

MÁSTER EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

TRABAJO FIN DE MÁSTER: PROMOCIÓN DE LA SALUD EN PROFESIONALES DE SALUD MENTAL: UN ESTUDIO DE VIOLENCIA LABORAL EN LA REGIÓN DE MURCIA



CURSO ACADÉMICO: 2016/2017

ESPECIALIDAD: Psicología Aplicada

MODALIDAD: Proyecto de investigación, transversal analítico

AUTOR: Ana Isabel López García

TUTOR: Gema Cano de la Casa

FECHA DE ENTREGA: 30/06/2017

ÍNDICE

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

2. JUSTIFICACIÓN

3. OBJETIVOS

4. MATERIAL Y MÉTODO

3.1. DISEÑO

3.2. MUESTRA

3.3. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES E INSTRUMENTACIÓN

3.4. METODOLOGÍA DEL PROCESO DE RECOGIDA DE DATOS

3.5. ANÁLISIS DE DATOS

3.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

3.7. CONFLICTOS DE INTERESES

3.8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

3.9. PERMISOS Y AUTORIZACIONES

4. PLAN DE TRABAJO

CAPITULO II

5. ANÁLISIS DE LOS DATOS SUBESCALA BURNOUT

6. RESULTADOS DE LA SUBESCALA DE BURNOUT

CAPITULO III

7. CONCLUSIONES DE LA SUBESCALA DE BURNOUT

CAPITULO IV

8. ANÁLISIS DE LOS DATOS SUBESCALA SATISFACCIÓN LABORAL

9. RESULTADOS DE LA SUBESCALA DE SATISFACCIÓN LABORAL

CAPITULO V

10. CONCLUSIONES DE LA SUBESCALA SATISFACCIÓN LABORAL

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

12. ANEXOS

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

La salud y la seguridad en el trabajo son un pilar de toda política social y un componente esencial de la estrategia de promoción de un entorno laboral saludable promocionado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Por ello, se hace necesario desarrollar un enfoque global e integrado de la salud y la seguridad en el ambiente laboral que aborde los nuevos riesgos emergentes (1).

Aunque ningún sector laboral está exento de violencia, algunos grupos corren mayor riesgo de sufrirla que otros (2).

El riesgo de violencia presenta una especial importancia entre los trabajadores dedicados al sector servicios, ya que éstos tienen una mayor probabilidad de sufrir agresiones o actos de violencia por parte de los usuarios y clientes, debido al estrecho contacto que mantienen con ellos (2).

Se estima que la violencia laboral puede afectar a más de la mitad de los trabajadores del sector de la salud y los responsables de esta violencia son generalmente pacientes y visitantes (2).

Tal es la importancia de este fenómeno que organismos internacionales han tenido que acordar el abordaje de esta problemática. Para ello, la OIT, el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional de Servicios Públicos (OISP) elaboraron un Programa destinado al sector salud y como resultado de ello, se creó una guía para conseguir instituciones sanitarias libres de violencia (2).

Dentro de este programa se define la violencia laboral como “incidentes en los que el personal sufre abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo –incluidos los trayectos de ida y vuelta al mismo- que pongan en peligro, implícita o explícitamente, su seguridad, su bienestar o su salud”. Según la forma de manifestarse, esta violencia se clasifica en violencia psicológica y violencia física. Se entiende por violencia física “el empleo de la fuerza física contra una persona o grupo, que produce daños físicos, sexuales o psicológicos, incluyendo las palizas, patadas, bofetadas, puñaladas, tiros, empujones, mordiscos y pellizcos”. Y por violencia psicológica, “el uso

deliberado del poder o amenazas al recurso de la fuerza física, contra una persona o grupo, que pueden dañar su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social. Comprende el abuso verbal, la intimidación, el atropello, el acoso y las amenazas”. Es importante diferenciar los tipos de violencia, pues casi todos los profesionales están expuestos a insultos, pero la distribución no es igual en cuanto a agresiones físicas y tampoco en cuanto al comportamiento amenazante (3,4).

La importancia del estudio de este fenómeno no sólo radica en la frecuencia con la que se presenta, sino también en la gravedad de las posibles consecuencias que pueden derivarse de él. El impacto en la salud del trabajador va a depender del tipo y la frecuencia de la conducta agresiva y puede tener consecuencias personales y organizacionales (5). Entre las consecuencias individuales destacan un peor bienestar psicológico, un aumento de los niveles de síntomas depresivos y/o de la ansiedad, patologías psiquiátricas, ...etc. Una alta frecuencia de exposición a agresiones de tipo verbal contribuye a la insatisfacción en el trabajo, lo que lleva al agotamiento y el aumento de la tensión de trabajo. Las consecuencias negativas en la productividad, el aumento de la tasa de accidentes, mayores tasas de baja por enfermedad y absentismo, el riesgo de desempleo y jubilación anticipada son también consecuencias organizativas de la violencia (5).

El Instituto de Seguridad y Salud laboral de la Región de Murcia realizó en 2010 la II Encuesta regional de condiciones de trabajo para conocer las circunstancias en las que desarrollan su actividad profesional los trabajadores de la Región obteniendo como resultados que las mujeres manifestaron haber sido con más frecuencia objeto de algún tipo de conducta violenta y fue el sector de la salud uno de los que presentaba mayor porcentaje de trabajadores que afirman haber sufrido conductas de tipo violento.(6)

Resulta complicado dar una cifra sobre la incidencia y/o prevalencia de los actos violentos en el ámbito sanitario, ya que existe una gran variabilidad de los datos debido a las diferentes metodologías empleadas y a la diversidad de instrumentos y criterios de evaluación utilizados en los estudios.

Por otra parte, la consideración de las agresiones a los profesionales sanitarios como problema y como una cuestión urgente a resolver es relativamente reciente, por lo que las investigaciones realizadas son escasas. Ello nos ha llevado a plantear como objetivo de este proyecto conocer la incidencia de la violencia en los profesionales de enfermería

especialistas en salud mental y detectar aquellas características sociodemográficas y sociolaborales de estos profesionales, asociadas a una mayor exposición a la violencia laboral de usuarios, así como sus consecuencias para la salud.

La identificación de las manifestaciones y la intensidad de violencia permitirán poder formar de manera más específica al enfermero especialista en salud mental, con el fin de proporcionar mejores estrategias de prevención, intervención y servicios de apoyo para modificar y adaptar el entorno laboral y así conseguir un lugar de trabajo libre de violencia.

2. JUSTIFICACIÓN

Una de las razones por las cuales se hace necesario el estudio del fenómeno de la violencia sufrida por los enfermeros especialistas pertenecientes a la Región de Murcia son las alteraciones que puede llegar a causar en el estado de salud del trabajador, lo cual va a influir directamente en la capacidad de producción de éste.

Existe también un creciente reconocimiento de que la violencia en el trabajo va destruyendo la funcionalidad del lugar de trabajo, y toda acción tomada contra esa violencia es una parte integral del desarrollo organizacional de una empresa saludable.

Cabe destacar la importancia de tomar acciones preventivas, pero, previamente, es necesario conocer las características propias de cada entorno laboral. Por tanto, nuestra propuesta es eminentemente aplicada pues creemos necesaria la realización de esta investigación ya que nos ayudará a conocer con mayor precisión el fenómeno de la violencia en el ámbito sanitario de la Región de Murcia.

La identificación de las manifestaciones y la intensidad de violencia permitirán poder formar de manera más específica al enfermero especialista en salud mental, con el fin de proporcionar mejores estrategias de prevención, intervención y servicios de apoyo para modificar y adaptar el entorno laboral y así, conseguir un lugar de trabajo libre de violencia.

3. OBJETIVOS

HIPÓTESIS

Teniendo en cuenta que nuestras hipótesis son que los profesionales de la red de salud mental de la Región de Murcia están expuestos a un nivel elevado de violencia por parte de los usuarios y que la violencia a la que se ven expuestos estos profesionales por parte de los usuarios repercute negativamente sobre su salud; los objetivos que nos planteamos son:

OBJETIVO 1. Estudiar en profesionales de la red de salud mental de la Región de Murcia la exposición anual a conductas hostiles por parte de usuarios.

OBJETIVO 2. Conocer qué características sociodemográficas y sociolaborales de los profesionales de la red de salud mental de la Región de Murcia se relacionan con un mayor riesgo de exposición a conductas hostiles de los usuarios.

OBJETIVO 3. Determinar si hay relación entre la exposición a conductas hostiles de los usuarios y la aparición de consecuencias para la salud en profesionales de la red de salud mental.

3. MATERIAL Y MÉTODO

3.1. DISEÑO

Transversal analítico

Para la elaboración del diseño de este proyecto se ha utilizado la guía de comprobación STROBE para estudios observacionales. (5)

3.2. MUESTRA

La población de estudio estará formada por las profesionales de la red de salud mental que realicen sus funciones en los diferentes hospitales y centros de atención primaria de la Región de Murcia. Partiendo del universo de profesionales especialistas en salud mental, se realizará un muestreo intencional con el fin de obtener una muestra lo

más amplia posible para garantizar la validez y fiabilidad de la evaluación realizada.

- Criterios de inclusión

- A) Ejercer la profesión en la red de salud mental en la Región de Murcia.
- B) Poseer una experiencia profesional en dichos servicios de, al menos, los últimos 6 meses.
- C) Aceptar participar en el estudio.

- Criterios de exclusión

- A) Negativa a participar en el estudio.
- B) Experiencia profesional en la unidad inferior a 6 meses.
- C) Profesionales en tratamiento psiquiátrico o psicológico.

- Tamaño muestral

Para la selección de la muestra, en primer lugar, se seleccionarán los Centros de Salud Mental y hospitales utilizando un muestreo por conglomerados bietápico (con un nivel de confianza del 95% y un error del 3%). Una vez identificados los centros de la red (conglomerados) que participaran en el estudio, se seleccionará, de manera aleatoria de cada uno de ellos, al 50% de los profesionales que ejercen su labor en el centro para que pasen a formar parte de la muestra de estudio.

A continuación, estimamos el tamaño de nuestra muestra;

ESTIMAR UNA PROPORCIÓN

Total de la población (N) <small>(Si la población es infinita, dejar la casilla en blanco)</small>	200
Nivel de confianza o seguridad (1-α)	95%
Precisión (d)	3%

Proporción (valor aproximado del parámetro que queremos medir) (Si no tenemos dicha información $p=0.5$ que maximiza el tamaño muestral)	5%
--	----

TAMAÑO MUESTRAL (n)	101
----------------------------	-----

EL TAMAÑO MUESTRAL AJUSTADO A PÉRDIDAS

Proporción esperada de pérdidas (R)	15%
--	-----

MUESTRA AJUSTADA A LAS PÉRDIDAS	119
--	-----

3.3. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES E INSTRUMENTACIÓN

Se pretende medir las manifestaciones de “violencia física” y “violencia no física” procedentes de los usuarios hacia los profesionales de enfermería especialistas en salud mental.

Además, junto al cuestionario de conductas hostiles (conductas violentas de baja intensidad de tipo físico y no físico), se registrarán una serie de datos sociodemográficos y laborales del trabajador tales como: profesión, antigüedad en el puesto, antigüedad en la profesión, tipo de contrato, turno, ... así como variables moduladoras y de consecuencias para la salud. (Anexo 1)

Se ha elaborado un instrumento compuesto por 6 cuestionarios autoadministrados con la finalidad de poder evaluar cada una de las variables que forman parte del estudio (Anexo 1).

Variable dependiente:

- Violencia laboral: se medirá tanto la violencia física como la no física utilizando la escala Hospital Aggressive Behaviour Scale (HABS) (6).

Variables independientes

- Burnout: para medir el posible desequilibrio existente entre las demandas del entorno y las capacidades para hacer frente a ellas, se utilizará el cuestionario MBI-GS [Maslach Burnout Inventory – General Survey] (7), con la adaptación española de Salanova (8),

formada por 16 ítems que valoran 3 dimensiones: agotamiento emocional, eficacia profesional y cinismo.

- Bienestar psicológico: para medir esta variable se utilizará el Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-28 (9), según adaptación española de Lobo (10), compuesto por 28 ítems distribuidos en 4 subescalas: escala de síntomas somáticos de origen psicológico, de angustia/insomnio, de disfunción social y de sintomatología depresiva.

Variables moduladoras:

- Satisfacción laboral: se utilizará el cuestionario de Satisfacción laboral global de Warr (11), adaptado al español por Pérez e Hidalgo (12), formado por 15 ítems divididos en 2 subescalas: satisfacción intrínseca y satisfacción extrínseca.

- Resiliencia: para medir la capacidad de lidiar con el estrés y la adversidad que presenta el participante se utilizará la Escala de Resiliencia CD-RISC (13) compuesta por 13 ítems.

3.4. METODOLOGÍA DEL PROCESO DE RECOGIDA DE DATOS

En primer lugar, se solicitará el visto bueno de la Comisión de Ética de Investigación de la Universidad de Murcia. (Anexo 2)

Para la recogida de la muestra se partirá del censo de profesionales de la red de salud mental en las distintas áreas de salud dependientes del Servicio Murciano de Salud.

En primer lugar, nos pondremos en contacto por carta o telefónicamente con los coordinadores de cada área/centro para informarles de nuestro proyecto e invitarles a ser partícipes en él. (Anexo 2)

Una vez que acepten participar, convocaremos reuniones para explicarles el proyecto y nuestra finalidad y a su vez, repartir el protocolo de investigación.

El trabajador recibirá una encuesta autoaplicada, individual y anónima, en un sobre donde deberá guardarla tras contestarla. El sobre, codificado, se devolverá cerrado a una persona responsable de la recogida de protocolos. Los sobres serán abiertos por los miembros del equipo de investigación los cuales les asignarán un código a efectos del análisis de datos.

En el anexo 3 se muestra la metodología del estudio.

