

EL SENTIDO DE COHERENCIA Y EL
COMPROMISO LABORAL DE LAS
ENFERMERAS EN EL ÁMBITO
SOCIOSANITARIO DE GIRONA

M. Carmen Malagón Aguilera

Per citar o enllaçar aquest document:
Para citar o enlazar este documento:
Use this url to cite or link to this publication:
<http://hdl.handle.net/10803/362665>



<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.ca>

Aquesta obra està subjecta a una llicència Creative Commons Reconeixement

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Reconocimiento

This work is licensed under a Creative Commons Attribution licence



TESIS DOCTORAL

**EL SENTIDO DE COHERENCIA
Y EL COMPROMISO LABORAL DE LAS ENFERMERAS
EN EL ÁMBITO SOCIOSANITARIO DE GIRONA**

María del Carmen Malagón Aguilera

AÑO 2015



TESIS DOCTORAL

**EL SENTIDO DE COHERENCIA
Y EL COMPROMISO LABORAL DE LAS ENFERMERAS EN
EL ÁMBITO SOCIOSANITARIO DE GIRONA**

María del Carmen Malagón Aguilera

Programa de doctorado Biología Molecular, Biomedicina y Salud

Línea de investigación Salud y Atención Sanitaria

Dirigida por:

Dra. Dolors Juvinyà Canal y Dra. M^a Rosa Suñer Soler

Tutorizada por:

Dra. Dolors Juvinyà Canal

AÑO 2015

Memoria presentada para optar al título de doctora por la *Universitat de Girona*



La Dra. Dolors Juvinyà Canal y la Dra. Rosa Suñer Soler, profesoras del *Departament d'Infermeria de la Universitat de Girona*,

DECLARAN:

Que este trabajo, titulado “**El Sentido de coherencia y el Compromiso laboral de las enfermeras en el ámbito sociosanitario de Girona**”, que presenta Maria del Carmen Malagón Aguilera para la obtención del título de doctor, se ha realizado bajo su dirección.

Y, para que así conste, y a los efectos oportunos, firman este documento

Dra. Dolors Juvinyà Canal

Dra. Rosa Suñer Soler

Girona, a 29 de Julio de 2015

A Él porque sin Él nada puedo

**A mi marido Paco, a mis hijos Adrián, Sara, Arturo, Alejandro (+ 11/04/2010),
Alberto, María y a ti Francisco Javier que vienes de camino**

A mis padres Antonio y Fuensanta

A mis Amigas

A las personas mayores y a las enfermeras que las cuidan

“A todos (enfermeros/as) les pido, centrarse sobre las fuerzas de la vida, la movilización de sus recursos vitales en el respeto de la persona y de la humanidad, para promover los cuidados y promover la vida”

M^aFrançoise Colliere, 2005

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradezco el trabajo, los consejos, la constancia y el tiempo a mis directoras de tesis las Doctoras Dolors Juvinyà Canal y Rosa Suñer Soler. Sin ellas, no hubiera iniciado, perseverado ni finalizado esta meta académica.

Al Departamento de Enfermería, a su director el Doctor David Ballester Ferrando y muy especialmente a su exdirectora la Doctora Carme Bertran Nogué por concederme la oportunidad de desarrollar el rol investigador y el docente que me han enriquecido profesional y personalmente.

También a mis amigos/as “de despacho” tengo que agradecerles sus ánimos, consejos y momentos de acompañamiento que llevaré siempre conmigo. Gracias por el tiempo y las energías que me habéis dedicado cada uno de vosotros. A todos mis compañeros de departamento por su apoyo, por escucharme y aconsejarme, todos ellos han dejado parte de su huella en mí y en mi trabajo. A los profesores asociados y personal de administración y servicio del departamento de enfermería que me ha prestado su ayuda.

A las direcciones enfermeras de los centros asistenciales donde he recogido los datos de esta investigación, por su disponibilidad y su buen hacer, toda mi gratitud. A las enfermeras y gestores que han invertido su tiempo en participar en esta investigación y la han hecho posible.

A mis padres por su gran ayuda en el día a día de mi vida, han cubierto el tiempo que yo he necesitado para realizar este trabajo, gracias.

A mi marido y a mis hijos por su paciencia al entender mis ausencias. Mi vida son ellos.

Y a todas las personas, compañeros, amigos y familia que en algún momento han dedicado un minuto de su tiempo a apoyarme y animarme, por estar pendiente de mí, de mi familia y de todo lo que he necesitado, toda mi gratitud. Una mención especial merece el artista que ha plasmado mi idea en un maravilloso dibujo que ilustra la portada de esta tesis, gracias.

También a todas las personas que han dedicado alguna oración para que este trabajo fuera posible, gracias.

ABREVIATURAS

CatSalut	<i>Servei Català de la Salut</i>
CIE	Consejo Internacional de Enfermería
CSV	<i>Character Strengths and Virtues</i>
DE	Desviación Estándar
DRL	Teoría heurística motivacional de Demandas- Recursos laborales
DSM	<i>Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders</i>
EAIA	Equipo de Evaluación de Atención Integral Ambulatoria
ESCA	Encuesta de Salud de Cataluña
EVA	Escala Visual Analógica
GRR	Recurso General de Resistencia
MBI	<i>Maslach Burnout Inventory</i>
OMS	Organización Mundial de la Salud
PADES	Programa de Atención Domiciliaria y Equipo de Apoyo
PIAISS	<i>Pla interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitaria</i>
POP	Psicología Ocupacional Positiva
PPAC	<i>Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat</i>
PVAA	<i>Programa Vida als Anys</i>
RIC	Rango intercuartil
SOC	Sentido de coherencia
SC	Salud crónico
TIC	Tecnología de la Información y Comunicación
UFISS	Unidades Funcionales Interdisciplinarias Socisanitarias
UWES	<i>Utrecht Work Engagement Survey</i>

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Sentido de coherencia según el centro de trabajo	88
Figura 2	Índice de salud percibida y la valoración de la salud según el centro de trabajo	93
Figura 3	Optimismo y pesimismo disposicional según el centro de trabajo	97
Figura 4	Dimensiones del compromiso laboral según el centro de trabajo	102
Figura 5	Dimensiones del síndrome de desgaste profesional según el centro de trabajo	111

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Centros sociosanitarios de Girona	67
Tabla 2	Características socio demográficas de las enfermeras	79
Tabla 3	Características laborales de las enfermeras	80
Tabla 4	Características laborales según el nivel socioeconómico	81
Tabla 5	Sentido de coherencia según las variable socio demográficas	84
Tabla 6	Sentido de coherencia según las variables laborales	87
Tabla 7	Salud percibida según las variables sociodemográficas	90
Tabla 8	Salud percibida según las variables laborales	92
Tabla 9	Optimismo disposicional según las variables socio demográficas	94
Tabla 10	Optimismo disposicional según las variables laborales	96
Tabla 11	Compromiso laboral según las variables socio demográficas	99
Tabla 12	Compromiso laboral según las variables laborales	101
Tabla 13	Compromiso laboral según valores de referencia y variables socio demográficas y laborales	104
Tabla 14	Síndrome de desgaste profesional según las variables socio demográficas	106
Tabla 15	Síndrome de desgaste profesional según las variables laborales	107
Tabla 16	Síndrome de desgaste profesional según tertiles y variables socio demográficas	109
Tabla 17	Síndrome de desgaste profesional según tertiles y variables laborales	110
Tabla 18	Correlaciones entre el sentido de coherencia y la salud percibida, el optimismo disposicional, el compromiso laboral y el síndrome de desgaste profesional	113
Tabla 19	Compromiso laboral según el sentido de coherencia y el síndrome de desgaste profesional	115
Tabla 20	Sentido de coherencia, la salud percibida,el optimismo disposicional y el compromiso laboral y su relación con el síndrome de desgaste profesional clasificado según tertiles	118
Tabla 21	Síndrome de desgaste profesional según el sentido de coherencia, la salud percibida, el optimismo disposicional y el sompromiso laboral	119
Tabla 22	Resumen del modelo de salud	119
Tabla 23	Resumen del modelo de compromiso laboral	120
Tabla 24	Resumen del modelo de dedicación laboral	120
Tabla 25	Resumen del modelo de cansancio emocional	121

ÍNDICE GENERAL

Abreviaturas	I
Índice de figuras	II
Índice de tablas	III
Resumen	19
Resum	21
Abstract	23
1. INTRODUCCIÓN GENERAL	25
1.1. El sentido de coherencia	27
1.1.1. Modelo salutogénico: sentido de coherencia	27
1.1.2. Sentido de coherencia y salud percibida	33
1.2. El compromiso laboral	35
1.2.1. Bases teóricas del compromiso laboral	35
1.2.2. Compromiso laboral y síndrome de desgaste profesional	39
1.3. El optimismo disposicional	43
1.3.1. Modelos explicativos del optimismo	43
1.3.2. Optimismo disposicional, salud y otras variables relacionadas	45
1.4. La enfermera en el ámbito sociosanitario	48
1.4.1. El ámbito sociosanitario en Cataluña	48
1.4.2. La enfermera en el ámbito sociosanitario	53
2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	61
2.1. Hipótesis	63
2.2. Objetivos	64
3. METODOLOGÍA	65
3.1. Diseño	67
3.2. Ámbito de estudio	67
3.3. Población de estudio	68
3.4. Variables a estudiar	68
3.5. Instrumentos	71
3.6. Procedimiento	75

3.7. Consideraciones éticas y confidencialidad de los datos	76
3.8. Análisis estadístico	76
4. RESULTADOS	77
4.1. Características socio demográficas y laborales	79
4.2. El sentido de coherencia	82
4.3. La salud percibida	89
4.4. El optimismo disposicional	93
4.5. El compromiso laboral y el síndrome de desgaste profesional	97
4.6. Relación entre el sentido de coherencia y la salud percibida, el optimismo disposicional, el compromiso laboral y el síndrome de desgaste profesional	112
4.7. Factores asociados a la salud percibida, al compromiso laboral y al síndrome de desgaste profesional	119
5. DISCUSIÓN	123
6. CONCLUSIONES	143
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	147
8. ANEXOS	175

RESUMEN

La investigación sobre las características personales y laborales de las enfermeras en el contexto del cuidado a las personas mayores es de gran importancia dado el incremento de necesidad de cuidados en esta parte de la población. Además en el momento actual, en el que se plantea un cambio asistencial hacia un modelo centrado en la persona, el aumento de este conocimiento en el ámbito sociosanitario es de interés para los propios profesionales y los gestores sanitarios.

Objetivos: Conocer el sentido de coherencia de las enfermeras del ámbito sociosanitario de Girona y relacionarlo con la salud percibida, el optimismo disposicional, el compromiso laboral y el síndrome de desgaste profesional.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo y transversal. Las participantes desarrollaban su trabajo en 11 centros sociosanitarios de Girona (Cataluña, España). Se han estudiado variables socio demográficas, personales y laborales (cuestionario *ad hoc*); variables relacionadas con el sentido de coherencia (SOC-13), la salud percibida (EQ-5D-5L), el optimismo disposicional (LOT-R), el compromiso laboral (UWES) y el cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal (Síndrome de desgaste profesional, MBI). Se realizó un análisis descriptivo e inferencial de las variables. Se realizaron modelos de regresión lineal múltiple para determinar las variables relacionadas con la salud percibida, el compromiso laboral y el cansancio emocional respectivamente.

Resultados: Del total de enfermeras que trabajan en los centros sociosanitarios de Girona (n=156), han participado 109 (tasa de respuesta de 69,87%). El 90,8% (n=99) de la muestra son mujeres, edad media de 37,74 años (DE 10), el 61,5% con más de 10 años de experiencia laboral. Las enfermeras presentan una puntuación media de SOC del 67,9 (DE 10,02); de salud percibida de 85,54 (DE 11,38), de optimismo disposicional de 22,7 (DE 3,70) y de compromiso laboral de 4,31 (DE 0,86). El 13,8% de las enfermeras presentan síndrome de desgaste profesional. Se ha observado que las enfermeras con puntuaciones más elevadas de SOC, presentan mejor percepción de salud, mayor optimismo, compromiso laboral y realización personal, y menor cansancio emocional y despersonalización del síndrome de desgaste profesional. El SOC se ha asociado fuertemente a la salud percibida, el compromiso laboral y negativamente con el cansancio emocional.

Conclusiones: Las enfermeras del ámbito sociosanitario de Girona presentan un sentido de coherencia elevado. Las participantes con puntuaciones mayores de SOC presentan mejor percepción de salud, mayor optimismo y compromiso laboral. El cansancio emocional de las enfermeras se asocia negativamente con el SOC, menor cansancio emocional mayor SOC. El sentido de coherencia y el compromiso laboral parecen explicar parte de la ausencia de cansancio emocional en las enfermeras.

Palabras clave

Enfermería; Atención sociosanitaria; Salutogénesis; Sentido de coherencia; Compromiso laboral; Salud percibida; Optimismo disposicional; Desgaste profesional.

RESUM

La investigació sobre les característiques personals i laborals de les infermeres en el context de la cura a les persones grans és de gran importància donat l'increment de necessitat de cures en aquesta part de la població. En el moment actual, on es planteja un canvi assistencial cap a un model centrat en la persona, l'augment d'aquest coneixement en l'àmbit sociosanitari és d'interès per als propis professionals i els gestors sanitaris.

Objectius: Conèixer el sentit de coherència de les infermeres de l'àmbit sociosanitari de Girona i relacionar-lo amb la salut percebuda, l'optimisme disposicional, el compromís laboral i la síndrome de desgast professional.

Metodologia: Estudi observacional, descriptiu i transversal. Les participants treballen en 11 centres sociosanitaris de Girona (Catalunya, Espanya). Es van estudiar variables sociodemogràfiques, personals i laborals (questionari *ad hoc*); variables relacionades amb el sentit de coherència (SOC-13), la salut percebuda (EQ-5D-5L), l'optimisme disposicional (LOT-R), el compromís laboral (UWES) i el cansament emocional, la despersonalització i la realització personal (síndrome de desgast professional, MBI). Es va dur a terme una anàlisi descriptiva i inferencial de les variables. Es van aplicar models de regressió lineal múltiple per determinar les variables relacionades amb la salut percebuda, el compromís laboral i el cansament emocional respectivament.

Resultats: Del total d'infermeres que treballen als centres sociosanitaris de Girona (n=156), han participat 109 (taxa de resposta del 69,87%). El 90,8% (n=99) de la mostra són dones, d'edat mitjana 37,74 anys (DE 10), el 61,5% amb més de 10 anys d'experiència laboral. Les infermeres presenten una puntuació mitjana de SOC de 67,9 (DE 10,02); de salut percebuda de 85,54 (DE 11,38), d'optimisme disposicional de 22,7 (DE 3,70) i de compromís laboral de 4,31 (DE 0,86). El 13,8% de les infermeres presenta síndrome de desgast professional. S'ha observat que les infermeres amb puntuacions majors de SOC, presenten millor percepció de salut, més optimisme, compromís laboral i realització personal, i menor cansament emocional i despersonalització del MBI. El SOC es va associar fortament a la salut percebuda, el compromís laboral y negativament amb el cansament emocional.

Conclusions: Les infermeres de l'àmbit sociosanitari de Girona presenten un sentit de coherència elevat. Les participants amb puntuacions majors de SOC presenten millor percepció de salut, més optimisme i compromís laboral. El cansament emocional de les infermeres s'associa negativament amb el SOC, a menor cansament emocional més SOC. El sentit de coherència i el compromís laboral expliquen parcialment l'absència de cansament emocional de les infermeres.

Paraules Clau:

Infermeria; Atenció sociosanitària; Salutogènesi; Sentit de coherència; Compromís laboral; Salut percebuda; Optimisme disposicional; Desgast professional.

ABSTRACT

Research on the personal and professional characteristics of nurses in the context of care for the elderly is important given the increase of nursing care in this part of the population. Also at present, in which a change to a model of care focused on the person arises, increasing this knowledge in the nursing home care is of interest to the professionals and health managers.

Objectives: To find out the sense of coherence of nurses working in care homes in Girona and relate this to self-reported health status, dispositional Optimism, work engagement and professional burnout.

Methodology: Observational, descriptive and cross-sectional study. The participants work in 11 care homes in Girona (Catalonia, Spain). Sociodemographic and occupational variables were studied through a self-administered *ad hoc* questionnaire. Sense of coherence (SOC-13), self-reported health status (EQ-5D-5L), dispositional optimism (LOT-R), work engagement (UWES) and emotional exhaustion, depersonalisation and personal accomplishment (Professional burnout, MBI) were studied. A descriptive and inferential analysis of the variables was undertaken. Multiple linear regression models were performed to determine the variables related to Health, Work Engagement and Emotional Exhaustion.

Results: Of all of the nurses that work in care homes in Girona (n=156), 109 participated (response rate of 69.87%). 90.8% (n=99) of the sample are women, average age 37.74 years (SD 10), 61.5% with more than 10 years of career experience. The nurses present an average score for SOC of 67.9 (SD 10.02); for self-reported health status of 85.54 (SD 11.38), for dispositional optimism of 22.7 (SD 3.70) and for work engagement of 4.31 (SD 0.86). 13, 8% of the nurses presented professional burnout. It is observed that nurses with the higher SOC scores have a better perception of their health, greater optimism, greater work engagement and personal accomplishment, and less Emotional Exhaustion and Depersonalisation on the professional burnout. The SOC is strongly associated with self-reported health status, work engagement and associates negatively with emotional exhaustion.

Conclusions: Nurses working in care homes in Girona have a high sense of coherence. Participants with higher SOC scores had better self-reported health status, and greater optimism and work engagement. Emotional exhaustion of the nurses negatively associates

with SOC, less emotional exhaustion with greater SOC. Sense of coherence and work engagement seem to explain part of the absence of emotional exhaustion in the nurses.

Keywords

Nursing; Social and Health Care Services; Salutogenesis; Sense of Coherence; Work Engagement; Self-reported Health Status; Dispositional Optimism; Professional Burnout.

1. INTRODUCCIÓN GENERAL

1. INTRODUCCIÓN GENERAL

El presente estudio realizado en enfermeras¹ del ámbito sociosanitario, se fundamenta en el modelo de salutogénesis cuyo constructo principal es el sentido de coherencia. Se presentan las teorías y los conceptos que se estudian en la investigación con la finalidad de conocer la percepción de salud de las enfermeras, el optimismo disposicional a partir de las teorías de Carver y Scheier y el compromiso laboral conceptualizado por Shaufeli y Salanova, además del síndrome de desgaste profesional estudiado por Maslach. A su vez, se describen la organización actual del ámbito sociosanitario en Cataluña y las características de las enfermeras en este ámbito.

1.1. El sentido de coherencia

1.1.1. Modelo salutogénico: sentido de coherencia

Antonovsky (1979), médico sociólogo israelí, formalizó la divulgación de su modelo de salutogénesis, que propuso un cambio de paradigma del concepto y de la forma de entender la salud. Su proposición fue completar el paradigma biomédico vigente, basado en la patogénesis o enfermedad, considerando el concepto de salud como un *continuum* hacia el bienestar y la calidad de vida.

La salutogénesis es un modelo conceptual de respuesta humana al estrés que considera el contexto sociocultural y su influencia en la salud de las personas (Hosrburg, 2000; Lindström y Ericksson, 2005). Fue desarrollado a partir de datos empíricos obtenidos en un estudio sobre mujeres en la etapa del climaterio, que Antonovsky efectuó en Israel entre los años 1914 y 1923. Algunas de estas personas habían sufrido las consecuencias de la estancia en un campo de concentración y se observó que, a pesar de las experiencias dolorosas vividas, disfrutaban de una existencia con visión positiva similar a la de mujeres que no habían estado sometidas a vivencias traumáticas.

Este estudio propició un cambio en la mirada del concepto de salud y su conceptualización desde una visión positiva. En este sentido, la proyección de la vida de las personas hacia la salud ha de conducir a un estado de bienestar, a pesar de que pueda aparecer la enfermedad en cualquier momento inesperado.

¹De la misma manera que lo utiliza el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), en este documento al hacer mención a "enfermera", debemos entender que se alude a los profesionales de ambos sexos (Colegio Oficial Enfermeras y Enfermeros de Barcelona, 2004).

Por ello, el modelo propone, analizar prospectivamente cómo se genera, aumenta y mejora el bienestar físico, psicológico, espiritual y social de las personas para conseguir un mayor bienestar y calidad de vida (Antonovsky, 1979, 1988,1996), en contraposición al modelo patogénico, basado en el origen de la enfermedad y en la prevención de la patología para conseguir una buena salud (Williamson y Pearse, 1966).

La primera diferencia sustancial entre los dos modelos se encuentra en la incertidumbre y la variabilidad constante en la que se basa el modelo salutogénico, en contraposición a la certeza y seguridad del modelo patogénico. Éste considera a la persona como un organismo humano dotado de un sistema perfecto, una maravilla de organización mecánica que es atacado por un patógeno que lo destruye de forma aguda o crónica y de manera temporal o definitiva (la enfermedad) (Antonovsky, 1996). Además, describe el entorno y los organismos que viven en él como un todo (Williamson y Pearse, 1966).

Contrariamente, el modelo salutogénico entiende a la persona como un ser inherentemente imperfecto, sometido a inevitables procesos aleatorios que le conducirán a una muerte segura, entendida como final de la vida. La enfermedad es explicada, como un hecho posible y probable, dado que el ser humano está sometido a la imprecisión de lo que le puede ocurrir. El entorno, el lugar donde viven personas, es incierto y con universalidad de factores estresantes (Becker, Glascoff y Felts, 2010). El estrés forma parte de la vida, las personas no tienen control absoluto de lo que les ocurre a ellas ni a su entorno ni a la relación entre ambos. Ser capaces de asumir este hecho condiciona la salud de las personas (Antonovsky, 1979). La salutogénesis, se basa en identificar, definir y describir cómo se consigue una buena salud, es decir, se centra en los factores protectores y el desarrollo personal para completar el conocimiento sobre cómo prevenir, tratar y manejar la enfermedad (Garrosa, Blanco-Donoso, Moreno-Jiménez, González, Fraca y Meniz, 2014).

En este sentido, Lindström y Ericksson, en el 2011, afirmaron que la salutogénesis es un modelo conceptual que permite abarcar múltiples teorías sobre distintos constructos, causas y factores que generan salud. Los elementos conceptuales que desarrolla el modelo son el estrés, la gestión del estrés, el *continuum* bienestar enfermedad, los recursos generales de resistencia (GRR) y el sentido de coherencia (SOC) (Hosburg, 2000; Lindström y Ericksson, 2005).

Los estresores generan una tensión, que se considera como la respuesta física y emocional al estímulo estresante y dependiendo en qué forma la maneja la persona, supone un efecto positivo, neutro o negativo en su salud. El resultado, pues depende de la

habilidad del individuo para gestionar la tensión provocada por el estresor, que se define como la rapidez y exhaustividad con la que los problemas se resuelven y desaparece la tensión generada por el factor estresante (Antonovsky 1979). Si el manejo de la tensión es efectivo, el estrés provoca un impacto sobre la salud neutro o positivo; si, por el contrario el manejo de la tensión no es efectivo la persona sufre las consecuencias físicas, mentales y/o sociales del estrés (Antonovsky, 1988). La habilidad de la persona para gestionar la tensión se encuentra influenciada por los determinantes sociales de la salud, las experiencias vitales y los recursos generales de resistencia. De esta forma, el modelo salutogénico introduce y destaca la importancia de la dimensión social en la salud de las personas (Eriksson y Lindström, 2008).

La salud se conceptualiza como una sucesión o *continuum* donde se encuentra, en un extremo, la ausencia total de salud o enfermedad y, en el lado contrario, el estado máximo de salud que se puede alcanzar. En este continuo, la salutogénesis es la dirección hacia el extremo donde se sitúa el estado máximo de salud y la patogénesis se encuentra en la dirección opuesta (Antonovsky, 1979). La propuesta es focalizar la atención en la vía salutogénica sin abandonar la vía patogénica, pero relegándola a un segundo lugar (Becker *et al.*, 2010), y la prioridad es identificar los recursos, condiciones y factores que generan salud con el objetivo de promoverla consiguiendo así que las personas alcancen el máximo grado de bienestar según sus circunstancias personales y sociales (Lindström y Ericksson, 2005).

Los recursos generales de resistencia se definen como una característica de una persona, un grupo o una situación que puede ser física, bioquímica, material, cognitiva, emocional, un valor o actitud, interpersonal, de relación o sociocultural que es efectiva para evitar o combatir una amplia variedad de estímulos estresantes y demandas propias de la vida. Estas características se pueden encontrar en las personas como recursos inherentes, así como en el entorno que les rodea. Del mismo modo, pueden hallarse en forma de cualidad material o inmaterial de la propia persona, de la comunidad o de toda la sociedad (Antonovsky, 1979).

Para el desarrollo de un SOC elevado resulta imprescindible que cuatro GRR estén presentes: las personas deben disponer de actividades significativas, pensamientos existenciales, contacto con los sentimientos interiores y relaciones sociales (Antonovsky, 1988). Otros GRR, no imprescindibles para el desarrollo del SOC elevado son, el dinero, la vivienda, la autoestima, el conocimiento, la herencia, la orientación hacia a la salud, las creencias y la religión (Hosrburg, 2000; Lindström y Ericksson, 2005). Las personas no consiguen el máximo bienestar posible únicamente con la disposición de los recursos,

sino también con la habilidad para usarlos de forma salutogénica, es decir, promoviendo la salud (Lindström y Ericksson, 2011).

Actualmente hay autores que consideran que los GRR conceptualizan, dan el mismo significado y engloban el mismo constructo que los activos en salud (Bull, Mittelmark y Kanyeka, 2013; Lindstrom y Ericksson, 2011). En este sentido, a pesar de no haber consenso científico al respecto y que los dos conceptos proceden de diferentes modelos teóricos, se encuentran trabajos que utilizan los dos términos indistintivamente (Lindström y Ericksson, 2011). Los activos en salud son definidos por Morgan y Ziglio como cualquier activo o recurso que potencia la capacidad de las personas, las comunidades o las poblaciones de mantener la salud y el bienestar, enfatizando las habilidades positivas, la capacidad para identificar los problemas y la activación de las soluciones (Morgan, Davies y Ziglio, 2010).

Los GRR favorecen la creación de un sentido de coherencia que es el constructo que influye en la salud y el bienestar de las personas (Garrosa *et al.*, 2014) y que se considera imprescindible para afrontar satisfactoriamente los elementos que provocan estrés emocional. Se define como *una orientación global que expresa, hasta qué punto se tiene la sensación de seguridad dominante y duradera, aunque dinámica, de que los estímulos provenientes de nuestro entorno interno y externo en el curso de la vida están estructurados, son predecibles y manejables; los recursos están disponibles para afrontar las demandas que exigen estos estímulos; y estas demandas son desafíos que merecen la energía y compromiso invertidos* (Antonovsky, 1988).

Las personas con un elevado SOC muestran mejor capacidad para evitar las situaciones de peligro, tienden a incorporar con mayor facilidad las conductas promotoras de salud y rechazar las que les son perjudiciales. En cambio, las personas con un SOC bajo no presentan la motivación ni la base cognitiva para un afrontamiento activo (Antonovsky, 1988). Virués-Ortega, Martínez-Martí, Barrio y Lozano en el 2007, afirman que el concepto del SOC no se considera un estilo de afrontamiento, sino una capacidad general de percibir las experiencias vitales, que permite actuar de forma constructiva en situaciones desfavorables. Leisno-Losion, Gien, Katajisto y Välimaki en el 2004, evidenciaron que el SOC no era una característica de la personalidad sino una disposición del individuo. Lindström y Ericksson, en el 2005, lo definieron como un recurso que capacita a las personas para gestionar la tensión, reflexionar sobre sus recursos internos y externos, identificarlos y movilizarlos con la finalidad de encontrar soluciones para conseguir un afrontamiento eficiente y saludable.

La persona con un SOC elevado selecciona la estrategia de afrontamiento que necesita en función del factor estresante con el que se encuentra y ésta es la más adecuada en ese momento concreto (Antonovsky, 1988).

El SOC cuenta con tres dimensiones teóricas que se encuentran estrechamente relacionadas entre sí y que pueden medirse:

1. La comprensibilidad se relaciona con la capacidad de comprensión, es decir, con la sensación de la persona de que es posible entender lo que sucede. Viene dada al percibir de forma estructurada, predecible y explicable el estímulo estresante, independientemente de dónde provenga. Las personas con alta comprensibilidad perciben los estímulos considerando la información como ordenada, consistente, estable, predecible, estructurada y clara, y la dotan de un marco cognitivo (Dejo, 2007).
2. La manejabilidad se relaciona con la capacidad de gestión, es decir, con el sentimiento de ser capaz de afrontar las dificultades de la vida conociendo los recursos de los que se dispone. Indica que los recursos para asumir las demandas que el estímulo plantea se encuentran disponibles para que la persona los utilice (Dejo, 2007).
3. La significación se relaciona con la capacidad de significado, es decir, con el valor que la persona concede a aquello que le está ocurriendo (Dejo, 2007). También es citado como factor motivacional (Lindström y Ericksson, 2011). Se refiere a la percepción que tiene la persona en relación al estímulo. Las personas con significación alta perciben el estímulo como un reto que merece su implicación y esfuerzo (Antonovsky, 1988).

Un SOC elevado permite a las personas percibir la vida como coherente, comprensible, manejable y con significado, concediéndoles la confianza y seguridad interiores para identificar los recursos disponibles, en uno mismo y en su entorno. Al mismo tiempo, les otorga la habilidad para utilizar estos recursos en beneficio de la salud. Según Antonovsky, el SOC es el mayor determinante de la persona respecto al *continuum* bienestar enfermedad porque capacita al individuo para mantener y potenciar su salud física, mental, espiritual y social (Hosrburg, 2000). Las tres dimensiones interactúan entre sí, pero la más relevante es la significación. No en vano, la fuerza motivacional de la vida está relacionada con que la vida tenga significado para la persona (Lindström y Ericksson, 2011).

En la relación del SOC con variables sociales y demográficas se ha descrito la relación positiva significativa entre el SOC y el nivel socioeconómico en las enfermeras, así como entre el SOC y la edad, a mayor edad mayor sentido de coherencia (Leino-Loison *et al.*,

2004). Esta relación también aparece en otros colectivos estudiados como estudiantes o personas con problemas de salud (Ericksson y Lindström, 2006).

En relación a la salud, en la investigación realizada por Leono-Loison *et al.*, en el 2004, se identifica una relación significativa entre el SOC y la salud mental afirmada también por Ericksson y Lindström en el año 2005. A su vez, se muestra la relación entre el SOC, la educación y el apoyo social. Este apoyo y las condiciones sociales muestran que las personas pueden influir en su salud individual, por lo que la sociedad es corresponsable de dar a las comunidades recursos y crear las condiciones necesarias para afrontar la vida de forma saludable (Ericksson y Lindström, 2005; Ida, Miura, Komoda, Yadura, Mano y Hamaguchi, 2009). Esta afirmación es uno de los pilares del modelo de la salutogénesis postulado por Antonovsky (1979,1988,1996).

El constructo SOC se ha relacionado empíricamente con el bienestar y la calidad de vida, y ha demostrado ser un factor protector frente a los factores estresantes que provienen del ambiente laboral y de las dificultades en la conciliación laboral y familiar (Ericksson y Lindström, 2005, 2006). También se han asociado bajos niveles de SOC con problemas de salud como el síndrome de desgaste profesional o la depresión (Basinska, Andruszkiewicz y Grabowsda, 2011), así como altos niveles de SOC con determinadas características de la personalidad como la autoestima y el optimismo (Garrosa *et al.*, 2014).

Salutogénesis y Promoción de la Salud

La Promoción de la Salud es un proceso cultural, social, ambiental, económico y político que se concretó en el año 1986 en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, considerada su Carta Magna. El documento recogió las conclusiones de la conferencia internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la ciudad de Ottawa.

La Promoción de la Salud consiste en proporcionar a las comunidades los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Considerando que, para alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social; una persona o comunidad debe ser capaz de identificar sus aspiraciones, cubrir sus necesidades y cambiar o adaptarse al medio ambiente. A su vez, la carta de Ottawa (1986) identifica a las personas, las comunidades, los entornos y los gobiernos como impulsores de las políticas saludables. La declaración se fundamenta en los Derechos Humanos que son la base de la Promoción de la Salud y en valores como la equidad,

participación y empoderamiento de las personas y comunidades respecto a la salud (Carta de Ottawa, 1986).

El planteamiento del modelo de salutogénesis guarda relación con el marco de la Promoción de la Salud compartiendo sus valores centrales, alrededor de los cuales se desarrolla la investigación y la producción científica (Lindstrom y Eriksson, 2008). Además, la aproximación salutogénica implica fortalecer la salud de las personas, haciendo del potencial de salud una herramienta para una vida productiva y agradable. Este enfoque pretende favorecer el conocimiento necesario a las personas, otorgándoles la potestad de que sean capaces de ocuparse de su salud. La investigación y las acciones enmarcadas en el modelo salutogénico han de plantearse como una línea a seguir dentro de la Promoción de la Salud centrada en conocer, para mejorar y mantener, los factores saludables y proporcionar a las personas los recursos necesarios para identificarlos y utilizarlos, considerando siempre la equidad social.

1.1.2. El sentido de coherencia y la salud percibida

Paralelamente a la evolución del concepto de salud, la comunidad científica ha llevado a cabo una búsqueda de las posibles causas y factores que favorecen que algunas personas gocen de mejor salud que otras, es por ello que existe un amplio número de estudios que analizan la salud de las personas y las poblaciones desde diferentes puntos de vista. De este modo, se han ido desarrollando indicadores que permiten medir la salud, entre los cuales se pueden distinguir aquellos indicadores objetivos como la esperanza de vida, el índice de natalidad o el índice de mortalidad; y los subjetivos que se obtienen mediante registros basados en la percepción o autovaloración que realizan las personas sobre su propia salud. En este último grupo se encuentra la calidad de vida relacionada con la salud, la percepción de salud o la salud percibida (Girón-Daviña, 2010; Grau, 2011).

La salud percibida es considerada como una medida global, incluye las diferentes dimensiones de la salud, ampliando la percepción puramente física, de forma que hay personas que a pesar de presentar limitaciones físicas refieren una buena percepción de salud por sus relaciones con el entorno, sus afectos, su satisfacción emocional o intelectual (Grau, 2011). Este concepto se refiere a la evaluación subjetiva de la influencia de la salud sobre la capacidad de la persona para tener un nivel de funcionamiento que le permita realizar las actividades que le son importantes y que afectan a su bienestar (Rebollo, Valderas y Ortega, 2005). Esta forma de medir concuerda con el hecho de

entender la salud como un proceso y no como un estado que lleva a que las personas experimenten la salud como una sucesión entre la enfermedad y el bienestar y no como un estado bueno o malo en un momento concreto de la vida (Antonovsky, 1979). La concepción de salud percibida no se limita a la mera ausencia de enfermedad sino que implica un estado de bienestar físico, mental, social y espiritual, siguiendo la definición de la Organización Mundial de la Salud. La salud percibida es una medida subjetiva que únicamente puede realizar la misma persona (Grau, 2011).

La salud percibida también es un fuerte predictor del estado de salud de las personas (Giron-Daviña, 2010). Sin embargo, existen líneas de investigación que intentan demostrar que la percepción de salud, se encuentra más relacionada con variables como la personalidad que con los indicadores objetivos de salud (Castro-Vázquez, Espinosa-Gutiérrez, Rodríguez-Contreras y Santos-Iglesias, 2007; Goodwin y Engstrom, 2002), en el sentido de cuestionar la asociación entre la salud percibida y el estado de salud real. Grau, en el 2011, estudió la salud percibida relacionada con el tabaquismo y afirmó que un mismo proceso, totalmente idéntico, con la misma sintomatología y grado de secuelas puede conducir a una mala, regular o buena salud percibida dependiendo de las realidades sociales, familiares y individuales de la persona.

Se ha observado que la percepción de salud se encuentra relacionada de forma positiva con características de la personalidad y la salud mental (Schneider, Driesch, Kruse, Wachter, Nehen y Heuft, 2004). El sentido de coherencia se puede considerar una orientación de la personalidad que facilita enfrentarse a los problemas de salud, que indudablemente influyen en la percepción de salud de las personas (Schneider *et al.*, 2004). Lindström y Ericksson, en su revisión sistemática sobre el SOC y su relación con la salud, analizaron los estudios existentes desde 1992 a 2003 (Lindström y Ericksson, 2005) y concluyeron, coincidiendo con otros autores, que el SOC influye positivamente en la percepción de salud, y existe una relación directa entre un SOC elevado y la percepción de una buena salud (Moreno-Jimenez, González y Garrosa, 1999; Schneider *et al.*, 2004; Tebandeke, 2008). Ericksson y Lindström también se plantearon si el SOC puede actuar como predictor de la buena salud, basándose en los resultados de estudios longitudinales con muestras representativas y concluyeron que, efectivamente, el SOC parece ser un buen factor predictor de la buena salud mental o psicológica y que explica parte de la salud general (Ericksson y Lindström, 2006).

Se ha relacionado a la salud percibida, con otras variables sociales y demográficas como la edad, a menor edad mayor percepción de salud; el sexo, las mujeres presentan menor percepción de salud que los hombres; el nivel socioeconómico, a mayor nivel mayor

percepción de salud; el nivel de estudios, a mayor nivel de estudios mayor percepción de salud; el hábito de fumar, las personas fumadoras refieren menor percepción de salud y el apoyo social, las personas que lo refieren presentan mayor percepción de salud (Castro-Vázquez, Espinosa-Gutiérrez, Rodríguez-Contreras y Santos-Iglesias, 2007; Grau, 2011; Encuesta Nacional de Salud, 2014).

Bajos niveles de salud percibida están relacionados con una mayor tasa de mortalidad (Goodwin y Engstrom, 2002; Grau, 2011) y con la presencia de enfermedad crónica. También la presencia de discapacidad se asocia a menor salud percibida y en sentido positivo se ha relacionado a la supervivencia en personas mayores, así las personas mayores con mayor salud percibida presentan mayor supervivencia (Girón-Daviña, 2010; Grau, 2011).

1.2. El compromiso laboral

1.2.1. Bases teóricas del compromiso laboral

Con anterioridad a la aparición del concepto del compromiso laboral, la psicología ocupacional, se centraba en el malestar de los trabajadores, en la enfermedad profesional o en los procesos psicológicos derivados del estrés laboral, tanto es así que autores como Shaufeli (2005) y Salanova (2011) han considerado que la psicología parece ser la ciencia de los defectos humanos y el mal funcionamiento de las personas (Salanova y Shaufeli, 2009). En esta línea, se diseñaban intervenciones para reducir las consecuencias del estrés al que las personas se encuentran sometidas en el ámbito laboral.

En los últimos años ha surgido la psicología ocupacional positiva (POP), definida como, el estudio científico del funcionamiento óptimo de las personas y de los grupos en las organizaciones, así como su gestión definitiva (Salanova, Martínez y Llorens, 2005, 2014; Salanova y Shaufeli, 2009). Es una aproximación positiva que se centra en el estudio de las fortalezas de los trabajadores y en el funcionamiento óptimo de las organizaciones, generando conocimiento sobre qué características presentan los trabajadores que se mantienen con buena salud y también sobre las características que presentan los trabajos y las organizaciones que se consideran saludables y que, en este sentido, promocionan la salud entre sus trabajadores.

En este marco surge el concepto de compromiso laboral, traducción del término *work engagement* o *job engagement* (Salanova, Lorente, Chambel y Martínez, 2011). No se ha

acordado el término adecuado para la traducción del vocablo, de este modo, autoras como Salanova y Shaufeli (2009) argumentan que el término *engagement* comprende un significado tan amplio que no es posible su traducción, por no encontrar en el idioma una palabra adecuada para ello. Otros autores lo traducen como entusiasmo laboral (Júarez-García y Hernández, 2000), otros como vinculación laboral (Garrosa, *et al.* 2014) y otros como compromiso laboral (Menezes de Lucena, Fernández, Hernández, Ramos y Contador, 2006). El compromiso laboral es el término escogido para esta investigación, al considerar que el vocablo, compromiso en su sentido coloquial más amplio recoge las características de vigor, dedicación y absorción que incluye el concepto. Así pues a partir de este momento al hablar del *engagement* nos referiremos a él como compromiso laboral o compromiso en el trabajo.

Existen dos aproximaciones teóricas que explican el compromiso laboral, por un lado Kahn que en el año 1990 lo conceptualizó desde *la teoría del rol* que sitúa a la persona dentro de la organización donde desarrolla su labor, en un contexto social determinado y en una estructura social y grupal concreta (Katz y Kahn, 1978). Este autor entendió que los trabajadores comprometidos se esfuerzan en su trabajo porque se identifican con él. Una persona se encuentra comprometida con su trabajo cuando está físicamente y cognitivamente involucrada y emocionalmente conectada (May, Gilson y Harter, 2004). En sus investigaciones comprobó que los trabajadores comprometidos se definen a sí mismos en los términos de sus roles de trabajo. Define por ello el compromiso en relación al rol laboral y lo describe como: *en el engagement, las personas utilizan y se expresan a sí mismas física, cognitiva, emocional y mentalmente durante el desarrollo de sus roles* (Kahn, 1990).

Kahn, en 1992, identificó tres condiciones que deben darse para que una persona se comprometa en su trabajo, éstas son: significación, el trabajo en sí mismo es significativo y retador; seguridad, el lugar de trabajo es fiable, seguro y previsible; y disponibilidad, los recursos físicos y psicológicos necesarios están disponibles para mejorar el rol laboral (Kahn 1990,1992). A su vez, desarrolló el modelo teórico de compromiso personal en el rol laboral, el cual, a día de hoy, no ha sido comprobado empíricamente debido a la semejanza entre el instrumento desarrollado para medir el concepto de compromiso y el de satisfacción laboral de las personas (May, *et al.* 2004).

La segunda aproximación teórica al concepto (Salanova y Shaufeli, 2007), parte de la teoría heurística motivacional de demandas-recursos laborales (DRL) de las organizaciones saludables, que contribuye a la comprensión del proceso por el cual los trabajadores se enfrentan al estrés laboral (Bakker y Demerouti, 2008; Halbesleben, 2010;

Bakker y Demerouti, 2014). Según la teoría de DRL, se diferencian dos tipos de características en cualquier actividad laboral. Por un lado, las demandas laborales entendidas como características derivadas de la organización del trabajo que requieren un esfuerzo por parte del trabajador que conllevan un coste físico, mental y/o emocional; y que se consideran factores estresantes que pueden ser desencadenantes del proceso de deterioro de la salud. Por otro lado, los recursos laborales entendidos como características físicas, psicológicas, sociales u organizativas que son funcionales en la consecución de objetivos, que reducen las demandas laborales y que estimulan el crecimiento personal, el aprendizaje y el desarrollo. Los recursos laborales funcionan siempre como elementos motivacionales intrínsecos, pero a su vez, funcionan como extrínsecos cuando fomentan la voluntad de dedicarse más al trabajo y ambos contribuyen al proceso motivacional positivo. Además, la falta de recursos laborales contribuye al aumento de la demanda (Bakker y Demerouti, 2008).

El compromiso laboral, se refiere a un estado afectivo-cognitivo situado en el grado más extremo del proceso motivacional positivo que se da en el trabajo, y se caracteriza por el vigor, la dedicación y la absorción. El vigor, considerado como el componente conductual, se caracteriza por altos niveles de energía y resistencia mental a pesar de las dificultades que se puedan encontrar durante el trabajo. La dedicación, considerada como el componente emocional, se caracteriza por una elevada implicación laboral acompañada de un sentimiento de significación, entusiasmo, inspiración, orgullo y reto por el trabajo. La absorción, considerada como el componente cognitivo, se manifiesta cuando la persona está totalmente concentrada en su trabajo, el tiempo le pasa rápidamente y presenta dificultades para desconectar debido al disfrute experimentado (Schaufeli, Salanova, González-Romá y Bakker, 2002). Las investigaciones sobre la composición del constructo defienden que el vigor y la dedicación demuestran formar parte del compromiso laboral, sin embargo la absorción parece ser una dimensión teórica de éste (Salanova, *et al.* 2014; Schaufeli y Salanova, 2011).

