

***Condiciones de trabajo y calidad
de vida laboral en profesionales de
la salud: el papel modulador de la
resiliencia y la autoeficacia, sobre el
síndrome de burnout y el
engagement***

DOCTORANDO

D. José Ignacio Villar Navarro

DIRECTOR

Dr. D. José María León Rubio

Departamento de Psicología Social

Universidad de Sevilla

Sevilla, 2015





JOSE MARIA LEON RUBIO, Doctor en Psicología y Catedrático de Universidad en activo, adscrito al Departamento de Psicología social, de la Universidad de Sevilla, en calidad de Director del trabajo de investigación titulado "CONDICIONES DE TRABAJO Y CALIDAD DE VIDA LABORAL EN PROFESIONALES DE LA SALUD: EL PAPEL MODULADOR DE LA RESILIENCIA Y LA AUTOEFICACIA SOBRE EL SINDROME DE BURNOUT Y EL ENGAGEMENT", realizado por D. JOSÉ IGNACIO VILLAR NAVARRO

INFORMA

Que dicho trabajo de investigación reúne los requisitos teóricos, metodológicos, bibliográficos y éticos, así como legales, requeridos para que el mismo sea presentado para su lectura y defensa como tesis doctoral y optar a la obtención del grado de doctor.

Lo que firmo, para que así conste donde proceda, en Sevilla, el día catorce, de mayo, de dos mil quince (14/05/2015).

Fdo.: José María León Rubio

Director de la Tesis

“He sido un hombre muy afortunado en la vida...

Nada me ha sido fácil”.

Sigmund Freud.

A mis padres.

A la abuela Mati.... mi otra madre.

A mi familia.

Agradecimientos.

En primer lugar quiero expresar mi agradecimiento a mi Director de Tesis, José María León Rubio, por sus orientaciones y consejos, y sobre todo por la confianza puesta en mí.

Agradecerle también a Francisco Javier Cantero, su paciencia, su hospitalidad y ser como es.

Así mismo, agradecer a Juan Manuel Praena, su ayuda para poner orden en los números de esta investigación.

A los profesionales del Hospital Virgen del Rocío, por su inestimable colaboración.

Mi agradecimiento a todos los profesores y profesoras, que he tenido a lo largo de mi vida, por su dedicación y por todo lo que me han enseñado, con su saber y con su ejemplo.

No quiero olvidar a todos los alumnos y alumnas que he tenido desde que inicié mi carrera docente y con quienes, cada curso, tengo la fortuna de recorrer un trozo de mi vida. Sin ellos nada de esto tendría sentido.

Agradecerle también a todos los compañeros de trabajo y de estudio, los momentos compartidos y su ánimo constante.

Finalmente, mi más sincera gratitud a los pacientes que, durante mi carrera profesional, he tenido la oportunidad de atender. Ellos han sido mi principal estímulo para seguir formándome.

Resumen

El objetivo de esta investigación fue analizar el efecto moderador que la resiliencia y la autoeficacia, pueden tener sobre el burnout y el engagement, como precursores de la calidad de vida laboral.

La población del estudio estuvo constituida por la totalidad del personal sanitario, que a fecha 01/01/2012, trabajan en los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío en Sevilla (N= 4641). Se realizó un muestreo aleatorio-accidental, por cuotas de sexo y profesión, obteniéndose una muestra de 374 personas, lo que supone un error de muestreo del 4.86%, en un intervalo de confianza del 95%, para una probabilidad del fenómeno estudiado del 50%.

El proceso de recogida de información se extendió a lo largo de los meses comprendidos entre mayo y septiembre de 2012. Por medio del procedimiento de muestreo indicado, se seleccionaron a los trabajadores de cada Unidad o Servicio. A cada trabajador se le entregó un cuadernillo con la solicitud de participación en la investigación y los diferentes cuestionarios para cumplimentarlos. Estos introdujeron en un sobre las encuestas y en otro el consentimiento firmado. Depositaron ambos sobres en una carpeta disponible en cada Unidad a tal efecto. Para acceder a los profesionales, se solicitó su colaboración a los Directores de Unidades Clínicas, Jefes de Servicio, Jefes de Bloque y Supervisores, a los cuales se les entregaron los cuestionarios con la indicación de que los repartieran entre el personal a su cargo. Con el fin de asegurar la obtención de tantos cuestionarios como elementos de la muestra calculada (353 personas) y considerando que el nivel de respuesta esperado en nuestro medio, oscila entre el 40 y el 50%, se repartieron 706 cuestionarios, el doble de los necesarios. Se recogieron 386 cuestionarios (tasa de respuesta 54,67%), de los cuales 374 fueron considerados válidos y 12 fueron excluidos por estar cumplimentados de forma incompleta. Por consiguiente, los participantes fueron 374 profesionales de la salud, 74.3% mujeres y 25.7% hombres. La media de edad fue de 44.58 años.

Se utilizaron los siguientes instrumentos: La Escala de Calidad de Vida Relacionada con el Trabajo, WRQoL (Van Laar, Edwards, & Easton, 2007); El Inventario de Evaluación de Riesgos Psicosociales en la Administración Pública (León-Rubio & Avargues, 2007); La Escala de Resiliencia de Connor y Davidson (Connor & Davidson, 2003); La Escala de Utrecht de Engagement en el trabajo, UWES (Schaufeli, Salanova, González-Romá, & Bakker, 2002); La Escala de Shirom-Melamed de Evaluación del Burnout (Melamed, Kushnir, & Shirom, 1992); La Escala de Shirom-Melamed de Evaluación del Vigor (Shirom, 2003) y la Escala de Autoeficacia Profesional (León-Rubio, Cantero y León-Pérez, 2009).

Los análisis de regresión efectuados no confirmaron el efecto moderador de la autoeficacia, pero sí el efecto de la resiliencia. No se encontraron diferencias importantes entre sexos para las variables estudiadas. En cuanto a los grupos profesionales, los auxiliares son los que mayor calidad de vida laboral presentan, seguidos de los enfermeros y por último los médicos.

Las principales implicaciones teóricas y prácticas de estos resultados son: (1) la autoeficacia y sobre todo la resiliencia, predicen gran parte de la varianza del burnout, del engagement y de la CVL. (2) La resiliencia ejerce un efecto indirecto sobre la CVL, a través de la promoción del engagement y la amortiguación del burnout. (3) La resiliencia es una característica de las personas, que no se desarrolla y se "expresa" en ámbitos concretos de la vida (como el laboral), sino que tiene un efecto generalizado. (4) Las variables derivadas de los modelos salutogénicos, entre ellas la resiliencia, pueden ejercer un efecto protector sobre la salud y la CVL, en colectivos expuestos a un importante estrés laboral. (5) Por todo ello, se deben implementar medidas para la promoción de estas variables, sobre todo, en aquellos profesionales más expuestos a los efectos del estrés.

Palabras claves: Salud laboral, resiliencia, autoeficacia, burnout, engagement, calidad de vida laboral.

Résumé

L'objectif de cette recherche fût d'analyser l'effet modérateur que la résilience et l'auto-efficacité peuvent avoir sur le burnout et l'engagement, en tant que précurseurs de la qualité de vie professionnelle.

La population de l'étude fût constituée par la totalité du personnel sanitaire qu'à la date de 01/01/2012 travaillent dans les Hôpitaux Universitaires Virgen del Rocío (N=4641).

On a réalisé un échantillonnage aléatoire-accidentelle par sexes et professions, obtenant ainsi un échantillon de 374 personnes, ce qui suppose un erreur d'échantillonnage du 4.86% dans un intervalle de confiance du 95%, pour une probabilité du phénomène étudié du 50%.

Le procès de collecte d'information s'est étendu pendant les mois de mai et septembre 2012. À travers ce processus d'échantillonnage indiqué, on a sélectionné aux travailleurs de chaque Unité ou Service. Il fût livré à chaque travailleur un cahier avec la sollicitude de participation dans la recherche et différents questionnaires à remplir. Ceux-ci introduisirent dans une enveloppe les questionnaires et, dans un autre enveloppe, leur consentement signé. Ils déposèrent les deux enveloppes dans un dossier disponible dans chaque unité à tel effet. Pour accéder aux professionnels, on sollicitât la collaboration aux Directeurs des Unités Cliniques, Chef de Zone et Superviseurs, auxquels on avait livré les questionnaires afin qu'ils pourraient les rendre au personnel mis à sa charge. Afin de garantir l'obtention autant de questionnaires comme d'éléments de l'échantillon calculé (353 personnes) et considérant que les niveaux de réponse espérés oscillent en moyenne entre le 40% et le 50%, on délivra 706 questionnaires, le double du nécessaire. Ils furent recueillis 386 questionnaires (taux de réponse 54,67%), desquels 374 furent considérés valides et 12 furent exclus par manque d'information. Les participants furent donc 374 professionnels de la santé, dont 74.3% femmes et 25.7% hommes. La moyenne d'âge fût de 44.58 années.

On a utilisé les instruments suivants: Le Work Related Quality of Live, WRQoL (Van Laar, Edwards, & Easton, 2007); L' Inventaire d'Évaluation des Risques Psychosociaux dans l' Administration Publique (León-Rubio & Avargues, 2007); L' Échelle de Résilience de Connor et Davidson (Connor & Davidson, 2003); L'Échelle d'engagement au travail d'Utrecht, UWES (Schaufeli, Salanova, González-Romá, & Bakker, 2002); Le Shirom-Melamed Burnout Measure (Melamed, Kushnir, & Shirom, 1992); Le Shirom-Melamed Vigor Measure (Shirom, 2003) et l'Échelle d'Auto-efficacité Professionnelle (León-Rubio, Cantero y León-Pérez, 2009).

Les analyses de régression effectuées n'ont pas confirmé l'effet modérateur de l'auto-efficacité, mais celui de la résilience. On n'a pas trouvé de différences importantes par sexes pour les variables étudiées. En ce qui concerne les groupes professionnels, les auxiliaire du infirmière sont ceux qui présentent une meilleure qualité de vie au travail, suivis des infirmiers et des médecins, enfin.

Les principales implications théoriques et pratiques de ces résultats sont: (1) L'auto-efficacité et, surtout, la résilience prédisent une grande partie de la variance du burnout, de l'engagement et de la QVP. (2) La résilience exerce un effet indirect sur la QVP, à travers la promotion de l'engagement et l'amortissement du burnout. (3) La résilience est une caractéristique des personnes, elle ne se développe pas et s'exprime dans des domaines concrets de la vie (tel que le professionnel), mais elle possède un effet généralisé. (4) Les variables dérivées des modèles salutogènes -parmi lesquelles, la résilience- peuvent exercer un effet protecteur sur la santé et la QVP dans des collectifs exposés à un stress professionnel important. Pour autant, il est nécessaire d'implanter des mesures pour la promotion de ces variables, surtout pour tous ces professionnels qui sont plus exposés aux effets du stress.

Mots clés: Santé au travail, résilience, auto-efficacité, burnout, engagement, qualité de vie professionnelle.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	3
1. MARCO CONCEPTUAL DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD OCUPACIONAL POSITIVA.....	9
2. VARIABLES LABORALES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE VIDA LABORAL.....	13
2.1. Demandas	13
2.2. Recursos.....	16
3. MODELOS TEÓRICOS SOBRE SALUD OCUPACIONAL	19
3.1. Modelos centrados en la pérdida de recursos.....	19
3.1.1. Modelo de estrés y coping (Lazarus y Folkman).....	20
3.1.2. Modelo de Conservación de Recursos (Hobfoll)	22
3.2. Modelos de ajuste-desajuste	23
3.2.1. Modelo de Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa (Siegrist)	23
3.2.2. Modelo de Ajuste Persona-Ambiente (French, Caplan y Harrison).....	26
3.2.3. Modelo "Vitaminico" (Warr)	27
3.3. Modelos de demandas-recursos	30
3.3.1. Modelo de demanda-control (Karasek)	30
3.3.2. Modelo de Demandas-Recursos Laborales (Demerouti, Bakker, Janssen y Schaufeli).....	33
3.3.3. Modelo de Recursos, Experiencias y Demandas (Salanova et al.).....	35
3.4. Conclusiones sobre los modelos	38
4. VARIABLES PSICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE VIDA LABORAL.....	41
4.1. Capital Psicológico.....	41
4.1.1. Autoeficacia	43
4.1.2. Resiliencia.....	44
4.2. Personalidad Resistente	49
4.3. Sentido de la Coherencia	50
5. ENGAGEMENT	53
6. CALIDAD DE VIDA LABORAL.....	57

7. PERSPECTIVA TEÓRICA DE LA INVESTIGACIÓN	63
7.1. Justificación del planteamiento teórico	63
7.2. Justificación del interés personal	65
PARTE II.	67
MARCO EMPÍRICO	67
8. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	69
9. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	71
10. INSTRUMENTOS	73
10.1. Variables determinantes	73
10.1.1. Inventario de Evaluación de Riesgos Psicosociales....	73
10.2. Variables predictoras	76
10.2.1. Escala de Autoeficacia Profesional	76
10.2.2. Connor-Davidson Resilience Scale	76
10.3. Variables criterio	78
10.3.1. Escala de Shirom-Melamed de evaluación del Burnout	78
10.3.2. Escala de Shiron-Melamed de evaluación del Engagement.....	78
10.3.3. Escala UWES. Versión española del cuestionario Utrecht Work Engagement Scale.....	79
10.3.4. Escala de Calidad de Vida Laboral para trabajadores sanitarios WRQoL	80
11. CONSIDERACIONES ÉTICAS	83
12. DISEÑO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA	85
13. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	91
13.1. Análisis de la estructura de la muestra	91
13.2. Análisis descriptivo general de los resultados	92
13.2.1. Datos biográficos	92
13.2.2. Datos laborales	94
13.3. Análisis descriptivo de las variables determinantes, relaciones con el sexo y la profesión	99
13.3.1. Riesgos Psicosociales	99
13.4. Análisis descriptivo de las variables predictoras, relaciones con el sexo y la profesión	105
13.4.1. Autoeficacia en el Trabajo	105
13.4.2. Resiliencia.....	107

13.5. Análisis descriptivo de las variables criterio, relaciones con el sexo y la profesión.....	117
13.5.1. Burnout.....	117
13.5.2. Vigor laboral	120
13.5.3. Engagement.....	123
13.5.4. Calidad de vida Laboral	127
13.6. Análisis de las correlaciones de las variables del estudio	140
13.6.1. Variables biográficas y laborales, con el resto de las variables	140
13.6.2. Resiliencia con Autoeficacia, Engagement, Vigor, Burnout y Calidad de vida laboral	141
13.6.3. Autoeficacia con Engagement, Vigor, Burnout y Calidad de vida laboral	142
13.6.4. Engagement, Vigor, Burnout y Calidad de vida laboral.	143
13.7. Análisis de los efectos de las variables determinantes sobre las variables criterio	145
13.7.1. Efecto de las condiciones laborales sobre la autoeficacia, la resiliencia, el engagement, el vigor, el burnout y la calidad de vida laboral	145
13.8. Análisis de los efectos de las variables predictoras sobre las variables criterio.....	150
13.8.1. Efecto de los niveles de autoeficacia sobre el engagement, el vigor, el burnout y la calidad de vida laboral	150
13.8.2. Efecto de los niveles de resiliencia sobre el engagement, el vigor, el burnout y la calidad de vida laboral	154
13.8.3. Análisis de regresión de las variables del estudio... 157	
13.8.3.1. Análisis de regresión del Burnout como criterio.	158
13.8.3.2. Análisis de regresión del Vigor como criterio.	159
13.8.3.3. Análisis de regresión del Engagement como criterio.....	160
13.8.3.4. Análisis de regresión de la Calidad de Vida Laboral como criterio.....	161
13. 9. Análisis del efecto de moderación de la resiliencia y la autoeficacia, entre las condiciones laborales y las variables criterio.	163
13.9.1. Análisis del efecto de moderación de la resiliencia y la autoeficacia, sobre el burnout.	165
13.9.2. Análisis del efecto de moderación de la resiliencia y la autoeficacia, sobre el engagement.....	166
13.9.3. Análisis del efecto de moderación de la resiliencia y la autoeficacia, sobre la calidad de vida laboral.	167
13. 10. Análisis del efecto de mediación de la resiliencia y la autoeficacia, entre las condiciones laborales y las variables criterio.	168

13.10.1. Análisis del efecto de mediación de la resiliencia y la autoeficacia, sobre el burnout.	169
13.10.2. Análisis del efecto de mediación de la resiliencia y la autoeficacia, sobre el engagement.....	170
13.10.3. Análisis del efecto de mediación de la resiliencia y la autoeficacia, sobre la calidad de vida laboral.	171
14. DISCUSIÓN.....	173
14.1. Análisis descriptivo de las variables.....	173
14.2. Análisis correlacional de las variables.....	179
14.3. Efectos de las condiciones laborales sobre las variables estudiadas	182
14.4. Efecto de los niveles de autoeficacia y resiliencia sobre las variables criterio.....	184
14.5. Análisis de regresión de las variables estudiadas.....	185
14.6. Análisis de moderación de las variables estudiadas	188
15. CONCLUSIONES.....	193
16. LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y LÍNEAS DE TRABAJO FUTURAS	201
16.1. Limitaciones.....	201
16.2. Líneas de trabajo futuras.....	202
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	205
ANEXOS.....	229
ANEXO I. Instrumentos.....	231
Escala de información sociodemográfica.....	232
Cuestionario de Riesgos Psicosociales.	233
Escala de Autoeficacia en el Trabajo	236
Escala de Connor y Davidson.....	238
Shirom-Melamed Burnout Measure (SMBM).....	240
Shirom-Melamed Vigor Measure (SMVM)	241
Encuesta de Bienestar y Trabajo (UWES)	242
Cuestionario de Calidad de Vida Laboral. WRQoL.	243
ANEXO II. Informe del Comité de Ética de la Investigación de Centro H.U. Virgen del Rocío.....	245

INDICE DE TABLAS

- Tabla 1 . Clasificación de las Demandas y Recursos laborales.
- Tabla 2. "Vitaminas laborales" y efectos sobre la salud psicosocial.
- Tabla 3. Componentes del Capital Psicológico.
- Tabla 4. Elementos que configuran la Calidad de Vida Laboral.
- Tabla 5. Comparación de la estructura de la población y de la muestra.
- Tabla 6. Distribución de edades de las personas encuestadas.
- Tabla 7. Distribución por sexos.
- Tabla 8. Distribución por grupos laborales.
- Tabla 9. Distribución por Servicios asistenciales.
- Tabla 10. Distribución por antigüedad en la organización.
- Tabla 11. Distribución por tipo contrato.
- Tabla 12. Distribución según la dedicación.
- Tabla 13. Distribución según jornada laboral.
- Tabla 14 Distribución por sexo y profesión.
- Tabla 15. Distribución según la clasificación Demanda-Control-Apoyo.
- Tabla 16. Distribución por sexo y condición laboral.
- Tabla 17. Condición Laboral*Sexo tabulación cruzada.
- Tabla 18. Prueba de Chi-cuadrado para diferencias entre sexo y condición laboral.
- Tabla 19. Condición Laboral*Grupo profesional. Tabulación cruzada.
- Tabla 20. Condición Laboral*Profesión. Tabulación cruzada.

Tabla 21. Prueba de Chi-cuadrado para diferencias entre grupo profesional y condición laboral.

Tabla 22. Medias, SD y percentiles según sexo y grupo profesional en la variable Autoeficacia.

Tabla 23. Comparación de medias en Autoeficacia según sexo.

Tabla 24. Comparación de medias en Autoeficacia según grupo profesional.

Tabla 25. Autovalores iniciales para la regla de Kaiser en la CD-Resilience Scale.

Tabla 26. Matriz de componentes rotados de la CDRS.

Tabla 27. Matriz de correlaciones entre los factores y el total de la escala.

Tabla 28. Índices de bondad de ajuste de la escala de Connor y Davidson.

Tabla 29. Niveles de resiliencia y sus factores, según sexo y grupo profesional.

Tabla 30. Prueba T para diferencia de medias en la CDRS entre hombres y mujeres.

Tabla 31. Prueba T para diferencia de medias en F1 y F3 de la CDRS entre los grupos profesionales.

Tabla 32. Niveles de burnout y sus factores, según sexo y grupo profesional.

Tabla 33. Prueba de diferencia de medias en burnout y sus dimensiones entre hombres y mujeres.

Tabla 34. Prueba de diferencia de medias en burnout y sus dimensiones entre los tres grupos profesionales.

Tabla 35. Niveles de vigor y sus dimensiones entre sexos y grupos profesionales.

Tabla 36. Prueba T de comparación de medias para Vigor y Vivacidad entre hombres y mujeres.

Tabla 37. Prueba de comparación de medias para E. Emocional y F. Física entre ambos sexos.

Tabla 38. ANOVA de los niveles de Vigor, F. F. y Vivacidad entre los tres grupos profesionales.

Tabla 39. Comparación del nivel de E. Emocional entre los tres grupos profesionales.

Tabla 40. Niveles de Engagement en para ambos sexos y los tres grupos profesionales.

Tabla 41. Comparación de medias de los niveles de Engagement entre ambos sexos.

Tabla 42. Pruebas de igualdad de medias para Engagement, vigor y absorción entre los grupos profesionales.

Tabla 43. Contraste pos hoc, para la dimensión absorción entre los grupos profesionales.

Tabla 44. Diferencia de medias en los niveles de Dedicación entre los grupos profesionales.

Tabla 45. Autovalores iniciales para la regla de Kaiser en la WRQoL.

Tabla 46. Correlaciones de los factores de la WQRoL.

Tabla 47. Matriz de componentes rotados de la WRQoL.

Tabla 48. Índices de bondad de ajuste de la escala WRQoL.

Tabla 49. Niveles de WRQoL y sus factores por sexo y profesión.

Tabla 50. Comparación de los niveles de CVL de la muestra con el baremo europeo.

Tabla 51. Contraste de diferencia de medias entre hombres y mujeres para las puntuaciones de la WRQoL.

Tabla 52. Diferencias de medias para WRQoL y F1, F2, F4 y F6 entre los grupos profesionales.

Tabla 53. Prueba de Bonferroni para comparaciones múltiples de la puntuación total de WRQoL, entre los tres grupos profesionales.

Tabla 54. Comparación de medias en los factores 3 y 5 de la WRQoL, entre los tres grupos profesionales.

Tabla 55. Prueba de Games-Howell para comparaciones múltiples de la puntuación del factor 3, entre los tres grupos profesionales.

Tabla 56. Correlaciones entre las variables biográficas y laborales cuantitativas y el resto de las variables estudiadas.

Tabla 57. Correlaciones de Resiliencia con Autoeficacia, Engagement, Vigor, Burnout y Calidad de vida laboral.

Tabla 58. Correlaciones de Autoeficacia con Engagement, Vigor, Burnout y Calidad de vida laboral.

Tabla 59. Correlaciones entre Engagement, Vigor, Burnout y Calidad de vida laboral.

Tabla 60. Promedios y SD de las variables predictoras y las variables criterio para las situaciones laborales "Motivación" y "Tensión".

Tabla 61. Comparación de medias en Autoeficacia, Resiliencia, Vigor y Engagement, entre los grupos de "Motivación" y "Tensión".

Tabla 62. Comparación de medias en Burnout y Calidad de Vida Laboral, entre los grupos de "Motivación" y "Tensión".

Tabla 63. Promedios y SD en las variables estudiadas, entre los grupos "Tensión apoyo alto" y "Tensión apoyo bajo".

Tabla 64. Comparación de medias en Resiliencia, Vigor, Engagement y CVL entre los grupos "Tensión apoyo alto" y "Tensión apoyo bajo".

Tabla 65. Comparación de medias en Autoeficacia y burnout entre los grupos "Tensión apoyo alto" y "Tensión apoyo bajo".

Tabla 66. Medias y Sd de las variables criterio, para los diferentes niveles de autoeficacia.

Tabla 67. Comparación de las medias de las variables criterio entre los tres niveles de autoeficacia.

Tabla 68. Comparaciones múltiples entre los tres niveles de autoeficacia y las variables criterio.

Tabla 69. Medias y Sd de las variables criterio, para los diferentes niveles de resiliencia.

Tabla 70. Comparación de las medias de las variables criterio entre los tres niveles de resiliencia.

Tabla 71. Comparaciones múltiples entre los tres niveles de resiliencia y las variables criterio.

Tabla 72. Resumen del modelo de regresión sobre el burnout.

Tabla 73. Coeficientes del modelo de regresión sobre el burnout.

Tabla 74. Resumen del modelo de regresión sobre el vigor.

Tabla 75. Coeficientes del modelo de regresión sobre el Vigor.

Tabla 76. Resumen del modelo de regresión sobre el engagement.

Tabla 77. Coeficientes del modelo de regresión sobre el engagement.

Tabla 78. Resumen del modelo de regresión sobre la CVL.

Tabla 79. Coeficientes del modelo de regresión sobre la CVL.

Tabla 80. Moderación de la resiliencia entre las condiciones de trabajo y el burnout.

Tabla 81. Efecto de moderación de la autoeficacia entre las condiciones de trabajo y el burnout.

Tabla 82. Efecto de moderación de la resiliencia entre las condiciones de trabajo y el engagement.

Tabla 83. Efecto de moderación de la autoeficacia entre las condiciones de trabajo y el engagement.

Tabla 84. Efecto de moderación de la resiliencia entre las condiciones de trabajo y la Calidad de Vida Laboral.

Tabla 85. Efecto de mediación de la resiliencia entre las condiciones de trabajo y el burnout.

Tabla 86. Efecto de moderación de la resiliencia entre las condiciones de trabajo y la Calidad de Vida Laboral.

Tabla 87. Efecto de mediación de la resiliencia entre las condiciones de trabajo y el engagement.

Tabla 88. Efecto de mediación de la autoeficacia entre las condiciones de trabajo y el engagement.

Tabla 89. Efecto de mediación de la resiliencia entre las condiciones de trabajo y la Calidad de Vida Laboral.

INDICE DE FIGURAS.

- Figura 1. Modelo de estrés y coping.
- Figura 2. Modelo Conservación de Recursos.
- Figura 3 . Esquema de las relaciones entre Esfuerzos y Recompensas.
- Figura 4. Modelo desequilibrio esfuerzos y Recompensas.
- Figura 5. Elementos del Modelo de Ajuste Persona-Ambiente.
- Figura 6. Ejes de la salud psicosocial según el Modelo Vitamínico.
- Figura 7. Modelo de demanda-control.
- Figura 8. Procesos de Motivación/Deterioro.
- Figura 9. Modelo de Recursos, Experiencias y Demandas.
- Figura 10. Esquema de las interacciones según la Teoría Social Cognitiva
- Figura 11. Burnout-Engagement.
- Figura 12. Modelo Teórico de la investigación.
- Figura 13. Distribución de edades de las personas encuestadas.
- Figura 14. Distribución por sexos.
- Figura 15. Distribución por grupos laborales.
- Figura 16. Distribución por antigüedad en la organización.
- Figura 17. Distribución por tipo contrato.
- Figura 18. Distribución según la dedicación.
- Figura 19. Distribución según jornada laboral.
- Figura 20. Distribución por sexo y profesión.
- Figura 21. Distribución según la clasificación Demanda-Control-Apoyo.
- Figura 22. Porcentajes según sexo y condición laboral.

Figura 23. Porcentajes según grupo profesional y condición laboral.

Figura 24. Gráfico de sedimentación de la muestra total en la CD-Resilience Scale.

Figura 25. Comparación hombres-mujeres en la CDRS y sus factores.

Figura 26 Comparación de los niveles en la CDRS y sus factores, entre los tres grupos profesionales

Figura 27. Comparación de los niveles de burnout y sus dimensiones, entre ambos sexos.

Figura 28. Comparación de los niveles de burnout entre hombres y mujeres.

Figura 29. Comparación de los niveles de Vigor entre hombres y mujeres.

Figura 30. Comparación de los niveles de Vigor entre los grupos profesionales.

Figura 31. Comparación de los niveles de Engagement entre hombres y mujeres.

Figura 32. Comparación de los niveles de Engagement entre las tres profesiones.

Figura 33. Gráfico de sedimentación de la muestra total en la WRQoL

Figura 34. Niveles de Calidad de Vida laboral según sexo.

Figura 35. Niveles de Calidad de vida laboral según profesión.

Figura 36. Comparación las medias de los grupos "Motivación" y "Tensión" en las variables estudiadas.

Figura 37. Comparación de los promedios de las variables criterio, para los diferentes niveles de autoeficacia.

Figura 38. Comparación de los promedios de las variables criterio, para los diferentes niveles de resiliencia.

Condiciones de trabajo y calidad de vida laboral en profesionales de la salud: El papel modulador de la resiliencia y la autoeficacia sobre el síndrome de burnout y el engagement

En la presente investigación se utiliza el género gramatical masculino, para designar a colectivos mixtos, sin que ello suponga ningún tipo de discriminación, sino la aplicación de la ley lingüística de la economía expresiva.

Condiciones de trabajo y calidad de vida laboral en profesionales de la salud: El papel modulador de la resiliencia y la autoeficacia sobre el síndrome de burnout y el engagement

PARTE I.

MARCO TEÓRICO

Condiciones de trabajo y calidad de vida laboral en profesionales de la salud: El papel modulador de la resiliencia y la autoeficacia sobre el síndrome de burnout y el engagement

INTRODUCCIÓN

Son muchos los trabajos que, desde hace algún tiempo, se han venido ocupando de la salud laboral de los profesionales sanitarios, la mayoría de ellos, de carácter empírico y centrados en aspectos parciales. En unos casos, atraídos por conocer los efectos que algunas de las condiciones de trabajo, ejercen sobre algún indicador de salud. En otras ocasiones interesados en las características del puesto de trabajo, en los factores disposicionales que hacen a estos profesionales más vulnerables, o en el desarrollo de procesos de estrés laboral, como consecuencia del efecto de algunas de las anteriores circunstancias (Albar, 2009; Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001; Moreno-Jiménez & Peñacoba, 1999; Peterson, Demerouti, Bergström, Åsberg, & Nygren, 2008).

