQ_ABANDONO	Hombre	,217	11	,156	,855	11	,050
	Mujer	,156	73	,000	,881	73	,000
CVP_APOYODIRECTIVO	Hombre	,204	11	,200*	,900	11	,184
	Mujer	,072	73	,200*	,972	73	,097
CVP_CARGASTRABAJO	Hombre	,112	11	,200*	,967	11	,860
	Mujer	,086	73	,200*	,977	73	,202
CVP_MOTINTRINSECA	Hombre	,254	11	,046	,827	11	,021
	Mujer	,081	73	,200*	,975	73	,148
WHO_FISICO	Hombre	,120	11	,200*	,980	11	,967
	Mujer	,118	73	,014	,969	73	,067
WHO_PSICOLOGICO	Hombre	,191	11	,200*	,905	11	,214
	Mujer	,081	73	,200*	,967	73	,053
WHO_SOCIAL	Hombre	,241	11	,075	,850	11	,043
	Mujer	,125	73	,007	,953	73	,008
WHO_AMBIENTAL	Hombre	,181	11	,200*	,912	11	,256
	Mujer	,091	73	,200*	,949	73	,005
WHO1	Hombre	,346	11	,001	,774	11	,004
	Mujer	,235	73	,000	,853	73	,000
WHO2	Hombre	,310	11	,004	,866	11	,069
	Mujer	,191	73	,000	,905	73	,000

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

Tabla 24: Análisis bivariante, dimensiones de cuestionarios y sexo.

Cuestionario	Dimensiones	Prueba	Sig. (bilateral)
BCSQ-12	Sobrecarga	t-Student	0,295
	Falta de desarrollo	U-Mann Whitney	0,546
	Abandono	U-Mann Whitney	0,249
CVP-35	Apoyo directivo	t-Student	0,325
	Cargas de trabajo	t-Student	0,327
	Motivación intrínseca	U-Mann Whitney	0,791
WHOQOL-BREF	Salud física	t-Student	0,024
	Salud psicológica	t-Student	0,080
	Relaciones sociales	U-Mann Whitney	0,010
	Salud ambiental	U-Mann Whitney	0,010
	WHO1	U-Mann Whitney	0,041
	WHO2	U-Mann Whitney	0,734

SEXO

		Hombre	Mujer
Salud física	Media	3,75	3,38
Relaciones sociales	Media	4,42	3,86
Salud ambiental	Media	4,09	3,62
WHO1	Media	3,82	3,30

Tabla 25: Análisis bivalente, dimensiones de cuestionarios y edad. Prueba de normalidad.

Pruebas de normalidad							
Edad	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk			
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.	
BCSQ: Sobrecarga	40 o menos años	,187	32	,006	,941	32	,080
	Entre 41 y 50 años	,121	32	,200*	,960	32	,278
	Más de 50 años	,189	20	,059	,941	20	,251
BCSQ: Falta de desarrollo	40 o menos años	,143	32	,093	,956	32	,213
	Entre 41 y 50 años	,117	32	,200*	,958	32	,243
	Más de 50 años	,115	20	,200*	,953	20	,409
BCSQ: Abandono	40 o menos años	,155	32	,048	,880	32	,002
	Entre 41 y 50 años	,159	32	,039	,888	32	,003
	Más de 50 años	,208	20	,023	,813	20	,001
CVP: Apoyo directivo	40 o menos años	,115	32	,200*	,968	32	,443
	Entre 41 y 50 años	,123	32	,200*	,941	32	,082
	Más de 50 años	,145	20	,200*	,934	20	,181
CVP: Cargas de trabajo	40 o menos años	,080	32	,200*	,986	32	,940
	Entre 41 y 50 años	,124	32	,200*	,923	32	,024
	Más de 50 años	,129	20	,200*	,960	20	,540
CVP: Mot. intrínseca	40 o menos años	,090	32	,200*	,980	32	,814
	Entre 41 y 50 años	,095	32	,200*	,964	32	,356
	Más de 50 años	,177	20	,100	,944	20	,282
WHO: Físico	40 o menos años	,140	32	,113	,966	32	,388
	Entre 41 y 50 años	,164	32	,028	,917	32	,017
	Más de 50 años	,118	20	,200*	,957	20	,478
WHO: Psicológico	40 o menos años	,125	32	,200*	,956	32	,210
	Entre 41 y 50 años	,109	32	,200*	,929	32	,037
	Más de 50 años	,161	20	,186	,950	20	,364
WHO: Social	40 o menos años	,143	32	,093	,951	32	,152
	Entre 41 y 50 años	,120	32	,200*	,929	32	,036
	Más de 50 años	,210	20	,021	,859	20	,008
WHO: Ambiental	40 o menos años	,164	32	,029	,948	32	,127
	Entre 41 y 50 años	,134	32	,154	,898	32	,006
	Más de 50 años	,103	20	,200*	,977	20	,889
Ítem WHO1	40 o menos años	,302	32	,000	,818	32	,000
	Entre 41 y 50 años	,294	32	,000	,770	32	,000
	Más de 50 años	,241	20	,004	,867	20	,010
Ítem WHO2	40 o menos años	,249	32	,000	,873	32	,001
	Entre 41 y 50 años	,220	32	,000	,871	32	,001
	Más de 50 años	,242	20	,003	,895	20	,033