3.5. ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis de los datos utilizaremos el paquete estadístico SPSS versión 15. El procedimiento consistirá en:

Realizar en primer lugar, un análisis de frecuencias absolutas y porcentajes de variables sociodemográficas y sociolaborales, cálculo de medias, desviaciones típicas y análisis factorial.

A continuación determinaremos la fiabilidad de la escala y sus subescalas mediante el alfa de Cronbach.

Para determinar las asociaciones entre las variables, se realizarán los siguientes análisis:

- Análisis de la asociación entre las variables sociodemográficas y sociolaborales determinando su correlación mediante Chi cuadrado de Pearson para las variables cualitativas.
- Análisis de la asociación entre las variables cuantitativas determinando su correlación mediante la prueba “T” de Student o ANOVA, según corresponda.
- Análisis de conglomerados Cluster, mediante la prueba post hoc “T” de Tukey de comparaciones múltiples, para conocer de forma descriptiva los grupos o agrupaciones homogéneas existentes entre los componentes de la muestra y las variables cualitativas y cuantitativas.

3.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se solicitará el visto bueno de la Comisión de Ética de Investigación de la Universidad de Murcia. Los participantes tendrán en todo momento garantizados sus derechos de acuerdo con Principios Éticos y Código de Conducta de los Estudios Psicológicos (APA, 2002, 2010).

Al tratarse de un estudio con seres humanos, indicamos que los procedimientos empleados respetarán los criterios éticos de la Declaración de Helsinki de 1975, enmendada en 1983.

Siguiendo la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, todas las partes implicadas en el estudio tendrán en el tratamiento de los datos, una garantía de estricta confidencialidad, de forma que no se viole la intimidad personal de los sujetos participantes en el estudio.

Así mismo, cabe resaltar que las actividades desarrolladas serán fieles al Código Deontológico de las distintas especialidades.

En el anexo 2 se muestra la carta para el comité de ética.

3.7. CONFLICTO DE INTERÉS

El investigador declara no tener conflictos de intereses en el presente estudio.

3.8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Las dificultades de acceso a la población objeto de estudio y las limitaciones de presupuesto económico nos llevan a optar por un muestreo incidental lo que puede influir sobre la representatividad de la muestra. Esta limitación se intentará compensar dando instrucciones de aleatorización de la recogida de la muestra en los centros participantes.

Al tratarse de un estudio basado en el uso de autoinformes tiene las limitaciones habituales de este procedimiento (subjetividad, problemas de sinceridad, etc.). Este aspecto se intenta superar insistiendo en la confidencialidad y la voluntariedad de la participación en el estudio.

Debido al tipo de estudio, no se puede determinar relaciones de causa-efecto entre las variables, sólo asociaciones entre ellas.

3.9. PERMISOS Y AUTORIZACIONES

Será necesaria la autorización de:

- La Dirección de los diferentes centros integrados dentro de la red y el Comité de Ética de la institución (Anexo 2).
- Los pacientes participantes en el estudio, a través de una hoja informativa del estudio (Anexo 4) y del consentimiento informado (Anexo 5).

4. PLAN DE TRABAJO

El estudio, como queda reflejado en cronograma (Anexo 6) se estructurará en las siguientes fases que se desarrollarán sucesivamente, además también se describe la temporización del estudio (Anexo 7):

1) Fase; Notificación del estudio.

Su duración será de un mes, durante el cual se realizarán los trámites iniciales para la puesta en marcha del estudio:

- Autorización por escrito a las Direcciones de los distintos Centros para llevarlo a cabo. (Anexo 2)
- Comunicación del estudio al Comité Ético de Investigación Clínica.
- Contacto con los profesionales, solicitud de colaboración para la realización del estudio.

2) Fase; Presentación en los diferentes centros de la red.

Su duración será de tres meses, durante los cuales;

- Entrega de la hoja de información y consentimiento informado a los profesionales (Anexo 4 y 5)
- Entrega de los cuestionarios en los distintos centros. (Anexo 1)

3) Fase; Recogida.

Su duración será de cuatro meses.

- Recogida de los cuestionarios en los distintos centros de la Región de Murcia.

4) Fase; Análisis estadístico de los resultados.

Tendrá una duración de un mes donde se procederá al análisis estadístico de los datos.

5) Fase; Elaboración de informes.

Tendrá una duración de dos meses, en los cuales:

- Elaboración de informes de los resultados obtenidos.
- Remisión de estos a los centros que hayan participado en el estudio y al Observatorio de Riesgos Laborales de la Región de Murcia.

6) Fase; Publicación de los resultados.

Tendrá una duración de dos meses.

- Publicación de los resultados y conclusiones del estudio.

En total la duración de dicho estudio será aproximadamente de un año.



CAPITULO II**5. ANÁLISIS DE LOS DATOS SUBESCALA BURNOUT**

Debido a la amplitud del estudio y del protocolo que hemos utilizado en él, para la discusión de los resultados nos vamos a centrar en la población de Cartagena donde ha tenido lugar la primera fase de recogida de nuestro estudio.

Así para analizar los datos hemos seleccionado el cuestionario de burnout.

La población de este estudio está compuesta por 87 profesionales de salud mental del área de Cartagena, que se distribuyen según en el centro en que trabajan en tres áreas:

CSM CARTAGENA	32	36,78%
REHABILITACIÓN CARTAGENA	14	16,09%
HOSPITAL CARTAGENA	41	47,13%
Total	N= 87	100%

Atendiendo a las variables sociodemográficas consideradas, la composición de la muestra presenta las siguientes características:

1. Género: los participantes del estudio fueron 28,9% hombres (n=24) y 71,7% mujeres (n=59).
2. Nacionalidad: 98,8 % tiene nacionalidad española, solo una persona tiene nacionalidad comunitaria.
3. Estado civil: 22,9% soltero/as (n =19), 69,8% parejas de hecho y casados (n= 58), 7,2% divorciado/a, separados y viudos (n=6).
4. Edad: la media de edad de los participantes en el estudio ha sido de 40,41 años.

Los instrumentos que se han utilizado han sido, en primer lugar, un cuestionario de datos sociodemográficos y sociolaborales diseñado ad-hoc (adjunto en el Anexo X), que recoge información sobre las siguientes variables (año de nacimiento, sexo, nacionalidad, situación personal, profesión, antigüedad en el puesto y en la profesión, tipo de contrato...).

Además, se ha elaborado un instrumento compuesto por 6 cuestionarios autoadministrados, con lo que se miden seis variables diferentes. A parte del Burnout, se mide la violencia laboral, el bienestar psicológico, la satisfacción laboral y la resiliencia.

Como hemos citado anteriormente, concretamente en el presente estudio nos centramos en la variable burnout, con lo que para medir el posible desequilibrio existente entre las demandas del entorno y las capacidades para hacer frente a ellas, se utilizará el cuestionario MBI-GS [Maslach Burnout Inventory – General Survey] (8), con la adaptación española de Salanova (10), formada por 16 ítems que valoran 3 dimensiones: agotamiento emocional, eficacia profesional y cinismo.

De todos los cuestionarios recibidos (n= 87), se han excluido 1 caso, lo que corresponde a un 1,15%. El motivo de la exclusión se debió a una incorrecta cumplimentación. La muestra representa un 50% de los profesionales de la red de salud mental del área de Cartagena.

		N	%
Casos	Válidos	87	98,85
	Excluidos	1	1,15
	Total	86	100,0

El cuestionario utilizado (MBI-GS) presenta una fiabilidad de $\alpha=0,818$. La correlación que existe entre cada uno de los ítems y la puntuación total de la escala oscila entre 0,189 y 0,677.

En la adaptación al castellano del MBI-GS se observan tres subescalas:

- Agotamiento emocional: esta subescala tiene 5 ítems (1, 2, 3, 4 y 6). La fiabilidad que presenta nuestra muestra en dicha subescala es de $\alpha= 0, 858$. La correlación que existe entre los ítems y la puntuación total de la escala oscila entre 0,588 y 0,764.
- Eficacia profesional: esta subescala tiene 6 ítems (5, 7, 10, 11, 12 y 16). La fiabilidad que presenta nuestra muestra en dicha subescala es de $\alpha= 0, 716$. La correlación que existe entre los ítems y la puntuación total de la escala oscila entre 0,322 y 0,543.

- **Cinismo:** esta subescala tiene 5 ítems (8 ,9 ,13 ,14 y 15). La fiabilidad es de $\alpha=0,689$. La correlación que existe entre los ítems y la puntuación total de la escala oscila entre 0,165 y 0,612.

6. RESULTADOS SUBESCALA DE BURNOUT

En nuestra muestra encontramos los siguientes porcentajes de las subescalas del burnout:

<i>Agotamiento emocional</i>	<i>Eficacia profesional</i>	<i>Cinismo</i>
Bajo: 20,9 %	Bajo: 11,6%	Bajo: 10,5%
Medio: 65,1%	Medio: 0%	Medio: 60,5%
Alto: 12,8%	Alto: 66,3%	Alto: 27,9%
Muy alto: 1,2%	Muy alto: 22,1%	Muy alto: 1,2%

Descripción de los datos sociolaborales:

1. **Profesión:** el 22,9% de la muestra corresponde a enfermería (n= 19), el 13,3% a auxiliares de enfermería (n=11), el 12,6% a psiquiatría (n=11), el 14,4% a psicología (n=12), el 3,6% a trabajo social (n=3), el 6% a terapia ocupacional (n=5), el 16,9% a celadores (n=14) y el 9,6% a administrativos (n=8).
2. **Tipo de contrato:** fijo (indefinido) 72,3% (n= 60) y temporal 27,7% (n=27).
3. **Otra actividad laboral fuera de su centro:** si 15,7% (n=13), no 84,3% (n=80).
4. **Actividades de formación continuada:** si 71,6% (n=58), no 28,4% (n=23).
5. **Haber estado de baja en los últimos doce meses:** si 22,9% (n=19), no 77,1% (n= 64). De los que han estado de baja el tipo de enfermedad ha sido: enfermedad común 77,8% (n=14), enfermedad profesional 22,2% (n=4). El Origen de la enfermedad ha sido físico en el 100% de los casos (n=18). El 16,7% (n=3) tuvieron recaídas y el 83,3% (n=15) no las tuvieron. En cuanto a la duración de las bajas, la media es de 31,08 días, la moda es de 16,7 días y la mediana es de 15,50 días.
6. **Antigüedad en el puesto actual:** La media es de 7,57 años, la mediana es de 5,25 años y la moda es de 6,5 años.

7. Antigüedad en la profesión: la media es de 16,11 años, la mediana es de 15 años y la moda es de 4,4 años.

Datos de las subescalas del burnout:

		Agotamiento emocional	Eficacia profesional	Cinismo
N	Válidos	87	87	87
	Perdidos	1	1	1
Media		13,51	31,38	13,21
Mediana		13	33	13
Moda		10	33	11
Desv. típ.		5,149	5,305	4,978

Comparación de cada variable sociodemográfica y laboral con las subescalas del burnout.

Prueba T

Agotamiento emocional

<i>Variable de estudio</i>	<i>Grupo (n)</i>	\bar{X} (sd)	<i>T</i>	<i>SIG</i>
Género	Varón=24	15,38 (6,20)	2,021	,047*
	Mujer=58	12,88 (4,57)		
Tipo de contrato	Fijo= 59	13,83 (5,65)	,615	,540
	Temporal=23	13,04 (3,78)		
¿Realiza activ fuera de su centro?	SI=13	15,15 (5,55)	1.173	,244
	NO=69	13,32 (5,10)		
¿Realiza activ formación continuada?	SI=58	14,02 (5,25)	,885	,379
	NO=22	12,86 (5,08)		
¿Ha estado de baja los últimos 12 meses?	SI=18	12,83 (3,43)	-,717	,475
	NO=64	13,83 (5,58)		
Tipo de enfermedad	E. Común =13	12,08 (3,55)	-1,252	,230
	E.profesional=4	14,50 (2,65)		
¿Ha tenido recaídas?	SI=3	13 (6,25)	,116	,917
	NO=14	12,57 (2,93)		

ns p > .10

x p > .05 p < .10 * p < .05 ** p < .01 *** p < .001

- Los hombres tienen un mayor agotamiento emocional que las mujeres. (significación normal)
- El agotamiento emocional no está relacionado con el tipo de contrato.
- No existe relación entre agotamiento emocional y realizar alguna actividad relacionada con su profesión fuera de su centro.
- No existe relación entre agotamiento emocional y realizar actividades de formación continuada.
- No existe relación entre agotamiento emocional y el personal que ha estado de baja en los últimos 12 meses.
- De las personas que han estado de baja no existe relación entre el tipo de enfermedad y agotamiento emocional. No existe relación entre agotamiento emocional y el origen de la baja físico o psicológico. No existe relación entre las recaídas y agotamiento emocional.

Eficacia profesional

<i>Variable estudio</i>	<i>de Grupo (n)</i>	\bar{X} (sd)	<i>T</i>	<i>SIG</i>
Género	Varón=24	31,33 (5,96)	-,317	,752
	Mujer=58	31,74 (5,01)		
Tipo de contrato	Fijo=59	31 (5,38)	-1,732	,087xp
	Temporal=23	33,21 (4,72)		
¿Realiza activ fuera de su centro?	SI=13	33,08 (5,65)	1,086	,281
	NO=69	31,35 (5,19)		
¿Realiza activ formación continuada?	SI=58	32,15 (5,09)	1,634	,106
	NO=22	30 (5,72)		
¿Ha estado de baja los últimos 12 meses?	SI= 18	31,55 (5,30)	-,060	,952
	NO=64	31,64 (5,30)		
Tipo de enfermedad	E. Común =13	31,38 (6,16)	-,512	,616
	E.profesional=4	33 (,82)		
¿Ha tenido recaídas?	SI=3	27,33 (6,66)	-1,651	,119
	NO=14	32,72 (4,84)		

ns p > .10

x p > .05 p < .10

* p < .05 ** p < .01 *** p < .001

- La eficacia profesional no está relacionada con el género.
- El personal temporal tiene mayor eficacia profesional que el personal fijo.
(Tendencia).
- No existe relación entre eficacia profesional y realizar alguna actividad relacionada con su profesión fuera de su centro.
- No existe relación entre eficacia profesional y realizar actividades de formación continuada.
- De las personas que han estado de baja no existe relación entre el tipo de enfermedad y eficacia profesional. No existe relación entre eficacia profesional y el origen de la baja físico o psicológico. No existe relación entre las recaídas y eficacia profesional.