La importancia que tiene la calidad de vida laboral de los trabajadores en general, y de los profesionales de la salud en particular, y la influencia que ejerce sobre la salud física y mental, o sobre el desempeño profesional, incluso sobre la salud organizacional, ha sido muy reconocida desde que, tras la Revolución Industrial, la Psicología de la Salud Ocupacional emergiera en la primera mitad del siglo XX, como una rama de la psicología, hasta que se consolidara a finales de ese mismo siglo. El foco desde el que se ha contemplado la salud ocupacional de los trabajadores, ha experimentado importantes cambios, debidos tanto a la diferente concepción que se tiene hoy sobre la salud, como a los cambios surgidos dentro la psicología y dentro del mundo del trabajo, en los últimos años (por ejemplo, la orientación hacia una concepción positiva de la salud, la modificación de las pautas y relaciones de trabajo, como consecuencias de la irrupción de las nuevas tecnologías, etc.).

En 1946 la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) definió la salud como un *“estado de completo bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de enfermedad”* (O.M.S. Actas Oficiales, N° 2 pp 100). Esta definición de salud, a nuestro entender, tiene una enorme

trascendencia al menos por dos cuestiones. La primera de ellas es que nos habla de "bienestar", es decir de un estado positivo, en lugar de centrarse en la presencia de los aspectos negativos ligados a la enfermedad. La segunda porque trasciende la perspectiva biológica y contempla los aspectos bio-psico-sociales de las personas (León Rubio, 2006).

La Psicología, también ha experimentado importantes cambios en las últimas décadas. Tal como señalara Seligman, la psicología se ha centrado a lo largo de su historia, en el estudio de la patología y de los aspectos negativos o las debilidades de los seres humanos (Seligman, 1992). De aquello que los hace más vulnerables, como si las personas fueran simples elementos pasivos, que reciben el impacto de los acontecimientos sin poder utilizar ninguna de sus capacidades para enfrentarlos. Frente a esta visión reduccionista y negativa, surge una nueva corriente dentro de la psicología que ha venido a denominarse Psicología Positiva, y que se define como *"Una rama de la psicología que busca comprender, a través de la investigación científica, los procesos que subyacen a las emociones y cualidades positivas del ser humano, que durante tanto tiempo han sido ignoradas por la psicología"* (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Desde esta nueva concepción de la psicología, se pone de manifiesto que existen fortalezas humanas, que actúan como amortiguadoras contra los trastornos mentales y contra los efectos adversos de las situaciones traumáticas o estresantes. Dicho de otro modo, en las personas no solo existen déficits y vulnerabilidades, sino también, características positivas y fortalezas humanas, que les permiten afrontar con éxito dichas situaciones, entre ellas, uno de los aspectos centrales de este trabajo de investigación, la resiliencia. (Atkinson, Martin, & Rankin, 2009; Bonanno, 2005).

En paralelo, la investigación en salud ocupacional se centró durante mucho tiempo, en las causas de las enfermedades y en los factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. La mayoría de los trabajos han estudiado los efectos que las condiciones de trabajo

adversas tienen sobre los trabajadores o el desarrollo del síndrome de burnout y las causas de este. Al igual que ocurriera con la Psicología, el enfoque centrado en lo negativo, tampoco puede ofrecernos una visión correcta de cuáles son los elementos que favorecen el bienestar y el ajuste adecuado de las personas a su entorno laboral. Para paliar este sesgo negativo, desde la Psicología Positiva, surge dentro del estudio de la salud ocupacional, una rama denominada Psicología de la Salud Ocupacional Positiva (PSOP). La PSOP se interesa no solo por la salud física de los trabajadores, sino también por los aspectos psicológicos, motivacionales y sociales. Se centra en el estudio de las potencialidades humanas, de sus recursos, motivaciones y capacidades. Estudia cuáles son las causas de la salud laboral, el diseño de puestos de trabajo y cómo este influye en el rendimiento y el bienestar de los trabajadores. La Psicología de la Salud Ocupacional, según el *National Institute of Occupational Safety and Health* (NIOSH), se ocupa de la *“aplicación de la Psicología a la mejora de la calidad de vida laboral, y de proteger y promover la seguridad, la salud y el bienestar de los trabajadores”* (Salanova & Schaufeli, 2009). Como puede observarse, contempla, al igual que la O.M.S. lo hace con la salud general, de un modo amplio la salud laboral, incluyendo aspectos positivos y teniendo en cuenta los factores cognitivos, motivacionales y conductuales.

Por otra parte, en el mundo laboral se han producido en las últimas décadas importantes cambios políticos, económicos, sociales y tecnológicos que afectan en gran medida a los trabajadores y a su salud laboral. Estos cambios han tenido efectos positivos y negativos, tanto para los propios trabajadores como para las organizaciones. Las necesidades de unos y otras han variado con el tiempo y las demandas cambiantes, obligan a ambas partes a realizar esfuerzos para adaptarse de forma positiva a la nueva situación. Sin ánimo de ser exhaustivos en esta introducción, podemos mencionar algunos de estos cambios: Trabajo precario, actividad laboral con modificaciones frecuentes que obligan a un aprendizaje continuo, horarios cambiantes, necesidad de trabajo en equipo, incremento y variedad de tecnologías, jubilación

demorada, recorte de salarios y de derechos laborales, etc. Todas estas circunstancias, aunque pueden entenderse por las nuevas necesidades de las organizaciones, no cabe duda que están exigiendo una actitud diferente a los profesionales y por tanto, se requiere también de las organizaciones, una nueva forma de entender la política de Recursos Humanos, que contemple a los trabajadores como su mayor capital y se oriente hacia su transformación en "organizaciones saludables", es decir se conviertan en *"organizaciones que tienen empleados saludables y cuyos resultados o servicios también son saludables"*.(Wilson, DeJoy, Vanderberg, Richardson, & McGrath, 2004).

Desde la Psicología de la Salud Ocupacional han surgido diversos modelos teóricos que intentan dar explicación a los procesos que intervienen en el estrés y en la salud ocupacional de los trabajadores (Gil-Monte, 2009; León-Rubio & Medina, 2002; Oblitas, 2006; Salanova, 2009c). Entre estos, destacan los modelos de pérdida de recursos, los modelos de ajuste-desajuste, el modelo "vitamínico" y los modelos de demanda-recursos. De todos ellos, éstos últimos son los que más aceptación han tenido en la literatura y los que mayor apoyo empírico han recibido, aunque por supuesto, es necesario seguir investigando su aplicabilidad a diferentes ámbitos de trabajo y aclarar cuáles son las relaciones entre las diferentes variables disposicionales, psicológicas, motivacionales y conductuales, que cada uno de ellos propone (Llorens, del Líbano y Salanova, 2009).

Para profundizar en el conocimiento y el esclarecimiento de los factores condicionantes o predictivos de la calidad de vida laboral, este trabajo presenta un estudio desarrollado en el ámbito sanitario, que tiene por objetivo principal analizar las relaciones entre las condiciones de trabajo, los procesos de estrés y la calidad de vida laboral, así como determinar el papel que juegan la resiliencia y la autoeficacia en dicho sistema. Lo que se nos antoja fundamental, si tenemos en cuenta que sobre el binomio condiciones de trabajo- calidad de vida laboral, se han postulado distintas hipótesis mediacionales que pueden clasificarse en

caracteriales o psicológicas e interactivas; las primeras centradas en algún tópico de la personalidad (léase Patrón de Conducta Tipo A, Personalidad Resistente, etc.) que puede aumentar o disminuir la vulnerabilidad de la persona expuesta a determinadas condiciones de trabajo (León-Rubio y Cantero, 2010), y las segundas interesadas en la situación específica en la que se encuentra inserta la persona y en la lectura que ésta hace de la misma, lo que determina las interacciones posteriores con el medio. Buen ejemplo de ello, son los trabajos de investigación orientados al estudio del papel modulador de la autoeficacia sobre los acontecimientos vitales estresantes (Herrera, León-Rubio y Medina, 2006; León-Rubio, Cantero y León-Pérez, 2011). Los estudios fundamentados en las primeras, considerados en su conjunto, suelen arrojar datos contradictorios y paradójicos. El mismo factor hace las veces de protector y de riesgo, dependiendo de la situación estimular, por lo que suelen concluir que la clave está en la interacción "persona por situación", cobrando así más interés el segundo tipo de hipótesis ver al respecto, (León-Rubio & Medina, 2002). Línea de investigación en la que se inscribe este trabajo y cuyo propósito, es poner a prueba la hipótesis del papel modulador de la resiliencia y la autoeficacia, sobre la relación condiciones de trabajo y la calidad de vida laboral.

Con tal fin, se ha realizado una investigación transversal mediante encuesta, con una muestra de 374 profesionales sanitarios, que desarrollan su actividad en un gran hospital, a los que se han pasado diferentes escalas y cuestionarios que miden las distintas dimensiones de los parámetros implicados en el objetivo de la misma. Entre ellos, la Escala de Calidad de Vida Relacionada con el Trabajo, WRQoL (Van Laar, Edwards, & Easton, 2007); el Inventario de Evaluación de Riesgos Psicosociales en la Administración Pública (León-Rubio & Avargues, 2007); la Escala de Resiliencia de Connor y Davidson (Connor & Davidson, 2003); la Escala de Utrecht de Engagement en el trabajo, UWES (Schaufeli, Salanova, González-Romá, & Bakker, 2002); la Escala de Shirom-Melamed de Evaluación del Burnout (Melamed, Kushnir, &

Shirom, 1992); la Escala de Shirom-Melamed de Evaluación del Vigor (Shirom, 2003) y la Escala de Autoeficacia Profesional (León-Rubio, Cantero y León-Pérez, 2009).

1. MARCO CONCEPTUAL DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD OCUPACIONAL POSITIVA

Las personas son el máspreciado capital del que disponen las organizaciones, más aún en aquellas organizaciones, como las dedicadas al cuidado de la salud, en las que los empleados desarrollan su actividad en un íntimo contacto, con personas que se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad debido a su enfermedad. Diferentes estudios han demostrado la relación directa que existe entre la calidad de vida laboral de los profesionales de la salud, la satisfacción de las personas a las que atienden, y los efectos que una baja satisfacción laboral, tiene sobre la calidad de la atención recibida por los pacientes (Arezes & Swuste, 2012). Se considera que la satisfacción experimentada por los profesionales, está relacionada con el grado de calidad global de las organizaciones sanitarias y por extensión, del sistema sanitario de un país. Los profesionales sanitarios, por las especiales condiciones en las que desarrollan su actividad, han sido considerados un grupo profesional de riesgo, con una elevada probabilidad de presentar bajos niveles de calidad de vida laboral y de desarrollar reacciones de estrés y burnout (Glass, McKnight, & Valdimarsdottir, 1993; León-Rubio, Gómez, & Durán, 1991; Peterson et al., 2008).

La propia Organización Mundial de la Salud afirma que los profesionales sanitarios son trabajadores que sufren elevados niveles de estrés (Reinhardt & Cheng, 2000), los argumentos que puede esgrimirse al respecto, son abundantes:

- En estos trabajadores confluyen muchas de las condiciones necesarias para la aparición del síndrome de desgaste profesional y para el desarrollo de procesos de deterioro de su salud. Respecto a estas condiciones podemos enumerar, entre otras, la relación diaria con pacientes y familiares; el

contacto con la muerte, el sufrimiento y el dolor; la responsabilidad de tomar decisiones sobre la salud de otras personas; la presión asistencial; los cambios de horarios laborales; la incertidumbre sobre el efecto de sus actuaciones; etc. ((Jaramillo, Ruiz, & Pardo, 2009; Gil-Monte y Moreno-Jiménez, 2007). Además, con frecuencia se producen discrepancias entre sus expectativas profesionales, los estándares de calidad asistencial, las demandas de los usuarios y las condiciones reales en que realizan su actividad. Todas estas circunstancias, crean una situación que favorece la aparición de estrés crónico, y explican en gran medida, las altas tasas de prevalencia de burnout entre los profesionales de la salud (Gálvez, Moreno-Jiménez y Mingote, 2010).

El interés por la salud laboral y por la calidad de vida de los trabajadores, encuentra sus raíces hacia la mitad del siglo XIX. Podemos observar sus antecedentes en las obras de K. Marx y F. Engels, en las que se interesan por los efectos que la organización del trabajo, tiene para la salud física y mental de los asalariados. Más reciente, en la segunda mitad del siglo XX, Maslow (1968) sostiene que *“Solo los trabajadores que están psicológicamente sanos.....pueden estar motivados por el trabajo....y las condiciones del trabajo pueden inhibir la manifestación de las aspiraciones y el potencial de los trabajadores”*.

Herzberg (1976), propone mejorar la satisfacción y la motivación de los trabajadores enriqueciendo las condiciones laborales. Entre otras muchas aportaciones, relacionadas con los efectos que las condiciones laborales tienen sobre la calidad de vida, coincidimos con Gebbie (2012), en que destacan los trabajos desarrollados por Karasek, que culminan con la publicación de su obra *Healthy Work* (Karasek, 1992). En su modelo de demanda-control, Karasek analizó la influencia que las demandas de la tarea y el control que el sujeto tiene sobre su desempeño, ejercen sobre la satisfacción laboral que el trabajador

experimenta. Desde entonces, han surgido diversos planteamientos teóricos -que revisaremos- algunos complementarios a este y otros alternativos a él, que han intentado dar respuestas teóricas y empíricas, al modo en que las condiciones laborales influyen en la calidad de vida y en la satisfacción que los individuos experimentan en el trabajo.

Desde el ámbito organizacional, en 1970 se crea en los Estados Unidos el Instituto Nacional para la Salud y Seguridad Ocupacional (NIOSH), con la misión de *“generar nuevos conocimientos en el campo de la salud y seguridad ocupacional y adaptar esos conocimientos, a la práctica para la mejora de la situación de los trabajadores”*. En Europa destacan, la creación en 1996, de la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo con sede en el Reino Unido y de la *European Academy of Occupational Health Psychology (EA-OHP)* en 1997, con el objetivo de realizar estudios sobre los efectos del estrés laboral en la salud de los empleados.

Sin embargo, al igual que ocurriera con el resto de los campos de la psicología, la Psicología de la Salud Ocupacional (PSO) también centró sus esfuerzos en el análisis de los efectos negativos de la actividad laboral. La mayoría de los artículos publicados en las revistas especializadas en salud laboral, tratan sobre las siguientes cuestiones: estrés laboral, burnout, depresión, ansiedad, absentismo, consumo de drogas, quejas somáticas, alteraciones musculo-esqueléticas, mobbing, conflicto trabajo-familia, etc. (Macik-Frey, Quick, & Nelson, 2007). Esta focalización en la *parte oscura* del trabajo, ha permitido conocer bien cómo se desarrollan muchos de estos procesos, hasta el punto, de que hoy en día hay una marcada tendencia a explorar las contribuciones del trabajo a nuestro bienestar; por ejemplo, en la actualidad el h-index de la literatura científica sobre engagement es de 40 y el del burnout 24 (León-Rubio y Villar-Navarro, 2014). Existe por tanto, una necesidad de investigar cuestiones como la motivación, el crecimiento personal, las conductas extra-rol, el bienestar, el engagement... y sobretodo urge saber, qué prácticas organizativas contribuyen al bienestar del

trabajador. Partiendo de esta necesidad y apoyándose en el trabajo desarrollado por un gran número de profesionales, surge como una rama de la Psicología Positiva, la Psicología de la Salud Ocupacional Positiva (PSOP), con la intención de contemplar en su totalidad los efectos del trabajo y no solo su parte negativa. Podemos definir la PSOP como *"el estudio científico del funcionamiento óptimo de la salud de las personas y de los grupos en las organizaciones, así como la gestión efectiva del bienestar psicosocial en el trabajo y del desarrollo de las organizaciones saludables"* (Salanova, 2009b).

La investigación en el marco de la PSOP, como ya apuntamos, trata de dar respuesta al siguiente tipo de cuestiones: ¿Cómo se desarrolla la motivación por el trabajo?; ¿De qué modo se puede facilitar la conciliación vida-trabajo?; ¿Qué diferencia a los empleados que se "queman" de los que no lo hacen?; ¿Qué aspectos del trabajo favorecen el bienestar y la felicidad?; ¿cuál es el papel de la resiliencia en la mejora de la calidad de vida laboral?; ¿De qué modo influye la autoeficacia en la prevención del burnout y/o en la promoción del engagement? y otras muchas que, a medida que se desarrolla la investigación, van surgiendo. Cuestiones todas ellas, que siendo importantes en sí mismas, contribuyen además a mejorar el desempeño laboral, la productividad y la calidad del servicio.

En definitiva la PSOP entre otros aspectos, trata de averiguar, por un lado cuáles son las características que diferencian a los trabajadores y las organizaciones saludables de los que no lo son, y por otro, de qué modo interaccionan las variables personales, contextuales y organizacionales que afectan a la satisfacción y a la calidad de vida laboral. Su objetivo es que los trabajadores puedan ser productivos, atender a los clientes, crecer y ser valorados en su ejercicio profesional. Para lograr esto, deben tener oportunidades de utilizar sus capacidades, sus habilidades y sus conocimientos, a fin de obtener un alto desempeño, a la vez que puedan percibir una alta calidad de vida laboral (Quick, 1999).

2. VARIABLES LABORALES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE VIDA LABORAL

Son muchos los modelos teóricos –que luego revisaremos– que han intentado explicar los procesos que determinan calidad de vida laboral y la salud psicosocial de los trabajadores. Aunque las variables incluidas en ellos son muy diversas, de uno u otro modo, la mayoría de estos modelos consideran que los factores determinantes de la salud ocupacional, son dos: las demandas laborales y los recursos, de diferente tipo, disponibles para hacer frente a dichas demandas. Conviene por tanto aclarar, de qué modo se entienden los conceptos de demandas y recursos en el ámbito laboral.

2.1. Demandas

Demandas laborales se consideran todos los componentes del trabajo que exigen un esfuerzo físico o mental del trabajador y que suponen un coste físico o psicológico para este. Podemos encontrar tres tipos de demandas en el ámbito laboral: las demandas de la tarea, las demandas sociales y las demandas organizacionales. A ellas se pueden añadir aquellas demandas que, estando fuera del contexto laboral, pueden de algún modo afectar al bienestar laboral.

Las demandas de la tarea son aquellas que se refieren a la cantidad de trabajo que debe realizarse (sobrecarga cuantitativa), a la dificultad que entrañan las actividades (sobrecarga cualitativa), a la monotonía de la tarea (rutina), a la presión temporal para realizar las actividades o a la falta de claridad de la función (ambigüedad o estrés de rol).

Se considera que hay *sobrecarga cuantitativa* cuando el tiempo disponible es escaso en relación a las cargas de trabajo, de forma que para hacer frente a estas cargas, el trabajador se ve obligado a intensificar el tiempo de trabajo o ampliar la jornada laboral más allá de lo establecido, con el consiguiente riesgo para su bienestar físico, psicológico y social.

La *sobrecarga cualitativa* hace referencia las situaciones en las que la actividad conlleva una alta dificultad o complejidad desde el punto de vista físico (trabajo con materiales pesados, actividades que provocan fatiga física, exceso de jornada sin descansos), mental (actividades que requieren una excesiva actividad cognitiva) o emocional (trabajos que exigen una alta implicación con otras personas o en los que se toman decisiones que afectan a los demás).

La *monotonía* tiene que ver con la realización de tareas repetitivas y poco estimulantes, sobre las que suele tenerse además escaso control, lo que las convierte en actividades poco motivadoras y muy estresantes.

La *presión temporal* se refiere a la percepción por parte del trabajador, de que el tiempo del que dispone para la realización de las tareas encomendadas, es menor del que sería preciso para terminarlas. De modo que la presión temporal y la sobrecarga cuantitativa serían términos equivalentes. No obstante podemos diferenciarlos, ya que existen puestos de trabajo en los que el individuo puede estar presionado por el tiempo, para realizar una actividad a una hora determinada (por ejemplo administrar un tratamiento), aunque tenga tiempo suficiente para realizar el conjunto de sus actividades en términos globales.

Por último, el *estrés de rol* se refiere a dos cuestiones diferentes (Jimmieson, 2000). Por una parte a la falta de claridad percibida por el individuo acerca de las actividades que debe realizar, lo que se conoce como "ambigüedad de rol". Por otra, al llamado "conflicto de rol" o discrepancia que percibe el sujeto entre las diferentes presiones a las que está sometido: ordenes de superiores, intereses de la organización y de los clientes, valores personales y cultura organizacional, exigencias laborales y familiares, etc.

Las demandas sociales son las que se derivan de las relaciones sociales que el individuo establece con sus compañeros, con superiores o subordinados y con los clientes, que requieren un esfuerzo mental o

emocional y que pueden causarle efectos negativos (Rizzo, House, & Lirtzman, 1970). Entre las demandas sociales, se encuentran el conflicto interpersonal y el conflicto de rol. *El conflicto interpersonal* se refiere a la incompatibilidad entre las órdenes recibidas de una persona (conflicto intra-emisor), de diferentes personas (conflicto inter-emisores) o entre los valores personales y las exigencias externas (conflicto persona-rol).

Por lo que se refiere a las demandas de la tarea, ya se señaló al *conflicto de rol* como uno de los componentes del *estrés de rol*. Mencionaremos aquí las discrepancias entre los diferentes roles que desempeña una persona: subordinado y jefe; trabajo-familia (conflicto inter-rol). La tensión generada por tener que decidir qué tareas realiza o no, cuando el tiempo disponible impide realizarlas todas (*sobrecarga de rol*) (Kahn, Wolfe, Quinn, Snoek, & Rosenthal, 1964).

Las demandas organizacionales se refieren a los cambios que debe realizar un individuo en su puesto de trabajo, a causa de las adaptaciones estructurales u organizativas que la organización debe abordar para seguir siendo efectiva y competitiva. Tienen que ver con cambios en el organigrama jerárquico de la organización, con cambios en el modo de realizar las tareas, con la incorporación de nuevas tecnologías, etc. Aunque en algunos casos estas demandas tengan un efecto motivador, no cabe duda que pueden generar una alta inseguridad e incertidumbre y que exigen un importante esfuerzo psicológico a las personas que tienen que asumirlas.

No podemos obviar que existen **demandas externas** a la organización que pueden generar una importante tensión. En concreto la tensión entre las exigencias organizacionales y las exigencias familiares (conflicto familia-trabajo), sobre todo, desde que se ha convertido en un hecho habitual que los dos componentes de la pareja trabajen fuera de casa, se está considerando como un fenómeno que puede tener un efecto bidireccional: Puede afectar de un modo importante a la estabilidad de la organización y al bienestar psicosocial

de los trabajadores. Además puede afectar a la calidad de vida de los miembros de la familia y a sus relaciones, convirtiéndose en una importante fuente de estrés (Wayne, Grzywacz, Carlson, & Kacmar, 2007)

2.2. Recursos

Los recursos laborales, son los aspectos físicos, psicológicos, sociales u organizacionales, de los que dispone el trabajador para hacer frente a las demandas laborales y que pueden estimular su desarrollo personal y profesional (Bakker, Demerouti, & Euwema, 2005). Podemos diferenciar cuatro tipos: los recursos de la tarea; los recursos sociales; los recursos organizacionales; los recursos extra-organizacionales.

Los recursos de la tarea son los que están relacionados con las actividades que la persona realiza: si están bien definidas, son variadas y atractivas, si dispone de suficiente información y si recibe retroalimentación sobre ellas. Un elemento fundamental en cuanto a los recursos de la tarea, como se verá más adelante, es el grado de control o autonomía que el trabajador tiene sobre la misma, en lo referente a cómo hacerla o a cuando hacerla. De hecho, este es uno de los factores que más relevancia ha cobrado entre los modelos teóricos de la Salud Ocupacional (Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Schaufeli, 2001; Karasek, 1979; Salanova, Cifre, Martínez, & Llorens, 2007).

Los recursos sociales se refieren a todas las relaciones que se establecen con aquellas personas con las que se interactúa en el trabajo, ya sean compañeros, superiores o clientes externos. Estas interacciones generan un determinado clima social, que se mantiene en base a las redes sociales que se establecen y se rigen por una serie de normas, valores y creencias. El elemento nuclear de estas relaciones es la confianza, que se entiende como *una actitud positiva, vulnerable y de apertura psicológica hacia las personas con las que se trabaja* (Salanova, 2009b). Un importante recurso social es el líder, como agente de seguridad, de motivación y por lo tanto, como proveedor de salud ocupacional. El papel que desempeña el liderazgo en los procesos de

salud ocupacional, está siendo cada vez más reconocido e investigado, dentro del ámbito de la Salud Ocupacional (Van der Meulen, 2011).

Los recursos organizacionales son aquellos que tienen que ver con las prácticas directivas y de recursos humanos, que favorecen la vinculación de los empleados con la organización, y de ésta con la sociedad en la que desarrolla sus actividades (por ejemplo, las políticas y estrategias de responsabilidad social corporativa –RSC–), de modo que se crean sentimientos positivos de pertenencia, lealtad y compromiso hacia ella por parte de los trabajadores, al tiempo que la sociedad termina considerándola como un elemento imprescindible para su desarrollo (de la Corte, León-Rubio, Herrera, & León-Pérez, 2013). A través de estas prácticas se ayuda a la socialización de los empleados y se fortalecen la cultura y los valores de la organización, con el consiguiente incremento del capital humano, psicológico y social de los mismos (León-Rubio, León-Pérez, & Sánchez, 2013).

Los recursos extra-organizacionales son todos aquellos elementos externos a la organización, que pueden ayudar a la adaptación del individuo a la misma y a mejorar su bienestar dentro de ella. El más importante y a su vez el más estudiado, ha sido la familia. En la literatura laboral la familia había sido considerada una fuente de demandas que incrementaba el estrés laboral. En la actualidad se contempla la diada trabajo-familia, como un sistema que puede tener efectos positivos bidireccionales. Del *conflicto trabajo-familia* hemos pasado al concepto de *equilibrio trabajo-familia*, que entiende que la interacción adecuada entre ambos sistemas, tiene como resultado un mayor nivel de salud psicosocial para la persona y beneficios importantes para las dinámicas de la organización y de la familia.

En la Tabla 1, se puede observar el esquema de las demandas y recursos laborales, anteriormente comentados.

Tabla 1. Clasificación de las Demandas y Recursos laborales.

Demandas laborales:	Recursos laborales:
<ul style="list-style-type: none">• De la Tarea:<ul style="list-style-type: none">✓ Cuantitativas.✓ Cualitativas.✓ Rutina.✓ Ambigüedad de rol• Sociales:<ul style="list-style-type: none">✓ Conflicto interpersonal.✓ Conflicto de rol.• Organizacionales:<ul style="list-style-type: none">✓ Cambios de la organización que obligan a realizar adaptaciones a los empleados.• Externas:<ul style="list-style-type: none">✓ Exigencias de agentes externos que compiten con las demandas internas.	<ul style="list-style-type: none">• De la Tarea:<ul style="list-style-type: none">✓ Control.✓ Variedad.✓ Atractivo.• Sociales:<ul style="list-style-type: none">✓ Relaciones sociales.✓ Liderazgo.• Organizacionales:<ul style="list-style-type: none">✓ Política de dirección y RR.HH.✓ Cultura y valores de la organización.• Extra-organizacionales.<ul style="list-style-type: none">✓ Influencia positiva de agentes externos.

3. MODELOS TEÓRICOS SOBRE SALUD OCUPACIONAL

Como se ha señalado, la Psicología de la Salud Ocupacional intenta describir, explicar y predecir, las respuestas que los trabajadores manifiestan ante las situaciones en las que desempeñan su actividad laboral, con el fin de poder intervenir sobre ellas para mejorar la salud psicosocial y el bienestar de los empleados, de los grupos y de las organizaciones. Diferentes modelos teóricos intentan explicar los procesos a través de los cuales, se desarrollan el estrés y la salud psicosocial de los trabajadores, que por lo tanto, influyen en la calidad de vida laboral y el bienestar que estos disfrutan. Los modelos son necesarios porque las variables que intervienen en los procesos de salud ocupacional son muchas y diversas, además el papel que cada una de ellas ejerce debe ser explicado, concretando cuales son y si influyen sobre algún aspecto determinado o son el resultado del efecto de otras variables. Además se debe aclarar si son estables o su efecto se modifica en función del tiempo o de la situación.

Los modelos que han recibido más apoyo por las investigaciones que se han desarrollado en el ámbito de la Psicología de la Salud Ocupacional, se pueden agrupar en tres orientaciones: Modelos centrados en la pérdida de recursos; Modelos de ajuste-desajuste; Modelos de demandas-recursos.

3.1. Modelos centrados en la pérdida de recursos

Estos modelos explican el deterioro de la salud ocupacional como consecuencia del efecto negativo, que tiene para el trabajador, experimentar una pérdida en algún aspecto material o personal como puede ser, su situación laboral, reducción salarial, disminución de su estatus, etc. Dos son los modelos que se centran en este proceso:

3.1.1. Modelo de estrés y coping (Lazarus y Folkman)

A pesar de que fue desarrollado por sus autores en 1984, este modelo sigue manteniendo un fuerte apoyo teórico y empírico. Parte de una perspectiva cognitiva, interaccionista o transaccional entre la persona y el ambiente. Considera que la salud psicosocial del trabajador es el resultado de la relación que este establezca con el medio ambiente laboral. El modo en que la persona percibe las demandas y los cambios en su situación laboral, es el elemento fundamental de esta teoría. El estrés laboral es considerado como el conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento ante ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno de trabajo. El estrés es definido como la "relación entre la persona y el ambiente, que es evaluada por la persona como excediendo sus recursos y poniendo en peligro su bienestar". La diferencia más importante entre este modelo y los demás modelos que hacen referencia al estrés, es la importancia que le da a las estrategias de afrontamiento o *coping*. Los autores las definen como "*los esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, que se desarrollan para controlar las demandas específicas externas o internas, que son evaluadas como amenazantes y excesivas en relación a los recursos de la persona*" (Lazarus & Folkman, 1984).

Un segundo concepto que plantea este modelo es el de "evaluación". El modelo contempla tres tipos de evaluación cognitiva:

La *evaluación primaria* se refiere a la valoración subjetiva que el individuo realiza sobre el significado de las demandas laborales que se le presentan. Las demandas pueden ser consideradas como una amenaza, como irrelevantes o como un reto.