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

Tabla 26: Análisis bivariante, dimensiones de cuestionarios y edad.

Cuestionario	Dimensiones	Prueba	Sig. (bilateral)
BCSQ-12	Sobrecarga	ANOVA	0,486
	Falta de desarrollo	ANOVA	0,076
	Abandono	Kruskal-Wallis	0,520
CVP-35	Apoyo directivo	ANOVA	0,015
	Cargas de trabajo	Kruskal-Wallis	0,056
	Motivación intrínseca	ANOVA Welch	0,166
WHOQOL-BREF	Salud física	Kruskal-Wallis	0,687
	Salud psicológica	Kruskal-Wallis	0,230
	Relaciones sociales	Kruskal-Wallis	0,894
	Salud ambiental	Kruskal-Wallis	0,159
	WHO1	Kruskal-Wallis	0,525
	WHO2	Kruskal-Wallis	0,227

Apoyo directivo	Edad	Sig.
40 o menos años	Entre 41 y 50 años	0,013
	Más de 50 años	0,789
Entre 41 y 50 años	40 o menos años	0,013
	Más de 50 años	0,147
Más de 50 años	40 o menos años	0,789
	Entre 41 y 50 años	0,147

Tabla 27: Análisis bivariante, dimensiones de cuestionarios y estado civil. Prueba de normalidad.

Pruebas de normalidad							
	Estado civil	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
BCSQ: Sobrecarga	Soltero	,163	28	,056	,938	28	,097
	Casado	,105	46	,200*	,968	46	,229
	Otro	,125	10	,200*	,959	10	,769
BCSQ: Falta de desarrollo	Soltero	,182	28	,019	,916	28	,027
	Casado	,074	46	,200*	,955	46	,076
	Otro	,221	10	,183	,858	10	,072
BCSQ: Abandono	Soltero	,174	28	,030	,908	28	,017
	Casado	,179	46	,001	,845	46	,000
	Otro	,169	10	,200*	,872	10	,105
CVP: Apoyo directivo	Soltero	,152	28	,096	,932	28	,070
	Casado	,079	46	,200*	,983	46	,736
	Otro	,173	10	,200*	,926	10	,412
CVP: Cargas de trabajo	Soltero	,070	28	,200*	,986	28	,960
	Casado	,106	46	,200*	,965	46	,176
	Otro	,191	10	,200*	,926	10	,409
CVP: Mot. intrínseca	Soltero	,103	28	,200*	,969	28	,549
	Casado	,144	46	,018	,956	46	,083
	Otro	,179	10	,200*	,914	10	,307
WHO: Físico	Soltero	,196	28	,008	,946	28	,161
	Casado	,130	46	,050	,950	46	,045
	Otro	,162	10	,200*	,963	10	,818
WHO: Psicológico	Soltero	,109	28	,200*	,955	28	,260
	Casado	,129	46	,053	,956	46	,082
	Otro	,216	10	,200*	,933	10	,482
WHO: Social	Soltero	,117	28	,200*	,958	28	,313
	Casado	,145	46	,017	,928	46	,007
	Otro	,178	10	,200*	,976	10	,937
WHO: Ambiental	Soltero	,164	28	,051	,877	28	,003
	Casado	,080	46	,200*	,980	46	,625
	Otro	,227	10	,153	,886	10	,154
Ítem WHO1	Soltero	,232	28	,000	,872	28	,003
	Casado	,288	46	,000	,835	46	,000
	Otro	,300	10	,011	,815	10	,022
Ítem WHO2	Soltero	,233	28	,000	,883	28	,005
	Casado	,200	46	,000	,902	46	,001
	Otro	,424	10	,000	,699	10	,001

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

Tabla 28: Análisis bivariante, dimensiones de cuestionarios y estado civil.