Cinismo

<i>Variable de estudio</i>	<i>Grupo (n)</i>	\bar{X} (sd)	<i>T</i>	<i>SIG</i>
Género	Varón=24	14,71 (6,46)	1,575	,119
	Mujer=58	12,83 (4,14)		
Tipo de contrato	Fijo=59	13,76 (5,42)	1,125	,264
	Indefinido=23	12,39 (3,45)		
¿Realiza activ fuera de su centro?	SI=13	12,31 (4,59)	-,864	,400
	NO=69	13,58 (5,04)		
Realiza activ formación continuada?	SI=58	13,71 (4,99)	1,038	,302
	NO=22	12,41 (4,99)		
¿Ha estado de baja los últimos 12 meses?	SI=18	13,11 (4,85)	-,257	,798
	NO=64	13,45 (5,03)		
Tipo de enfermedad	E. Común =13	11,54 (3,86)	-1,892	,078xp
	E. Profesional=4	16 (5,03)		
¿Ha tenido recaídas?	SI=3	8,67 (2,52)	-1,797	,092xp
	NO=14	13,43 (4,36)		

ns p > .10

x p > .05 p < .10

* p < .05

** p < .01

*** p < .001

- Cinismo no está relacionado con el género.
- No existe relación entre el tipo de personal y cinismo.
- No existe relación entre cinismo y realizar alguna actividad relacionada con su profesión fuera de su centro.
- No existe relación entre cinismo y realizar actividades de formación continuada.
- De las personas que han estado de baja en los últimos 12 meses, existe una relación entre el tipo de enfermedad y cinismo. Las personas con enfermedad profesional tienen un mayor cinismo que las que han tenido una enfermedad común. (tendencia). Las personas que no han tenido recaídas tienen un mayor cinismo que las que sí han tenido. (tendencia)

Prueba ANOVA

Agotamiento emocional

<i>Variable</i>	<i>Grupos (n)</i>	\bar{X} (sd)	<i>F (Sig)</i>
Estado civil	Solteros=19	14,21 (5,51)	,532 (,589)
	Parejas de hecho y casados=57	13,24 (5,21)	
	Divorciados, separados y viudos=6	15,17 (4,02)	
Centro	CSM=31	13,97 (5,04)	1,278 (,284)
	Rehabilitación=14	15 (6,96)	
	Hospital=41	12,66 (4,45)	
Profesión	Psiquiatras=11	15,54 (4,78)	,632 (,728)
	Psicólogos=12	13,42 (5,84)	
	Enfermería=19	14,89 (6,42)	
	T.ocupacional=5	14,80 (5,36)	
	T.social=3	13 (2,64)	
	Aux.	11 (3,94)	
	Enfermería=10		
	Administrativos=8	12 (4,69)	
Programas	Celadores=14	13,21 (4,69)	1,225 (,303)
	Adultos=15	15,80 (4,90)	
	Infanto-Juvenil=3	15 (6,56)	
	CAD=10	12,60 (4)	
	Rehabilitación=10	14,30 (7,63)	
	Hospitalización breve=41	12,66 (4,45)	
	ETAC=2	15,50 (2,12)	
Otros=4	11,75 (6,90)		

ns $p > .10$
 $x p > .05 p < .10$
 * $p < .05$
 ** $p < .01$
 *** $p < .001$

- No encontramos resultados destacables.

Eficacia profesional

<i>Variable</i>	<i>Grupos (n)</i>	$\bar{X} (sd)$	<i>F (Sig)</i>
Estado civil	Solteros=19	31,58 (5,31)	,826 (.442)
	Parejas de hecho y casados=56	31,91 (5,27)	
	Divorciados, separados y viudos=6	29 (5,29)	
Centros	CSM=31	32,61 (3,72)	1,677 (.193)
	Rehabilitación=14	31,71 (6,20)	
	Hospital=41	30,34 (5,88)	
Profesión	Psiquiatras=11	31,18 (4,89)	,894 (.516)
	Psicólogos=12	33,17 (4,67)	
	Enfermería=19	31,84 (6,14)	
	T.ocupacional=5	28,6 (6,65)	
	T.social=3	35,67 (1,53)	
	Aux. enfermería=10	32,10 (4,20)	
	Administrativos=8	32,25 (3,28)	
	Celadores=14	29,86 (6,21)	
Programas	Adultos=15	31,13 (4,32)	1,020 (.419)
	Infanto-Juvenil=3	33,33 (5,50)	
	CAD=10	33,50 (2,76)	
	Rehabilitación=10	33,20 (5,12)	
	Hospitalización breve=41	30,34 (5,89)	
	ETAC=2	28,50 (12,02)	
	Otros=4	33,75 (4,35)	

ns $p > .10$
 $x p > .05 p < .10$
 * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

- No encontramos resultados destacables.

Cinismo

<i>Variable</i>	<i>Grupos (n)</i>	\bar{X} (<i>sd</i>)	<i>F (Sig)</i>
Estado civil	Solteros=19	13,74 (4,75)	,542 (.584)
	Parejas de hecho y casados=56	13,07 (5,04)	
	Divorciados, separados y viudos=6	15,17 (5,27)	
Centros	CSM=31	13,52 (3,68)	,823 (.443)
	Rehabilitación=14	14,43 (7,5)	
	Hospital=41	12,56 (4,81)	
Profesión	Psiquiatras=11	13,45 (3,44)	,490 (.839)
	Psicólogos=12	13,92 (5,18)	
	Enfermería=19	14,37 (6,41)	
	T.ocupacional=5	13,80 (5,36)	
	T.social=3	11,67 (4,16)	
	Aux.enfermería=10	11,10 (5,50)	
	Administrativos=8	12,75 (2,12)	
	Celadores=14	13,72 (4,81)	
Programas	Adultos=15	14,60 (3,76)	,484 (.818)
	Infanto-Juvenil=3	14 (4,36)	
	CAD=10	13,90 (3,38)	
	Rehabilitación=10	14,30 (8,42)	
	Hospitalización breve=10	12,56 (4,82)	
	ETAC=2	11,50 (.707)	
	Otros=4	12,25 (4,99)	

ns $p > .10$ x $p > .05$ $p < .10$ * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

- No encontramos resultados destacables.

Correlación de Pearson:

- No existe ninguna correlación entre las subescalas de burnout y edad.

		Edad
Agotamiento emocional	Correlación de Pearson	-,099
	Sig. (bilateral)	,392
	N	77
Eficacia profesional	Correlación de Pearson	,040
	Sig. (bilateral)	,732
	N	77
Cinismo	Correlación de Pearson	-,045
	Sig. (bilateral)	,696
	N	77

- Existe una correlación negativa entre el agotamiento emocional y las horas extras, así que, a mayor número de horas extras realizadas menor agotamiento emocional. (significación normal)
- Existe una correlación negativa (inversa) entre cinismo y las horas extras, así que, a mayor número de horas extras realizadas menor cinismo. (tendencia)

		6. Antigüedad en el puesto de trabajo actual (p.ej. 5 años y 3 meses	7. Antigüedad en la profesión (p.ej. 7 años y 6 meses)	horas extra
Agotamiento emocional	Correlación de Pearson	,097	-,046	-,575
	Sig. (bilateral)	,407	,711	,050*
	N	76	67	12
Eficacia profesional	Correlación de Pearson	,151	-,029	,254
	Sig. (bilateral)	,192	,814	,426
	N	76	67	12
Cinismo	Correlación de Pearson	,131	,065	-,530
	Sig. (bilateral)	,258	,600	,076xp
	N	76	67	12

- Existe una correlación positiva entre la duración de la baja y agotamiento emocional, con lo que, a mayor duración de la baja, mayor agotamiento emocional.

		15. Duración (p.ej. 6 meses 3 días):
Agotamiento emocional	Correlación de Pearson	,632
	Sig. (bilateral)	,037*
	N	11
Eficacia profesional	Correlación de Pearson	-,326
	Sig. (bilateral)	,327
	N	11
Cinismo	Correlación de Pearson	,053
	Sig. (bilateral)	,878
	N	11



CAPITULO III

7. CONCLUSIONES SUBESCALA DE BURNOUT

La muestra resultante es representativa de la población diana que se pretende analizar, ya que supone un 50% aproximadamente de los profesionales de salud mental del área estudiada, con lo que resulta una muestra representativa.

Hay que destacar que, la variedad de artículos encontrados, en los que la muestra son profesionales de salud mental, no es muy amplia. Con ello se hace difícil comparar este estudio con otros con temática similar.

La prevalencia del síndrome de burnout obtenida en la muestra estudiada es del 14%. Con respecto a las subescalas del síndrome de burnout hemos obtenido que un 14% de la muestra presenta un alto o muy alto agotamiento emocional, el 11,6% presenta bajo o media eficacia profesional y el 29,1% presenta alto o muy alto cinismo.

Entre los diferentes estudios encontrados, la prevalencia del síndrome de burnout varía de unos a otros, encontrando porcentajes de burnout superiores a los resultados obtenidos en nuestro estudio. Por ejemplo, Paris en UK encuestó a 445 trabajadores de salud mental, obteniendo que un 45% de las enfermeras de salud mental, un 63% de los psiquiatras y un 54% de los trabajadores sociales tuvieron puntuaciones altas en la subescala de agotamiento emocional.

Rupert and Morgan, llevaron a cabo un estudio, donde participaron 1200 psicólogos pertenecientes a la asociación americana de psicología, que dieron como resultados puntuaciones alta en la subescala de agotamiento emocional.

Prosser et al. Realizaron un estudio longitudinal en tres centros de salud de Londres, durante 3 años. Sólo 25 trabajadores completaron todas las escalas, y los resultados encontrados fueron una alta puntuación en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización. Estos resultados se mantuvieron prácticamente iguales durante los tres años.

Wykes, Stevens y Everitt, realizaron un estudio aleatorio de 61 trabajadores de 6 equipos multidisciplinares de salud mental en Inglaterra. Los autores encontraron que entre la

muestra, el 57% y 42% experimentó un alto grado de agotamiento emocional y despersonalización, respectivamente.

Sweeney and Nichols realizaron un estudio en trabajadores sociales en salud mental. Los resultados sugirieron estos experimentaban un moderado grado de agotamiento, pero a niveles menores que el experimentado por otras profesiones de la salud mental.

Evans y sus colegas, realizaron 237 cuestionarios a trabajadores de la salud mental en Inglaterra y Gales. Los resultados dieron puntuaciones altas en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización.

Blankertz y Robinson, entrevistaron a 848 trabajadores de salud mental, encontrando también niveles altos de burnout. (22)

Carson et al. Llevaron a cabo un estudio con una muestra de 61 enfermeras psiquiátricas comunitarias y encontraron que un 24% de ellas estaban experimentando agotamiento emocional y un 81% tenía puntuaciones bajas en la subescala de despersonalización.

Hanningan et al. midieron el nivel de burnout en una muestra de enfermeras psiquiátricas comunitarias y encontraron que la mitad de la muestra (145), estaba agotada emocionalmente por su trabajo.

Pinnikahana realizó un estudio en 136 enfermeras psiquiátricas rurales en Victoria y encontró que un bajo porcentaje de estas enfermeras experimentaba burnout, un 87%. (23)

Adali et al. realizaron un estudio del burnout en el personal de enfermería psiquiátrica de hospitales griegos (172) y concluyeron que el burnout apareció en niveles moderados. (24)

Ogresta J et al. realizaron otro estudio sobre la prevalencia del burnout en una muestra de 174 profesionales de salud mental en Croacia. Como resultados encontraron que estos profesionales tenían un nivel moderado de burnout. (Obtuvieron niveles moderados de despersonalización y de agotamiento emocional y un nivel elevado en realización personal). No encontraron diferencias entre los distintos profesionales. (Enfermeras, trabajadores sociales y psiquiatras). (25)

Karanikola et al. realizaron un estudio sobre la prevalencia de burnout en Grecia en una muestra de 226 en enfermeras psiquiátricas y concluyeron que la mayoría de los participantes presentaron niveles bajos de agotamiento emocional, niveles moderados de despersonalización y niveles de moderados a altos en realización personal. (26)

En cuanto a las variables sociodemográficas se puede observar que:

En cuanto a la edad, en el estudio no se concluye que se correlacione con las subescalas del burnout. Según Maslach la variable edad se correlaciona con el burnout, siendo los trabajadores más jóvenes los que experimentan un mayor nivel de burnout. Otros estudios similares, como el metaanálisis de Nayoung L. et al, Volpe et al, Cicone et al, Rosenberg y Pace, Devilly et al, llegan a la misma conclusión que Maslach, ya que afirman que los profesionales de salud mental conforme se van haciendo mayores van desarrollando mejores estrategias de afrontamiento. Sin embargo, con respecto a la contradicción de estos resultados podríamos tener en consideración que en España, actualmente, los profesionales más jóvenes que trabajan en salud mental, han realizado un examen de acceso y su correspondiente residencia. Con lo que están muy motivados para el ejercicio de su profesión. Este punto podría ser estudiado en otras investigaciones posteriores.