El compromiso laboral se propone como el extremo del proceso motivacional positivo que se genera a partir de los recursos laborales; y en el proceso negativo de deterioro de la salud cuyo extremo es el síndrome de desgaste profesional que surge de las altas demandas que agotan al trabajador. Desde la teoría DRL, se propone identificar los factores de riesgo que contribuyen a desarrollar el síndrome de desgaste profesional y los factores protectores para conseguir el compromiso laboral con el objetivo de promover la salud laboral de los trabajadores dentro de las organizaciones (Bakker y Demerouti, 2008). Existe evidencia empírica de que los recursos laborales funcionan como

predictores del compromiso laboral y están relacionados con el entorno laboral (Hallberg y Schaufeli, 2006; Llorens, Schaufeli, Bakker y Salanova, 2007; Xanthopoulou, Bakker, Demerouti y Schaufeli, 2007). Bakker y Demerouti en el 2014, han reformulado el modelo DRL a partir del modelo circunflejo de las emociones de Russell (Russell, 1980) incluyendo los recursos personales como características capaces de movilizar los recursos laborales y, por tanto, generar más compromiso y entre estos recursos personales se encuentran la felicidad, la satisfacción o el optimismo (Bakker, 2011; Garrosa et al., 2014; Xanthopoulo, 2013).

El compromiso laboral provoca un impacto indirecto en los resultados de la organización debido al estado psicológico positivo del trabajador. Los teóricos, defienden que éste es estable en el tiempo y se encuentra directamente relacionado con las características de la actividad laboral y de la organización (Bakker y Demerouti, 2014; Harter, Schmidt y Hayes, 2002; Laschinger y Finegan, 2005; Laschinger y Leiter, 2006; Salanova, Agut y Peiró, 2005; Shaufeli y Salanova, 2011).

El trabajador comprometido es la persona que se muestra proactiva, busca y acepta responsabilidades relacionadas con su profesión, presenta valores que coinciden con los de la organización y distribuye su trabajo de manera que recibe retroalimentación positiva. Además, si algún aspecto de su trabajo le parece mejorable, expresa sus quejas, plantea alternativas para mejorar y, en caso de que no haya ninguna posibilidad de mejora decide abandonar el puesto de trabajo (Salanova y Shaufeli, 2009). Las organizaciones en la actualidad esperan que los trabajadores muestren iniciativa personal, trabajen en grupo, tomen responsabilidades en el propio desarrollo de su carrera y que lo hagan con tendencia a la excelencia en todas las tareas que emprenden (Salanova y Shaufeli, 2009). También las organizaciones se preocupan por la salud integral de sus trabajadores, denominadas como organizaciones saludables, son las que contratan a personas con un compromiso laboral elevado (Salanova y Shaufeli, 2009). Así, se plantea que el constructo pueda presentarse como un estado colectivo además de individual (Bakker, Albrecht y Leiter, 2011; Salanova, *et al.* 2005).

El compromiso laboral se relaciona de forma positiva con conceptos que se refieren a consecuencias organizacionales, como la conducta fuera del rol establecido o extra-rol (Salanova, *et al.* 2011), la iniciativa personal (Salanova y Schaufeli, 2008), el compromiso organizacional, la implicación laboral (Hallberg y Schaufeli, 2006), la satisfacción laboral (Salanova, Shaufeli, Llorens, Peiró y Grau, 2000) o la afectividad positiva (Langelaan, Bakker, Van Doornen y Schaufeli, 2006). A su vez, se solapa con estados psicológicos más complejos como son el *flow* (Csikszwntmihalyi, 1990) el cual se asimila a la

dimensión de absorción que forma parte del compromiso laboral o la adicción al trabajo que se asemeja a otro de los componentes del constructo como es la dedicación (Salanova y Schaufeli, 2009). También según Garrosa et al. (2014) el sentido de coherencia ha demostrado presentar una implicación en la predicción del compromiso laboral.

1.2.2. El compromiso laboral y el síndrome del desgaste profesional

El síndrome de burnout o de desgaste profesional surgió en 1970 a partir de las investigaciones de Freudenbenger y Maslach, que lo definen como una respuesta de las personas al estrés crónico en el ámbito laboral y desde entonces es un constructo ampliamente estudiado y respaldado empíricamente. Existen más de 6000 publicaciones sobre el síndrome de desgaste profesional en la literatura científica actual, de ahí se desprende el interés que genera en la comunidad científica tanto del ámbito psicológico, sanitario y social para disminuirlo e implementar intervenciones para incrementar el bienestar de las personas (Spencer y Fida, 2014).

La primera referencia sobre el término se encuentra en 1974 por Freudenberger, quien lo define como: *fallar, agotarse o llegar a desgastarse debido a un exceso de fuerza, demandas excesivas de energía o de recursos* (Freudenberger, 1974). A partir de esta primera definición, se han publicado varias propuestas que han contribuido, en gran medida, a la aceptación de la definición que se maneja a día de hoy (Gil-Monte, 2005).

La definición del síndrome de desgaste profesional liderada por Maslach, Schaufeli y Leiter del 2001, lo consideran como: *un conjunto de características que se recogen en tres dimensiones: el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización personal en el trabajo; y que puede aparecer en aquellas personas que desarrollan cualquier tipo de actividad laboral* (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001). El cansancio emocional, se presenta en aquellas situaciones en las que los trabajadores perciben que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo debido a las altas demandas laborales (Gil-Monte, 2005; Salanova y Schaufeli, 2004). La despersonalización aparece cuando hay desarrollo de actitudes y sentimientos negativos hacia las personas destinatarias del trabajo (Gil-Monte, 2005). La falta de realización personal en el trabajo se define como la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, y de forma especial, esa evaluación negativa afecta a su capacidad para realizar el trabajo y para relacionarse con las personas a las que atienden (Gil-Monte, 2005; Salanova y Schaufeli, 2004).

En los últimos años el síndrome de desgaste profesional ha pasado de ser exclusivo de las profesiones dedicadas al servicio a las personas a estudiarse en todo tipo de profesionales y grupos ocupacionales (Salanova, *et al.*, 2000) reformándose el instrumento para medirlo, cuya última versión puede aplicarse a cualquier colectivo profesional (Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson, 1996). La definición que se maneja actualmente del concepto está estrechamente relacionada con el instrumento construido para su medida por Maslach, Jackson y Leiter (1996), tanto es así que algunos autores denuncian este hecho considerando que el síndrome de desgaste profesional es más amplio y abarca más campo que el de las tres dimensiones planteadas y estudiadas por el cuestionario (Gil-Monte, 2005; Schaufeli, Leiter y Maslach, 2009).

El síndrome de desgaste profesional se desarrolla como un proceso cuyo origen se encuentra en las relaciones interpersonales de carácter profesional que conllevan una carga emocional y cognitiva que se establecen en el entorno laboral. Pueden sumarse otras fuentes de estrés, relacionadas con el entorno de trabajo, que la persona debe gestionar y afrontar pudiendo dar lugar a síntomas. Los síntomas que aparecen interaccionan entre sí ocasionando la persistencia de los mismos e incluso la aparición de otros. Esta situación se ve reforzada negativamente si el entorno laboral se encuentra en condiciones adversas que provocan que la persona no encuentre los recursos necesarios para afrontar la situación de estrés crónico a la que se ve sometida (Gil-Monte, 2005).

El síndrome de desgaste profesional y sus consecuencias, contra la salud y el bienestar de las personas se puede estudiar, desde una perspectiva clínica, o bien, desde una perspectiva psicosocial. Desde la primera, el síndrome de desgaste profesional se entiende como un estado mental negativo al que el sujeto llega como consecuencia del estrés laboral. Esta perspectiva, recogida en la revisión de Gil-Monte (2005), no es útil para comprender el fenómeno en su totalidad ni tampoco para su tratamiento o prevención por centrarse únicamente en el tratamiento de los síntomas relacionados. En cambio, el estudio del síndrome desde el abordaje psicosocial se considera más útil para entender su inicio y progresión y en esta perspectiva, el síndrome se describe como un proceso reversible si las estrategias de afrontamiento son adecuadas para gestionar la situación de estrés laboral crónico (Gil-Monte, 2005).

Desde la perspectiva clínica, se describen alrededor de 100 síntomas derivados del síndrome de desgaste profesional que se pueden organizar mediante diferentes clasificaciones; por ejemplo, según afecten negativamente a afectos y emociones como: agotamiento emocional o irritabilidad; a cogniciones, como baja autoestima o sensación de fracaso; a actitudes como cinismo, despersonalización o apatía; a conductas como

aislamiento; a quejas constantes o absentismo; al sistema fisiológico como insomnio, dolor de cabeza o dolor de espalda. Otra clasificación planteada separa los síntomas según sean físicos, de desarrollo de conductas de exceso, de problemas de ajuste emocional, de alteración de las relaciones interpersonales, de síntomas actitudinales o de cambios en los valores y en las creencias (Gil-Monte, 2005).

Desde la perspectiva psicosocial y según Maslach, el proceso se inicia con la aparición del cansancio emocional, posteriormente aparece la despersonalización y, en último lugar, la baja realización personal en el trabajo. Esta hipótesis se encuentra avalada de manera empírica por numerosos estudios recogidos por Gil-Monte en el año 2005. Otro elemento de discusión es la condición unidimensional o multidimensional del constructo, empíricamente parece demostrada su estructura multidimensional, de manera que se encuentra compuesto por el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización personal, como ya se ha comentado. En contra se defienden la condición unidimensional del síndrome de desgaste profesional, limitándolo al cansancio emocional (Kristensen, Hannerz, Hogh y Borg, 2005; Pines, Aronson y Kafry, 1981; Shirom y Melamed, 2006).

Las dimensiones del síndrome de desgaste profesional según el Maslach Burnout Inventory (MBI), están extraídas de los análisis factoriales del instrumento, elaborado para su medida, y son los síntomas principales que forman parte de la definición misma del síndrome. El cansancio emocional y la despersonalización se consideran los síntomas centrales del síndrome de desgaste profesional que provocan en la persona poca energía para desarrollar su trabajo (Cansancio emocional) y escasa identificación con el mismo (Despersonalización) (Schaufeli y Taris, 2005).

Parece no haber discusión en que la progresión del síndrome de desgaste profesional se encuentra sujeta a la interacción entre las variables personales del individuo que lo sufre y las condiciones del entorno laboral en el que se encuentra, produciendo un proceso multifactorial con múltiples causas y consecuencias directas sobre la salud y el bienestar de la persona. Aún con ello, no hay evidencia científica suficiente que permita a la comunidad científica definir un consenso sobre el modelo del proceso que finalmente conlleva el desgaste profesional. Sí existe consenso sobre el carácter de patología de este problema, es decir, está ampliamente considerado como una enfermedad relacionada con el trabajo, no ocurre así con su diagnóstico clínico, ya que hasta el momento no existe ningún instrumento ni prueba que permita diagnosticar dicha enfermedad (Gil-Monte, 2005).

Las personas con síndrome de desgaste profesional se quejan y sienten frustración relacionada con la actividad laboral que desempeñan, se mantienen pasivos, y en este sentido asumen que no pueden hacer nada para cambiar la situación que están viviendo. Además se comportan de forma cínica y distante y a su vez desarrollan situaciones donde suelen recibir retroalimentación negativa (Gil-Monte, 2005).

Leiter y Maslach (2004) teorizan sobre la relación entre el compromiso laboral y el síndrome de desgaste profesional y afirman que estos son los dos extremos opuestos de un mismo proceso. En una revisión realizada por Simpson en el 2009 sobre el tema se han analizado seis estudios que investigaron empíricamente el modelo planteado por Leiter y Maslach, sin que ninguno de ellos pueda llegar a conclusiones definitivas sobre este aspecto. Por el contrario, autores como Shaufeli y Salanova, argumentan que el compromiso laboral es un concepto distinto e independiente del síndrome de desgaste profesional, aunque aceptan que los dos constructos son contrarios. Estar comprometido con el trabajo representa un concepto mayor que no sufrir el síndrome de desgaste profesional (Shaufeli y Salanova, 2002) pudiéndose considerar que las personas sin desgaste profesional no necesariamente son personas con compromiso laboral (Salanova y Schaufeli, 2009; Simpson, 2009).

Las dimensiones del vigor y la dedicación del compromiso laboral son opuestas a las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización, respectivamente. Por el contrario, la tercera dimensión del compromiso laboral, la absorción, no ha indicado ninguna relación empírica con la realización personal (Salanova y Shaufeli, 2004). En esta línea, Leiter y Maslach, defienden que el compromiso laboral se puede medir con el instrumento MBI, considerando que éste se da cuando son bajas las puntuaciones de las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización y altas las puntuaciones de la realización personal (Leiter y Maslach, 2004). Otros autores como Shaufeli, Bakker y Salanova han desarrollado un instrumento (Utrecht work engagement scale, UWES) para medir el concepto que defienden como independiente del síndrome de desgaste profesional. El UWES después de su validación en muestras de empleados y estudiantes consta de 17 ítems que miden el vigor, la absorción y la dedicación en el trabajo de las personas. Se puede afirmar que el compromiso laboral es un constructo formado por tres factores íntimamente relacionados, que son medidos por tres escalas internamente consistentes (Shaufeli, Bakker y Salanova, 2006).

1.3. El optimismo disposicional

En los últimos años, la investigación sobre los rasgos de personalidad y los recursos psicológicos que favorecen la salud y el bienestar de las personas ha aumentado considerablemente encabezada, especialmente por Seligman en el 1999 y enmarcada en la psicología positiva. El origen de la psicología positiva es fruto del cambio de paradigma, de abandonar el estudio de las cuestiones patológicas del comportamiento humano (entre otros muchos campos que abarca la psicología) e iniciar el estudio de las cuestiones que demuestran tener un efecto positivo en la conducta de las personas, que la evidencia ha demostrado que repercuten en todos los ámbitos de la vida entre ellos el ámbito de la salud (Avia y Vázquez, 1998).

1.3.1. Modelos explicativos del optimismo

En la psicología positiva, el optimismo es uno de los constructos que estudia la personalidad y surge de la reformulación de la teoría de Abramson, Seligman y Teasdale en el 1978, como una forma de explicar las respuestas de afrontamiento a los acontecimientos negativos que suceden a las personas en sus vidas. Así, el optimismo es clasificado como una de las virtudes o fortalezas registradas en la clasificación *Character Strengths and Virtues* (CSV) diseñada por Peterson y Seligman en 2004. Esta clasificación está basada en las cualidades positivas de las personas y complementa la clasificación del *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) utilizada por la psicología y basada en el modelo biomédico (American Psychiatric Association, 2013).

Existen dos perspectivas teóricas para el estudio del optimismo, una de ellas es la del estilo explicativo de pesimista-optimista de Peterson y Seligman del 1988; y la otra la del optimismo disposicional de Scheier y Carver del 1985 y 1987.

Desde la perspectiva de Peterson y Seligman, el optimismo y el pesimismo se han señalado como patrones de atribuciones sobre las causas de los eventos, centrándose en la idea de que las personas basan las expectativas de los resultados que obtendrán de un evento concreto en la experiencia de resultados obtenidos anteriormente en situaciones similares. Estos autores han definido el estilo explicativo optimista como la tendencia a describir los acontecimientos negativos mediante una causa externa a uno mismo, inestable en el tiempo y específica del ámbito concreto al que afecta. En cambio, el estilo explicativo pesimista es considerado como la tendencia a explicar los acontecimientos negativos con una causa interna a uno mismo, estable en el tiempo y con un efecto global en todos los ámbitos de la vida de la persona. Según estos autores, las diferencias entre

ambos estilos explicativos se establecen mediante tres dimensiones descriptivas: la externalidad/internalidad entendida como el grado en que uno se considera responsable del suceso, la estabilidad/inestabilidad que considera si la causa del suceso está presente durante todo el tiempo o no y la globalidad/especificidad que considera si un aspecto del suceso o de su explicación domina al resto de los aspectos de la vida de la persona (Peterson y Seligman, 1988).

Desde la perspectiva del optimismo disposicional en la que se enmarca esta investigación, se parte de la idea de que el optimismo afecta positivamente a la salud basándose en que la creencia sobre los resultados de una acción concreta afecta a la decisión de actuar de una u otra manera ante un acontecimiento concreto (Bandura, 1977; Seligman, 1975). En esta línea, Carver y Scheier en el 1981 construyeron el modelo de autorregulación de la conducta que explica que ante las dificultades cotidianas aquellas personas que aprecian los resultados de las acciones como posibles, continúan dirigiendo esfuerzos a conseguirlos, a pesar de las dificultades. Por el contrario, si las personas perciben o valoran los resultados como inalcanzables reducen los esfuerzos dirigidos a la acción hasta desvincularse o abandonarla. Desde esta perspectiva, se posiciona el optimismo como un determinante de las conductas de las personas, es decir como la tendencia a esperar que en el futuro ocurran eventos positivos. En 1987, Scheier y Carver, explicaron el optimismo como un rasgo o disposición de la personalidad, nombrándolo como optimismo disposicional y lo definieron como *la tendencia, expectativa o creencia estable y generalizada de que en la vida ocurrirán cosas positivas*, considerando que las personas optimistas tienden a tener confianza en los resultados y persisten en los diferentes desafíos que les plantea la vida mientras que las personas pesimistas tienen una dudosa y vacilante confianza en los resultados y ello provoca que no dirijan esfuerzos a la consecución de los resultados o incluso ni inicien la resolución del desafío planteado. Las diferencias que se generan entre las personas optimistas y las pesimistas, a la hora de enfrentarse a la adversidad, tienen implicaciones a considerar en la forma en que las personas afrontan los factores estresantes con los que se encuentran en su vida cotidiana (Carver, Scheier y Segerstrom, 2010).

Carver *et al.*, en una revisión realizada en 2010 sobre el tema, explicaron que las personas absolutamente pesimistas son una minoría, la gran mayoría son optimistas pero en diferentes grados (Segerstrom, 2006). Existe aún discusión sobre si el constructo del optimismo es un concepto de una única dimensión con dos extremos (optimismo-pesimismo) o bien se está delante de dos dimensiones independientes que a su vez poseen diversos grados (de mayor a menor). Estudios realizados por Carver *et al.* en

2010, Carver y Scheier en 2014 y Rasmussen, Scheier y Greenhouse en 2009 avalan las dos opciones y no existe un consenso entre los expertos.

La estabilidad del constructo del optimismo ha sido discutida desde dos perspectivas que se recogen en los trabajos del Carver *et al.* del 2010 y Carver y Scheier en el 2014. Por un lado, no se conoce si el optimismo es estable durante la vida de las personas ni tampoco si ante hechos concretos acontecidos en la vida, el optimismo oscila para luego volver al valor previo al hecho ocurrido o bien se sitúa en un valor nuevo. Scheier y Carver (1987) lo han considerado como un rasgo estable de la personalidad y este hecho ha sido corroborado por otros investigadores (Atienza, Stephens y Townsend, 2004; Lucas, Diener, y Suh, 1996). Por el contrario, Segerstrom en el 2007, en un estudio longitudinal en estudiantes de derecho demostró la inestabilidad del optimismo en algunas personas, que disminuyó en momentos de eventos vitales, cuando se rompió con una experiencia concreta y cuando los resultados que se esperaban en un futuro fueron inciertos.

Una cuestión discutida e investigada es si el optimismo es una característica de la personalidad o puede adquirirse. Al optimismo se le atribuye un 25% al factor hereditario (Plomin, Scheier, Bergeman, Pedersen, Nesselroade y McClearn, 1992) que Carver *et al.* (2010) consideran una atribución a considerar. El 75% restante parece ser que puede modificarse. Actualmente, se desconoce si funciona de igual manera el optimismo natural que el optimismo adquirido o aprendido (Carver *et al.*, 2010; Carver y Scheier, 2014). Se han apuntado que factores como: la estabilidad familiar, el amor de los padres y la seguridad económica en la niñez pueden actuar como predictores del optimismo en edad adulta (Heinonen, Räikkönen y Keltikangas-Järviene, 2005; Heinonen, Räikkönen, Matthews, Scheier, Raitakari, Pulkki, *et al.* 2006).

1.3.2. El optimismo disposicional, la salud y otras variables relacionadas

Son numerosos los estudios que han generado conocimientos sobre el optimismo disposicional y su vinculación con distintas variables como las socioeconómicas y el apoyo social de las personas, ambos indicadores utilizados para cuantificar la salud individual de las personas (Carver *et al.*, 2010; Carver y Scheier, 2014).

Se ha relacionado al optimismo con una mayor cantidad de ingresos económicos (Segerstrom, 2007). Además, el optimismo en estudiantes prevé el nivel de ingresos económicos a los 10 años y se ha observado una asociación positiva y significativa entre la estabilidad socioeconómica de los padres y el optimismo de los hijos ya en edad adulta

(Carver *et al.*, 2010). Considerando la variable del apoyo social, las personas optimistas poseen mejores conexiones sociales y, a su vez, perciben más apoyo social por parte de la pareja, la familia y los amigos (Carver *et al.*, 2010; Carver y Scheier, 2014). Varios estudios han establecido una relación positiva entre el optimismo y mayores incrementos de las redes sociales de las personas, esto es a mayor optimismo mayor número de relaciones sociales (Brissette, Scheier y Carver, 2002; Carver, Lehman, y Antoni, 2003; MacLeod y Conway, 2005; Segerstrom, 2007; Taylor, 2007). Cabe señalar que las redes sociales y el optimismo parecen tener elementos que se refuerzan mutuamente, siendo las redes sociales un elemento que genera bienestar en las personas. Las personas optimistas viven mejor las relaciones de pareja que son más duraderas que las personas menos optimistas (Carver *et al.*, 2010; Carver y Scheier, 2014).

Según Lindström y Ericksson (2011), el optimismo se puede relacionar con el modelo salutogénico, así como con otras teorías sobre constructos positivos como son la esperanza (Zimmerman, 1992), la resiliencia (Wener, 1982) y la autoeficacia (Bandura, 1977), la relación de las cuales con el optimismo ha sido estudiada por Gavrilov-Jerkovic, Jovanovic, Zuljevic y Brdaric en el 2013. Como ya se ha comentado, la conceptualización de Antonovsky del SOC se basa en construcciones tales como la comprensibilidad, la manejabilidad y la significación y el autor no utilizó el término optimismo explícitamente en sus escritos sobre el modelo, salvo en un artículo donde afirmó que el optimismo se encuentra relacionado con el SOC (Antonovsky, 1996). Chang en 2001 se refirió al SOC como una construcción relacionada con el optimismo disposicional y algunos autores los han correlacionado disposicional y SOC se originan de diferentes marcos teóricos, y no han sido suficientemente investigados en el mismo contexto (Chang, 2001).

La forma en que las personas afrontan los eventos estresantes de la vida cotidiana y cómo les afectan los resultados obtenidos influyen directamente en la salud individual (Scheier, Carver y Bridges, 2001). Las optimistas se enfrentan de manera más saludable a los problemas y demandas que se presentan diariamente en la vida y son más resistentes a los efectos biológicos y psicológicos causados por el estrés y las enfermedades (Carver *et al.*, 2010; Chico, 2002; Márquez-González, Losada, Peñacoba y Romero-Moreno, 2009; Scheier *et al.*, 2001). El enfrentamiento al estrés que realizan las personas se sitúa como un proceso mediador entre el optimismo disposicional y el estado de salud físico (Carver *et al.*, 2010; Jobin, Wrosch y Scheier, 2014). Las que gozan de optimismo afrontan directamente el problema que se les plantea, o bien lo realizan acomodándose a la situación cuando entienden que no hay solución para el problema concreto con el que se encuentran. Estudios como los efectuados por Zhao, Huang, Zhao

y Peng en 2014 en 500 estudiantes de China donde comparaban el optimismo disposicional con la toma de decisiones médicas y terapéuticas, demostraron que el optimismo afectaba significativamente a las decisiones tomadas por éstos. Los estudiantes con mayor optimismo optaban por la decisión médica de mayor riesgo con la finalidad de conseguir mayor beneficio a largo plazo.

Las personas optimistas presentan una resistencia psicológica mayor y son más capaces de recuperarse de un suceso adverso con mayor eficacia que las personas con menor optimismo (He, Cao, Feng, Guan y Peng, 2013). Hay investigaciones que han demostrado que las personas optimistas sufren menor angustia después de esperar un resultado y no conseguirlo (Rasmussen, *et al.*, 2009). En este sentido, el optimismo funciona como protector frente la ansiedad y la depresión, se considera contrario a la desesperanza y parece aportar resistencia frente a factores estresantes de la vida que se asocian la con la alteración o pérdida de la salud mental (Carver *et al.*, 2010).

Los estilos de vida escogidos por las persona son importantes para la promoción, mantenimiento y protección de la salud (Generalitat de Catalunya, 2012) y las que poseen optimismo tienden a tener mejor conocimiento sobre los factores de riesgo de las enfermedades y ejercitan acciones para promover y proteger su salud; como son la dieta saludable y la realización de ejercicio físico. Las personas optimistas presentan mayor confianza en que las conductas que realizan para mantener su salud tengan éxito y ello las ayuda a perseverar en dichas conductas (Carver *et al.*, 2010).

Carver *et al.*, en 2010, en una revisión sobre el optimismo señalan que se le ha relacionado con el bienestar físico y mental de manera que las personas más optimistas presentan mayor bienestar. Hanssen, Vanclief, Wlaeyen y Peters, en 2014, en un estudio donde investigan al optimismo disposicional como mediador del bienestar físico y mental, concluyen que este realiza esta función, las personas con mayor optimismo presentar mayor bienestar. Así mismo, el optimismo promueve un mayor nivel de bienestar físico en las personas y se posiciona como factor protector frente a presentar síntomas físicos de enfermedades como la enfermedad coronaria y el cáncer (Peterson y Bossio, 2001; Ramussen *et al.*, 2009) y disminuye la probabilidad de hospitalización para estas enfermedades (Carver y Scheier, 1981; Martínez-Correa, Reyes del Paso, García-León y González-Jareño, 2006; Scheier, Matthews, Magovern, Lefebvre, Abbott y Carver, 2003).

Por el contrario, las personas pesimistas utilizan en la diversidad de las situaciones de la vida un enfrentamiento basado en la negación o eluden el problema en cuestión. Se ha demostrado que la tasa de abandono escolar es más elevada en los estudiantes

pesimistas (Solberg Nes, Evans y Segerstrom, 2009). A su vez son personas más propensas a desarrollar conductas desadaptativas que afectan negativamente a su salud como son el consumo de alcohol, drogas y otros comportamientos de riesgo. Incluso los resultados de algunas investigaciones señalan que el pesimismo puede llevar a las personas a patrones de conducta autodestructivos totalmente contrarios a su salud. En relación al apoyo social se conoce que las personas pesimistas tienden a romper con las relaciones sociales cuando ocurre algún evento adverso en su vida como alguna clase de pérdida o una enfermedad (Carver, *et al.*, 2010).

En el ámbito laboral se está estudiando el optimismo entre otros constructos (la resiliencia, la esperanza, la autoeficacia) como un recurso psicológico que permite a los trabajadores permanecer motivados y repercute en su comportamiento dentro de la organización (Laschinger y Grau, 2012; Luthans, Avolio, Avey y Norman, 2007; Salanova y Shaufeli, 2009). Este grupo de recursos que se han estudiado de manera conjunta reciben el nombre de capital psicológico, también las personas con mayor capital psicológico presentan mayor compromiso laboral (Bakker, 2011; Bakker y Demerouti, 2008; Xanthopoulos, 2013).

1.4. La enfermera en el ámbito sociosanitario

1.4.1. El ámbito sociosanitario en Cataluña

El ámbito sociosanitario en Cataluña forma parte de los niveles asistenciales e incluye tanto los hospitales como la comunidad con los servicios de hospitalización, atención diurna ambulatoria y equipos de valoración y apoyo (Generalitat de Catalunya, 2015b)

El modelo de asistencia sociosanitaria de Cataluña contempla los principios básicos de la atención: es integral, global, interdisciplinar, universal y equitativa en los servicios prestados y en los recursos que se utilizan. También fomenta los principios de autonomía y participación de las personas y las familias; procura la permanencia de la persona en su domicilio el máximo tiempo posible con una calidad de vida aceptable, garantiza la continuidad asistencial mediante el despliegue de servicios y la coordinación entre ellos. El modelo se plantea desde el trabajo por objetivos tras una valoración integral de la persona, de la familia y del entorno (Generalitat de Catalunya, 2004).

La atención sociosanitaria se orienta a cubrir las necesidades de las personas con problemas de salud mental, con adicciones, con problemas neurodegenerativos o

neurológicos que cursan con discapacidad, con la enfermedad del Síndrome Inmunodeficiencia Adquirida, a las personas mayores con problemas de salud, con patología de Alzheimer y otras demencias, y las que se encuentran en situación terminal (Salvà-Casanovas, Llevadot, Miró, Vilalta y Rovira, 2004). Entre estos grupos, el de mayor número en las instituciones de atención continuada es el de las personas mayores con problemas de salud (incluidas las personas con la enfermedad de Alzheimer y otras demencias y las personas en situación terminal), debido, entre otros factores, a los cambios demográficos que evolucionan hacia un envejecimiento de la población cada vez mayor (Abades-Porcel, 2013). El grupo de edad de 65 años o más representa el 17,95% de la población catalana y el índice de envejecimiento para este grupo se situó en el 113, en el año 2013 (Generalitat de Catalunya, 2014a).

Existe un incremento del porcentaje de sobreenvjecimiento, entendido como población de 85 años y más por 100 habitantes de 65 años y más, que en el 2013 se situaba en un 15% (Generalitat de Catalunya, 2014a). En el 2020 se estima que será del 27,9% (Generalitat de Catalunya, 2015a) y se espera que en el 2041, 2,5 millones de catalanes tendrán más de 65 años y, de ellos, medio millón superaran los 85 años (Generalitat de Catalunya, 2014a). Esta situación está condicionada por la disminución de la mortalidad y de la natalidad y el incremento de la esperanza de vida debido a los avances científicos de la medicina.

Este envejecimiento de la población presenta, un incremento de la prevalencia de patologías crónicas que tiene como consecuencia un aumento de personas frágiles con riesgo de discapacidad y un incremento de la demanda sanitaria (Generalitat de Catalunya, 2015a). Según los últimos datos de la Encuesta de Salud de Cataluña del 2013, dos tercios de la población de más de 65 años declaran presentar una o más patologías crónicas y éstas se asocian habitualmente a problemáticas sociales. Ello implica una demanda de los recursos sociosanitarios y de las necesidades sanitarias y sociales de esta población (Abades-Porcel, 2010).

En el 1986, el *Departament de Sanitat i Seguretat Social* creó el *programa Vida als Anys* (PVAA) (2004), que inició el modelo actual de atención sociosanitaria en Cataluña contemplando la integración de los servicios sociales y sanitarios en una única prestación para las personas mayores enfermas, enfermas crónicas y en situación terminal (Salvà-Casanovas *et al.*, 2004). A raíz de la creación del *Departament de Benestar Social*, en el año 1988, el PVAA presentó una dependencia interdepartamental, perteneciendo administrativamente a los dos departamentos. Posteriormente la ley del 15/1990 del 9 de julio, de Ordenación sanitaria de Cataluña determinó que el *Servei Català de la Salut*

(Catalut) realizaría los servicios de la atención sociosanitaria. Progresivamente, se fueron desarrollando los servicios asistenciales dentro de la comunidad y en primer lugar se crearon las unidades de larga estancia, cuyo promedio de ocupación debe ser superior a los seis meses y se utilizan para la rehabilitación y la asistencia a las personas. Los hospitales de día, cuyo funcionamiento es diurno, pretenden dar rehabilitación funcional, evitar el internamiento, proporcionar educación para la salud y dar apoyo a la familia de las personas con necesidades sociosanitarias. Finalmente, se crearon los programas de atención domiciliaria y equipos de apoyo (PADES) y las unidades funcionales interdisciplinarias sociosanitarias (UFISS), ambos son equipos de asistencia ambulatoria a personas con necesidades sociosanitarias (Generalitat de Catalunya, 2004).

A partir de 1992, se crearon las unidades de media estancia o convalecencia, que atienden a personas con una estancia prevista inferior a los tres meses y cuyo objetivo es su recuperación después de un proceso agudo, la rehabilitación funcional y el retorno al domicilio una vez recuperadas. Las unidades de cuidados paliativos, cuya ocupación prevista es similar a la media estancia y sus objetivos son favorecer el confort de las personas mediante el control de síntomas relacionados con la patología, el tratamiento hospitalario necesario, el apoyo y la ayuda a la persona y a la familia en el proceso del final de la vida y el mantenimiento de la mayor calidad de vida posible en las personas durante los procesos terminales de la enfermedad. Por último, se crearon las unidades de Evaluación de Atención Integral Ambulatoria (EAIA) ubicadas en centros hospitalarios o sociosanitarios cuya función es realizar una valoración integral de las personas de manera ambulatoria para garantizar una buena gestión de los cuidados, los tratamientos y la utilización de los recursos necesarios (Generalitat de Catalunya, 2004).

Estos servicios asistenciales, pueden ofrecerse conjuntamente en un mismo centro como son los hospitales y los centros sociosanitarios con múltiples líneas de servicio o los centros sociosanitarios predominantemente de larga estancia o bien algunos de los servicios se encuentran ubicados en hospitales de agudos (Generalitat de Catalunya, 2004). Los centros de atención continuada, que permiten el ingreso de las personas las 24h del día, constituyen el núcleo donde se ha desarrollado el modelo de atención sociosanitaria en Catalunya (Generalitat de Catalunya, 2004, 2013c). La provisión de los servicios se realiza mediante diferentes fórmulas jurídico administrativas que permiten la contratación con los centros y se establecen los convenios con los gestores o proveedores (Abades-Porcel, 2010).

En Cataluña, la atención sociosanitaria ofrece sus servicios en 96 centros de internamiento, con un total de 8740 plazas, de las cuales, 5190 son plazas de larga

estancia; y 3550 de media estancia y convalecencia; 73 hospitales de día con 2033 plazas; 65 UFISS, 80 EAIA y 113 PADES. Concretamente en la región sanitaria de Girona hay 12 centros sociosanitarios de internamiento con un total de 551 plazas de larga estancia, 286 de media estancia, 234 plazas de hospital de día, 8 EAIA, 9 UFISS y 8 PADES (Generalitat de Catalunya, 2014b).

La OMS, desde el año 2005, aconseja adecuar las políticas de salud, para afrontar el reto de la cronicidad, evolucionando hacia modelos de atención con mayor integración y multidisciplinariedad; orientados a las necesidades de las personas que generen activamente la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. En esta línea, el *Pla de Salut de Catalunya 2011-2015* ha propuesto una transformación del modelo explicado anteriormente, integrando y coordinando los recursos específicos sociosanitarios existentes con los servicios y centros hospitalarios y de atención primaria y comunitaria vigentes en la actualidad. Las directrices del plan consideran que se demuestra imprescindible que los servicios sociosanitarios trabajen junto a la atención especializada y la atención primaria de salud de forma multidisciplinar y continuada considerando que el centro de atención es la persona y su entorno (Generalitat de Catalunya, 2015a).

Como estrategia interdepartamental para transformar el modelo asistencial vigente, los Departamentos de *Salut y de Benestar Social i Família* han elaborado el *Pla Director de l'àmbit sociosanitari* (2013b), el *Programa de Prevenció i Atenció a la Crònicitat* (PPAC) (2013c) y el *Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària* (PIAISS) (2014c) cuya finalidad es establecer el marco de actuación integral necesario y avanzar en la coordinación de los servicios sociales básicos y los servicios sanitarios, proponiendo directrices que permitan adecuar los recursos del ámbito sociosanitario a las necesidades de las personas.

En primer lugar, se propone promocionar modelos de atención comunitaria proactivos para las personas con patología crónica a través de actuaciones como acercar los recursos sociosanitarios ambulatorios al ámbito de atención primaria con el objetivo de reforzar la atención con un enfoque comunitario, orientado a conseguir un envejecimiento saludable de la población y atender proactivamente a las personas en las situaciones en las que presentan fragilidad y pre discapacidad. Para ello, se plantea diseñar programas comunitarios para prevenir la fragilidad y la vulnerabilidad de la población, utilizando la promoción de la actividad física, el apoyo nutricional, la prevención de caídas o la prevención de complicaciones que pueden aparecer durante el ingreso hospitalario de las personas en situación de fragilidad (Generalitat de Catalunya, 2015a).

En segundo lugar, se plantea la creación de alternativas a la hospitalización convencional en las personas con patología crónica que requieren reingresos por exacerbaciones de su enfermedad con el objetivo de conseguir mejores resultados en salud, mayor accesibilidad y eficiencia del sistema que da cobertura a esta población. En esta línea, se propone la creación de un nivel intermedio de atención que contempla un conjunto de servicios integrados para promover una recuperación mayor de la enfermedad, prevenir el ingreso innecesario en hospitales de agudos, prevenir el internamiento prematuro de larga estancia, facilitar el alta hospitalaria puntual y maximizar la autonomía de la persona. Con el nivel de atención intermedio se pretende una sustitución parcial de la atención hospitalaria en personas mayores con comorbilidad y situaciones de complejidad asistencial, por alternativas como son la hospitalización de subagudos y la promoción de la atención domiciliaria integrada (Atención primaria, hospitalización en domicilio y PADES) (Generalitat de Catalunya, 2015a).

En tercer lugar, se propone la creación de un nivel de atención de larga estancia que incluya los servicios sociales de internamiento vigentes como son las residencias geriátricas y parte de la larga estancia sociosanitaria actual. A su vez, se pretende promover el conocimiento clínico de los profesionales, la investigación y la innovación para mejorar la eficiencia de los recursos sociosanitarios existentes. Para ello, los sistemas de información y las tecnologías de la información y la comunicación son elementos fundamentales según el *Pla d'adequació de la xarxa sociosanitaria en l'atenció a la cronicitat* (2015).

El nuevo modelo plantea una concepción global, integral, holística de la persona basada en la multidisciplinariedad del equipo asistencial. La tipología de persona que utiliza los servicios presenta una alta complejidad de cuidados que, a pesar de no estar basados en la tecnificación, lo están en el abordaje holístico de la persona, de su entorno y su familia. Los profesionales que desempeñan su trabajo en los servicios sociosanitarios y, concretamente, las enfermeras presentan una elevada competencia en la atención integral a las personas mayores con patología crónica y en trabajo interdisciplinar altamente coordinado lo cual las posiciona con un rol relevante y único en la transformación hacia un modelo de atención centrado en la persona y en sus necesidades (Heckman, Molnar y Lee, 2013).

1.4.2. La enfermera en el ámbito sociosanitario

El rol de la enfermera en los distintos ámbitos laborales se fundamenta en los valores de la profesión y su conocimiento es necesario para analizar el trabajo que desarrollan las profesionales. Los valores de la profesión se recogen en los códigos éticos y son publicados por organismos nacionales e internacionales como son los colegios profesionales. Basurto, Lobato, Weis, de Lorenzo, Elsdén, Schank (2009), después de una profunda revisión sobre los valores de la enfermería, identificaron los valores comunes y universales de la profesión que son la defensa de la dignidad de las personas, la salvaguarda de los derechos humanos, la responsabilidad, la confidencialidad, la tolerancia, la equidad y la justicia, la solidaridad, la competencia profesional, la excelencia, la promoción y protección de la salud, la autonomía, la veracidad, el estatus profesional, el trabajo en equipo, el respeto, la libertad y la conservación del medio ambiente.

En Cataluña, en el 2013, se publicó la revisión del *Codi Ètic de les Infermeres i Infermers de Catalunya*, en el que se describen los grandes valores de la profesión como la responsabilidad dentro de la cual se incluye la competencia profesional y la seguridad; la autonomía; la intimidad y la confidencialidad; la justicia social; y el compromiso profesional dentro del que se incluye el trabajo en equipo, la formación, la protección del medio ambiente, la veracidad, la objeción de conciencia, el derecho a la huelga y el estatus social. Estos grandes valores de la Enfermería se consideran la base del desarrollo diario de la profesión, de la priorización de intervención y de la toma de decisiones en cualquier situación y en cualquiera de los diversos ámbitos de trabajo de las enfermeras (Basurto, et al., 2009) y han de ser asumidos, practicados y defendidos por cada una de las profesionales que configura el colectivo; se transmiten durante la formación universitaria y en la práctica clínica (Ramió, 2005). En este sentido, el rol que desempeña la enfermera se encuentra condicionado por la aplicación y defensa de los valores, el ejercicio de las habilidades y la aplicación del conocimiento adquirido y constituyen su identidad profesional (García, Torres y Ballesteros, 2010), que fue descrita por Ramió en 2005, como “la experiencia y sentimiento de *ser enfermera* en contraposición de simplemente *trabajar de enfermera*”.

Las enfermeras están sometidas a gran número de factores laborales estresantes (Bargagliotti, 2011; Edwards y Burnard, 2003; Kim, Capezuti, Boltz y Fairchild, 2009; McVicar, 2003; Van Bogaert, Timmermans, Mace, Van Heusden, Wouters y Franck, 2014). Algunos de estos factores son considerados como características específicas de las profesiones dedicadas al servicio de otras personas. Concretamente en la enfermería los factores estresantes están relacionados con el proceso de enfermedad-bienestar, las

situaciones cambiantes de forma rápida relacionadas con la urgencia vital, los procesos al final de la vida y la muerte, el control del dolor, la relación profesional-usuario y otras situaciones relacionadas con el entorno profesional como los conflictos de rol entre profesionales y la escasez de recursos (Bargagliotti, 2011; Edwards y Burnard, 2003; Fronteira y Ferrinho, 2011; Minganote y Pérez, 2003; Van Bogaert *et al.*, 2014). Algunos autores incluso consideran que las demandas que supone el cuidado de otras personas y el hecho de tratar con personas al final de su vida son demasiado estresantes para las profesionales (Kuo, Jeo-Chen y Li, 2008; Rout, 2001). También el estilo jerárquico, con relaciones de poder verticales predominante en las instituciones sanitarias pueden considerarse como fuente de conflictos y consecuentemente como fuente de estrés (Amezcuca, 2011).

La actividad laboral en el sistema de salud implica una formación continuada de las profesionales por la introducción de innovadores sistemas de gestión de calidad o gestión de conocimientos entre otros. Además, en los últimos años, se han producido cambios en la profesión enfermera relacionados con la titulación académica: pasando de diplomados de enfermería a equipararse con el resto de titulaciones superiores en el grado en enfermería, y ampliándose el número de especialidades enfermeras. Estos cambios a nivel académico se trasladan a nivel práctico-asistencial y representan esfuerzos por parte de las enfermeras para actualizar sus conocimientos dentro de la disciplina (Mingote y Pérez, 2003; San Martín, 2008).

La situación económica actual provoca que las enfermeras ejerzan la profesión bajo una presión ocasionada por el aumento de la carga asistencial y por tener recursos limitados para cubrir las necesidades de las personas a las que atienden (Mariscal, 2012; Sermeus, 2012; Van Bogaert *et al.*, 2014). Amezcuca (2014) ha señalado que no solo se están experimentando las consecuencias de la crisis económica sino que podemos considerar que esta crisis se acompaña de una crisis de cuidados basada en que las instituciones substituyen derechos fundamentales por un discurso centrado en la productividad y el coste-efectividad de las intervenciones. Además, la elevada ratio actual enfermera-usuario, que según algunos autores representa una amenaza a los valores intrínsecos de la profesión, es también causa de estrés entre las enfermeras (Esteve, 2007; García, 2006).