La *evaluación secundaria* consiste en la valoración que la persona realiza, sobre los recursos o estrategias de qué dispone para hacer frente a la situación amenazante.

Por último la *evaluación terciaria* o "re-evaluación", es la que el individuo hace sobre el efecto que tienen las estrategias que ha desplegado, de modo que si la situación no se ha controlado pueden aparecer estrés y emociones negativas, como consecuencia del daño o pérdida experimentados. Por el contrario, si la situación está siendo controlada, puede ser re-evaluada como menos amenazante o como un reto y generarse emociones positivas que le permitirán mejorar sus estrategias de afrontamiento futuras (ver Figura 1).

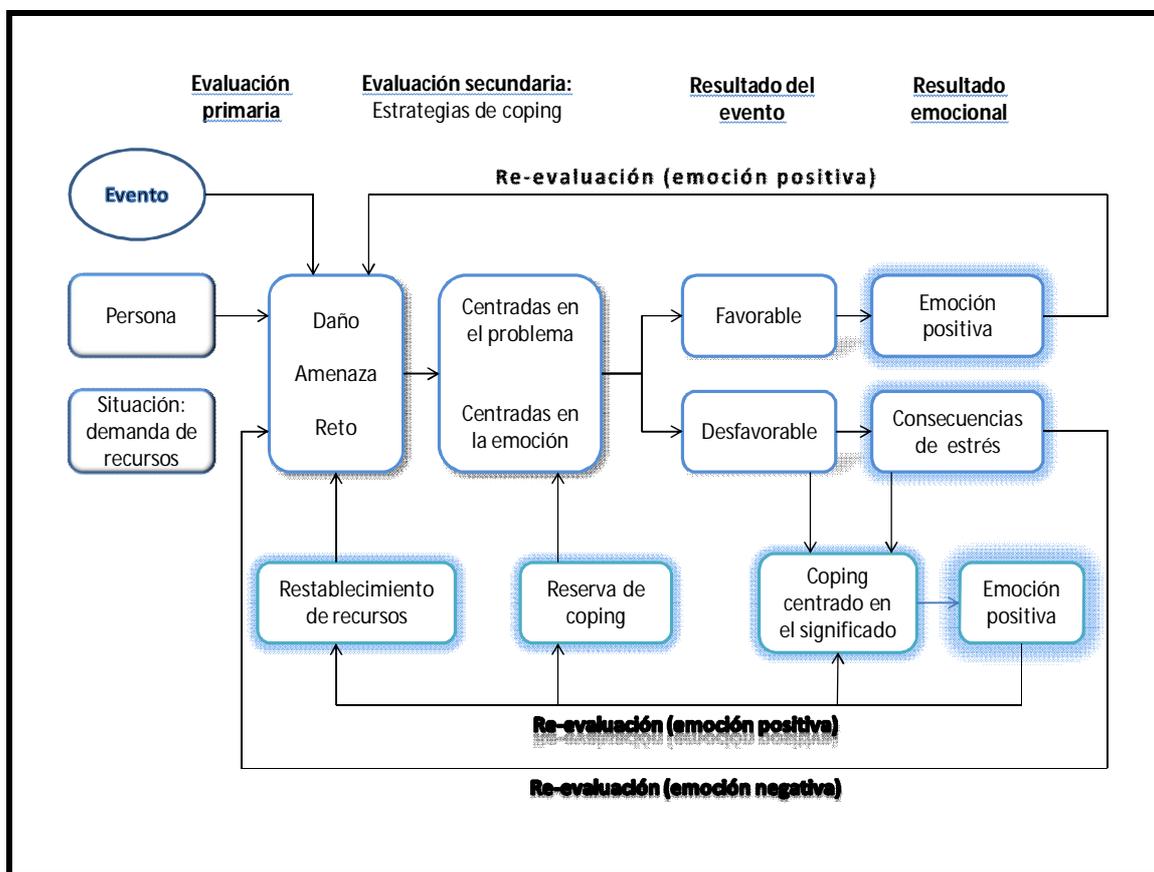


Figura 1. Modelo de estrés y coping (Adaptado de Salanova, 2009).

Este modelo sigue atrayendo el interés de numerosos autores y los resultados empíricos, en diferentes ámbitos profesionales, avalan su validez a la hora de explicar los efectos del estrés sobre la salud laboral y las estrategias de afrontamiento que, con mayor frecuencia, utilizan

los trabajadores. (Bethelmy & Guarino, 2013; Gholamzadeh, Sharif, & Rad, 2011; Parker, Martin, Colmar, & Liem, 2012).

3.1.2. Modelo de Conservación de Recursos (Hobfoll)

En este modelo se enfatiza el hecho de que las personas desean mantener, conservar y aumentar los recursos de qué disponen, de modo que consideran amenazante cualquier situación que pueda poner en riesgo estos recursos. Se consideran diferentes clases de recursos: objetos o bienes (el coche, la casa..); situaciones (trabajo, estado civil...); recursos materiales (dinero, tiempo...); capacidades personales (autoestima, liderazgo...). Las personas consideran estresantes tanto las situaciones reales o potenciales que generen pérdidas de recursos, como aquellas en las que la relación entre el esfuerzo desarrollado y los recursos obtenidos no es favorable (Hobfoll, 1989). Como puede verse, este modelo además de explicar cuáles son las fuentes de estrés laboral, explica por qué se produce la motivación en el trabajo.

Se señala también que las pérdidas de recursos, pueden poner a las personas en una situación que les haga en el futuro más vulnerables a sufrir nuevas pérdidas (pérdidas secundarias) y como consecuencia de ellas, a padecer estrés laboral y deterioro de la salud ocupacional. Del mismo modo, pero en sentido contrario, las ganancias de recursos mejoraran la situación futura de las personas para obtener nuevas ganancias (ganancias secundarias) y experimentar emociones positivas (Hobfoll & Freedy, 1993).

En la figura 2, podemos observar los componentes del modelo y las relaciones entre ellos.

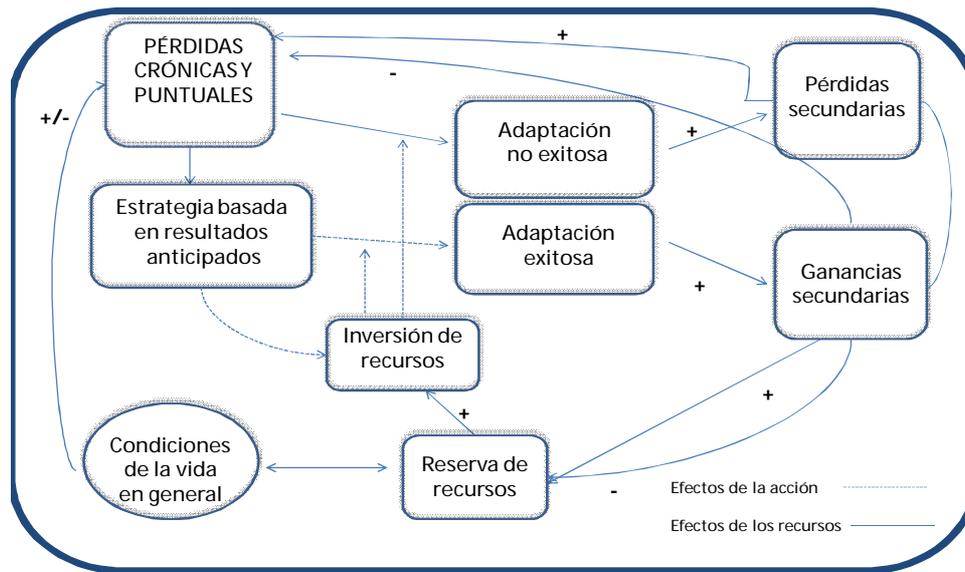


Figura 2. Modelo de Conservación de Recursos (Adaptado de Salanova, 2009).

No obstante, en un estudio reciente se comprobó que la pérdida y la ganancia recursos, contribuyeron en la decisión de crear empresa, en un contexto de crisis económica, y que el efecto positivo de ambas variables fue mayor cuando se unía el efecto de la percepción creativa y la autoeficacia emprendedora (Salazar, Herrera, Rueda & León-Rubio, 2014).

3.2. Modelos de ajuste-desajuste

Consideran estos modelos, que la salud ocupacional es el resultado de la percepción que las personas tienen, del ajuste entre los esfuerzos que realizan y las recompensas obtenidas.

3.2.1. Modelo de Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa (Siegrist)

El modelo intenta investigar las relaciones que existen entre los factores psicosociales y la salud, basándose en el equilibrio que existe entre los esfuerzos realizados por los trabajadores y las recompensas obtenidas (Siegrist, 1996). Considera que las personas ejecutan diferentes roles laborales, familiares, sociales, etc. y esperan que se

produzca una reciprocidad entre lo que dan y lo que reciben. El rol laboral tiene una gran importancia en la autorregulación de la persona y en el desarrollo de aspectos fundamentales para su salud y su bienestar, como son la autoestima, el sentimiento de autoeficacia o el de pertenencia al grupo. Entre las recompensas esperadas están el salario, el aprecio de los demás, el reconocimiento, la seguridad o la estabilidad laboral y el desarrollo profesional entre otras. Cuando la relación entre el esfuerzo realizado y las recompensas obtenidas no se considera equitativa, pueden aparecer emociones negativas y efectos perjudiciales derivados del estrés laboral. Si la persona es excluida de la posibilidad de realizar estos intercambios, por ejemplo a consecuencia del desempleo, también pueden producirse estos efectos negativos (ver Figura 3).

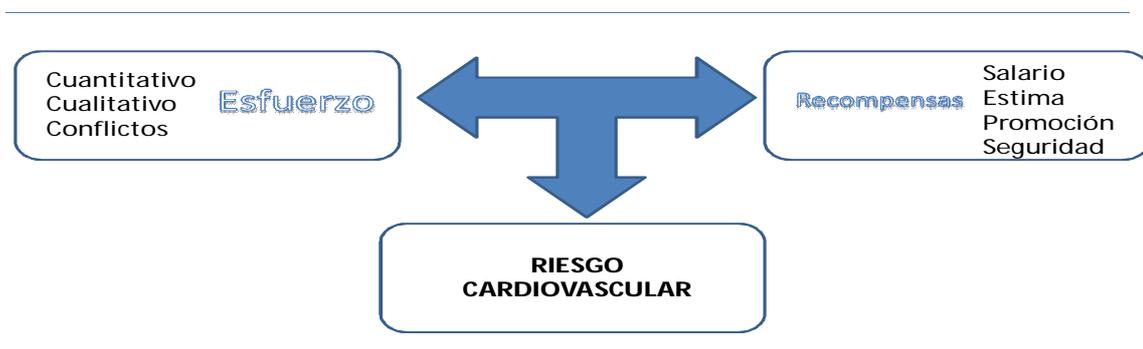


Figura 3. Esquema de las relaciones entre Esfuerzos y Recompensas.

Un aspecto esencial del modelo radica en los factores individuales que influyen en la percepción del desajuste entre los esfuerzos y las recompensas. El modelo contempla una serie de factores extrínsecos también denominados "esfuerzo extrínseco", que incluyen tanto a las demandas laborales, como a las diferentes recompensas mencionadas, y por otra parte, factores personales intrínsecos o "esfuerzo intrínseco" que se refiere a la motivación del sujeto para afrontar las demandas y

del que depende la evaluación que se realiza sobre el ajuste o desajuste esfuerzo-recompensa. Según el modelo (Figura 4), los trabajadores que presentan características de personalidad relacionadas con una elevada necesidad de aprobación, de reconocimiento y de compromiso, "sobrecomprometidos", tienen un mayor riesgo de sufrir estrés laboral debido a las altas expectativas que tienen sobre las recompensas y por tanto al mayor riesgo de frustración con los resultados (Caplan, 1987).

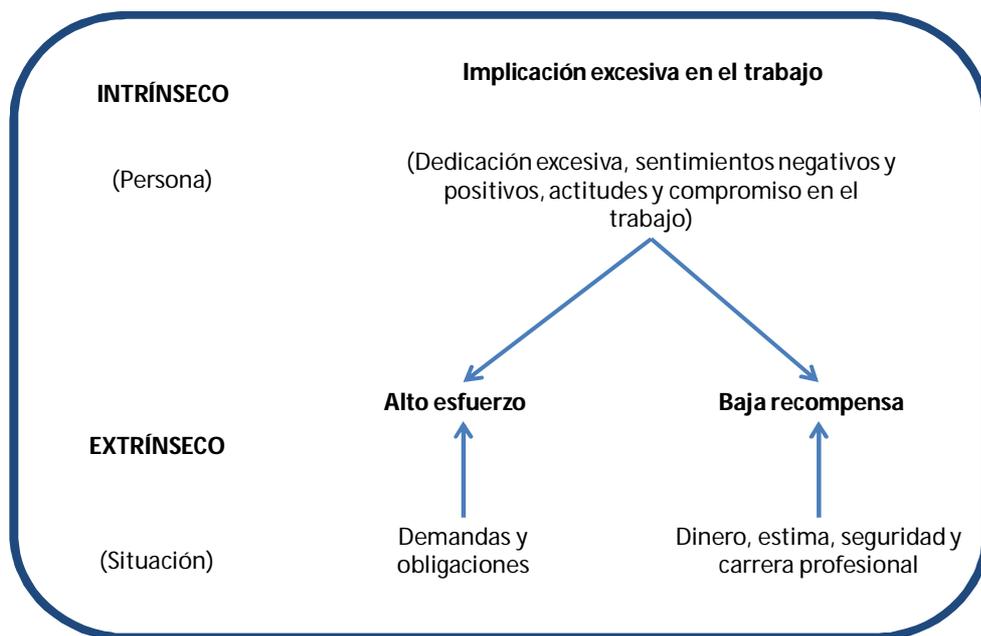


Figura 4. Modelo de Desequilibrio Esfuerzos-Recompensas.

Con base en los planteamientos expuestos, el modelo formula diferentes hipótesis:

En primer lugar que los trabajos en los que exista un alto esfuerzo y una baja recompensa, experimentarán un desequilibrio esfuerzo-recompensa, con la consiguiente aparición de alteraciones sobre la salud psicosocial de los sujetos.

En segundo lugar que los sujetos que presentan "sobrecompromiso", están más expuestos a percibir situaciones de falta de reciprocidad y de sufrir problemas de salud.

Por último, que en las situaciones en las que a la vez se den falta de reciprocidad y exceso de expectativas (sobrecompromiso), habrá mayor riesgo de que aparezcan problemas de salud.

Por otra parte, el modelo aclara que existen mecanismos que explican las razones por las que estas situaciones de desequilibrio, pueden mantenerse por largos periodos de tiempo. Por ejemplo el "sobrecompromiso" con la empresa, la búsqueda de un beneficio futuro, la necesidad económica o la falta de oportunidades de cambio laboral, pueden hacer que un trabajador se mantenga en el puesto a pesar del desequilibrio percibido. Estas situaciones de estrés crónico, han sido investigadas y se ha confirmado que tienen un efecto negativo sobre el bienestar y la salud de los trabajadores tanto a nivel físico como mental (Siegrist & Marmot, 2004).

En un reciente estudio con una muestra de 6.469 enfermeras de siete países europeos, se constató que un alto desequilibrio esfuerzo-recompensa, predice de un modo importante, la intención de abandonar la carrera. Las variables con mayor poder explicativo fueron: el bajo salario, la insuficiente expectativa de promoción y la falta de reconocimiento por parte de los superiores (Li, Galatsch, Siegrist, Müller, & Hasselhorn, 2011).

3.2.2. Modelo de Ajuste Persona-Ambiente (French, Caplan y Harrison)

Parte del presupuesto de que las discrepancias entre las necesidades del individuo, sus expectativas y las contraprestaciones que obtiene en su puesto de trabajo, son las causas del estrés laboral.

El modelo considera la discrepancia que se produce entre la percepción subjetiva que el individuo tiene de sí mismo y de su entorno laboral (French, Caplan, & Van Harrison, 1982). Desde una perspectiva cognitiva, consideran que las personas tienen una percepción subjetiva de sus capacidades, habilidades, forma de ser y de actuar, "individuo

subjetivo", que difiere con el "individuo objetivo", o cómo es en realidad la persona. Al mismo tiempo, tiene una percepción subjetiva del entorno laboral y de sus demandas, "ambiente subjetivo", que también puede diferir del "ambiente objetivo", cómo es en realidad ese entorno. Dado que las percepciones subjetivas del individuo sobre sí mismo y sobre el entorno, pueden discrepar en mayor o menor medida con la realidad, el modelo mantiene que es este grado de discrepancia o desajuste entre "el individuo subjetivo" y el "ambiente subjetivo" y no el desajuste real, lo que condiciona el estrés laboral y sus posibles efectos sobre la salud ocupacional (Caplan, 1987). (ver Figura 5)

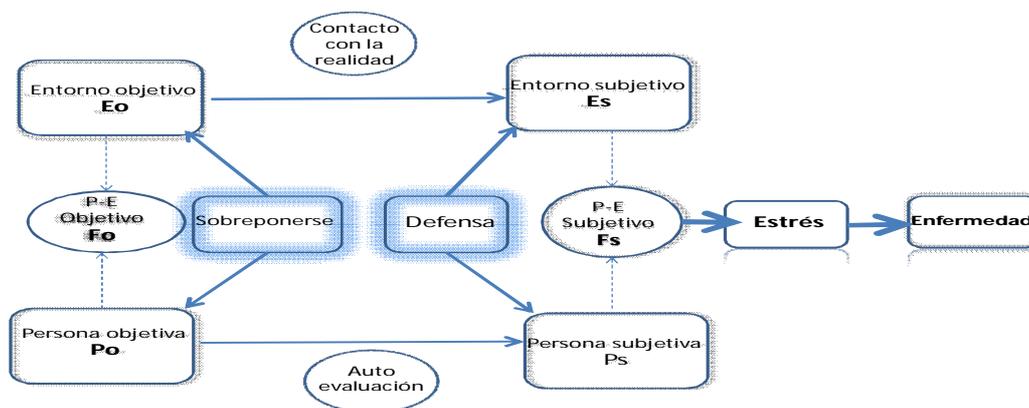


Figura 5. Elementos del Modelo de Ajuste Persona-Ambiente.

En un estudio longitudinal llevado a cabo con 288 trabajadores de seis organizaciones diferentes, se comprobó que la posibilidad de decidir sobre la promoción profesional, predice de un modo significativo, el bienestar laboral, el bienestar mental y la probabilidad de cambiar de puesto de trabajo (Yang, Che, & Spector, 2008) .

3.2.3. Modelo "Vitamínico" (Warr)

La idea en la que se basa este modelo, es que el entorno laboral y las características de este, pueden influir sobre la salud y el bienestar del trabajador (Warr, 1987). Las personas pueden experimentar en el trabajo sensaciones de mayor o menor placer y sentirse más o menos

activados. Las relaciones entre estos dos ejes (placer-displacer, alta activación-baja activación), determinarán en parte la salud psicosocial de los trabajadores.

Para explicar el efecto que tienen las características del trabajo sobre la salud, Warr utiliza el símil de las vitaminas sobre la salud física. Considera que algunas características del trabajo se comportan como determinadas vitaminas, es decir que según aumentan tienen efectos beneficiosos, hasta llegar a un punto de saturación, a partir del cual el aumento no supone ningún beneficio adicional. Por su parte, otras condiciones del trabajo, actuarían como aquellas vitaminas que llegado a un punto, si siguen aumentando, tienen un efecto negativo sobre la salud.

Aunque en la primera formulación del modelo las características del puesto de trabajo (vitaminas) eran nueve (ver Tabla 2), posteriormente se añadieron tres más (Warr, 2007).

Tabla 2. "Vitaminas laborales" y efectos sobre la salud psicosocial. (Adaptado de Salanova, M. 2009).

Vitaminas	Efecto
1. Oportunidad para el control personal	Decremento adicional.
2. Oportunidad para el uso de habilidades.	Decremento adicional.
3. Metas generadas externamente.	Decremento adicional.
4. Variedad de las tareas.	Decremento adicional.
5. Claridad ambiental.	Decremento adicional.
6. Oportunidad para el contacto con otros.	Decremento adicional.
7. Salario Justo.	Efecto constante.
8. Seguridad Física.	Efecto constante.
9. Posición social valorada.	Efecto constante.
10. Supervisión adecuada.	Efecto constante.
11. Perspectiva de carrera.	Efecto constante.
12. Equidad.	Efecto constante.

Para evaluar el bienestar de cada trabajador, el modelo considera tres ejes (ver figura 6):

1. Contenido-descontento. Se refiere principalmente a medidas de la satisfacción laboral, pero incluye también compromiso y apego al puesto. Al ser perpendicular al eje activación, sus medidas no tienen en cuenta el nivel de activación de la persona.
2. Ansioso-relajado. Evalúa el grado de tensión y ansiedad que experimenta el trabajador. Los estados de ansiedad se encuentran entre la interacción de la alta activación y el displacer, mientras que la relajación está entre la baja activación y el placer.
3. Deprimido-entusiasmado. Considera aspectos como depresión, aburrimiento y fatiga que se incluyen en el síndrome de desgaste laboral. El polo depresión será el resultado de la interacción entre baja activación y displacer, por su parte el polo entusiasmo se debe al efecto combinado de la alta activación y el placer.

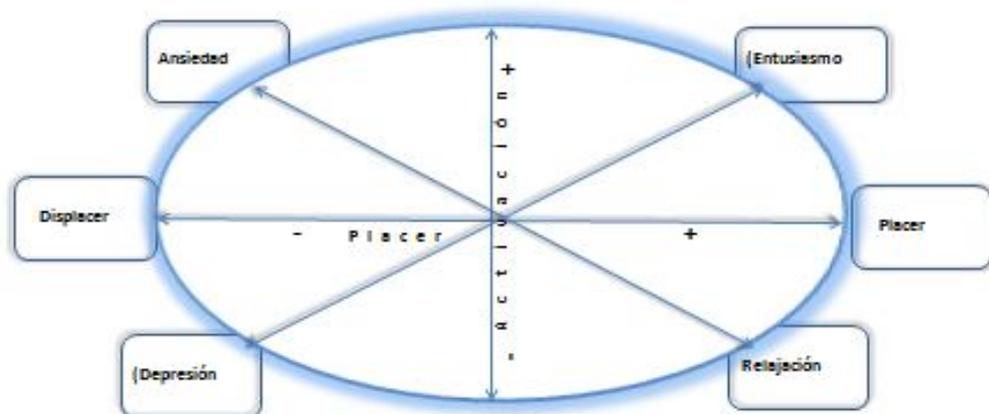


Figura 6. Ejes de la salud psicosocial según el Modelo Vitamínico.

Debido a que el efecto de cada dimensión sobre la salud psicosocial no es de igual magnitud, los ejes tienen diferente tamaño en su representación gráfica.

Además se plantea que las características del trabajo tienen un efecto diferencial sobre las dimensiones propuestas, por ejemplo las

demandas laborales influyen más sobre el eje ansiedad-relajación, mientras que la capacidad de tomar decisiones sobre su tarea influirá más sobre el eje entusiasmo-depresión.

Finalmente, se contempla que determinadas características individuales, pueden ejercer un efecto amortiguador de los estresores sobre la salud psicosocial. Especialmente se mencionan el afecto positivo y el afecto negativo, no obstante la investigación no ha podido demostrar sistemáticamente el efecto amortiguador de estas variables.

En definitiva, se concluye que los puestos de trabajo con efectos más beneficiosos para la salud psicosocial de los trabajadores, son aquellos que ofrecen un nivel adecuado de cada una de las “vitaminas” contempladas en la tabla 3.

3.3. Modelos de demandas-recursos

Los modelos de demanda-recursos, plantean que el equilibrio entre las demandas laborales y los recursos disponibles para hacer frente a dichas demandas, es el factor esencial para el desarrollo y mantenimiento de una adecuada salud psicosocial. Karasek (1979), en su modelo demanda-control, introduce este planteamiento posteriormente asumido por otros modelos que, basándose en él, han realizado diferentes modificaciones con el objetivo de explicar las relaciones entre las condiciones laborales y la salud psicosocial de los trabajadores.

3.3.1. Modelo de demanda-control (Karasek)

Contempla que la salud psicosocial es resultado, por una parte, de las demandas psicológicas de la tarea, y por otra de la capacidad que el trabajador tiene para controlar su trabajo y tomar decisiones sobre él (Karasek, 1979). Las demandas laborales se refieren a las exigencias psicológicas de la tarea que generan reacciones de estrés. En concreto, la “sobrecarga laboral” se entiende como la cantidad de trabajo, la presión temporal, la dificultad de la tarea o las interrupciones que tiene

mientras la realiza. El control se refiere a la influencia o la capacidad que tiene el trabajador para tomar decisiones sobre el desarrollo de su actividad, así como al grado en que la tarea permite al trabajador desarrollar y poner en práctica sus competencias laborales, actitudinales y personales.

De las cuatro situaciones que predice el modelo, la más negativa se produce cuando concurren altas demandas laborales y bajo control. En esta situación se generan reacciones de alta activación que se acompañan de fatiga, ansiedad, depresión y enfermedades somáticas.

Las situaciones en las que existen bajas demandas y alto control, estarían en el cuadrante opuesto de esta diagonal y se caracterizan por situaciones de baja tensión y estrés, pero también poca motivación por el aprendizaje.

En la parte superior de la otra diagonal, estarían aquellos trabajos en los que existen altas demandas laborales y el trabajador tiene también un alto control sobre la tarea. Se trata de situaciones que producen el llamado "estrés positivo" y en las que el sujeto experimenta una alta motivación para el desarrollo laboral y personal. Las demandas, en este caso, son percibidas más como un desafío que como una amenaza. Al tener libertad para elegir la forma de afrontar los retos que se le presentan, tiene la oportunidad de aprender cuales son las estrategias más adecuadas y obtener el refuerzo positivo que se deriva de resolver exitosamente estos retos.

En el cuadrante opuesto de esta diagonal, se encuentran los puestos en los que las demandas laborales son bajas y la capacidad de control también lo es, concurriendo así, elementos como el desinterés, la atrofia de capacidades y la frustración. Después de los puestos en los que hay alto estrés (demanda alta y control bajo), esta sería la situación de mayor riesgo para la salud psicosocial (ver Figura 7) (Karasek & Theorell, 1990).



Figura 7. Modelo de Demanda-Control.

La aportación más importante que realiza este modelo, es la consideración de que las demandas laborales se comportan como estresores y que el control (capacidad de tomar decisiones por parte del trabajador y su nivel competencial para realizar las tareas propias de su puesto de trabajo), es un amortiguador de los efectos del estrés, junto con el apoyo social, variable que fue introducida en este marco conceptual, para dar cuenta de las condiciones laborales caracterizadas por el aislamiento social y aquellas otras, en las que el clima social compensaba la falta de control sobre las tareas laborales encomendadas (Johnson & Hall, 1988).

El efecto del apoyo social ha sido explicado por dos mecanismos. El primero de ellos, llamado "efecto principal", mantiene que este ejerce siempre un efecto positivo sobre la salud psicosocial. El segundo, "efecto de amortiguación", postula que la influencia del apoyo social solo se produce en situaciones de alto estrés.

En definitiva, una de las conclusiones más importantes que se derivan de este modelo, es que se puede mejorar la salud psicosocial de los trabajadores sin renunciar a la productividad, ya que la tensión que

experimentan, se puede mitigar aumentando su capacidad de decidir sobre la tarea y mejorando el clima social de la empresa.

Una revisión de las investigaciones que en los últimos diez años, se han realizado sobre este modelo, publicada en 2010, concluye que no existen dudas sobre el efecto aditivo de las variables "demandas", "control" y "apoyo", sobre el bienestar psicológico. Con respecto al efecto interactivo de estas variables los resultados son menos concluyentes. En cualquier caso, la evidencia empírica apoya el valor predictivo de estas tres variables sobre la salud y la calidad de vida laboral (Häusser, Mojzisch, Niesel, & Schulz-Hardt, 2010).

3.3.2. Modelo de Demandas-Recursos Laborales (Demerouti, Bakker, Janssen y Schaufeli)

El modelo de Demandas-Recursos Laborales considera que la salud laboral, es el resultado de la interacción entre las demandas laborales y los recursos existentes para hacer frente a esas demandas (Demerouti et al., 2001). Este modelo puede ser utilizado para la evaluación de diferentes profesiones al tener en cuenta las condiciones específicas de cada ocupación.

Los recursos pueden ser analizados según se refieran a diferentes aspectos: a la organización, como pueden ser el salario, la carrera profesional o la seguridad laboral. A la interacción social, por ejemplo el apoyo social recibido de superiores o compañeros, el clima social y el feedback positivo. A la tarea en sí, como la complejidad y variedad, la autonomía para realizarla o la relevancia percibida por el trabajador. Las relaciones que se establezcan entre los recursos y las demandas laborales, determinarán la salud psicosocial que experimenten los sujetos.