En cuanto a la antigüedad en el puesto de trabajo, no se encuentran resultados significativos en nuestro estudio. Con respecto a estas variables hay resultados contradictorios. Por un lado, Butler y Constantine afirman que los profesionales con mayor antigüedad en el puesto tienen mayores niveles de burnout. En cambio, Nayoung afirma que existe una correlación negativa entre esta variable y los niveles de burnout.

En cuanto al género, en el estudio se concluye que el género masculino tiene un mayor agotamiento emocional que el femenino. Según Maslach, Gil-Monte, Moreno B. et al, Karanikola M. et al, entre otros, destacan que los hombres obtienen mayores puntuaciones en la subescala de cinismo que las mujeres y que las mujeres obtienen mayores puntuaciones en la escala de agotamiento emocional que los hombres. De nuevo estos resultados son contradictorios con los resultados de nuestro estudio. Con lo que se deberán realizar investigaciones posteriores para analizar porque en nuestra muestra los hombres presentan un mayor agotamiento emocional que las mujeres.

En cuanto al estado civil, no se encuentran diferencias significativas en nuestro estudio. Según Maslach, los que no están casados parecen ser más propensos al burnout comparados con aquellos que están casados.

En cuanto al tipo de contrato, en nuestro estudio se concluye que las personas con un tipo de contrato fijo tienen una mayor eficacia profesional que las que tienen un contrato temporal.

Con respecto a las horas extras realizadas, en nuestro estudio se concluye que las personas que han realizado más horas extras, presentan un menor cinismo y un menos agotamiento emocional. En los estudios encontrados sobre el tema podemos ver que Rosenberg y Pace afirman que los profesionales de salud mental que trabajan más horas son más vulnerables a tener agotamiento emocional y cinismo.

Con respecto a las diferencias en el nivel de burnout entre los distintos profesionales que trabajan en salud mental, en nuestro estudio no se encuentra ninguna diferencia significativa, lo que coincide con Ogresta et al. En cambio, Lasalvia et al. afirman que los psiquiatras tienen mayores niveles de burnout que otros profesionales de la salud mental, debido a que tienen una mayor frecuencia de interacción cara a cara con los pacientes y mayor antigüedad del ejercicio en su puesto. Clinton and Hazelton encontraron que las enfermeras psiquiátricas experimentaban mayores niveles de estrés comparadas con otras especialidades. Lo que concuerda con lo que dicen Pompili et al. y Sahraian, Fazelzadeh, Mehdizadeh y Toobae.

CONCLUSIONES GENERALES SUBESCALA BURNOUT

- **Conclusión nº 1:** No hay relación significativa entre edad, tipo de contrato, situación personal, con realizar otra actividad fuera de su centro y con realizar formación continuada.
- **Conclusión nº2:** Los hombres tienen mayor agotamiento emocional que las mujeres.

- **Conclusión nº3:** El personal con un contrato fijo tiene mayor eficacia profesional que el personal con contratos temporales.
- **Conclusión nº4:** Las personas con enfermedad profesional tienen un mayor cinismo que las que han tenido una enfermedad común. Las personas que no han tenido recaídas tienen un mayor cinismo que las que sí han tenido.
- **Conclusión nº5:** Las personas que han realizado un mayor número de horas extras presentan un menor agotamiento emocional.
- **Conclusión nº6:** Las personas que han realizado un mayor número de horas extras presentan un menor cinismo.
- **Conclusión nº7:** Las personas que han estado de baja más tiempo presentan un mayor agotamiento emocional.
- **Conclusión nº8:** El 14% de la muestra presenta un alto o muy alto agotamiento emocional, el 11,6% presenta bajo o media eficacia profesional y el 29,1% presenta alto o muy alto cinismo. Con lo que podemos concluir que el 14% de la muestra presenta burnout.



CAPITULO IV**8. ANÁLISIS DE LOS DATOS SUBESCALA SATISFACCIÓN LABORAL**

Debido a la amplitud del estudio y del protocolo que hemos utilizado en él, para la discusión de los resultados nos vamos a centrar en la población de Cartagena donde ha tenido lugar la primera fase de recogida de nuestro estudio.

Así para analizar los datos hemos seleccionado el cuestionario de satisfacción laboral.

La población de este estudio está compuesta por 87 profesionales de salud mental del área de Cartagena, que se distribuyen según en el centro en que trabajan en tres áreas:

CSM CARTAGENA	32	36,78%
REHABILITACIÓN CARTAGENA	14	16,09%
HOSPITAL CARTAGENA	41	47,13%
Total	N= 87	100%

Atendiendo a las variables sociodemográficas consideradas, la composición de la muestra presenta las siguientes características:

1. Género: los participantes del estudio fueron 28,9% hombres (n=24) y 71,7% mujeres (n=59).
2. Nacionalidad: 98,8 % tiene nacionalidad española, solo una persona tiene nacionalidad comunitaria.
3. Estado civil: 22,9% soltero/as (n =19), 69,8% parejas de hecho y casados (n= 58), 7,2% divorciado/a, separados y viudos (n=6).
4. Edad: la media de edad de los participantes en el estudio ha sido de 40,41 años.

Los instrumentos que se han utilizado han sido, en primer lugar, un cuestionario de datos sociodemográficos y sociolaborales diseñado ad-hoc (adjunto en el Anexo X), que recoge información sobre las siguientes variables (año de nacimiento, sexo, nacionalidad, situación personal, profesión, antigüedad en el puesto y en la profesión, tipo de contrato...).

Además, se ha elaborado un instrumento compuesto por 6 cuestionarios autoadministrados, con lo que se miden seis variables diferentes. A parte del Burnout, se mide la violencia laboral, el bienestar psicológico, la satisfacción laboral y la resiliencia.

De todos los cuestionarios recibidos (n= 87), se han excluido 1 caso, lo que corresponde a un 1,15%. El motivo de la exclusión se debió a una incorrecta cumplimentación. La muestra representa un 50% de los profesionales de la red de salud mental del área de Cartagena.

		N	%
Casos	Válidos	87	98,85
	Excluidos	1	1,15
	Total	86	100,0

El cuestionario utilizado presenta una fiabilidad de $\alpha=0,901$ y sus subescalas de $\alpha=0,743$ (Satisfacción Extrínseca) y $\alpha=0,882$ (Satisfacción Intrínseca). La correlación que existe entre cada uno de los ítems y la puntuación total de la escala oscila entre 0,197 y 0,762.

9. RESULTADOS DE LA SUBESCALA DE SATISFACCIÓN LABORAL

Descripción de los datos sociolaborales:

8. Profesión: el 22,9% de la muestra corresponde a enfermería (n= 19), el 13,3% a auxiliares de enfermería (n=11), el 12,6% a psiquiatría (n=11), el 14,4% a psicología (n=12), el 3,6% a trabajo social (n=3), el 6% a terapia ocupacional (n=5), el 16,9% a celadores (n=14) y el 9,6% a administrativos (n=8).
9. Tipo de contrato: fijo (indefinido) 72,3% (n= 60) y temporal 27,7% (n=27).
10. Otra actividad laboral fuera de su centro: si 15,7% (n=13), no 84,3% (n=80).
11. Actividades de formación continuada: si 71,6% (n=58), no 28,4% (n=23).
12. Haber estado de baja en los últimos doce meses: si 22,9% (n=19), no 77,1% (n= 64). De los que han estado de baja el tipo de enfermedad ha sido: enfermedad común 77,8% (n=14), enfermedad profesional 22,2% (n=4). El Origen de la enfermedad ha sido físico en el 100% de los casos (n=18). El 16,7% (n=3) tuvieron recaídas y el 83,3% (n=15) no las tuvieron. En cuanto a la duración de

las bajas, la media es de 31,08 días, la moda es de 16,7 días y la mediana es de 15,50 días.

13. Antigüedad en el puesto actual: La media es de 7,57 años, la mediana es de 5,25 años y la moda es de 6,5 años.
14. Antigüedad en la profesión: la media es de 16,11 años, la mediana es de 15 años y la moda es de 4,4 años.

Las puntuaciones de las subescalas de satisfacción laboral son los siguientes:

	<i>SATISFACCIÓN INTRÍNSECA</i>	<i>SATISFACCIÓN EXTRÍNSECA</i>	<i>SATISFACCIÓN GLOBAL</i>
N	87	87	87
Media	31,58	35,9	67,48
Desv. Típ.	8,62	8	15,95

La media de la Satisfacción Global ha resultado de 67,48 puntos. Podemos admitir estos resultados como una Satisfacción moderada, ya que, según datos técnicos para población general, se considerará alta una puntuación por encima de la media más la DT ($70,53 + 15,42 = 85,95$) y baja una puntuación por debajo de la media – DT ($70,53 - 15,42 = 55,11$).

Satisfacción extrínseca. (Puntuaciones por ítem).

	<i>MEDIA</i>	<i>DESVIACIÓN TÍPICA</i>	<i>N</i>
37. Condiciones físicas de tu trabajo	4,70	1,715	86
39. Tus compañeros de trabajo	5,48	1,453	86
41. Tu superior inmediato	4,74	1,635	86
43. Tu salario	3,98	2,006	86
45. Relación entre dirección y trabajadores en tu empresa	3,62	1,481	86
47. El modo en que tu empresa está gestionada	2,84	1,630	86

49. Tu horario de trabajo	5,34	1,484	86
51. Tu estabilidad en el empleo	5,21	1,898	86

En la subescala de Satisfacción Extrínseca, los ítems peor valorados han sido “El modo en que tu empresa está gestionada” (Media de 2,84 sobre 7 puntos), seguido de la “Relación entre dirección y trabajadores de tu empresa” (Media: 3,82 puntos) y “Tu salario” (Media: 3,98 puntos).

Satisfacción intrínseca. (Puntuaciones por ítem).

	<i>MEDIA</i>	<i>DESVIACIÓN TÍPICA</i>	<i>N</i>
38. Libertad para elegir tu propio método de trabajo	4,76	1,728	86
40. Reconocimiento que obtienes por el trabajo bien hecho	4,28	1,747	86
42. Responsabilidad que se te ha asignado	5,03	1,459	86
44. La posibilidad de utilizar tus capacidades	4,93	1,686	86
46. Tus posibilidades de promocionar	3,55	1,531	86
48. La atención que se presta a las sugerencias que haces	4,03	1,697	86
50. La variedad de tareas que realizas en tu trabajo	5,00	1,381	86

Dentro de la satisfacción intrínseca, los ítems que han tenido peor valoración han sido “Tus posibilidades de promocionar” (3,55 puntos sobre 7) y “La atención que se presta a las sugerencias que haces” (4,03 puntos).

Comparación de cada variable sociodemográfica y laboral con las subescalas de la satisfacción laboral.

Prueba T.**Satisfacción extrínseca**

<i>Variable de estudio</i>	<i>Grupo (n)</i>	\bar{X} (sd)	<i>T</i>	<i>SIG</i>
Género	Varón=24	32,83 (9,20)	-2,013	,052x
	Mujer=58	37,03 (6,92)		
Tipo de contrato	Fijo= 59	35,17 (8,20)	-1,178	,242
	Temporal=23	37,43 (6,73)		
¿Realiza activ fuera de su centro?	SI=13	35,69 (7,51)	-,056	,955
	NO=69	35,83 (7,95)		
¿Realiza activ formación continuada?	SI=58	36,48 (7,74)	1,542	,127
	NO=22	33,50 (7,69)		
¿Ha estado de baja los últimos 12 meses?	SI=18	37,28 (8,39)	,901	,370
	NO=64	35,39 (7,69)		
Tipo de enfermedad	E. Común =13	38,23 (8,81)	1,134	,274
	E.profesional=4	32,75 (6,8)		
¿Ha tenido recaídas?	SI=3	40,67 (5,03)	,826	,422
	NO=14	36,14 (9,04)		

ns p > .10

x p > .05 p < .10 * p < .05 ** p < .01 *** p < .001

- Existe una tendencia entre las mujeres a tener una mayor Satisfacción Extrínseca.
- No existe relación entre el tipo de contrato y la Satisfacción Extrínseca.
- No existe relación entre realizar alguna actividad relacionada con su profesión fuera de su centro y la Satisfacción Extrínseca.
- No existe relación entre Satisfacción Extrínseca y realizar actividades de formación continuada.
- No existe relación entre la Satisfacción Extrínseca y haber estado de baja en los últimos 12 meses. De las personas que han estado de baja no existe relación entre el tipo de enfermedad y la Satisfacción Intrínseca. No existe relación entre haber tenido recaídas y la Satisfacción Intrínseca.

Satisfacción intrínseca

<i>Variable de estudio</i>	<i>Grupo (n)</i>	\bar{X} (sd)	<i>T</i>	<i>SIG</i>
Género	Varón=24	28,29 (10,8)	-2,134	,036*
	Mujer=58	32,67 (7,30)		
Tipo de contrato	Fijo= 59	30,16 (8,58)	-2,091	,040*
	Temporal=23	34,52 (8,14)		
¿Realiza activ fuera de su centro?	SI=13	32,30 (9,32)	,415	,679
	NO=69	31,21 (8,56)		
¿Realiza activ formación continuada?	SI=58	32,74 (8,70)	2,659	,010*
	NO=22	27,18 (7,30)		
¿Ha estado de baja los últimos 12 meses?	SI=18	32,11 (9,32)	,399	,691
	NO=64	31,18 (9,11)		
Tipo de enfermedad	E. Común =13	33,15 (9,11)	1,094	,291
	E.profesional=4	27,25 (10,62)		
¿Ha tenido recaídas?	SI=3	29,66 (4,04)	-,704	,500
	NO=14	32,21 (10,35)		

ns p > .10

x p > .05 p < .10 * p < .05 ** p < .01 *** p < .001

- Las mujeres presentan mayor Satisfacción Intrínseca que los hombres (Significación normal)
- El personal temporal tiene mayor Satisfacción Intrínseca que el personal fijo. (Significación normal).
- No existe relación entre Satisfacción Intrínseca y realizar alguna actividad relacionada con su profesión fuera de su centro.
- Los profesionales que realizan actividades de formación continuada tienen mayor Satisfacción Intrínseca (Significación Normal).
- No existe relación entre la Satisfacción Intrínseca y haber estado de baja en los últimos 12 meses. De las personas que han estado de baja no existe relación entre el tipo de enfermedad y la Satisfacción Intrínseca. No existe relación entre haber tenido recaídas y la Satisfacción Intrínseca.