Este conjunto de elementos hace especialmente recomendable el estudio y el análisis del SOC en las enfermeras (Antonovsky, 1988) ya que se ha estudiado poco en comparación con otros colectivos como pueden ser personas con problemas de salud o estudiantes (Lindström y Erickson, 2006). Las enfermeras que desempeñan su labor en el nivel

hospitalario como son cuidados intensivos, diálisis, medicina interna y hospitalización en general son las más estudiadas (Höge y Büssing, 2004; Ida, *et al.*, 2009; Leino-Loison, *et al.*, 2004; Lindström y Ericksson, 2006, 2009; Williams, 1990; Yam y Shiu, 2003), seguidas de las profesionales que trabajan en el ámbito de la salud pública junto a aquellas dedicadas a la docencia (Erickson y Lindström, 2005; Langius, Björvell y Anstontovsky, 1992; Palsson, Hallberg, Norberg y Björvell, 1996). Hay también estudios con enfermeras en el ámbito de la salud mental (Erickson y Lindström, 2005), y en alguna investigación, se estudió el SOC en profesionales sin trabajo (Leino-Loison *et al.*, 2004).

Bernard y Shiu en el 2003, estudiaron el SOC en una muestra de 35 enfermeras de cuidados intensivos y afirmaron, al igual que otros autores (Ida, *et al.*, 2009; Tselebis, Moulou y Ilias, 2001) que el estrés emocional de las enfermeras en el campo laboral se relacionó con el estrés que padecían en el ámbito familiar y que el SOC fue un factor protector respecto a estas dos fuentes de estrés. Shiu (1998), estudió el SOC como medidor del estrés en enfermeras pediátricas del ámbito de la salud pública en Hong Kong, detectando el SOC como un buen predictor del estrés laboral y relacionado con la conciliación familiar y laboral, hecho que corroboró también Williams en el 1990. Dicho autor contrapone, en su investigación, el modelo de Anstonsky al modelo de personalidad resistente de Kobasa, concluyendo que el SOC es mejor predictor del estrés emocional. La personalidad resistente de Kobasa es un concepto relacionado con la gestión del estrés y la salud vinculada a las estrategias de enfrentamiento que utiliza una persona en situaciones de estrés (Kobasa, 1982). A su vez, Ida *et al.* en el 2009, en su estudio con 619 enfermeras de asistencia hospitalaria, relacionaron el SOC de manera positiva con la capacidad de los profesionales para conciliar su vida familiar y laboral, observando que a mayor SOC mayor capacidad de conciliación en dichos campos.

En la investigación de Höge y Büssing del 2004, se elaboró un modelo sobre la tensión laboral y los factores que la influyen, a partir de un estudio con 204 profesionales sanitarios. Estos investigadores hallaron que el SOC se relacionaba de forma negativa con el estrés laboral y a su vez observaron que estaba conectado con la posición que la persona ocupa dentro de su actividad laboral, a mayor responsabilidad en el ámbito laboral, mayor SOC. Estos autores también identificaron una correlación negativa del SOC con una característica de la personalidad que se asocia a experimentar emociones negativas que denominaron como afectividad negativa. Schmidt *et al.* (2011) observaron una correlación negativa del SOC con la ansiedad y la depresión en una muestra de enfermeras especializadas en quirófano. Ida *et al.* (2009) señaló que el SOC se

correlacionó de forma negativa con el absentismo laboral y de forma positiva con la experiencia profesional y el sentimiento de pertenencia a la institución.

El estudio de la salud percibida en las enfermeras se encuentra muy relacionado al estrés laboral, al síndrome de desgaste profesional y a la satisfacción laboral (Ahlin, Ericson-Lidman, Norberg y Strandberg, 2014; Buendía y Ramos, 2001; Edwards y Burnard, 2003; McNeely, 2005; McVicar, 2003; Van Bogaert, *et al.*, 2014). Fronteira y Ferrinho en el 2011 en una revisión bibliográfica de 186 estudios sobre la salud de las enfermeras afirman que la percepción de salud puede verse alterada por las consecuencias negativas del estrés al que están sometidas las enfermeras. Ríos-Rísquez y Godoy en el 2008 también llegaron a la misma conclusión con un estudio que evaluaba la percepción de salud de las enfermeras del servicio de urgencias en Murcia (España). Estos autores también afirman que la influencia del componente emocional relacionado en el trabajo también es un factor importante para la percepción de salud de las enfermeras.

También el estudio del optimismo en las enfermeras se encuentra ligado al ámbito laboral, autores como Xanthopoulou, *et al.* (2007) y Bakker (2014) apoyan que el optimismo, entre otros recursos de la personalidad, protege a las personas del síndrome de desgaste profesional e influye para desarrollar el compromiso laboral (Laschinger y Grau, 2012). Garrosa, *et al.* (2011), han descrito el optimismo en las enfermeras como recurso modulador en el proceso de sufrir desgaste profesional o compromiso laboral. Además el optimismo protege a las enfermeras de conflictos laborales como el *bullying* y retroalimenta la motivación positiva de las profesionales (Laschinger y Grau, 2012). También, lo identifican como un predictor de la satisfacción laboral de las enfermeras los autores Chang, Li, Wu y Wang en 2010, en un estudio con 314 enfermeras en dos hospitales de Taiwan donde investigaron las características de las enfermeras como la personalidad proactiva, el optimismo, la autoeficacia, la autoestima y la afectividad negativa y su relación con la satisfacción laboral.

En relación al conocimiento sobre el compromiso laboral de las enfermeras, Bargagliotti en una revisión bibliográfica del 2012 sobre el constructo en enfermeras, describió la autonomía y la confianza profesionales como factores relacionados con el compromiso laboral elevado y lo definió como un estado de dedicación, absorción y vigor en la práctica enfermera que emerge del sentimiento de autonomía y confianza profesional y del que se obtiene un resultado positivo en la seguridad y el coste y efectividad de los cuidados a las personas. Garrosa, Moreno-Jimenez, Rodríguez-Muñoz y Rodríguez-Carvajal en el 2011 afirman que el compromiso laboral de las enfermeras se relaciona con el estado laboral

(contrato indefinido o temporal), pero no con el sexo, la edad o los años de experiencia de las enfermeras.

El estrés en las enfermeras está relacionado con un empeoramiento de la salud y presenta un impacto sobre su vida personal contribuyendo a un aumento del desgaste profesional, así mismo incrementa el riesgo de sufrir accidentes laborales y aumenta la probabilidad de cometer errores en el ámbito laboral (Farquharson, Allan, Johnston, Choudhary y Jones, 2012). Son numerosos los estudios que muestran como el estrés crónico conduce a consecuencias negativas en la salud manifestadas mediante: síntomas físicos como cefalea, náuseas, mareos, vértigo, tensión muscular, fatiga, palpitaciones perdida o aumento de apetito e insomnio (White y Mattson, 2000); síntomas psicológicos como ansiedad, depresión, abuso de sustancias o cambios de conducta; consecuencias familiares (Lyon, 2000); y problemas organizativos (Salanova y Shaufeli, 2008). En el estudio del síndrome de desgaste profesional se conoce que las enfermeras de la atención especializada presentan mayor cansancio emocional, mayor despersonalización y se sienten menos realizadas que sus compañeras de atención primaria que se atribuye a varios factores estresantes como son la falta de autonomía en el trabajo, la sobrecarga laboral, la turnicidad, los conflictos y la ambigüedad de rol (Mingote y Pérez, 2003). Además, se han relacionado bajos niveles de cansancio emocional y despersonalización con mejores las relaciones entre enfermera y médico, mejores relaciones con supervisores, mejores resultados relacionados con el trabajo y mayor calidad de cuidados en enfermeras del ámbito hospitalario y la atención primaria (Mahiro, Takashi y Satoko, 2014; Ríos-Rísquez, Peñalver y Godoy, 2008; Van Bogaert, *et al.*, 2014).

El estudio de las enfermeras en el ámbito sociosanitario según Abades-Porcel (2013), es de interés para las profesionales, los gestores sanitarios y los representantes políticos. Así mismo la autora indica que son numerosos los estudios empíricos que se han referido al cuidado de las personas mayores en ámbitos comunitarios, a la ética del cuidado en ancianos y a la perspectiva de la calidad del cuidado en las residencias geriátricas, sin embargo, los estudios sobre las características del trabajo de las enfermeras en el contexto geriátrico son escasos a nivel nacional (Abades-Porcel, 2010) e internacional (Kim, *et al.*, 2009).

El rol de las enfermeras en las unidades de larga estancia fue descrito por Bandman en 1995, un rol de apoyo y de ayuda en el proceso de la enfermedad, para orientar a las personas en el entorno de cuidados y ayudarlas a realizar las actividades de la vida diaria (Scott, Välimäki, Leino-Kilpi, Dassen, Gasull, Lemonidou y Arndt, 2003). El estudio BIOMED2 citado por Abades-Porcel en el 2010 indica que la mayoría de las actividades

que realizan las enfermeras en los centros sociosanitarios de Cataluña están relacionadas con la administración de la medicación, los cuidados de la dieta y las necesidades de eliminación e higiene de las personas. Costello en el 2001 observó que a las enfermeras que trabajan al cuidado de personas mayores en centros geriátricos con un elevado nivel de estrés, les es difícil mantener un estado de ánimo alegre y afectivo y sentirse realizadas con su actividad laboral. Al contrario, Carlson, Rämngard, Bolmsjö y Bengtsson en un estudio del 2014 sobre las percepciones de las enfermeras dedicadas al cuidado de las personas mayores concluyeron que éstas presentan elevada satisfacción con su trabajo, a causa de la autonomía profesional y de las buenas relaciones con los usuarios, las familias y con las colegas de la institución. Además estas enfermeras desarrollan una fuerte identidad profesional. Esta percepción de autonomía profesional fue descrita por estudiantes de enfermería, como motivo para dedicarse en un futuro al cuidado de las personas mayores en un estudio realizado por Carlson en 2013 cuyo objetivo era explorar las razones a favor y en contra de los estudiantes de enfermería para dedicarse al cuidado de las personas mayores. En una revisión sistemática de ámbito internacional sobre las experiencias de las enfermeras que se dedican al cuidado de personas mayores en centros y residencias geriátricas, se señaló que las enfermeras presentan vivencias negativas en su experiencia, atribuidas a la naturaleza de su actividad laboral, y a la falta de apoyo de las organizaciones donde trabajan, también a la falta de formación continuada, a la falta de límites de rol entre profesionales y de la autonomía en la toma de decisiones (Carlson, *et al.*, 2014).

Las enfermeras que trabajan en residencias geriátricas y centros sociosanitario han identificado actitudes propias positivas respecto a su trabajo como son la implicación personal, la autonomía, la responsabilidad y el compromiso profesional (Abades-Porcel, 2013). También, las relaciones de las enfermeras con la organización, en unidades de larga estancia, han mostrado influencia tanto en la satisfacción de las profesionales como en el incremento de los resultados enfermeros esperados (Farquharson, *et al.*, 2012; Novell, 2006).

Las enfermeras que desarrollan su profesión en centros sociosanitarios han mostrado un nivel de estrés y presión asistencial elevado (Abades-Porcel, 2013; Leino-Kilpi, Välimäki, Dassen, Gasull, Lemonidou, Scott, Schopp, Arndt y Kaljonen, 2003), debido a que la organización de los cuidados se ha centrado en un modelo economicista cuyo objetivo es tratar la patología, y que resulta discordante con el modelo de cuidados enfermeros cuyo centro es la persona. Por tanto, este sistema de cuidados es valorado por las profesionales como inadecuado (Abades-Porcel, 2013; Casas y Vall, 2002). En esta línea,

Carlson, *et al.* (2014), identificaron que los factores que influyen negativamente en la actividad laboral de las enfermeras que asisten a personas mayores estaban relacionados con la falta de influencia para cambiar las políticas de las organizaciones (Carlson, 2013; Carlson *et al.*, 2014; Jonhson, 2009). También Costello (2001) y Manchester (2013) consideraron que se deben mejorar los modelos de asistencia actuales, en relación a la enfermería, para promover su desarrollo profesional.

Se han descrito otros factores estresantes para las enfermeras del ámbito sociosanitario, algunos de ellos compartidos por el resto del colectivo que trabaja en otros ámbitos como son las barreras estructurales, las ratios elevadas de personas-enfermera, la falta de tiempo para finalizar el trabajo, la falta de personal y la falta de implicación de la dirección en aportar soluciones a los problemas de la práctica del cuidar, entre otros (Abades-Porcel, 2013; Carlson *et al.*, 2014). Las principales preocupaciones de las enfermeras en la comunidad de Cataluña, según Abades, son las condiciones de precariedad contractual, la duración de contratos temporales, las retribuciones salariales, la inestabilidad de las plantillas y la baja cualificación de las enfermeras que están contratadas con titulaciones obtenidas de otros países (Abades-Porcel, 2010).

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

En el momento actual de cambio del modelo asistencial sociosanitario en Cataluña, considerando el contexto laboral y el rol de las enfermeras como referentes en este ámbito, con el presente estudio se propone profundizar en el conocimiento del sentido de coherencia de las enfermeras como factor relacionado con la salud; el compromiso laboral y el optimismo como constructos para afrontar los cambios y prevenir el estrés; y el síndrome de desgaste profesional como problema relevante de salud.

2.1. Hipótesis

El sentido de coherencia de las enfermeras del ámbito sociosanitario se asocia positivamente con la salud, con el optimismo y con el compromiso laboral y en sentido inverso con el desgaste profesional.

2.2. Objetivos

Conocer el sentido de coherencia de las enfermeras del ámbito sociosanitario de Girona y relacionarlo con la salud percibida, el optimismo disposicional, el compromiso laboral y el síndrome de desgaste profesional.

Objetivos específicos

1. Describir las características socio demográficas y laborales de las enfermeras de los centros sociosanitarios de Girona.
2. Describir el sentido de coherencia de las enfermeras de los centros sociosanitarios de Girona.
3. Estudiar la salud percibida de las enfermeras de los centros sociosanitarios de Girona.
4. Explorar el optimismo disposicional de las enfermeras de los centros sociosanitarios de Girona.
5. Analizar el compromiso laboral y el síndrome de desgaste profesional del colectivo de enfermeras de los centros sociosanitarios de Girona.
6. Relacionar el sentido de coherencia con la salud percibida, el optimismo disposicional, el compromiso laboral y el síndrome de desgaste profesional.

3. METODOLOGÍA

3. METODOLOGÍA

3.1. Diseño

Se ha realizado un estudio observacional, descriptivo y transversal desde septiembre del 2012 a Enero de 2014.

3.2. Ámbito de estudio

El estudio se ha realizado en los 11 centros con asistencia continuada sociosanitaria de la Región Sanitaria de Girona (Cataluña, España) (Tabla 1). La Región Sanitaria de Girona se refiere a un ámbito territorial que comprende 7 de las 8 comarcas de Girona (Gironés, la Selva, la Garrotxa, el Pla de l'Estany, Alt Empordà, Baix Empordà, el Ripollés y la Cerdanya) más una parte de la comarca del Maresme perteneciente a la provincia de Barcelona. La población es de 843.135 habitantes (corte de población a 31 de diciembre de 2012) y una extensión de 5.754 Km² (Generalitat de Catalunya, 2014).

Tabla 1. Centros sociosanitarios de la Región Sanitaria de Girona

Centro	n	Comarca	Titularidad Gestión	***Plazas larga estancia (n)	***Plazas media estancia (n)	Plazas hospital de día (n)	Equipos PADES (n)	Equipos UFISS (n)	Equipos EAIA (n)
1*	37	Gironés	Privada	84	55/20	33	1	1	1
2**	15	Gironés	Pública	55	-	-	-	-	-
3	7	Gironés	Privada	24	-	25	-	-	-
4	12	La Selva	Privada	44	-	10	1	-	1
5	9	La Selva	Privada	23	-	-	-	-	-
6	18	Baix Empordà	Privada	60	40	20	1	1	1
7	24	Alt Empordà	Privada	81	30/10	40	1	1	1
8	9	La Garrotxa	Privada	50	20	17	1	1	1
9*	6	El Ripollés	Privada	22	12	-	1	-	1
10	9	El Pla de l'Estany	Privada	45	15	25	-	-	-
11	10	Gironés	Privada	30	45	19	-	-	-

*Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública **Institut Català d'Assistència i Serveis Socials*** Incluye convalecencia / cuidados paliativos. PADES (Programa de atención domiciliaria y equipos de apoyo). UFISS (Unidades funcionales interdisciplinarias socio sanitarias).EAIA (Equipos de evaluación integral ambulatoria). n= número de enfermeras. (n)=número de plazas

3.3. Población de estudio

Enfermeras que desarrollaban su actividad en los centros sociosanitarios con atención continuada de la Región Sanitaria de Girona (n: 156). No se ha aplicado ninguna técnica de muestreo dado que se ha contado con la totalidad de la población.

Criterios de inclusión:

- Se incluyeron a todas las enfermeras que realizaban su actividad laboral en las unidades de atención continuada, en los centros sociosanitarios de Girona, y que aceptaron participar en el estudio, independientemente de su contrato laboral.

Criterios de exclusión:

- Enfermeras que desarrollaban su función únicamente en servicios sociosanitarios ambulatorios (EAIA hospital de día, PADES).
- Profesionales que se encontraban en situación de baja laboral transitoria en el momento de la recogida de datos.

3.4. Variables a estudiar

- *Edad.*
- *Sexo: Hombre o mujer.*
- *Lugar de residencia: Zona rural (Menos de 2000 habitantes) o zona urbana (Más de 2000 habitantes) (Generalitat de Catalunya, 2013a).*
- *Estado civil: Soltera, casada, viuda, separada o divorciada. La variable se ha recodificado para el análisis estadístico en soltera, casada y otros (Viuda, separada o divorciada).*
- *Estudios: Diplomado, grado, máster o doctorado. La variable se ha recodificado para el análisis estadístico en dicotómica (Diplomatura o grado y máster o doctorado).*
- *Nivel socioeconómico: Muy bueno, bueno, regular o malo. La variable se ha recodificado para el análisis estadístico en dicotómica (Muy bueno o bueno y regular o malo).*
- *Situación laboral actual: Contrato indefinido o eventual.*
- *Años de profesión: La variable se ha recodificado para el análisis estadístico, convirtiéndola en categórica dicotómica (De 0 a 10 años y más de 10 años).*
- *Institución de trabajo: Nombre del centro. Para el tratamiento estadístico se ha asignado un número según el centro que va del 1 al 11.*

- Unidad asistencial donde se trabaja: Larga estancia, convalecencia, cuidados paliativos y otros. La variable ha sido recodificada para el análisis estadístico en dicotómica (Tipología de servicio: *Un único servicio o más de un servicio*).
- Función dentro del equipo: Asistencia, gestión, docencia y/o investigación. La variable se ha recodificado para el análisis estadístico, ya que únicamente 4 personas desarrollan la función de gestión y ninguna únicamente docencia o investigación. La variable se ha recodificado convirtiéndola en categórica dicotómica, (*Una sola función* (Asistencia o gestión) y *más de una función* (Asistencia y/o gestión y/o docencia y/o investigación).
- Formación continuada: *Sí o No*.
- Horas dedicadas a la formación continuada: Para el análisis estadístico la variable se ha recodificado en categórica dicotómica (*Entre 1 y 5 horas y más de 5 horas*).
- Personas a su cargo: *Sí o No*.
- Número de hijos: La variable ha sido recodificada para el análisis estadístico (*Un hijo, dos hijos y tres o más hijos*).
- Conflictos familiares a causa del trabajo: *Sí o No*.
- Opción religiosa: *Sí o No*.
- Tener problema de salud crónico: *Sí o No*.
- Problema de salud crónico: Nombre de la patología. Ítem abierto que posteriormente se ha agrupado según las respuestas.
- Ser fumador actual: *Sí o No*.
- Disponibilidad de apoyo social: Sí, siempre, a veces sí a veces no o no nunca. Se ha recodificado la variable en dicotómica (*Sí, siempre y a veces*), debido a que ninguna persona respondió no nunca.
- Evento vital relevante para usted en el último año: *Sí o No*.
- Qué evento vital: Explicar el evento vital.
- Sentido de coherencia: Mide la capacidad de la persona de movilizar los recursos a su alcance para afrontar las situaciones de estrés. La variable está formada por el valor total del constructo y las dimensiones de *comprensibilidad* (Capacidad de comprender la situación que se está viviendo), *manejabilidad* (Capacidad de identificar los recursos disponibles necesarios para afrontar la situación que se está viviendo) y *significación* (Capacidad de dar significado a la situación que se está viviendo).
- Salud percibida: Mide los problemas de salud en el momento de la valoración en las dimensiones de movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas,

dolor/malestar y ansiedad/depresión. Recodificada en *con problemas leves o sin problemas de salud y con problemas de salud en alguna dimensión*.

- IQindex: Mide la salud percibida. Recodificada a partir de la base de datos proporcionada por el grupo EuroQol (2011).
- Valoración de su salud hoy: Mide la percepción de salud de las personas en el momento de contestar el cuestionario.
- Optimismo disposicional: Mide una característica de la personalidad basada en la tendencia a esperar que en el futuro ocurran eventos positivos.
- Dimensión de pesimismo: Mide una característica de la personalidad basada en la tendencia a esperar que en el futuro ocurran eventos negativos.
- Compromiso laboral: Mide un estado afectivo cognitivo de la persona situado en el extremo positivo del proceso motivacional que se da en el ámbito laboral. La variable está formada por el valor total y las dimensiones de *vigor* (Altos niveles de energía a pesar de las dificultades del ámbito laboral), *dedicación* (Elevada implicación laboral) y *absorción* (Situación en que la persona está concentrada en su trabajo). Valoradas de manera continua y recodificadas en *nivel muy bajo o bajo, nivel medio y nivel alto o muy alto de vigor, dedicación y absorción*.
- Cansancio emocional: Mide la percepción de la enfermera con que no se puede dar más a nivel afectivo debido a las altas demandas laborales. Valorada como variable continua y recodificada en *nivel bajo, nivel medio y nivel alto*.
- Despersonalización: Mide la aparición e actitudes y sentimiento negativos hacia las personas destinatarias de los cuidados. Valorada como variable continua y recodificada en *nivel bajo, nivel medio y nivel alto*.
- Realización personal: Mide la tendencia de la enfermera a evaluarse positivamente. Valorada como variable continua y recodificada en *nivel bajo, nivel medio y nivel alto*.
- Casos de desgaste profesional: casos con alto cansancio emocional, alta despersonalización y baja realización personal.

3.5. Instrumentos

La recogida de datos se realizó mediante un cuaderno que contiene 7 cuestionarios auto administrados que se describen a continuación (Anexo I).

Cuestionario *ad hoc*: Está formado por variables socio demográficas, variables laborales y variables relacionadas con la salud. Formado por 20 ítems extraídos de la revisión bibliográfica de los constructos estudiados.

Cuestionario SOC-13: Las variables recogidas por el instrumento SOC-13 son el SOC total, la dimensión de manejabilidad, la dimensión de comprensibilidad y la dimensión de significación. El cuestionario abreviado de 13 ítems del sentido de la coherencia de Antonovsky, traducido y validado por Virués-Ortega *et al.* (2007). Esta versión es una buena opción para ampliar el campo de conocimiento de este concepto en las enfermeras por ser de administración ágil y estar validado para este colectivo (Malagón-Aguilera, 2012a).

El cuestionario es auto administrado y consta de 13 ítems con una escala de respuesta tipo likert del 1 al 7. La puntuación del cuestionario se obtiene sumando los números marcados en la escala likert de cada uno de los 13 ítems que lo componen, hay que considerar que existen 5 ítems que apuntan en dirección negativa que deben invertirse antes de la suma de puntuaciones y del análisis estadístico. Es decir, el valor 7 debe ser transformado en 1, el valor 6 transformado el 2, el valor 5 transformado en 3, el valor 4 no debe ser transformado el valor 3 transformado en 5, el valor 2 transformado en 6 y el valor 1 transformado en 7. Estos ítems son 1, 2, 3, 7 y 10 (Malagón-Aguilera, 2010). De esta forma, la suma de las puntuaciones de los diferentes ítems nos da un número que indica el sentido de coherencia de la persona que responde, considerando que el máximo para el cuestionario de 13 ítems es 91, es decir a mayor puntuación mayor sentido de coherencia. De igual forma el cuestionario mide también las tres dimensiones teóricas del SOC (Malagón-Aguilera, 2010):

- Manejabilidad: medida por los ítems 3, 5, 10 y 13 del cuestionario, puede oscilar entre 4 y 28. A mayor puntuación mayor manejabilidad.
- Comprensibilidad: medida por los ítems 2, 6, 8, 9 y 11 del cuestionario, puede oscilar entre 5 y 35. A mayor puntuación mayor comprensibilidad.
- Significación: medida por los ítems 1, 4, 7 y 12 del cuestionario, puede oscilar entre 4 y 28. A mayor puntuación mayor significación.

EQ-5D-5L de salud percibida: Se ha utilizado el EQ-5D por tratarse de un instrumento culturalmente adaptado y validado en población española (Badia, Roset, Montserrat, Herdman y Segura, 1999; Badia, Schiaffino, Alonso y Herdman, 1998). Dicho cuestionario tiene dos versiones EQ-5D-3L y EQ-5D-5L que se diferencian en los niveles de respuesta, siendo la de 5 niveles la última versión, que amplía el poder descriptivo del cuestionario y que está siendo puesta en práctica por el grupo de EuroQol (2011) en nuestro país el cual recomienda su utilización. El cuestionario consta de dos apartados: el sistema descriptivo y la Escala Visual Analógica (EVA). El sistema descriptivo contiene 5 preguntas en las que se evalúan 5 dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión. Cada pregunta presenta 5 opciones de respuesta con 5 niveles que se gradúan como:

- Nivel 1: indica que no existen problemas
- Nivel 2: indica problemas leves
- Nivel 3: indica problemas moderados
- Nivel 4: indica problemas severos
- Nivel 5: indica problemas graves

En esta parte descriptiva del cuestionario el resultado se indica con el número de nivel de cada una de las dimensiones (1, 2, 3, 4 y 5) y los valores perdidos se identifican con el número 9. Una vez recogidos los datos e introducidos en la base de datos se calcula mediante un algoritmo un valor para el estado de salud tal y como la persona la percibe. Este algoritmo fue propuesto por el grupo EuroQol (2011) mediante un cálculo extraído de todos los datos recogidos en el mundo, pudiendo ser hallados 3125 estados de salud percibida distintos. Este valor llamado IQíndex, se puede calcular para cada persona y también analizar para el conjunto de la población o cualquiera de sus subconjuntos. En esta investigación se ha utilizado el IQíndex calculado para cada participante. En el análisis de la variable como categórica ha sido recodificada en dicotómica con problemas leves o sin problemas de salud (Los que presentan puntuaciones de 1 o 2 en todas las dimensiones) y con problemas de salud en alguna dimensión (Los que presentan más de 2 en cualquier dimensión).

En la segunda parte del cuestionario, la escala EVA, la persona debe puntuar su estado de salud en una escala que va de 0 (Peor estado de salud imaginable) a 100 (Mejor estado de salud imaginable). En esta parte del cuestionario el resultado se indica con el número marcado en la escala y escrito en el casillero. Los valores perdidos se indican con el número 999 y si no hay concordancia entre el valor marcado en la escala y el escrito en el casillero, prevalece el escrito en el casillero según el grupo EuroQol (2011).

1. Cuestionario LOT-R de Optimismo disposicional: Cuestionario revisado de Scheier, *et al.*, 1994, traducido y validado por Otero-Lopez, Luengo-Martín, Romero, Gómez y Castro en 1998. El cuestionario es auto administrado y consta de 6 ítems (1, 3, 4, 7, 9 y 10) más 4 de relleno (2, 5, 6 y 8) con cinco opciones de respuestas tipo Likert. Las puntuaciones oscilan entre 5 (*Totalmente de acuerdo*) a 1 (*Totalmente en desacuerdo*). De los 6 ítems, tres están redactados en positivo (1, 4 y 10) (Dirección optimismo) y tres en negativo (3, 7 y 9) (Dirección inversa al optimismo). De esta forma, los ítems de relleno no puntúan en la valoración del cuestionario, los ítems en dirección inversa se invierten antes de la valoración del cuestionario y se suman a los ítems en dirección al optimismo. Se pueden obtener puntuaciones entre 6 y 30 puntos. Se considera que puntuaciones elevadas en el LOT-R implican optimismo, no se utiliza un número de corte que clasifique la puntuación de forma cualitativa. Originalmente, el cuestionario mide el optimismo como constructo unidimensional (Otero-López *et al.*, 1998) pero existen autores que defienden la existencia de dos factores optimismo y pesimismo (Ferrando, Chico y Tous, 2002). La dimensión del pesimismo se calcula sumando los ítems 3, 7 y 9, a más puntuación en esta dimensión más pesimismo.

En esta investigación se calcula el total de optimismo disposicional y la subdimensión de pesimismo del cuestionario.

2. Cuestionario Utrecht Work Engagement Survey (UWES): Cuestionario de Schaufeli *et al.*, (2002) traducido y validado por Salanova y Schaufeli (2004), consta de 17 ítems que corresponden a tres subescalas (Vigor, dedicación y absorción), con 6 opciones de respuesta tipo likert del *nunca* al *siempre*. La subescala de vigor tiene 6 ítems (1, 4, 8, 12, 15 y 17) y su puntuación oscila entre 0-36. La subescala de dedicación tiene 5 ítems (2, 5, 7, 10 y 13) y su puntuación oscila entre 0-30 y finalmente la subescala de absorción tiene 6 ítems (3, 6, 9, 11, 14 y 16) y su puntuación oscila entre 0-36. La puntuación de cada subescala se obtiene de la suma del resultado de los ítems y su división por el número de ítems de la subescala respectiva. Las medias de las puntuaciones totales de la escala y las tres subescalas pueden interpretarse a más puntuación mayor compromiso laboral, mayor vigor, mayor absorción o mayor dedicación.

Se recomienda recodificar las puntuaciones según los valores de referencia propuestos por el manual de uso del cuestionario (Schaufeli y Bakker, 2003). A pesar de que el manual recomienda cualificar en cinco apartados tanto el Compromiso laboral como sus tres dimensiones (*Muy bajo, bajo, medio, alto y muy alto*), para el

análisis estadístico hemos agrupado la variable en nivel *muy bajo o bajo*, *medio* y *nivel alto o muy alto*, con el objetivo de obtener grupos homogéneos. Esta recodificación se realizó según las recomendaciones del manual (Schaufeli y Bakker, 2003) evaluando la representatividad de la diferencia entre nuestro grupo específico y la puntuación de la base de datos.

3. Cuestionario MBI-Maslach: Cuestionario de Maslach y Jackson (1997) consta de 22 ítems repartidos en tres subescalas o dimensiones (Cansancio emocional, despersonalización y realización personal). Con seis opciones de respuesta tipo Lickert, desde nunca a todos los días. La dimensión de cansancio emocional presenta 9 ítems (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20) y su puntuación máxima es de 54. La dimensión de despersonalización presenta 5 ítems (5, 10, 11, 15 y 22) y su puntuación máxima es de 30. La dimensión de realización personal presenta 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21) siendo su puntuación máxima de 48.

Puntuaciones altas en las dos subescalas de cansancio emocional y despersonalización y bajas realización personal permiten orientar al diagnóstico del síndrome de desgaste profesional, a pesar de no estar totalmente definido en la literatura científica.

El tratamiento estadístico de las variables del MBI se ha realizado con las puntuaciones medias de cada una de las subescalas. Posteriormente se han calculado los tertiles de las puntuaciones de la población estudiada para clasificar cualitativamente las puntuaciones en *nivel bajo*, *nivel medio* y *nivel alto* (Grau, Suñer y García, 2005). A su vez, para el tratamiento estadístico se han agrupado a las personas que presentan nivel alto de cansancio emocional y despersonalización y bajo de realización personal como casos de síndrome de desgaste profesional, para asociar este perfil a las variables de estudio (Grau *et al.*, 2005).

3.6. Procedimiento

Se presentó el proyecto de investigación a las direcciones enfermeras de los centros sociosanitarios de Girona con la finalidad de conseguir su colaboración. Esta presentación se realizó por correo electrónico, teléfono o personalmente. A todos los centros se les envió el resumen del proyecto por escrito (Anexo II). El 100% de los centros accedió a participar en la investigación, a petición de los mismos se mantiene su anonimato en la memoria escrita de la investigación. Una vez conseguido el permiso verbal telefónicamente o por escrito mediante email de las direcciones de los centros se procedió a organizar la recogida de datos. Se ofrecieron dos opciones a todas las instituciones con la finalidad de no interferir en el funcionamiento de los centros. La primera: la investigadora informaba a las enfermeras del proyecto de investigación y procedía a administrar el cuaderno de recogida de datos y recogida posterior. La segunda: el proceso de administración y recogida lo llevaban a cabo las enfermeras supervisoras o directoras de enfermería de cada uno de los centros. El 100% de los centros escogió esta segunda opción. El cuaderno elaborado de recogida de datos se proporcionó a las personas escogidas en soporte digital, estas lo respondieron con la finalidad de clarificar cualquier duda en su cumplimentación. El cuaderno de recogida de datos fue entendido y cumplimentado sin ser necesario realizar ningún cambio en los ítems. Posteriormente se les envió en soporte papel para su reparto junto a los sobres para cada uno de los cuadernos. Cada sobre contenía una hoja de información para la participante (Anexo III), solicitando su colaboración y el cuaderno de recogida de datos autoadministrado. En la misma hoja de información se explicaba que el estudio forma parte del proyecto de una tesis doctoral. Las respuestas se recogieron por las mismas enfermeras designadas por los centros en puestos correctamente identificados en las unidades pertinentes, durante las tres semanas post-entrega. Cada semana se realizó un recordatorio por correo electrónico, por parte de la investigadora a las enfermeras designadas por el centro para realizar la recogida de datos. La recogida de los datos de los 11 centros se inició en mayo del 2013 y finalizó en enero del 2014.

3.7. Consideraciones éticas y confidencialidad de los datos

El presente trabajo fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica del Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta en fecha 26/11/2012 con número de referencia 138/12 (Anexo IV).

Este estudio se ha realizado de acuerdo con la Ley Orgánica de Protección de Datos 15/1999, la información personal que se ha obtenido únicamente ha sido utilizada para esta investigación. Se ha preservando en todo momento el anonimato de los encuestados. A todos los participantes se les entregó una hoja de información del estudio y el consentimiento informado. Además, se les garantizó que podrían abandonar el estudio en cualquier momento.

3.8. Análisis estadístico

Para realizar el análisis estadístico se ha utilizado el paquete estadístico SPSS versión 19.0 para Windows. La prueba de Kolmogorov-Smirnov se ha utilizado para determinar la normalidad de la distribución de las variables.

Se ha realizado un análisis descriptivo de cada una de las variables incluidas, mediante la media y desviación estándar (DE) para las variables cuantitativas y mediana (rango intercuartil) en las variables cuantitativas sin distribución normal; las variables cualitativas se describen con las frecuencias y el porcentaje. Se ha utilizado la prueba t de Student o el test de U Mann Whitney en las variables cuantitativas para muestras independientes y la prueba ANOVA de un factor para comparar las puntuaciones medias entre grupos en caso de variables continuas. La prueba de Chi-cuadrado de Pearson, o la prueba exacta de Fisher, ha sido utilizada para analizar las variables cualitativas. Se ha utilizado la prueba de Rho de Spearman para la correlación de variables cuantitativas.

Se han realizado cuatro modelos de regresión lineal múltiple para determinar las variables dependientes sobre la salud, el compromiso laboral y el cansancio emocional respectivamente. En todos los casos, el nivel de significación (p) considerado, ha sido menor de 0,05.

4. RESULTADOS

4. RESULTADOS

4.1. Características socio demográficas y laborales

El total de enfermeras que trabajan en los 11 centros sociosanitarios de Girona son 156, siendo la tasa de respuesta del presente estudio de 69,87% (n=109). El 90,8% (n=99) de la muestra obtenida está formada por mujeres. La media de edad es de 37,74 años (DE 10) y el 50,5% de las enfermeras se encuentran entre los 36 y 65 años. En la tabla 2 se exponen las características socio demográficas estudiadas.

El 74,3% de las profesionales estudiadas viven en zona urbana y el 73,4% consideran que gozan de un nivel socioeconómico muy bueno o bueno. El 46,8% de las participantes están casadas y el 52,4% tienen tres o más hijos. Un 18,3% padecen algún problema de salud crónico como son hipotiroidismo (4,8%), asma (2,7%), hipertensión arterial (1,8%) o fibromialgia (1,8%). Un 22% de las enfermeras se refieren fumadoras actuales (30% de los hombres y el 21% de las mujeres).

Tabla 2. Características socio demográficas de las enfermeras

	Total n=109 (%)	Hombres n=10 (%)	Mujeres n=99 (%)	<i>p</i>
Edad				
21 a 35 años	54 (49,5)	4 (7,4)	50 (92,6)	NS
36 a 65 años	55 (50,5)	6 (10,9)	49 (89,1)	
Lugar de residencia				
Zona rural	28 (25,7)	1 (3,6)	27 (96,4)	NS
Zona urbana	81 (74,3)	9 (11,1)	72 (88,9)	
Nivel socioeconómico				
Muy bueno o bueno	80 (73,4)	9 (11,2)	71 (88,8)	NS
Regular o malo	29 (26,6)	1 (3,6)	28 (90,3)	
Estado Civil				
Casado	51 (46,8)	5 (9,8)	46 (90,2)	NS
Soltero	44 (40,4)	4 (9,1)	40 (90,9)	
Otros	14 (12,8)	1 (14,4)	12 (85,6)	
Con familiares a cargo	65 (60,2)	6 (9,2)	59 (90,8)	NS
Número de hijos				
Un hijo	21 (19,3)	0 (0)	21 (100)	NS
Dos hijos	31 (28,4)	3 (9,7)	28 (90,3)	
Tres o más hijos	57 (52,4)	7 (12,3)	50 (87,7)	
Opción Religiosa	25 (23,6)	3 (12)	22 (88)	NS
Problema de salud crónico*	20 (18,3)	2 (10)	18 (90)	NS
Fumador actual	24 (22)	3 (12,5)	21 (87,5)	NS
Evento vital en el último año	35 (32,1)	3 (8,6)	32 (91,4)	NS
Apoyo social				
Si siempre	84 (77,1)	9 (10,7)	75 (89,3)	NS
A veces	24 (22)	1 (4,2)	23 (95,8)	

Las variables cualitativas se expresan con frecuencia absoluta y el porcentaje entre paréntesis.

*Test de Fisher. NS: *p* no estadísticamente significativa (valor igual o superior a 0,05)

El 32,1% de la muestra ha manifestado algún evento vital a nivel personal o familiar en el último año. El 40% de estos eventos son considerados como positivos como son nacimientos de hijos, nietos o inicios de nuevas relaciones. El resto son eventos personales considerados como negativos como son enfermedades o pérdidas de familiares y divorcios. Destaca que únicamente el 0,9% (n=1) refiere no tener nunca apoyo social cuando lo necesita. El 28% de las enfermeras viven en el medio rural ($p=0,448$) (Tabla 2).

El 89,9% de las profesionales, son diplomadas en enfermería, el 61,5% con más de 10 años de experiencia laboral y el 76,1% con contrato indefinido en el ámbito sociosanitario. Un 70,6% de las enfermeras realizan únicamente una función (Asistencia o gestión) como se muestra en la tabla 3. El 3,1% de las enfermeras que desarrollan más de una función dentro del equipo son hombres. Un 45% de las profesionales refieren recibir formación continuada y de estas el 74,1% dedican entre 1 y 5 horas a la semana a esta formación (Tabla 3).

Tabla 3. Características laborales de las enfermeras

	Total n=109 (%)	Hombres n=10 (%)	Mujeres n=99 (%)	p
Estudios				
Diplomada o Grado	98 (89,9)	9 (9,2)	89 (90,8)	NS
Máster	11 (10,1)	1 (9,1)	10 (90,9)	
Años de profesión				
De 0 a 10 años	42 (38,5)	3 (7,1)	39 (92,9)	NS
Más de 10 años	67 (61,5)	7 (10,4)	60 (89,6)	
Situación laboral				
Indefinido	83 (76,1)	6 (7,2)	77 (92,8)	NS
Eventual	26 (23,9)	4 (15,4)	22 (84,6)	
Categoría dentro del equipo				
Una única función (asistencial o gestión)	77 (70,6)	9 (11,7)	68 (88,3)	NS
Más de una función	32 (29,4)	1 (3,1)	31 (96,9)	
Tipología de servicio				
Un único servicio	53 (48,6)	4 (7,5)	49 (92,5)	NS
Más de un servicio	56 (51,4)	6 (10,7)	50 (89,3)	
Reciben formación continuada*	49 (45,0)	4 (8,2)	45 (91,8)	NS
Horas dedicadas a la formación continuada				
De 1 a 5 horas semana	23 (74,1)	2 (8,7)	21 (91,3)	NS
Más de 5 horas semana	8 (25,9)	0 (0)	8 (100)	
Conflictos familiares a causa del trabajo	66 (60,6)	5 (7,5)	61 (92,5)	NS

Las variables cualitativas se expresan con frecuencia absoluta y el porcentaje entre paréntesis.

*10 sujetos no respondieron a este ítem. NS: p no estadísticamente significativa (valor igual o superior a 0,05)

También se observa que un 60,6% de las enfermeras refieren tener siempre o en ocasiones problemas familiares a causa de su trabajo.

El 77,6% de las enfermeras con estudios de Diplomado o Grado refieren un nivel socio económico bueno y muy bueno, así como el 36,4% de las participantes con grado académico de Máster ($p=0,007$). Estos resultados deben ser analizados con cautela por el incumplimiento del requisito de frecuencia para la prueba estadística Chi-cuadrado (Frecuencia inferior a 5 en alguna casilla). Destaca que del total de participantes que desarrollan una única función dentro del equipo asistencial el 79,2% perciben su nivel socio económico como bueno y muy bueno mientras que entre las enfermeras que realizan más de una función lo perciben el 59,4% ($p=0,050$) (Tabla 4).

Tabla 4. Características laborales según el nivel socioeconómico

	Total n=109 (%)	Nivel socioeconómico		p
		Bueno y muy bueno n (%)	Regular o malo n (%)	
Estudios				
Diplomada o Grado	98 (89,9)	76 (77,6)	22 (22,4)	0,007
Máster	11 (10,1)	4 (36,4)	7 (63,6)	
Años de profesión				
De 0 a 10 años	42 (38,5)	31(73,8)	11(26,2)	NS
Más de 10 años	67(61,4)	49(73,1)	18(26,9)	
Situación laboral				
Indefinido	83 (76,1)	60 (72,3)	23 (27,7)	NS
Eventual	26 (23,9)	20 (76,9)	6 (23,1)	
Categoría dentro del equipo				
Una única función (asistencial o gestión)	77 (70,6)	61 (79,2)	16 (20,8)	NS
Más de una función	32 (29,4)	19 (59,4)	13 (40,6)	
Tipología de servicio				
Un único servicio	53 (48,6)	42 (75)	14 (25)	NS
Más de un servicio	56 (51,4)	38 (71,7)	15 (28,3)	
Reciben formación continuada*	49 (45,0)	35 (71,4)	14 (28,6)	NS
Horas dedicadas a la formación continuada				
De 1 a 5 horas semana	23 (74,19)	19 (82,6)	4 (17,4)	NS
Más de 5 horas semana	8 (25,81)	5 (62,5)	3 (37,5)	
Conflictos familiares a causa del trabajo	66 (60,6)	46 (69,7)	20 (30,3)	NS

Las variables cualitativas se expresan con frecuencia absoluta y el porcentaje entre paréntesis.

*10 sujetos no respondieron a este ítem. NS: p no estadísticamente significativa(valor igual o superior a 0,05)

4.2. El sentido de coherencia

Sentido de coherencia y su relación con variables sociales y demográficas

Los resultados del sentido de coherencia y su relación con variables sociales y demográficas se presentan en la tabla 5 donde se puede apreciar que las enfermeras de los centros sociosanitarios de Girona presentan una puntuación media de SOC del 67,9 (DE 10,02) y la dimensión de significación es la de mayor puntuación (22,85; DE 3,04). En relación a la edad no existen diferencias de puntuaciones entre el SOC de las enfermeras de entre 21 a 35 años y las de 36 a 66 años ($p=0,888$).