Cuestionario	Dimensiones	Prueba	Sig. (bilateral)
BCSQ-12	Sobrecarga	ANOVA Welch	0,739
	Falta de desarrollo	Kruskal-Wallis	0,965
	Abandono	Kruskal-Wallis	0,346
CVP-35	Apoyo directivo	ANOVA	0,106
	Cargas de trabajo	ANOVA	0,624
	Motivación intrínseca	ANOVA Welch	0,159
WHOQOL-BREF	Salud física	Kruskal-Wallis	0,583
	Salud psicológica	ANOVA	0,247
	Relaciones sociales	Kruskal-Wallis	0,477
	Salud ambiental	Kruskal-Wallis	0,404
	WHO1	Kruskal-Wallis	0,239
	WHO2	Kruskal-Wallis	0,990

Tabla 29: Análisis bivalente, entre cuestionarios y tiempo trabajado en la institución. Prueba de normalidad.

Pruebas de normalidad							
	Tiempo trabajado	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
BCSQ: Sobrecarga	12 o menos meses	,152	32	,057	,944	32	,099
	13-48 meses	,115	30	,200*	,947	30	,143
	Más de 48 meses	,116	22	,200*	,955	22	,388
BCSQ: Falta de desarrollo	12 o menos meses	,178	32	,011	,935	32	,056
	13-48 meses	,093	30	,200*	,959	30	,296
	Más de 48 meses	,110	22	,200*	,952	22	,343
BCSQ: Abandono	12 o menos meses	,161	32	,034	,878	32	,002
	13-48 meses	,191	30	,007	,827	30	,000
	Más de 48 meses	,141	22	,200*	,887	22	,016
CVP: Apoyo directivo	12 o menos meses	,086	32	,200*	,970	32	,490
	13-48 meses	,105	30	,200*	,958	30	,271
	Más de 48 meses	,181	22	,059	,908	22	,043
CVP: Cargas de trabajo	12 o menos meses	,104	32	,200*	,952	32	,168
	13-48 meses	,097	30	,200*	,982	30	,866
	Más de 48 meses	,168	22	,107	,947	22	,270
CVP: Mot. intrínseca	12 o menos meses	,130	32	,180	,970	32	,513
	13-48 meses	,163	30	,042	,929	30	,047
	Más de 48 meses	,137	22	,200*	,961	22	,518
WHO: Físico	12 o menos meses	,132	32	,171	,964	32	,350
	13-48 meses	,182	30	,012	,958	30	,276
	Más de 48 meses	,191	22	,036	,946	22	,265
WHO: Psicológico	12 o menos meses	,139	32	,122	,968	32	,455
	13-48 meses	,135	30	,168	,922	30	,031
	Más de 48 meses	,166	22	,115	,953	22	,367
WHO: Social	12 o menos meses	,173	32	,016	,929	32	,036
	13-48 meses	,147	30	,095	,910	30	,015
	Más de 48 meses	,181	22	,059	,912	22	,051
WHO: Ambiental	12 o menos meses	,095	32	,200*	,977	32	,717
	13-48 meses	,151	30	,077	,911	30	,016
	Más de 48 meses	,169	22	,105	,933	22	,140
Ítem WHO1	12 o menos meses	,293	32	,000	,773	32	,000
	13-48 meses	,232	30	,000	,877	30	,002
	Más de 48 meses	,259	22	,000	,790	22	,000
Ítem WHO2	12 o menos meses	,201	32	,002	,847	32	,000
	13-48 meses	,196	30	,005	,901	30	,009
	Más de 48 meses	,215	22	,009	,907	22	,041

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

Tabla 30: Análisis bivariante, entre cuestionarios y tiempo trabajado en la institución.

Cuestionario	Dimensiones	Prueba	Sig. (bilateral)
BCSQ-12	Sobrecarga	ANOVA	0,750
	Falta de desarrollo	ANOVA	0,925
	Abandono	Kruskal-Wallis	0,902
CVP-35	Apoyo directivo	Kruskal-Wallis	0,053
	Cargas de trabajo	ANOVA	0,331
	Motivación intrínseca	ANOVA	0,976
WHOQOL-BREF	Salud física	ANOVA	0,214
	Salud psicológica	Kruskal-Wallis	0,184
	Relaciones sociales	Kruskal-Wallis	0,139
	Salud ambiental	Kruskal-Wallis	0,486
	WHO1	Kruskal-Wallis	0,505
	WHO2	Kruskal-Wallis	0,140

Tabla 31: Análisis bivariante, entre cuestionarios y tener descendencia. Prueba de normalidad.