Satisfacción global

<i>Variable de estudio</i>	<i>Grupo (n)</i>	\bar{X} (sd)	<i>T</i>	<i>SIG</i>
Género	Varón=24	61,12 (19,45)	-1,975	,057x
	Mujer=58	69,71 (13,44)		
Tipo de contrato	Fijo= 59	65,34 (16,13)	-1,723	,089x
	Temporal=23	71,96 (14,19)		
¿Realiza activ fuera de su centro?	SI=13	68 (15,99)	,199	,843
	NO=69	67,04 (15,89)		
¿Realiza activ formación continuada?	SI=58	69,22 (15,84)	2,212	,030*
	NO=22	60,68 (14,24)		
¿Ha estado de baja los últimos 12 meses?	SI=18	69,39 (16,80)	,664	,509
	NO=64	66,58 (15,61)		
Tipo de enfermedad	E. Común =13	71,38 (16,85)	1,181	,256
	E.profesional=4	60 (16,87)		
¿Ha tenido recaídas?	SI=3	70,33 (4,73)	,345	,735
	NO=14	68,36 (18,82)		

ns p > .10

x p > .05 p < .10 * p < .05 ** p < .01 *** p < .001

- Existe una tendencia entre las mujeres a tener una mayor Satisfacción Global.
- Existe una tendencia entre el personal temporal a presentar mayor Satisfacción Global que el personal fijo.
- No existe relación entre realizar alguna actividad relacionada con su profesión fuera de su centro y la Satisfacción Global.
- Los profesionales que realizan actividades de formación continuada tienen mayor Satisfacción Global (Significación Normal).
- No existe relación entre la Satisfacción Global y haber estado de baja en los últimos 12 meses. De las personas que han estado de baja no existe relación entre el tipo de enfermedad y la Satisfacción Global. No existe relación entre haber tenido recaídas y la Satisfacción Global.

Prueba ANOVA**Satisfacción extrínseca**

<i>Variable</i>	<i>Grupos (n)</i>	\bar{X} (sd)	<i>F (Sig)</i>
Estado civil	Solteros=19	36,47 (7,12)	1,233 (.303)
	Parejas de hecho=7	33,28 (11,91)	
	Casados=50	36,50 (7,27)	
	Divorciados, separados y viudos=6	30,83 (8,90)	
Profesión	Psiquiatras=11	34,36 (6,24)	1,516 (.175)
	Psicólogos=12	39,75 (7,85)	
	Enfermería=19	36,21 (9,22)	
	T.ocupacional=5	39,80 (5,35)	
	T.social=3	42,33 (1,15)	
	Aux.	33,90 (7,41)	
	Enfermería=10		
	Administrativos=8	33,75 (8,29)	
	Celadores=14	32,71 (7,11)	
Programas	Adultos=15	32,53 (6,49)	2,237 (.034*)
	Infanto-Juvenil=3	36,33 (6,65)	
	CAD=10	39,80 (6,89)	
	Rehabilitación=10	41 (10,78)	
	Hospitalización breve=41	34,34 (7,21)	
	ETAC=2	42 (8,48)	
	Otros=4	40,50 (3,53)	

ns p > .10

x p > .05 p < .10 * p < .05 ** p < .01 *** p < .001

- Existe una mayor Satisfacción Extrínseca en los profesionales que trabajan en programas de rehabilitación (Rehabilitación, ETAC y CAD). Aunque hay que destacar que el tamaño muestral en ETAC y OTROS es insuficiente, con lo que no se puede extrapolar a la población general.

Satisfacción intrínseca

<i>Variable</i>	<i>Grupos (n)</i>	\bar{X} (sd)	<i>F (Sig)</i>
Estado civil	Solteros=19	30,47 (9,06)	,490 (.690)
	Parejas de hecho=7	31,57 (12,56)	
	Casados=50	32,12 (8,09)	
	Divorciados, separados y viudos=6	28 (7,72)	
Profesión	Psiquiatras=11	33,09 (8,23)	2,380 (,030*)
	Psicólogos=12	35,08 (8,79)	
	Enfermería=19	33,31 (9,59)	
	T.ocupacional=5	34 (5,09)	
	T.social=3	39,33 (3,21)	
	Aux.	28,50 (7,10)	
	Enfermería=10		
	Administrativos=8	27,50 (9,19)	
	Celadores=14	25,92 (6,67)	
Programas	Adultos=15	30,20 (8,62)	2,052 (,051x)
	Infanto-Juvenil=3	34 (5,29)	
	CAD=10	36,40 (7,29)	
	Rehabilitación=10	36,20 (11,08)	
	Hospitalización breve=41	29,92 (7,73)	
	ETAC=2	35,50 (9,19)	
	Otros=4	34,50 (3,53)	

ns p > .10

x p > .05 p < .10 * p < .05 ** p < .01 *** p < .001

- Existe una mayor Satisfacción Intrínseca entre los Trabajadores Sociales con respecto a celadores. Aunque hay que destacar que el tamaño muestral en los trabajadores sociales es insuficiente (N=3), con lo que no se puede extrapolar a la población general.
- Existe una tendencia a presentar una mayor satisfacción Intrínseca los profesionales que trabajan en servicios de Rehabilitación con respecto a los de Hospitalización.

Satisfacción global

<i>Variable</i>	<i>Grupos (n)</i>	\bar{X} (sd)	<i>F (Sig)</i>
Estado civil	Solteros=19	66,94 (15,75)	,740 (.531)
	Parejas de hecho=7	64,85 (23,92)	
	Casados=50	68,62 (14,64)	
	Divorciados, separados y viudos=6	58,83 (16,05)	
Profesión	Psiquiatras=11	67,45 (13,69)	1,974 (,070x)
	Psicólogos=12	74,83 (16,16)	
	Enfermería=19	69,52 (18,38)	
	T.ocupacional=5	73,80 (10,23)	
	T.social=3	81,66 (2,08)	
	Aux. Enfermería=10	62,40 (12,75)	
	Administrativos=8	61,25 (17,15)	
	Celadores=14	58,64 (13,24)	
Programas	Adultos=15	62,73 (14,05)	2,221 (,035*)
	Infanto-Juvenil=3	70,33 (11,06)	
	CAD=10	76,20 (13,90)	
	Rehabilitación=10	77,20 (21,64)	
	Hospitalización breve=41	64,26 (14,30)	
	ETAC=2	77,50 (17,67)	
	Otros=4	75 (7,07)	

ns p > .10

x p > .05 p < .10 * p < .05 ** p < .01 *** p < .001

- Existe una tendencia a presentar una mayor Satisfacción Global entre los Trabajadores Sociales con respecto a celadores. Aunque hay que destacar que el tamaño muestral en los trabajadores sociales es insuficiente (N=3), con lo que no se puede extrapolar a la población general.
- Existe una mayor Satisfacción Global entre los profesionales que trabajan en servicios de Rehabilitación e Infanto-Juvenil con respecto a los de Hospitalización y Adultos.

Correlación de Pearson:

De la edad

		Edad
Satisfacción Extrínseca	Correlación de Pearson	-,222
	Sig. (bilateral)	,052x
	N	77
Satisfacción Intrínseca	Correlación de Pearson	-,150
	Sig. (bilateral)	,194
	N	11
Satisfacción Global	Correlación de Pearson	-,191
	Sig. (bilateral)	,097
	N	11

- Existe una correlación negativa entre Satisfacción Extrínseca y edad, así que, existe mayor satisfacción a menos edad.
- Existe una correlación negativa entre Satisfacción Global y edad, así que, existe mayor satisfacción a menos edad.

De antigüedad en en puesto actual, en la profesión, horas extras y las distintas subescalas de Satisfacción Laboral.

		6. Antigüedad en el puesto de trabajo actual (p.ej. 5 años y 3 meses	7. Antigüedad en la profesión (p.ej. 7 años y 6 meses)	horas extra
Satisfacción Extrínseca	Correlación de Pearson	-,042	-,120	,264
	Sig. (bilateral)	,716	,332	,407
	N	76	67	12
Satisfacción Intrínseca	Correlación de Pearson	-,067	-,139	,464
	Sig. (bilateral)	,567	,263	,129
	N	76	67	12
Satisfacción Global	Correlación de Pearson	-,056	-,134	,373
	Sig. (bilateral)	,629	,281	,232
	N	76	67	12

- No existe correlación entre la antigüedad en el puesto actual y las distintas subescalas de Satisfacción.
- No existe correlación entre la antigüedad en la profesión y las distintas subescalas de Satisfacción.
- No existe correlación entre las horas extras fuera de su puesto de trabajo y las distintas subescalas de Satisfacción.

De la duración de la baja con las distintas subescalas de Satisfacción Laboral.

		15. Duración (p.ej. 6 meses 3 días):
Agotamiento emocional	Correlación de Pearson	-,119
	Sig. (bilateral)	,726
	N	11
Eficacia profesional	Correlación de Pearson	,010
	Sig. (bilateral)	,977
	N	11
Cinismo	Correlación de Pearson	-,060
	Sig. (bilateral)	,860
	N	11

- No existe correlación entre la duración de la baja y cada una de las subescalas de Satisfacción Laboral.

CAPITULO V

10. CONCLUSIONES DE LA SUBESCALA DE SATISFACCIÓN LABORAL

La muestra resultante es representativa de la población diana que se pretende analizar, ya que supone un 50% aproximadamente de los profesionales de salud mental del área estudiada.

La media de la Satisfacción Global ha resultado de 67,48 puntos, lo que supone una Satisfacción moderada, consistente con otros estudios. (27,28) En cambio, otros estudios hallaron un bajo nivel de satisfacción, aunque las comparaciones directas son limitadas por el hecho de que se han utilizado instrumentos diferentes para medir la satisfacción en el trabajo. (29)

En cuanto a las variables sociodemográficas se puede observar que:

En cuanto a la edad, en nuestro estudio se encontró una correlación negativa entre Satisfacción Extrínseca y Global y la edad. Sin embargo, esto contrasta con algunos estudios consultados en los que la satisfacción laboral tuvo una relación positiva con la edad y sugieren que pueda ser debido a que las expectativas y metas se vuelven más realistas conforme las personas maduran. Los resultados de Alsaraireh et al avalan además, que las enfermeras de mayor edad tenían menor intención de abandonar el servicio. (28,29, 30)

Otros estudios, no evidenciaron relación significativa entre edad y Satisfacción Laboral. (31)

En cuanto al género, Las mujeres presentaron mayor Satisfacción Intrínseca que los hombres y una tendencia a presentar una mayor Satisfacción Extrínseca y Total. Estos hallazgos son consistentes con otros estudios. (30)

Karanikola & Kaite encontraron diferentes resultados, ya que los hombres muestran puntuaciones de satisfacción más altas en relación a las políticas organizacionales y las tareas realizadas. (26)

Otras investigaciones no encontraron diferencias significativas en cuanto a género.

(28,31)

En nuestro estudio, el estado civil no mostró relación significativa con la satisfacción laboral, encontrando otros estudios con los mismos resultados. En otros estudios consultados, se desprende con sus resultados, que las personas casadas muestran una satisfacción laboral mayor, hecho que no hemos podido comprobar en nuestra investigación. En un estudio realizado en nuestro contexto sanitario por García Izquierdo et al, se concluyó afirmando que los solteros y casados puntuaron significativamente más en satisfacción laboral que los separados, divorciados y viudos. (28, 30, 32)

En cuanto a las variables sociolaborales:

En cuanto al lugar de trabajo, en un estudio llevado a cabo por Gigantesco et al, se encontró una relación significativa entre el lugar de trabajo y la satisfacción laboral. Así, trabajar en una unidad de hospitalización psiquiátrica se asoció negativamente con la satisfacción en el trabajo. En esta misma sintonía, Spear et al, en un estudio en el que participaron 116 profesionales de salud mental, hallaron que los profesionales que trabajaban en la comunidad mostraban puntuaciones más bajas en burnout y estrés laboral y más altas en satisfacción laboral que aquellos que trabajaban en unidades de psiquiatría en hospitales. También se halló la misma relación en el estudio de Wood et al, pues los empleados de equipos en crisis comunitarios estaban más satisfechos que los que trabajaban en unidades de agudos. Ward & Cowman llegaron a las mismas conclusiones en un estudio en el que la muestra estaba formada por enfermeras de salud mental. (29, 33, 34, 28, 35)

Prácticamente en todos los estudios consultados, hay unanimidad en esta correlación.