Los hombres puntúan prácticamente 2 puntos más que las mujeres tanto en la dimensión de comprensibilidad ($p=0,304$) como en el SOC total ($p=0,860$), a su vez las mujeres presentan puntuaciones más elevadas en la dimensión de significación ($p=0,141$) que en comprensibilidad y manejabilidad respecto a los hombres sin hallar significación estadística en las diferencias.

Las profesionales que residen en zona urbana presentan puntuaciones medias más elevadas en el SOC total así como en las tres dimensiones del constructo (Comprensibilidad, manejabilidad y significación), que las que residen en zona rural, sin diferencias significativas ($p=0,281$).

Las enfermeras que consideran tener un nivel socio económico muy bueno o bueno presentan puntuaciones medias más elevadas tanto en el SOC total ($p=0,029$) especialmente en la dimensión de manejabilidad ($p=0,026$).

Las participantes cuyo estado civil es viuda, separada o divorciada, presentan puntuaciones mayores en el SOC total (69,14; DE 8,65) que las enfermeras solteras y casadas, sin significación estadística ($p=0,800$). También estas enfermeras (Viuda, separada o divorciada) presentan puntuaciones mayores en la dimensión de significación (24,07; DE 2,64) respecto al resto ($p=0,243$).

Las enfermeras que presentan puntuaciones medias de SOC más elevadas son aquellas con 2 hijos (68,86; DE 11,91) como se observa en la tabla 5, con puntuación media mayor en la dimensión de manejabilidad (21,16; DE 3,95) respecto a las que tienen un único hijo o tres o más, sin significación estadística ($p=0,482$). Las enfermeras con algún familiar a su cargo presentan un SOC medio mayor que el resto, sin hallar significación estadística en la diferencia ($p=0,774$).

Las enfermeras con algún problema de salud crónico presentan puntuaciones medias menores en el SOC total que el resto de profesionales (63,15; DE 10,92; $p=0,027$). También estas enfermeras, obtienen puntuaciones menores en las tres dimensiones del SOC, comprensibilidad ($p=0,015$), manejabilidad ($p=0,060$) y significación ($p=0,143$).

Las enfermeras que reciben apoyo social siempre que lo necesitan tienen puntuaciones mayores de forma significativa, tanto en el SOC total (70,22; DE 9,75; $p<0,001$) como en sus tres dimensiones, que el resto de profesionales (comprensibilidad $p=0,001$, manejabilidad $p<0,001$, significación $p=0,002$).

Tabla 5. Sentido de coherencia según las variables socio demográficas

	SOC Total	p	Comprensibilidad	p	Manejabilidad	p	Significación	p
Sexo								
Hombres (n=10)	68,50 (12,72)	NS	26,30 (5,39)	NS	20,70 (4,64)	NS	21,50 (4,03)	NS
Mujeres (n=99)	67,80 (10,57)		24,51 (5,18)		20,40 (3,91)		22,98 (2,91)	
Edad								
21 a 35 años (n=54)	67,77 (11,81)	NS	24,05 (5,98)	NS	20,62 (4,36)	NS	23,09 (2,57)	NS
36 a 65 años (n=55)	68,07 (9,61)		25,29 (4,27)		20,23 (3,54)		22,61 (3,45)	
Lugar de residencia								
Rural (n=28)	66,03 (11,33)	NS	23,89 (5,30)	NS	19,60 (4,11)	NS	22,53 (3,30)	NS
Urbana (n=81)	68,58 (10,49)		24,95 (5,17)		20,71 (3,89)		22,96 (2,95)	
Nivel socioeconómico								
Muy bueno y bueno (n= 80)	69,25 (10,48)	0,029	25,12 (4,91)	NS	20,93 (3,80)	0,026	23,18 (2,94)	NS
Regular o malo (n=29)	64,14 (10,66)		23,44 (5,85)		19,03 (4,11)		21,89 (3,15)	
Estado civil								
Soltero (n=44)	67,15 (11,55)	NS	24,02 (5,86)	NS	20,29 (4,32)	NS	22,84 (2,61)	NS
Casado (n=51)	68,26 (10,63)		25,23 (4,88)		20,56 (3,75)		22,52 (3,43)	
Otros (n=14)	69,14 (8,65)		24,71 (4,14)		20,35 (3,75)		24,07 (2,64)	
Número de hijos								
Un hijo (n=21)	68,47 (8,37)	NS	25,00 (4,63)	NS	20,09 (2,94)	NS	23,38 (2,72)	NS
Dos hijos (n=31)	68,86 (11,91)		25,35 (5,45)		21,16 (3,95)		22,43 (3,72)	
Tres o más hijos (n=57)	67,22 (10,95)		24,19 (5,30)		20,15 (4,28)		22,87 (2,76)	
Familiares a cargo								
Sí (n=65)	68,32 (10,50)	NS	25,23 (4,90)	NS	20,41 (3,79)	NS	22,73 (3,46)	NS
No (n=43)	67,72 (10,96)		24,02 (5,53)		20,67 (4,02)		23,02 (2,34)	
Opción Religiosa								
Sí (n=25)	65,58 (9,21)	NS	24,12 (4,24)	NS	19,44 (3,52)	NS	22,25 (3,37)	NS
No (n= 81)	68,54 (11,25)		24,82 (5,54)		20,71 (4,10)		23,00 (2,97)	

Tabla 5 (Continuación). Sentido de coherencia según las variables socio demográficas

	SOC Total	p	Comprensibilidad	p	Manejabilidad	p	Significación	p
Fumador actual								
Sí (n=24)	67,25 (9,89)	NS	23,62 (5,24)	NS	21,08 (3,59)	NS	22,54 (2,41)	NS
No (n=85)	68,11 (10,99)		24,97 (5,18)		20,24 (4,05)		22,94 (3,20)	
Problema de salud crónico*								
Con problema de salud crónico (n=20)	63,15 (10,92)	0,027	22,15 (5,63)	0,015	19,05 (3,37)	NS	21,95 (3,51)	NS
Sin problema de salud crónico (n=89)	69,01 (10,43)		25,24 (4,96)		20,74 (4,03)		23,05 (2,90)	
Evento vital en el último año								
Sí (n=35)	69,82 (10,65)	NS	25,40 (5,27)	NS	20,82 (3,95)	NS	23,60 (2,72)	NS
No (n=74)	67,01 (10,70)		24,33 (5,17)		20,24 (3,97)		22,49 (3,13)	
Apoyo social								
Sí siempre (n=84)	70,22 (9,75)	≤0,001	25,58 (4,86)	0,001	21,33 (3,54)	≤0,001	23,38 (2,92)	0,002
A veces (n=24)	60,25 (10,43)		21,58 (5,34)		17,41 (3,93)		21,25 (2,70)	

Las variables cuantitativas se expresan con la media y la desviación típica entre paréntesis.
 *Test U Mann Whitney. NS: p no estadísticamente significativa (valor igual o superior a 0,05)

Sentido de coherencia y su relación con las variables laborales

No se han hallado diferencias entre las puntuaciones medias del SOC con los estudios de grado o diplomado en enfermería de las enfermeras frente al nivel académico de máster ($p=0,981$), como se observa en la tabla 6.

Se ha observado una diferencia de 3 puntos en las puntuaciones medias del SOC total de las enfermeras con plaza eventual frente a las que se encuentran en situación laboral fija sin hallar significación estadística en las diferencias ($p=0,441$). También se halla una diferencia de 2 puntos entre las enfermeras que exclusivamente trabajan con una tipología de servicio concreto (Unidades de larga estancia, convalecencia y cuidados paliativos), o a las profesionales que trabajan en más de una unidad a la vez ($p=0,261$).

La puntuación media de SOC total, es mayor en aquellas enfermeras que desempeñan una única función dentro del equipo (Asistencia o gestión) de las que desempeñan más de una ($p=0,034$). En este mismo caso, las enfermeras que desarrollan una única función dentro del equipo presentan puntuaciones mayores en la dimensión de comprensibilidad que aquellas que desarrollan más de una función a la vez, habiendo una tendencia a la significación estadística ($p=0,059$).

Las enfermeras que realizan formación continuada presentan puntuaciones medias mayores en la dimensión de significación que el resto de profesionales ($p=0,056$). Sin embargo, no se hallan diferencias significativas entre las enfermeras que dedican menos horas durante la semana a la formación continuada (de 1 a 5 horas) y aquellas que dedican mayor número de horas ($p=0,843$).

En el caso de los conflictos que ocasiona el trabajo en el ámbito familiar, las enfermeras que refieren no tener conflictos a nivel familiar a causa del trabajo presentan puntuaciones mayores significativas, tanto en el SOC total ($p=0,001$) como en las tres dimensiones del constructo (Comprensibilidad $p=0,004$; manejabilidad $p=0,002$; significación $p=0,001$) que el resto de profesionales.

Tabla 6. Sentido de coherencia según las variables laborales

	SOC Total	p	Comprensibilidad	p	Manejabilidad	p	Significación	p
Estudios								
Diplomada o grado (n=98)	67,91 (10,75)	NS	24,62 (5,27)	NS	20,43 (3,91)	NS	22,89 (2,86)	NS
Máster (n=11)	68,00 (10,95)		25,18 (4,70)		20,36 (4,52)		22,45 (4,45)	
Años de profesión								
De 0 a 10 años (n=42)	68,63 (11,29)	NS	24,47 (5,71)	NS	20,47 (4,46)	NS	23,35 (2,38)	NS
Más de 10 años (n=67)	67,68 (10,42)		24,80 (4,89)		20,40 (3,64)		22,53 (3,37)	
Situación laboral								
Indefinido (n=83)	67,47 (10,50)	NS	24,45 (5,01)	NS	20,26 (3,76)	NS	22,80 (3,25)	NS
Eventual (n=26)	69,34 (11,47)		25,38 (5,81)		20,96 (5,57)		23,00 (2,28)	
Tipología de servicio								
Un único servicio (n=53)	69,11 (11,54)	NS	25,26 (5,86)	NS	20,86 (4,00)	NS	22,98 (3,18)	NS
Más de un servicio (n=56)	66,78 (9,83)		24,12 (4,48)		20,01 (3,91)		22,72 (2,92)	
Categoría dentro del equipo								
Una única función (n=77)	69,31 (9,73)	0,034	25,28 (4,62)	NS	20,84 (3,69)	NS	23,18 (2,77)	NS
Más de una función (n=32)	64,48 (12,37)		23,21 (6,23)		19,43 (4,44)		22,03 (3,54)	
Reciben formación continuada								
Sí (n=49)	68,40 (11,39)	NS	24,75 (5,57)	NS	20,24 (4,28)	NS	23,40 (3,12)	NS
No (n=50)	67,61 (10,39)		24,84 (5,05)		20,62 (3,77)		22,22 (2,91)	
Horas dedicadas a la formación								
De 1 a 5 horas semana (n=23)	71,78 (8,40)	NS	26,82 (3,73)	NS	21,60 (3,12)	NS	23,34 (3,26)	NS
Más de 5 horas semana (n=8)	69 (14,01)		25,12 (6,59)		20,25 (5,30)		23,62 (3,70)	
Conflictos familiares a causa del trabajo								
Sí (n=66)	65,15 (11,19)	0,001	23,54 (5,58)	0,004	19,51 (4,15)	0,002	22,18 (2,97)	0,001
No (n=43)	72,11 (8,48)		26,41 (4,03)		21,83 (3,19)		23,86 (2,88)	

Las variables cuantitativas se expresan con la media y la desviación típica entre paréntesis.

NS: p no estadísticamente significativa (valor igual o superior a 0,05)

Sentido de coherencia de las enfermeras según el centro sociosanitario

Al estudiar las medias de SOC en los 11 centros sociosanitarios se observan diferencias tanto en las puntuaciones medias del SOC total de las enfermeras como en las puntuaciones medias de cada una de sus tres dimensiones, representadas en la figura 1.

Destacar que existe una diferencia de más de 13 puntos de SOC total medio de las enfermeras entre el centro 1 cuya puntuación media es de 74,4 (DE 7,81) y el centro 11 cuya puntuación media es de 61,14 (DE 9,61); resultando las diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,005$).

En el centro 3 se encuentran las profesionales que mayor puntuación media presentan en la dimensión de comprensibilidad (28,2; DE 1,30) con una diferencia de 8 puntos con la puntuación media del centro 11 (20,14; DE 6,17) ($p = 0,005$).

En la dimensión de manejabilidad, las enfermeras del centro 1 presentan una puntuación media mayor (23,00; DE 5,45) con una diferencia de más de 5 puntos respecto al centro 6 cuya puntuación media es de 17,03 (DE 4,02) ($p = 0,002$). Respecto a la dimensión de significación, la puntuación media más elevada se halla en las enfermeras del centro 8, siendo ésta de 25,22 (DE 1,98) con diferencias que tienden a la significación estadística con el resto de profesionales de los centros ($p = 0,070$).

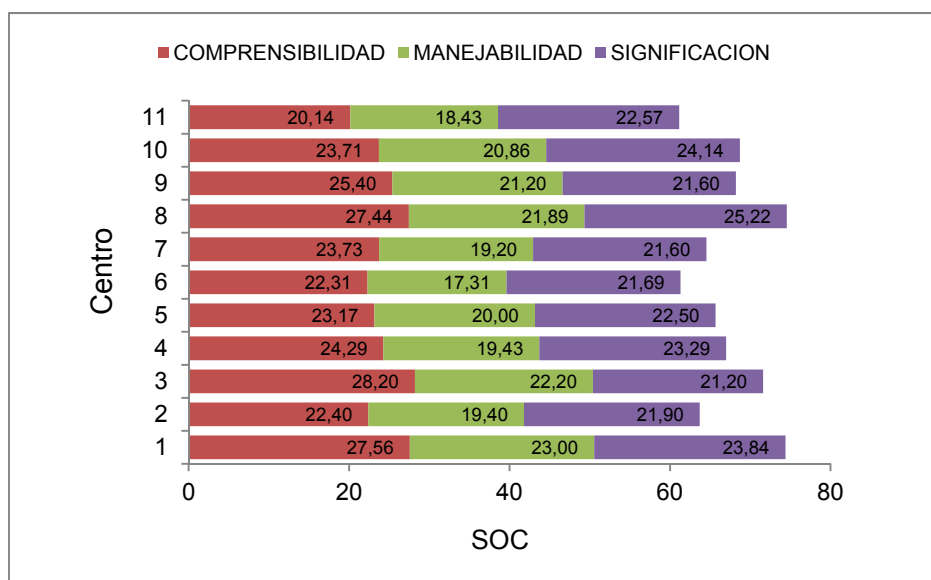


Figura 1. Sentido de coherencia según el centro de trabajo

4.3. La salud percibida

Salud percibida y su relación con las variables socio demográficas

El 83,5% (n=91) de las participantes presentan puntuaciones de 1 o 2 (No existen problemas o problemas leves) en las 5 dimensiones (Movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión) de la salud. La media del índice de salud percibida de las enfermeras del ámbito sociosanitario de Girona, valorada con el cuestionario EQ-5D-5L es de 0,918 (DE 0,106) y la puntuación media de la escala EVA que evalúa la percepción de la salud es de 85,54 (DE 11,38), mediana de 90 (RIC 92,5-80).

Los resultados relacionados con la salud percibida y las variables socio demográficas se muestran en la tabla 7 dónde se observa que las enfermeras que presentan la puntuación media mayor en el índice de salud percibida son las que se encuentran entre los 21 y los 35 años con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$).

No se hallan diferencias entre hombres y mujeres ($p = 0,648$), sin embargo, los hombres puntúan más de dos puntos por debajo (85,32; DE 11,66) su salud respecto a las mujeres, sin hallar diferencias significativas (87,70; DE 8,20; $p = 0,677$).

Como se expone en la tabla, a mayor nivel socioeconómico mayor puntuación media del índice de salud percibida ($p = 0,240$) y de la escala EVA de valoración de su salud ($p = 0,796$) sin significación estadística. Según el estado civil, las profesionales solteras presentan puntuaciones medias más elevadas (0,944; DE 0,075) en el índice de salud percibida que aquellas que están viudas, separadas o divorciadas (0,885; DE 0,164) ($p = 0,126$). Por el contrario, en la valoración de la escala EVA las enfermeras viudas, separada o divorciadas muestran la puntuación media de 88,57 (DE 9,07) mayor, respecto al resto, con una diferencia de más de 5 puntos en relación a las casadas (83,18; DE 11,36) ($p = 0,053$).

Las profesionales con más puntuación en el índice de salud percibida son aquellas con 3 o más hijos (0,928; DE 0,085), a su vez son las que presentan puntuaciones medias más elevada en la escala EVA de la salud con una diferencia de 4 puntos respecto a las que tienen un hijo único sin significación estadística ($p = 0,241$). No se observan diferencias entre las puntuaciones de las enfermeras con algún familiar a cargo y el resto de profesionales ($p = 0,111$). Sin embargo aquellas que refieren no tener familiar a cargo presentan puntuaciones mayores en la valoración de la salud que el resto con significación estadística en las diferencias ($p = 0,045$).

Tabla 7. Salud percibida según las variables socio demográficas

	EQ Index value	p	Su salud hoy	p
Sexo				
Hombres (n=10)	0,949 (0,057)	NS	85,32 (11,66)	NS
Mujeres (n=99)	0,915 (0,109)		87,70 (8,20)	
Edad				
21 a 35 años (n=54)	0,942 (0,087)	≤0,001	87,30 (10,33)	NS
36 a 65 años (n=55)	0,894 (0,117)		83,82 (12,17)	
Lugar de residencia				
Rural (n=28)	0,897 (0,123)	NS	83,04 (12,86)	NS
Urbana (n=81)	0,925 (0,099)		86,41 (10,77)	
Nivel socioeconómico				
Muy bueno y bueno (n= 80)	0,952 (0,089)	NS	85,49 (11,22)	NS
Regular o malo (n=29)	0,887 (0,139)		85,69 (12,00)	
Estado civil				
Soltero (n=44)	0,944 (0,075)	NS	87,32 (11,77)	NS
Casado (n=51)	0,904 (0,105)		83,18 (11,36)	
Otros (n=14)	0,885 (0,164)		88,57 (9,07)	
Número de hijos				
Un hijo (n=21)	0,883 (0,155)	NS	83,10 (12,89)	NS
Dos hijos (n=31)	0,922 (0,097)		84,35 (10,46)	
Tres o más hijos (n=57)	0,928 (0,085)		87,09 (11,23)	
Familiares a cargo				
Sí (n=65)	0,907 (0,116)	NS	84,26 (11,08)	0,045
No (n=43)	0,937 (0,087)		87,84 (11,48)	
Opción Religiosa				
Sí (n=25)	0,889 (0,093)	0,013	85,88 (9,75)	NS
No (n= 81)	0,931 (0,091)		85,09 (11,91)	
Fumador actual				
Sí (n=24)	0,914 (0,085)	NS	82,29 (12,59)	NS
No (n=85)	0,919 (0,111)		86,46 (10,91)	
Problema de salud crónico*				
Con problema de salud crónico (n=20)	0,839 (0,122)	≤0,001	79,00 (10,07)	0,001
Sin problema de salud crónico (n=89)	0,936 (0,093)		87,01 (11,18)	
Evento vital en el último año				
Sí (n=35)	0,899 (0,127)	NS	84,34 (13,30)	NS
No (n= 74)	0,926 (0,093)		86,11 (10,40)	
Apoyo social				
Sí siempre (n=84)	0,931 (0,104)	0,002	87,67 (8,74)	0,009
A veces (n=24)	0,870 (0,100)		77,92 (15,94)	

Las variables cuantitativas se expresan con la media y la desviación típica entre paréntesis

*Test U Mann Whitney. NS: p no estadísticamente significativa (valor igual o superior a 0,05)

En relación a las enfermeras fumadoras actuales, éstas presentan una puntuación media menor de la valoración de la salud (82,29; DE 12,59) que aquellas que no son fumadoras (86,46; DE 10,91) sin hallar significación estadística en las diferencias ($p=0,065$). Las participantes sin problema de salud crónico presentan puntuaciones medias más elevadas tanto en el índice de salud percibida ($p<0,001$) como en la valoración de la salud que el resto de enfermeras ($p=0,001$).

Las profesionales que reciben apoyo social siempre que lo necesitan puntúan más elevado tanto en el índice ($p=0,002$) como en la valoración de la salud ($p=0,009$).

Salud percibida y su relación con las variables laborales

Los resultados sobre la relación entre la salud percibida y las variables laborales se exponen en la tabla 8, que pone de manifiesto que no se han hallado diferencias en la percepción de salud según el grado de estudios alcanzado entre las enfermeras. Las profesionales con 10 o menos años de profesión puntúan 0,946 (DE 0,728), índice de percepción de salud más elevado que aquellas con más de 10 años que presentan una puntuación media de 0,900 (DE 0,119) ($p=0,039$). Sin embargo, las enfermeras con 10 años o menos de profesión presentan una puntuación media de 85,10 (DE 13,78) en la valoración de la salud, mientras que las profesionales de más de 10 años puntúan 85,82 (DE 9,65).

Las profesionales con contrato eventual valoran peor su salud (85,06; DE 11,41) respecto a las que poseen contrato indefinido (87,08; DE 11,37; $p=0,307$) y las que desarrollan más de una función en el equipo sanitario presentan puntuaciones medias más bajas, tanto en el índice de salud percibida (0,893; DE 0,12) como en la escala de valoración de la salud (83,38 DE 13,39) que las que desarrollan una única función de asistencia o gestión, sin hallar significación estadística en las diferencias ($p=0,264$).

No se observan diferencias entre las puntuaciones del índice de salud percibida, entre las enfermeras que refieren tener conflictos familiares a causa del trabajo y las que no los refieren, sin embargo, las profesionales que los tienen presentan puntuaciones más bajas en la valoración de la salud que el resto de profesionales ($p=0,002$).

Tabla 8. Salud percibida según las variables laborales

	EQ Index value	p	Su salud hoy	p
Estudios				
Diplomada o grado (n=98)	0,916 (0,108)	NS	85,30 (11,69)	NS
Máster (n=11)	0,931 (0,089)		87,73 (8,17)	
Años de profesión				
De 0 a 10 años (n=42)	0,946 (0,728)	0,039	85,10 (13,78)	NS
Más de 10 años (n=67)	0,900 (0,119)		85,82 (9,67)	
Situación laboral				
Indefinido (n=83)	0,913 (0,108)	NS	85,06 (11,41)	NS
Eventual (n=26)	0,932 (0,097)		87,08 (11,37)	
Tipología de servicio				
Un único servicio (n=53)	0,915 (0,098)	NS	85,70 (12,17)	NS
Más de un servicio (n=56)	0,920 (0,113)		85,39 (10,68)	
Categoría dentro del equipo				
Una única función (n=77)	0,928 (0,094)	NS	86,44 (10,39)	NS
Más de una función (n=32)	0,893 (0,128)		83,38 (13,39)	
Reciben formación continuada*				
Sí (n=49)	0,911 (0,106)	NS	85,45 (11,25)	NS
No (n=50)	0,921 (0,112)		85,14 (11,31)	
Horas dedicadas a la formación				
De 1 a 5 horas semana (n=23)	0,916 (0,109)	NS	87,61 (12,78)	NS
Más de 5 horas semana (n=8)	0,959 (0,063)		87,88 (9,65)	
Conflictos familiares a causa del trabajo				
Sí (n=66)	0,911 (0,098)	NS	83,29 (11,35)	0,002
No (n=43)	0,928 (0,117)		89,00 (10,63)	

Las variables cuantitativas se expresan con la media y la desviación típica entre paréntesis

*10 sujetos no respondieron a este ítem. NS: p no estadísticamente significativa (valor igual o superior a 0,05)

Salud percibida de las enfermeras según el centro sociosanitario

En el análisis de la salud percibida y la valoración de la salud de las profesionales en los once centros sociosanitarios estudiados se observan diferencias tanto en las puntuaciones medias de salud percibida de las enfermeras como en las puntuaciones medias de la valoración de la salud expuestas en la figura 2 sin ser estadísticamente significativas ($p=0,225$ y $p=0,603$, respectivamente).

Las puntuaciones más elevadas corresponden, en primer lugar, al centro 3 que presenta una puntuación media de 0,982 (DE 0,038) y la puntuación media menor corresponde el centro 4 cuya puntuación media es de 0,840 (DE 0,219) ($p=0,225$).

En el centro 5 se encuentran las enfermeras que mayor puntuación media presentan en la valoración de la salud (90,83; DE 10,68) con una diferencia de 9 puntos con la puntuación media del centro 2 (81,50; DE 10,81), aunque sin diferencias estadísticamente significativas ($p=0,603$).

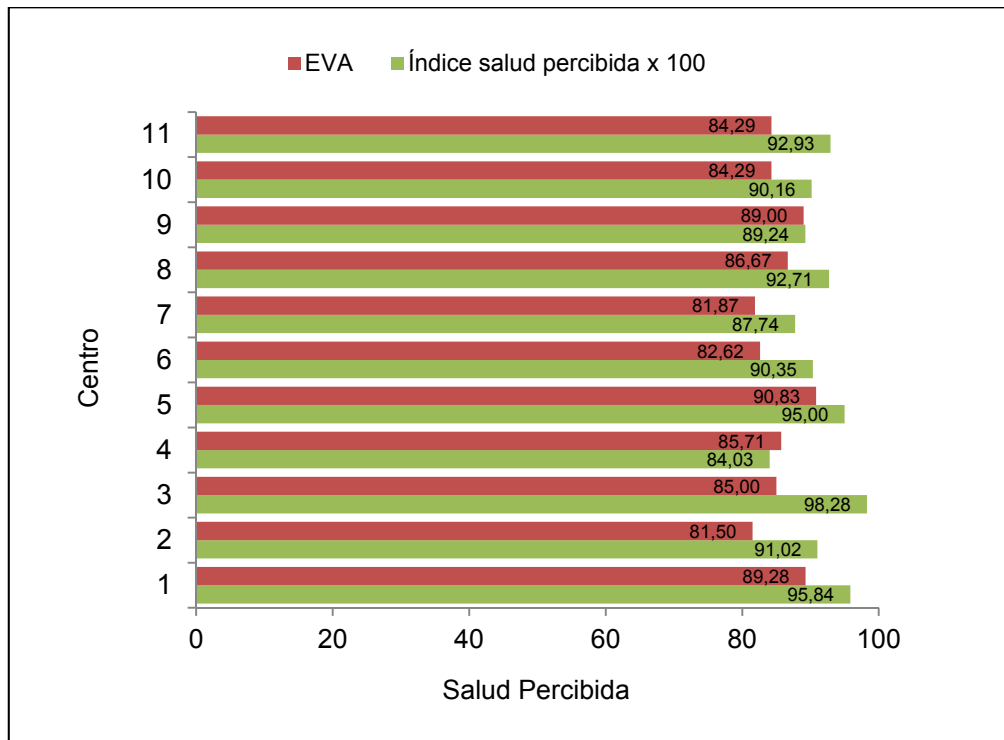


Figura 2. Índice de salud percibida y valoración de la salud según el centro de trabajo

4.4. El optimismo disposicional

Optimismo disposicional y su relación con las variables socio demográficas

La media de optimismo disposicional de las enfermeras del ámbito sociosanitario, valorada con el cuestionario LOT-R, es de 22,07 (DE 3,70), los resultados se pueden observar en la tabla 9. Las enfermeras más jóvenes obtienen puntuaciones medias más elevadas que las profesionales que se encuentran entre 36 a 66 años, sin hallar significación estadística en la diferencia. En las puntuaciones de optimismo no se han observado diferencias significativas entre hombres y mujeres (22,70; DE 4,02 *versus* 22,01; DE 3,69; $p=0,577$) ni tampoco según el estado civil ($p=0,713$).

Las profesionales que residen en zona urbana presentan puntuaciones mayores en el optimismo que las profesionales que residen en zona rural ($p=0,009$) y las que refieren

Tabla 9. Relación del optimismo disposicional con variables socio demográficas

	Optimismo	p	Pesimismo	p
Sexo				
Hombres (n=10)	22,70 (4,02)	NS	7,00 (2,62)	NS
Mujeres (n=99)	22,01 (3,69)		7,23 (2,39)	
Edad				
21 a 35 años (n=54)	22,33 (3,82)	NS	6,81 (2,38)	NS
36 a 65 años (n=55)	21,82 (3,60)		7,60 (2,37)	
Lugar de residencia				
Rural (n=28)	20,50 (3,39)	0,009	8,21 (2,29)	0,010
Urbana (n=81)	22,62 (3,67)		6,68 (2,34)	
Nivel socioeconómico				
Muy bueno y bueno (n= 80)	22,70 (3,45)	0,003	7,00 (2,53)	NS
Regular o malo (n=29)	20,34 (3,88)		7,79 (1,91)	
Estado civil				
Soltero (n=44)	22,39 (4,07)	NS	6,86 (2,19)	NS
Casado (n=51)	21,76 (3,57)		7,33 (2,56)	
Otros (n=14)	22,21 (3,06)		7,86 (2,38)	
Número de hijos				
Un hijo (n=21)	22,10 (3,60)	NS	7,57 (2,85)	NS
Dos hijos (n=31)	21,97 (3,57)		7,03 (2,37)	
Tres o más hijos (n=57)	22,12 (3,87)		7,18 (2,26)	
Familiares a cargo				
Sí (n=65)	22,09 (3,61)	NS	7,29 (2,60)	NS
No (n=43)	22,02 (3,93)		7,09 (2,10)	
Opción Religiosa				
Sí (n=25)	22,40 (3,58)	NS	6,80 (2,64)	NS
No (n= 81)	21,86 (3,78)		7,38 (2,35)	
Fumador actual				
Sí (n=24)	21,33 (3,95)	NS	7,75 (2,13)	NS
No (n=85)	22,28 (3,63)		7,06 (2,46)	
Problema de salud crónico*				
Con problema de salud crónico (n=20)	20,60 (3,26)	0,049	7,90 (2,19)	NS
Sin problema de salud crónico (n=89)	22,40 (3,73)		7,06 (2,42)	
Evento vital en el último año				
Sí (n=35)	22,49 (3,72)	NS	7,29 (2,61)	NS
No (n= 74)	21,88 (3,71)		7,18 (2,30)	
Apoyo social				
Sí siempre (n=84)	22,67 (3,49)	0,004	6,89 (2,36)	0,011
A veces (n=24)	20,25 (3,76)		8,29 (2,29)	

Las variables cuantitativas se expresan con la media y la desviación típica entre paréntesis

*Test U Mann Whitney. NS: p no estadísticamente significativa (valor igual o superior a 0,05)

tener un muy bueno o bueno nivel económico obtienen puntuaciones mayores que las que lo califican como regular o malo ($p=0,003$).

Las enfermeras que sufren algún problema de salud crónico tienen una puntuación media menor en optimismo que las que no lo refieren ($p=0,049$) y las que tienen apoyo social siempre que lo necesitan, presentan puntuaciones más elevadas que aquellas que consideran tenerlo a veces ($p=0,004$).

La puntuación media de la dimensión de pesimismo en las enfermeras del ámbito sociosanitario de Girona es de 7,21 (DE 2,40). Las enfermeras de entre 36 y 65 años presentan puntuaciones mayores (7,60; DE 2,37) que las de 21 a 35 años (6,81; DE 2,38) ($p=0,088$). Además los hombres muestran puntuaciones menores (7,00; DE 2,62) que las mujeres sin significación estadística en las diferencias ($p=0,772$).

Las enfermeras que residen en zona urbana obtienen menores puntuaciones en la dimensión del pesimismo con diferencias estadísticamente significativas ($p=0,010$), no hallando diferencias entre las puntuaciones según el nivel socioeconómico ($p=0,128$). Las participantes viudas, separadas o divorciadas presentan una puntuación media mayor (7,86; DE 2,38) respecto a las casadas (7,33; DE 2,56) y solteras (6,86; DE 2,19), siendo estas últimas las que cuentan con puntuaciones menores en esta dimensión sin hallar significación estadística ($p=0,359$). En relación a la opción religiosa, aquellas enfermeras que refieren tenerla presentan puntuaciones menores en la dimensión de pesimismo ($p=0,296$) y las que manifiestan obtener apoyo social siempre que lo necesitan aportan puntuaciones menores para el pesimismo que aquellas que afirman tenerlo a veces ($p=0,011$).

Optimismo disposicional y su relación con las variables laborales

No se observan diferencias entre las puntuaciones de las enfermeras según el nivel de estudios ni tampoco según los años de experiencia profesional. Las profesionales con una situación laboral eventual presentan puntuaciones mayores en optimismo disposicional que aquellas con contrato indefinido ($p=0,051$) y también presentan puntuaciones menores en la dimensión del pesimismo (6,54; DE 2,58) que el resto ($p=0,102$) (Tabla 10).

Las profesionales que llevan a cabo una única función dentro del equipo sanitario presentan puntuaciones más elevadas en optimismo disposicional ($p=0,066$) y menores en la dimensión de pesimismo que aquellas que desempeñan más de una función encontrando una tendencia a la significación estadística en las diferencias ($p=0,092$).

Las enfermeras que refieren no tener conflictos familiares a causa del trabajo, presentan puntuaciones mayores en optimismo disposicional (23,28; DE: 3,46) que las profesionales que refieren tenerlos (21,29; DE: 3,67) encontrando significación estadística en la diferencia ($p=0,006$). A su vez no se hallan diferencias entre las puntuaciones medias en la dimensión de pesimismo de unas y otras ($p=0,566$) (Tabla 10).

Tabla 10. Optimismo disposicional según las variables laborales

	Optimismo	p	Pesimismo	p
Estudios				
Diplomada o grado (n=98)	21,99 (3,63)	NS	7,23 (2,32)	NS
Máster (n=11)	22,82 (4,46)		7,00 (3,13)	
Años de profesión				
De 0 a 10 años (n=42)	22,17 (3,87)	NS	7,00 (2,42)	NS
Más de 10 años (n=67)	22,01 (3,62)		7,34 (2,50)	
Situación laboral				
Indefinido (n=83)	21,69 (3,54)	NS	7,42 (2,31)	NS
Eventual (n=26)	23,31 (4,01)		6,54 (2,58)	
Tipología de servicio				
Un único servicio (n=53)	22,11 (3,84)	NS	7,34 (5,59)	NS
Más de un servicio (n=56)	22,04 (3,61)		7,09 (2,21)	
Categoría dentro del equipo				
Una única función (n=77)	22,49 (3,43)	NS	6,96 (2,34)	NS
Más de una función n=32	21,06 (4,18)		7,81 (2,46)	
Reciben formación continuada*				
Sí (n=49)	21,92 (3,82)	NS	7,53 (2,69)	NS
No (n=50)	22,38 (3,44)		6,84 (2,05)	
Horas dedicadas a la formación				
De 1 a 5 horas semana (n=23)	23,09 (3,76)	NS	7,09 (2,85)	NS
Más de 5 horas semana (n=8)	21,50 (4,62)		7,88 (3,75)	
Conflictos familiares a causa del trabajo				
Sí (n=66)	21,29 (3,67)	0,006	7,32 (2,19)	NS
No (n=43)	23,28 (3,46)		7,05 (2,70)	

Las variables cuantitativas se expresan con la media y la desviación típica entre paréntesis

*10 personas no contestaron a este ítem. NS: p no estadísticamente significativa (valor igual o superior a 0,05)

Optimismo disposicional de las participantes según el centro sociosanitario

Los resultados del optimismo y pesimismo disposicional en los diferentes centros sociosanitarios se presentan en la figura 3 donde se muestra que existen diferencias entre las puntuaciones medias aunque no son estadísticamente significativas.

Las puntuaciones más elevadas de optimismo corresponden en primer lugar al centro 3 que presenta una puntuación media de 24 (DE 3,67) y la puntuación media menor corresponde al centro 5 cuya puntuación media es de 20,57 (DE 4,79) ($p=0,582$).

En el centro 1 se encuentran las profesionales que menor puntuación media presentan en la dimensión de pesimismo (6,80; DE 2,44) con una diferencia de 1 punto con la puntuación media mayor que corresponde al centro 9 (7,80; DE 2,49) ($p=0,988$).

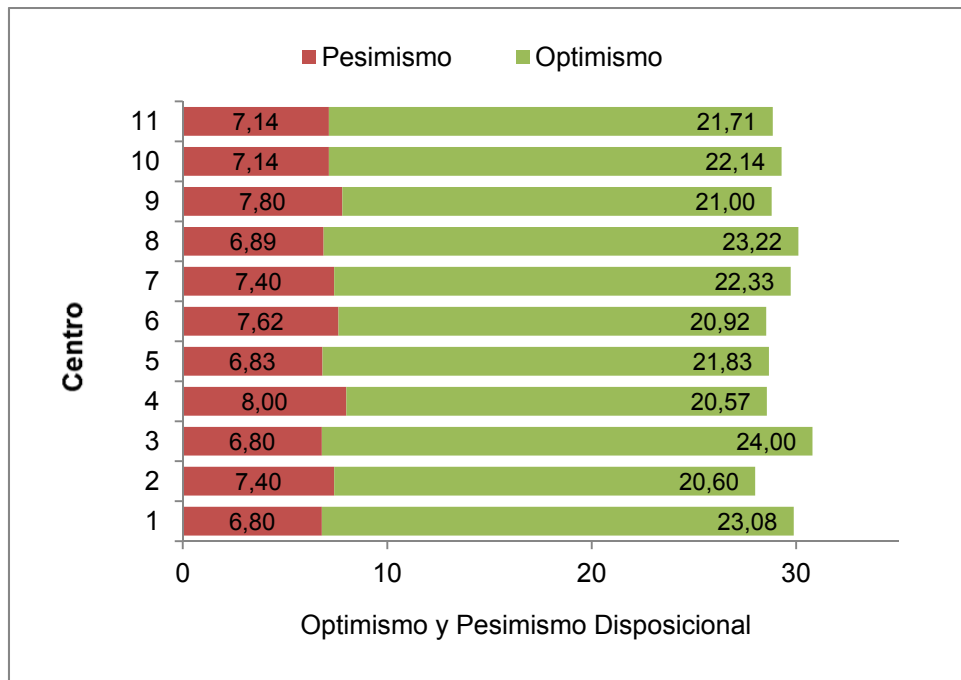


Figura 3. Optimismo y el pesimismo disposicional según el centro de trabajo

4.5. El compromiso laboral y el síndrome de desgaste profesional

Compromiso laboral y su relación con las variables socio demográficas

El compromiso laboral de las enfermeras del ámbito sociosanitario de Girona, es de 4,31 (DE 0,86), las puntuaciones medias en las dimensiones del constructo son de 3,86 (DE 1,05) para la absorción, un 4,46 (DE 0,84) para el vigor y un 4,66 (DE 1,00) para la dedicación. Los resultados del análisis de estas variables se muestran en la tabla 11 donde se aprecia que no existe diferencia entre las puntuaciones medias del compromiso laboral de las enfermeras en función del sexo ($p=0,590$), tampoco para el vigor ($p=0,788$), la absorción ($p=0,711$) y la dedicación ($p=0,400$).

Las profesionales que se hallan entre los 36 y los 65 años presentan puntuaciones medias más elevadas de compromiso laboral (4,45; DE 0,75) respecto a las más jóvenes (4,16; DE 0,93) ($p=0,073$), hecho que se repite en la dimensión de absorción del UWES (4,11; DE 0,88; 3,61; DE 1,14, respectivamente) de forma significativa ($p=0,012$).

Las enfermeras que refieren tener siempre que lo necesitan apoyo social presentan mayor puntuación tanto en el compromiso laboral, cuya puntuación es de 4,40 (DE 0,86) ($p=0,050$) como en vigor (4,56; DE 0,82) ($p=0,020$) y dedicación (4,80; DE 0,96) ($p=0,012$). También las enfermeras sin hábito tabáquico obtienen puntuaciones mayores en el dominio del vigor del compromiso laboral (4,54; DE 0,84) con tendencia a la significación ($p=0,074$).

Tabla 11. Compromiso laboral según las variables socio demográficas

	UWES	p	Vigor	p	Absorción	p	Dedicación	p
Sexo								
Hombres (n=10)	4,45 (0,91)	NS	4,53 (0,98)	NS	3,98 (1,15)	NS	4,92 (0,89)	NS
Mujeres (n=99)	4,29 (0,85)		4,45 (0,83)		3,85 (1,04)		4,63 (1,01)	
Edad								
21 a 35 años (n=54)	4,16 (0,93)	NS	4,34 (0,87)	NS	3,61 (1,14)	0,012	4,61 (1,08)	NS
36 a 65 años (n=55)	4,45 (0,75)		4,58 (0,79)		4,11 (0,88)		4,71 (0,92)	
Lugar de residencia								
Rural (n=28)	4,42 (0,74)	NS	4,55 (0,85)	NS	4,07 (0,83)	NS	4,67 (0,93)	NS
Urbana (n=81)	4,27 (0,89)		4,43 (0,83)		3,79 (1,11)		4,65 (1,03)	
Nivel socioeconómico								
Muy buen/ bueno (n=80)	4,30 (0,82)	NS	4,45 (0,84)	NS	3,82 (1,01)	NS	4,69 (0,94)	NS
Regular o malo (n=29)	4,33 (0,95)		4,50 (0,84)		3,97 (1,16)		4,57 (1,16)	
Estado civil								
Soltero (n=44)	4,27 (0,97)	NS	4,44 (0,85)	NS	3,72 (1,27)	NS	4,71 (1,08)	NS
Casado (n=51)	4,27 (0,81)		4,41 (0,88)		3,92 (0,93)		4,54 (1,00)	
Otros (n=14)	4,56 (0,62)		4,71 (0,60)		4,10 (0,82)		4,92 (0,64)	
Número de hijos								
Un hijo (n=21)	4,44 (0,89)	NS	4,55 (0,90)	NS	4,03 (1,06)	NS	4,79 (1,00)	NS
Dos hijos (n=31)	4,44 (0,73)		4,58 (0,76)		4,05 (0,89)		4,76 (0,90)	
Tres o más hijos (n=57)	4,19 (0,90)		4,36 (0,85)		3,70 (1,11)		4,56 (1,05)	
Familiares a cargo								
Sí (n=65)	4,41 (0,77)	NS	4,52 (0,83)	NS	4,00 (0,92)	NS	4,76 (0,91)	NS
No (n=43)	4,22 (0,86)		4,39 (0,85)		3,73 (1,07)		4,60 (0,93)	
Opción Religiosa								
Sí (n=25)	4,26 (0,773)	NS	4,35 (0,88)	NS	3,92 (0,99)	NS	4,58 (0,95)	NS
No (n= 81)	4,31 (0,893)		4,48 (0,83)		3,84 (1,07)		4,67(1,03)	
Fumador actual								
Sí (n=24)	4,10 (0,89)	NS	4,19 (0,78)	NS	3,67 (1,17)	NS	4,51 (1,00)	NS
No (n=85)	4,37 (0,84)		4,54 (0,84)		3,91 (1,01)		4,70 (1,00)	
Problema salud crónico*								
Con problema (n=20)	4,32 (0,96)	NS	4,31 (0,89)	NS	4,19 (1,01)	NS	4,48 (1,26)	NS
Sin problema (n=89)	4,31 (0,84)		4,49 (0,82)		3,79 (1,05)		4,70 (0,93)	
Evento vital último año								
Sí (n=35)	4,23 (0,87)	NS	4,42 (0,76)	NS	3,66 (1,07)	NS	4,66 (1,14)	NS
No (n= 74)	4,35 (0,85)		4,48 (0,87)		3,96 (1,03)		4,66 (0,93)	
Apoyo social								
Sí siempre (n=84)	4,40 (0,86)	NS	4,56 (0,82)	0,020	3,89 (1,05)	NS	4,80 (0,96)	0,012
A veces (n=24)	4,00 (0,80)		4,11 (0,82)		3,70 (1,01)		4,23 (0,97)	

Las variables cuantitativas se expresan con la media y la desviación típica entre paréntesis

* Test de U Mann Whitney. NS: p no estadísticamente significativa(valor igual o superior a 0,05)

Compromiso laboral y su relación con las variables laborales

No se observan diferencias entre las puntuaciones medias del compromiso laboral ni tampoco de sus dimensiones, respecto a los estudios y los años de profesión de las enfermeras como se pone de manifiesto en la tabla 12.