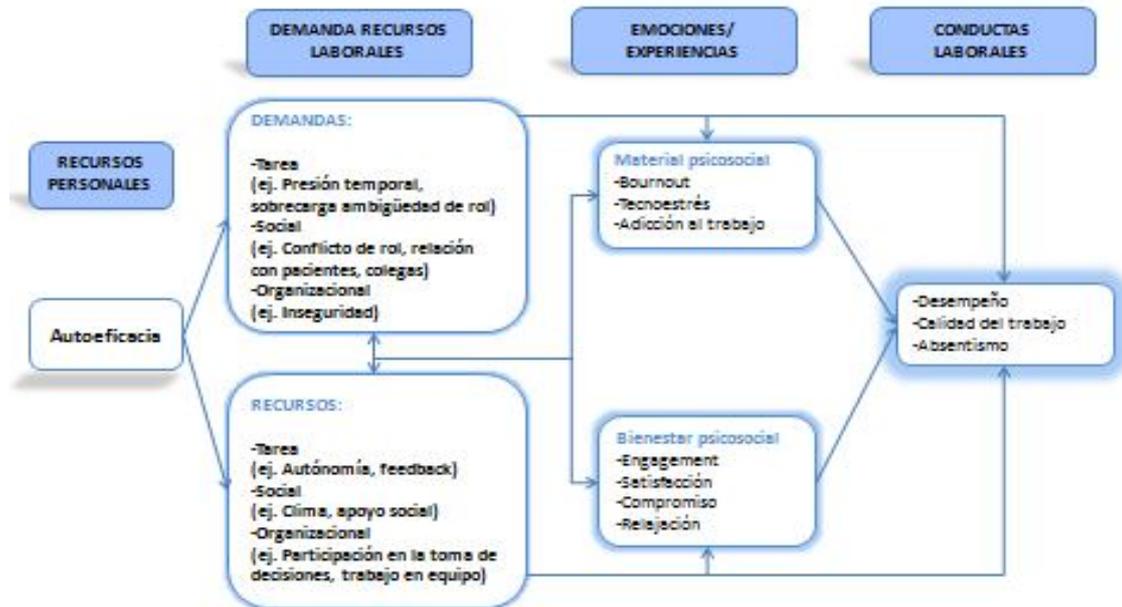


Figura 8. Procesos de Motivación/Deterioro.

A pesar de que el modelo fue validado por investigaciones realizadas en diversos ámbitos laborales y diferentes países, dado que sus predicciones hacían referencia a las consecuencias negativas del desequilibrio entre las demandas y los recursos, en 2004 fue ampliado (Schaufeli & Bakker, 2004) para incluir un proceso dual que incluye tanto, las consecuencias negativas sobre la salud psicosocial (procesos de deterioro de la salud), como los efectos positivos (procesos motivacionales), de vinculación con el trabajo y de experiencias y emociones positivas (ver Figura 8).

Los recursos ayudan a los trabajadores a satisfacer necesidades tan importantes como la autonomía, el sentimiento de autoeficacia o de pertenencia al grupo, por lo que ejercen importantes efectos como motivadores intrínsecos y extrínsecos. Además, se ha observado que los recursos ejercen un mayor efecto según aumentan las demandas (Hakanen, Bakker, & Demerouti, 2005), por lo que se convierten en un valioso factor de protección cuando la situación es más adversa.

Dado que este modelo recibió importantes críticas, por poner mucho énfasis en las demandas y los recursos laborales, pero no tener

en cuenta el efecto de las variables personales de los trabajadores, se introdujeron algunos cambios para superar estas limitaciones (Bakker & Demerouti, 2008). En concreto se señala que si bien los recursos laborales son los que ponen en marcha los procesos motivacionales en el trabajo, su interacción con los recursos personales genera una dinámica de crecimiento (espiral positiva) recíproca entre ambos tipos de recursos. Aunque esta modificación supone una importante mejora del modelo, el hecho de que los recursos personales solo se hayan estudiado en relación con los efectos motivacionales, sigue confirmando al mismo una significativa limitación a la hora de explicar de un modo amplio, las relaciones entre demandas, recursos y sus efectos sobre la salud ocupacional.

3.3.3. Modelo de Recursos, Experiencias y Demandas (Salanova et al.)

El propósito de este modelo es explicar la salud psicosocial de un modo amplio, incluyendo tanto los efectos negativos como los positivos del desempeño laboral, las consecuencias que para la organización tiene la buena o mala salud psicosocial de los trabajadores y el papel de los recursos personales, entre los que destaca las "creencias de eficacia" (Salanova et al., 2007). Se considera que el estrés es el resultado de la interacción entre las demandas laborales, los recursos laborales y los recursos personales. Además las consecuencias que se derivan de estas interacciones pueden ser tanto negativas como positivas.

En el modelo se tienen en cuenta cuatro tipos de variables: los recursos personales, cuyo principal exponente es la autoeficacia; las demandas y los recursos laborales, que pueden ser contemplados a nivel de la tarea, a nivel social, a nivel organizacional y también a nivel extraorganizacional; las emociones y experiencias, que incluyen las experiencias de malestar (ansiedad, desgaste profesional,) así como las de bienestar (satisfacción, motivación, compromiso); las conductas laborales, que también pueden ser positivas (alto desempeño, alta

calidad del trabajo o alta implicación) o negativas (absentismo, bajo desempeño o baja calidad del trabajo).

Lo más destacable del modelo es la asunción de que la salud psicosocial, no es fruto solo de la relación entre demandas y recursos, sino además de la interacción de estos con los recursos personales del trabajador. Por otra parte se distingue entre “demandas amenazantes”, aquellas que son evaluadas como dañinas y que provocan emociones negativas y “demandas retadoras”, las que se evalúan como beneficiosas para el desarrollo o el logro personal y que provocan emociones positivas.

Otra asunción importante del modelo es que las demandas y los recursos, en los diferentes niveles expuestos, generan dos procesos psicológicos que se pueden desarrollar a modo de espirales: “espiral de deterioro de la salud” y “espiral de motivación”.

Como podemos ver en la figura, los niveles previos de autoeficacia determinan el modo en que se perciben los recursos y las demandas laborales. Las personas que perciben bajos niveles de eficacia, consideran que no pueden controlar de forma adecuada su trabajo, además tienden a percibir las demandas como amenazantes y los recursos como insuficientes. A partir de aquí, se pueden experimentar emociones negativas y presentar conductas laborales perjudiciales. Las consecuencias negativas de este proceso pueden provocar percepciones aún más negativas sobre sí mismo y sobre el ambiente, dando lugar a espirales negativas de deterioro de la salud. Del mismo modo, aquellos sujetos que perciben altos niveles de eficacia, tenderán a pensar que pueden afrontar adecuadamente su trabajo y a valorar las demandas como retadoras y los recursos como suficientes. El resultado de esta percepción redundará en una experiencia de mayor bienestar laboral, en un trabajo de mayor calidad y en conductas positivas hacia el trabajo como son la motivación y el compromiso. Estos resultados positivos generarán un aumento del sentimiento de eficacia y una percepción más

favorable de las demandas y los recursos laborales, de modo que se generarán espirales positivas de motivación (ver Figura 9).

El modelo considera en definitiva, que son los recursos personales de los individuos y sobre todo, las creencias de eficacia, los que determinarán que se produzcan espirales positivas de motivación o espirales negativas de deterioro de la salud.

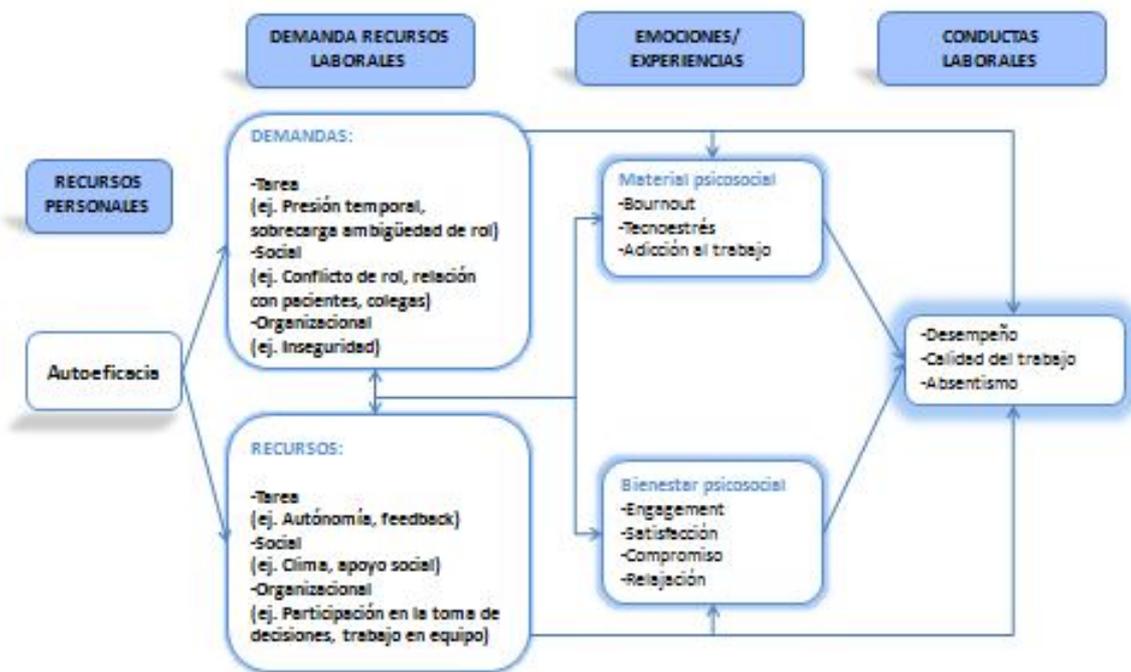


Figura 9. Modelo de Recursos, Experiencias y Demandas.

Una investigación longitudinal llevada a cabo en una muestra de 274 profesores de 23 centros de Enseñanza Secundaria, demostró el efecto predictor de la sobrecarga cuantitativa sobre el agotamiento y la dedicación. EL conflicto de rol sobre el cinismo y la ambigüedad de rol sobre la dedicación. Además se puso de manifiesto el papel del genero en los niveles de burnout, siendo las mujeres quienes más burnout presentaron, sobre todo en las dimensiones agotamiento y cinismo (Prieto, Soria, Martínez, & Schaufeli, 2008).

3.4. Conclusiones sobre los modelos

Si valoramos las diferentes perspectivas teóricas que representan los modelos expuestos, podemos ver como todos ellos de una forma o de otra, tienen en cuenta el desajuste entre las demandas y los recursos, aunque este desajuste, puede ser objetivo o subjetivo, real o solamente percibido por las personas. Todos los modelos contemplan que las altas demandas pueden tener un efecto nocivo para la salud psicosocial de los trabajadores, aunque alguno considera que, si las demandas son percibidas como retadoras, pueden tener un efecto beneficioso. Nuestra investigación se enmarca en el modelo de demanda-control, ya que consideramos que además de ser el que mayor apoyo ha recibido a nivel empírico, es además el que mejor explica la relación entre los aspectos reales y los percibidos, relacionados con el desempeño laboral. Por otra parte, pensamos que los cambios que se están produciendo en el mundo laboral, están ocasionando un importante y es posible que inevitable, aumento en las demandas laborales que soportan los trabajadores. Para hacer frente a este incremento en las demandas, es preciso contar con personas que dispongan de suficientes recursos (capacidades, conocimientos, flexibilidad ...), dicho de otro modo, es preciso intervenir para promover nuevos comportamientos –recursos– en las personas, con el fin de que sean capaces de hacer frente a estas nuevas demandas, lo que hace que, a pesar de la tecnificación del mundo laboral, el mayor protagonismo siga recayendo en el factor humano. Este énfasis en la importancia de los recursos, apoya aún más nuestra elección del modelo demanda-recursos, para el enfoque teórico de la presente investigación.

Valorando en su conjunto todo lo expuesto, puede considerarse que se está produciendo un cambio de perspectiva, ya que estamos contemplando como de una situación inicial, en la que la salud ocupacional era considerada como resultado de factores relacionados con la situación laboral, se está pasando a otra, en la que se tiene también en cuenta la interacción entre los factores situacionales y las

variables personales. Al principio de la década de los 80 del pasado siglo, en la Teoría Social Cognitiva (Bandura, 1989) ya se estableció que el ser humano no recibe de un modo pasivo las influencias del contexto, sino que es un agente activo y que los procesos cognitivos tienen un papel fundamental para su interacción con el ambiente y la adaptación a éste. El aspecto central de esta teoría es que las experiencias humanas están determinadas por la interacción entre las variables personales, la conducta y las variables contextuales. Por tanto ni el contexto, ni la persona, determinan por sí mismos las experiencias humanas, sino que esta es el resultado de la interacción recíproca entre los tres elementos señalados (ver Figura 10).

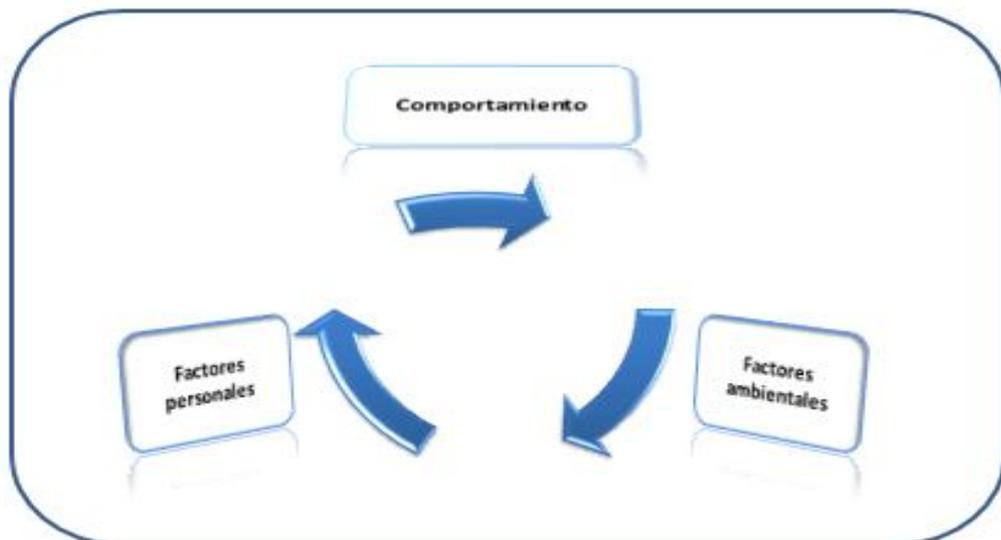


Figura 10. Esquema de las interacciones según la Teoría Social Cognitiva (Bandura 1989).

4. VARIABLES PSICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE VIDA LABORAL

Las variables psicosociales son aquellas que surgen como resultado de la interacción entre los factores sociales o contextuales y los factores personales.

De acuerdo con la Teoría Social Cognitiva y como consecuencia de los planteamientos de la Psicología Positiva y de la Psicología de la Salud Ocupacional Positiva, que contemplan la importancia que tienen las fortalezas personales y las capacidades psicológicas de los trabajadores, para el mantenimiento de la salud psicosocial y de la calidad de vida laboral, han surgido nuevas explicaciones sobre los efectos que la exposición a condiciones de trabajo adversas, tienen sobre los trabajadores. Al considerar al sujeto como un elemento activo y dar importancia a las variables psicosociales, se admite que no todos los individuos tendrán las mismas respuestas ante una determinada situación (Hubert, Gable, & e Iwanicki, 1990). Para conocer cómo influyen las variables psicosociales en los diferentes contextos laborales, a la hora de determinar las diferentes respuestas que observamos entre los individuos, se han desarrollado nuevas teorías y nuevos constructos, que intentan dar una explicación a las interacciones entre las variables personales, las contextuales y las organizacionales. Entre estos, los que están más relacionados con los planteamientos que se desarrollan en el presente trabajo son: el Capital Psicológico, la Personalidad Resistente o “hardiness personality” y el Sentido de la Coherencia.

4.1. Capital Psicológico

La PSOP entiende que los trabajadores son el principal activo de las organizaciones y que no solo se deben cuidar y potenciar, sus capacidades físicas, sino también sus fortalezas personales y sus capacidades psicológicas.

El capital psicológico se refiere a las capacidades psicológicas que ponemos en práctica durante nuestro desempeño laboral y que, por lo tanto, influyen en la consecución de los objetivos. Se define como *un estado psicológico positivo de desarrollo de un individuo que se compone de cuatro dimensiones: autoeficacia, optimismo, esperanza y resiliencia* (ver Tabla 3) (Luthans, Youssef, & Avolio, 2006).

Tabla 3. Componentes del Capital Psicológico.

Variables del Capital Psicológico	Definición	Desarrollo
<u>Autoeficacia</u>	La confianza de los individuos acerca de sus capacidades para fomentar la motivación, los recursos cognitivos y la acción necesaria para ejecutar con éxito una tarea específica dentro de un contexto determinado	Por ejemplo, experiencias de dominio, aprendizaje vicario, persuasión verbal.
<u>Esperanza</u>	Un conjunto cognitivo que se basa en el sentido recíproco del éxito y las vías para conseguirlo	Por ejemplo, fijar metas personales valiosas, objetivos realistas, definir los objetivos secundarios, crear múltiples maneras para lograr objetivos y para evitar obstáculos.
<u>Optimismo</u>	Un estilo atribucional que explica los sucesos positivos como personales, permanentes y globales, y los eventos negativos como extremos, temporales y específicos	Por ejemplo, identificar la adversidad, reconocer las creencias autodestructivas, darse cuenta de las consecuencias de dichas creencias, cuestionar las creencias contraproducentes y experimentar la energía.
<u>Resiliencia</u>	Habilidades de un individuo, cuando se enfrenta a adversidades, de recuperarse de un revés o fracaso	Por ejemplo, proporcionar apoyo para recuperarse de la adversidad, crecer ante un cambio positivo

Diferentes estudios han demostrado que existe una relación positiva entre el capital psicológico y el rendimiento laboral y la productividad (Luthans, Avey, & Patera, 2008; Xanthopoulou, Baker, Heuven, Demerouti, & Schaufeli, 2008), pero no está claro cómo influye cada uno de los componentes del capital psicológico, ni cuáles son las

posibles interacciones que pueden producirse entre ellos. Dados los objetivos de nuestro trabajo, nos parece importante analizar con mayor profundidad dos de ellos: la autoeficacia y la resiliencia, pues en base a la definición de los mismos, serían aquellos más dinámicos y por tanto, sobre los que más se puede influir, a través de intervenciones para mejorar la salud psicosocial de los trabajadores y la productividad de las organizaciones.

4.1.1. Autoeficacia

El concepto de autoeficacia fue propuesto por Bandura como desarrollo de su Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1982), y la definió como la *“sensación de ser capaz de ejecutar una conducta”*. Después, él mismo reformuló esta definición y la consideró como *“la creencia en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos, que producirán determinados logros o resultados”* (Bandura, 1997), siendo esta la definición más aceptada en la actualidad.

La autoeficacia está relacionada con las capacidades de la persona y su historial previo de aprendizaje, de manera que dos personas con la misma capacidad pueden tener distinto nivel autoeficacia, dependiendo de las experiencias anteriores que hayan tenido. Además, la autoeficacia no es una creencia general válida para cualquier situación, sino que es propia de cada grupo de actividades. Tampoco es una variable constante, pues puede verse afectada en cualquier sentido por los propios logros, por la observación de otras personas, por las críticas y comentarios recibidos y por la propia activación fisiológica y/o emocional. En cualquier caso, todos estos estímulos serán procesados a nivel cognitivo por los propios sujetos y tendrán un efecto diferente, en función de la valoración que se haga de ellos.

Las personas que tienen altos niveles de autoeficacia, se considerarán más capaces de superar las situaciones que se le presentan, además dedicarán más tiempo y esfuerzo para realizarlas y

por lo tanto tendrán más probabilidades de obtener resultados satisfactorios. Estos logros presentes, incrementarán su percepción de eficacia, produciéndose un efecto recíproco entre logros y autoeficacia, que generará espirales de ganancias futuras (Lindsley, Brass, & Thomas, 1995; Salanova, Schaufeli, Xanthopoulou, & Bakker, 2010), que afectarán de un modo positivo a la salud laboral de los empleados. De la misma forma se puede producir el proceso inverso, es decir, niveles bajos de autoeficacia pueden condicionar resultados laborales pobres y por tanto, iniciarse espirales de pérdida, que tendrán efectos negativos sobre los sujetos.

Las autoeficacia percibida influye también en la valoración que las personas hacen de las demandas y los recursos laborales, de tal forma, que cuando los niveles de autoeficacia son altos, las demandas se perciben como retos en lugar de amenazas y los recursos tienden a valorarse como suficientes y adecuados para la actividad que se realiza. La autoeficacia percibida parece que se comporta como un precursor del engagement, de modo que las personas con altos niveles de autoeficacia, tienen también altos niveles de engagement (Salanova & Schaufeli, 2009), por el contrario la autoeficacia parece correlacionar de un modo negativo con el burnout (León-Rubio, Cantero, & León-Pérez, 2011; Sánchez, Guillén, & León-Rubio, 2006a).

Podemos concluir que la autoeficacia afecta a las tres áreas fundamentales del funcionamiento humano: al componente afectivo, a los procesos cognitivos y al ámbito conductual, determinando en gran medida la conducta del sujeto y convirtiéndose en uno de los factores que mayor relevancia ha adquirido en la explicación de las diferencias individuales encontradas en la productividad y la calidad de vida laboral (Salanova, Grau, & Martínez, 2005).

4.1.2. Resiliencia

Aunque el interés de la psicología por la resiliencia es antiguo, este constructo no ha cobrado auténtica relevancia, ni ha sido objeto de

la investigación, hasta hace solo algunas décadas. Tanto desde la psicología como desde la psiquiatría, se ha constatado que no todas las personas sometidas a situaciones especialmente traumáticas, experimentaban daños psicológicos. Se ha visto que muchos sujetos son capaces de resistir y mantener sus niveles de funcionamiento, a pesar del trauma o de la situación adversa en la que viven. Si bien durante mucho tiempo se consideró que esta respuesta era excepcional, la investigación al respecto ha comprobado que esta reacción es más frecuente de lo que se creía (Bonanno, 2008; Masten, 2001).

El concepto de resiliencia aplicado a la psicología, fue utilizado por primera vez por Bowlby (1980), quien la describe como *“el resorte moral o la cualidad de la persona que no se desanima, que no se deja abatir”*. La resiliencia se ha definido como la capacidad de una persona o un grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de situaciones desestabilizadoras, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves (Manciaux, Vanistendael, Lecomte, & Cyrulnik, 2003). La resiliencia implica la capacidad para mantener elevados niveles de afecto positivo y bienestar en situaciones adversas (Caverley, 2005).

El término resiliencia ha sido incluido por la Real Academia Española (RAE) en la última edición del Diccionario de la Lengua Española (vigésimo tercera edición, octubre de 2014). La RAE admite dos significados para este término: el primero de ellos, relativo a la psicología, la define como la *“Capacidad humana de asumir con flexibilidad situaciones límite y sobreponerse a ellas”*. El segundo, relativo a la mecánica, la define como la *“Capacidad de un material elástico para absorber y almacenar energía de deformación”*. Etimológicamente la palabra viene del latín, cuyo término *resilio* significa *rebotar* o *volver a saltar*. Aunque como ya se ha comentado, la resiliencia se relacionó en principio con la exposición a traumas de excepcional intensidad, su nueva conceptualización permite aplicarla a

otras situaciones más cotidianas y además incluir la resiliencia como una capacidad o un rasgo de la persona.

Por lo que a las definiciones sobre la resiliencia respecta, nos encontramos diferentes orientaciones. Algunos de los autores que han investigado el concepto de resiliencia, consideran que se trata de un rasgo psicológico que se manifiesta en condiciones de adversidad (Block & Block, 1980; Richardson, Neiger, Jensen, & Kumpfer, 1990). Otros plantean que la noción de rasgo no tiene en cuenta la influencia de los factores ambientales y sociales (Becoña, 2006; Masten & Powell, 2003), consideran además, que puede variar a lo largo de la vida, de modo que no es una característica que se posea de un modo constante, sino que es el resultado de un proceso interactivo entre la persona y la situación, que va sufriendo una evolución en las diferentes etapas de la vida, ya que es el resultado de un proceso dinámico (Boris, 2002; Manciaux et al., 2003). Además la resiliencia podría ponerse de manifiesto de forma diferencial en diversos contextos y en diferentes momentos (Fletcher & Sarkar, 2013).

Por tanto, para que se desarrolle la resiliencia, es preciso que la persona se exponga a factores de riesgo (situaciones estresantes o traumas) y que posea factores de protección (cualidades o recursos). Dicho de otro modo, la resiliencia es el resultado de la interacción entre la exposición a la adversidad y la capacidad de adaptación. La adversidad se entiende no solo como exposición a grandes acontecimientos vitales, sino también a estresores cotidianos que ejercen un efecto continuado sobre la persona (Davydov, Stewart, Ritchie, & Chaudieu, 2010). La adaptación supone aquella capacidad que se pone de manifiesto para afrontar con éxito, los retos a los que se enfrentan los sujetos (Eshel, Kimhi, & Goroshit, 2014).

Por lo que se refiere a las características de las “personas resilientes”, se considera que experimentan emociones positivas y que las expresan a través del humor, el optimismo y las expresiones verbales. Aunque no podemos hablar propiamente de dimensiones de la

resiliencia, sí parece que existen algunos componentes que se encuentran en mayor o menor medida, en los sujetos que tienen respuestas resilientes: capacidad de adaptación al cambio, empatía, elevada autoestima, locus de control interno y optimismo (Moreno-Jiménez, Garrosa, Corso, Boada, & Rodríguez, 2012). No obstante, sí parece existir acuerdo en que se trata de un constructo *compuesto de fortalezas y atributos personales que, ante situaciones adversas, reducen la vulnerabilidad del sujeto y le permiten salir fortalecido, con éxito y desarrollar competencia social, académica y vocacional* (Csikszentmihalyi, 1999).

En cuanto a las respuestas resilientes, algunos consideran que provienen de tres fuentes: *Atributos personales*: autoestima, inteligencia, capacidad de resolución de problemas y competencia social. *Afectividad y Apoyo familiar* o de otros ámbitos sociales (Grotberg, 1995).

La resiliencia se ha investigado no solo en relación con las personas, sino también a los grupos y las organizaciones, de modo que se habla de familias resilientes, profesionales resilientes u organizaciones resilientes (Edward, 2005; Salanova, 2009a; Sanchis & Escoto, 2011). Entre estos grupos profesionales, unos de los que están más expuestos a estresores crónicos, son los profesionales de la salud. Estos profesionales están en continuo e íntimo contacto con el sufrimiento ajeno, sometidos a una elevada presión asistencial, frecuentemente sin todos los medios necesarios para realizar su actividad, con cambios de horarios constantes, atendiendo personas que no siempre comprenden sus actuaciones, además en un contexto laboral cambiante y cada vez más inseguro. Estas y otras condiciones, hacen que el clima en el que desarrollan su actividad sea desagradable y hostil, por lo que su resistencia puede verse seriamente comprometida (Shaver & Lacey, 2003; Ma, Samuels, & Alexander, 2003).

En el ámbito laboral, la resiliencia podría modular los efectos del estrés, de modo que los individuos con altos niveles de resiliencia,

responderían de forma más adaptativa ante las situaciones adversas y experimentarían mayor bienestar laboral, que aquellos que poseen bajos niveles de resiliencia. Esto explicaría por qué algunos profesionales, claudican y abandonan la actividad asistencial o cambian de trabajo, mientras que otros, afortunadamente la mayoría, se mantienen en su puesto de trabajo e incluso algunos de ellos, crecen y se desarrollan personal y profesionalmente. Es decir, este proceso podría explicar por qué algunas personas desarrollan engagement (probablemente aquellas que poseen alta resiliencia), mientras que otras sufren burnout (las que carecen de niveles adecuados de resiliencia). Dadas estas circunstancias, podemos decir que la resiliencia se convierte en una característica psicológica, esencial para el desarrollo y el mantenimiento del bienestar laboral de los profesionales de la salud (Jackson, Firtko, & Edenborough, 2007).

A pesar del auge que la investigación sobre la resiliencia ha tenido en los últimos años, como hemos visto, no se ha consensuado un concepto sobre la misma, ni tampoco se han establecido de un modo claro sus componentes, ni se ha determinado el proceso a través del cual se desarrolla (Gálvez, Moreno-Jiménez, & Mingote, 2009). La investigación al respecto sugiere que estaría formada por al menos cuatro tipo de factores: Genéticos (Jaffee, Caspi, Moffitt, Polo-Tomas, & Taylor, 2007); Biológicos (Haglund, Nestadt, Cooper, Southwick, & Charney, 2007); Psicológicos (Friborg, Barlaug, Martinussen, Rosenvinge, & Hjemdal, 2005; Richardson, 2002) y Ambientales (DuMont, Widom, & Czaja, 2007; Haskett, Nears, Sabourin Ward, & McPherson, 2006). Por tanto es una capacidad que se puede, al menos en parte, adquirir y desarrollar. En este sentido es importante determinar su efecto, con el fin de justificar la implementación de medidas para el fomento de la resiliencia, en profesionales que están especialmente expuestos al efecto de estresores en su actividad profesional.

4.2. Personalidad Resistente

El concepto de personalidad resistente fue desarrollado por Kobasa (1979) y ampliado después por él mismo (Kobasa, 1982). A través del estudio de personas que ante hechos vitales negativos, parecían tener unas características de personalidad que les protegían, Kobasa mantiene que los sujetos con personalidad resistente se enfrentan a los acontecimientos de forma activa y comprometida, percibiéndolos como menos amenazantes, por lo tanto tienen actitudes que les protegen de situaciones negativas como el burnout o el estrés, y presentan además estrategias de afrontamiento adaptativas, de manejo y de control de la realidad (Moreno-Jiménez, Hernández, & Herrer, 2005).

La personalidad resistente se compone de tres dimensiones: compromiso, control y reto.

- ✓ El compromiso se refiere a la tendencia a implicarse en las actividades que considera importantes, así como a identificarse con el trabajo. Esto implica conocer las metas y poseer las habilidades para decidir y mantener los propios valores. Estas personas no solo poseen las capacidades para enfrentarse de un modo positivo a las situaciones adversas, sino que además desean hacerlo con éxito.
- ✓ El control es la convicción de poder intervenir e influir sobre los acontecimientos. Por tanto las personas que poseen esta característica, tienen expectativas positivas ante muchas situaciones estresantes, ya que utilizan sus capacidades para obtener un resultado satisfactorio.
- ✓ El reto se refiere a la percepción de las situaciones, potencialmente estresantes, como desafíos o como oportunidades de crecimiento y no como amenazas. Esta forma de percibir el ambiente proporciona a la persona la flexibilidad cognitiva y la tolerancia a la ambigüedad necesarias para entender el cambio como algo positivo.