Pruebas de normalidad							
	Hijos	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
BCSQ: Sobrecarga	No	,106	56	,183	,979	56	,445
	Sí	,125	28	,200*	,953	28	,235
BCSQ: Falta de desarrollo	No	,113	56	,074	,968	56	,141
	Sí	,142	28	,157	,912	28	,023
BCSQ: Abandono	No	,150	56	,003	,906	56	,000
	Sí	,244	28	,000	,763	28	,000
CVP: Apoyo directivo	No	,093	56	,200*	,963	56	,088
	Sí	,100	28	,200*	,959	28	,327
CVP: Cargas de trabajo	No	,084	56	,200*	,986	56	,752
	Sí	,143	28	,148	,942	28	,126
CVP: Mot. intrínseca	No	,113	56	,071	,956	56	,039
	Sí	,106	28	,200*	,967	28	,507
WHO: Físico	No	,101	56	,200*	,981	56	,537
	Sí	,163	28	,053	,935	28	,085
WHO: Psicológico	No	,082	56	,200*	,968	56	,136
	Sí	,111	28	,200*	,965	28	,448
WHO: Social	No	,133	56	,015	,942	56	,009
	Sí	,128	28	,200*	,926	28	,048
WHO: Ambiental	No	,145	56	,005	,908	56	,000
	Sí	,078	28	,200*	,978	28	,812
Ítem WHO1	No	,252	56	,000	,846	56	,000
	Sí	,250	28	,000	,864	28	,002
Ítem WHO2	No	,223	56	,000	,889	56	,000
	Sí	,186	28	,015	,906	28	,016

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

Tabla 32: Análisis bivariante, entre cuestionarios y tener descendencia.

Cuestionario	Dimensiones	Prueba	Sig. (bilateral)
BCSQ-12	Sobrecarga	t-Student	0,224
	Falta de desarrollo	U-Mann Whitney	0,977
	Abandono	U-Mann Whitney	0,056
CVP-35	Apoyo directivo	t-Student	0,306
	Cargas de trabajo	t-Student	0,608
	Motivación intrínseca	U-Mann Whitney	0,503
WHOQOL-BREF	Salud física	t-Student	0,362
	Salud psicológica	t-Student	0,038
	Relaciones sociales	U-Mann Whitney	0,269
	Salud ambiental	U-Mann Whitney	0,775
	WHO1	U-Mann Whitney	0,478
	WHO2	U-Mann Whitney	0,662

HIJOS MENORES			
		NO	SI
Salud Psicológica	Media	3,58	3,81

Tabla 33: Análisis bivariante, entre cuestionarios y convivir con personas dependientes.

Prueba de normalidad

		Pruebas de normalidad					
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Dependiente	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
BCSQ: Sobrecarga	No	,118	79	,008	,973	79	,088
	Sí	,223	5	,200*	,960	5	,807
BCSQ: Falta de desarrollo	No	,080	79	,200*	,962	79	,019
	Sí	,309	5	,134	,853	5	,203
BCSQ: Abandono	No	,169	79	,000	,862	79	,000
	Sí	,179	5	,200*	,984	5	,955
CVP: Apoyo directivo	No	,072	79	,200*	,971	79	,069
	Sí	,249	5	,200*	,869	5	,264
CVP: Cargas de trabajo	No	,066	79	,200*	,983	79	,363
	Sí	,366	5	,027	,817	5	,112
CVP: Mot. intrínseca	No	,112	79	,016	,969	79	,051
	Sí	,290	5	,197	,795	5	,073
WHO: Físico	No	,124	79	,004	,963	79	,023
	Sí	,288	5	,200*	,860	5	,228
WHO: Psicológico	No	,087	79	,200*	,966	79	,032
	Sí	,179	5	,200*	,962	5	,823
WHO: Social	No	,112	79	,015	,944	79	,002
	Sí	,237	5	,200*	,961	5	,814
WHO: Ambiental	No	,113	79	,015	,945	79	,002
	Sí	,366	5	,027	,727	5	,018
Ítem WHO1	No	,245	79	,000	,854	79	,000
	Sí	,349	5	,046	,771	5	,046
Ítem WHO2	No	,197	79	,000	,905	79	,000
	Sí	,231	5	,200*	,881	5	,314

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

Tabla 34: Análisis bivariante, entre cuestionarios y convivir con personas dependientes.

Cuestionario	Dimensiones	Prueba	Sig. (bilateral)
BCSQ-12	Sobrecarga	t-Student	0,483
	Falta de desarrollo	U-Mann Whitney	0,955
	Abandono	U-Mann Whitney	0,181
CVP-35	Apoyo directivo	t-Student	0,606
	Cargas de trabajo	t-Student	0,338
	Motivación intrínseca	t-Student	0,592
WHOQOL-BREF	Salud física	U-Mann Whitney	0,775
	Salud psicológica	U-Mann Whitney	0,887
	Relaciones sociales	U-Mann Whitney	0,138
	Salud ambiental	U-Mann Whitney	0,343
	WHO1	U-Mann Whitney	0,807
	WHO2	U-Mann Whitney	0,929