Las profesionales que desarrollan su labor en más de una tipología de servicio (Larga estancia, convalecencia, cuidados paliativos) presentan puntuaciones medias más altas en la dimensión del vigor del UWES (4,60; DE 0,81) que aquellas que solamente asisten en una tipología de servicio (4,33; DE 0,85; $p=0,093$).

Las enfermeras que reciben formación continuada muestran puntuaciones más elevadas para el compromiso laboral (4,49; DE 0,97) que las profesionales que no la reciben (4,07; DE 0,85) ($p=0,013$) y también obtienen mayores puntuaciones en la dimensión de vigor (4,67; DE 0,67) ($p=0,006$) y en la de absorción (4,07; DE 1,02; $p=0,017$). Sin embargo, en la dimensión de dedicación (4,79; DE 0,99) no hay diferencias entre las puntuaciones de las enfermeras que refieren recibir formación continuada y las que no (4,51; DE 1,01; $p=0,172$). Al analizar las horas que reciben durante la semana de formación continuada no existen diferencias significativas entre las puntuaciones medias de compromiso laboral de las enfermeras que realizan entre 1 y 5 horas a la semana (4,56; DE 0,68) con las que realizan más de 5 horas (3,99; DE 1,27; $p=0,119$).

Las enfermeras que refieren no tener conflictos familiares a causa del trabajo presentan puntuaciones medias mayores en el compromiso laboral (4,54; DE 0,72) que las profesionales que refieren tenerlos (4,15; DE 0,99) ($p=0,020$), también en la dimensión de vigor (4,72; DE 0,79; $p=0,010$) y dedicación (4,97; DE 0,66; $p=0,009$) como se observa en la tabla 12.

Tabla 12. Compromiso laboral según las variables laborales

	Compromiso Laboral	p	Vigor	p	Absorción	p	Dedicación	p
Estudios								
Diplomada o grado (n=98)	4,30 (0,81)	NS	4,45 (0,83)	NS	3,86 (0,99)	NS	4,66 (0,92)	NS
Máster (n=11)	4,34 (1,22)		4,51 (0,95)		3,89 (1,53)		4,67 (1,59)	
Años de profesión								
De 0 a 10 años (n=42)	4,24 (0,97)	NS	4,45 (0,85)	NS	3,66 (1,18)	NS	4,69 (1,13)	NS
Más de 10 años (n=67)	4,35 (0,78)		4,47 (0,83)		3,98 (0,94)		4,64 (0,91)	
Situación laboral								
Indefinido (n=83)	4,30 (0,85)	NS	4,42 (0,85)	NS	3,86 (1,04)	NS	4,68 (0,97)	NS
Eventual (n=26)	4,33 (0,89)		4,57 (0,80)		3,87 (1,09)		4,59 (1,10)	
Tipología de servicio								
Un único servicio (n=53)	4,41 (0,80)	NS	4,60 (0,81)	NS	3,96 (0,95)	NS	4,73 (0,96)	NS
Más de un servicio (n=56)	4,21 (0,90)		4,33 (0,85)		3,77 (1,13)		4,59 (1,04)	
Categoría dentro del equipo								
Una única función (n=77)	4,30 (0,83)	NS	4,47 (0,85)	NS	3,77 (1,02)	NS	4,71 (0,86)	NS
Más de una función (n=32)	4,34 (0,92)		4,43 (0,82)		4,08 (1,10)		4,53 (1,28)	
Reciben formación continuada*								
Sí (n=49)	4,49 (0,97)	0,013	4,67 (0,67)	0,006	4,07 (1,02)	0,017	4,79 (0,99)	NS
No (n=50)	4,07 (0,85)		4,22 (0,89)		3,56 (1,03)		4,51 (1,01)	
Horas dedicadas a la formación								
De 1 a 5 horas semana (n=23)	4,56 (0,68)	NS	4,71 (0,70)	NS	4,12 (0,82)	NS	4,90 (0,80)	NS
Más de 5 horas semana (n=8)	3,99 (1,27)		4,41 (0,85)		3,45 (1,72)		4,12 (1,73)	
Conflictos familiares a causa del trabajo								
Sí (n=66)	4,15 (0,99)	0,020	4,29 (0,83)	0,010	3,76 (1,14)	NS	4,46 (1,13)	0,009
No (n=43)	4,54 (0,72)		4,72 (0,79)		4,02 (0,88)		4,97 (0,66)	

Las variables cuantitativas se expresan con la media y la desviación típica entre paréntesis

*10 personas no contestaron a este ítem. NS: p no estadísticamente significativa. NS: p no estadísticamente significativa (valor igual o superior a 0,05)

El compromiso laboral de las enfermeras según el centro sociosanitario

Existe una diferencia de más de 1 punto de compromiso laboral medio de las enfermeras entre el centro 10 cuya puntuación media es de 4,85 (DE 0,64) y el centro 6 cuya puntuación media es de 3,89 (DE 1,38) ($p=0,589$) (Figura 4).

En el centro 10 se encuentran las profesionales que más puntuación media presentan en la dimensión de vigor (5,05; DE 0,48) con una diferencia de 1 punto con la puntuación media del centro 2 (4,00; DE 0,74) ($p=0,494$).

En la dimensión de absorción, las enfermeras del centro 10 presentan la puntuación media más alta (4,40; DE 1,02) con una diferencia de más de 1 punto respecto al centro 6 cuya puntuación media es de 3,33 (DE 1,80) ($p=0,767$). Respecto a la dimensión de dedicación la puntuación media más elevada se halla en las enfermeras del centro 3, siendo esta de 5,32 (DE 0,33) ($p=0,280$).

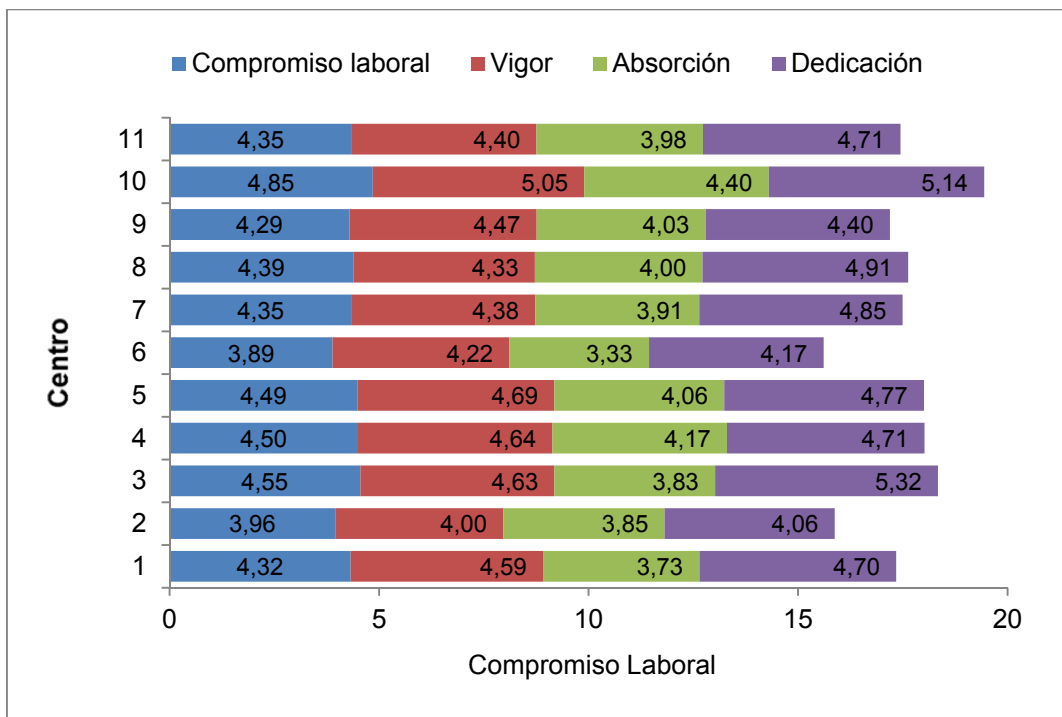


Figura 4. Dimensiones del compromiso laboral según el centro de trabajo

Comparar las puntuaciones del compromiso laboral de las participantes con los valores de referencia del UWES

Al analizar los resultados clasificando a las enfermeras con valores de muy alto y alto, medio o bajo y muy bajo de compromiso laboral y en sus dimensiones de vigor, absorción y dedicación presentados en la tabla 13, se observa que el porcentaje mayor de las enfermeras se sitúan en un muy bajo o bajo compromiso laboral (62,3%) así como vigor (58,7%) y dedicación (54,1%). En la dimensión de absorción el mayor porcentaje de enfermeras se posiciona en el nivel medio (82,5%) y en la dimensión de dedicación es donde se hallan mayor número de enfermeras clasificadas en el nivel alto o muy alto (21,1%).

El compromiso laboral se ha relacionado con la edad de las enfermeras, el 100% ellas con nivel muy alto y alto tienen entre 36 y 65 años ($p=0,043$). En relación al vigor, un 70,3% de participantes clasificadas en el nivel muy bajo o bajo refieren presentar conflictos familiares a causa del trabajo ($p=0,044$). En relación a la absorción de las participantes, aquellas clasificadas en un nivel muy bajo o bajo, el 75% tienen entre 21 y 35 años ($p=0,025$) y el 93,8% realizan una única función (asistencia) dentro del equipo. La totalidad de las enfermeras clasificadas en el nivel alto o muy alto de absorción tienen entre 36 y 65 años, hallando diferencias significativas ($p=0,025$) y el 66,7% de las participantes clasificadas en este nivel desarrollan más de una función dentro del equipo ($p=0,039$), estos resultados se han de analizar con cautela por incumplimiento de la norma de Chi-cuadrado, de menos de 5 casos analizados en alguna casilla. Destacar la relación hallada en la dimensión de dedicación donde el 69,6% de las enfermeras clasificadas en el nivel muy alto o alto presentan más de 10 años de profesión, diferencia que se observa también en las participantes clasificadas en el nivel muy bajo o bajo, donde el 67,8% presentan más de 10 años de profesión ($p=0,038$) (Tabla 13).

Tabla 13. Compromiso laboral según valores de referencia y variables socio demográficas y laborales

	Compromiso Laboral n (%)			Vigor n (%)			Absorción n (%)			Dedicación n (%)		
	Muy bajo o bajo n=68	Medio n=35	Alto o muy alto n=6	Muy bajo o bajo n=64	Medio n=33	Alto o muy alto n=12	Muy bajo o bajo n=16	Medio n=90	Alto o muy alto n=3*	Muy bajo o bajo n=59	Medio n=27	Alto o muy alto n=23
Sexo												
Hombres (n=10)	4 (5,9)	5 (14,3)	1 (16,7)	5 (7,8)	3 (9,1)	2 (16,7)	2 (87,5)	7 (7,8)	1 (33,3)	5 (8,5)	2 (7,4)	3 (13)
Mujeres (n=99)	64 (94,1)	30 (85,7)	5 (83,3)	59 (92,2)	30 (90,3)	10 (83,3)	14 (12,5)	83 (92,2)	2 (66,7)	54 (91,5)	25 (92,6)	20 (87)
Edad		NS			NS			NS			NS	
21 a 35 años (n=54)	35 (51,5)	19 (54,3)	0 (0)	34 (53,1)	15 (45,5)	5 (41,7)	12 (75)	42 (46,7)	0 (0)	30 (50,8)	14 (51,9)	10 (43,5)
de 36 a 66 años (n=55)	33 (48,5)	16 (45,7)	6 (100)	30 (46,9)	18 (54,5)	7 (58,3)	4 (25)	48 (53,3)	3 (100)	29 (49,2)	13 (48,1)	13 (56,5)
Nivel socioeconómico		NS			NS			0,025			NS	
Muy bueno y bueno (n= 80)	50 (73,5)	25 (71,4)	5 (83,3)	48 (75)	23 (69,7)	9 (75)	14 (87,5)	65 (72,2)	1 (33,3)	41 (69,5)	18 (66,5)	21 (93,3)
Regular o malo (n=29)	18 (26,5)	10 (28,6)	1 (16,7)	16 (25)	10 (30,3)	3 (25)	2 (12,5)	25 (27,8)	2 (66,7)	18 (30,5)	9 (33,3)	2 (8,7)
Problema de salud crónico*		NS			NS			NS			NS	
Con problema de salud crónico (n=20)	12 (17,6)	6 (17,1)	2 (33,3)	14 (21,9)	4 (12,1)	2 (16,7)	2 (12,5)	16 (17,8)	2 (66,7)	17 (28,8)	5 (18,5)	2 (8,7)
Sin problema de salud crónico (n=89)	56 (82,4)	29 (82,9)	4 (66,7)	50 (78,1)	29 (87,9)	10 (83,3)	14 (87,5)	74 (82,2)	1 (33,3)	42 (71,2)	22 (81,5)	21 (91,3)
Evento vital en el último año		NS			NS			NS			NS	
Si (n=35)	23 (33,8)	12 (34,3)	0 (0)	17 (23,6)	7 (21,1)	0 (0)	5 (31,3)	30 (33,3)	0 (0)	10 (16,9)	5 (18,5)	5 (21,5)
No (n= 74)	45 (66,2)	23 (65,7)	6 (100)	47 (73,4)	26 (78,8)	12 (100)	11 (68,8)	60 (66,7)	3 (100)	49 (83,1)	22 (81,5)	18 (78,3)
Años de profesión		NS			NS			NS			NS	
De 0 a 10 años (n=42)	25 (36,8)	16 (45,7)	1 (16,7)	25 (39,1)	12 (36,4)	5 (41,7)	8 (50)	34 (37,8)	0 (0)	19 (32,2)	16 (59,3)	7 (30,4)
Más de 10 años (n=67)	43 (63,2)	19 (54,3)	5 (83,3)	39 (60,9)	21 (63,9)	7 (58,3)	8 (50)	56 (62,2)	3 (100)	40 (67,8)	11 (40,7)	16 (69,6)
Situación laboral		NS			NS			NS			p=0,038	
Plaza en propiedad (n=83)	53 (77,9)	24 (68,6)	6 (100)	51 (79,7)	23 (69,7)	9 (75)	13 (81,3)	67 (74,4)	3 (100)	43 (72,9)	21 (77,8)	19 (82,6)
Eventual (n=26)	15 (22,1)	11 (31,4)	0 (0)	13 (20,3)	10 (30,3)	3 (25)	3 (18,8)	23 (25,6)	0 (0)	16 (27,1)	6 (22,2)	4 (17,4)
Categoría dentro del equipo		NS			NS			NS			NS	
Una única función (n=77)	49 (72,1)	23 (69,7)	5 (83,3)	45 (70,3)	23 (69,7)	9 (75)	15 (93,8)	61 (67,8)	1 (33,3)	16 (27,1)	9 (33,3)	7 (30,4)
Más de una función (n=32)	19 (27,9)	12 (34,3)	1 (16,7)	19 (29,7)	10 (30,3)	3 (25)	1 (6,2)	29 (32,2)	2 (66,7)	43 (72,9)	18 (66,7)	16 (69,6)
Conflictos familiares a causa del trabajo		NS			NS			p=0,039			NS	
Si (n=66)	44 (64,7)	19 (54,3)	3 (50)	45 (70,3)	15 (45,5)	6 (50)	12 (75)	51 (56,7)	3 (100)	39 (66,1)	15 (55,6)	12 (52,2)
No (n=43)	24 (35,3)	16 (45,7)	3 (50)	19 (29,7)	18 (54,5)	6 (50)	4 (25)	39 (43,3)	0 (0)	20 (33,9)	12 (44,4)	11 (47,8)
		NS			p=0,044			NS			NS	

Las variables cuantitativas se expresan con la frecuencia y el porcentaje de las columnas entre paréntesis

*Test de Fisher. NS: p no estadísticamente significativa (valor igual o superior a 0,05)

El síndrome de desgaste profesional y su relación con las variables demográficas, sociales y laborales

Las puntuaciones medias de las enfermeras para la dimensión de cansancio emocional son de 14,39 (DE 10,85), mediana de 11 (RIC 20,5-6,5); en la dimensión de despersonalización la puntuación media es de 6,08 (DE 4,63), mediana de 5 (RIC 8-2) y en la dimensión de realización personal la puntuación media es 40,72 (DE 2.40), mediana de 42 (RIC 46-37).

Las participantes casadas presentan puntuaciones mayores en cansancio emocional (15,80; DE 10,88; $p=0,170$) que aquellas que están solteras o cuyo estado civil es otros (viuda, separada o divorciada). También las enfermeras con problema de salud crónico presentan puntuaciones significativamente mayores en cansancio emocional que las que refieren no tenerlo (19,80; DE 12,10; $p=0,013$) y las participantes con apoyo social siempre que lo necesitan obtienen puntuaciones menores sin hallar significación estadística en la diferencia (13,26; DE 10,86; $p=0,072$) (Tabla 14). En relación con las variables laborales y el cansancio emocional (Tabla 15), las enfermeras con mayor presencia de éste son las que tienen más de 10 años de profesión (15,97; DE 11,41; $p=0,055$), con contrato indefinido (14,89; DE 10,56; $p=0,395$), las que desarrollan más de una función dentro del equipo asistencial (17,47; DE 13,00; $p=0,056$), las que dicen no recibir formación continuada (16,80; DE 10,50; $p=0,031$) y afirman tener conflictos familiares a causa del trabajo (17,44; DE 11,36; $p<0,001$). Las enfermeras que reciben más de 5 horas a la semana de formación continuada presentan mayor cansancio emocional (18,63; DE 17,12) que las que reciben entre 1 y 5 horas (10,35; DE 6,66) ($p=0,050$). No se ha hallado relación entre las variables estudiadas y la dimensión de despersonalización.

En la tabla 14 se observa, que las enfermeras entre 36 a 66 años presentan mayor realización personal (42,00; DE 5,62) que las profesionales de entre 21 a 35 años (39,41; DE 5,99) ($p=0,022$). También las que tienen familiares a cargo (41,92; DE 5,28) respecto a las que no los tienen (39; DE 6,47) ($p=0,012$) además las que reciben apoyo social siempre que lo necesitan (41,37; DE 5,51) presentan puntuaciones mayores respecto a las que tienen apoyo social a veces (38,58; DE 6,94) ($p=0,042$). Las profesionales que reciben formación continuada presentan mayor realización personal (41,96; DE 5,83) que aquellas que no la reciben (39,08; DE 6,11) ($p=0,018$) hecho que también ocurre con las que asisten a más de una tipología de servicio (42,06; DE 5,14) respecto aquellas que asisten a un único servicio (convalecencia, larga estancia, curas paliativas) (39,45; DE 6,37) ($p=0,021$) (Tabla 15).

Tabla 14. Síndrome de desgaste profesional según las variables socio demográficas

	Cansancio emocional	p	Despersonalización	p	Realización personal	p
Sexo						
Hombres (n=10)	13,00 (10,22)	NS	7,20 (5,82)	NS	41,80 (6,42)	NS
Mujeres (n=99)	14,54 (10,95)		5,97 (4,52)		40,61 (5,89)	
Edad						
21 a 35 años (n=54)	14,33 (11,10)	NS	6,39 (4,25)	NS	39,41 (5,99)	0,022
36 a 65 años (n=55)	14,45 (10,65)		5,78 (5,00)		42,00 (5,62)	
Lugar de residencia						
Rural (n=28)	14,04 (10,01)	NS	6,64 (5,27)	NS	41,71 (6,08)	NS
Urbana (n=81)	14,52 (11,18)		5,89 (4,41)		40,37 (5,87)	
Nivel socioeconómico						
Muy bueno y bueno (n= 80)	13,49 (10,27)	NS	5,99 (4,66)	NS	40,83 (5,82)	NS
Regular o malo (n=29)	16,90 (12,13)		6,34 (4,63)		40,41 (6,30)	
Estado civil						
Soltero (n=44)	14,27 (11,24)	NS	6,43 (4,82)	NS	40,30 (6,17)	NS
Casado (n=51)	15,80 (10,88)		6,16 (4,77)		40,94 (5,70)	
Otros (n=14)	9,64 (8,48)		4,71 (3,40)		41,21 (6,30)	
Número de hijos						
Un hijo (n=21)	13,95 (9,68)	NS	6,52 (5,12)	NS	42,43 (4,42)	NS
Dos hijos (n=31)	14,35 (10,48)		4,81 (4,43)		41,71 (5,76)	
Tres o más hijos (n=57)	14,58 (11,59)		6,61 (4,50)		39,54 (6,31)	
Familiares a cargo						
Sí (n=65)	14,94(10,93)	NS	5,88 (4,76)	NS	41,92 (5,28)	0,012
No (n=43)	12,84 (9,69)		6,33 (4,51)		39,00 (6,47)	
Opción Religiosa						
Sí (n=25)	17,40 (10,90)	NS	7,08 (5,17)	NS	40,64 (5,72)	NS
No (n= 81)	13,68 (10,86)		5,69 (4,47)		40,75 (5,99)	
Fumador actual						
Sí (n=24)	15,17 (11,28)	NS	6,46(5,02)	NS	39,17(7,52)	NS
No (n=85)	14,18 (10,78)		5,98 (4,54)		41,15 (5,36)	
Problema salud crónico (SC)*						
Con problema SC (n=20)	19,80 (12,10)	0,013	6,70 (5,94)	NS	39,95 (5,64)	NS
Sin problema SC (n=89)	13,18 (10,23)		5,94 (4,31)		40,89 (6,00)	
Evento vital en el último año						
Sí (n=35)	12,57 (9,96)	NS	5,34 (3,50)	NS	39,89 (6,78)	NS
No (n= 74)	15,26 (11,20)		6,43 (5,07)		41,11 (5,48)	
Apoyo social						
Sí siempre (n=84)	13,26 (10,86)	NS	5,89 (4,50)	NS	41,37 (5,51)	0,042
A veces (n=24)	17,54 (9,76)		6,50 (5,08)		38,58 (6,94)	

Las variables cuantitativas se expresan con la media y la desviación típica entre paréntesis

* Test U Mann Whitney . NS: p no estadísticamente significativa(valor igual o superior a 0,05)

Tabla 15. Síndrome de desgaste profesional según las variables laborales

	Cansancio emocional	p	Despersonalización	p	Realización personal	p
Estudios						
Diplomada o grado (n=98)	14,12 (10,36)	NS	6,11 (4,66)	NS	40,55 (5,97)	NS
Máster (n=11)	16,82 (14,91)		5,82 (4,60)		42,18 (5,51)	
Años de profesión						
de 0 a 10 años (n=42)	11,68 (9,48)	NS	6,12 (4,70)	NS	39,98 (6,14)	NS
Más de 10 años (n=67)	15,97 (11,41)		6,06 (4,63)		41,18 (5,78)	
Situación laboral						
Indefinido (n=83)	14,89 (10,56)	NS	6,00 (4,69)	NS	40,98 (6,12)	NS
Eventual (n=26)	12,81 (11,80)		6,35 (4,54)		39,88 (5,27)	
Tipología de servicio						
Un único servicio (n=53)	13,83 (10,52)	NS	6,43 (5,11)	NS	39,45 (6,37)	0,021
Más de un servicio (n=56)	14,93 (11,22)		5,72 (4,08)		42,06 (5,14)	
Categoría dentro del equipo						
Una única función (n=77)	13,12 (9,62)	NS	6,52 (4,85)	NS	40,55 (6,06)	NS
Más de una función (n=32)	17,47 (13,00)		5,03 (3,94)		41,13 (5,65)	
Reciben formación continuada*						
Sí (n=49)	12,18 (10,46)	0,031	5,51 (4,32)	NS	41,96 (5,83)	0,018
No (n=50)	16,80 (10,50)		6,52 (4,66)		39,08 (6,11)	
Horas dedicadas a la formación						
De 1 a 5 horas semana (n=23)	10,35 (6,66)	NS	5,22 (3,65)	NS	42,35 (5,82)	NS
Más de 5 horas semana (n=8)	18,63 (17,12)		7,88 (4,91)		40,75 (5,41)	
Conflictos familiares causa trabajo						
Sí (n=66)	17,44 (11,36)	≤0,001	6,61 (4,95)	NS	37,25 (10,53)	NS
No (n=43)	9,72 (8,12)		5,28 (4,02)		40,61 (5,37)	

Las variables cuantitativas se expresan con la media y la desviación típica entre paréntesis

*10 personas no contestaron a este ítem (valor igual o superior a 0,05)

Los resultados de las distintas dimensiones según tertiles del síndrome de desgaste emocional en relación a las variables socio demográficas y laborales se exponen en las tablas 16 y 17 y se categorizan en nivel bajo, medio y alto. Las profesionales con niveles bajos de cansancio emocional son en su mayoría mujeres (91,9%), entre 36 y 65 años (51,4%), con percepción de buen o muy buen nivel socioeconómico (78,4%), con familiares a cargo (59,5%), sin problemas de salud crónico (89,2%) y con percepción de apoyo social (89,2%), pero sin diferencias estadísticamente significativas con las características de las profesionales con niveles medio y alto de cansancio emocional. Entre las enfermeras con niveles bajos de despersonalización son en su mayoría mujeres (96,9%), entre 36 y 65 años (45,5%), con percepción de buen o muy buen nivel socioeconómico (73,8%), con familiares a cargo (64,3%), sin problemas de salud crónicos (81%) y con percepción de apoyo social siempre que lo necesitan (78,6%), pero sin

diferencias estadísticamente significativas con las características de las enfermeras con niveles medio y alto de despersonalización (Tabla 16).

Las enfermeras con alto nivel de realización personal son en su mayoría mujeres (88,6%), entre 36 y 65 años (62,9%) con percepción de buen o muy buen nivel socioeconómico (74,3%), con familiares a cargo (71,4%), sin problemas de salud crónico (85,7%) y con percepción de apoyo social siempre que lo necesitan (88,6%), pero sin diferencias estadísticamente significativas con las características de las enfermeras con niveles medio y bajo de realización personal; a excepción de las enfermeras con realización personal alta que no han sufrido algún acontecimiento vital en el último año cuya puntuación es significativamente mayor ($p=0,033$) (Tabla 16).

En relación al estudio de los niveles de desgaste profesional en función de las variables laborales, la mayoría de las profesionales presentan bajo cansancio emocional tienen contrato indefinido (70,3%) y desarrollan una única función dentro del equipo (asistencia o gestión) (73%). Destacar que el 60,6% de las enfermeras reciben formación continuada ($p=0,015$) y un 73% dedican más de 5 horas a esta formación ($p=0,072$). Entre las participantes que presentan un nivel alto de cansancio emocional la mayoría no reciben formación continuada (70,6%) y el 83,3% refieren tener conflictos familiares a causa del trabajo ($p=0,001$) (Tabla 17).

Entre las enfermeras con nivel bajo de despersonalización, la mayoría tienen contrato indefinido (78,6%) y desarrolla una única función dentro del equipo (Asistencia o gestión) (61,9%). Entre las que presentan un nivel alto de despersonalización, el 68,6% ($n=24$) afirman tener conflictos familiares a causa del trabajo, pero sin diferencias estadísticamente significativas con las características de las enfermeras con niveles medio y alto ($p=0,461$) (Tabla 17).

La mayoría de participantes con nivel alto de realización personal asisten a personas de un único servicio (Convalecencia, larga estada, cuidados paliativos) (62,9%) y realizan una única función dentro del equipo (Asistencia o gestión) (71,4%). En este grupo, el 60,6% de las enfermeras reciben formación continuada y un 76,9% dedican entre 1 y 5 horas a esta formación. Casi todas las enfermeras que presentan un nivel bajo de realización personal no reciben formación continuada (64,9%) y un 40% de las que sí la reciben dedican más de 5 horas a la semana. También refieren tener conflictos familiares a causa del trabajo (63,2%; $p=0,388$) (Tabla 17).

Tabla 16. Síndrome de desgaste profesional según tertiles y variables socio demográficas

	Cansancio emocional n (%)			Despersonalización n (%)			Realización personal n (%)		
	nivel bajo	nivel medio	nivel alto	nivel bajo	nivel medio	nivel alto	nivel bajo	nivel medio	nivel alto
Sexo									
Hombres (n=10)	3 (8,1)	4 (11,1)	3 (8,3)	4 (9,5)	1 (3,1)	5 (14,3)	3 (7,9)	3 (8,3)	4 (11,4)
Mujeres (n=99)	34 (91,9)	32 (88,9)	33 (91,7)	38 (90,5)	31 (96,9)	30 (85,7)	35 (92,1)	33 (91,7)	31 (88,6)
Edad		NS			NS			NS	
21 a 35 años (n=54)	18 (48,6)	19 (52,8)	17 (47,2)	17 (31,5)	20 (37)	17 (31,5)	24 (63,2)	17 (47,2)	13 (37,1)
de 36 a 66 años (n=55)	19 (51,4)	17 (47,2)	19 (52,8)	25 (45,5)	12 (21,8)	18 (32,7)	14 (36,8)	19 (52,8)	22 (62,9)
Nivel socioeconómico		NS			NS			NS	
Muy bueno y bueno (n= 80)	29 (78,4)	27 (33,8)	24 (66,7)	31 (73,8)	25 (78,1)	24 (68,6)	26 (68,9)	28 (77,8)	26 (74,3)
Regular o malo (n=29)	8 (21,6)	9 (25)	12 (33,3)	11 (26,2)	7 (21,9)	11 (31,4)	12 (31,6)	8 (22,2)	9 (25,7)
Estado civil		NS			NS			NS	
Soltero (n=44)	15 (40,5)	15 (41,7)	14 (38,9)	16 (38,1)	13 (40,6)	15 (42,9)	15 (39,5)	17 (47,2)	12 (34,3)
Casado (n=51)	14 (37,8)	17 (47,2)	20 (55,6)	20 (47,6)	14 (43,8)	17 (48,6)	19 (50)	13 (36,1)	19 (54,3)
Otros (n=14)	8 (21,6)	4 (11,1)	2 (5,6)	6 (14,3)	5 (15,6)	3 (8,6)	4 (10,5)	6 (16,7)	4 (11,4)
Número de hijos		NS			NS			NS	
Hijo único(n=21)	8 (21,6)	5 (13,9)	8 (22,2)	7 (16,7)	8 (25)	6 (17,1)	4 (10,5)	11 (30,6)	6 (17,1)
Dos hijos (n=31)	10 (27)	11 (30,6)	10 (27,8)	17 (40,5)	7 (21,9)	7 (20)	11 (28,9)	6 (16,7)	14 (40)
Tres o más hijos (n=57)	19 (51,4)	20 (55,6)	18 (50)	18 (31,6)	17 (53,1)	22 (62,9)	23 (60,5)	19 (52,8)	15 (42,9)
Familiares a cargo		NS			NS			NS	
Si (n=65)	22 (59,5)	19 (52,8)	24 (68,6)	27 (64,3)	17 (53,1)	21 (61,8)	18 (48,6)	22 (61,1)	25 (71,4)
No (n=43)	15 (40,5)	17 (47,2)	11 (36,9)	15 (35,7)	15 (46,9)	13 (38,2)	19 (51,4)	14 (38,9)	10 (28,6)
Problema de salud crónico*		NS			NS			NS	
Con problema de salud crónico (n=20)	4 (10,8)	5 (13,9)	11 (30,6)	8 (19)	6 (18,8)	6 (17,1)	9 (23,7)	6 (16,7)	5 (14,3)
Sin problema de salud crónico (n=89)	33 (89,2)	31 (86,1)	25 (69,4)	34 (81)	26 (81,3)	29 (82,9)	29 (76,3)	30 (83,3)	30 (85,7)
Evento vital en el último año		NS			NS			NS	
Si (n=35)	15 (40,5)	13 (36,1)	7 (19,4)	16 (38,1)	10 (31,3)	9 (25,7)	17 (44,7)	6 (16,7)	12 (34,3)
No (n= 74)	22 (59,5)	23 (63,9)	29 (80,6)	26 (61,9)	22 (68,8)	26 (74,3)	21 (55,3)	30 (83,3)	23 (65,7)
Apoyo social		NS			NS			p=0,033	
Sí siempre (n=84)	33 (89,2)	27 (75)	24 (66,7)	33 (78,6)	25 (78,1)	26 (74,3)	27 (71,1)	26 (72,2)	31 (88,6)
A veces (n=24)	4 (16,7)	9 (25)	11 (30,6)	9 (21,9)	7 (21,9)	8 (22,9)	10 (26,3)	10 (27,8)	4 (11,4)
		NS			NS			NS	

Las variables cuantitativas se expresan con la frecuencia y el porcentaje de las columnas entre paréntesis.

*Test de Fisher. NS: p no estadísticamente significativa (valor igual o superior a 0,05)

Tabla 17. Síndrome de Desgaste Profesional según tertiles y variables laborales

	Cansancio emocional n (%)			Despersonalización n (%)			Realización personal n (%)		
	nivel bajo	nivel medio	nivel alto	nivel bajo	nivel medio	nivel alto	nivel bajo	nivel medio	nivel alto
Estudios									
Diplomada o grado(n=98)	34 (91,9)	32 (88,9)	32 (88,9)	38 (90,5)	28 (87,5)	32 (91,4)	35 (92,1)	33 (91,7)	30 (85,7)
Máster (n=11)	3 (8,1)	4 (11,1)	4 (11,1)	4 (9,5)	4 (12,5)	3 (8,6)	3 (7,9)	3 (8,3)	5 (14,3)
	NS			NS			NS		
Años de profesión									
De 0 a 10 años (n=42)	18 (48,6)	14 (38,9)	10 (27,8)	18 (42,9)	10 (23,8)	14 (33,3)	16 (42,1)	15 (41,7)	11 (31,4)
Más de 10 años (n=67)	19 (51,4)	22 (61,1)	26 (72,2)	24 (35,8)	22 (32,8)	21 (31,3)	22 (57,9)	21 (58,3)	24 (68,6)
	NS			NS			NS		
Situación laboral									
Plaza en propiedad (n=83)	26 (70,3)	28 (77,8)	29 (80,6)	33 (78,6)	24 (75)	26 (74,3)	27 (71,1)	27 (75)	29 (82,9)
Eventual (n=26)	11 (29,7)	8 (22,2)	7 (19,4)	9 (21,4)	8 (25)	9 (25,7)	11 (28,9)	9 (25)	6 (17,1)
	NS			NS			NS		
Tipología de servicio									
Un único servicio (n=53)	19 (51,4)	16 (44,4)	18 (50)	21 (50)	17 (53,1)	15 (42,9)	15 (39,5)	16 (44,4)	22 (62,9)
Más de un servicio (n=56)	18 (48,6)	20 (55,6)	18 (50)	21 (50)	15 (46,9)	20 (57,1)	23 (60,5)	20 (55,6)	13 (37,1)
	NS			NS			NS		
Categoría dentro del equipo									
Una única función (n=77)	27 (73)	29 (80,6)	21 (58,3)	26 (61,9)	24 (75)	27 (77,1)	27 (71,1)	25 (69,4)	25 (71,4)
Más de una función (n=32)	10 (27)	7 (19,4)	15 (41,7)	16 (38,1)	8 (25)	8 (22,9)	11 (28,9)	11 (30,6)	10 (28,6)
	NS			NS			NS		
Reciben formación continuada									
Si (n=49)	20 (60,6)	19 (59,4)	10 (29,4)	20 (51,3)	16 (57,1)	13 (40,6)	13 (35,1)	16 (55,2)	20 (60,6)
No (n=50)	13 (39,4)	13 (40,6)	24 (70,6)	19 (48,7)	12 (42,9)	19 (59,4)	24 (64,9)	13 (44,8)	13 (39,4)
	NS			NS			NS		
Horas dedicadas a la formación									
	<i>p=0,015</i>			NS			NS		
De 1 a 5 horas semana (n=23)	10 (27)	10 (27,8)	3 (8,3)	9 (21,4)	10 (31,3)	4 (11,4)	6 (15,8)	7 (19,4)	10 (28,6)
Más de 5 horas semana (n=86)	27 (73)	26 (72,2)	33 (91,7)	33 (78,6)	22 (68,8)	31 (88,6)	32 (84,2)	29 (80,6)	25 (71,4)
	NS			NS			NS		
Conflictos familiares a causa del trabajo									
Si (n=66)	15 (40,5)	21 (58,3)	30 (83,3)	23 (54,8)	19 (59,4)	24 (68,6)	24 (63,2)	24 (66,7)	18 (51,4)
No (n=43)	22 (59,5)	15 (41,7)	6 (16,7)	19 (45,2)	13 (40,6)	11 (31,4)	14 (36,8)	12 (33,3)	17 (48,6)
	<i>p=0,001</i>			NS			NS		

Las variables cuantitativas se expresan con la frecuencia y el porcentaje de las columnas entre paréntesis.

*10 personas no contestaron a este ítem. NS: p no estadísticamente significativa (valor igual o superior a 0,05)

El síndrome de desgaste profesional de las enfermeras según el centro sociosanitario

Existen diferencias entre las puntuaciones medias de las dimensiones del MBI de las enfermeras según centros sociosanitarios, expuestas en la figura 5, sin hallar significación estadística en las diferencias.

En el centro 3 se encuentran las profesionales que menor puntuación media presentan en la dimensión de cansancio emocional (7,40; DE 2,07) con una diferencia de 13 puntos con la puntuación media del centro 2 (21,50; DE 15,18; $p=0,312$).

En la dimensión de despersonalización las enfermeras del centro 3 presentan una puntuación media más baja (3,40; DE 2,70) con una diferencia de más de 5 puntos respecto al centro 7 cuya puntuación media es de 7,47 (DE 6,39; $p=0,545$). Respecto a la dimensión de realización personal la puntuación media más elevada se halla en las enfermeras del centro 10, siendo esta de 44,14 (DE 4,41; $p=0,197$).

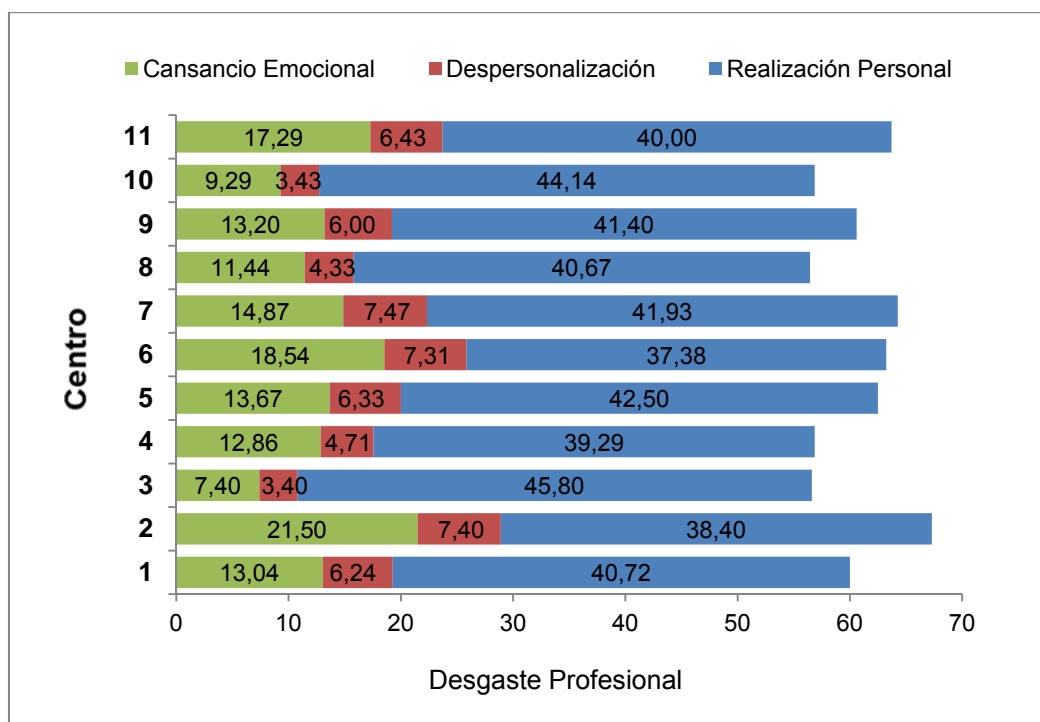


Figura 5. Dimensiones del síndrome de desgaste profesional según el centro de trabajo

4.6. Relación entre el sentido de coherencia y la salud percibida, el optimismo disposicional, el compromiso laboral y el síndrome desgaste profesional

Correlaciones entre el SOC, la salud percibida, el optimismo disposicional, el compromiso laboral y el síndrome de desgaste profesional

Según se presenta en la tabla 18, las enfermeras cuyo SOC total es elevado presentan puntuaciones mayores en el índice de salud percibida (Rho de Spearman=0,343; $p<0,001$) y la valoración de la salud (Rho de Spearman=0,408; $p<0,001$). Específicamente se ha observado mayor correlación entre la dimensión de manejabilidad del SOC con el índice de salud percibida (Rho de Spearman=0,413; $p<0,001$).

Se ha puesto de manifiesto que las enfermeras con mayor SOC son más optimistas (Rho de Spearman=0,434; $p<0,001$). En el análisis de las dimensiones del SOC con el optimismo disposicional y el pesimismo se observa la misma relación, es decir una correlación directamente proporcional con el optimismo disposicional, e inversamente proporcional con la dimensión del pesimismo del LOT-R, aunque la relación no es significativa entre la dimensión de significación con la dimensión del pesimismo.

En el estudio del SOC con el compromiso laboral, se observa correlación positiva entre el SOC total y su dimensión de comprensibilidad con la dimensión de la dedicación del UWES, en el sentido de que las enfermeras con mayor SOC y comprensibilidad presentan mayor dedicación laboral (Tabla 18). No se ha hallado correlación significativa entre la dimensión de absorción con el SOC. También se observa que las profesionales con mayor vigor presentan mayor valoración de la salud (Rho de Spearman=0,316; $p<0,001$).

El SOC total y sus 3 dimensiones se correlacionan de manera inversamente proporcional con el cansancio emocional. Además, a mayor puntuación de la escala de valoración de su salud, menor cansancio emocional en las enfermeras (Rho de Spearman=-0,451; $p<0,001$). También, a mayores puntuaciones de las profesionales en optimismo disposicional, menores puntuaciones en cansancio emocional (Rho de Spearman=-0,352; $p<0,001$). Sin embargo, no se halla correlación entre la dimensión del pesimismo del LOT-R y el cansancio emocional (Rho de Spearman=0,182; $p=0,058$).

Taula 18. Correlaciones entre el sentido de coherencia y la salud percibida, el optimismo disposicional, el compromiso laboral y el síndrome de desgaste profesional (n=109)

	Sentido de coherencia				Salud percibida		Optimismo		Compromiso laboral			Desgaste profesional			
	SOC total	Comprensibilidad	Manejabilidad	Significación	Índice salud percibida	Escala EVA salud hoy	Optimismo disposicional	Pesimismo	Compromiso laboral	Vigor	Absorción	Dedicación	Cansancio emocional	Despersonalización	Realización personal
SOC total	1	0,910**	0,887**	0,771**	0,343**	0,408**	0,434**	-0,269**	0,223*	0,281*	0,037	0,345**	-0,502**	-0,270**	0,286**
Comprensibilidad		1	0,748**	0,546**	0,323**	0,338**	0,388**	-0,250**	0,215*	0,286*	0,052	0,300**	-0,425**	-0,228*	0,339**
Manejabilidad			1	0,563**	0,413**	0,343**	0,414**	-0,268**	0,158	0,207*	-0,006	0,253**	-0,386**	-0,243*	0,198*
Significación				1	0,187	0,365**	0,308**	-0,164	0,227*	0,265**	0,720	0,341**	-0,530**	-0,313**	0,206*
Índice salud percibida					1	0,549**	0,271**	-0,275**	0,154	0,249**	-0,160	0,191*	-0,277**	-0,250**	0,158
Escala EVA salud hoy						1	0,318**	-0,242*	0,241*	0,316**	0,760	0,287**	-0,451**	-0,175	0,189*
Optimismo disposicional							1	-0,836**	0,114	0,161	-0,055	0,263**	-0,352**	-0,183	0,237*
Pesimismo								1	0,083	0,008	0,209*	-0,066	0,182	0,108	-0,066
Compromiso laboral									1	0,902**	0,884**	0,870**	-0,453**	-0,306**	0,559**
Vigor										1	0,684**	0,733**	-0,560**	-0,379**	0,583**
Absorción											1	0,643**	-0,199	-0,152	0,350**
Dedicación												1	-0,509**	-0,343**	0,582**
Cansancio emocional													1	0,537**	-0,449**
Despersonalización														1	-0,415**
Realización personal															1

Prueba Rho de Spearman.