La personalidad resistente no se concibe como un rasgo innato que se posee en tal medida o no se posee, sino como el resultado de las interacciones que se producen entre las predisposiciones de la persona y las características del ambiente. La acción amortiguadora que la personalidad resistente ejerce sobre las consecuencias del estrés, se ha explicado por cuatro procesos (Peñacoba Puente & Moreno Jiménez, 1998):

- La personalidad resistente modifica la percepción sobre los estímulos estresantes, convirtiéndolos en menos estresantes.
- La personalidad resistente facilita la utilización del llamado afrontamiento transformacional.
- La personalidad resistente influye en el afrontamiento indirectamente a través del apoyo social.
- La personalidad resistente promueve estilos de vida saludable que minimizan el riesgo de enfermar.

Por otra parte, según los resultados de diferentes estudios, la personalidad resistente puede ejercer un efecto directo sobre la salud, independientemente de los efectos indirectos mencionados. En concreto se han encontrado correlaciones negativas entre personalidad resistente y trastornos mentales (Maddi & Khoshaba, 1994) y entre personalidad resistente y burnout (Boyle, Grap, Younger, & Thomby, 1991). Además se han encontrado correlaciones positivas entre personalidad resistente y calidad de vida (Evans, Pellizzari, Culbert, & Metzen, 1993). Por tanto, la personalidad resistente presenta un conjunto de características que promueven comportamientos y estilos de afrontamiento adaptativos que, por diferentes vías, protegen la salud de los individuos de los efectos de las situaciones estresantes.

4.3. Sentido de la Coherencia

El constructo de Sentido de la Coherencia fue elaborado por Antonovsky (1987), a partir de un planteamiento anterior, también debido a él, denominado orientación salutogénica, que en

contraposición con la orientación patogénica, que mantiene la existencia de una dicotomía entre salud y enfermedad, propone que la salud y la enfermedad forman parte de un continuo, a través del cual los sujetos se moverían en función del estado de salud que posean en cada momento (Antonovsky, 1979). Para este autor lo importante no es saber cuáles son los factores que condicionan la enfermedad, sino cuáles son los que mantienen la salud, dicho de otro modo, cuáles son las fortalezas que protegen de la enfermedad. La explicación que propone, es lo que denomina Sentido de la Coherencia o *capacidad de una persona para percibir el significado del mundo que le rodea, así como la capacidad para advertir la correspondencia entre sus acciones y los efectos que estas tienen sobre su entorno* (Moreno-Jiménez et al., 2005). El Sentido de la coherencia es una disposición estable, que permite a las personas evaluar las situaciones como predecibles, manejables y significativas. El autor propone que el Sentido de la Coherencia está compuesto por tres dimensiones: Comprensibilidad, manejabilidad y significatividad.

- a. La Comprensibilidad se plantea como un componente cognitivo que conduce a valorar los acontecimientos como ordenados, previsibles y explicables.
- b. La Manejabilidad consiste en la creencia de que los recursos necesarios para hacer frente a las situaciones, se poseen o pueden estar a su alcance. Esta es la dimensión estructural del constructo.
- c. La Significatividad es la dimensión motivacional y supone la tendencia a considerar que las demandas a las que se enfrenta, deben ser tenidas en cuenta y merecen un esfuerzo por su parte, sintiéndose por tanto comprometido con su resolución.

Estas dimensiones, actuarían como herramientas que se pueden utilizar para poner en marcha diversas estrategias exitosas de afrontamiento, en diferentes situaciones. Algunos estudios han puesto de manifiesto que las puntuaciones del Sentido de la Coherencia correlacionan negativamente con las de burnout y positivamente con la

calidad de vida (Eriksson & Lindström, 2006; Eriksson & Lindström, 2007).

En definitiva, si tenemos en cuenta la perspectiva salutogénica, vemos que el desempeño laboral puede producir consecuencias positivas sobre las personas y sobre su calidad de vida. La presente investigación pretende, entre otras cuestiones, dar cuenta de las condiciones que explican dos de los aspectos que consideramos de mayor interés al hablar de las consecuencias positivas derivadas del trabajo. Estos aspectos son el engagement y la calidad de vida laboral.

5. ENGAGEMENT

La experiencia nos dice que del mismo modo que algunas personas desarrollan el conocido síndrome de desgaste profesional o burnout, otros por el contrario, experimentan una reacción positiva de bienestar y compromiso con el trabajo (Bakker & Leiter, 2010; Langelaan, Bakker, van Doornen, & Schaufeli, 2006). A esta reacción positiva se la denomina como *engagement* o vinculación psicológica con el trabajo, se define como *un estado motivacional positivo que se caracteriza por una sensación de realización personal* (Schaufeli et al., 2002). Al igual que el burnout, el engagement está constituido también por tres dimensiones: Vigor, Dedicación y Absorción. *El vigor* hace referencia a una alta energía y resistencia mental durante el trabajo y a la persistencia en el esfuerzo a pesar de las dificultades que puedan surgir. *La dedicación* se refiere a la implicación con el trabajo, que se manifiesta por un sentimiento de orgullo, entusiasmo, realización personal y reto ante el mismo. *La absorción* supone una experiencia de concentración en el trabajo, en la que el tiempo pasa muy deprisa y que dificulta desconectarse de la actividad que se realiza.

La relación entre el engagement y el burnout se ha contemplado desde dos perspectivas diferentes (Bakker, Rodríguez, & Derks, 2012; Demerouti, Mostert, & Bakker, 2010). La primera los considera como dos constructos opuestos, cada uno de ellos compuestos por tres dimensiones que se oponen: Vigor - Agotamiento; Dedicación - Cinismo; Absorción - Falta de eficacia (Grau, Salanova, Schaufeli, Peiró, & Llorens, 2000) (ver Figura 11). La otra perspectiva los considera como dos constructos independientes que correlacionan de forma negativa, pero cuyas tres dimensiones no se comportan como los polos opuestos de un continuo (Llorens, Schaufeli, Bakker, & Salanova, 2007). Considerar al burnout y al engagement como los polos opuestos de un continuo, lleva a asumir que las correlaciones negativas entre sus tres dimensiones, deben ser casi perfectas, en cuyo caso podrían medirse con el mismo instrumento. Además, que una persona no tenga burnout,

no implica que experimente engagement, ni tampoco que una persona con bajas puntuaciones en engagement tenga burnout. Por tanto, parece adecuado considerar que ambos constructos son independientes y que pueden ser evaluados con diferentes instrumentos, aunque ambos son estados psicológicos opuestos, uno con características positivas y el otro con características negativas.

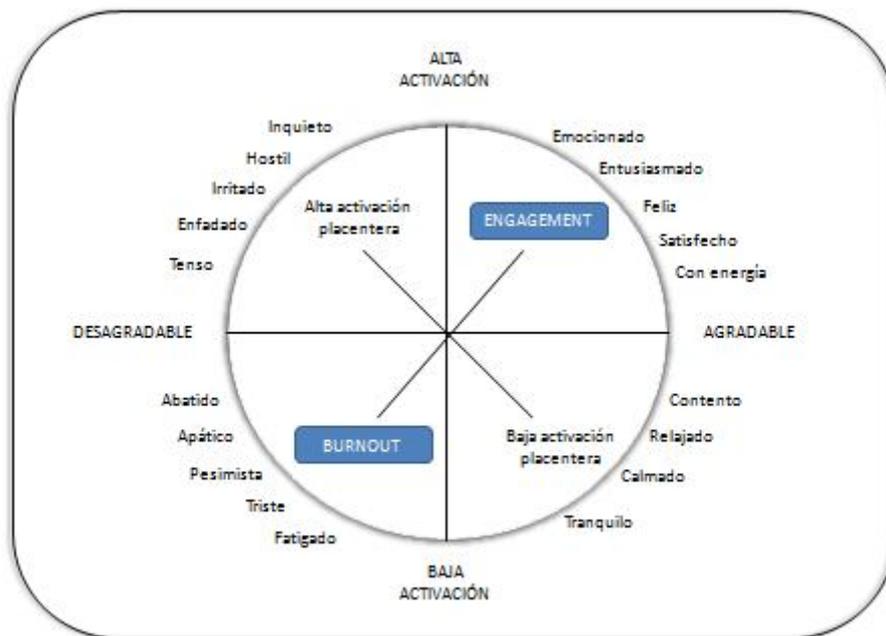


Figura 11. Burnout-Engagement. (Adaptado de Bakker, Rodríguez y Derks. 2012).

En el engagement observamos tres dimensiones:

- ✓ *Cognitiva*, creencia y defensa de la filosofía y los objetivos de la organización.
- ✓ *Afectiva*, sentimiento de pertenecer a la organización y orgullo por ello.
- ✓ *Conductual*, esfuerzo por seguir perteneciendo a la organización.

Los individuos que desarrollan engagement presentan una alta energía, se sienten vinculados con su trabajo y se ven a sí mismos capaces de superar los retos que este les plantea. Además perciben las demandas como retos en lugar de cómo amenazas.

6. CALIDAD DE VIDA LABORAL

La preocupación por la calidad de vida laboral, aunque arranca en la década de los 40 del pasado siglo, no fue hasta los años 70 cuando cobró una especial relevancia, debido fundamentalmente a dos circunstancias. Por un lado a las reivindicaciones de determinados sectores laborales en los Estados Unidos, que exigían la humanización de los entornos laborales y la mejora de la calidad de vida de los trabajadores. Por otro lado, a los avances tecnológicos y científicos que propiciaron una fuerte competitividad empresarial, con la consiguiente preocupación por la productividad. En la década de los 90, se realizan diferentes investigaciones, que ponen de manifiesto que las empresas cuyos empleados disfrutaban de mejores condiciones de trabajo y de mayores posibilidades de desarrollo profesional, son también más eficientes y están mejor consideradas a nivel social (Callejón, Pérez, Carreño, & Velázquez, 2011; Forshaw & Sen, 2011; Roche, 2010).

La definición del concepto de calidad de vida laboral ha evolucionado desde sus inicios y aún hoy no está del todo delimitada. Las definiciones del concepto han sido muchas, pudiéndose agrupar bajo dos perspectivas. La primera de ellas, centrada en los *aspectos subjetivos* o psicológicos de los trabajadores, como son la satisfacción laboral, las relaciones laborales, la vinculación hacia el trabajo y los valores personales. La segunda perspectiva está centrada en las *condiciones objetivas* del contexto laboral, tales como los sistemas de gestión, la estructura física, los factores ambientales y la seguridad laboral, entre otros.

El objetivo del planteamiento "subjetivo", es conseguir la satisfacción y el bienestar de los trabajadores, mientras que el de la perspectiva "objetiva", es mejorar la productividad y los resultados empresariales. Dado que ninguno de los planteamientos expuestos, por sí mismo, puede dar una respuesta global a la totalidad de los factores que determinan la calidad de vida laboral, se hace necesaria una tercera vía que integre los aspectos subjetivos y objetivos de la calidad de vida

laboral. Podemos por tanto afirmar que, la calidad de vida laboral es un constructo multidimensional, complejo y de difícil definición, que incluye un elevado número de categorías, cuyo peso y delimitación debe ser adaptado a las diferentes situaciones y ámbitos laborales en los que lo apliquemos. Al igual que ocurre con la delimitación del concepto, tampoco hay acuerdo sobre cuáles son las dimensiones o categorías que la componen, aunque en la mayoría de las investigaciones sobre calidad de vida laboral, aparecen una serie de criterios que podemos englobar en cuatro grupos: Indicadores individuales; Medio ambiente laboral; Organización y Entorno sociolaboral (ver Tabla 4).

Tabla 4. Elementos que configuran la Calidad de Vida Laboral.

Categorías de indicadores de la calidad de vida laboral	
<u>Indicadores individuales</u>	<ul style="list-style-type: none"> -Satisfacción laboral -Expectativas, motivación -Actitudes y valores hacia el trabajo -Implicación, compromiso, centralidad del trabajo -Calidad de vida laboral percibida
<u>Medio ambiente de trabajo</u>	<ul style="list-style-type: none"> -Condiciones de trabajo -Diseño ergonómico -Seguridad e higiene -Nuevas tecnologías -Análisis de puestos -Características y contenido del trabajo
<u>Organización</u>	<ul style="list-style-type: none"> -Organización del trabajo, efectividad y productividad -Organigrama, estructura y funcionamiento -Cultura y cambio organizacional -Participación y toma de decisiones -Factores psicosociales -Aspectos sociales, comunicación, clima laboral
<u>Entorno sociolaboral</u>	<ul style="list-style-type: none"> -Calidad de vida, salud y bienestar de los trabajadores -Condiciones de vida, prejubilación, estilo de vida -Variables sociodemográficas -Factores socio-económicas: políticas de empleo, seguridad y estabilidad laboral -Prevención de riesgos laborales

El interés por mejorar la calidad de vida laboral de los empleados, como se ha comentado, surge porque existen muchas evidencias de que los trabajadores que están felices en y con su trabajo, son más productivos, tienen mayor dedicación y son más fieles a su

organización. Numerosos estudios han demostrado que la mejora de la calidad de vida laboral, puede tener importantes consecuencias sobre la conducta de los trabajadores: mayor satisfacción laboral; más esfuerzo y dedicación; mayor entrega y compromiso con la organización; aparición de conductas extra rol; fidelización y sentimiento de pertenencia; entre otros (Danna & Griffin, 1999; Efraty, 1990; Sparks, Faragher, & Cooper, 2001). Del mismo modo, una baja calidad de vida laboral también tiene efectos negativos, tanto sobre la salud física y psicosocial de los empleados (Berkman, Buxton, Ertel, & Okechukwu, 2010; Gil-Monte, Nuñez, & Selva, 2006; Gundersen, 2001; Kecklund, Milia, Axelsson, Lowden, & Åkerstedt, 2012; Maslach et al., 2001), para la conciliación trabajo-familia (Pal & Saksvik, 2008), como para las propias organizaciones (Schenker, 2010; Van Yperen & Snijders, 2000). Estas consecuencias negativas se producen, bien por un efecto directo sobre la salud, o a través de las conductas inadecuadas que pueden desarrollar los trabajadores, para paliar los efectos negativos del estrés laboral (Revicki, Whitley, & Gallery, 1997; Rowe & Macleod Clark, 2000).

En la literatura sobre calidad de vida laboral nos encontramos dos enfoques teóricos dominantes (Loscocco & Roschelle, 1991). El primero de ellos se basa en la satisfacción de necesidades, y plantea que las personas tienen una serie de necesidades básicas, que tratan de satisfacer a través del trabajo (Alderfer, 1972; Porter, 1961). El segundo mantiene que la satisfacción en un área de la vida tiene efecto o se *derrama*, sobre otras áreas, de modo que la satisfacción en el trabajo, puede influir en otros dominios como la familia, la salud, los amigos, el ocio...etc. Este efecto puede ser horizontal, cuando la satisfacción en un área afecta a otra cercana, o vertical, cuando un área de jerarquía superior, influye sobre áreas inferiores (Bromet, Dew, & Parkinson, 1990; George & Brief, 1990).

En cuanto a la evaluación y medida de la calidad de vida laboral, no hay un método exclusivo, sino que en función de la perspectiva teórica adoptada y de los objetivos que se planteen, se utilizan diferentes

instrumentos para su medida, solos o de forma combinada. Los diferentes métodos que encontramos en la literatura no discrepan mucho de los indicados por Segurado y Agulló (Segurado & Agulló, 2002):

- ✓ Métodos objetivos: son aquellos que evalúan las condiciones estructurales del contexto laboral, de la organización y/o de los empleados, a través de información cuantitativa. En este caso, los instrumentos de evaluación que más se utilizan son los listados, los check-list, los perfiles y los repertorios de evaluación.
- ✓ Métodos subjetivos: son aquellos que recogen información sobre la percepción que los sujetos tienen de su calidad de vida laboral, a través de datos cualitativos facilitados por los trabajadores. Las herramientas más usadas, en este caso, son la observación directa, las encuestas o macroencuestas, las entrevistas en profundidad, el grupo focal, las escalas de satisfacción y los cuestionarios.

Como se comentó, tanto los enfoques como los instrumentos que se emplean, tienen ventajas e inconvenientes, así como limitaciones metodológicas y materiales, por lo que es preciso integrar diferentes metodologías si se pretende tener una medida válida e integral, de la calidad de vida laboral. Por otra parte se precisa seguir investigando tanto sobre el propio concepto de calidad de vida laboral, como en el desarrollo de instrumentos válidos y fiables que tengan en cuenta la generalidad de las dimensiones que lo componen. En este sentido, dado el carácter interdisciplinar de este concepto y su naturaleza multifactorial, se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones (Segurado & Agulló, 2002):

- a. Una definición de calidad de vida laboral, debe integrar los aspectos objetivos y los subjetivos.
- b. Las diferentes facetas que componen la vida de una persona interactúan entre sí, por tanto la calidad de vida laboral afecta y se

ve afectada, por la calidad de vida en otras áreas (familia, amigos, economía, etc.).

- c. La calidad de vida laboral no está determinada por ninguno de los factores que la integran (objetivos y subjetivos), sino que es el resultado de la interacción entre el trabajador, con sus características personales y las condiciones en las que desarrolla su trabajo.
- d. El objetivo de proveer a los trabajadores de una adecuada calidad de vida laboral, es compatible con la consecución de los objetivos de las organizaciones, y como demuestra la investigación un requisito para ello.

7. PERSPECTIVA TEÓRICA DE LA INVESTIGACIÓN

7.1. Justificación del planteamiento teórico

En base a lo expuesto hasta aquí, podemos decir que diversas propuestas teóricas y empíricas, intentan explicar cuáles son los factores psicosociales que permiten a las personas adaptarse con éxito a su situación laboral, desarrollar un ajuste saludable a su medio y mantener una adecuada calidad de vida laboral. Cada una de estas propuestas explica parte del fenómeno y tiene un determinado grado de poder predictivo, además las variables influyentes parecen ejercer un efecto predictivo diferente según la situación de que se trate. Consideramos por tanto, que puede ser útil complementar aspectos de algunos de ellos y que es preciso seguir investigando para conocer mejor y poder intervenir en la mejora de la calidad de vida y el bienestar de los trabajadores.

Nuestra investigación, como se infiere del planteamiento teórico expuesto, se enmarca en la Psicología de la Salud Ocupacional, dentro de esta disciplina se han realizado investigaciones con diferentes propósitos.

En este trabajo partimos de la perspectiva de que las condiciones laborales no tienen un efecto inmediato y lineal sobre nuestra salud y nuestra calidad de vida, en función de su adversidad. Ello dependerá también de la utilización por parte del individuo y de los grupos, de una serie de mecanismos psicosociales que aumentarán o disminuirán el peligro o la amenaza que representan dichas condiciones laborales adversas (León-Rubio, Cantero y León-Pérez, 2010; Sánchez, Guillén, & León-Rubio, 2006). Algunos de estos mecanismos podrían ser la resiliencia y la autoeficacia que, como se ha dicho, forman parte de los principales tópicos de la denominada Psicología Positiva.

En concreto, siguiendo los lineamientos de la Psicología Positiva (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000; Vázquez, 2006), lo que pretendemos en términos generales, es analizar el papel que juegan la

autoeficacia y la resiliencia, entendida esta como la capacidad que posee una persona para resistir y rehacerse ante situaciones adversas, en la modulación de la relación entre los procesos de estrés laboral y la calidad de vida profesional o laboral. Nos preguntamos si los efectos sobre la calidad de vida laboral, debidos a la exposición a condiciones laborales adversas para la salud (en los términos definidos por el modelo de estrés laboral de Karasek), están ligados al desarrollo de procesos estresantes (como el síndrome de burnout) y si la acción de éstos, está modulada por la capacidad de la persona para reponerse de la adversidad (resiliencia) o por la autoeficacia.

Esta cuestión ha atraído también a otros investigadores antes que a nosotros, que la han abordado con distintas pretensiones; en unos casos buscando encontrar predictores del burnout y en consecuencia, del rendimiento de los trabajadores (Strumfer, 2003; Everly, Smith y Welzant 2008; Momeni et al, 2009); en otros casos, demostrada la relación entre ambos constructos, tratando de encontrar claves para la prevención del mencionado síndrome (Skovholt, Grier y Hanson, 2001; Dunn, Iglewicz y Moutier, 2008); en otras ocasiones intentando demostrar la relación entre la autoeficacia y el burnout (León-Rubio et al., 2011) y por último, otros tratando de desarrollar o validar un modelo de burnout-engagement, ya sea considerando estos conceptos como un conglomerado de dimensiones independientes y opuestas (Menezes et al, 2006), ya como dos extremos de una misma dimensión (Te Brake, Bouman, Hogstraten y Eijkman, 2007; Denton, Newton y Coger, 2008).

En nuestro caso, aún compartiendo parte de estos intereses, nuestra atención está centrada en clarificar el tipo y las características de la modulación que ejercen la resiliencia y la autoeficacia sobre los procesos de estrés laboral, bajo condiciones de trabajo adversas, en los profesionales de la salud. En comparación con los estudios anteriores, ya mencionados, éste parte de la consideración de que la resiliencia es una capacidad que se desarrollaría cuando fuese necesaria y no de

forma indiscriminada (como si se tratase de una dotación genética del individuo o una característica de su perfil de personalidad); por ejemplo, cuando necesitamos recuperarnos de la exposición a condiciones laborales, caracterizadas por demandas exigentes, sobre las que no podemos ejercer control y en las que no contamos con el apoyo suficiente o este es inexistente.

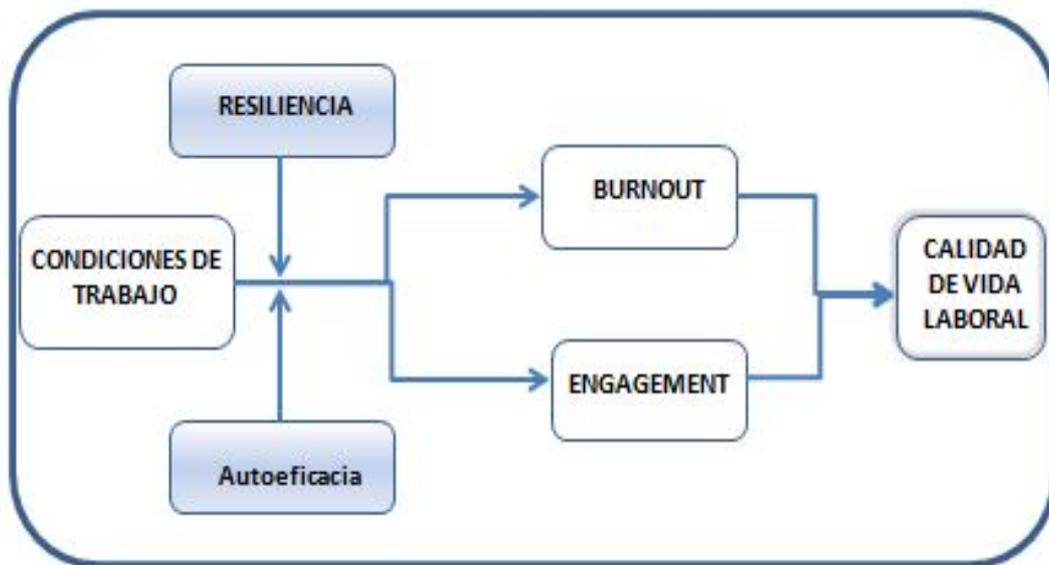


Figura 42. Modelo teórico de la investigación.

Ahora bien, antes de pasar a formular los objetivos que derivan de los planteamientos anteriores, desearíamos dejar constancia de los motivos personales y profesionales que nos han llevado a acometer esta tarea.

7.2. Justificación del interés personal

Desde que en 1980 terminé los estudios de enfermería y comencé a trabajar en el sistema sanitario público, han pasado más de treinta años en los que he tenido la oportunidad de ejercer mi actividad como enfermero y como psicólogo (licenciatura que obtuve el año 2000), en puestos asistenciales y de diferentes niveles de la gestión sanitaria. Además, desde 1.995 he compatibilizado estas actividades con la docencia universitaria en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Sevilla. Mi interés por el bienestar de los trabajadores de la salud, por

mejorar las condiciones laborales y por aumentar la calidad de la atención que prestamos a los pacientes, surgió desde que tuve mis primeros contactos con el mundo sanitario. Siempre me ha llamado la atención ver personas que desarrollan su actividad con un alto nivel de compromiso, que demuestran entusiasmo y se sienten felices con lo que hacen, mientras que otras tienen un rendimiento bajo, no se implican de modo adecuado en la atención a los pacientes y experimentan malestar en el trabajo. Aunque, en un primer momento, consideraba que las especiales circunstancias en las que se desarrolla la actividad hospitalaria, explicaba las reacciones negativas de estos profesionales y en la medida que me lo permitía el puesto que ocupaba, intentaba mejorar estas circunstancias, observaba que algunas personas modificaban su actitud hacia el trabajo al mejorar sus condiciones, pero otras seguían manteniendo un sentimiento de desagrado. Además, aquellos que se mostraban motivados y satisfechos, ejercían su actividad en las mismas condiciones que los que mostraban desmotivación e insatisfacción, por lo que la explicación de que el contexto laboral era el responsable de estas actitudes negativas, no daba una respuesta satisfactoria a todos los casos. Con el paso de los años este tema se fue convirtiendo en uno de los que mayor interés ha despertado en mí, dada la importancia que tiene para los propios profesionales, para el sistema sanitario y para los pacientes, que los profesionales desarrollen su actividad con un alto grado de calidad, y al mismo tiempo se sientan bien en su trabajo y experimenten una adecuada calidad de vida laboral.

Por todas estas experiencias profesionales y por los análisis de la literatura pertinente, resumidos antes, concretamos nuestra aportación al tema en la formulación de los siguientes objetivos e hipótesis.

PARTE II.

MARCO EMPÍRICO

8. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

El objetivo general de esta investigación es determinar el papel modulador que la resiliencia y la autoeficacia pudieran ejercer, entre las condiciones laborales (como variable input o determinantes) y el burnout, el vigor laboral, el engagement y la calidad de vida laboral de los profesionales de la salud (como variables output o criterio).

Como es lógico, para alcanzar dicho objetivo, ha sido necesario desbrozar este, en otros más específicos, en concreto, y tomando como referencia la población objeto del estudio, los siguientes:

1. Determinar las condiciones laborales de los profesionales sanitarios.
2. Conocer sus niveles de resiliencia y autoeficacia.
3. Establecer los niveles del burnout, vigor y engagement en dichos profesionales.
4. Valorar los niveles de calidad de vida laboral en la población estudiada.
5. Determinar las posibles relaciones entre las variables analizadas.
6. Explorar la relación entre el engagement y el vigor.
7. Identificar las características de las condiciones de trabajo y las variables que predicen el burnout, el vigor, el engagement y la calidad de vida laboral.
8. Analizar el efecto modulador de la resiliencia y la autoeficacia entre las condiciones laborales y las variables criterio analizadas.

De confirmarse las expectativas que subyacen a estos objetivos y conforman el núcleo de las hipótesis que están en el origen de este estudio, ya sea de forma parcial o en su totalidad, se podrían formular una serie de medidas para mejorar las condiciones de trabajo de estos profesionales e incrementar sus competencias y habilidades para manejar éstas y hacer posible un desarrollo profesional de excelencia, lo que también redundaría en una mejor atención al ciudadano.

Además, el simple planteamiento de estos objetivos conlleva una serie de tareas de investigación que suponen un valor añadido al trabajo. Entre estas:

- La adaptación de instrumentos al castellano y a este tipo de población tan específica, es el caso, por ejemplo, de la Escala de Calidad de Vida Laboral para trabajadores sanitarios (Van Laar et al., 2007).
- La extensión de sistemas de evaluación de las condiciones de trabajo y de los riesgos psicosociales asociados a las mismas a nuevas actividades y perfiles profesionales, indicando la validez y fiabilidad de estos; es el caso, por ejemplo, del Cuestionario de Evaluación de Riesgos Laborales en la administración pública (León-Rubio & Avargues, 2.007).

9. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

Se pretende probar que la intensidad de la resiliencia y la autoeficacia moderan los efectos de la exposición a condiciones de trabajo estresantes. Es decir, se espera que *los profesionales sanitarios expuestos a condiciones laborales adversas o de riesgo, adoptarán una actitud resiliente, que modulará su experiencia de estrés laboral, lo que influirá en niveles más elevados de calidad de vida laboral*. Del mismo modo, *aquellas personas expuestas a condiciones laborales de riesgo, que posean una alta autoeficacia, percibirán sus condiciones laborales de un modo más favorable y experimentarán mayor nivel de calidad de vida laboral*.

Esta hipótesis general se puede operativizar en las siguientes más específicas:

1. Las personas expuestas a condiciones adversas (alta demanda, bajo control y apoyo social) desarrollarán mayor resiliencia que aquellas otras que ejerzan en condiciones más favorables (alta demanda, alto control y apoyo social).
2. Las personas con un nivel de resiliencia o autoeficacia alto, presentarán niveles de burnout más bajos que aquellas con puntuaciones bajas de resiliencia. Asimismo, tendrán mayores niveles de engagement, vigor en el trabajo y calidad de vida laboral.

Por supuesto, al igual que los antecedentes mencionados, consideramos que el interés de este objetivo radica en el hecho de que el estrés laboral de los profesionales sanitarios, es un fenómeno extenso y de consecuencias graves (Freudenberger, 1974; Maslach, 1977; Gil Monte y Peiró, 1997; Anagnostopoulos & Niakas, 2010a; Kecklund et al., 2012), al que es necesario buscarle soluciones que no sólo nos prevengan de sus efectos negativos, sino que además promocionen niveles de salud más elevados. Esto sería viable si pudiésemos clarificar el papel que desempeñan la resiliencia y la

autoeficacia, en el control del estrés laboral y en la mejora de los niveles de calidad de vida laboral.

10. INSTRUMENTOS

10.1. Variables determinantes.

10.1.1. Inventario de Evaluación de Riesgos Psicosociales (León-Rubio & Avargues, 2.007). Anexo I.

Se compone de 32 ítems de respuesta "verdadero "o "falso", posee tres subescalas: Demandas o exigencias laborales, Control y Apoyo social en el trabajo.