En relación al tipo de contrato, en el estudio se determinó que el personal temporal tenía mayor Satisfacción Intrínseca que el personal fijo y una tendencia a presentar mayor Satisfacción Total que el personal fijo. Esta afirmación concuerda con la encontrada por García Izquierdo et al, en el que se observó que el personal con contrato indefinido presentaba más burnout e insatisfacción laboral. (32)

En cuanto al tiempo en el servicio actual, en nuestro estudio no existió correlación entre la antigüedad en el puesto actual y las distintas subescalas de Satisfacción. Ishara et al estudiaron el tiempo en el servicio actual en 136 profesionales de salud mental y

encontraron que mostraba una relación positiva con satisfacción laboral. Así, presentaron mayores niveles de satisfacción los empleados que habían estado en el mismo servicio durante más de 10 años en comparación con aquellos que llevaban en el puesto de seis a diez años. (28)

También se halló una correlación significativa entre trabajar en turno de día y mayor satisfacción laboral, seguido de los que trabajaban a turno rodado, con respecto a los que trabajaban en turno de noche. Otros estudios no encontraron esta relación. En nuestro estudio, no hemos tenido en cuenta dicha variable. (28, 32, 30)

En cuanto a la antigüedad en la profesión, no existió correlación entre esta variable y las distintas subescalas de satisfacción laboral, consistente con los hallazgos de Matos et al en un estudio sobre la resiliencia y la satisfacción laboral, en el que el análisis indicó que los niveles de satisfacción laboral no se relacionaban con los años de experiencia ni como enfermera ni por el número de años de experiencia como enfermera psiquiátrica. En un estudio anterior en nuestro contexto sanitario de salud mental, García Izquierdo et al destacaron la relación inversa entre experiencia profesional y satisfacción laboral. Baruch et al evidenciaron una relación positiva significativa entre experiencia laboral en salud mental y Satisfacción laboral. (36, 32, 31)

Según el tipo de profesión, en nuestro estudio existió una mayor Satisfacción Intrínseca y una mayor tendencia en Satisfacción Global entre los Trabajadores Sociales con respecto a celadores. Aunque hay que destacar que el tamaño muestral en los trabajadores sociales es insuficiente (N=3), con lo que no se puede extrapolar a la población general. En estudios consultados, si hubo diferencias más significativas. Spear et al encontraron que las enfermeras presentaban mayores niveles de burnout y menos satisfacción laboral que el resto de profesionales de salud mental participantes. García Izquierdo et al hallaron que los psiquiatras y psicólogos mostraban mayores niveles de satisfacción laboral que el personal de enfermería, de tal modo, que según los resultados, la satisfacción laboral era más alta en los trabajadores con mayor cualificación personal. Se creyó que la posición dentro de la organización, el estatus, la imagen y el prestigio social de cada una de las profesiones estudiadas podría explicar estas diferencias. (33,32)

Ishara et al arrojaron sin embargo, los resultados contrarios, pues los técnicos mostraron puntuaciones más elevadas de satisfacción con respecto a médicos, enfermeras y

auxiliares de enfermería. Baruch et al en una muestra de 209 profesionales de salud mental, encontraron que los más satisfechos fueron los psicólogos y trabajadores sociales y los menos satisfechos los enfermeros. Wood et al hallaron puntuaciones superiores en satisfacción intrínseca en psicólogos y terapeutas ocupacionales, además de niveles más bajos de depresión, especialmente en comparación con enfermeras de salud mental y trabajadores sociales. (28, 31, 34)

Otros estudios no encontraron diferencias entre los distintos profesionales. En nuestro estudio, los estamentos más bajos tuvieron también puntuaciones más bajas. Sin embargo, los psiquiatras puntuaron más bajo que las enfermeras, aunque las diferencias no se pueden decir que sean significativas. Necesitaríamos ampliar la muestra para estudiar esta variable con mayor profundidad y arrojar datos más extrapolables. (29)

No existió correlación entre las horas extras fuera de su puesto de trabajo y las distintas subescalas de Satisfacción. No hemos podido contrastar estos datos, al no encontrar estudios que analizasen estas dos variables.

No existió correlación con los días de baja o el tipo de baja y la Satisfacción Laboral. Hay que puntualizar que la muestra de personas que estuvieron de baja fue insuficiente (N=11), habría que aumentar la muestra para valorar estos resultados con fiabilidad.

En nuestro estudio, los profesionales que realizan actividades de formación continuada tuvieron una mayor Satisfacción Intrínseca y Global. Hemos encontrado pocos artículos que hagan referencia a este tema, lo que más han medido es el grado profesional universitario según cada disciplina profesional o por grados de carrera profesional, no equiparables en nuestro país.

CONCLUSIONES GENERALES DE LA SUBESCALA SATISFACCIÓN LABORAL

- **Conclusión nº1:** Los profesionales de la red de salud mental de la Región de Murcia, del Área de Cartagena presentan una Satisfacción Laboral moderada.

- **Conclusión nº2:** Las mujeres presentan mayor Satisfacción Intrínseca que los hombres

y una tendencia a presentar una mayor Satisfacción Extrínseca y Global.

- **Conclusión nº3:** El personal temporal tiene mayor Satisfacción Intrínseca que el personal fijo y una tendencia a presentar mayor Satisfacción Global que el personal fijo.

- **Conclusión nº4:** No existe relación entre realizar alguna actividad relacionada con su profesión fuera de su centro y las distintas subescalas de Satisfacción Laboral.

- **Conclusión nº5:** Los profesionales que realizan actividades de formación continuada tienen mayor Satisfacción Intrínseca y Global.

- **Conclusión nº6:** No existe relación entre las distintas subescalas de Satisfacción Laboral y haber estado de baja en los últimos 12 meses. De las personas que han estado de baja no existe relación entre el tipo de enfermedad ni entre haber tenido recaídas y las distintas subescalas de Satisfacción.

- **Conclusión nº7:** Existe una mayor Satisfacción Extrínseca y Global y una tendencia a presentar mayor Satisfacción Intrínseca, en los profesionales que trabajan en programas de rehabilitación (Rehabilitación, ETAC y CAD). Aunque hay que destacar que el tamaño muestral en ETAC y OTROS es insuficiente, con lo que no se puede extrapolar a la población general.

- **Conclusión nº8:** No existe relación entre el estado civil y las distintas subescalas de Satisfacción Laboral.

- **Conclusión nº9:** Existe una correlación negativa entre Satisfacción Extrínseca y Global y edad, así que, existe mayor satisfacción a menos edad.

- **Conclusión nº10:** No existe correlación entre la antigüedad en el puesto actual, antigüedad en la profesión, duración de la baja y horas extra y las distintas subescalas de Satisfacción.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1). Khalef A. — ¿Es la violencia en el trabajo una fatalidad?, Educación Obrera, 2003; 4 (133): 13-19.
- (2). Domínguez L, Mijana J. Violencia Laboral. Una visión desde Enfermería. 2a ed. Buenos Aires: El Auapiti; 2008.
- (3). Organización Internacional del Trabajo, Consejo internacional de enfermeras, Organización Mundial de la Salud, Internacional de Servicios Públicos. Programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de la salud. —Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud. Ginebra; 2002.
- (4). Chapell D, Di Martino V. Violence at work. 3aed. Geneva: International Labour Office; 2006.
- (5). Vandebroucke JP, et al. Mejorar la comunicación de estudios observacionales en epidemiología (STROBE): explicación y elaboración. Gac Sanit. 2009. doi:10.1016/j.gaceta.2008.12.001
- (6). Waschgler K, Ruiz Hernández J A, Llor Esteban B, García Izquierdo M. Patients' aggressive behaviours towards nurses: a scale development and psychometric properties of the hospital aggressive behavior scale-users. J Adv Nurs. 2013; 69(6): 1418-1427.
- (7). Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory—General Survey. In Maslach C, Jackson SE, Leiter MP (Eds.), The Maslach Burnout Inventory—Test manual (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1996
- (8). Salanova M, Schaufeli, WB, Llorens S, Peiró, JM, Grau R. Desde el "burnout" al "engagement": ¿una nueva perspectiva?. Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones.2000; 16 (2): 117-134.
- (9). Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychol Med.1979; 9(1):139-45.
- (10). Lobo A, Pérez-Echevarria MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. Psychological Medicine. 1986;

16:135-140.

(11). Warr P, Cook, Wall T. Scales for de measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *Journal Occupational Psychology*. 1979; 52: 129-148.

(12). Pérez J, Hidalgo M. Satisfacción laboral: escala general de satisfacción. Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2006.

(13). Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003; 18 (2): 76-82.

(14). Región de Murcia. II Encuesta Regional de condiciones de trabajo. Murcia: Instituto de Seguridad y Salud laboral, Consejería de Educación, Formación y Empleo; 2011.

(15). Galián I, Llor B, Ruiz JA. Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los hospitales públicos de la Región de Murcia. *Rev Esp Salud Pública*. 2012; 86: 279-291.

(16). Physical assault by patients against physiotherapists working in mental health settings. *Physiotherapy*. 2009; 95 (3):170-5. doi: 10.1016/j.physio.2009.04.005.

(17). McPhail S, Waite M. Physical activity and health-related quality of life among physiotherapists: a cross sectional survey in an Australian hospital and health service. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*. 2014; 9: 2-9. (18). Lindsay R, Hanson L, Taylor M, McBurney H. Workplace stressors experienced by physiotherapists working in regional public hospitals. *Aust. J. Rural Health*. 2008; 16: 194–200.

(19). Martínez M. El riesgo emergente que constituyen las agresiones y violencia que sufren los médicos en el ejercicio de su profesión: el caso de España, *Revista Bioética*. 2010; 2: 263-274.

(20). Martínez M, Irrurtia MJ, Martínez C. Estudio de las agresiones a los profesionales sanitarios. *Revista de la Escuela de Medicina Legal*. 2011; 17: 4-11.

(21). García J, Alda M. Detección y actitud ante la violencia contra profesionales sanitarios. 7DM [en línea]. 2011. [Fecha de acceso 30 de enero de 2013]; No.831URL disponible en: <http://www.sietediasmedicos.com>.

- (22) Paris M, Hoge M. Burnout in mental health workforce: a review. *Journal of Behavioral Health Services & Research*. 2009; 520-528.
- (23) Pinikahana J, Happell B. Stress, burnout and job satisfaction in rural psychiatric nurses: a Victorian study. *Aus. L. Rural Health*. 2004; 12: 120-125.
- (24) Adali E, Priami M, Evagelou H, Mougia V, Ifanti M, Alevizopoulos G. Síndrome del quemado en el personal de enfermería psiquiátrica de hospitales griegos. *Eur. L. Psychiat*. 2003; 17(3): 161-170.
- (25) Ogresta L, Rusac S, Zorec L. Relation between burnout syndrome and job satisfaction among mental health workers. *Croat Med J*. 2008; 49: 364-74.
- (26) Karanikola M, Papathanassoglou E. Exploration of the burnout syndrome occurrence among mental health nurses in cyprus. *Archives of psychiatric nursing*. 2013; 27: 319-326.
- (27) Hyrkäs K. Clinical supervision, burnout, and job satisfaction among mental health and psychiatric nurses in Finland. *Issues Ment Health Nurs*. 2005 Jun; 26(5): 531-56.
- (28) Ishara S, Bandeira M, Zuardi AW. Public psychiatric services: Job satisfaction evaluation. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008; 30(1): 38-41.
- (29) Gigantesco A, Picardi A, Chiaia E, Balbi A, Morosini P. Brief Report: Job Satisfaction Among Mental Health Professionals in Rome, Italy. *Community Ment Health J*. 2003; 39 (4): 349-355.
- (30) Alsaraireh F, Quinn Griffin MT, Ziehm SR, Fitzpatrick JJ. Job satisfaction and turnover intention among Jordanian nurses in psychiatric units. *Int J Ment Health Nurs*. 2014 Oct; 23(5): 460-7.
- (31) Baruch Y, Swartz M, Sirkis S, Mirecki I, Barak Y. Staff happiness and work satisfaction in a tertiary psychiatric centre. *Occup Med-Oxford*. 2013; (63): 442- 444.
- (32) García Izquierdo M, Sáez Navarro MC, Llor Esteban B. Burnout, satisfacción laboral

y bienestar en personal sanitario de salud mental. *Rev psicol trab organ.* 2000; 16 (2): 215-228.

(33) Spear J, Wood L, Chawla S, Devis A, Nelson J. Job satisfaction and burnout in mental health services for older people. *Australas Psychiat.* 2004; 12 (1): 58-61.

(34) Wood S, Stride C, Threapleton K, Wearn E, Nolan F, Osborn D et al. Demands, control, supportive relationships and well-being amongst British mental health workers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2011 Oct; 46(10): 1055-68.

(35) Ward M, Cowman S. Job satisfaction in psychiatric nursing. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2007; (14): 454–461.

(36) Matos PS, Neushotz LA, Griffin MT, Fitzpatrick JJ. An exploratory study of resilience and job satisfaction among psychiatric nurses working in inpatient units. *Int J Ment Health Nurs.* 2010; (19): 307–312.



ANEXO 1. PROTOCOLO



SALUD LABORAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

CÓDIGO:

SALUD LABORAL EN PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA

Departamento de Psiquiatría y Psicología Social
Departamento de Ciencias Sociosanitarias

INSTRUCCIONES GENERALES PARA CONTESTAR EL CUESTIONARIO

La mayoría de las personas pasamos una gran parte de nuestro tiempo trabajando, de modo que las condiciones de trabajo, las relaciones con los compañeros y el trabajo en si mismo tienen gran importancia en nuestra vida. El objetivo de este cuestionario es conocer algunos de estos aspectos para tratar de mejorarlos.

En general, las preguntas que le formulamos se contestan escogiendo entre las alternativas de respuesta propuestas. Por favor, indique aquella que más se ajuste a su caso particular marcando la opción (x) o rodeándola con un círculo.

Consideraciones éticas: El presente estudio ha recibido informe favorable de la Comisión de Ética de Investigación de la Universidad de Murcia. La gerencia del Área de Salud correspondiente y el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Servicio Murciano de Salud, a través de sus representantes, han sido informados y han aceptado el desarrollo del estudio. **La participación en el mismo es anónima, voluntaria y la confidencialidad está garantizada.** Por favor, devuelva el cuestionario dentro del sobre proporcionado completamente cerrado. Los sobres serán abiertos por los miembros del equipo de investigación, quienes asignarán un código a cada cuestionario para el análisis de datos.

Las pruebas que hemos realizado indican que el tiempo estimado en contestar el protocolo oscila entre 10 y 12 minutos.