* Significación estadística $p < 0,05$; **Significación estadística $p < 0,001$

El SOC total y sus dimensiones se correlacionan negativamente con la dimensión de despersonalización sobre todo la dimensión de significación (Rho de Spearman=-0,313; $p=0,001$). Las enfermeras con mayores puntuaciones en el índice de salud percibida presentan menores puntuaciones en la dimensión de despersonalización (Rho de Spearman=-0,250; $p=0,009$). Esta dimensión también ha mostrado estar correlacionada con el compromiso laboral y las dimensiones de vigor y dedicación. Finalmente, el SOC total y su dimensión de comprensibilidad se correlacionan positivamente con la dimensión de realización personal, es decir a mayor SOC total de las enfermeras y más puntuación en comprensibilidad mayor realización personal. Además, se ha hallado una fuerte correlación entre la realización personal y el compromiso laboral y en el mismo sentido con sus 3 dimensiones, es decir, a mayor realización personal de las enfermeras mayor percepción de compromiso laboral, de vigor, de dedicación y de absorción (Tabla 18).

Comparar las puntuaciones de compromiso laboral según los valores de referencia con el SOC, la salud percibida, el optimismo y el síndrome de desgaste profesional

Los resultados ponen de manifiesto que las enfermeras con nivel alto o muy alto de compromiso laboral en el UWES presentan puntuaciones inferiores en la dimensión de cansancio emocional ($p=0,004$) y en la dimensión de despersonalización ($p=0,043$) y puntuaciones superiores en realización personal de forma significativa ($p<0,001$); y en sentido contrario, las profesionales clasificadas en el nivel muy bajo o bajo del compromiso laboral presentan mayores puntuaciones de cansancio emocional ($p=0,004$) y despersonalización ($p=0,043$) así como menores de realización personal ($p<0,001$). En la dimensión de absorción, los resultados hallados están en la misma dirección que en el compromiso laboral, así las enfermeras clasificadas en el nivel alto de absorción obtienen puntuaciones menores en cansancio emocional ($p=0,075$) y despersonalización ($p=0,039$) y mayores en realización personal ($p=0,044$). Sin embargo en la dimensión de dedicación, las enfermeras que se hallan en el nivel medio, presentan puntuaciones menores de cansancio emocional ($p=0,001$) y mayores de realización personal ($p<0,001$). A su vez, las enfermeras que se sitúan en el nivel alto o muy alto de la dimensión de vigor, son las que obtienen puntuaciones menores en cansancio emocional ($p<0,001$) y mayores en realización personal ($p<0,001$) (Tabla 19).

Las profesionales con nivel alto de compromiso laboral presentan puntuaciones superiores en el SOC ($p=0,688$). En la dimensión de dedicación los resultados hallados están en la misma dirección que en el compromiso laboral, así las enfermeras clasificadas

Tabla 19. Compromiso laboral según el sentido de coherencia y el síndrome de desgaste profesional

	Cansancio emocional	p	MBI		Realización personal	p	SOC-13		Significación	p
			Despersonalización	p			SOC total	p		
Compromiso laboral										
Muy bajo o bajo (n=68)	16,99 (11,63)		6,93 (4,85)		38,62 (6,04)		67,22 (10,51)		22,58 (2,93)	
Medio (n=35)	10,46 (8,35)	0,004	4,83 (3,41)	0,043	43,89 (3,85)	≤0,001	69,02 (11,23)	NS	23,25 (2,93)	NS
Alto o muy alto (n=6)	8,00 (2,28)		3,83 (6,52)		46,00 (2,19)		69,33 (11,14)		23,50 (4,80)	
Dedicación										
Muy bajo o bajo (n=59)	17,75 (11,88)		7,22 (4,82)		38,12 (5,77)		65,53 (10,71)		22,05 (2,67)	
Medio (n=27)	9,44 (6,49)	0,001	4,78 (3,98)	0,019	44,63 (2,91)	≤0,001	70,59 (10,11)	0,043	23,77 (2,81)	0,012
Alto o muy alto (n=23)	11,61 (9,35)		4,70 (4,22)		42,78 (5,76)		70,82 (10,40)		23,78 (3,66)	
Absorción										
Muy bajo o bajo (n=16)	20,06 (11,55)		8,13 (4,96)		37,75 (6,54)		65,18 (11,49)		22,62 (2,89)	
Medio (n=90)	13,46 (10,62)	NS	5,88 (4,51)	0,039	41,09 (5,73)	0,044	68,48 (10,42)	NS	22,93 (2,96)	NS
Alto o muy alto (n=3)	12,33 (5,85)		1,33 (0,57)		45,33 (2,30)		66,00 (17,34)		21,66 (6,50)	
Vigor										
Muy bajo o bajo (n=64)	18,25 (11,92)		7,27 (4,78)		38,34 (6,01)		66,82 (10,66)		22,60 (2,88)	
Medio (n=33)	9,27 (6,11)	≤0,001	4,00 (2,97)	0,003	43,91 (4,00)	≤0,001	68,09 (11,48)	NS	22,78 (3,47)	NS
Alto o muy alto (n=12)	7,92 (4,71)		5,50 (5,72)		44,58 (3,37)		73,25 (7,44)		24,33 (2,26)	

Las variables cuantitativas se expresan con la media y la desviación típica entre paréntesis.
 NS: p no estadísticamente significativa (valor igual o superior a 0,05)

en el nivel alto de dedicación obtienen puntuaciones mayores en el SOC total ($p=0,043$) así como en la dimensión de significación de forma significativa ($p=0,012$). En el análisis de los niveles de compromiso laboral y sus dimensiones con las puntuaciones de salud percibida y optimismo no se han hallado relaciones estadísticamente significativas.

Relación del síndrome de desgaste profesional y el SOC, la salud percibida, el optimismo y el compromiso laboral

Las profesionales con nivel bajo de cansancio emocional presentan puntuaciones mayores en el SOC total de forma significativa; y en sentido contrario, las enfermeras clasificadas en el nivel alto presentan menores puntuaciones en el SOC ($p<0,001$). En la dimensión de despersonalización, los resultados hallados muestran como las personas clasificadas en el nivel bajo obtienen puntuaciones mayores en el SOC total ($p=0,009$). En la dimensión de realización personal también las personas clasificadas en el nivel alto presentan puntuaciones mayores en el SOC total ($p=0,016$).

Las enfermeras clasificadas en los niveles altos de cansancio emocional y despersonalización presentan menores puntuaciones, de forma significativa en las 3 dimensiones del SOC (Comprensibilidad, manejabilidad y significación), así como las profesionales en el nivel alto de realización personal presentan puntuaciones mayores en las 3 dimensiones del SOC.

Las participantes situadas en el nivel alto de cansancio emocional y despersonalización presentan puntuaciones menores en el índice de salud percibida ($p=0,049$; $p=0,015$ respectivamente) y en la valoración de su salud de forma significativa ($p=0,001$; $p=0,052$ respectivamente). En la dimensión de realización personal también las enfermeras del nivel alto presentan puntuaciones mayores del índice de salud percibida ($p=0,177$) y de valoración de la salud ($p=0,237$) sin hallar significación estadística en estas diferencias (Tabla 20).

Las enfermeras ubicadas en el nivel bajo de cansancio emocional presentan puntuaciones mayores de optimismo disposicional de forma significativa; y en sentido contrario las que están clasificadas en el nivel alto presentan menores puntuaciones ($p=0,003$). En la dimensión de realización personal también las personas clasificadas en el nivel alto presentan puntuaciones mayores en el optimismo disposicional ($p=0,023$).

Las enfermeras con niveles bajos de cansancio emocional y despersonalización presentan puntuaciones mayores en el compromiso laboral ($p<0,001$), el Vigor ($p<0,001$) y la dedicación ($p<0,001$) de forma significativa; y en el sentido contrario del nivel alto

obtienen menores puntuaciones en el compromiso laboral, y sus 3 dimensiones (Tabla 20).

En la dimensión de realización personal también las enfermeras clasificadas en el nivel alto presentan puntuaciones mayores en el compromiso laboral ($p < 0,001$) y en sus tres dimensiones dedicación ($p < 0,001$), absorción ($p = 0,001$) y vigor ($p = 0,001$) de forma significativa.

Se han hallado un 13,8% ($n = 12$) de casos de síndrome de desgaste profesional (personas con nivel alto de cansancio emocional y despersonalización y bajo en realización personal). Por el contrario, las que no están en estos niveles, obtienen puntuaciones significativamente más elevadas de sentido de coherencia que las que lo presentan ($p = 0,003$). Ocurre lo mismo con las dimensiones de comprensibilidad ($p = 0,006$), manejabilidad ($p = 0,015$) y significación del SOC ($p = 0,010$) (Tabla 21).

Las puntuaciones del índice de salud percibida ($p = 0,044$) y la valoración de la salud ($p < 0,001$) de las enfermeras que no sufren el síndrome de desgaste profesional son mayores que las de las profesionales clasificadas con el síndrome.

Las enfermeras con síndrome de desgaste profesional presentan puntuaciones menores de optimismo disposicional ($p = 0,016$), compromiso laboral ($p < 0,001$) y sus dimensiones de vigor ($p < 0,001$), absorción ($p = 0,040$) y dedicación ($p < 0,001$) de manera significativa (Tabla 21).

Tabla 20. Sentido de coherencia, la salud percibida, el optimismo disposicional y el compromiso laboral y su relación con el síndrome de desgaste profesional clasificado según tertiles

	Cansancio emocional M(DE)				Despersonalización M(DE)				Realización personal M(DE)			
	nivel bajo n=37	nivel medio n=36	nivel alto n=36	p	nivel bajo n=42	nivel medio n=32	nivel alto n=35	p	nivel bajo n=38	nivel medio n=36	nivel alto n=35	p
SOC total	72,78 (10,07)	70,22 (8,24)	60,42 (9,76)	≤0,001	71,75 (9,22)	66,78 (11,37)	64,48 (10,60)	≤0,001	66,1 (10,68)	65,66 (12,53)	72,17 (7,19)	0,016
Comprensibilidad	26,67 (4,72)	25,72 (4,13)	21,58 (5,32)	≤0,001	26,28 (4,50)	23,90 (5,81)	23,45 (5,04)	0,035	23,55 (5,25)	23,52 (5,97)	27,08 (3,23)	0,003
Manejabilidad	21,70 (3,99)	21,08 (3,28)	18,47 (8,88)	0,001	21,61 (3,26)	20,40 (3,93)	19,02 (4,36)	0,015	20,23 (3,87)	19,27 (4,71)	21,82 (2,67)	0,022
Significación	24,40 (2,72)	23,41 (2,64)	20,62 (2,45)	≤0,001	23,87 (2,96)	22,46 (2,98)	22,00 (2,91)	0,018	22,45 (2,86)	22,86 (3,09)	23,25 (3,20)	NS
Índice de salud percibida	0,93 (0,12)	0,94 (0,06)	0,88 (0,11)	0,049	0,93 (0,08)	0,93 (0,08)	0,87 (0,13)	0,015	0,91 (0,09)	0,90 (0,13)	0,94 (0,07)	NS
Escala EVA salud hoy	89,54 (10,24)	87,06 (9,99)	79,92 (11,83)	0,001	86,43 (9,95)	88,38 (8,57)	81,89 (14,23)	NS	83,92 (12,44)	84,67 (13,02)	88,20 (7,56)	NS
Optimismo disposicional	23,54 (3,67)	21,97 (3,70)	20,67 (3,24)	0,003	22,88 (3,80)	21,56 (3,70)	21,57 (3,51)	NS	20,95 (3,24)	22,06 (4,20)	23,31 (3,32)	0,023
Pesimismo	6,97 (2,93)	7,08 (2,23)	7,58 (1,93)	NS	6,95 (2,53)	7,31 (2,68)	7,43 (1,96)	NS	7,47 (2,07)	7,22 (2,76)	6,91 (2,35)	NS
Compromiso laboral	4,65 (0,55)	4,46 (0,83)	3,80 (0,92)	≤0,001	4,63 (0,68)	4,18 (0,82)	4,04 (0,96)	0,005	3,72 (0,86)	4,54 (0,72)	4,71 (0,61)	≤0,001
Vigor	4,90 (0,60)	4,54 (0,82)	3,93 (0,79)	≤0,001	4,82 (0,71)	4,35 (0,77)	4,12 (0,89)	0,001	3,91 (0,77)	4,61 (0,82)	4,90 (0,57)	≤0,001
Absorción	4,01 (0,74)	4,02 (1,07)	3,54 (1,23)	NS	4,11 (0,89)	3,71 (0,96)	3,70 (1,25)	NS	3,34 (1,15)	4,15 (0,86)	4,13 (0,90)	0,001
Dedicación	5,12 (0,55)	4,90 (0,77)	3,94 (1,17)	≤0,001	5,03 (0,75)	4,51 (0,98)	4,34 (1,15)	0,006	3,93 (1,11)	4,93 (0,70)	5,17 (0,62)	≤0,001

Las variables cuantitativas se expresan con la media y la desviación típica entre paréntesis.

NS: p no estadísticamente significativa (valor igual o superior a 0,05)

Tabla 21. Síndrome de desgaste profesional según el sentido de coherencia, la salud percibida, el optimismo disposicional y el compromiso laboral

	Síndrome de desgaste profesional		
	NO (n=97)	SI (n=12)	p
SOC total	68,98 (10,46)	59,41 (9,17)	0,003
Comprensibilidad	25,15 (5,08)	20,83 (4,70)	0,006
Manejabilidad	20,75 (3,80)	17,83 (4,42)	0,015
Significación	23,11 (3,01)	20,75 (2,49)	0,010
Salud percibida	0,925 (0,105)	0,860 (0,092)	0,044
Valoración de la salud	87,00 (10,18)	73,75 (14,00)	≤0,001
Optimismo disposicional	22,37 (3,59)	19,67 (3,91)	0,016
Compromiso laboral	4,42 (0,79)	3,42 (0,89)	≤0,001
Vigor	4,58 (0,78)	3,50 (0,65)	≤0,001
Absorción	3,93 (0,98)	3,27 (1,38)	0,040
Dedicación	4,80 (0,87)	3,51 (1,27)	≤0,001

Las variables cuantitativas se expresan con la media y la desviación típica entre paréntesis.
 NS: p no estadísticamente significativa (valor igual o superior a 0,05)

4.7. Factores asociados a la salud percibida, al compromiso laboral y al síndrome de desgaste profesional

En el análisis multivariante realizado mediante un modelo de regresión lineal múltiple, para explicar la percepción de la salud en función de las variables estudiadas, se observa que a mayor sentido de coherencia, mejor percepción de la salud ($p=0,009$) y a menor cansancio emocional, mayor percepción de la salud ($p=0,008$) (Tabla 22).

Tabla 22. Resumen del modelo de salud (n=109)

Variable dependiente	Variabes independientes	B	EE	IC 95%	p
Su salud hoy	Edad	-0,144	0,97	-0,33 – -0,40	NS
	Sexo	1,97	3,29	-4,56 – 8,50	NS
	Problema de salud crónico	4,02	2,58	-1,10 – 9,14	NS
	Sentido de coherencia	0,27	0,10	0,69 – 0,45	0,009
	Cansancio emocional	-0,27	0,10	-0,48 – -0,07	0,008

B: coeficiente B; EE: error estándar; IC 95%: intervalo de confianza del 95%
 Coeficiente de regresión lineal R^2 corregida: 0,294. NS: p no estadísticamente significativa (valor igual o superior a 0,05)

En el análisis de regresión lineal múltiple para estudiar la asociación del compromiso laboral con las variables estudiadas, se confirma la asociación positiva significativa entre la realización personal y el compromiso laboral ($p < 0,001$) (Tabla 23).

Tabla 23. Resumen del modelo de compromiso laboral (n=109)

Variable dependiente	Variabes independientes	B	EE	IC95%	p
Compromiso laboral	Edad	0,07	0,07	-0,07 – -0,20	NS
	Sexo	0,15	0,23	-0,23 – 0,87	NS
	Realizació personal	-0,74	0,12	-0,45 – 0,34	$\leq 0,001$
	Formación continuada	-0,24	0,12	-0,67 – -0,15	NS
	Sentido de coherencia	0,11	0,00	0,04 – 0,33	NS

B: coeficiente B; EE: error estándar; IC 95%: intervalo de confianza del 95%
 Coeficiente de regresión lineal R^2 corregida: 0,326. NS: p no estadísticamente significativa (valor igual o superior a 0,05)

En el análisis de regresión lineal múltiple para estudiar la asociación de la dedicación laboral con las variables estudiadas (Tabla 24), se confirma la asociación positiva significativa entre ambos observando que a mayor sentido de coherencia, mayor dedicación laboral en las enfermeras ($p = 0,001$). Además, a menos horas de formación continuada mayor dedicación laboral ($p = 0,002$) y a mayor realización personal, mayor dedicación laboral ($p < 0,001$).

Tabla 24. Resumen del modelo de dedicación laboral (n=109)

Variable dependiente	Variabes independientes	B	EE	IC95%	p
Dedicación laboral	Edad	-0,06	0,08	-0,02 – 0,09	NS
	Sexo	0,10	0,26	-0,41 – 0,62	NS
	Realizació personal	-0,80	0,13	-0,54 – 0,10	$\leq 0,001$
	Formación continuada	-0,43	0,13	-0,70 – -0,16	0,002
	Sentido de coherencia	0,24	0,07	0,10 – 0,03	0,001

B: coeficiente B; EE: error estándar; IC 95%: intervalo de confianza del 95%
 Coeficiente de regresión lineal R^2 corregida: 0,390. NS: p no estadísticamente significativa (valor igual o superior a 0,05)

Finalmente, en el análisis del modelo de regresión lineal múltiple para explicar el cansancio emocional en función de las variables estudiadas, se confirma la fuerte asociación negativa del sentido de coherencia con el cansancio emocional ($p < 0,001$) y del compromiso laboral con el cansancio emocional ($p < 0,001$). Se observa que a menor sentido de coherencia, mayor cansancio emocional y a menor compromiso laboral, mayor cansancio emocional (Tabla 25).

Tabla 25. Resumen del modelo de cansancio emocional (n=109)

Variable dependiente	Variables independientes	B	EE	IC 95%	p
Cansancio emocional	Edad	0,72	0,08	-0,09 – 0,23	NS
	Sexo	0.02	2,85	-5,63 – 5,67	NS
	Conflictos familiares	-2,6	1,64	-5,86 – 0,65	NS
	Formación continuada	0,17	0,14	-0,12 – 0,47	NS
	Sentido de coherencia	-0,36	0,08	-0,53 – -0,19	≤0,001
	Compromiso laboral	-4,44	1,04	-6,51 – -2,38	≤0,001

B: coeficiente B; EE: error estándar; IC 95%: intervalo de confianza del 95%

Coefficiente de regresión lineal R^2 corregida: 0,380. NS: p no estadísticamente significativa (valor igual o superior a 0,05)

5. DISCUSIÓN

5. DISCUSIÓN

Las enfermeras del ámbito sociosanitario del presente estudio presentan una edad similar a la media de las enfermeras catalanas (Media de 38 años), con una proporción parecida respecto al sexo, ya que 9 de cada 10 participantes son mujeres (Col.legi Oficial d'Infermeria de Barcelona, 2005). En relación al lugar de residencia, 7 de cada 10 enfermeras residen en zonas urbanas de Girona. Las participantes se sitúan en el nivel II según el indicador de nivel socioeconómico por ocupación utilizado por la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA) (2013a) (Seis niveles socioeconómicos, considerando que, a mayor número de nivel menor nivel socioeconómico), dato que concuerda con que la mayoría de las enfermeras consideran su nivel socioeconómico como bueno o muy bueno.

La mayoría de las enfermeras manifiestan obtener apoyo social siempre que lo necesitan, sin hallar diferencias en función del sexo. Según los resultados presentados por Malinauskiene, Palmira y Malinauskas, en 2009, el apoyo social en el entorno laboral pareció ser un predictor de la buena salud mental de las enfermeras. Estos autores estudiaron las asociaciones entre las características psicosociales del trabajo, el apoyo social y los recursos internos determinantes de la salud mental, en enfermeras cuyo ámbito laboral era la atención comunitaria, en Lituania.

El 20% de las profesionales han referido tener algún problema de salud crónico, este porcentaje se valora como elevado considerando la edad media de las enfermeras y que habitualmente a menor edad, menor presencia de problema crónico de salud (Generalitat de Catalunya, 2012; Organización Mundial de la Salud, 2005). Sin embargo, el porcentaje de enfermeras con problemas de salud crónico ha sido similar en estudios que se realizaron sobre la salud en personas que se dedicaban a la atención sanitaria con una muestra de edad media inferior a la del presente estudio (36,6 años) (Suñer-Soler, Grau-Martín, Font-Mayolas, Gras, Bertran y Sullman, 2013).

La prevalencia de enfermeras fumadoras, ha sido ligeramente inferior a la de la población catalana que, según la ESCA del 2013, se situaba en el 26,5% (Encuesta de Salud de Cataluña, 2013a) y similar a la prevalencia que fue descrita por otros autores en el personal sanitario (Suñer-Soler *et al.*, 2013). Sin embargo, Perdikaris, Kletsiou, Gymnopoulou y Matziou (2010), en una revisión bibliográfica sobre la relación del hábito del tabaco, el estrés y la carga de trabajo en las enfermeras, hallaron porcentajes de prevalencia muy diversos en un intervalo amplio del 11,7% al 90%.

Las características laborales de las enfermeras, su nivel de estudios, experiencia profesional y situación laboral han sido similares a las de las profesionales catalanas. Menos del 10% de las enfermeras cursaron estudios de máster, resultado que se asemeja a los descritos para la población de enfermeras catalanas donde únicamente el 12% de las profesionales continuaron los estudios oficiales con másteres y doctorados (Col.legi Oficial d'Infermeria de Barcelona, 2005).

Un 9,2% realizan funciones de gestión y asistencia conjuntamente, indicando que la mayoría de enfermeras con responsabilidades de gestión lo comparten con la atención directa a las personas. En este sentido, un estudio sobre características de las enfermeras catalanas, señaló que las enfermeras del sector sociosanitario están situadas en posiciones de liderazgo organizativo dentro de las instituciones (Col.legi Oficial d'Infermeria de Barcelona, 2005). De hecho, las enfermeras dedicadas a la atención directa a la persona, en los centros sociosanitarios, presentan una mayor conciencia de realizar la gestión de los cuidados de las personas a las que atienden, que enfermeras de otros ámbitos asistenciales, ello es posible por la estructura y organización propia de las instituciones. Habitualmente, estas enfermeras tienen a su cargo a un número elevado de personas ingresadas y toman decisiones en relación a los cuidados físicos, emocionales, sociales, familiares y espirituales, además de discernir qué aspectos delegar a los miembros y colegas del equipo de salud. Trabajan con las personas a las que cuidan y sus familias en el marco de un modelo que considera a la persona desde una visión holística e integral, dentro de las posibilidades que permite la organización de la institución y el sistema sanitario. A su vez, otros profesionales de la salud del equipo asistencial, delegan en ellas múltiples decisiones en relación a los cuidados de las personas a las que atienden. Destaca que las enfermeras que desarrollan una única función en el equipo asistencial, aproximadamente el 80% perciben su nivel socio económico como bueno o muy bueno, mientras que entre las enfermeras que realizan más de una función, lo percibe aproximadamente el 60%. Una posible explicación podría ser que las enfermeras que desarrollan una única función trabajen en dos centros, o bien que las enfermeras que realizan más de una función no vean reconocida la responsabilidad que ejercen en forma de mayor salario y lo perciben como regular o malo. Hay que considerar que, a excepción de un centro, el resto son de titularidad privada y existe compatibilidad para poder tener actividad laboral en otra institución de igual titularidad.

Entre las enfermeras, 6 de cada 10 refieren problemas familiares relacionados con el trabajo, estos datos se corresponden con otro estudio en una población de 1213 enfermeras de todos los ámbitos asistenciales de Columbia (Estados Unidos), que

observó que un 50,4% de las enfermeras presentaron conflictos familiares de manera continuada relacionados con el trabajo (Grzywacz, Frone, Brewer y Kovner, 2006). Las investigaciones señalaron que los conflictos familiares a causa del trabajo estuvieron influenciados por el volumen de éste y la implicación emocional de las enfermeras en él. Estos conflictos podrían estar generados especialmente por la falta de conciliación entre la actividad laboral y la familia de las participantes. En este sentido, Cortese, Colombo y Ghislieri en un estudio realizado en 2010 en 351 enfermeras de un hospital en Italia donde estudiaron entre otras variables los conflictos familiares relacionados con el trabajo, el apoyo social y la satisfacción en el ámbito laboral, afirmaron que las intervenciones más efectivas para conseguir reducir estos conflictos familiares que afectan al trabajo eran el apoyo y la comprensión hacia lo que les está ocurriendo a las profesionales por parte de la organización.

El SOC medio de las participantes es de 67,90, siguiendo las indicaciones de Eriksson y Lindström (2005) se considera esta puntuación como elevada comparada con estudios en poblaciones similares como el realizado por Malagón-Aguilera *et al.*, en 2012, en enfermeras cuya actividad laboral se desarrollaba en la atención primaria en Girona. Eriksson y Lindström, en 2005, realizaron una revisión bibliográfica sobre el instrumento SOC-13 y recogieron las medias de sentido de coherencia descritas para cualquier población estudiada. Esta media osciló entre 35,9 la menor y, 77,60 la más elevada descrita. La recomendación sobre la valoración y clasificación del SOC, más acorde con el modelo salutogénico, según estos autores, sería no realizar el corte de puntuación, sino interpretar el resultado del cuestionario como a mayor puntuación, mayor SOC (Lindström y Ericksson, 2011).

Existen en la literatura descritas medias inferiores de SOC para poblaciones de enfermeras que trabajaban en el ámbito de la salud mental, en las unidades de hospitalización del ámbito de atención especializada, en servicios de cuidados intensivos, en el ámbito de atención comunitaria (Malagon-Aguilera *et al.* 2012a; Ward, Schulz, Bruhnad y Lohr, 2014), en el ámbito docente y profesionales en desempleo (Ward *et al.*, 2014). Se obtuvieron valores de SOC similares al hallado en el grupo control y superiores al presentado en este estudio en el grupo experimental, en otro estudio llevado a cabo con personal sanitario en Noruega, en el que había enfermeras al cuidado de personas con demencia. Se midió el SOC de las participantes en unidades experimentales que aplicaban nueva tecnología de la información y comunicación (TIC) con el objetivo de dar más libertad de movimiento a los residentes. Se realizó una medida previa a la implantación de la nueva tecnología y a los 6-12 meses y al mismo tiempo, en unidades

control donde no se implementaron las nuevas TIC (Engström, Ljunggren, Lindqvist y Carlsson, 2005).

La salud percibida de las enfermeras es menor en comparación con la percepción de salud de la población general. Según datos de la ESCA del 2013, en el intervalo de edad aproximada a la media de edad de las participantes (15-44 años), la percepción de salud de las mujeres en Cataluña fue superior a la observada en las enfermeras del ámbito sociosanitario (Generalitat de Catalunya, 2013a). Los resultados han mostrado que 8 de cada 10 enfermeras no presentaron problemas, o estos son leves en alguna de las 5 dimensiones de salud percibida. Estos datos están en concordancia con los resultados relacionados con la salud percibida en la población general que indicaron que el 81.1% de la población presentó una percepción de salud excelente, buena o muy buena (Generalitat de Catalunya, 2013a). Sin embargo, contrastan con los hallados por Suñer-Soler *et al.*, en el 2013, que presentaron a las enfermeras como uno de los colectivos con peor percepción de salud, en una muestra de 1095 profesionales de la salud. El índice de salud percibida se valora como bueno considerando que, según el EuroQol group (2011), el valor de 1 es el grado máximo de salud percibida y las participantes del estudio presentan una puntuación media de 0,918. Son escasos los estudios en población general que hayan utilizado el índice de salud percibida y no se conoce ninguno para el colectivo de enfermeras.

El compromiso laboral elevado permite que las enfermeras se sientan vinculadas con su actividad laboral, la realicen con energía y tengan capacidad de concentración y entusiasmo en su desarrollo. Las enfermeras presentan un compromiso laboral alto, según el manual del cuestionario UWES (2003), cuya puntuación de corte, basada en una muestra de trabajadores españoles, entre el compromiso laboral bajo y alto es de 3,82. También las profesionales presentan alto vigor, alta absorción y alta dedicación. Jenaro, Flores, Orgaz y Cruz (2010), describieron puntuaciones inferiores a las del presente estudio en una muestra de 412 enfermeras del ámbito hospitalario en España. Trincherro, Brunetto y Borgonovi (2013) describieron un compromiso laboral ligeramente superior para enfermeras del ámbito comunitario en Italia y Van Bogaert, Wouters, Willems, Mondelaers y Clarke (2013) describieron unas puntuaciones en enfermeras del ámbito hospitalario en Bélgica, también superiores a las participantes del presente estudio. Igualmente lo hicieron Othman y Nasurdin (2013) en una muestra de 402 enfermeras en el ámbito hospitalario en Malasia.

La interpretación, de las puntuaciones normalizadas recomendadas por los autores del cuestionario para trabajadores españoles (Shaufeli y Bakker, 2003), indica que el 5,5% de las enfermeras presentan un alto o muy alto compromiso laboral. La calificación de alto o muy alto se ha observado en el 11% de las participantes por lo que se refiere al vigor, el 21,10% a la dedicación y el 2,7% a la absorción. Jenaro et al. (2010) describieron en su estudio porcentajes muy superiores en enfermeras del ámbito hospitalario en España, identificando un 20,4% de profesionales en el nivel alto de vigor, un 33% en el mismo nivel de dedicación y un 36,3% en el nivel alto de absorción. Se considera razonable plantear intervenciones para aumentar el porcentaje de enfermeras comprometidas con su trabajo, pues se entiende que los trabajadores con compromiso laboral están motivados y son capaces de adaptarse al ritmo de cambio del entorno sanitario. Las enfermeras comprometidas viven el cambio como reto y oportunidad para aprender, crecer y desarrollarse profesionalmente. De este modo, se forman y adquieren nuevas habilidades que repercuten en los resultados de la organización. Considerando el cambiante mundo laboral actual y, en particular, los cambios previstos para el ámbito sociosanitario que se estudia, la capacidad y voluntad que presenten las enfermeras para adaptarse a estos cambios, es fundamental para que las instituciones avancen y los cambios prosperen. Además, se debe considerar que la identidad profesional de las enfermeras presenta como valores básicos el compromiso profesional, la competencia y la excelencia en el trabajo; por tanto, se puede pensar que las enfermeras presentan la motivación necesaria para fortalecer el compromiso laboral. En esta línea, Salanova y Shaufeli (2009) propusieron intervenciones concretas individuales de tipo conductual, como son el cuidado de la mente y el cuerpo, la práctica de las virtudes personales y el refuerzo de las redes sociales de las personas; de tipo cognitivo, como son la toma de decisiones, y de tipo volitivo como son el establecimiento de metas personales y el desarrollo de estrategias de afrontamiento que contribuyen, según los autores, al aumento del compromiso laboral. También planteaban intervenciones organizativas como son los talleres de trabajo o *workshops*, la formación para el liderazgo, la gestión de la diversidad y la gestión del capital social entre otras.

En relación al síndrome de desgaste profesional, las enfermeras presentan bajo cansancio emocional, según la clasificación facilitada por el manual del cuestionario de Maslach y Jackson (1997), los puntos de corte para el cansancio emocional se sitúan en los valores 15 y 24 (Cansancio emocional bajo por debajo de 15 y alto por encima de 24). Se hallaron puntuaciones superiores en la dimensión de cansancio emocional descritas por Grau, et al. (2005) que estudiaron una muestra de 474 enfermeras del ámbito hospitalario en Girona; por Leiter y Spence (2006) que estudiaron a 4298 enfermeras

también en el ámbito hospitalario en Canadá; y por Fukuzaki y Tanihara (2014) que estudiaron a 232 enfermeras que trabajan en centros de salud mental y servicios de medicina interna en Japón.

Los niveles de despersonalización de las participantes, se consideran niveles medios según el manual del cuestionario, los puntos de corte para la despersonalización se sitúan entre 4 y 9 (Despersonalización baja por debajo de 4, media entre 4 y 9 y alta por encima de 9). Se observan puntuaciones inferiores descritas en la bibliografía para enfermeras en el estudio de Grau *et al.* (2005) y mínimamente superiores que la del presente estudio en la investigación de Leiter y Spence (2006), todas ellas consideradas como puntuaciones dentro del nivel medio de despersonalización según el manual del cuestionario. Recientemente Fukuzaki y Tanihara (2014), indicaron índices elevados en la dimensión de despersonalización en enfermeras cuya actividad laboral se desarrolla en el ámbito de salud mental.

Las enfermeras del estudio presentan puntuaciones elevadas en la dimensión de realización personal según los autores del cuestionario, cuyos puntos de corte para la realización personal se sitúan entre el 33 y 39 (Realización personal baja por debajo de 33 y alta por encima de 39). Puntuaciones inferiores, pero consideradas en el nivel medio de realización personal son las que hallaron Grau *et al.* (2005) y Leiter y Spence (2006) en las muestras estudiadas. Se hallaron puntuaciones inferiores descritas para las enfermeras que trabajaban en servicios de salud mental en Japón (Fukuzaki y Tanihara, 2014). Los resultados sugieren, considerando las diferencias culturales, que las enfermeras del ámbito sociosanitario se sienten más realizadas en su actividad laboral que las enfermeras del ámbito hospitalario. Este hecho podría deberse a que las enfermeras en el ámbito sociosanitario toman decisiones en equipo interdisciplinar y presentan mayor autonomía en el desempeño del rol, a diferencia de las profesionales que desarrollan su actividad en el hospital.

En el análisis de las dimensiones del síndrome de desgaste profesional clasificado por tertiles, se observó que el 33,9% de las participantes se situaban en un nivel bajo de cansancio emocional y el 38,5% presentaron baja despersonalización. Este resultado es similar a los descritos para enfermeras del ámbito hospitalario (Grau *et al.*, 2005). El cansancio emocional es la manifestación más precoz que aparece del desgaste profesional y hay autores que defienden que esta dimensión por sí sola ya podría considerarse como desgaste profesional (Kristensen *et al.*, 2005; Pines *et al.*, 1981; Shirom y Melamed, 2006), sugiriendo que deberían plantearse acciones concretas que mejoren el cansancio emocional de las enfermeras del ámbito sociosanitario. Hay

descritas intervenciones concretas que contemplan la modificación de los procesos cognitivos de autoevaluación de los trabajadores, el desarrollo de estrategias cognitivas conductuales, el desarrollo de habilidades de comunicación interpersonal, habilidades sociales y la asertividad, el fortalecimiento de las redes de apoyo social y la disminución de los estresores del contexto organizacional (Buendía y Ramos, 2001). El 32,1% de las participantes presentan nivel alto de realización personal. Este dato apoyado por otros estudios en enfermeras (Grau *et al.*, 2005; Pera y Serra-Prat, 2002), es considerado como mejorable y sugiere la necesidad de planificar intervenciones para aumentar la realización personal ya que puntuaciones mayores en esta dimensión suponen puntuaciones menores en el cansancio emocional y la despersonalización (Gil-Monte, 2005).

Las enfermeras presentan puntuaciones elevadas de optimismo, siguiendo las indicaciones de autores como Otero-López *et al.*, (1998), Jobin *et al.* (2014) o Zhao *et al.* (2014) que consideraron las puntuaciones superiores al valor medio del cuestionario como alto optimismo y las inferiores como bajo optimismo. Chang *et al.* (2010), en un estudio donde analizaron, entre otras características de la personalidad, el optimismo, describieron una media ligeramente superior a la de las participantes del presente estudio, en enfermeras del ámbito hospitalario. Luthans y Jensen (2005) también describieron la media de optimismo, en enfermeras del ámbito hospitalario, que es mayor que la de las enfermeras del presente estudio. Un estudio realizado por Mahiro *et al.*, en el 2014, en personal sanitario (Enfermeras y médicos) donde se valoró el optimismo mediante una escala Likert del 0 al 10, describió que un 74,7 % de los participantes calificaron su optimismo entre 6 y 10 o sea, presentaron un nivel de optimismo medio o alto según los autores de la investigación.

Las enfermeras del ámbito sociosanitario presentaron un bajo pesimismo según el mismo criterio, no se han hallado investigaciones que analicen el pesimismo de las enfermeras con una medida similar a la de este estudio que pueda ser contrastada. El elevado nivel de optimismo de las enfermeras permite que, dentro del ámbito laboral, visualicen como buenos y positivos los resultados que obtendrán con su trabajo, tanto en lo relacionado con las personas a las que cuidan, como en las relaciones con colegas, miembros del equipo de salud o directores y gestores. Estas características positivas de las enfermeras influyen en su salud laboral, lo que conlleva un beneficio para la profesional, para las personas a las que cuida y para la institución.

Relaciones del sentido de coherencia, la salud percibida, el optimismo, el compromiso laboral y el síndrome de desgaste profesional según las variables socio demográficas y laborales

Ericksson y Lindström (2006) hallaron que a mayor edad mayor sentido de coherencia, sin embargo los resultados obtenidos en el presente estudio no reflejan esta relación. Otros autores que estudiaron el SOC en las enfermeras tampoco encontraron relación con la edad (Ward *et al.*, 2014; Malagon-Aguilera *et al.*, 2012b).

La asociación del SOC con el nivel socioeconómico percibido de las enfermeras se encuentra avalada por varios autores (Basinska, *et al.*, 2011; Malagón-Aguilera, 2012b) y es una de las variables que han evidenciado su relación en todo tipo de poblaciones (Ericksson y Lindström, 2006). En el presente trabajo, las enfermeras con percepción de mayor nivel socioeconómico también presentan mayor manejabilidad. Una posible explicación sería que, a mayor nivel socioeconómico, mayores recursos a su disposición y mayor capacidad para saber cómo y cuándo utilizarlos.

Las enfermeras que refieren recibir apoyo social siempre que lo han necesitado presentan un SOC más elevado que aquellas que refieren recibirlo a veces. Engström *et al.* (2005), observaron que las enfermeras con buenas relaciones familiares presentaron un SOC elevado y describieron puntuaciones significativamente mayores en la dimensión de significación. También, Malinauskiene *et al.* (2009) describieron una fuerte asociación positiva entre el apoyo social en el entorno laboral y el SOC, siendo esta asociación más fuerte cuando la enfermera ocupó un cargo de gestión. Este hecho podría explicarse porque las personas con SOC elevado responden de manera adecuada a las distintas situaciones de la vida y ello les facilita la relación personal con los demás.

En el análisis de las variables laborales de las enfermeras no se ha observado relación entre el SOC y el nivel de estudios, descrita por Ericksson y Lindström (2006) en cualquier población estudiada. La uniformidad en la formación de las participantes (La mayoría diplomado o grado) podría ser la causa de no hallar las diferencias que afirmaron estos autores.

Las enfermeras que han realizado una función dentro del equipo de asistencia o gestión presentan un SOC más elevado que las profesionales que realizan más de una función (Asistencia y gestión, docencia o investigación). Esta relación no ha sido descrita por otros autores que han estudiado poblaciones de enfermeras (Ward, *et al.*, 2014). Habría que profundizar en esta asociación puesto que se puede pensar que por realizar una única función dentro del equipo asistencial se está más exento de factores estresantes y las

enfermeras que desarrollan más de una función a la vez, necesitan un SOC mayor. En sentido contrario, es también razonable pensar que las enfermeras con SOC mayor no escojan ponerse en situaciones de mayor estrés.

Las enfermeras que no refieren tener conflictos familiares relacionados con el trabajo presentan un SOC elevado en comparación a las que sí los refieren. Una posible explicación, sería que las enfermeras que han manifestado conflictos, se encuentran ante mayor número de factores estresantes, ello podría influir en el desarrollo de un SOC más elevado. Al contrario, puede ocurrir, como propusieron Engström *et al.* (2005), que las enfermeras con mayor SOC, al gestionar mejor los conflictos presenten mayor satisfacción con sus relaciones familiares y, por tanto, menores conflictos.

Las participantes más jóvenes presentan mejor percepción de salud. En este sentido, los estudios realizados en la población general apoyan los resultados obtenidos en las enfermeras, a mayor edad menor salud percibida (Giron-Daviña, 2010; Generalitat de Catalunya, 2013a). También se estableció la relación positiva entre la salud percibida y el nivel socioeconómico, relación ampliamente conocida (Generalitat de Catalunya, 2013a).

La relación positiva entre el apoyo social y la salud de las enfermeras, observada, está apoyada por varias investigaciones (Ahlin *et al.*, 2014; Malinauskiene *et al.*, 2009; Ward *et al.*, 2014). Una posible explicación sería que si las enfermeras perciben ayuda por parte de otras personas se sienten mejor y tienen una mejor percepción de salud. En esta línea, las enfermeras sin conflictos familiares relacionados con el trabajo presentan mayor percepción de salud que el resto de profesionales ya que los conflictos son fuente de estrés y provocan una disminución de la percepción de salud en las personas (Ahlin *et al.*, 2014; Malinauskiene *et al.*, 2009; Ward *et al.*, 2014)

A mayor compromiso laboral de las enfermeras, mayor percepción de apoyo social, resultados que coinciden con un meta análisis publicado sobre el tema, por Halbesleben (2010) donde se revisaron los recursos personales y laborales que se relacionaron con el compromiso laboral. Othman y Nasurdin (2013) investigaron a las enfermeras de diferentes hospitales en Malasia y describieron el apoyo social que realizaron las enfermeras en puestos de gestión a las enfermeras a su cargo, como un predictor significativo del compromiso laboral. Recientemente en una revisión bibliográfica sobre el compromiso laboral en las enfermeras, realizada por García-Sierra, Fernández-Castro y Martínez-Zaragoza (2015), que incluye artículos desde el 1990 al 2013, explican que el apoyo social es una variable que influye en el compromiso laboral de las enfermeras. Esta relación también se ha observado con la dimensión de la absorción, las enfermeras con

apoyo social siempre que lo han necesitado obtienen puntuaciones mayores de absorción laboral. Una posible explicación sería que las enfermeras que se sienten apoyadas tanto por sus compañeros de trabajo dentro del ámbito laboral como por su familia y amistades fuera, tienen menores preocupaciones y son más capaces de concentrarse en su actividad laboral.

Garrosa *et al.* (2011), estudiaron el compromiso laboral y el síndrome de desgaste profesional junto a los recursos personales y el estrés relacionado con el rol, en una muestra de 508 enfermeras del ámbito hospitalario, observaron que las enfermeras en situación laboral fija presentaron mayor desgaste profesional y menor compromiso laboral, esta relación se observó también en enfermeras de cuidados intensivos (Ríos-Rísquez *et al.*, 2008), sin embargo, no se halló en el presente estudio. Probablemente en algunas enfermeras con contrato fijo, la autonomía en el desempeño del rol no sea suficiente para mantener el compromiso laboral.