Este inventario fue elaborado con la finalidad de detectar indicadores de riesgo de carácter psicosocial en el puesto de trabajo, y con base en sus resultados, decidir sobre la necesidad o no de llevar a cabo una evaluación detallada y especializada, orientada a medir y valorar la magnitud de los riesgos identificados. En esta evaluación sería imprescindible el análisis de las percepciones y opiniones de los trabajadores que ocupen los puestos afectados, lo que se hace mediante un Cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales, realizado por los mismos autores. La finalidad última de este proceso de evaluación es diseñar un plan de actuación preventiva bien fundamentado.

Con el término factor de riesgo psicosocial, los autores hacen referencia a determinados resultados de las interacciones, de las características de la organización del trabajo con las necesidades, habilidades y expectativas del trabajador, que pueden afectar de forma negativa a la salud, a través de mecanismos emocionales (preocupación, apatía, mal humor, etc.), cognitivos (incapacidad para tomar decisiones, dificultad para mantener la atención, restricción de la capacidad de memorizar, etc.), de comportamiento (asunción de riesgos innecesarios, consumo de fármacos, alcohol o tabaco, etc.) y fisiológicos (aumento de la tasa respiratoria, incremento del aporte sanguíneo al cerebro, supresión del apetito, etc.), estrechamente relacionados entre sí, y denominados de forma general y conjunta con el término estrés, que bajo determinadas circunstancias de especial intensidad, frecuencia o duración, pueden ser precursores de enfermedad.

Los factores psicosociales son agrupados en tres dimensiones, siguiendo el modelo de demanda-control-apoyo social (Karasek & Theorell, 1990).

- ✓ **Demandas del trabajo.** Conjunto de acciones psíquicas y procesos psicológicos (por ejemplo, atención, concentración, etc.) necesarios para el desarrollo de las diversas actividades y tareas, determinadas por los objetivos de la organización del trabajo. La identificación de las demandas psicológicas supone la consideración de aspectos tales como:
 - El significado y las características de la tarea, así como el esfuerzo o carga mental que debe realizarse para su ejecución (ítems 1 a 4).
 - La organización del tiempo de trabajo; epígrafe en el que se agrupan temas referentes a tipo de horario y duración de la jornada laboral (ítems 5 a 9).
 - El rol. Conjunto de expectativas de comportamiento y patrones de actuación asociados a un puesto de trabajo. Cuando éstos no están bien definidos y el trabajador desconoce lo que se espera de él, se define como ambigüedad de rol, y cuando existen contradicciones entre ellos se emplea el término conflicto de rol (ítems 10 y 11).
 - La carga emocional resultante de la posibilidad de cometer errores de graves consecuencias para los procesos de trabajo, recursos técnicos u otras personas, o la que es fruto de la relación con usuarios cuya demanda supone manejar problemas personales graves, o cuyo comportamiento (pasivo o agresivo) es un obstáculo para el desempeño de las tareas asociadas a la prestación de un determinado servicio (ítems 12 y 13).

- Los recursos técnicos necesarios para la realización de la tarea (ítems 14 y 15).
- Los cambios en las condiciones de trabajo (ítem 16).
- ✓ **Control del trabajo.** Conjunto de capacidades y mecanismos sociales para hacer frente a las exigencias del trabajo. Incluye tanto el desarrollo de las habilidades del trabajador, como el grado de participación y decisión de éste en la planificación y ejecución de su propio trabajo, ya sea de forma directa o a través de sus representantes legales (ítems 17 a 26).
- ✓ **Apoyo social en el trabajo.** Relaciones interpersonales con superiores y compañeros, que definen las características socio-ambientales o clima social de la unidad de aplicación (ítems 27 a 30). Dichas relaciones pueden cumplir las siguientes funciones:
 - **Interés o apoyo emocional.** Comprende expresiones o demostraciones de simpatía, empatía y estima, que fomentan los sentimientos de reconocimiento, confianza en los demás y autoestima.
 - **Ayuda instrumental.** Acciones o bienes proporcionados por los superiores y compañeros que sirven para resolver problemas prácticos y/o facilitan la realización de las tareas laborales.
 - **Ayuda de carácter informativo.** Informaciones, consejos o guía que proporcionan los superiores y compañeros, que facilitan la asunción de las funciones y responsabilidades laborales y la evaluación del desempeño personal

Se considera que la situación más desfavorable, o de mayor riesgo para la salud de los trabajadores, ocurre en aquellas ocupaciones o puestos de trabajo en los que la interacción entre estas dimensiones,

toma el sentido de alta demanda, bajo control y escaso apoyo social. Para determinar el riesgo al que están expuestos los trabajadores se aplican los siguientes criterios de decisión:

- La demanda se considera alta cuando se responde de forma afirmativa al ítem 13 o cuando se han dado tres respuestas afirmativas en los ítem del 1 al 16.
- El control se considera que es bajo cuando se han dado dos respuestas negativas en los ítems del 17 al 26 o se responde de forma afirmativa al ítem 31 o 32.
- Se considera que el apoyo es escaso cuando se ha respondido de forma negativa a los ítem 27 y 28 o a cualquiera de los ítem 29 y 30.

10.2. Variables predictoras.

10.2.1. Escala de Autoeficacia Profesional (Sánchez, Guillén, & León-Rubio, 2006d). Anexo I.

Instrumento elaborado siguiendo las directrices establecidas por Bandura (2001). Evalúa el grado de confianza o de seguridad que tiene un profesional, en poder hacer su trabajo bajo diversas circunstancias adversas, consideradas por la literatura como situaciones de riesgo laboral psicosocial (eg., *"Si las instalaciones o el mobiliario son incómodos"*, *"Si me encargan un trabajo importante en el que cualquier error sería grave"*, *"Si no tengo la posibilidad de participar en la toma de decisiones"*, *"Cuando tengo que tratar con personas difíciles"*). Consta de 18 ítems a los que los sujetos deben contestar asignando a cada uno una puntuación entre 1 (*Incapaz de poder hacerlo*) y 100 (*Seguro de poder hacerlo*). A mayor puntuación mayor percepción de autoeficacia.

10.2.2. Connor-Davidson Resilience Scale. (Connor & Davidson, 2003). Anexo I.

Es un cuestionario autoaplicado que mide el nivel de resiliencia que posee una persona. Consta de 25 ítems tipo Likert, con cinco

puntos, que van desde 0 "Nada de acuerdo", hasta 4 "Totalmente de acuerdo". A mayor puntuación, mayor resiliencia presenta la persona. En la versión original la escala es multidimensional con 5 factores:

- Competencia personal, eg., *"No me desanimo fácilmente por el fracaso"*.
- Confianza en la intuición y tolerancia a la adversidad, eg., *"Prefiero tomar la iniciativa cuando hay que resolver un problema"*.
- Aceptación positiva del cambio, eg., *"Los éxitos pasados me ayudan a alcanzar nuevos desafíos con confianza"*.
- Control, eg., *"Tengo muy claro por donde quiero ir en mi vida"*.
- Espiritualidad, eg., *"Algunas veces dejo que el destino o Dios me ayuden"*.

La escala ha sido traducida y adaptada al castellano (Bobes, Portill, Bascarán, Saiz & Bousoño, 2002) y presenta una adecuada consistencia de los cinco factores. El alpha de Cronbach para la escala completa es de 0,89.

10.3. Variables criterio.

10.3.1. Escala de Shirom-Melamed de evaluación del Burnout (Shirom & Melamed, 2006). Anexo I.

Es una escala de evaluación del burnout, construida en base una teoría sobre el burnout, elaborada por los mismos autores, basada en la Teoría de Conservación de Recursos de Hobfoll. La escala consta de 12 ítems tipo Likert, que van desde 1 "Casi nunca", hasta 7 "casi siempre". Presenta buena fiabilidad de la escala completa, alfa de Cronbach 0.91 y de sus tres factores:

- Cansancio emocional, 4 ítem, eg., *"Siento que mis baterías emocionales están gastadas"*. Alfa de Cronbach 0.84.
- Fatiga física, 4 ítem eg., *"No tengo energía para ir a trabajar por las mañanas"*. Alfa de Cronbach .87.
- Cansancio cognitivo, 4 ítem eg., *"Me siento demasiado cansado para pensar con claridad"*. Alfa de Cronbach 0.93.

El rango va de 1 hasta 7, de modo que a mayor puntuación más burnout presenta la persona. Se puede obtener una puntuación de cada dimensión y una puntuación total de burnout.

10.3.2. Escala de Shirom-Melamed de evaluación del Engagement (Shirom, 2003). Anexo I.

Se trata de una escala que mide el nivel de Vigor en el trabajo que posee una persona. Al igual que la anterior, está basada en la Teoría de Conservación de Recursos de Hobfoll. Consta de 14 ítems tipo Likert, que van desde 1 "casi nunca", hasta 7 "casi siempre". Tiene una estructura de tres factores con una buena fiabilidad:

- Fuerza física, 5 ítem eg., *"Me siento con vitalidad"*. Alfa de Cronbach 0.95.

- Energía emocional, 4 ítem eg., *"Me siento capaz de ser comprensivo con compañeros y usuarios"*. Alfa de Cronbach 0.88.
- Vivacidad, 5 ítem eg., *"Siento que pienso rápidamente"*. Alfa de Cronbach 0.72.

El rango va de 1 hasta 7. De modo que a mayor puntuación, mayor nivel de Vigor posee el trabajador.

10.3.3. Escala UWES. Versión española del cuestionario Utrecht Work Engagement Scale (Schaufeli et al., 2.002). Anexo I.

Es una escala que evalúa el grado de engagement que presenta una persona. La escala ha sido adaptada y validada para diferentes grupos de trabajo y países.

La versión utilizada se compone de 17 ítems que se puntúan de 0 "nunca" a 6 "siempre" (Salanova, Llorens, Cifre, Martinez, & Schaufeli, 2.003). Tiene una estructura con tres factores:

- Vigor. El vigor se caracteriza por altos niveles de energía y resistencia mental durante el trabajo y por la persistencia ante situaciones de dificultad. Consta de 6 ítem eg., *"Puedo continuar trabajando durante largos periodos de tiempo"*. El factor tiene un Alfa de Cronbach 0,80.
- Dedicación. La dedicación es la actitud de estar intensamente involucrado con el trabajo, de experimentar entusiasmo, orgullo, inspiración y desafío. Se compone de 5 ítems eg., *"Estoy entusiasmado con mi trabajo"*. Es el factor con mayor Alfa de Cronbach, 0,92.
- Absorción. La absorción se refiere a la concentración y al sentimiento de vinculación con el trabajo, de modo que el tiempo pasa con mucha rapidez y el sujeto tiene dificultades para abandonar su tarea. Consta de 6 ítems eg., *"El tiempo"*

vuela cuando estoy trabajando". El Alfa de Cronbach de este factor es 0,75.

Además ofrece una puntuación global de engagement. Los datos psicométricos de la escala, independientemente del país y del grupo laboral de que se trate, son muy consistentes. En concreto la versión en español, en los estudios realizados, ofrece un buen ajuste de los tres factores (GFI = 0.89; CFI = 0.89; NFI = 0.88 y RMSEA = 0.10). Su consistencia interna es muy aceptable oscilando el alpha de Cronbach de la escala completa, entre 0.80 y 0.90, según las muestras de los diferentes países (Schaufeli & Bakker, 2003b).

10.3.4. Escala de Calidad de Vida Laboral para trabajadores sanitarios WRQoL (Van Laar et al., 2007). Anexo I.

Elaborada por un grupo de psicólogos del Departamento de Psicología Social de la Universidad de Portsmouth, en el Reino Unido, con el propósito de medir la calidad de vida laboral en profesionales de instituciones sanitarias.

Consta de 24 ítems tipo Likert con 5 opciones de respuesta, que van desde "Totalmente de acuerdo" 1, hasta "Completamente en desacuerdo" 5.

Los autores encuentran una estructura de 6 factores:

- Satisfacción con el empleo y la carrera, eg., *"Tengo la oportunidad de utilizar mis capacidades en mi puesto de trabajo"*.
- Bienestar general, eg., *"Por lo general, las cosas me van bien"*.
- Conciliación trabajo familia, eg., *"Mi horario de trabajo actual se adapta a mis circunstancias personales"*.
- Estrés laboral, eg., *"Siento a menudo niveles de estrés excesivos en el trabajo"*.

- Control sobre el trabajo, eg., *“Me siento capaz de expresar mis opiniones y generar cambios en mi área de trabajo”*.
- Condiciones de trabajo, eg., *“Las condiciones de trabajo son satisfactorias”*.

El rango va de 24 hasta 120, que al dividirlo por el número de ítems, da una puntuación de calidad de vida laboral entre 1 y 5 puntos. Se obtiene una puntuación en cada dimensión y una puntuación de Calidad de vida Laboral global. A mayor puntuación mayor calidad de vida laboral. Los ítems 7, 9 y 19 se puntúan de forma inversa.

El estudio original realizado con un amplio grupo de sanitarios del Reino Unido, ofrece un buen ajuste de la estructura factorial (GFI = 0.92; CFI = 0.89; NFI = 0.86 y RMSEA = 0.07), una buena fiabilidad (alfa de Cronbach de 0,91) y un porcentaje de varianza explicada del 67.219. (Van Laar et al., 2007)

En el presente estudio, como es la primera vez que se utiliza en profesionales sanitarios españoles, se ha realizado un proceso de traducción y retrotraducción (con el acuerdo de los autores) y un análisis de sus características psicométricas. Se ha procedido a una descripción estadística de los ítems mediante el cálculo de las medias, desviaciones estándar y coeficientes de correlación de Pearson. Se han realizado también un análisis factorial exploratorio y calculado las correlaciones y la fiabilidad de la escala total y de las subescalas (Ver punto 13.5.4).

11. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación fue revisada y aprobada por el Comité de Ética e Investigación Clínica del Área Hospitalaria de Virgen del Rocío (Anexo II). La participación fue voluntaria y se solicitó el consentimiento informado a todos los participantes, de acuerdo con los requisitos de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, sobre Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos (1964), y sucesivamente revisada en Tokio (1975), Venecia (1983), Hong Kong (1989), Somerset West (1996), Edimburgo (2000), Washington (2002) y Seúl (2008); y la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, de 13 de diciembre.

La confidencialidad de los datos se mantuvo a lo largo del estudio. Los participantes contestaron de forma anónima y no existía ningún tipo de signo, que permitiera la identificación de la encuesta. En el momento de recogida de las encuestas, cada una de ellas fue numerada para su posterior procesamiento y grabación en una base de datos.

12. DISEÑO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA.

La población del estudio estuvo constituida por la totalidad del personal sanitario (médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería) que a fecha 1 de enero de 2012, trabajan en los hospitales universitarios Virgen del Rocío en Sevilla (N= 4.641).

Se realizó un muestreo aleatorio-accidental por cuotas de sexo y profesión (Hernández, Fernández, & Baptista, 2006), obteniéndose una muestra de 374 personas, lo que supone un error de muestreo del 4.86% en un intervalo de confianza del 95%, para una respuesta de interés equiprobable.

El proceso de recogida de información se extendió a lo largo de los meses comprendidos entre mayo y septiembre de 2012. A través del procedimiento de muestreo indicado, se seleccionaron a los trabajadores de cada Unidad o Servicio. A cada trabajador se le entregaba un cuadernillo con la solicitud de participación en la investigación y los diferentes cuestionarios para cumplimentarlos. Estos introducían en un sobre las encuestas y en otro el consentimiento firmado. Depositaban ambos sobres en una carpeta disponible a tal efecto, en cada unidad. Para acceder a los profesionales, se solicitó la colaboración a los Directores de Unidades Clínicas, Jefes de Servicio, Jefes de Bloque y Supervisores, a los cuales se les entregaron los cuestionarios con la indicación de que los repartieran entre el personal a su cargo. Dado que la participación era voluntaria y anónima, las encuestas podían devolverse cumplimentadas, sin contestar o no devolverse, sin que hubiera ningún tipo de control a este respecto. Con el fin de obtener un número de cuestionarios cumplimentados que asegurasen la obtención de la muestra calculada (353 sujetos), y considerando que el nivel de respuesta esperado en nuestro medio, oscila entre el 40 y el 50%, se repartieron 706 cuestionarios, el doble de los necesarios. Se recogieron 386 cuestionarios (tasa de respuesta 54,67%), de los cuales 374 fueron considerados válidos y 12 fueron excluidos por estar cumplimentados de forma incompleta.

La respuesta fue diferente entre los diversos grupos profesionales: en el personal médico se obtuvieron 63 cuestionarios (31,5%); entre el personal de enfermería se obtuvieron 209 cuestionarios (71%); finalmente, entre los Auxiliares de Enfermería se obtuvieron 102 cuestionarios (48%).

Una vez revisados los cuestionarios, se procedió a la introducción de los datos en la base de datos preparada a tal efecto, para su posterior análisis. Para los análisis estadísticos se han utilizado el programa Statistical Package for the Social Sciences 22 (SPSS) y el programa LISREL 8.80.

Antes de analizar los datos recogidos y de realizar inferencias con ellos, era necesario probar y validar la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson y la escala de calidad de vida laboral WRQoL.

La escala de Connor-Davidson, aunque ha sido ampliamente utilizada, y se ha comprobado que posee adecuadas características psicométricas, no ha presentado una estabilidad de su estructura factorial, a través de diferentes investigaciones, en diversas poblaciones. Probablemente debido al diferente modo de entender el constructo de resiliencia, en función del contexto y la población en que se estudie, como han señalado diversos autores (Campbell-Sills & Stein, 2007); (Parra et al., 2012).

La WRQoL, es una escala que no se ha utilizado hasta la fecha en nuestro país y de la que no existe versión en castellano. Por ello ha sido preciso traducirla, ajustarla y validarla, para comprobar sus cualidades psicométricas y su estructura factorial, antes de realizar análisis comparativos e inferenciales, con los datos obtenidos de ella. Para la validación de la escala, tras obtener el consentimiento de los autores, se ha procedido de acuerdo a las recomendaciones de habituales en la literatura especializada: traducción de los ítems y análisis de los mismos por un grupo de expertos. Retrotraducción al inglés y aceptación de la misma por los autores.

Aunque el resto de las escalas multifactoriales utilizadas (UWES, SMVM, SMBM), son instrumentos suficientemente utilizados y testados en diferentes países y poblaciones, se comprobó la estabilidad de sus factores y su fiabilidad en la muestra estudiada, sin que se hayan encontrado diferencias, con los factores y baremos establecidos por la investigación anterior.

Para llevar a cabo el análisis factorial (AF) de los instrumentos utilizados, se calcularon el índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Barlett. El KMO es un índice que va de 0 a 1, que indica la adecuación o no de la muestra para el AF. Cuanto más cercano a 1 más adecuado es realizar el AF. Valores por encima de .60 se consideran aceptables, siendo óptimos por encima de .90. La prueba de esfericidad de Barlett analiza si las variables están correlacionadas o no, en cuyo caso no sería adecuado realizar el AF. Utiliza el estadístico Chi-cuadrado, con los grados de libertad correspondientes, de tal forma que si el p-valor es $<.05$ se puede proceder a realizar el AF. Tras comprobar la adecuación de los datos se realizó el análisis factorial exploratorio (AFE), con el método de extracción de Componentes Principales y rotación Varimax con Kaiser. Para decidir el número de factores, se utilizó la regla de Kaiser que evalúa en qué medida la puntuación de cada variable es predicha por las demás, considerándose adecuados los autovalores superiores a 1, o cercanos a 1, en el caso de que la varianza explicada por un factor sea superior al 5%. El gráfico de sedimentación, muestra la proporción de varianza total que es explicada por los diferentes factores, de modo que representa una función decreciente, cuya pendiente se va suavizando hasta hacerse prácticamente paralela al eje de ordenadas, lo que indica que aumentar el número de factores, no incrementa la proporción de varianza explicada.

Una vez determinados el número de factores y la matriz de saturaciones, se procedió a comprobar si los ítems presentaban saturaciones bajas (inferiores a 0.30) o complejas (mayores de 0.30 en

más de un factor), en cuyo caso se asignaron al factor en el que más saturaban, y se probó la adecuación semántica y psicométrica a dicho factor. Finalmente se comprobó la fiabilidad de la escala y sus dimensiones, con el estadístico alfa de Cronbach, que indica el grado de consistencia interna que existe entre todos los ítems de un factor y de la escala completa. Se consideran óptimos valores por encima de .90.

Después de obtener la solución más adecuada a través del AFE, para las variables resiliencia (Connor-Davidson Resilience Scale) y calidad de vida laboral WRQoL, se ha realizado un AFC.

Tras determinar las estructuras factoriales y las propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados, se realizaron los diferentes análisis de datos necesarios para dar cuenta de los objetivos de la investigación.

En primer lugar, se ha hecho un análisis descriptivo de los datos con el fin de conocer las características sociodemográficas, sociolaborales, laborales y personales de los profesionales que conforman la muestra. Se comprobó si la muestra obtenida, era representativa de la población de la que ha sido extraída, en cuanto a sexo, profesión y edad.

Se han descrito los resultados obtenidos en todas las escalas y cada una de las dimensiones, por sexos y grupos profesionales. Se han comparado los resultados obtenidos, con los datos normativos de los baremos de la población de referencia.

Se han realizado análisis de contrastes de medias tomando como variables de selección, las variables sociodemográficas y sociolaborales, para determinar si existían diferencias entre los diversos grupos, en cuanto a las medias obtenidas en el resto de las variables estudiadas (resiliencia, autoeficacia, engagement, vigor, burnout y calidad de vida laboral). En cada caso, se procedió a determinar si se daba la condición de normalidad de las distribuciones, a través del estadístico de Kolmogorov-Smirnov y de homogeneidad de las varianzas, para lo que

se utilizó el estadístico de Levene. Cuando ambos supuestos se dan, se han realizado análisis de varianza (ANOVA) de uno o más factores. En los casos en que alguno de estos supuestos no se ha dado, se han realizado contrastes de medias no paramétricos. Cuando ha sido preciso, se ha procedido a realizar los contrastes post hoc, con los estadísticos adecuados a cada caso.

Para comprobar en qué medida se relacionaban las variables sociodemográficas y sociolaborales, con las variables predictoras y las variables criterio estudiadas y de todas éstas entre sí, se hizo un análisis correlacional. Para ello hemos utilizado el coeficiente de correlación de Pearson que adopta valores desde -1 hasta +1. La hipótesis nula es que no existe relación entre las variables. Por lo que se refiere al tamaño de la correlación, $r < .30$ indica una correlación débil; r entre $.30$ y $.50$ indica correlación moderada; $r > .50$ representa una fuerte correlación.

Para explorar si existe capacidad predictiva de las variables predictoras sobre las variables criterio, se hizo un análisis de regresión lineal múltiple. El método de inclusión de las variables utilizado fue el de pasos sucesivos. Las variables se introducen de una en una siguiendo las siguientes consideraciones: En el primer paso se seleccionan las variables predictoras que superan los criterios de entrada y presentan correlaciones más altas con la variable criterio. En los siguientes pasos se van introduciendo las variables predictivas según el tamaño de la correlación (coeficiente de correlación semiparcial) con la variable criterio, de forma que entran antes las que poseen mayor coeficiente de correlación semiparcial en valor absoluto. En cada paso se comprueba si las variables previamente introducidas, cumplen o no los criterios de salida. Si alguna variable cumple los criterios de salida, es eliminada de la ecuación (Hinton, 2014a). Una vez que no hay más variables que cumplan criterios para ser introducidas, ni variables que deban ser eliminadas, el proceso ha finalizado. A través de este proceso de regresión lineal múltiple, podemos establecer la relación entre una variable a estudiar (criterio) y múltiples variables predictoras, de forma

que podemos determinar en qué medida contribuye cada variable predictora, en la descripción de la variabilidad de la variable criterio (Seber & Lee, 2012).

Los componentes que debemos considerar para valorar la regresión lineal múltiple son los siguientes:

- ✓ Coeficiente de correlación múltiple (R): indica el grado en que un grupo de variables predictivas está relacionado con una variable a predecir. Estos coeficientes van desde -1 (fuerte asociación negativa) hasta +1 (fuerte asociación positiva). Si los valores se acercan a 0 no resulta pertinente realizar la regresión ya que no hay asociación lineal entre las variables predictivas y la variable criterio.
- ✓ Coeficiente de Correlación Múltiple al Cuadrado o Coeficiente de Determinación (R^2): indica la proporción de la variable criterio, que es explicada por las variables incluidas en la regresión.
- ✓ Error Típico de la Estimación: Mide la proporción de la variable criterio que no ha sido explicada por las variables predictivas.
- ✓ Coeficiente de Regresión B: Expresa la cantidad en que se incrementará la variable criterio, por cada unidad que se incremente la variable predictiva.
- ✓ Coeficiente Beta o coeficiente de regresión estandarizado: Indica la pendiente de la recta de regresión cuando las variables están tipificadas.
- ✓ Constante: La constante representa el punto en el que la recta de regresión corta al eje de ordenadas. Esta constante es idéntica para todos los sujetos. En el caso de variables estandarizadas, la constante vale 0 por lo tanto no se incluye en la ecuación de predicción.
- ✓ Valor T: El valor del estadístico T nos indica si la regresión entre una variable criterio y una variable predictiva, es significativa ($P < .05$) o no lo es.

13. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

13.1. Análisis de la estructura de la muestra.

Se comparó la estructura de la muestra (por sexo, edad y profesión) con la de la población (ver Tabla 5) para evaluar su representatividad. Respecto a la distribución del sexo, se obtuvo un valor de Chi-cuadrado para un grado de libertad igual a .01 ($p=.951$). Para el caso de la edad, el valor de Chi-cuadrado para cuatro grados de libertad fue igual a 14.84 ($p=.994$). Luego, no se apreciaron diferencias significativas en ninguna de las distribuciones de estas variables, lo que implica que la estructura de la muestra es similar en edad y sexo, a la de la población que se pretende estudiar. En el caso de la profesión, como se comentó anteriormente (Apartado 12. "Diseño y selección de la muestra"), el nivel de respuesta fue diferente en los tres grupos profesionales analizados, por lo que como era previsible, el valor de Chi-cuadrado resultó significativo ($X^2=35.50$; 2 g/l; $p<.001$). Por lo tanto el grupo de "Enfermería" está más representado que el de "Médicos" y el de "Auxiliares de Enfermería". En fin, por tamaño, sexo y edad la muestra es representativa de la población de estudio, aunque los grupos profesionales están desigualmente representados.

Se utilizaron los estadísticos adecuados para cada tipo de variable (Chi-cuadrado, comparación de medias, análisis de gráficos).

Tabla 5. Comparación de la estructura de la población y de la muestra.

Profesión	Rango de edad	POBLACIÓN			MUESTRA		
		HOMBRES	MUJERES	Subtotales	HOMBRES	MUJERES	Subtotales
Médicos	<25	18	57	75	0	0	0
	26-35	106	156	262	5	16	21
	36-45	135	138	273	7	6	13
	46-55	222	120	342	10	6	16
	>55	260	108	368	10	3	13
	Subtotales	741	579	1320	32	31	63
Enfermeros	<25	2	18	20	2	10	12
	26-35	40	105	145	13	25	38
	36-45	136	476	612	18	59	77

Profesión	Rango de edad	POBLACIÓN			MUESTRA		
		HOMBRES	MUJERES	Subtotales	HOMBRES	MUJERES	Subtotales
	46-55	114	411	525	16	44	60
	>55	140	479	619	5	17	22
	Subtotales	432	1489	1921	54	155	209
Auxiliares Enfermería	<25	0	0	0	0	2	2
	26-35	1	11	12	0	2	2
	36-45	14	208	222	6	28	34
	46-55	18	604	622	4	39	43
	>55	7	537	544	0	21	21
	Subtotales	40	1360	1400	10	92	102

Tabla 5. Continuación.

13.2. Análisis descriptivo general de los resultados

13.2.1. Datos biográficos

La mayoría de la muestra del estudio está compuesta por personas de edad media y media-alta (ver Tabla 6 y Figura 13), por lo general mujeres (ver Tabla 7 y Figura 14). No habiéndose obtenido diferencias significativas entre hombres y mujeres respecto a la edad, con $F=.18$ ($p=.893$), presentando ellas una edad media de 44.63 años ($SD=9.985$) y ellos de 44.47 años ($SD=9.646$).

Tabla 6. Distribución de edades de las personas encuestadas.

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<=25	12	3,2	3,2	3,2
26-35	61	16,3	16,4	19,6
36-45	124	33,2	33,3	52,9
46-55	119	31,8	32,0	84,9
>55	56	15,0	15,1	100,0
Total	372	99,5	100,0	
Perdidos	2	0,5		
Total	374	100,0		

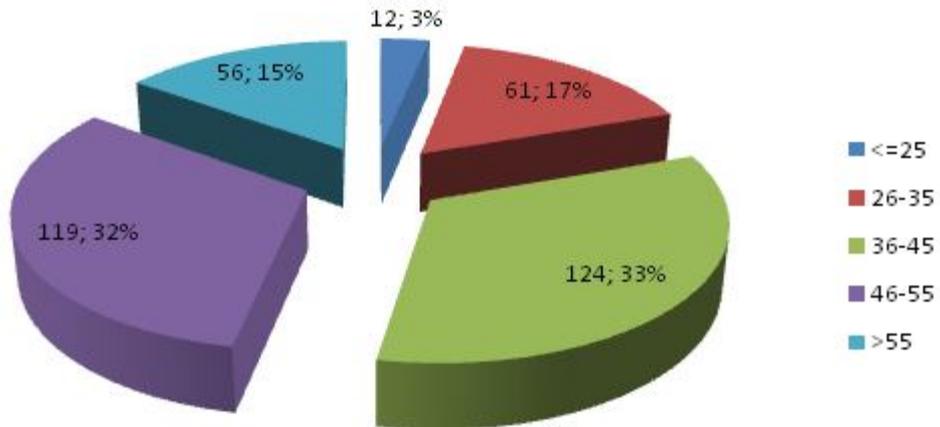


Figura 13. Distribución de edades de las personas encuestadas.