Colabora:



Colegio Oficial de Enfermería
Región de Murcia

Programa de ayudas a proyectos
Convocatoria 2012/2013
Núm. Reg. 1412



DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Año de nacimiento: _____
 2. Sexo: Varón A Mujer B
 3. Nacionalidad: Español A
Comunitario B
Extracomunitario C
 4. Situación personal: Soltera/o A
Pareja de hecho B
Casada/o C
Divorciada/o/Separada/o D
Viuda/o E
 5. Antigüedad en puesto actual (ej. 5 años y 3 meses): N° años: _____ N° meses: _____
 6. Antigüedad en la profesión (ej. 7 años y 6 meses): N° años: _____ N° meses: _____
 7. Profesión: Médico de Familia A Enfermería D Aux. de enfermería G
Pediatra B Matrona E Aux. Administrativo H
Odontólogo C Fisioterapeuta F Celador I
Higienista dental J
 8. Tipo de contrato: Fijo (Indefinido) A Temporal B
 9. ¿Realiza alguna otra actividad laboral relacionada con su profesión fuera del centro?
Sí A → 10. Horas/mes: _____ No B
 11. ¿Realiza actividades de formación continuada? Sí A No B
 12. ¿Ha estado de baja en los últimos 12 meses? Sí A No B
- Si ha contestado que SÍ a la pregunta anterior conteste a las siguientes:**
13. Duración (ej. 6 meses y 3 días): N° meses _____ N° días: _____
 14. Tipo de enfermedad: Enfermedad común A
Enfermedad o accidente profesional B
 15. Origen: Físico A
Psicológico B
 16. ¿Ha tenido recaídas? Sí A No B



SALUD LABORAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

CUESTIONARIO 1

En relación con la atención sanitaria, indique su **grado de acuerdo o desacuerdo** en cada una de las siguientes oraciones. Utilice la siguiente escala de 7 niveles de desacuerdo-acuerdo

- A (T)otalmente en (D)esacuerdo
- B (B)astante en (D)esacuerdo
- C Más bien en (D)esacuerdo
- D Ni de (A)uerdo ni en (D)esacuerdo
- E Más bien de (A)uerdo
- F (B)astante de (A)uerdo
- G (T)otalmente de (A)uerdo

	A	B	C	D	E	F	G
17. La comprensión de cómo se sienten los pacientes y sus familias es irrelevante para su tratamiento médico	TD	BD	D	D/A	A	BA	TA
18. Los pacientes se sienten mejor cuando comprendo sus sentimientos	TD	BD	D	D/A	A	BA	TA
19. Para mí es difícil ver las cosas desde el punto de vista de los pacientes	TD	BD	D	D/A	A	BA	TA
20. Comprender el lenguaje corporal de los pacientes es tan importante como la comunicación verbal en las relaciones profesional-paciente	TD	BD	D	D/A	A	BA	TA
21. Aplico el sentido del humor porque creo que eso contribuye a mejorar el resultado clínico	TD	BD	D	D/A	A	BA	TA
22. Debido a que las personas son diferentes, me resulta difícil ver las cosas desde la perspectiva de los pacientes	TD	BD	D	D/A	A	BA	TA
23. Evito hacer caso a las emociones de los pacientes cuando les atiendo o pregunto por su salud física	TD	BD	D	D/A	A	BA	TA
24. La consideración de las experiencias personales de los pacientes es irrelevante para los resultados del tratamiento	TD	BD	D	D/A	A	BA	TA
25. Intento ponerme en el lugar de los pacientes cuando les atiendo	TD	BD	D	D/A	A	BA	TA
26. Los pacientes valoran mi comprensión de sus sentimientos, lo cual es terapéutico en sí mismo	TD	BD	D	D/A	A	BA	TA
27. Las enfermedades de los pacientes sólo pueden curarse con tratamiento médico; los vínculos afectivos con los pacientes no desempeñan un papel significativo en el mismo	TD	BD	D	D/A	A	BA	TA
28. Preguntar a los pacientes sobre qué está ocurriendo en su vida personal no ayuda a comprender su dolencia física	TD	BD	D	D/A	A	BA	TA
29. Intento comprender qué está pasando en la mente de los pacientes prestando atención a los aspectos no verbales y a su lenguaje corporal	TD	BD	D	D/A	A	BA	TA
30. No hay lugar para la emoción en el tratamiento de la enfermedad médica	TD	BD	D	D/A	A	BA	TA
31. La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual el éxito del tratamiento estaría limitado	TD	BD	D	D/A	A	BA	TA
32. La comprensión del estado emocional del paciente y su familia es importante en mi relación con ellos	TD	BD	D	D/A	A	BA	TA
33. Intento pensar como los pacientes para proporcionarles mejor atención	TD	BD	D	D/A	A	BA	TA
34. No me permito establecer vínculos personales fuertes con los pacientes ni con sus familias	TD	BD	D	D/A	A	BA	TA
35. Sólo me gusta leer literatura relacionada con mi profesión y descarto experimentar aficiones artísticas	TD	BD	D	D/A	A	BA	TA
36. La empatía es un importante factor terapéutico en el tratamiento médico	TD	BD	D	D/A	A	BA	TA



SALUD LABORAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

CUESTIONARIO 2

Habitualmente nuestro trabajo y los distintos aspectos del mismo nos producen satisfacción o insatisfacción en algún grado. Califique de acuerdo con estas alternativas el grado de *satisfacción o insatisfacción* que le producen distintos aspectos de su trabajo:

- A (M)uy (I)nsatisfecho
- B (I)nsatisfecho
- C (M)o(d)eradamente (I)nsatisfecho
- D Ni (S)atisfecho ni (I)nsatisfecho
- E (M)o(d)eradamente (S)atisfecho
- F (S)atisfecho
- G (M)uy (S)atisfecho

	A	B	C	D	E	F	G
37. Condiciones físicas de tu trabajo	MI	I	Mdl	I/S	MdS	S	MS
38. Libertad para elegir tu propio método de trabajo	MI	I	Mdl	I/S	MdS	S	MS
39. Tus compañeros de trabajo	MI	I	Mdl	I/S	MdS	S	MS
40. Reconocimiento que obtienes por el trabajo bien hecho	MI	I	Mdl	I/S	MdS	S	MS
41. Tu superior inmediato	MI	I	Mdl	I/S	MdS	S	MS
42. Responsabilidad que se te ha asignado	MI	I	Mdl	I/S	MdS	S	MS
43. Tu salario	MI	I	Mdl	I/S	MdS	S	MS
44. La posibilidad de utilizar tus capacidades	MI	I	Mdl	I/S	MdS	S	MS
45. Relación entre dirección y trabajadores en tu empresa	MI	I	Mdl	I/S	MdS	S	MS
46. Tus posibilidades de promocionar	MI	I	Mdl	I/S	MdS	S	MS
47. El modo en que tu empresa está gestionada	MI	I	Mdl	I/S	MdS	S	MS
48. La atención que se presta a las sugerencias que haces	MI	I	Mdl	I/S	MdS	S	MS
49. Tu horario de trabajo	MI	I	Mdl	I/S	MdS	S	MS
50. La variedad de tareas que realizas en tu trabajo	MI	I	Mdl	I/S	MdS	S	MS
51. Tu estabilidad en el empleo	MI	I	Mdl	I/S	MdS	S	MS

CUESTIONARIO 3

¿Con qué frecuencia le ocurre lo que se expresa en los siguientes enunciados? Por favor, conteste a todas las preguntas. Utilice para contestar la siguiente escala.

- A (N)unca
- B (C)asi (N)unca
- C (A)lgunas (V)eces
- D (R)egularmente
- E (B)astantes (V)eces
- F (C)asi (S)iempre
- G (S)iempre

	A	B	C	D	E	F	G
52. Estoy emocionalmente agotado por mi trabajo	N	CN	AV	R	BV	CS	S
53. Estoy “consumido” al final de un día de trabajo	N	CN	AV	R	BV	CS	S
54. Estoy cansado cuando me levanto por la mañana y tengo que afrontar otro día en mi trabajo	N	CN	AV	R	BV	CS	S
55. Trabajar todo el día es una tensión para mí	N	CN	AV	R	BV	CS	S
56. Puedo resolver de manera eficaz los problemas que surgen en mi trabajo	N	CN	AV	R	BV	CS	S
57. Estoy “quemado” por el trabajo	N	CN	AV	R	BV	CS	S
58. Contribuyo efectivamente a lo que hace mi organización	N	CN	AV	R	BV	CS	S
59. He perdido interés por mi trabajo desde que empecé en este puesto	N	CN	AV	R	BV	CS	S
60. He perdido entusiasmo por mi trabajo	N	CN	AV	R	BV	CS	S
61. En mi opinión soy bueno en mi puesto	N	CN	AV	R	BV	CS	S
62. Me estimula conseguir objetivos en mi trabajo	N	CN	AV	R	BV	CS	S
63. He conseguido muchas cosas valiosas en este puesto	N	CN	AV	R	BV	CS	S
64. Quiero simplemente hacer mi trabajo y no ser molestado	N	CN	AV	R	BV	CS	S
65. Me he vuelto más cínico respecto a la utilidad de mi trabajo	N	CN	AV	R	BV	CS	S
66. Dudo de la trascendencia y valor de mi trabajo	N	CN	AV	R	BV	CS	S
67. En mi trabajo, tengo la seguridad de que soy eficaz en la finalización de las cosas	N	CN	AV	R	BV	CS	S

Dr. José Antonio Ruiz Hernández – Departamento de Psiquiatría y Psicología Social – 868 88 40 49 – jaruiz@um.es
 Dr. Bartolomé Llor Esteban – Departamento de Ciencias Sociosanitarias – 868 88 72 79 – bllor@um.es



CUESTIONARIO 4

A continuación le presentamos una lista de situaciones tensas que pueden ocurrir en su puesto de trabajo con los **usuarios** (pacientes y familiares), **compañeros** (cualquier trabajador del centro) y **superiores** (jefaturas de las que depende).

¿Con qué frecuencia se ha visto en las siguientes situaciones? Por favor, conteste a todas las preguntas utilizando la escala que aparece a continuación:

A (N)unca
B (A)nualmente
C (T)rimestralmente
D (M)ensualmente
E (S)emanalmente
F (D)iarriamente

	A	B	C	D	E	F
68. Los usuarios cuestionan mis decisiones	N	A	T	M	S	D
69. Los usuarios me responsabilizan exageradamente de cualquier minucia	N	A	T	M	S	D
70. Los usuarios han llegando a sujetarme o tocarme de manera hostil	N	A	T	M	S	D
71. Los usuarios me acusan injustificadamente de incumplimientos, errores o complicaciones	N	A	T	M	S	D
72. Los usuarios me hacen bromas irónicas	N	A	T	M	S	D
73. Los usuarios han llegando a empujarme, zarandearme o escupirme	N	A	T	M	S	D
74. Los usuarios se enfadan conmigo por la falta de información	N	A	T	M	S	D
75. Los usuarios muestran su enfado contra mi destruyendo puertas, cristales, paredes etc.	N	A	T	M	S	D
76. Los usuarios se enfadan conmigo por la demora asistencial	N	A	T	M	S	D
77. Los usuarios me ponen malas caras o miradas de desprecio	N	A	T	M	S	D
78. Los usuarios me expresan su enfado elevando la voz o quejándose	N	A	T	M	S	D
79. Los usuarios interrumpen mi trabajo con malas formas	N	A	T	M	S	D
80. Los usuarios me amenazan si no se cumplen sus expectativas (recetas, análisis,...)	N	A	T	M	S	D
81. Los usuarios golpean el mostrador o la puerta de la consulta	N	A	T	M	S	D
82. Los usuarios se enfadan conmigo porque creen que empleo más tiempo en el resto de usuarios	N	A	T	M	S	D
83. Los usuarios se incomodan por mi nacionalidad o raza.	N	A	T	M	S	D
84. Los usuarios me rehúyen o evitan de mi por mi edad	N	A	T	M	S	D
85. Los usuarios me rechazan por mi género	N	A	T	M	S	D
86. Mi superior me hace insinuaciones o gestos sexuales no deseados	N	A	T	M	S	D
87. Mi superior amenaza con agredirme	N	A	T	M	S	D
88. Mi superior recomienda a mis compañeros que no hablen conmigo	N	A	T	M	S	D
89. Mi superior ha llegando a sujetarme o tocarme de forma hostil	N	A	T	M	S	D
90. Mi superior me ignora	N	A	T	M	S	D
91. Mi superior dificulta mi participación en actividades formativas, docentes o investigadoras	N	A	T	M	S	D
92. Mi superior minusvalora mis iniciativas	N	A	T	M	S	D
93. Hay compañeros que lanzan rumores falsos sobre mí	N	A	T	M	S	D
94. Hay compañeros que me hacen bromas irónicas	N	A	T	M	S	D
95. Hay compañeros que me critican por mi forma de trabajar	N	A	T	M	S	D
96. Hay compañeros que, a sabiendas, me acusan de errores cometidos por los demás	N	A	T	M	S	D
97. Hay compañeros que me ponen trabas para poder aprender las técnicas habituales de mi Servicio	N	A	T	M	S	D
98. Hay compañeros que critican mi vida privada	N	A	T	M	S	D
99. Hay compañeros que me excluyen de la información sobre el Servicio (relevos, cambio de protocolo, etc.)	N	A	T	M	S	D
100. Hay compañeros que han dejado de hablarme	N	A	T	M	S	D
101. Sufro miradas de desprecio o malas caras por parte de mis compañeros	N	A	T	M	S	D
102. Hay compañeros que ignoran mi presencia o no responden a mis preguntas	N	A	T	M	S	D



SALUD LABORAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

103. Valore de 0 a 10 el nivel de conflictividad de la población atendida en su centro de salud (0= Ninguna, 10= Altamente conflictivo): _____

104. ¿En los últimos 6 meses ha presenciado agresiones físicas hacia un compañero o superior? Sí A No B

105. ¿Cuántas veces?: _____

106. ¿En los últimos 6 meses, ha sido usted víctima de agresiones físicas en su puesto de trabajo? Sí A No B

107. ¿Cuántas veces?: _____

CUESTIONARIO Nº 5

Por favor, conteste a TODAS las preguntas, simplemente marcando con una X la opción que, a su juicio, se acerque más a lo que siente o ha sentido usted últimamente.

108. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?

- A. Mejor que lo habitual
- B. Igual que lo habitual
- C. Peor que lo habitual
- D. Mucho peor que lo habitual

109. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?

- A. No, en absoluto
- B. No más que lo habitual
- C. Bastante más que lo habitual
- D. Mucho más que lo habitual

110. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?

- A. No, en absoluto
- B. No más que lo habitual
- C. Bastante más que lo habitual
- D. Mucho más que lo habitual

111. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?

- A. No, en absoluto
- B. No más que lo habitual
- C. Bastante más que lo habitual
- D. Mucho más que lo habitual

112. ¿Ha padecido dolores de cabeza?

- A. No, en absoluto
- B. No más que lo habitual
- C. Bastante más que lo habitual
- D. Mucho más que lo habitual

113. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?

- A. No, en absoluto
- B. No más que lo habitual
- C. Bastante más que lo habitual
- D. Mucho más que lo habitual

114. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?

- A. No, en absoluto
- B. No más que lo habitual
- C. Bastante más que lo habitual
- D. Mucho más que lo habitual

115. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

- A. No, en absoluto
- B. No más que lo habitual
- C. Bastante más que lo habitual
- D. Mucho más que lo habitual

116. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?

- A. No, en absoluto
- B. No más que lo habitual
- C. Bastante más que lo habitual
- D. Mucho más que lo habitual

117. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?

- A. No, en absoluto
- B. No más que lo habitual
- C. Bastante más que lo habitual
- D. Mucho más que lo habitual

118. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?

- A. No, en absoluto
- B. No más que lo habitual
- C. Bastante más que lo habitual
- D. Mucho más que lo habitual

119. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?

- A. No, en absoluto
- B. No más que lo habitual
- C. Bastante más que lo habitual
- D. Mucho más que lo habitual



SALUD LABORAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

120. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?

- A. No, en absoluto
- B. No más que lo habitual
- C. Bastante más que lo habitual
- D. Mucho más que lo habitual

121. ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente?

- A. No, en absoluto
- B. No más que lo habitual
- C. Bastante más que lo habitual
- D. Mucho más que lo habitual

122. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?

- A. Más activo que lo habitual
- B. Igual que lo habitual
- C. Bastante menos que lo habitual
- D. Mucho menos que lo habitual

123. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?

- A. Menos tiempo que lo habitual
- B. Igual que lo habitual
- C. Más tiempo que lo habitual
- D. Mucho más tiempo que lo habitual

124. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?

- A. Mejor que lo habitual
- B. Igual que lo habitual
- C. Peor que lo habitual
- D. Mucho peor que lo habitual

125. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?

- A. Más satisfecho que lo habitual
- B. Igual que lo habitual
- C. Menos satisfecho que lo habitual
- D. Mucho menos satisfecho que lo habitual

126. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?

- A. Más útil que lo habitual
- B. Igual de útil que lo habitual
- C. Menos útil que lo habitual
- D. Mucho menos útil que lo habitual

127. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

- A. Más que lo habitual
- B. Igual que lo habitual
- C. Menos que lo habitual
- D. Mucho menos que lo habitual

128. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?

- A. Más que lo habitual
- B. Igual que lo habitual
- C. Menos que lo habitual
- D. Mucho menos que lo habitual

129. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

- A. No, en absoluto
- B. No más que lo habitual
- C. Bastante más que lo habitual
- D. Mucho más que lo habitual

130. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?

- A. No, en absoluto
- B. No más que lo habitual
- C. Bastante más que lo habitual
- D. Mucho más que lo habitual

131. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?

- A. No, en absoluto
- B. No más que lo habitual
- C. Bastante más que lo habitual
- D. Mucho más que lo habitual

132. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?

- A. Claramente, no
- B. Me parece que no
- C. Se me ha cruzado por la mente
- D. Claramente lo he pensado

133. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?

- A. No, en absoluto
- B. No más que lo habitual
- C. Bastante más que lo habitual
- D. Mucho más que lo habitual

134. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?

- A. No, en absoluto
- B. No más que lo habitual
- C. Bastante más que lo habitual
- D. Mucho más que lo habitual

135. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?

- A. Claramente, no
- B. Me parece que no
- C. Se me ha cruzado por la mente
- D. Claramente lo he pensado



SALUD LABORAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

***Muchas gracias por su colaboración.
Esperamos que la información que
nos facilita repercute en la mejora de
sus condiciones de trabajo.***

Departamento de Psiquiatría y Psicología Social
Departamento de Ciencias Sociosanitarias

Si desea conocer dentro de unos meses un breve resumen de los resultados de este estudio indique con claridad un correo electrónico: _____

CUANDO ENTREGUE EL CUESTIONARIO NO OLVIDE RECOGER EL PEQUEÑO OBSEQUIO QUE HEMOS PREPARADO PARA USTED.

ANEXO 2. MODELO DE CARTA A LA DIRECCIÓN DE LOS CENTROS Y AL COMITÉ DE ÉTICA.

Mi nombre es Ana Isabel López García soy enfermera especialista en salud mental y me dirijo a ustedes con el fin de solicitar su autorización para llevar a cabo un proyecto de investigación.

El proyecto se denomina “Promoción de la salud en los profesionales de la red de salud mental: Un estudio de la violencia laboral en la Región de Murcia.”

La razón básica de la realización de este estudio es la de profundizar y ampliar los conocimientos sobre el fenómeno de la violencia laboral presente en los centros de entre los profesionales de la red de salud mental y los pacientes.

Dentro del estudio nos planteamos las siguientes hipótesis:

- Los profesionales de la red de salud mental de la Región de Murcia están expuestos a un nivel elevado de violencia por parte de los usuarios.
- La violencia a la que se ven expuestos los profesionales de la red de salud mental por parte de los usuarios repercute negativamente sobre su salud.

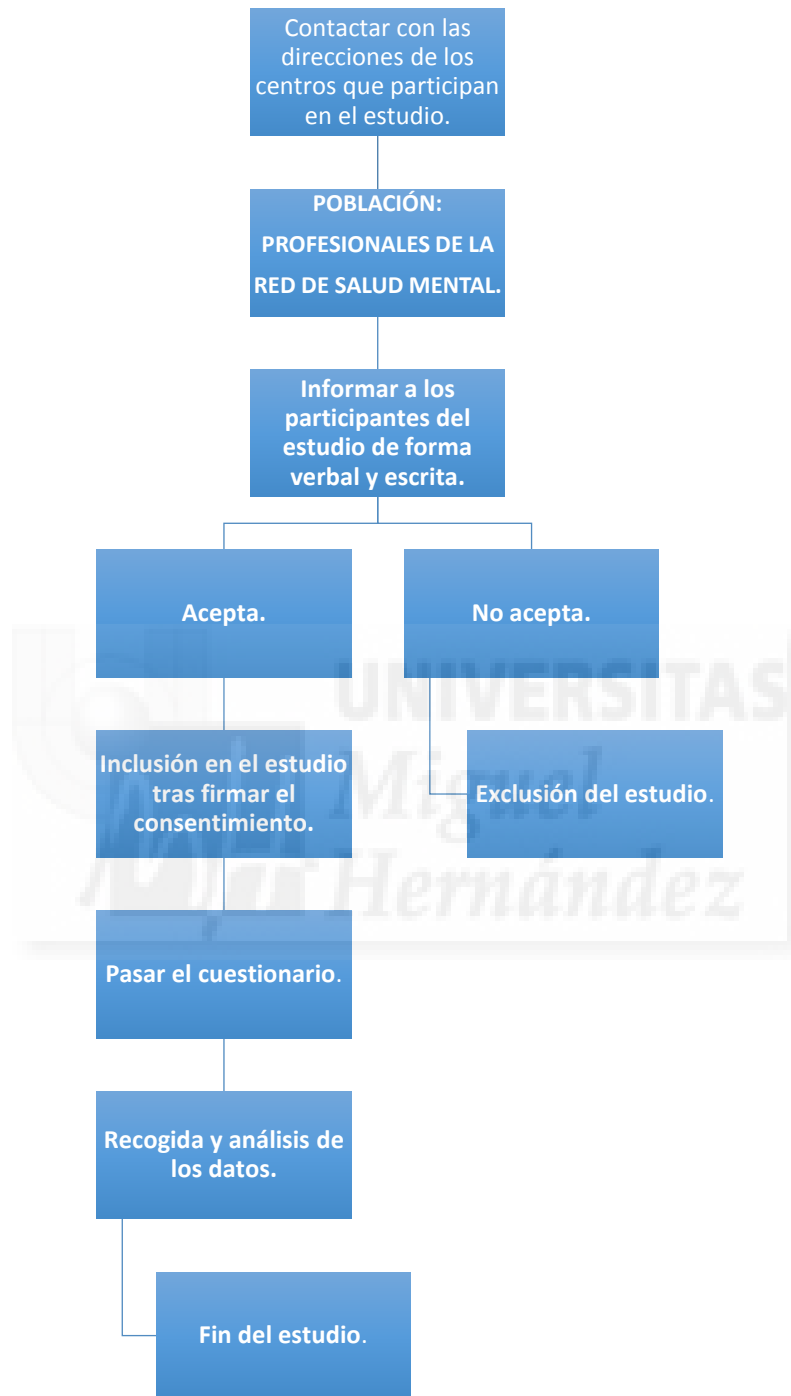
Se llevará a cabo un estudio transversal analítico a través de un cuestionario autoaplicado, individual y anónimo.

El trabajador recibirá la encuesta en un sobre donde deberá guardarla tras cumplimentarla y entregarla sin identificar y con el sobre cerrado al investigador. El investigador acudirá varias veces por semana al centro de salud para resolver dudas y/o recoger las encuestas cumplimentadas. El plazo para la recogida de los protocolos tendrá un tiempo máximo de dos semanas.

Para cualquier duda estamos a su disposición, agradeciendo de antemano su colaboración.

Un cordial saludo.

ANEXO 3. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO



ANEXO 4. HOJA INFORMATIVA DEL ESTUDIO PARA LOS PARTICIPANTES

Me dirijo a usted para informarle del estudio que vamos a llevar a cabo.

La mayoría de las personas pasamos una gran parte de nuestro tiempo trabajando, de modo que las condiciones de trabajo, las relaciones con los compañeros y el trabajo en sí mismo tienen gran importancia en nuestra vida.

Por ello hemos realizado un protocolo, donde además de constar unos datos sociolaborales y sociodemográficas, se compone de seis escalas que pretenden medir si los profesionales de la red de salud mental de la Región de Murcia están expuestos a un nivel elevado de violencia por parte de los usuarios y que si esta violencia a la que se ven expuestos repercute negativamente sobre su salud.

Para llevar a cabo el estudio necesitaremos su colaboración para rellenar este protocolo. Su participación es de carácter voluntario e igualmente, podrá retirarse del estudio cuando lo desee. Le recordamos que toda la información que deposite será confidencial.

La identificación de las manifestaciones y la intensidad de violencia permitirán poder formar de manera más específica a estos profesionales, con el fin de proporcionar mejores estrategias de prevención, intervención y servicios de apoyo y para modificar y adaptar el entorno laboral y conseguir un lugar de trabajo libre de violencia.

Para cualquier duda y/o sugerencia puede contactar con el responsable del estudio en el teléfono 676111980.

Muchas gracias por su colaboración.

ANEXO 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PARTICIPANTES

D./Dña....., de años de edad y con DNI.....acepto participar voluntariamente en la investigación, conducida por Ana Isabel López García con DNI 48512270A, habiendo sido informado(a) de que la meta de este estudio es el análisis de las condiciones de Salud Laboral en Centros de Salud Mental.

He sido informado(a) de que la participación es este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Las respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

He sido informado(a) de que mis datos serán tratados de manera confidencial y sólo serán usados con fines docentes y de investigación, estando protegidos por la Ley 15/1999 de 13 de diciembre (Ley de Protección de Datos).

Tomando todo lo anterior en consideración, otorgo mi consentimiento a participar en este estudio para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

En Murcia, a ____ de _____ de 2017.

Firmado:

ANEXO 6. CRONOGRAMA DEL ESTUDIO

FASES DEL PLAN DE TRABAJO	TAREAS ESPECÍFICAS	TEMPORIZACIÓN APROXIMADA (Total: 1 año)
1. Notificación del estudio.	<ul style="list-style-type: none"> • Autorización por escrito a las Direcciones de los distintos Centros para llevarlo a cabo. (Anexo 2) • Comunicación del estudio al Comité Ético de Investigación Clínica. (Anexo 2) • Contacto con los profesionales, solicitud de colaboración para la realización del estudio. 	Un mes.
2. Presentación en los diferentes centros de la red de salud mental.	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega de la hoja de información y consentimiento informado a los profesionales (Anexos 4 y 5). • Entrega de los cuestionarios en los distintos centros. (Anexo 1) 	Tres meses.
3. Recogida.	Recogida de cuestionarios de los distintos centros de la red de salud mental.	Tres meses.
4. Análisis estadístico de los resultados.		Un mes.
5. Elaboración de informes.	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de informes de los resultados obtenidos. • Remisión de estos a los centros que hayan participado en el estudio y al Observatorio de Riesgos Laborales de la Región de Murcia. 	Dos meses.
6. Publicación de resultados.	Publicación de los resultados y conclusiones del estudio.	Dos meses.

ANEXO 7. TEMPORIZACIÓN DEL ESTUDIO

ETAPAS DE DESARROLLO												
MES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1 FASE: Notificación.												
2 FASE: Presentación.												
3 FASE: Recogida.												
4 FASE: Análisis.												
5 FASE: Informes.												
6 FASE: Publicación.												