Las enfermeras que refirieron recibir formación continuada presentaron mayor compromiso laboral, vigor, absorción y realización personal así como menor cansancio emocional. En nuestro conocimiento, no hay estudios que señalen esta relación presente en esta investigación, podría explicarse porque las profesionales que reciben formación continuada presentan una motivación personal y la formación les aporta seguridad, entusiasmo para realizar mejor su trabajo y mayor implicación en el mismo. Es necesario un diseño distinto al del presente trabajo para poder establecer la relación de causalidad entre estas variables.

Las profesionales sin conflictos familiares relacionados con el trabajo han presentado mayor compromiso laboral y también mayor absorción que las enfermeras que los manifiestan, esta relación también la señaló Halbesleben (2010). Es razonable pensar que las enfermeras con menores problemas para conciliar el ámbito laboral con el familiar presentan menores preocupaciones y son más capaces de obtener mayor concentración en su actividad laboral.

En relación al cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal, no se identifican diferencias significativas según las variables socio demográficas como el sexo, la edad, el estado civil, el ser fumador y la presencia de enfermedad crónica que sí han sido descritas por otros autores (Gil-Monte, 2005; Pera y Serra-Prat, 2002; Suñer-Soler y Grau-Martin, 2013). La relación entre el cansancio emocional y la falta de apoyo social en las enfermeras, también descrita por distintos autores (Garrosa, Moreno-Jiménez, Liang y Gonzalez, 2008; Garrosa, Rainho, Moreno-Jimenez y Joao, 2010; Grau *et al.*, 2005), no

ha sido observada en el presente estudio. Sin embargo, se obtienen mayores puntuaciones de realización personal cuando las enfermeras manifiestan presentar apoyo social siempre que lo necesitan, relación apoyada por Garrosa *et al.* (2010), que en su estudio concluyeron que el apoyo social fue un predictor de la realización personal de las enfermeras. Posiblemente, las enfermeras que perciben mayor apoyo social, perciban mayor ayuda para solucionar situaciones estresantes, y ello repercute en sentirse mejor en el trabajo. En relación a las variables laborales, cabe destacar que las enfermeras con mayor cansancio emocional realizan más de una función dentro del equipo asistencial (Asistencia, gestión, docencia o investigación) y manifiestan no recibir formación continuada. Esta relación no ha podido ser comparada con estudios en poblaciones similares.

Las enfermeras con conflictos familiares relacionados con el trabajo presentan mayor cansancio emocional, dicha relación fue observada también por Lee y Akhtar (2011) en un estudio donde participaron 1190 enfermeras de hospitales públicos en Hong Kong. Estos autores relacionaron en su investigación estresores del contexto social con el síndrome de desgaste profesional en las enfermeras señalando que la afectación en la vida personal puede provocar el desgaste profesional. En este sentido, quizás mediante la conciliación del trabajo y la familia también se pudiera reducir el cansancio emocional de las enfermeras.

Las enfermeras con mayor nivel socioeconómico percibido presentan mayor optimismo, esta relación ya fue descrita en la literatura por autores como Carver *et al.* (2010) y Segestrom (2007). También se hallaron mayores niveles de optimismo en las enfermeras que percibieron mayor apoyo social (Carver *et al.*, 2010). McLeod y Conway (2005) describieron cómo las personas optimistas gozaron de mayores y mejores relaciones sociales (Familiares y amigos). En este sentido, se debe considerar que las relaciones con personas optimistas son más fáciles y este hecho ayuda a que el apoyo social sea mayor (Carver *et al.*, 2010).

Las enfermeras con mayor optimismo han manifestado menos conflictos familiares relacionados con el trabajo, resultados observados también por algunos autores que apuntaron a que el optimismo funciona como predictor de la resolución de conflictos familiares por cualquier causa (Carver *et al.*, 2010). Al igual que podría ocurrir con el SOC, si las personas optimistas resuelven satisfactoriamente los conflictos que pueden surgir es probable que presenten una menor percepción de éstos. A su vez, las enfermeras que son menos optimistas tienden a ver los aspectos negativos de un evento y son más

vulnerables al estrés de la actividad laboral diaria, por tanto ser optimista es una característica importante que afecta positivamente la vida personal y profesional.

En el presente estudio se confirma la relación conocida entre el SOC y la salud, las enfermeras del ámbito sociosanitario que presentan mayor SOC muestran mayor percepción de salud con una fuerte asociación estadística. Este hecho se observa en múltiples estudios en diferentes colectivos de personas, recogidos en la revisión bibliografía de Ericksson y Lindström (2006) y más recientemente también por Lezwijn, Vaandrager, Naaldenberg, Wagemakers, Koelen y Woerkum (2011), Zielinska-Wieczlowska, Ciernoczolowski, Kedziora-Kornatowska y Muszalik (2012) y también en las enfermeras (Malagón-Aguilera *et al.*, 2012a; Tabendeke, 2008; Ward *et al.*, 2014). El sentido de coherencia se asocia positivamente a la salud percibida explicando parte de ésta. Ericksson y Lindström (2006) explican que el SOC es un factor predictivo de la calidad de vida relacionada con la salud, entonces, según los resultados de la presente investigación, las enfermeras con mayor SOC comprenden y manejan mejor las situaciones estresantes con las que se encuentran y ello repercute en una mayor percepción de su salud.

Las enfermeras del ámbito sociosanitario con un SOC mayor presentan un mayor optimismo. Dicha relación es conocida aunque ha sido poco estudiada. Autores, como Carver *et al.* (2010) o Chang (2001), la citan en sus investigaciones sobre el optimismo al igual que Ward *et al.* (2014) en su revisión del constructo SOC en las enfermeras. Sin embargo, la relación negativa que se observa con el pesimismo no ha podido ser contrastada en la literatura por no identificar estudios similares. Las enfermeras del presente estudio presentan menor pesimismo cuanto mayor es el SOC. De estos resultados se desprende que las enfermeras con mayor SOC son más optimistas que pesimistas, sin embargo no podemos establecer la relación de causa-efecto para afirmar cuál de los dos constructos es el predictor del otro.

El sentido de coherencia es reconocido como una variable influyente en la salud laboral de los profesionales (Basinska *et al.*, 2011). En este sentido, las enfermeras con mayor SOC presentan menor cansancio emocional y despersonalización y mayor realización personal. Dicha relación fue afirmada también por Levert, Marilyn y Ortlepp (2000), Tebandeke (2008) y recogida por Ward *et al.* (2014), en su revisión sistemática y Basinska *et al.* (2011). Los autores concluyeron que un SOC elevado en las enfermeras podría ser un factor predictivo de no sufrir síndrome de desgaste profesional. Esta afirmación está apoyada por los resultados del presente estudio que sugieren que el SOC de las enfermeras explica parte del bajo cansancio emocional. Ward *et al.* (2014) afirmaron que

podría ser que las enfermeras con SOC elevado tuvieran capacidad para gestionar la carga de trabajo con la que se encuentran, esto sería, priorizar las intervenciones y pedir ayuda y, este hecho, sea el que las proteja de sufrir el síndrome de desgaste profesional.

El sentido de coherencia demuestra tener una fuerte asociación positiva con la dimensión de dedicación en las enfermeras. Los resultados indican que el SOC de las enfermeras podría explicar parte de la dedicación laboral de éstas. La asociación con el compromiso laboral y el vigor fue menor aunque estadísticamente significativa. No se han identificado estudios previos, ni en el ámbito nacional ni en el internacional, que investiguen ambos constructos en las enfermeras. Sin embargo, podría deducirse que las enfermeras con un SOC elevado presentaron una mayor capacidad para afrontar las situaciones estresantes y movilizar los recursos disponibles tanto en su interior como en el entorno laboral, repercutiendo posiblemente en tener mayor dedicación, mayor vigor y, en definitiva, mayor compromiso laboral que las enfermeras con un SOC bajo. Este resultado se considera relevante y apoya lo sugerido por Salanova y Shaufeli (2009) cuya opinión es que el compromiso laboral no depende únicamente de la salud de la organización o de la carga laboral sino que existe un componente personal que explica el fenómeno de estar comprometido con el trabajo, resultados también observados por otros autores (Mauno, Kinnunen y Ruokolainen, 2007a, 2007b; Xanthopoulou *et al.*, 2007). Esta relación positiva que se establece entre el SOC y el compromiso laboral, y la relación negativa de ambos con el cansancio emocional, se considera de interés puesto que ayuda a la comprensión del constructo y podrían presentar una implicación práctica directa. La planificación de intervenciones para aumentar el sentido de coherencia podría incrementar el compromiso laboral y disminuir el cansancio emocional de las enfermeras. Se estaría de acuerdo en que el sentido de coherencia debe ser considerado como una capacidad personal de las enfermeras que les produce beneficios en relación a su bienestar, tanto a nivel personal como laboral (Ward, 2014).

Las enfermeras con mayor salud percibida son también más optimistas y menos pesimistas, esta relación es conocida y evidenciada por múltiples estudios en diferentes poblaciones recogidos por Carver *et al.*, en 2010, Carver y Scheier, en 2014 y Ward *et al.*, en 2014.

Es conocida la asociación negativa entre la salud percibida y el síndrome de desgaste profesional (Buendía y Ramos, 2001; Gil-Monte, 2005; Mingote y Pérez, 2003; Moreno-Jimenez *et al.*, 1999; Rios-Risquez, Godoy-Fernández, 2008) hallada en la presente investigación. De esta forma, las enfermeras que presentan cansancio emocional y despersonalización presentan peor salud percibida, coincidiendo con los resultados de

Rios-Risquez y Godoy-Fernández (2008), que estudiaron a enfermeras de cuidados intensivos. Según los presentes resultados el cansancio emocional explicó parte de la pérdida de salud percibida en las enfermeras del ámbito sociosanitario, hecho apoyado por la revisión sistemática de Khamisa *et al.* (2013) que estudió en una revisión bibliográfica la relación del síndrome de desgaste profesional con la salud entre otras variables.

Las enfermeras del presente estudio con mayor salud percibida, presentan mayor vigor y dedicación laboral, no demostrando que la absorción tuviera influencia en esta relación. El vigor está considerado como la dimensión física y la dedicación como la dimensión emocional; ello podría explicar la asociación hallada en el presente estudio. Las enfermeras que mayor percepción de salud presentan deben tener más energía tanto física como mental para comprometerse laboralmente. Esta relación no ha podido ser comparada por no identificar estudios similares en enfermeras en el ámbito nacional e internacional.

Se observa una fuerte asociación positiva entre el optimismo y la dedicación. Como se ha explicado, esta dimensión del compromiso laboral está considerada como el componente emocional del constructo. Salanova y Shaufeli (2009) han propuesto el optimismo como una de las competencias psicosociales que debe presentar el trabajador comprometido laboralmente; y la evidencia en este sentido establece una relación entre ambos constructos que precisa de mayor estudio (Xanthopou *et al.*, 2007; Xanthopou, Bakker, Demerouti y Shaufeli, 2009; Bakker Demerouti y Xanthopou, 2011). Garrosa *et al.* (2011) hallaron asociación entre el optimismo y las tres dimensiones del compromiso laboral, mayor optimismo en las enfermeras es mayor dedicación, vigor y absorción, siendo la asociación más fuerte con la dedicación. Se puede pensar que el hecho de esperar resultados positivos en la actividad laboral provoca que las enfermeras se dediquen más a conseguirlos. La relación con las dimensiones de vigor y absorción descritas por Garrosa *et al.* (2011) no fue apoyada por los resultados del presente estudio.

Además, a mayor cansancio emocional de las participantes, menor optimismo disposicional, de manera que, las enfermeras con mayor optimismo presentan menor cansancio. En este sentido, algunos autores consideran que el optimismo es un factor a considerar en la prevención del cansancio emocional de las enfermeras. Spence y Fida (2014) estudiaron la relación entre el síndrome de desgaste profesional y el optimismo dentro del capital psicológico de las enfermeras, concluyeron que tener determinados recursos personales ayudó a mitigar los efectos dañinos del desgaste profesional, como afirmaron también Luthans *et al.* (2007), Luthans, Avey, Avolio y Peterson, 2010 y Grau *et*

al. (2005). Además, Garrosa *et al.* (2010), observaron también que, mayores niveles de optimismo en las enfermeras se correspondieron con menores niveles de cansancio emocional. De igual modo, se desprende que el optimismo de las enfermeras del ámbito sociosanitario contribuye al compromiso laboral y, como se ha comentado, previene el desgaste profesional. Se está de acuerdo con Garrosa *et al.* (2010) que consideraron que se pueden realizar acciones para aumentar el optimismo y la resiliencia de las profesionales consiguiendo así mejorar su compromiso laboral.

Salanova y Shaufeli (2009) propusieron intervenciones concretas relacionadas con actividades cognitivas para aumentar el optimismo de los profesionales dedicados a cualquier actividad laboral, generando y ensayando emociones positivas. En esta misma línea, los resultados de los estudios sugirieron que las intervenciones fueron efectivas para minimizar los efectos del síndrome de desgaste profesional (Spence y Fida, 2014). Las personas que lideran a las enfermeras en el ámbito sociosanitario deberían planificar intervenciones con el objetivo de promover el optimismo de las profesionales porque de esta forma están promoviendo su salud.

Las enfermeras con mayor compromiso laboral han presentado menor cansancio emocional, menor despersonalización y mayor realización personal. Además, los resultados sugieren que sus niveles de compromiso laboral explican parte de los niveles bajos de cansancio emocional. Estos resultados guardan relación la opinión de autores que defienden que estos dos constructos son independientes y que pueden estar relacionados (Shaufeli y Salanova, 2007; Garrosa *et al.*, 2011). Incorporar estrategias para promover el vigor, la dedicación y la absorción de las enfermeras en su actividad laboral, las protegerá el síndrome de desgaste profesional, de esta forma se promociona la salud laboral de las enfermeras.

Un 13,8% de las enfermeras que presentan el síndrome de desgaste profesional, presentan altos niveles de cansancio emocional, altos niveles de despersonalización y bajos niveles de realización personal. Este porcentaje es similar en enfermeras que trabajaron en cuidados intensivos a nivel nacional (Rios-Rísquez y Godoy-Fernández, 2008). En enfermeras de distintos ámbitos a nivel internacional, Khamisa *et al.* (2013) señala en una revisión bibliográfica sobre el síndrome de desgaste profesional, los estresores en el ámbito laboral y la satisfacción laboral, que las enfermeras presentan altos porcentajes de desgaste profesional. Datos que deberían ser considerados ya que estas personas se hallan en una situación que requiere ser atendida por las consecuencias que produce el desgaste profesional a nivel personal, familiar y laboral. Es necesario destacar negativamente la falta de diagnóstico clínico y de tratamiento

consensuado que sufren las personas que padecen esta pérdida de salud. También se debe considerar que estas enfermeras se encuentran en situación laboral activa en el momento de la recogida de datos de la presente investigación. El presente estudio es el primero que se ocupa de la relación del síndrome de desgaste profesional con los constructos analizados en enfermeras del ámbito sociosanitario en Cataluña y se ha observado que, aquellas profesionales que no sufren desgaste profesional, presentan mayor SOC, mayor optimismo y mayor compromiso laboral; siendo estos resultados de gran interés para propiciar importantes e innovadores cambios en las intervenciones dirigidas a motivar a las enfermeras.

Limitaciones

Las limitaciones del presente estudio se consideran de carácter metodológico, relacionadas sobretudo con el diseño y el tamaño muestral. En este sentido, el diseño transversal planteado ha permitido realizar una aproximación a la realidad de las enfermeras en relación al sentido de coherencia, la salud, el optimismo, el compromiso laboral y el síndrome de desgaste profesional, pero no se han podido establecer relaciones de causalidad entre los constructos estudiados. Este hecho abre futuras líneas de investigación en relación a proponer diseños longitudinales que hagan posible establecer la asociación causa efecto entre las variables.

Respecto a la muestra, a pesar que la tasa de respuesta se considera elevada en relación a la población total, el número de participantes limita los resultados del estudio sin identificar resultados que otros investigadores han señalado.

Además, en algunos casos no se respondieron a cuestiones de interés como por ejemplo, la formación continuada, aspecto que ha reducido el número de casos que han entrado en uno de los modelos de regresión.

La falta de consenso en la valoración e interpretación de algunos de los instrumentos utilizados, como son el SOC-13, el UWES o el LOT-R, dificulta la comparación de los resultados observados con otros estudios publicados. Además, la falta de análisis sobre la influencia del componente cultural, ha limitado resultados en este sentido.

Implicaciones para la práctica y líneas de investigación futura

La presente investigación y sus resultados permiten identificar variables de interés que influyen en la salud individual y laboral de las enfermeras del ámbito sociosanitario de Girona.

Los resultados nos presentan una realidad concreta, cómo se encuentran las enfermeras que trabajan en los centros sociosanitarios de Girona en relación al SOC, la salud, el optimismo, el compromiso laboral y el síndrome de desgaste profesional. El reto será mantener y potenciar las características estudiadas, buscando tanto la implicación personal de las enfermeras como la implicación de las instituciones para asumir los cambios de modelo sociosanitario que se plantean desde el *Pla de Salut de Catalunya*. En consecuencia:

- Se deberían realizar intervenciones que contribuyan a promocionar y facilitar la integración de estos conocimientos y su puesta en práctica. Concienciar a las enfermeras de sus características positivas estudiadas, asociadas a la salud y el empoderamiento, a los gestores de los centros y a las participantes del estudio es de gran importancia, no es posible potenciar una característica concreta si no se conoce.
- En la misma línea sería interesante integrar el conocimiento de estos conceptos en la formación pregrado y postgrado de las enfermeras. Hay que tener presente que dentro de los valores intrínsecos a la profesión enfermera se encuentran la responsabilidad, la justicia, la competencia y excelencia profesional, entre otros, valores que se pueden considerar directamente relacionados con el compromiso laboral.
- Las enfermeras deberían conocer la relación entre el apoyo social y la ausencia de conflictos familiares a causa del trabajo con el SOC, la salud, el optimismo, el compromiso laboral y la ausencia de desgaste profesional con la finalidad de planificar intervenciones personales que contribuyan a reforzar estos elementos y posiblemente conseguir así, promocionar las características positivas que contribuyen en parte a su salud laboral. De igual forma los gestores de las instituciones deberían integrar este conocimiento con la finalidad de desarrollar intervenciones concretas que faciliten el apoyo social dentro del entorno laboral y la conciliación familiar y laboral, contribuyendo así a la promoción de la salud de las enfermeras.

Esta investigación debe ser un punto de partida, siendo necesario explorar cómo funcionan las relaciones halladas entre los constructos estudiados y las variables y qué modelos se generan. Como futuras líneas de investigación se consideran:

- Profundizar en el sentido de coherencia de las enfermeras con el objetivo de identificar los recursos generales de resistencia que les permiten mantener y aumentar su bienestar y calidad de vida laboral y de qué forma los utilizan para conseguirlo, con un enfoque cualitativo, que permitiría profundizar e identificar aspectos personales y del entorno laboral que puedan estar influyendo. Ello podría dar a conocer un modelo de promoción y protección de la salud y contemplar la posibilidad de extrapolarlo a grupos de enfermeras que han demostrado estar en peor situación, como son las enfermeras del ámbito hospitalario.
- Estudiar la relación de causalidad en relación al sentido de coherencia en el compromiso laboral y la salud de las enfermeras. Profundizar en la contribución del optimismo a la promoción y mantenimiento de la salud laboral. También, es necesario profundizar en la relación entre la formación continuada que reciben las enfermeras y el mayor compromiso laboral de éstas.
- Proponer, ejecutar y evaluar intervenciones que puedan aumentar el sentido de coherencia, el optimismo y el compromiso laboral de las enfermeras y de esta forma promocionar y mantener su salud y prevenir el desgaste profesional.
- Estudiar el impacto de las enfermeras con estas características positivas (SOC, optimismo, compromiso laboral) en la persona receptora de los cuidados. Los resultados generados promoverían el diseño de una intervención multifactorial que promocionará y aumentará la salud de trabajadores y personas cuidadas.

6. CONCLUSIONES

6. CONCLUSIONES

Se puede concluir que las enfermeras que trabajan en el ámbito sociosanitario de la Región Sanitaria de Girona:

- En su mayoría tienen un SOC elevado, buena salud percibida, altos niveles de optimismo y de compromiso laboral. Estos atributos están asociados a la percepción de apoyo social y a la ausencia de conflictos laborales a causa del trabajo.
- Presentan una edad media de 37,7 años, en su mayoría mujeres, con buena percepción de nivel socioeconómico y de apoyo social. La mayoría con estabilidad laboral, amplia experiencia y con la percepción de tener conflictos familiares relacionados con el trabajo.
- Presentan un sentido de coherencia de puntuación media de 67,9 sobre una puntuación máxima de 91. Las enfermeras con mayor SOC presentan mayor percepción de nivel socioeconómico, de apoyo social y ausencia de problemas crónicos de salud.
- Presentan un índice de salud de 0,918 sobre una puntuación máxima de 1. Las participantes con mayor salud percibida refieren apoyo social y tienen entre 21 y 35 años.
- Presentan un optimismo disposicional, con una puntuación media de 22,07 sobre una puntuación máxima de 30. Las enfermeras con mayor nivel de optimismo manifiestan mayor percepción de nivel socioeconómico, de apoyo social, no presentan problemas crónicos de salud ni conflictos familiares relacionados con el trabajo.
- Presentan un compromiso laboral, con una puntuación media de 4,31 sobre una puntuación máxima de 6. Las enfermeras con mayor compromiso laboral son mayores de 36 años, con percepción de apoyo social, amplia experiencia laboral, refieren realizar formación continuada y con ausencia de conflictos familiares relacionados con el trabajo.

- Presentan síndrome de desgaste profesional en el 13,8% de la muestra, con alto cansancio emocional, alta despersonalización y baja realización personal. Estas enfermeras presentan menor SOC, peor percepción de salud, menor nivel de optimismo y menor compromiso laboral.
- Presentan puntuaciones elevadas de realización personal, las enfermeras mayores de 36 años, con familiares a cargo, percepción de apoyo social, que trabajan en más de un servicio y que refieren recibir formación continuada.
- Presentan puntuaciones elevadas de cansancio emocional, las enfermeras con experiencia, con algún problema de salud crónico, sin percepción de apoyo social y con conflictos familiares relacionados con el trabajo.

Específicamente, al relacionar el sentido de coherencia con la salud percibida, el optimismo disposicional, el compromiso laboral y el síndrome de desgaste profesional, se puede concluir que:

- Las enfermeras con mayor sentido de coherencia, presentan mejor percepción de salud, mayor optimismo disposicional, mayor compromiso laboral y menor desgaste profesional.
- El sentido de coherencia, el compromiso laboral y la experiencia profesional se corresponden con menores niveles de cansancio emocional en las participantes.
- Las enfermeras con mejor percepción de salud presentan mayor nivel de optimismo, mayor compromiso laboral y presentan mayor realización personal en el trabajo.
- La ausencia del cansancio emocional y un mayor sentido de coherencia influyen en una mejor percepción de salud por parte de las enfermeras del ámbito socio sanitario.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abades-Porcel, M. (2010). *Análisis de los cuidados enfermeros en centros geriátricos de Barcelona, según el modelo de Watson*. (Tesi doctoral, Universidad Complutense de Madrid) Disponible en http://www.coib.cat/UploadsBO/Tesines/Documents/20130609_192601_Tesi%20Mercedes%20Abadas%20Porcel.pdf

Abades-Porcel, M. (2013). Percepciones de las enfermeras en centros geriátricos de Barcelona: un análisis desde la teoría fundamentada. *Enfermería clínica*, 23(1), 4-13.

Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P. y Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.

Ahlin, J., Ericson-Lidman, E., Norberg, A. y Strandberg, G. (2014). A comparison of assessments and relationships of stress of conscience, perceptions of conscience, burnout and social support between healthcare personnel working at two different organizations for care of older people. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 1-11.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5a.ed.). Washington, DC: APA.

Amezcuca, M. (2012). La gestión de conflictos en la enfermería institucional, ¿riesgo u oportunidad? *Index de Enfermeria*, 21 (1-2).

Amezcuca, M. (2014). Enfermeras y Sociedad, ¿son pensables las alianzas?. *Index de Enfermeria*, 23 (1-2). 7-9

Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping* (3a ed.). San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1988). *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well* (3a ed.). San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1),11-17.

Atienza, A.A., Stephens, M.A.P. y Townsend, A. L. (2004). Role stressors as predictors of changes in women's optimistic expectations. *Personality and Individual Differences*, 37, 471-484.

Avia, M.D. y Vázquez, C. (1998). *Optimismo Inteligente*. Madrid: Alianza editorial.

Badia, X., Roset, M., Montserrat, S., Herdman, M. y Segura, A. (1999). La versión Española del EuroQol: descripción y aplicaciones. *Medicina Clínica*, Supl 1, 79-85.

Badia, X., Schiaffino, A., Alonso, J. y Herdman, M. (1998). Using the EuroQol 5-D in the Catalan general population: feasibility and construct validity. *Quality Life Research*, 7, 311-322.

Bakker, A.B. y Demerouti, E. (2008). Towards a model of work engagement. *Career Development International*, 13, 209-223.

Bakker, A.B. (2011). An evidence-based model of work engagement. *Current Directions in Psychological Science*, 20, 265-269.

Bakker, A.B., Albrecht, S.L. y Leiter, M.P. (2011). Key questions regarding work engagement. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 20(1), 4-28.

Bakker, A.B., Demerouti, E. y Xanthopoulou, D. (2011). How do engaged employees stay engaged?. *Ciencia y Trabajo*, 13(41), 135-142.

Bakker, A.B. y Demerouti, E. (2014). Job demands-resources theory. En C.Cooper y P. Chen (Ed.), *Wellbeing: A complete referece guide* (pp. 37-64). Chichester, UK: Wiley-Blackwell.

Bakker, A.B. (2014). Daily Fluctuations in Work Engagement: An Overview and Current Directions. *European Psychologist*, 19(4), 227-236.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2) ,191-215.

Bargagliotti, A. (2012). Work engagement in nursing: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 68(6), 1441-1428.

Basinska, M.A., Andruszkiewicz, A. y Grabowska, M. (2011). Nurses' sense of coherence and their work related patterns of behaviour. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 24(3), 256-266.

Basurto, S., Lobato, C., Weis, D., Lorenzo, E., Elsdén, C. y Jane, M. (2009). Nursing professional values: Validation of a scale in a Spanish context. *Nurse Education Today*, (30), 107-112.

Becker, C.M., Glascoff, M.A. y Felts, M.W. (2010). Salutogenesis 30 years later: Where do we go from her?. *International Electronic Journal of Health Education*, 13, 25-32.

Bernard, M. y Shiu, A. (2003). Perceived stress and sense of coherence among critical care nurses in Hong Kong: a pilot study. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 144-146.

Brissette, I., Scheier, M.F. y Carver, C.S. (2002). The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 102-111.

Buendía, J. y Ramos, F. (Eds.). *Empleo, Estrés y Salud*. (pp.93-108). Madrid: Pirámide.

Bull, T., Mittelmark, M.B. y Kanyeka, N.E. (2013). Assets for well-being for women living in deep poverty: through a salutogenic looking-glass. *Critical Public Health*, 23(2), 160-173.

Carlson, E. (2013). Meaningful and enjoyable or boring and depressing? The reasons student nurses give for and against a career in aged care. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 602-604.

Carlson, E., Rämgarð, M., Bolmsjö, I. y Bengtsson, M. (2014). Registered nurses' perceptions of their professional work in nursing homes and home-based care: a focus group study. *International Journal of Nursing Studies*, 51, 761-767.

Carver, C.S., Lehman, J.M. y Antoni, M.H. (2003). Dispositional pessimism predicts illness-related disruption of social and recreational activities among breast cancer patients. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 813–821.

Carver, C.S. y Scheier, M.F. (1981). *Attention and self-regulation: A control-theory approach to human behavior*. New York: Springer-Verlag.

Carver, C.S. y Scheier, M.F. (2014). Dispositional Optimism. *Trends in Cognitive Sciences*, 18, 293-299.

Carver, C.S., Scheier, M.F. y Segerstrom, S.C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30, 879-889.

Casas, J.C. y Vall, M. (2002). Identificación y priorización de problemas sociosanitarios de las personas mayores de Roda de Ter. Barcelona: Universitat de Vic. Disponible en <http://hdl.handle.net/2072/147>.

Castro-Vázquez, A., Espinosa-Gutiérrez, I., Rodríguez-Contreras, P. y Santos-Iglesias, P. (2007). Relación entre el estado de salud percibido e indicadores de salud en la población española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3) ,883-898.

Chang, Y.H., Li, H.H., Wu, C.M. y Wang, P.C. (2010). The influence of personality traits on nurses' job satisfaction in Taiwan. *International Nursing Review*, 57,478-484.

Chang, E.C. (2001). *Optimism and Pessimism. Implications for theory, reseach and practice*. Washington, DC: American Psychological Association.

Chico, E. (2002). Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. *Psicotherma*, 14(3), 544-550.

Col.legi Oficial infermeres i infermers Barcelona (2004). Posicionamiento sobre la denominación del término enfermera para nombrar a profesionales de ambos sexos. Disponible en <http://www.coib.cat/Detall.aspx?tipus=noticia&idDetall=2254>.

Col.legi Oficial Infermeria de Barcelona. (2005). *Enfermeras hoy: Cómo somos y cómo nos gustaría ser*. Barcelona: Gràfiques SYL.

Cortese, C., Colombo, L. y Ghislieri, CH. (2010). Determinants of nurses' job satisfaction: the role of work-family conflict, job demand, emotional charge and social support. *Journal of Nursing Management*, 18, 35-43.

Costello, J. (2001). Nursing older dying patients: findings from ethnographic study of death and dying in elderly care wards. *Journal of Advanced Nursing*, 35(1), 59-68.

Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The Psychology of Optimal Experience*. New York: Harper and Row.

Dejo, M. (2007). Sentido de coherencia, afrontamiento y sobrecarga en cuidadores familiares de ancianos con enfermedad crónica. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(1), 64-71.

Ebert, S.A., Tucker, D.C., Roth, D.L. (2002) Psychological resistance factors as predictors of general health status and physical symptom reporting. *Psychology, Health & Medicine*, 7(3), 363–375.

Edwards, D. y Burnard, P. (2003). A systematic review of stress and stress management interventions for mental health nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 42(2), 169-200.

Engström, M., Ljunggren, B., Lindqvist, R. y Carlsson, M. (2005). Staff perceptions of job satisfaction and life situation before and 6 and 12 months after increased information technology support in dementia care. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 11(6), 304-309.

Eriksson, M. y Lindström, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal Epidemiology Community Health*, 59, 460-466.

Eriksson, M. y Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence: a systematic review of scale and the relation with health. *Journal Epidemiology Community Health*. 60,376-381.

Eriksson, M. y Lindström, B. (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promotion International*, 23(2),190-199.

Esteve, J. (2007). Demanda universitaria y escasez de enfermeras. *Nursing*, 25(6), 59-61.

EuroQol Group. (2011). EQ-5D-5L User Guide. Basic information on how to use the EQ-5D-5L instrument. Disponible en http://www.euroqol.org/fileadmin/user_upload/Documenten/PDF/Folders_Flyers/UserGuide_EQ-5D-5L.pdf

Farquharson, B., Allan, J., Johnston, D., Choudhary, C. y Jones, M (2012). Stress among nurses working in a healthcare telephone-advice service: relationship with job satisfaction, intention to leave, sickness absence, and performance. *Journal of Advanced Nursing*, 68(7), 1624-1635.

Ferrando, P., Chico, E. y Tous, J. (2002). Propiedades psicométricas del test de optimismo Life Orientation Test. *Psicothema*, 14(3), 673-680.

Fischer, H.J. (1983). A psychoanalytic view of burnout. En B.A. Farber (Ed.). *Stress and burnout in the human service professions* (2a ed.). New York: Pergamon Press.

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

Fronteira, I. y Ferrinho, P. (2011). Do nurses have a different physical health profile? A systematic review of experimental and observational studies on nurses' physical health. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 2404-2424.

Fukuzaki, T. y Tanihara, H. (2014). Job stress and burnout among nurses and care workers in psychiatric wards. *Sangyo Eiseigaku Zasshi*, 56(2), 47-56.

García, D. (2006). Compromiso ético en el desarrollo profesional continuo. *Jano Medicina y humanidades*, 1626, 20-25.

García, M., Torres M.P. y Ballesteros E. (2010). Manual de enfermería geriátrica. (2a. ed.) Madrid: Masson.

García-Sierra, R., Fernández-Castro, J. y Martínez-Zaragoza, F. (2015). Work engagement in nursing: an integrative review of the literature. *Journal of Nursing Management*, June 1. DOI: 10.1111/jonm.12312.

Garrosa, E., Blanco-Donoso, L.M., Moreno-Jimenez, B., González, A., Fraca, M. y Meniz, M.J. (2014). Evaluación y predicción del work engagement en voluntarios: el papel del sentido de la coherencia y la reevaluación cognitiva. *Anales de Psicología*, 2(30), 530-540.

Garrosa, E., Moreno-Jimenez, B., Liang, Y. y González, J.L. (2008). The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses: an exploratory study. *International Journal of Nursing Studies*, 45(3), 418-427.

Garrosa, E., Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A. y Rodríguez-Carvajal, R. (2011). Role stress and personal resources in nursing: A cross-sectional study of burnout and engagement. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 479-489.

Garrosa, E., Rainho, C., Moreno-Jimenez, B. y Joao, M. (2010). The relationship between job stressors, hardy personality, coping resources and burnout in a sample of nurses: a correlational study at two time points. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 205-215.

Gavrilov-Jerkovic, V., Jovanovic, V., Zuljevic, D. y Brdaric, D. (2013). When less is more: a short version of the Personal Optimism Scale and the Self-efficacy Optimism Scale. *Journal of Happiness Studies*, 15, 455-474.

Generalitat de Catalunya. (1994). *El model d'atenció socio sanitària a Catalunya*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. (2004). *L'atenció socio sanitària a Catalunya. Programa Vida als anys*. Barcelona: CatSalut. Disponible en http://www.gencat.cat/salut/botss/pdf/at_sociosanit_catalunya_2003.pdf

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (2012). *Pla de Salut de Catalunya 2011-2015*. Barcelona: Departament de Salut. Disponible en http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/destaquem/documents/plasalut_vfinal.pdf.

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (2013a). *Enquesta de salut de Catalunya 2013*. Barcelona: Direcció General de Planificació i Recerca de Salut. Disponible en http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/enquesta_salut_catalunya/enquesta_salut_catalunyacontinua.

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (2013b). Pla director de l'àmbit sociosanitari. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació. Pla director Sociosanitari. Disponible en http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/salut_i_qualitat/plans_directors_20082010/sociosanitari/que_es/documents/pd_socisanitari271006.pdf

Generalitat de Catalunya. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. (2013c). *Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. Guia per a la implementació territorial de projectes de millora en l'atenció a la complexitat*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Disponible en http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documents/arxiu/562conceptual.pdf.

Generalitat de Catalunya. Institut d'Estadística de Catalunya. Idescat. (2014a). *Dades demogràfiques i de qualitat de vida*. Disponible en <http://www.idescat.cat/dequavi/?TC=111>.

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (2014a). *Memoria del Servei català de la salut 2013*. Barcelona: Institut Català de la Salut. Disponible en <http://www.gencat.cat/ics/infocorp/memoria2013/ICS2013cast/index.html>

Generalitat de Catalunya. (2014b). Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària. Disponible en <http://www.gencat.cat/salut/botss/html/ca/dir3609/doc35966.html>.

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (2015a). *Adequació de la xarxa sociosanitària en l'atenció a la cronicitat*. Barcelona: Direcció General de Planificació i Recerca de Salut. Pla director Sociosanitari. Disponible en http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/temes_de_salut/ambit_socisanitari/documents/socio_cronicitat.pdf.

Generalitat de Catalunya. (2015b). Àmbit Sociosanitari. Disponible en http://canalsalut.gencat.cat/ca/home_professionals/temes_de_salut/ambit_sociosanitari/

Gil-Monte, P.R. (2005). *El síndrome de Quemarse por el Trabajo (burnout): Una enfermedad Laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.

Girón-Daviña, P. (2010). *Los determinantes de la salud percibida en España*. (Tesi doctoral, Universidad Complutense de Madrid). Disponible en <http://eprints.ucm.es/11024/>.

Goodwin, R. y Engstrom, G. (2002). Personality and the perception of health in the general population. *Psychological Medicine*, 32, 325-332.

Grau, A. (2011). *Evaluación evolutiva de la salud percibida según las etapas del cambio del modelo transteórico en el tabaquismo*. (Tesi doctoral, Universitat de Girona).

Grau, A., Suñer, R. y García, M. (2005). Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gaceta Sanitaria*, 19(6), 463-470.

Grzywacz, J.C., Frone, M.J., Brewer, C.S. y Kovner C.T. (2006). Quantifying work-family conflict among registered nurses. *Research in Nursing and Health*, 29, 414-426.

Halbesleben, J. (2010). A meta-analysis of work engagement: Relationship with burnout, demands, resources and consequences. En A.B. Bakker y M.P. Leiter (Eds.), *Work engagement: A handbook of essential theory and research* (pp. 102-117). New York: Psychology Press.

Hallberg, U.E., y Schaufeli, W.B. (2006). "Same" but different? Can work engagement be discriminated from job involvement and organisational commitment?. *The European Psychologist*, 11, 119-12.

Hanssen, M.M., Vancleef, L.M.G., Wlaeyen, J.W.S. y Peters, M.L. (2014). More optimism, less pain! The influence of generalized and pain-specific expectations on experienced cold-pressor pain. *Journal of Behavior Medicine*, 37, 47-58.

Harter, J.K., Schmidt, F.L. y Hayes, T.L. (2002). Business-unit level relationship between employee satisfaction, employee engagement, and business outcomes: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 87, 268-279.

He, F., Cao, R., Feng, Z., Guan, H. y Peng, J. (2013). The impacts of Dispositional Optimism and Psychological Resilience on the Subjective Well-Being of Burn Patients: A Structural Equation Modelling Analysis. *Plos ONE*, 8(12).

Heckman, G.A., Molnar, F.J. y Lee, L. (2013). Geriatric medicine leadership of health care transformation: to be or not to be?. *Canadian Geriatric Journal*, 16(4), 192-195.

Heinonen, K., Räikkönen, K., y Keltikangas-Järvinen, L. (2005). Dispositional optimism: development over 21 years from the perspectives of perceived temperament and mothering. *Personality and Individual Differences*, 38, 425-435.

Heinonen, K., Räikkönen, K., Matthews, K. A., Scheier, M. F., Raitakari, O. T., Pulkki, L. (2006). Socioeconomic status in childhood and adulthood: Associations with dispositional optimism and pessimism over a 21-year follow-up. *Journal of Personality*, 74, 1111-1126.

Höge, T. y Büssing, A. (2004). The Impact of Sense of Coherence and Negative Affectivity on the Work Stressor-Strain Relationship. *Journal of Occupational Health Psychology*, 9(3), 195-205.

Hosrburg, M.E (2000). Salutogenesis: Origins of Health and Sense of Coherence. En V. Hill Rice (Ed.), *Handbook of stress, coping and Health: Implications for Nursing Research Theory and Practice* (pp.175-194).California: Sage Publications.

Ida, H., Miura, M., Komoda, M., Yadura, N., Mano, T. y Hamaguchi T. (2009). Relationship between stress and performance in a Japanese nursing organization. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 22(6), 642-657.

Instituto Nacional de Estadística (2015). Inebase: *Encuesta Nacional de Salud, 2011-2012*. Disponible en <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p419&file=inebase>.

Jenaro, C., Flores, N., Orgaz, M.B. y Cruz, M. (2010). Vigour and dedication in nursing professionals: towards a better understanding of work engagement. *Journal of Advanced Nursing*, 67(4), 865-875

Jobin, J., Wrosch, C. y Scheier, M.F. (2014). Associations Between Dispositional Optimism and Diurnal Cortisol in a community sample: When stress is perceived as higher than normal. *Health Psychology*, 33(4), 382-391.

Johnson, S.L. (2009). International perspective on workplace bullying among nurses: a review. *International Nursing Review*, 56,34-40.

Juarez-Garcia, A y Hernandez, C.I. (2000). *Entusiasmo laboral en profesionales de la salud: propiedades psicométricas de la Utrecht work engagement scale*. 3er.Foro de las Americas en investigación sobre factores psicosociales. Estrés y Salud Mental en el trabajo. Disponible en <http://www.factorrespicosociales.com/tercerforo>.

Kahn, W.A. (1990). Psychological conditins of personal engagement and disengagement at work. *Academy of Management Journal*, 33, 692-724.

Kahn, W.A. (1992). To be fully there: Psychological presence at work. *Human Relations*, 45, 321-349.

Katz, D. y Kahn, R.L. (1978). *The Social Psychology of Organizations*. (2a ed.). New York: Jonh Wiley and Sons.

Khamisa, N., Peltzer, K. y Oldenburg, B. (2013). Burnout in relation to specific contributing factors and health outcomes among nurses: A systematic review. *International Journal Environmental Research and Public Health*, 10, 2214-2240.

Kim, H. Capezuti, E., Boltz, M. y Fairchild, S. (2009). The nursing practice environment and nurse-perceived quality of geriatric care in hospitals. *Western Journal of Nursing Research*, 31(4), 480-495.

Kobasa, S.C. (1982). The hardy personality: Toward a social psychology of stress and health. En G.S. Sanders y J. Sals (Eds.), *Social psychology of health and illness* (pp. 3-32). Hillsdales, NJ Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Kristensen, T.S., Hannerz, H., Hogh A. y Borg, V. (2005).The Copenhagen Psychosocial Questionnaire—a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 31(6), 438-449.

Kuo, H.T., Jeo-Chen Y.T. y Li, I.C.H. (2008). Relationship between organizational empowerment and job satisfaction perceived by nursing assistants at long-term care facilities. *Journal of Clinical Nursing*, 17(22), 3059-3066.

Langelaan, S., Bakker, A.B., Van Doornen, L.J.P. y Schaufeli, W.B. (2006). Burnout and work engagement: Do individual differences make a difference?. *Personality and Individual Differences*, 40, 521-53.

Langius, A., Björvell, H. y Anstontovsky. A. (1992). The Sense of Coherence Concept and its Relation to Personality Traits in Swedish Samples. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 3, 165-71.

Laschinger, H.S. y Grau, A.L. (2012). The influence of personal dispositional factors and organizational resources on workplace violence, burnout, and health outcomes in new graduate nurses: A cross-sectional study. *International Journal of nursing Studies*, 49, 282-291.

Laschinger, H.S. y Finegan J. (2005). Using empowerment to build trust and respect in the workplace: a strategy for addressing the nursing shortage. *Nursing Economics*, 23(1), 6-13.

Laschinger, H.S. y Leiter, M. (2006). The impact of nursing work environments on patient safety outcomes: The mediating role of burnout/engagement. *Journal of Nursing Administration*, 36, 259–267.

Lee, J.S.Y. y Akhtar, S. (2011). Effects of the workplace social context and job content on nurse burnout. *Human Resource Management*, 50(2), 227-245.

Leino-Kilpi, H., Välimäki, M., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C.H., Schopp, A., Scott, A., Arndt, M. Kaljonen, A. (2003). Perceptions of Autonomy, Privacy and Informed Consent in the Care of Elderly People in Five European Countries: general overview. *Nursing Ethics*, 10(1) ,18-27.

Leino-Loisón, D., Gien, L.T., Katajisto, J., y Välimaki, M. (2004). Sense of coherence among unemployed nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 48(4), 413-422.

Leiter, M. y Spence, H.K. (2006). Relationships of work and practice environment to professional burnout. Testing a cause model. *Nursing Research*, 55(2), 137-146.

Lezwijn, J., Vaandrager, L., Naaldenberg, J., Wagemakers, A., Koelen, M. y Woerkum, C. (2011). Healthy ageing in a salutogenic way: building the HP 2.0 framework. *Health and Social Care in the Community*, 19(1), 43-51.

Lindström, B. y Eriksson, M. (2005). Salutogenesis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 440-442.

Lindström, B. y Eriksson, M. (2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International*, 21(3), 238-244.