Tabla 7. Distribución por sexos.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mujer	278	74.3	74.3	74.3
Hombre	96	25.7	25.7	100.0
Total	374	100.0	100.0	

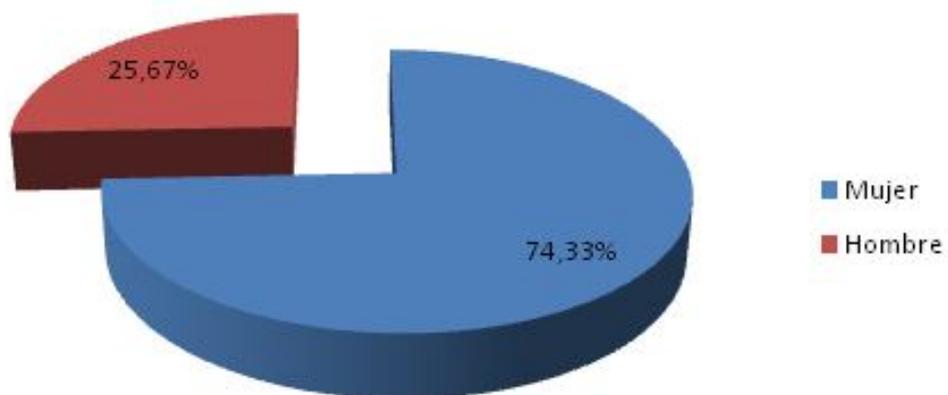


Figura 14. Distribución por sexos.

Por último, conviene destacar que un 3,5% de la muestra, presenta algún tipo de discapacidad, distribuyéndose el sexo y la edad en este

segmento, de forma similar al resto del conjunto de la muestra, pues no se obtuvieron diferencias significativas de proporciones para alfa 0,05 y ajustando los valores de la probabilidad mediante el método de Bonferroni.

13.2.2. Datos laborales

La mayoría de las personas encuestadas son profesionales de enfermería (ver Tabla 8 y Figura 15), ejercen en servicios sanitarios de carácter clínico (ver Tabla 9) desde hace más de 10 años (ver Tabla 10 y Figura 16), tienen una relación contractual con la administración sanitaria de carácter permanente (ver Tabla 11 y Figura 17), en régimen de dedicación a tiempo completo (ver Tabla 12 y Figura 18), lo que supone cuarenta horas de trabajo por semana (ver Tabla 13 y Figura 19).

Tabla 8. Distribución por grupos laborales.

Profesión	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Medicina	63	16.8	16.8	16.8
Enfermería	209	55.9	55.9	72.7
Aux. Clínica	102	27.3	27.3	100.0
Total	374	100.0	100.0	

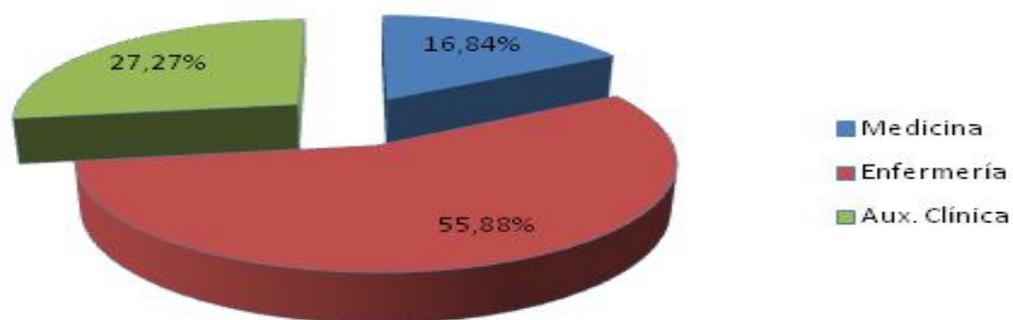


Figura 15. Distribución por grupos laborales.

Tabla 9. Distribución por Servicios asistenciales.

Servicio	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Clínicos	268	71.7	71.7	71.7
Quirúrgicos	51	13.6	13.6	85.3
Médico-quirúrgicos	38	10.2	10.2	95.5
Otras	17	4.5	4.5	100.0
Total	374	100.0	100.0	

Tabla 10. Distribución por antigüedad en la organización.

Años en la organización (Experiencia)				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
< de 6 años	97	25.9	25.9	25.9
6-10 años	64	17.1	17.1	43.0
11-15 años	51	13.6	13.6	56.7
16-20 años	39	10.4	10.4	67.1
21-25 años	55	14.7	14.7	81.8
26-30 años	30	8.0	8.0	89.8
> de 30 años	38	10.2	10.2	100.0
Total	374	100.0	100.0	

Experiencia

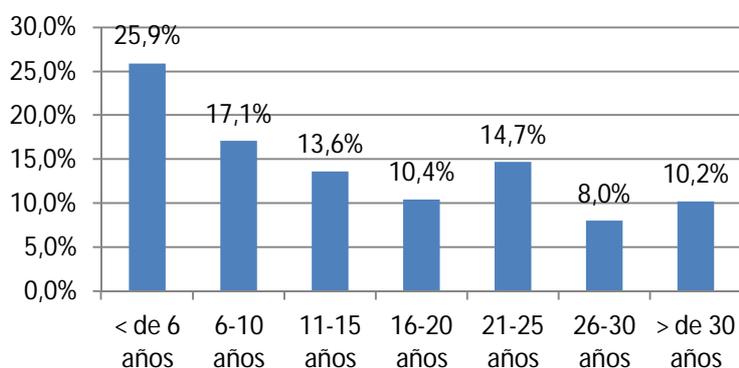
*Figura 16.* Distribución por antigüedad en la organización.

Tabla 11. Distribución por tipo contrato.

Tipo de contrato	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Temporal	107	28,6	28.6	28.6
Permanente/indefi.	267	71.4	71.4	100.0
Total	374	100.0	100.0	

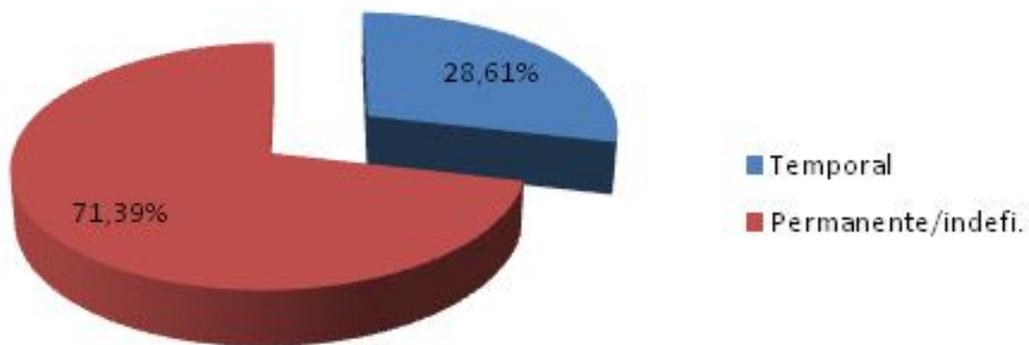


Figura 17. Distribución por tipo contrato.

Tabla 12. Distribución según la dedicación.

Régimen laboral	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Tiempo parcial	29	7.8	7.8	7.8
Tiempo completo	345	92.2	92.2	100.0
Total	374	100.0	100.0	

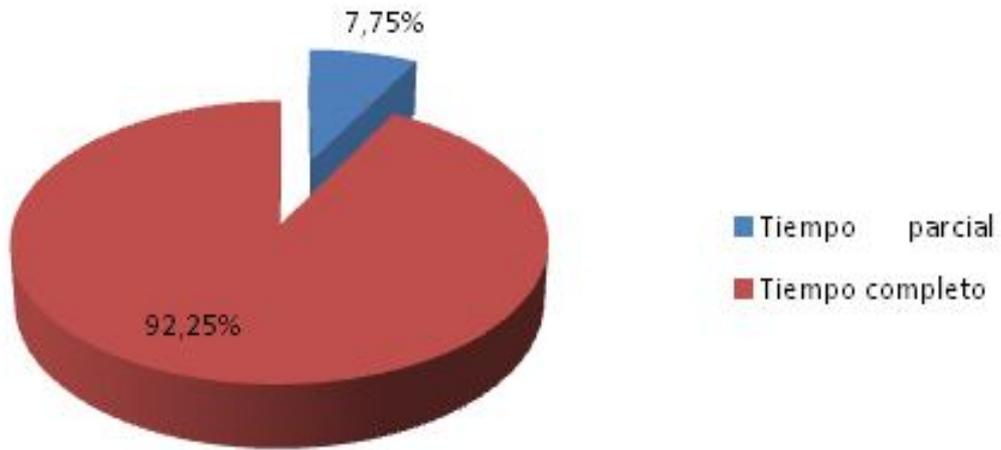


Figura 18. Distribución según la dedicación.

Tabla 13. Distribución según jornada laboral.

Horas semanales	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Menos de 40 horas	28	7.5	7.5	7.5
En torno a 40 horas	293	78.3	78.3	85.8
Más de 40 horas	53	14.2	14.2	100.0
Total	374	100.0	100.0	

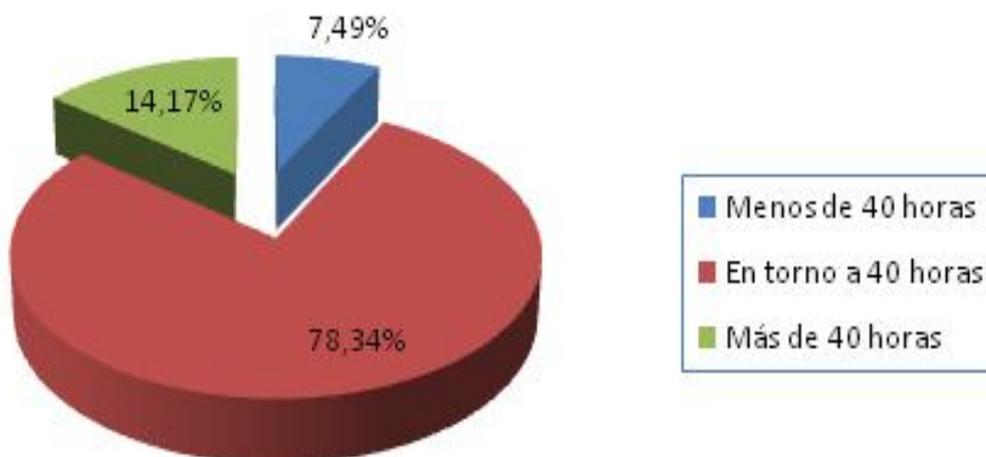


Figura 19. Distribución según jornada laboral.

Podemos concluir que la muestra del estudio está conformada por personas especializadas en su ámbito de trabajo, que tienen experiencia y una relación contractual estable con la administración sanitaria. Por ello, es posible prever que perciban sus condiciones de trabajo como satisfactorias y que éstas, no contribuyan de forma significativa al deterioro de la salud laboral o profesional, de hecho la media de días de baja por enfermedad registrada en la muestra es de 4.64 (SD=13.69), muy inferior, de forma significativa, a la media de la población trabajadora española, que en 2011 (año de referencia para nuestra muestra) fue de 11.4; $t(173)=9.54$ ($p<.001$); IC inferior = -8.15 y superior = -5.36.

Para comprobar si la variable sexo se distribuía de forma equitativa entre las categorías de las variables laborales que se acaban de describir, se realizaron distintas tablas de contingencia que confirmaron la hipótesis de independencia entre las variables, salvo en el caso de la profesión (ver Tabla 14 y Figura 20), con Chi-cuadrado, para dos grados de libertad, igual a 34.30 ($p<.001$). Observándose que la categoría mujer es la más frecuente entre el personal de enfermería y auxiliares de clínica, lo que suele significar menor remuneración y especialización, y mayor duración y frecuencia del contacto cara-a-cara con pacientes y usuarios de los servicios sanitarios. Todo lo cual viene a traducirse, con asiduidad, en una peor calidad de vida y deterioro de la salud laboral. A pesar de ello, al comparar el promedio de días de baja por sexo y profesión, no se obtuvieron diferencias estadísticas significativas.

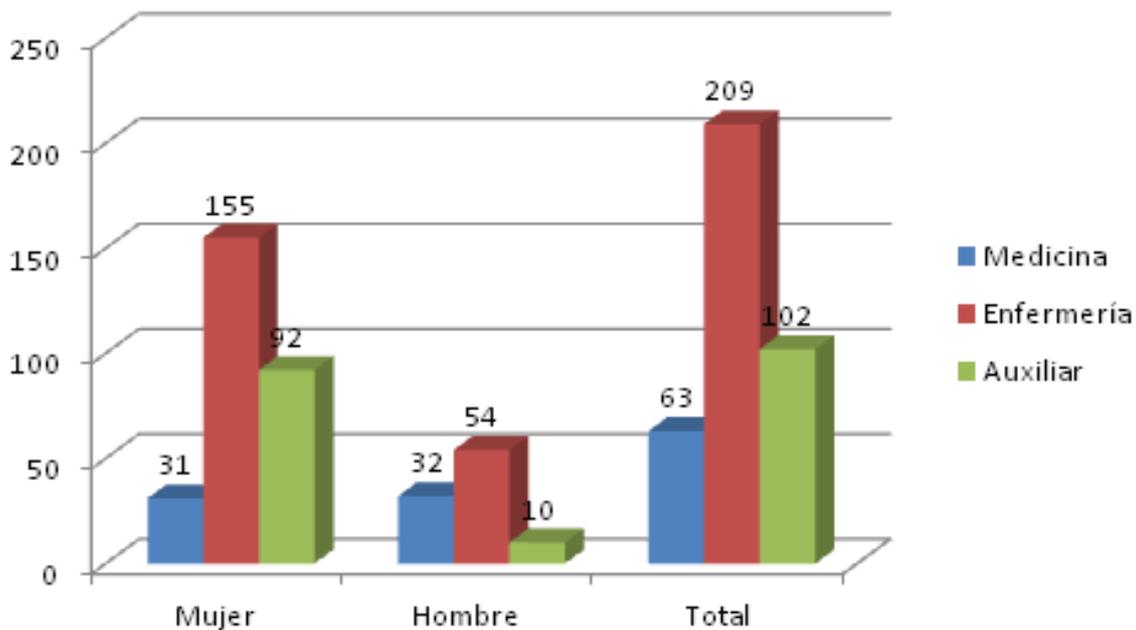


Figura 20. Distribución por sexo y profesión.

Tabla 14. Distribución por sexo y profesión.

Sexo	Profesión			Total
	Medicina	Enfermería	Auxiliar	
Mujer	31	155	92	278
Hombre	32	54	10	96
Total	63	209	102	374

13.3. Análisis descriptivo de las variables determinantes, relaciones con el sexo y la profesión

13.3.1. Riesgos Psicosociales

Como se ha indicado, el inventario utilizado evalúa el nivel en que los trabajadores perciben las demandas, el control y el apoyo social, que experimentan en sus puestos de trabajo. Como se observa (ver Tabla 15 y Figura 21), 45 sujetos (12,1%) manifestaron experimentar una alta demanda (DA) y poseer un alto control (CA) sobre su actividad. Lo que se corresponde con la situación de "Motivación", que es la más favorable de las cuatro que contempla el modelo de "demanda-control" (Karasek,

1979). Además todos los sujetos que se encuentran en esta situación, manifiestan disponer de un alto apoyo social (AA). Por su parte, 314 personas (83.9%), manifestaron que experimentaban una alta demanda laboral y que disponían de bajo control (CB) sobre su trabajo. Esta situación denominada "Tensión", es la que peores consecuencias tiene para salud laboral de los profesionales según el modelo de "demanda-control". En relación al apoyo social percibido por los sujetos que están en esta situación, 214 (57.4% del total) expresaron que poseen un alto nivel de apoyo, mientras los otros 100 (26.8% del total) perciben un bajo apoyo social (AB).

De los restantes 15 trabajadores, 7 de ellos (1.9%) expresaron tener una baja demanda (DB) y un control alto, según el modelo serían personas que experimentan "baja tensión" en su actividad. Por último 8 trabajadores (2.1%) manifestaron experimentar una demanda baja y disponer de bajo control (CB), lo que se corresponde con la situación de "Trabajo pasivo", la que según el modelo, después de la de DA-CB, es la segunda en riesgo para la salud psicosocial de los trabajadores.

Tabla 15. Distribución según la clasificación Demanda-Control-Apoyo

Clasificacion_IRP				
Condición laboral	Frecuencia		Porcentaje	Porcentaje acumulado
DA-CA-AA "Motivación"	45		12.1	12.1
DA-CB-AA "Tensión"	314 (83.9%)	214	57.2	69.4
DA-CB-AB "Tensión"		100	26.7	96.2
DB-CA-AA "Baja Tensión"	7		1.9	97.9
DB-CB-AA "Pasivo"	8		2.1	100.0
Total	374		100.0	

Como puede observarse, la mayoría de los trabajadores (96.2%) se distribuyen entre las condiciones más extremas: el 12.1% en la más favorable y el 83.9% en la más desfavorable. Las posiciones intermedias ("Baja Tensión" y "Pasivo"), están muy poco representadas (4%) en la muestra.

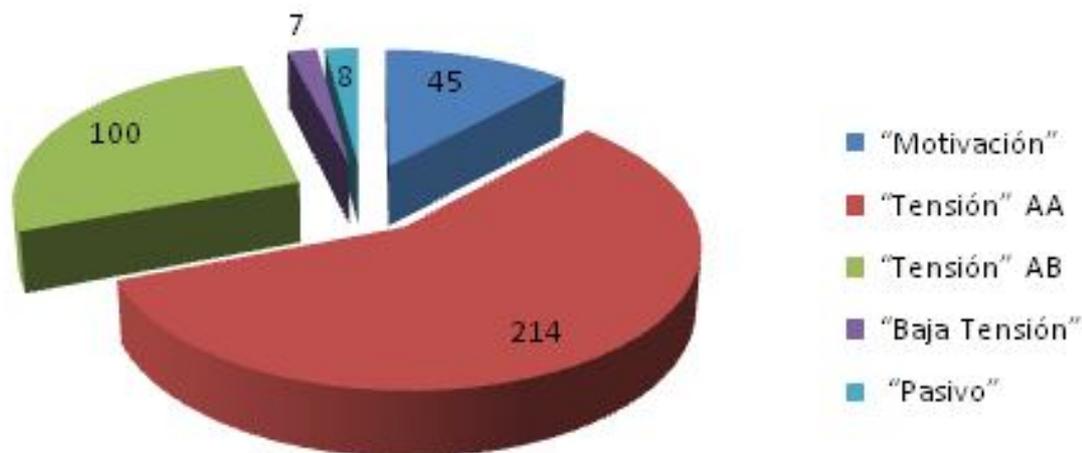


Figura 21. Distribución según la clasificación Demanda-Control-Apoyo.

La distribución por sexos en las dos condiciones laborales más representadas, puede verse en la tabla 16 y su correspondiente figura (Figura 22).

Tabla 16. Distribución por sexo y condición laboral.

Condición laboral	Frecuencia	Mujeres	Hombres
DA-CA "Motivación"	45	27 (10.26 %)	18 (18.75%)
DA-CB "Tensión"	314	236 (89.73 %)	78 (81.25 %)
Total	359	278	96

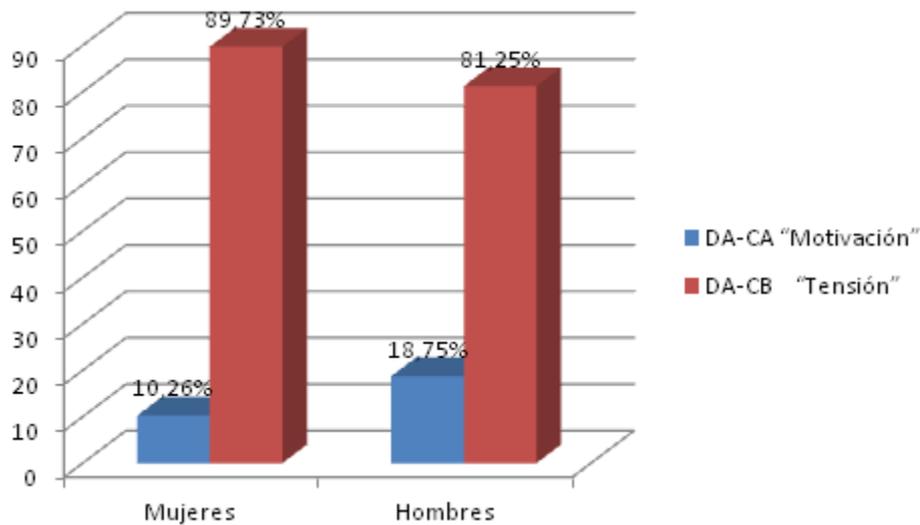


Figura 22. Porcentajes según sexo y condición laboral.

Para comprobar si existía relación entre el sexo y la percepción de las condiciones laborales, se realizó la prueba de Chi-cuadrado (Tablas 17 y 18).

Tabla 17. Condición Laboral*Sexo tabulación cruzada.

			SEXO		Total
			Mujer	Hombre	
CONDICIÓN LABORAL	Motivación	Recuento	27	18	45
		Recuento esperado	33,0	12,0	45,0
	Tensión	Recuento	236	78	314
		Recuento esperado	230,0	84,0	314,0
Total	Recuento		263	96	359
	Recuento esperado		263,0	96,0	359,0

Como se observa en la tabla 18, existe una relación significativa ($P=.027$), entre ambas variables, siendo los hombres quienes perciben sus condiciones laborales de un modo más favorable.

Tabla 18. Prueba de Chi-cuadrado para diferencias entre sexo y condición laboral.

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	4,617 ^a	1	,032	,046	,027
Corrección de continuidad ^b	3,876	1	,049		
Razón de verosimilitud	4,303	1	,038		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	4,604	1	,032		
N de casos válidos	359				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 12,03.

Como vemos, la proporción de hombres en la situación "motivación" es superior a la de las mujeres. Mientras que en la situación "tensión", la proporción de hombres es inferior a la de mujeres. Es decir, los hombres desarrollan su actividad en condiciones más favorables que las mujeres.

En cuanto a la distribución por grupos profesionales, en estas mismas condiciones laborales, fue la siguiente (ver Tabla 19 y Figura 23).

Tabla 19. Condición Laboral*Grupo profesional. Tabulación cruzada.

	Total	Médico	Enfermero	Aux. Enfermería
DA-CA "Motivación"	45 (12,53%)	9 (14,29 %)	28 (14,00 %)	8 (8,33 %)
DA-CB "Tensión"	314 (87,47%)	54 (85,71 %)	172 (86,00%)	88 (91,66%)
Total	359	63	209	102

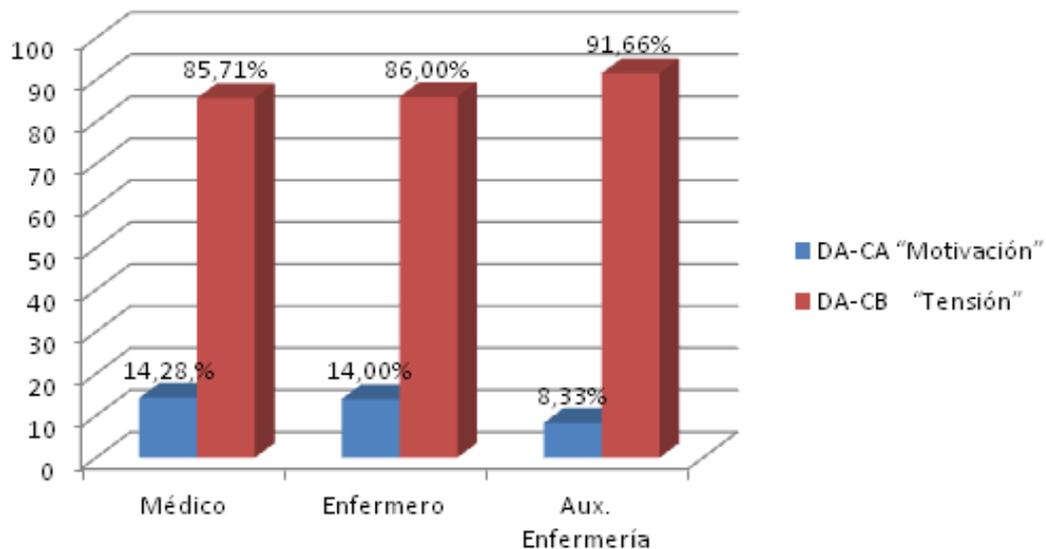


Figura 23. Porcentajes según grupo profesional y condición laboral.

Del mismo modo, para establecer si existe relación entre la profesión y la percepción de las condiciones laborales, se realizó la prueba de Chi-cuadrado (Tablas 20 y 21), en la que puede observarse que no existe relación entre ambas variables ($P = .348$).

Tabla 20. Condición Laboral*Profesión. Tabulación cruzada.

			PROFESIÓN			Total
			Médico	Enfermero	Aux. Enferm	
CONDICIÓN LABORAL	Motivación	Recuento	9	28	8	45
		Recuento esperado	7,9	25,1	12,0	45,0
	Tensión	Recuento	54	172	88	314
		Recuento esperado	55,1	174,9	84,0	314,0
Total	Recuento	63	200	96	359	
	Recuento esperado	63,0	200,0	96,0	359,0	

Aunque la diferencia entre los tres grupos profesionales no es significativa, podemos ver como el porcentaje de Auxiliares de Enfermería en la situación "motivación", es el menor de los tres grupos profesionales. Por lo que se refiere a la situación "tensión" son los profesionales de enfermería los que presentan menor porcentaje.

Tabla 21. Prueba de Chi-cuadrado para diferencias entre grupo profesional y condición laboral.

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2,113 ^a	2	,348
Razón de verosimilitud	2,274	2	,321
Asociación lineal por lineal	1,539	1	,215
N de casos válidos	359		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 7,90.

Por tanto, podemos afirmar que los profesionales estudiados, trabajan en su mayoría (83.9%) en condiciones de "tensión" laboral, que según el modelo de "demanda-control", es la que peores consecuencias tiene para los trabajadores. Solo el 12.1% de los profesionales encuestados desarrolla su actividad en condiciones de "motivación", la más favorable para el trabajador, mientras que el 3.7% restante, se reparte entre "trabajo pasivo" y "baja tensión". Además no existen diferencias entre los tres grupos profesionales, en cuanto a las condiciones laborales. Por lo que se refiere al sexo, son las mujeres quienes peores condiciones laborales soportan.

13.4. Análisis descriptivo de las variables predictoras, relaciones con el sexo y la profesión

13.4.1. Autoeficacia en el Trabajo

Como ya se describió, la escala utilizada consta de 18 ítems que se puntúan de 0 a 100, por lo que su rango va de 0 a 1800. Es unifactorial y a mayor puntuación mayor autoeficacia en el trabajo.

Para el conjunto de la muestra se obtuvo una media de 1128.34 puntos (SD=261.91), que puede ser considerada de nivel medio/alto (ver Tabla 22).

Tabla 22. Medias, SD y percentiles según sexo y grupo profesional en la variable Autoeficacia.

	Hombre	Mujer	Médico	Enfermero/a	Auxiliar	Total
Media	1129,06	1128,09	1101,90	1138,99	1122,84	1128,34
SD	267,30	260,51	252,40	259,89	272,80	261,91
Percentil 25	942	950	920	970	935	950
Percentil 75	1320	1300	1270	1330	1292,5	1302,5

La escala mostró una buena fiabilidad con un alfa de Cronbach de .919.

Se realizaron contrastes de comparación de medias para muestras independientes, a fin de determinar si existían diferencias de autoeficacia relacionadas con el sexo. Dado que las distribuciones son normales y existe homogeneidad de varianzas, se utilizó la T de Student. Como puede verse (Tabla 23) no se encontraron diferencias significativas entre ambos sexos.

Tabla 23. Comparación de niveles de Autoeficacia según sexo.

	Prueba T para la igualdad de medias			
	t	gl	Sig. bilateral	Dif. de medias
AUTOEFICACIA Se han asumido varianzas iguales	-,031	372	,975	-,96897

Para determinar si los grupos profesionales diferían en cuanto al nivel de autoeficacia, se realizó un análisis de varianza. Como se observa en la Tabla 24, tampoco en este caso se encontraron diferencias significativas.

Tabla 24. Comparación de medias en Autoeficacia según grupo profesional.

ANOVA					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	70836,279	2	35418,139	,515	,598
Intra-grupos	25516735,914	371	68778,264		
Total	25587572,193	373			

Puede concluirse que, tanto en relación al sexo, como a la profesión, se observan niveles muy homogéneos de autoeficacia en el trabajo, pudiendo considerarse que el nivel promedio, es medio/alto.

13.4.2. Resiliencia

La escala utilizada (Connor-Davidson Resilience Scale) consta de 25 ítems, que se puntúan de 0 a 4.

Antes de realizar otros análisis estadísticos con las puntuaciones de esta escala, se comprobó si su estructura factorial en nuestra investigación, replicaba la estructura original. Para ello se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE). Los resultados del índice Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación muestral .898 y la prueba de esfericidad de Bartlett (Chi-cuadrado 2954.08; 300 gl; $p < .001$), mostraron que los datos eran adecuados para un AF. El gráfico de sedimentación obtenido se muestra en la figura 24.