Lindström, B. y Eriksson, M. (2009). The salutogenic approach to the making of HiAP/healthy public policy: illustrated by a case study. *Global Health Promotion*, 16(1), 17-28.

Lindström, B. y Eriksson, M. (2011). *Guía del autoestopista salutogénico: Camino salutogénico hacia la promoción de la salud*. Girona: Documenta Universitaria.

Llorens, S., Schaufeli, W.B., Bakker, A.B., y Salanova, M. (2007). Does a positive gain spiral of resources, efficacy beliefs and engagement exist?. *Computers in Human Behavior*, 23, 825-841.

Lucas, R.E., Diener, E. y Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 616-628.

Luthans, F., Avey, J.B., Avolio, B.J. y Peterson, S.J. (2010). The development and resulting performance impact of positive psychological capital. *Human Resource Development Quarterly*, 1(21), 41-67.

Luthans, F., Avolio, B.J., Avey, J.B. y Norman, S.M. (2007). Positive Psychological capital measurement and relationship with the performance and satisfaction. *Personnel Psychology*, 60, 541-572.

Luthans, K.W. y Jensen, S.M. (2005). The linkage between psychological capital and commitment to organizational mission: a study of nurses. *JONA*, 35(6), 204-310.

Lyon, B.L. (2000). Stress, Coping, and Health: A conceptual Overview. En V. Hill Rice (Ed.), *Handbook of stress, coping and Health: Implications for Nursing Research Theory and Practice* (pp.175-194). London: Sage Publications.

MacLeod, A.K. y Conway, C. (2005). Well-being and the anticipation of future positive experiences: The role of income, social networks, and planning ability. *Cognition and Emotion*, 19, 357-374.

Mahiro, S., Takashi, N. y Satoko, N. (2014). Work engagement and attitudes toward caring for dying patients and families among home-visiting nurses in Japan. *International Journal of Palliative Nursing*, 20(7), 343-348.

Malagón-Aguilera, M.C. (2010). *SOC a la professió infermera*. (Trabajo final de Máster, Universitat de Girona). Disponible en <http://dugi.doc.udg.edu/bitstream/handle/10256/3210/MalagonCarmen.pdf?sequence=6>

Malagón-Aguilera, M.C., Fuentes-Pumerola, C., Suñer-Soler, R., Bonmatí-Tomás, A., Fernández-Peña, R. y Bosch-Farré, C. (2012b). El sentido de coherencia en el colectivo enfermero. *Enfermería Clínica*, 22(4), 214-218.

Malagón-Aguilera, M.C., Juvinyà-Canal, D., Bonmatí-Tomás, A., Fernandez-Peña, R., Bosch-Farré, C., Bertran-Nogué, C. y Suñer-Soler, R. (2012a). Sentido de coherencia de las enfermeras y validación del cuestionario SOC-13. *Metas de Enfermería*, 15, 27-31.

Malinauskiene, V., Palmira, L. y Malinauskas, R. (2009). Psychosocial job characteristics, social support, and sense of coherence as determinants of mental health among nurses. *Medicina (Kaunas)*, 45(11), 910-917.

Manchester, A. (2013). Valuing aged care and its nurses. *Ka Tiaki Nursing New Zealand*, 19(10), 18-19.

Mariscal, M.I. (2012). La enfermería sin límites y los límites de la enfermería. *Enfermería Clínica*, 22(3), 115-117.

Márquez-González, M., Losada, A., Peñacoba, C. y Romero-Moreno, R. (2009). El optimismo como factor moderador de la relación entre el estrés y la depresión de los cuidadores informales de personas mayores dependientes. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 44(5), 251-255.

Martínez-Correa, A., Reyes del Paso, G.A., García-León, A. y González-Jareño, M.I. (2006). Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicotherma*, 18(1), 66-72.

Maslach, C. (1982). Burnout A social psychological analysis. En J.W. Jones (Ed.), *The burnout syndrome: Current research, theory, interventions* (pp.30-35). Park Ridge, Illinois: London House Press.

Maslach C. y Jackson, S.E. (1997). Maslach Bunout Inventory. En N, Seisdedos (Ed.). *Manual del Inventario Burnout de Maslach. Síndrome del quemado por estrés laboral asistencial*. (pp. 5-28). Madrid: TEA.

Maslach, C., Jackson, S.E. y Leiter, M.P. (1996). *Maslach Burnout Inventory. Manual*. (3a ed.). Palo Alto, California: Coonsulting Psychologists Press.

Maslach, C., Schaufeli, B. y Leiter, M.P. (2001). Job, burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.

Mauno, S., Kinnunen, U. y Ruokolainen, M. (2007a). Exploring work-organization-based resources as mediators between work-family conflict, well-being and job attitudes. *Work and stress*, 20, 210-233.

Mauno, S., Kinnunen, U. y Ruokolainen, M. (2007b). Job demands and resources as antecedents of work engagement: A longitudinal study. *Journal of Vocational Behavior*, 70,149–171.

May, D.R., Gilson, R.L., Harter, L.M. (2004). The psychological conditions of meaningfulness, safety and availability and the engagement of the human spirit at work. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77(1), 11-37.

McNeely, E. (2005). The consequences of job stress for nurses's health: Time for a check-up. *Nursing outlook*, 53, 291-299.

McVicar, A. (2003). Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of Avanced Nursing*, 44(6), 633-642.

Menezes de Lucena, V.A, Fernández, B., Hernández, L., Ramos, F. y Contador, I. (2006). Resiliencia y el modelo burnout-engagement en cuidadores formales de ancianos. *Psicotherma*, 18(4), 791-796.

Mingote, J.C. y Pérez, S. (2003). *Estrés en la Enfermería: el cuidado del cuidador*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

Moreno, B., Alonso, M., y Álvarez E. (1997). Sentido de coherencia, personalidad resistente, autoestima y salud. *Revista de Psicología de la Salud*, 9(2), 115-138.

Moreno-Jimenez, B., González J.L. y Garrosa, E. (1999). Burnout docente, sentido de la coherencia y salud percibida. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 4(3) ,163-180.

Morgan, A, Davies, M. y Ziglio E. (2010). *Health assets in a global context: theory methods action*. New York: Springer.

Morgan, A. y Ziglio, E. (2007). Revitalising the evidence base for públic Health: an asset model. *Global Health Promotion*, 14(2), 17-22.

Novell, M. (2006). Caring for the elderly: Changing perceptions ad attitudes. *Journal of Vascular Nursing*, 24(1), 22-26.

Organización Mundial de la Salud. (1986). The Ottawa charter. Geneva: WHO. Disponible en <http://www.who.int/es/>

Organitzación Mundial de la Salud. (2005). *Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital*. Disponible en http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/overview_sp.pdf.

Otéro-Lopez, J.M., Luengo-Matín, A., Romero, E., Gómez, J.A. y Castro, C. (1998) *Psicología de la personalidad. Manual de prácticas*. Barcelona: Ariel.

Othman, N. y Nasurdin, A.M. (2013). Social support and work engagement: a study of Malaysian nurses. *Journal of Nursing Management*, 21,1083-1090.

Pallant, J.F. y Lae, L. (2002). Sense of coherence, well-being, coping and personality factors: Further evaluation of the sense of coherence scale. *Personality and Individual Differences*, 33, 39-48.

Palsson, M., Hallberg, I., Norberg, A. y Bjorvell, H. (1996). Burnout, Empathy and Sense of Coherence among Swedish District Nurses before and after Systematic Clinical Supervision. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 10, 19-26.

Pearce, S., Rogers-Clarck, C. y Dooland, J. (2011). A Comprehensive sistematic review of age-friendly nursing interventions in the management of older people in emergency departaments. *International Journal of Evidence-based Healthcare. Joanna Briggs Institute* 9(20), Disponible en <http://www.joannabriggslibrary.org/jbilibrary/index.php/jbisrir/article/view/138>.

Pera, G. y Serra-Prat, M. (2002). Prevalencia del Síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gaceta Sanitaria*, 16(6), 480-486.

Perdikaris, P., Kletsiou, E., Gymnopoulou, E. y Matziou, V. (2010). The Relationship between Workplace, Job Stress and Nurses'Tobacco Use: A review of the Literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7, 2362-2375.

Peterson, C. y Bossio, L.M. (2001). Optimism and Physical Well-Being. En E.C. Chang (Ed.), *Optimism and Pessimism: Implications for Theory, Research, and Practice* (pp.77-100). Washington: American Psychological Association.

Peterson, C. y Seligman, M.E.P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Washington, DC: American Psychological Association.

Peterson, C., Seligman, M.E.P. y Vaillant, G. (1988). Pessimistic explanatory style as a risk factor for physical illness: A Thirty five year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55,23-27.

Pines, A., Aronson, E. y Kafry, D. (1981). *Burnout: from tedium to personal growth*. New York: Free Press.

Plomin, R., Scheier, M.F., Bergeman, C.S., Pedersen, N.L., Nesselroade, J.R. y McClearn, G.E. (1992). Optimism, pessimism, and mental health: A twin/adoption analysis. *Personality and Individual Differences*, 13, 921–93.

Ramió, A. (2005). *Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya*. (Tesis Doctoral, Universitat de Barcelona). Disponible en http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/43007/1/ARJ_TESIS.pdf.

Rasmussen, H.N., Scheier, M.F. y Greenhouse, J.B. (2009). Optimism and Physical Health: A Meta-analytic Review. *Annual Behavior of Medicine*, 37, 239-256.

Ríos-Rísquez, M. y Godoy-Fernández, C. (2008). Relación entre satisfacción laboral y salud general percibida en profesionales de enfermería de urgencias. *Enfermería Clínica*, 18(3), 134-141.

Rios-Rísquez, M., Peñalver, F. y Godoy-Fernández, C. (2008). Burnout y salud percibida en profesionales de enfermería de cuidados intensivos. *Enfermería intensiva*, 19(4) ,169-78.

Rout, U. (2001). Estrés Laboral en profesionales de la Salud. En J. Buendía y F. Ramos (Ed.), *Empleo, Estrés y Salud*. (pp.93-108). Madrid: Pirámide

Russell, J.A. (1980). A circumplex model of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 1161–1178.

Salanova, M. (2011). Introducción: Psicología Social y Psicología Positiva. *Revista de Psicología Social*, 26(3), 339-343.

Salanova, M., Agut, S. y Peiró, J.M. (2005). Linking organizational resources and work engagement to employee performance and customer loyalty: The mediation of service climate. *Journal of Applied Psychology*, 90, 1217-1227.

Salanova, M., Lorente, L., Chambel, M.J. y Martínez, I.M. (2011). Linking transformational leadership to nurses' extrarole performance: the mediating role of self-efficacy and work engagement. *Journal of Advanced Nursing*, 67(10), 2256-2266.

Salanova, M., Martínez, I.M. y Llorens, S. (2005). Psicología Organizacional Positiva. En F. Palací (Ed.), *Psicología de la Organización* (pp. 349-376). Madrid: Pearson Prentice Hall.

Salanova, M., Martínez, I.M. y Llorens, S. (2014). Una mirada más positiva a la salud ocupacional desde la psicología organizacional positiva en tiempos de crisis: aportaciones desde el equipo de investigación. *Papeles del psicólogo*, 35(1), 22-30.

Salanova, M. y Schaufeli, W.B. (2004). El Engagement de los empleados: un reto emergente para la dirección de los recursos humanos. *Estudios Financieros*, 61, 109-134.

Salanova, M. y Schaufeli, W.B. (2008). A cross-national study of work engagement as a mediator between job resources and proactive behaviour. *The International Journal of Human Resource Management*, 19, 116-131.

Salanova, M. y Schaufeli, W.B. (2009). *El engagement en el trabajo: cuando el trabajo se convierte en pasión*. Madrid: Alianza editorial.

Salanova, M., Schaufeli, W.B., Llorens, S., Peiró, J.M. y Grau, R. (2000). Desde el "burnout" al "engagement": ¿Una nueva perspectiva?. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16, 117-134.

Salvà-Casanovas, A., Llevadot, D., Miró, M., Vilalta, M. y Rovira, J.C. (2004). La atención geriátrica. Uno de los grandes ejes de la atención sociosanitaria en Cataluña. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, 39(2), 101-8.

San Martín, L. (2008). Una reflexión en torno a las "ciencias de la enfermería". *Enfermería clínica*, 18(5), 262-268.

Schaufeli, W.B. (2005). The future of occupational health psychology. *Journal of Applied Psychology: An International Review*, 53, 502-517.

Schaufeli, W.B. y Bakker, A.B. (2004). Job demands, job resources and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 293-315.

Schaufeli, W.B., Leiter M.P. y Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14(3), 204-220.

Schaufeli, W.B., Bakker, A.B. y Salanova, M. (2006). The measurement of work engagement with a short questionnaire: A cross-national study. *Educational and Psychological Measurement*, 66, 701-716.

Schaufeli, W.B., Leiter, M.P., Maslach, C. y Jackson, S.E. (1996). The Maslach Burnout Inventory: General Survey (MBI-GS). En C. Maslach, S.E. Jackson y M.P. Leiter, *Maslach Burnout Inventory Manual* (3a ed., pp.19-26). Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.

Schaufeli, W.B y Salanova, M. (2007). Work engagement: An emerging psychological concept and its implications for organizations. En S.W. Gilliland, D.D. Steiner y D.P. Skarlicki (Eds.), *Research in social issues in management: Managing social and ethical issues in organizations*. Greenwich, CT: Information Age Publishers.

Schaufeli, W.B. y Salanova, M. (2011). Work engagement: On how to better catch a slippery concept. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 20(1), 39-46.

Schaufeli, W.B, Salanova, M., González-Romá, V. y Bakker, A.B. (2002). The measurement of Engagement and burnout: A confirmative analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71-92.

Schaufeli, W.B. y Taris, T.W. (2005). The conceptualization and measurement of burnout: Common ground and worlds apart. *Work and Stress*, 19, 356-362.

Scheier, M.F. y Carver, C.S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implication of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.

Scheier, M.F. y Carver, C.S. (1987). Dispositional Optimism and Physical Well-Being: The influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, 55(2), 169-210.

Scheier, M.F., Carver, C.S. y Bridges, M.W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem: A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063–1078.

Scheier, M.F., Carver, C.S. y Bridges, M.W. (2001). Optimism, pessimism and Psychological Well-Being. En E.C. Chang (Ed.), *Optimism and Pessimism: Implications for Theory, Research, and Practice* (pp.77-100). Washington: American Psychological Association.

Scheier, M.F., Matthews, K.A., Magovern, G.J., Lefebvre, R.C., Abbott, A.R. y Carver, C.S. (2003). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: The beneficial effects on physical and psychological well-being. En P. Saluvey y A.J. Rothman (Eds.), *Social Psychology of health: Key readings*. London: Psychology Press.

Schmidt, D. y Dantas, R. (2011). Análisis de validez y confiabilidad de la versión adaptada para el portugués del cuestionario de sentido de coherencia de Antonovsky entre profesionales de enfermería. *Revista Latino Americana Enfermagem*. 19 (1).

Schneider, G., Driesch, G., Kruse, A., Wachter, M., Nehen, H.G. y Heuft, G. (2004). What influences self-perception of health in the elderly? The role of objective health condition, subjective well-being and sense of coherence. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 39, 227-237.

Scott, P.A., Välimäki, M., Leino-Kilpi, H., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C. y Arndt, M. (2003). Autonomy, privacy and informed consent: elderly care perspective. *British Journal Nursing*, 12(3), 158-168.

Segerstrom, S.C. (2006). How does optimism suppress immunity? Evaluation of three affective pathways. *Health Psychology*, 25, 653–665.

Segerstrom, S.C. (2007). Optimism and resources: Effects on each other and on health over 10 years. *Journal of Research in Personality*, 41, 772–786.

Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman.

Seligman, M.E.P. (1999). The president's address. *American Psychologist*, 54, 559-562.

Sermeus, W. (2012). Efectos de la crisis económica y de la crisis de trabajadores sanitarios en la sostenibilidad del sistema sanitario: ¿Qué es lo siguiente?. *Enfermería Clínica*, 22(4), 179-781.

Shaufely, W.B. y Bakker A. (2003). *Escala de Engagement en el trabajo de Utrecht Occupational Health Psychology Unit Utrecht University*. Disponible en http://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/Test%20Manuals/Test_manual_UWE_S_Espanol.pdf.

Shirom, A. y Melamed, S. (2006). A comparison of the construct validity of two Burnout measures in two groups of professionals. *International Journal of Stress Management*, 13(2), 176-200.

Shiu, A. (1998). The Significance of Sense of Coherence for the Perceptions of Task Characteristics and Stress during Interruptions amongst a Sample of Public Health Nurses in Hong Kong: Implications for Nursing Management. *Public Health Nursing*, 15, 273-80.

Simpson, M.R. (2009). Engagement At work: A review of the literature. *International Journal of Nursing studies*, 46, 1012-1024.

Solberg Nes, L., Evans, D.R. y Segerstrom, S.C. (2009). Optimism and college retention: Mediation by motivation, performance, and adjustment. *Journal of Applied Social Psychology*, 39, 1887-1912.

Spence, H.K. y Fida, R. (2014). New nurse's burnout and workplace wellbeing: The influence of authentic leadership and psychological capital. *Burnout Reseach*, 1, 19-28.

Suñer-Soler, R. y Grau-Martín, A. (2013). Burnout, Health and Quality of life. En B.R. Doolittle (Ed.). *Psychology of Burnout: New Research* (pp. 1-18). New York: Nova Science Publishers.

Suñer-Soler, R., Grau-Martín, A., Font-Mayolas, S., Gras, M.E., Bertran, C. y Sullman, M.J.M. (2013). Burnout and quality of life among Spanish healthcare personnel. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(4), 305-313.

Taylor, S.E. (2007). Social support. En H.S. Friedman y R.C. Silver (Eds.), *Foundations of health psychology* (pp. 145–171). New York: Oxford University Press.

Tebandeke, A.Z. (2008). *The relationship among sense of coherence, job burnout, and health status of hospital psychiatric nurses*. (Tesi doctoral, Walden University). Disponible en http://gateway.proquest.com/openurl?url_ver=Z39.88-2004&res_dat=xri:pqdiss&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertation&rft_dat=xri:pqdiss:3304038

Trincherò, E., Brunetto, Y. y Borgonovi, E. (2013). Examining the antecedents of engaged nurses in Italy: Perceived Organisational Support (POS); satisfaction with training and development; discretionary power. *Journal of Nursing Management*, 21, 805-816.

Tselebis, A., Moulou, A. y Ilias I. (2001). Burnout versus depression and sense of coherence: Study of Greek nursing staff. *Nursing and Health Sciences*, 3, 69-71.

Van Bogaert, P., Timmermans, O., Mace S., Van Heusden, D., Wouters, K. y Franck, E. (2014). Nursing unit teams matter: Impact of unit-level nurse practice environment, nurse work characteristics, and burnout on nurse reported job outcomes, and quality of care, and patient adverse events-A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 51, 1123-1134.

Van Bogaert, P., Wouters, K., Willems, R., Mondelaers, M. y Clarke, S. (2013). Work engagement supports nurse workforce stability and quality of care: nursing team-level analysis in psychiatric hospitals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20, 679-686.

Virúes-Ortega, J., Martínez-Martín, P., Barrio J.L. y Lozano, L.M. (2007). Validación transcultural de la Escala de Sentido de coherencia de Antonovsky (OLQ-13) en ancianos mayores de 70 años. *Medicina Clínica*, 128(13), 486-492.

Ward, M., Schulz, M., Brulnad, D. y Lohr, M. (2014). A Systematic review of Antonovsky's sense of coherence scale and its use in studies among nurses: implications for psychiatric and mental health nursing. *Journal of Psychiatric Nursing*, 5(2), 61-71.

Werner, E.E. y Smith, R.S. (1982). *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. New York: McGraw-Hill.

White, M.J. y Mattson, C. (2000). Physiological Measurement of the Stress Response. En V. Hill Rice (Ed.), *Handbook of stress, coping and Health: Implications for Nursing Research Theory and Practice* (pp.175-194). London: Sage Publications.

Williams, S.J. (1990). The Relationship Among Stress, Hardiness, Sense of Coherence, and Illness in critical Care Nurses. *Medical Psychotherapy*, 3, 171-86.

Williamson, G.S. y Perarse, I.H. (1966). *Science, Synthesis, and Sanity: An Inquiry into the Nature of Living*. Washington: Regnery Publishing.

Xanthopoulou, D. y Bakker, A.B. (2013). State Work Engagement: The Significance of Within-Person Fluctuations. En A.B. Bakker y K. Daniels (Eds.). *A day in the life of a happy Worker* (pp.25-40). New York: Pshycology Press.

Xanthopoulou, D., Bakker, A.B., Demerouti, E. y Schaufeli, W.B. (2007). The role of personal resources in the job demands–resources model. *International Journal of Stress Management*, 14, 121–141.

Xanthopoulou, D., Bakker, A., Demerouti, E. y Shaufeli, W. (2009). Reciprocal relationships between job resources, personal resources and work engagement. *Journal of Vocational Behavior*, 74, 235-244.

Yam, B. y Shiu, A. (2003). Perceived stress and sense of coherence among critical care nurses in Hong Kong: a pilot study. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 144-46.

Zhao, X., Huang, C.H., Li X., Zhao, X. y Peng, J. (2014). Dispositional optimism, self-framing and medical decision-making. *International Journal of Psychology*, 50(2),121-127.

Zielinska-Wieczkowska, H., Ciemnoczolowski, W., Kedziora-Kornatowska, K. y Muszalik, M. (2012). The sense of coherence (SOC) as an important determinant of life satisfaction based on own research, and exemplified by the students of university of the third age. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 54, 238-241.

Zimmerman, B.J., Bandura, A. y Martinez-Pons, M. (1992). Self-motivation for academic attainment: The role of self-efficacy beliefs and personal goal setting. *American Educational Research Journal*, 29, 663–676.

8. ANEXOS

8. ANEXOS

Anexo I: Cuaderno de recogida de datos

A continuación se presentan una batería de preguntas y cuestionarios para que usted responda. Le agradecemos de antemano el interés y tiempo invertidos.

Institución donde trabaja:

Edad:

Sexo Mujer

Hombre

Municipio de residencia:

Usted vive:

En zona rural

En zona urbana

Estado civil:

Soltero/a

Casado/a

Viudo/a

Separado/a

Divorciado/a

Nivel académico:

Diplomado

Grado

Máster

Doctorado

Usted considera su nivel socioeconómico como:

- Muy bueno
- Bueno
- Regular
- Malo

Años de profesión:

Cuál es su situación laboral actual:

- Contrato eventual
- Contrato indefinido

Unidad donde trabaja dentro de la institución (puede señalar más de uno):

- Larga estancia
- Convalecencia
- Cuidados paliativos
- Otros:

Función dentro del equipo (puede señalar más de una):

- Asistencia
- Gestión
- Docencia
- Investigación

Formación continuada:

- SI horas dedicadas/semana (número de horas):
- NO

Familiares a cargo:

SI

Número de hijos:

Otros familiares a cargo:

NO

Usted considera que su trabajo le ocasiona conflictos a nivel familiar

SI

NO

Opción religiosa:

SI

NO

Tiene usted algún problema de Salud crónico:

SI Cuál:

NO

Es usted fumador actualmente:

SI

NO

Ha ocurrido en su vida algún evento relevante para usted en el último año:

SI Cuál:

NO

Usted considera que si necesita apoyo social (familia, amigos, compañeros) lo obtiene:

Sí, siempre

A veces si a veces no

No, nunca

Cuestionario SOC-13

A continuación hay una serie de preguntas sobre varios aspectos de la vida. Cada pregunta tiene 7 respuestas posibles. Por Favor, marque el número que mejor exprese su respuesta. Los números 1 y 7 indican las respuestas extremas. Si las palabras que aparecen debajo del 1 son ciertas en su caso, haga un círculo alrededor del 1. Si las palabras que aparecen debajo del 7 son ciertas en su caso, haga un círculo alrededor del 7. Si su parecer es diferente, rodee el número que mejor encaje con su idea de la pregunta. Por favor, dé sólo una respuesta por cada pregunta

- 1. ¿Tiene la impresión de que a Vd. No le importan de verdad las cosas que pasan a su alrededor?**

1 2 3 4 5 6 7

Rara vez o nunca

Muy a menudo

- 2. ¿Le ha sorprendido alguna vez lo que han hecho personas que Vd. Creía que conocía bien?**

1 2 3 4 5 6 7

Nunca me ha pasado

Siempre me pasa

- 3. ¿Le ha pasado alguna vez que personas con las que contaba le hayan defraudado?**

1 2 3 4 5 6 7

Nunca me ha pasado

Siempre me pasa

- 4. Hasta ahora su vida...**

1 2 3 4 5 6 7

No ha tenido en absoluto Ha tenido objetivos y

Objetivos o metas claras metas muy claras

- 5. ¿Tiene Vd. La impresión de que le están tratando de forma injusta?**

1 2 3 4 5 6 7

Muy a menudo Rara vez o nunca.

- 6. ¿Tiene Vd. La impresión de estar en una situación a la que no está acostumbrado/a y no sabe qué hacer?**

1 2 3 4 5 6 7

Muy a menudo Rara vez o nunca.

7. Hacer las cosas que Vd. Hace todos los días...

1 2 3 4 5 6 7

Me produce una gran Me produce dolor y

Alegría y satisfacción aburrimiento

8. ¿Tiene Vd. Sentimientos o ideas muy confusas?

1 2 3 4 5 6 7

Muy a menudo Rara vez o nunca

9. ¿Le pasa que tiene sentimientos dentro de Vd. Que preferiría no tener?

1 2 3 4 5 6 7

Muy a menudo Rara vez o nunca

10. Muchas personas, hasta los que tienen un carácter fuerte, se sienten a veces como unos desgraciados. ¿Cuántas veces se ha sentido Vd. Así en su vida?

1 2 3 4 5 6 7

Nunca Muy a menudo

11. Cuando algo le ha pasado, al final ha visto Vd. que...

1 2 3 4 5 6 7

Le doy más importancia o Doy a las cosas la

Menos de la que en verdad tenía importancia justa

12. ¿Cuántas veces tiene la impresión de que las cosas que hace todos los días significan muy poco o tienen poca importancia?

1 2 3 4 5 6 7

Muy a menudo Rara vez o nunca

13. ¿Cuántas veces tiene la impresión de no estar seguro/a de poder controlarse?

1 2 3 4 5 6 7

Muy a menudo Rara vez o nunca

Test de Optimismo LOT-R

A continuación hay una serie de preguntas, cada pregunta tiene 5 respuestas posibles. Por Favor, marque el número que mejor exprese su respuesta. Los números 1 y 5 indican las respuestas extremas. Si respuesta coincide plenamente con el enunciado rodee el 5, si su respuesta es totalmente opuesta al enunciado rodee el 1. Si su parecer es diferente, rodee el número que mejor encaje con su idea de la pregunta. Por favor, dé sólo una respuesta por cada pregunta.

1. En tiempos difíciles, suelo esperar lo mejor

1 2 3 4 5

2. Me resulta fácil relajarme

1 2 3 4 5

3. Si algo malo me tiene que pasar, estoy seguro de que me pasará

1 2 3 4 5

4. Siempre soy optimista en cuanto al futuro

1 2 3 4 5

5. Disfruto un montón de mis amistades

1 2 3 4 5

6. Para mi es importante estar siempre ocupado

1 2 3 4 5

7. Rara vez espero que las cosas salgan a mi manera

1 2 3 4 5

8. No me disgusto fácilmente

1 2 3 4 5

9. Casi nunca cuento con que me sucedan cosas buenas

1 2 3 4 5

10. En general, espero que me ocurran más cosas buenas que malas

1 2 3 4 5

Cuestionario de Salud: EQ-5D-5L

Debajo de cada enunciado, marque UNA casilla, la que mejor describe su salud HOY.

MOVILIDAD

- No tengo problemas para caminar
- Tengo problemas leves para caminar
- Tengo problemas moderados para caminar
- Tengo problemas graves para caminar
- No puedo caminar

AUTO-CUIDADO

- No tengo problemas para lavarme o vestirme
- Tengo problemas leves para lavarme o vestirme
- Tengo problemas moderados para lavarme o vestirme
- Tengo problemas graves para lavarme o vestirme
- No puedo lavarme o vestirme

ACTIVIDADES COTIDIANAS (*Ej.: trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre*)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo problemas leves para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo problemas moderados para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo problemas graves para realizar mis actividades cotidianas
- No puedo realizar mis actividades cotidianas

DOLOR / MALESTAR

No tengo dolor ni malestar

Tengo dolor o malestar leve

Tengo dolor o malestar moderado

Tengo dolor o malestar fuerte

Tengo dolor o malestar extremo

ANSIEDAD / DEPRESIÓN

No estoy ansioso ni deprimido

Estoy levemente ansioso o deprimido

Estoy moderadamente ansioso o deprimido

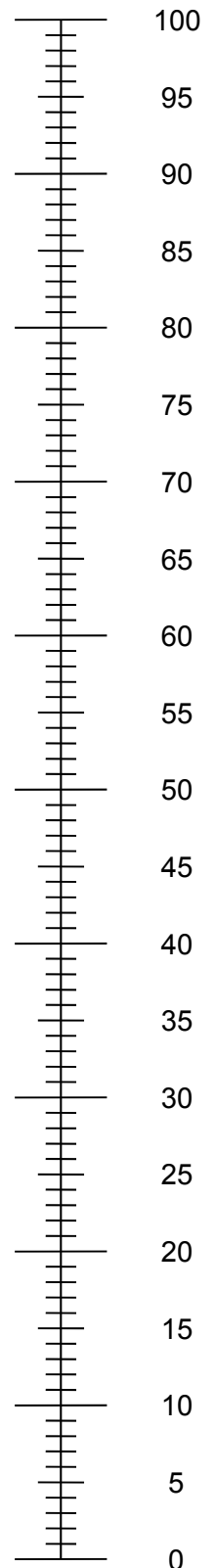
Estoy muy ansioso o deprimido

Estoy extremadamente ansioso o deprimido

La mejor salud que usted se pueda imaginar

- Nos gustaría conocer lo buena o mala que es su salud HOY.
- La escala está numerada del 0 al 100.
- 100 representa la mejor salud que usted se pueda imaginar.
- 0 representa la peor salud que usted se pueda imaginar.
- Marque con una X en la escala para indicar cuál es su estado de salud HOY.
- Ahora, en la casilla que encontrará a continuación escriba el número que ha marcado en la escala.

SU SALUD HOY =



La peor salud que usted se pueda imaginar

Cuestionario MBI-Maslach

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

0= NUNCA. 1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS. 2= UNA VEZ AL MES O MENOS.

3= UNAS POCAS VECES AL MES. 4= UNA VEZ A LA SEMANA. 5= POCAS VECES A LA SEMANA.

6= TODOS LOS DÍAS.

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo _____
2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío _____
3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado _____
4. Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes _____
5. Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales _____
6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa _____
7. Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes _____
8. Siento que mi trabajo me está desgastando _____
9. Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo _____
10. Siento que me he hecho más duro con la gente _____
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente _____
12. Me siento con mucha energía en mi trabajo _____
13. Me siento frustrado en mi trabajo _____
14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo _____
15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes _____
16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa _____
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes _____
18. Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes _____
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo _____
20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades _____
21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada _____
22. Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas _____

Cuestionario UWES

Las siguientes preguntas se refieren a sentimientos de las personas en el trabajo. Por favor, lea cuidadosamente cada pregunta y decida si se ha sentido de esta forma. Si nunca se ha sentido así conteste 0 (cero), y en caso contrario indique cuántas veces se ha sentido así teniendo en cuenta el número que aparece en la siguiente escala de respuesta (de 1 a 6)

Nunca (ninguna vez) 0

Casi nunca (Pocas veces al año) 1

Algunas veces (Una vez al mes o menos) 2

Regularmente (Pocas veces al mes) 3

Bastantes veces (Una vez por semana) 4

Casi siempre (Pocas veces por semana) 5

Siempre (Todos los días) 6

1. _____ **En mi trabajo me siento lleno de energía**
2. _____ **Mi trabajo tiene sentido y propósito**
3. _____ **El tiempo vuela cuando estoy trabajando**
4. _____ **Soy fuerte y vigoroso en mi trabajo**
5. _____ **Estoy entusiasmado con mi trabajo**
6. _____ **Cuando estoy trabajando olvido todo lo que pasa alrededor de mí**
7. _____ **Mi trabajo me inspira**
8. _____ **Cuando me levanto por las mañanas tengo ganas de ir a trabajar**
9. _____ **Soy feliz cuando estoy absorto en mi trabajo**
10. _____ **Estoy orgullosos del trabajo que hago**
11. _____ **Estoy inmerso en mi trabajo**
12. _____ **Puedo continuar trabajando durante largos períodos de tiempo**
13. _____ **Mi trabajo es retador**
14. _____ **Me dejo llevar por mi trabajo**
15. _____ **Soy muy persistente en mi trabajo**
16. _____ **Me es difícil desconectar del trabajo**
17. _____ **Incluso cuando las cosas no van bien, continúo trabajando**

Anexo II: Proyecto presentado a los centros sociosanitarios

El Sentido de coherencia y el Compromiso laboral de las enfermeras en el ámbito sociosanitario

Proyecto de Tesis doctoral de M^aCarmen Malagón Aguilera

Directoras de Tesis: Dra. Dolors Juvinyà Canal y Dra. Rosa Suñer Soler

Programa de doctorado “Biología molecular, biomedicina y salud”.Universitat de Girona

Introducción

Las bases teóricas de esta investigación se encuentran en la Promoción de la Salud, el modelo de salutogénesis y la Psicología positiva, como exponemos resumidamente a continuación.

El planteamiento del modelo de salutogénesis encaja en el marco de la Promoción de la Salud y sus objetivos son comunes. La Promoción de la Salud defiende la visión del concepto salud, des de una visión positiva que entiende la salud como una riqueza de la vida no como un objetivo a conseguir.

En este sentido la Salutogénesis basa su modelo en esta propuesta de concepto de salud en positivo. Este enfoque pretende suministrar el conocimiento necesario a las personas, empoderándolas, para que sean capaces de mantener su salud en buen estado. Antonovsky formuló el modelo de Salutogénesis, en su investigación, estudió y analizó qué genera salud en las personas. El autor explicó el porqué existen personas que en situaciones extremas gocen de un buen estado de salud emocional, mediante el concepto Sentido de coherencia, proponiendo un instrumento para medir este constructo en la práctica. Las personas con un SOC elevado tienen mayor capacidad para evitar las situaciones de peligro, son más propensas a incorporar las conductas promotoras de la salud y rechazar las perjudiciales. Existe evidencia que relaciona el SOC con el desgaste profesional y el estado de salud percibida entre otras múltiples cuestiones como la recuperación de estados depresivos, la calidad de vida, el bienestar y salud.

El trabajo es una actividad que se refleja y afecta muchos aspectos de la conducta humana y proporciona a la persona el sentimiento de pertenencia a un sector de la sociedad que se considera importante, necesario y valioso. Para una persona trabajar significa tener un propósito, expresarse y sentirse satisfecho de contribuir a la sociedad. Proyecto de investigación “El sentido de coherencia y el entusiasmo laboral de las enfermeras. La corriente de Psicología positiva, profundiza en el concepto del Entusiasmo en el trabajo. Dicho constructo es definido como un estado psicológico positivo que se caracteriza por disfrutar de altos niveles de energía y vigor, dedicación y entusiasmo por el trabajo, así como total absorción y concentración en la actividad laboral.

El estudio empírico del Compromiso *en el trabajo* viene precedido por el estudio del Burnout o síndrome de desgaste profesional definido como un estado mental persistente, negativo, relacionado con el trabajo en personas normales que se caracteriza principalmente por agotamiento emocional, que se acompaña de malestar, un sentimiento de reducida competencia y motivación y el desarrollo de actitudes disfuncionales en el trabajo.

Otra variable estudiada desde la perspectiva de la psicología positiva que parece afectar a la salud de las personas es el optimismo disposicional. La relación entre la personalidad de los individuos y su salud ha tomado fuerza en los últimos años. El optimismo parece jugar un papel importante en el uso de conductas de afrontamiento adaptativas y parece funcionar como predictor de la enfermedad, tanto psicológica como física.

El colectivo enfermero es uno de los sometidos a más factores estresantes y por tanto un colectivo apropiado para el estudio del SOC. Desde el marco de la salutogénesis y la perspectiva de la psicología positiva, nos proponemos estudiar los diferentes constructos citados y sus relaciones entre sí, con el objetivo de conocer el SOC en los profesionales de enfermería y los constructos asociados a niveles bajos o elevados del SOC, aspectos no estudiados en nuestro contexto. Profundizar en este conocimiento conducirá a una mayor comprensión de los fenómenos relacionados con la salud en el trabajo que permitirán potenciar programas de prevención y de capacitación de los profesionales enfermeros para optimizar su salud.

Las organizaciones sanitarias, necesitan profesionales enfermeros motivados y con un buen estado de salud físico y psicológico que aseguren la calidad asistencial en un contexto de cambio continuo. Consideramos que si somos capaces de identificar qué mecanismos utilizan las personas con un SOC elevado, su relación con la percepción de salud, el optimismo disposicional y que factores influyen en su funcionamiento, conseguiremos mejorar y desarrollar este constructo y de esta manera contribuiremos a que las personas Proyecto de investigación “El sentido de coherencia y el entusiasmo laboral de las enfermeras” sean más capaces de mantener y controlar su salud promoviendo el entusiasmo en su trabajo, desde una perspectiva Salutogénica en el marco de la Promoción de la Salud.

Desarrollo de la investigación

Los centros asistenciales son:

1. Girona ciudad: Parc Hospitalari Martí i Julià, Residència geriàtrica Puig d'en Roca, Residència de Palau, Mutuam, Residència geriàtrica Maria Gay.
3. Lloret: Hospital Municipal de Lloret de Mar
4. Blanes: Hospital Sant Jaume de Blanes
5. Palamós: Hospital de Palamós-Gent Gran
6. Figueres: Centre Bernat Jaume
7. Olot: HOSPITAL Sant Jaume
8. Campdevanol: Hospital de Campdevàrol
9. Banyoles: Clínica Salus Informorum

Se incluirán todos los profesionales enfermeros que realizan su actividad laboral en los centros de asistencia sociosanitaria en la provincia de Girona, independientemente de su contrato laboral

La recogida de datos se realizará mediante un cuaderno de recogida de datos que contiene 6 cuestionarios auto administrados que son:

1. Cuestionario de datos socio demográficos
2. Cuestionario SOC-13
3. EQ-5D-5L de Salud percibida
4. Cuestionario LOT-R de optimismo disposicional
5. Cuestionario MBI-Maslach
6. Cuestionario UWES (Utrecht Work Engagement Survey)

Dichos cuestionarios se proporcionarán a las personas escogidas de forma presencial y en soporte en papel. Cada sobre tendrá una hoja de información para el participante solicitando su colaboración y el cuaderno de recogida de datos. Se asegurará la voluntariedad de la participación y el anonimato. A su vez, se explicará que el estudio forma parte del proyecto de una tesis doctoral. Las respuestas se recogerán en puestos correctamente identificados en la unidad del profesional durante la primera semana post-entrega.

Consideraciones éticas y confidencialidad de los datos

Este estudio se realizará de acuerdo con la Declaración de Helsinki y las normas de Buena Práctica Clínica.

La información personal obtenida respetará en todo momento la Ley Orgánica Protección de Datos 15/1999 preservándose en todo momento el anonimato de los encuestados.

A todos los participantes se les entregará una hoja de información del estudio para informarles que la información personal que se obtenga solamente será utilizada para esta investigación y garantizándoles que pueden abandonar el estudio en cualquier momento.

Anexo III : Documento de información al participante



Universitat de Girona

DOCUMENT D'INFORMACIÓ AL PARTICIPANT

TÍTOL DE L'ESTUDI: El sentido de coherencia y el entusiasmo laboral de las enfermeras

INVESTIGADORA PRINCIPAL: Sra. M^aCarmen Malagón Aguilera

CENTRES: centres sociosanitaris de la província de Girona

INTRODUCCIÓ:

Ens dirigim a vostè per informar-lo sobre un estudi d'investigació en el que se'l convida a participar, té com a objectius:

1. Descriure i relacionar el Sentit de Coherència (SOC), la salut percebuda, l'optimisme disposicional, l'entusiasme en el treball i el burnout professional del col·lectiu de professionals infermers dels centres sociosanitaris de Girona.
2. Comparar el Sentit de Coherència (SOC), la salut percebuda, l'optimisme disposicional, l'entusiasme en el treball i el burnout professional basal i al cap d'un any del col·lectiu de professionals infermers dels centres sociosanitaris de Girona .

El Sentit de Coherència és el constructe principal del model salutogènic de salut que promociona tots aquells aspectes que són generadors de salut, per mantenir-la i augmentar-la. Formulats per Aaron Antonovsky, el Sentit de Coherència és la capacitat de la persona per comprendre, manejar i donar significat als fets estressants als que està sotmesa i d'aquesta manera aconseguir benestar i qualitat de vida.

PARTICIPACIÓ VOLUNTÀRIA

Cal que sàpiga que la seva participació en aquest estudi és voluntària i que pot decidir no participar o canviar la seva decisió i retirar-se en qualsevol moment.

DISSENY GENERAL DE L'ESTUDI

Per realitzar aquest estudi d'investigació es realitzarà una recollida de dades sociodemogràfiques i se li demanarà de complimentar els següents qüestionaris:

SOC-13, EQ-5D-5L de Salut percebuda, LOT-R d'optimisme disposicional, MBI-Maslach i UWES (Utrecht Work Engagement Survey):

L'estudi s'iniciarà al Maig de 2013 i s'obtindran els resultats el juliol de 2015.

La seva col·laboració en l'estudi consistirà en complimentar aquests qüestionaris 2 vegades, ara i al cap d'un any. Amb la finalitat de poder contactar amb vostè per la segona recollida de dades d'aquí un any, li prego em faciliti la seva direcció d'email o telèfon mòbil

BENEFICIS I RISCOS DERIVATS DE LA SEVA PARTICIPACIÓ EN L'ESTUDI

Vostè no obtindrà cap perjudici per participar en aquest estudi. Tampoc rebrà cap compensació econòmica. Com a investigadora principal em comprometo a facilitar-li els resultats si són del seu interès.

CONFIDENCIALITAT

Aquest estudi es realitzarà segons la Declaració de Helsinki i les normes de Bona Pràctica Clínica.

El tractament, la comunicació i la cessió de les dades de caràcter personal de tots els participants en l'estudi es realitzarà segons allò establert a la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre de protecció de dades de caràcter personal.

Les dades recollides per l'estudi estaran encriptades per un codi i només els investigadors de l'estudi podran relacionar aquestes dades amb vostè.

Si vostè té algun dubte i/o qüestió relacionada amb l'estudi pot contactar amb:

Sra. M^o Carmen Malagón Aguilera carme.malagon@udg.edu

Anexo IV: Carta de aprobació del Comitè de Ètica Investigació Clínica



Hospital Universitari de Girona
Doctor Josep Trueta

Avinguda de França s/n
17007 Girona
Telèfon 972 940 200
www.gencat.net/ics/trueta

Marta Riera Juncà, Secretària del Comitè Ètic d' Investigació Clínica de l'Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta, amb domicili a Av. de França s/n 17007 Girona


CERTIFICA:

Que el Comitè Ètic d' Investigació Clínica de l'Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta, segons consta en l'acta de la reunió celebrada el dia 26/11/2012 ha avaluat el projecte següent:

Tesis Doctoral: "**El Sentido de coherencia y el entusiasmo laboral de las enfermeras**", amb la Sra. Carme Malagon Rivera, com a investigadora principal.

Que el document s'ajusta a les normes ètiques essencials i per tant, ha decidit la seva aprovació.

I, perquè consti, expedeixo aquest certificat.

 Hospital Universitari de Girona
Doctor Josep Trueta
Comitè Ètic
d'Investigació Clínica

Institut Català de la Salut

Girona, 11 de desembre de 2012