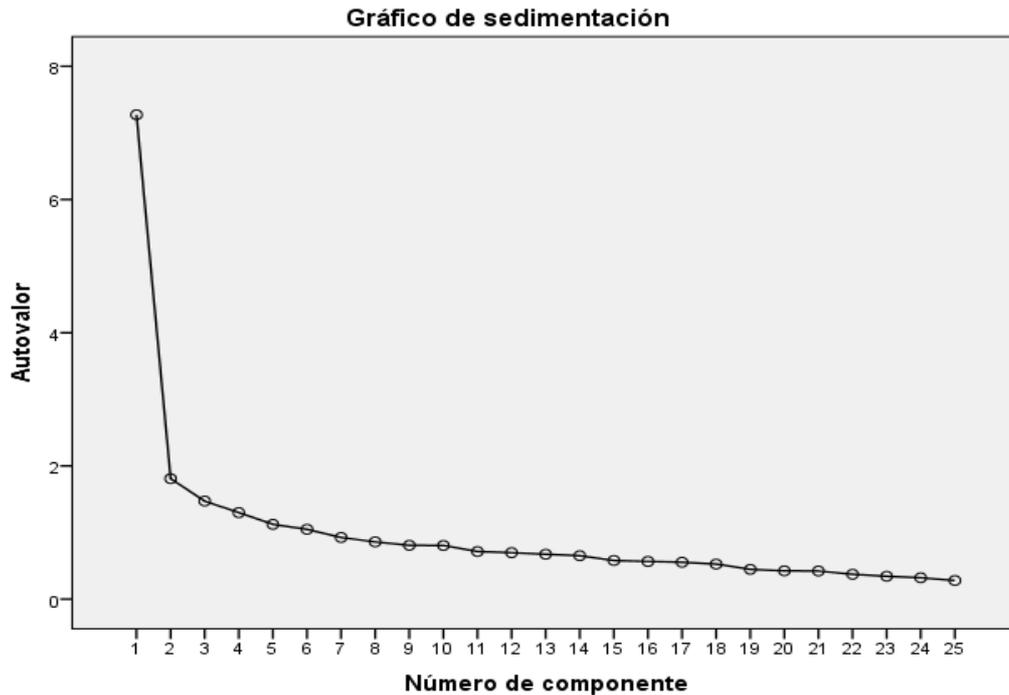


Figura 24. Gráfico de sedimentación de la muestra total en la CD-Resilience Scale.

Observando el gráfico de sedimentación, se obtienen seis factores con autovalores superiores a 1. Los seis factores explicaron un 56.092% de la varianza total (Tabla 25).

Tabla 25. Autovalores iniciales para la regla de Kaiser en la CD-Resilience Scale.

Varianza total explicada						
Componente	Autovalores iniciales			Sumas de rotación de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	7,272	29,089	29,089	3,132	12,527	12,527
2	1,809	7,238	36,326	2,844	11,377	23,904
3	1,472	5,887	42,213	2,653	10,614	34,518
4	1,299	5,194	47,407	2,375	9,500	44,018
5	1,123	4,491	51,898	1,652	6,610	50,628
6	1,049	4,194	56,092	1,366	5,465	56,092
7	,926	3,704	59,796			

Se analizó la matriz de saturaciones de los ítems, utilizando el método de rotación Varimax (Tabla 26).

Tabla 26. Matriz de componentes rotados.

	Componente					
	1	2	3	4	5	6
CONNOR1	,024	,465	,083	,099	,172	-,448
CONNOR2	-,038	,591	,354	-,008	-,079	,058
CONNOR4	,150	,333	,290	,383	-,005	,331
CONNOR5	,163	,581	,239	,099	,108	,057
CONNOR6	,238	,688	,052	,139	,070	,020
CONNOR7	,182	,556	-,051	,343	,138	,067
CONNOR8	,052	,479	,097	,473	-,063	,075
CONNOR10	-,011	,468	,312	,196	,290	-,090
CONNOR9	,222	,203	-,022	-,117	,652	,230
CONNOR11	,306	,071	,266	,319	,442	-,213
CONNOR12	-,087	-,002	,184	,220	,697	,078
CONNOR15	,649	-,028	,153	,452	,007	-,031
CONNOR17	,507	,268	,159	,471	,030	-,078
CONNOR18	,747	,099	,077	,192	,111	,038
CONNOR19	,706	,088	,216	,177	-,080	-,024
CONNOR20	,606	,267	,059	-,099	,111	,367
CONNOR23	,576	,143	,226	,200	,292	-,276
CONNOR13	,118	,238	,450	,388	,085	,095
CONNOR21	,207	,097	,765	,162	,052	,026
CONNOR22	,100	,112	,771	,143	,075	,072
CONNOR24	,306	,298	,459	,070	,321	-,298
CONNOR25	,262	,342	,622	-,176	,218	-,142
CONNOR14	,225	,104	,056	,664	,129	,030
CONNOR16	,353	,248	,144	,649	,164	-,119
CONNOR3	-,018	,121	,056	,076	,241	,753

Método de extracción: máxima probabilidad. Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.
a. La rotación ha convergido en 9 iteraciones.

Se comprobó que todos los ítems presentaban saturaciones superiores a .30 y en el caso de saturaciones complejas (mayores a .30 en más de un ítem) se adjudicaron al factor de mayor saturación. Se realizó un análisis semántico del contenido de los ítems adscritos a cada factor, con el fin de etiquetar los diferentes factores.

Las correlaciones entre los factores y el total de la escala (ver tabla 27) son todas significativas al nivel del .001.

Tabla 27. Matriz de correlaciones entre los factores y el total de la escala.

		CONNOR	F1	F2	F3	F4	F5	F6
CONNOR TOTAL	C.de Pearson	1	,831**	,604**	,805**	,787**	,702**	,269**
	Sig. (bilateral)		,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N		374	374	374	374	374	374
F1Autoeficacia y afrentamiento del estrés	C.de Pearson		1	,374**	,495**	,590**	,515**	,177**
	Sig. (bilateral)			,000	,000	,000	,000	,001
	N			374	374	374	374	374
F2Tenacidad	C.de Pearson				,376**	,417**	,339**	,205**
	Sig. (bilateral)				,000	,000	,000	,000
	N				374	374	374	374
F3Confianza en la intuición y seguridad	C.de Pearson				1	,532**	,588**	,077
	Sig. (bilateral)					,000	,000	,139
	N					374	374	374
F4Control	C.de Pearson						,429**	,096
	Sig. (bilateral)						,000	,064
	N						374	374
F5Tolerancia a la adversidad	C.de Pearson							,087
	Sig. (bilateral)							,092
	N							374
F6Espirituali- dad	C.de Pearson							1
	Sig. (bilateral)							
	N							
**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).								

Utilizando el programa LISREL 8.80, se realizó un análisis factorial confirmatorio y se calcularon los índices de ajuste para esta solución factorial.

Tabla 28. Índices de bondad de ajuste de la escala de Connor y Davidson.

Chí-cuadrado	599.80; gl:261; p<.001
Chí-cuadrado para modelo independiente	8277.99 ; Gl:300
RMSEA	0.059
NNFI	1
CFI	1
GFI	0.94
AGFI	0.93

La tabla 28 muestra los valores de ajuste. Como puede observarse, los indicadores de ajuste son adecuados, situándose por encima de 0.90, lo que se considera como punto de corte para un buen ajuste (Hooper, Coughlan, & Mullen, 2008).

Los seis factores resultantes, con el contenido de sus ítems son los siguientes:

Factor 1. Autoeficacia y afrontamiento del estrés. Alfa de Conbach 0.757

- ✓ Soy capaz de adaptarme a los cambios.
- ✓ Tengo personas en las que puedo confiar y con las que me siento seguro
- ✓ Puedo resolver cualquier acontecimiento que se me presente.
- ✓ Los éxitos pasados me ayudan a alcanzar nuevos desafíos con confianza.
- ✓ Veo el lado divertido de las cosas.
- ✓ Afrontar el estrés, me fortalece.
- ✓ Tiendo a recuperarme de las enfermedades o de las dificultades.
- ✓ Me esfuerzo al máximo en cada ocasión.

Factor 2. Tenacidad . Alfa de Cronbach 0.569

- ✓ Pienso que las cosas ocurren por alguna razón.
- ✓ Puedo conseguir mis metas.
- ✓ Cuando parece que irremediablemente algo no tiene solución no abandono.

Factor 3. Confianza en la intuición y seguridad. Alfa de Cronbach 0.810

- ✓ Prefiero tomar la iniciativa cuando hay que resolver un problema.
- ✓ Pienso que soy una persona fuerte.
- ✓ Tomo decisiones difíciles o impopulares.
- ✓ Puedo manejar sentimientos desagradables.
- ✓ Sigo los presentimientos que tengo.
- ✓ Me gustan los desafíos.

Factor 4. Control. Alfa de Cronbach 0.770

- ✓ Sé a dónde acudir a por ayuda.
- ✓ Tengo muy claro por donde quiero ir en mi vida.
- ✓ Siento que controlo mi vida.
- ✓ Trabajo para conseguir mis metas.
- ✓ Me siento orgulloso de mis logros.

Factor 5. Tolerancia a la adversidad. Alfa de Cronbach 0.617

- ✓ Bajo presión, me concentro y pienso claramente.
- ✓ No me desanimo fácilmente por el fracaso.

Factor 6. Espiritualidad.

- ✓ Algunas veces dejo que el destino o Dios me ayuden.

Aunque el factor "Espiritualidad" se compone de un solo ítem, atendiendo a que el porcentaje de varianza que explica (5.465%) es considerable y a que la "espiritualidad" se considera un componente

importante de la resiliencia, se ha decidido mantenerlo. La fiabilidad de la escala presenta un Alfa de Cronbach 0.885, similar a la obtenida en el estudio de validación de la escala al castellano 0.89. La fiabilidad de los factores oscila entre 0.569 y 0.810, lo que también está en consonancia con las obtenidas por otros estudios que la han adaptado a diferentes poblaciones (Ahern, Kiehl, Sole, & Byers, 2006; Parra et al., 2012; Singh & Yu, 2010).

Tabla 29. Niveles de resiliencia y sus factores, según sexo y grupo profesional.

	Hombre	Mujer	Médico	Enfermero	Auxiliar	Total
Media	2,93	2,89	2,86	2,93	2,86	2,90
SD	0,48	0,44	0,48	0,45	0,45	0,45
P25	2,60	2,60	2,52	2,64	2,60	3,04
P75	3,28	3,20	3,20	3,24	3,21	3,75
F1 Autoeficacia y afrontamiento del estrés.	3,02	3,04	2,87	3,08	3,05	3,04
F2 Tenacidad	2,92	2,96	2,97	2,97	2,89	2,95
F3 Confianza intuición, seguridad	2,96	2,73	2,92	2,81	2,65	2,79
F4 Control	3,14	3,18	3,06	3,20	3,17	3,17
F5 Tolerancia a la adversidad	2,78	2,56	2,69	2,66	2,50	2,62
F6 Espiritualidad	1,19	1,61	1,55	1,42	1,63	1,50

Se realizó una comparación de medias entre hombres y mujeres, respecto a la puntuación media en el total de la escala, sin que se hallaran diferencias significativas ($P=.46$).

Tras analizar también las puntuaciones de las diferentes dimensiones de la escala (Figura 25), se encontraron diferencias significativas en dos de ellas (F3. Confianza en la intuición y seguridad; F5. Tolerancia a la adversidad), con respecto al sexo (Tabla 30).

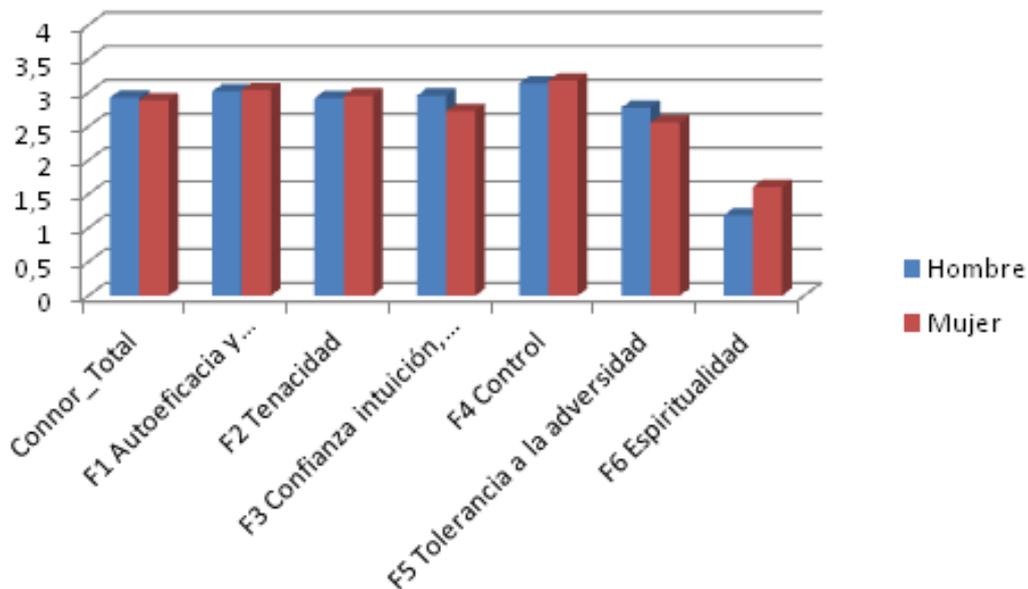


Figura 25. Comparación hombres-mujeres en la CDRS.

Tabla 30. Prueba T para diferencia de medias en F3 y F5 de la CDRS entre ambos sexos.

	Levene		prueba t para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza	
								Inferior	Superior
F3Confianza en la intuición y seguridad	1,635	,202	-3,131	372	,002	-,235	,075	-,382	-,087
F5Tolerancia a la adversidad	1,828	,177	-2,255	372	,025	-,219	,097	-,411	-,028

De tal forma que los hombres puntúan más en las dimensiones “confianza en la intuición y seguridad” y “Tolerancia a la adversidad”, que las mujeres.

Se comprobó así mismo, si los promedios de resiliencia total y de cada una de las dimensiones, diferían en los tres grupos profesionales (ver Figura 26).

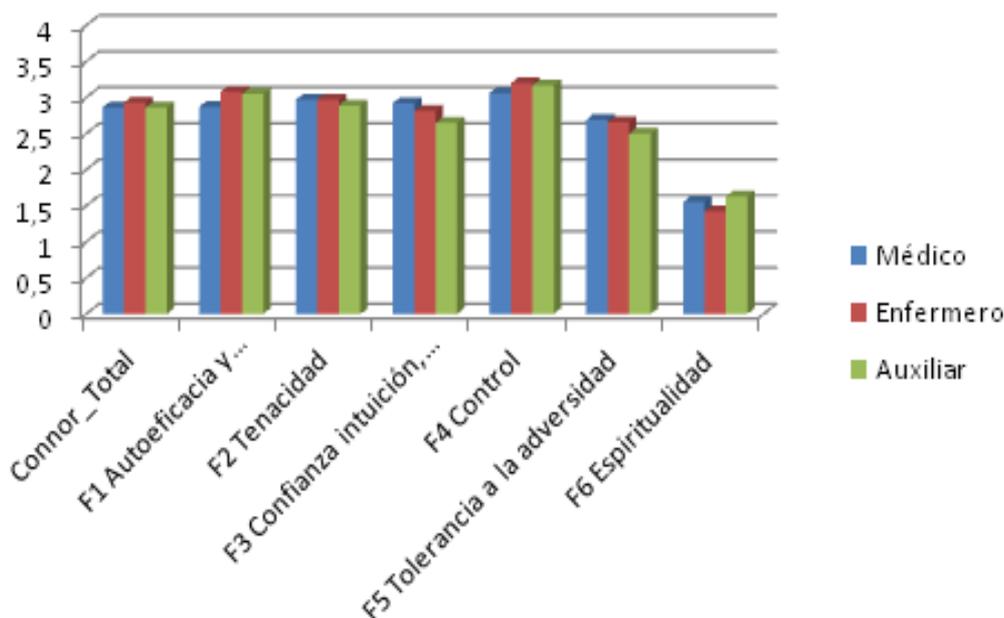


Figura 26. Comparación de los niveles en la CDRS y sus factores, entre los tres grupos profesionales.

Como se daban las condiciones de normalidad y homogeneidad de varianzas, se realizó un ANOVA para grupos independientes. No se observaron diferencias significativas en cuanto al nivel de resiliencia en el global de la escala. En cuanto a las dimensiones, solo se encontraron diferencias significativas en F1 "Autoeficacia y afrontamiento del estrés" (P=.014) y F3 "Confianza en la intuición y seguridad" (P=.019). Se realizaron contrastes post hoc para determinar entre qué grupos existían diferencias (ver Tabla 31).

Tabla 31. Prueba T para diferencia de medias en F1 y F3 de la CDRS entre los grupos profesionales.

Variable dependiente	(I) Profesión	(J) Profesión	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	95% de intervalo de confianza	
						Límite inferior	Límite superior
F1Autoeficacia y Afrontamiento del estrés	Medico	Enfermera/o	-,21210*	,07299	,011	-,3839	-,0403
		Auxiliar	-,18534	,08138	,060	-,3768	,0062
	Enfermera/o	Medico	,21210*	,07299	,011	,0403	,3839
		Auxiliar	,02676	,06134	,900	-,1176	,1711
	Auxiliar	Medico	,18534	,08138	,060	-,0062	,3768
		Enfermera/o	-,02676	,06134	,900	-,1711	,1176

HSD Tukey- Post hoc Variable dependiente	(I) Profesión	(J) Profesión	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	95% de intervalo de confianza	
						Límite inferior	Límite superior
F3Confianza en la intuición y seguridad	Medico	Enfermera/o	,10854	,09149	,462	-,1067	,3238
		Auxiliar	,27397*	,10200	,021	,0339	,5140
	Enfermera/o	Medico	-,10854	,09149	,462	-,3238	,1067
		Auxiliar	,16542	,07688	,081	-,0155	,3463
	Auxiliar	Medico	-,27397*	,10200	,021	-,5140	-,0339
		Enfermera/o	-,16542	,07688	,081	-,3463	,0155

Tabla 31. Continuación.

Como se observa, los médicos poseen menores niveles de "Autoeficacia y afrontamiento del estrés" que los enfermeros, mientras que puntúan más que los auxiliares en "Confianza en la intuición y seguridad".

Si se tienen en cuenta los ítem de estas dos dimensiones, parece que los enfermeros han desarrollado más el sentido de autoeficacia, porque valoran las consecuencias de sus actuaciones pasadas y esto les lleva a sentirse capaces de obtener logros en el presente, mientras que los médicos han adquirido mayor seguridad a la hora de tomar decisiones en situaciones de incertidumbre.

13.5. Análisis descriptivo de las variables criterio, relaciones con el sexo y la profesión

13.5.1. Burnout

La escala de burnout utilizada, consta de 12 ítems, que se puntúan de 1 (Casi nunca) a 7 (Casi siempre), indicando las puntuaciones más altas mayor burnout. Dispone de una puntuación global y de tres dimensiones: "Cansancio emocional", "Fatiga física" y "Cansancio cognitivo".

En la tabla 32, se muestran los valores promedio obtenidos en el conjunto de la muestra y según sexo y grupo profesional.

Tabla 32. Niveles de burnout y sus factores, según sexo y grupo profesional.

	Hombre	Hombre baremo	Mujer	Mujer baremo	Médico	Enfermero	Auxiliar	Total
Burnout	2,42	2,04	2,53	2,32	2,53	2,45	2,60	2,50
P25	1,52		1,56		1,75	1,50	1,67	1,56
P75	3,33		3,25		3,33	3,08	3,35	3,25
SD	1,15		1,17		1,10	1,19	1,18	1,17
Cansancio Emocional	2,35	1,84	2,41	1,77	2,53	2,34	2,41	2,39
Fatiga Física	2,73	2,29	2,94	2,81	2,88	2,85	2,96	2,89
Cansancio cognitivo	2,19	1,87	2,25	2,07	2,17	2,16	2,43	2,23

La escala mostró un buen índice de fiabilidad con un alfa de Cronbach de 0.952.

Se han comparado los valores obtenidos por hombres y mujeres, con los datos del baremo elaborado por sus creadores (Shirom & Melamed, 2006) para profesionales de la salud (en rojo). Se puede ver como los niveles totales de burnout, son discretamente mayores en los profesionales de nuestra muestra.

Para comprobar si los niveles de burnout diferían en función del sexo, se realizó un contraste no paramétrico, ya que no existía

normalidad en las distribuciones (ver Tabla 33 y Figura 27). En este caso no se hallaron diferencias significativas ($P = .40$).

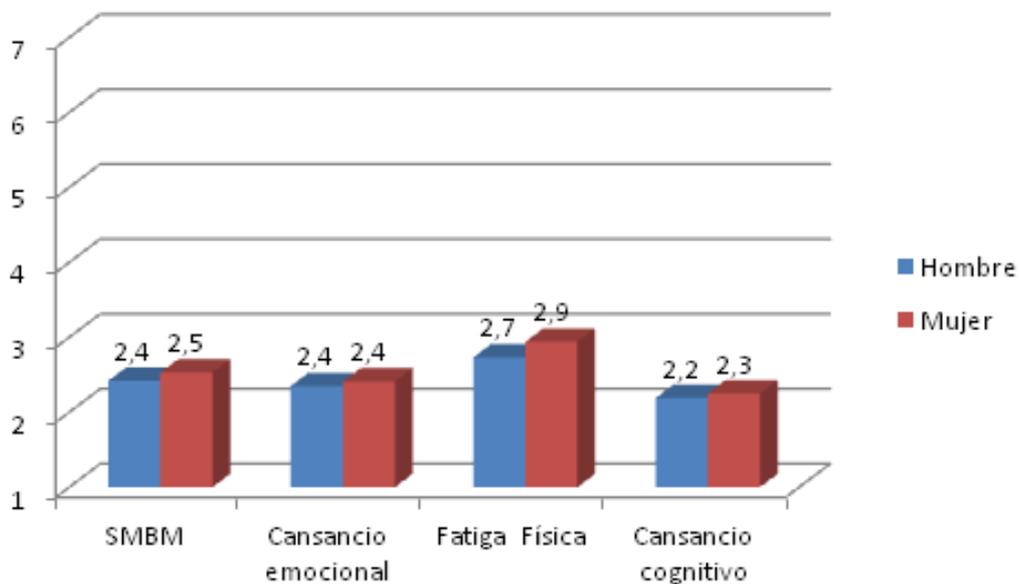


Figura 27. Comparación de los niveles de burnout y sus dimensiones entre ambos sexos.

Tabla 33. Prueba de diferencia de medias en burnout y sus dimensiones entre ambos sexos.

	Cansancio Emocional	Fatiga Física	Cansancio Cognitivo	SMBM_Total
U de Mann-Whitney	12986,00	12129,50	12975,00	12580,50
W de Wilcoxon	17642,00	16785,50	17631,00	17236,50
Z	-,396	-1,33	-,40	-,83
Sig. asintót. (bilateral)	,69	,18	,68	,40

Se comprobó también si el nivel de burnout era diferente entre los tres grupos profesionales estudiados. En este caso tampoco se dio una distribución normal, por lo que se realizó un contraste no paramétrico (Tabla 34 y Figura 28), que mostró que las diferencias observadas entre los distintos grupos profesionales no eran significativas.

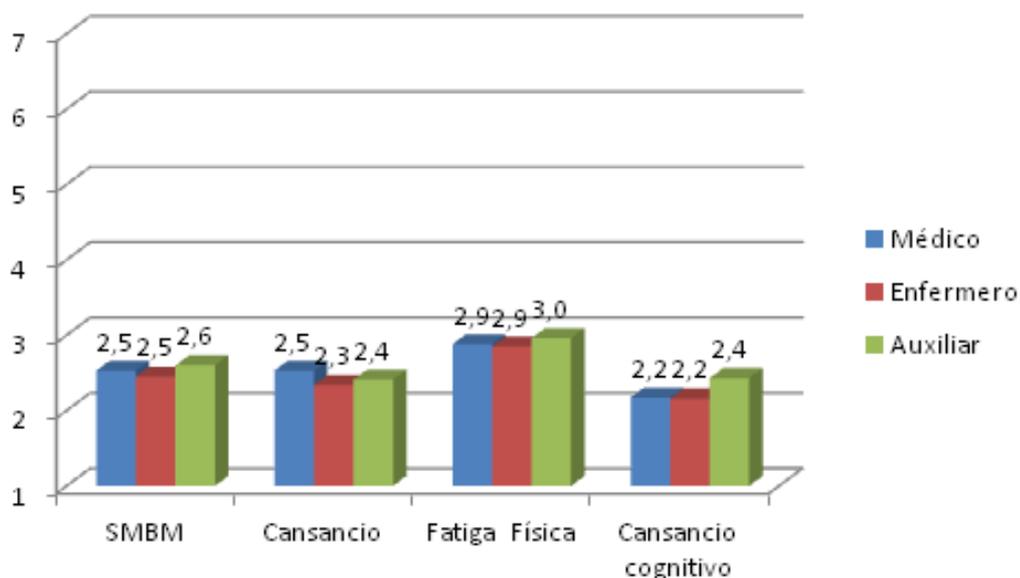


Figura 28. Comparación de los niveles de burnout entre ambos sexos.

Tabla 34. Prueba de diferencia de medias en burnout y sus dimensiones entre los tres grupos profesionales.

	Cansancio Emocional	Fatiga Física	Cansancio Cognitivo	SMBM_Total
U de Mann-Whitney	12986,000	12129,500	12975,000	12580,500
W de Wilcoxon	17642,000	16785,500	17631,000	17236,500
Z	-,396	-1,333	-,408	-,836
Sig. asintót. (bilateral)	,692	,183	,683	,403

Por tanto, respecto al burnout, podemos decir que los profesionales estudiados presentan un nivel de burnout, algo superior al promedio de su grupo profesional y que las puntuaciones, tanto en lo que se refiere al total, como a las tres dimensiones que componen la escala, son similares en ambos sexos y en los diferentes grupos profesionales.

13.5.2. Vigor laboral

Como se comentó, la Shiron-Melamed Vigor Measure es una escala de engagement que nos ofrece una puntuación global y tres dimensiones: Fuerza Física, Vivacidad y Energía Emocional. Consta de 14 ítems, que se puntúan de 1 (Casi nunca) a 7 (Casi siempre), de modo que a mayor puntuación mayor nivel de engagement tiene el sujeto.

En la tabla 35, se presentan los valores medios del total de la muestra, así como los correspondientes a las categorías de las variables sexo y grupo profesional.

Tabla 35. Niveles de vigor y sus dimensiones entre sexos y grupos profesionales.

	Hombre	Hombre baremo	Mujer	Mujer baremo	Médico	Enfermero	Auxiliar	Total
Media	5,39	5,57	5,33	5,46	5,32	5,42	5,20	5,34
P25	4,78		4,71		4,71	4,86	4,57	4,71
P75	6,07		6,00		6,07	6,07	5,87	6
SD	0,96		0,93		0,96	0,91	0,95	0,93
Energía emocional	5,86	5,63	5,94	5,83	5,92	5,97	5,81	5,92
Fuerza Física	5,13	5,41	5,05	5,18	4,97	5,16	4,95	5,07
Vivacidad	5,27	5,73	5,11	5,45	5,18	5,24	4,94	5,15

El coeficiente de fiabilidad de la escala fue muy aceptable, con un alfa de Cronbach de 0.945.

Los valores promedios obtenidos, son discretamente menores que los establecidos por los creadores de la escala, para los profesionales sanitarios (en rojo). Por tanto, podemos decir que los profesionales que componen la muestra, presentan un nivel de engagement similar al de la población de referencia.

Para comprobar si existían diferencias en relación con el sexo (ver Figura 29), se realizaron los contrastes correspondientes. En el caso de la puntuación total de vigor y de la dimensión "vivacidad", se dieron los

requisitos de normalidad y homogeneidad de varianzas, por lo que se utilizó la T de Student para dos muestras independientes y no se obtuvieron diferencias significativas (ver Tabla 36).

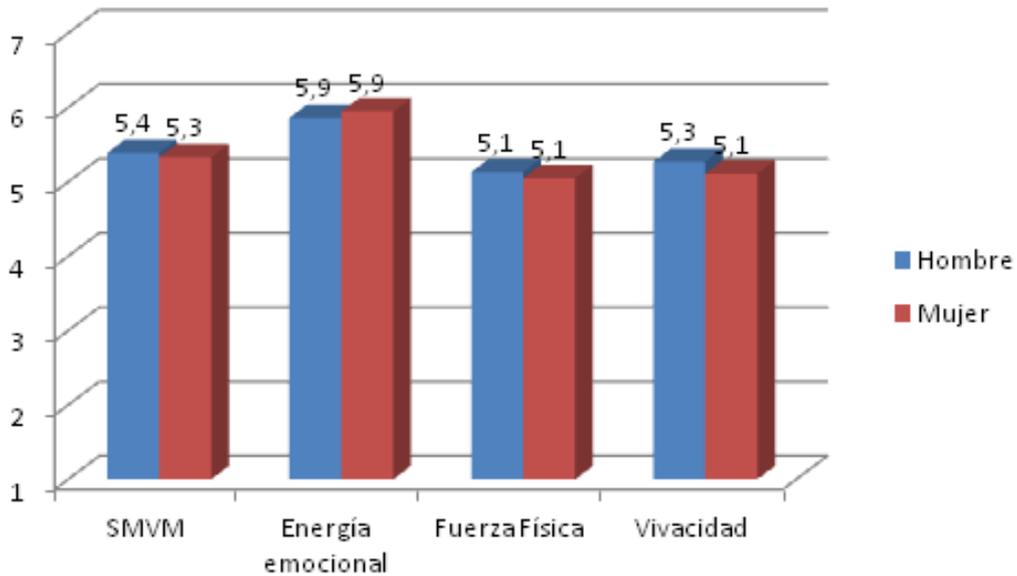


Figura 29. Comparación de los niveles de Vigor entre ambos sexos.

Tabla 36. Prueba T de comparación de medias para Vigor y Vivacidad entre ambos sexos.

		Prueba T para la igualdad de medias			
		t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias
Vivacidad	Se han asumido varianzas iguales	-1,304	372	,193	,83146
SMVM_Total	Se han asumido varianzas iguales	-,566	372	,572	-,88167

Para las dimensiones “energía emocional” y “fuerza física”, se empleó un contraste no paramétrico ya que, el grupo de mujeres, no seguía una distribución normal. Como se observa en la tabla 37, tampoco en este caso se encontraron diferencias significativas.

Tabla 37. Prueba de comparación de medias para E. Emocional y F. Física entre ambos sexos.

	Energía Emocional	Fuerza Física
U de Mann-Whitney	12279,000	12775,000
W de Wilcoxon	16935,000	51556,000
Z	-1,181	-,625
Sig. asintót. (bilateral)	,238	,532

El mismo procedimiento se llevó a cabo con la variable grupo profesional (Figura 30). Aplicando un ANOVA conforme al cumplimiento de los principios de normalidad y homogeneidad de las varianzas para los valores promedio de "vigor" y los correspondientes a las dimensiones "fuerza física" y "vivacidad". Los resultados del mismo no fueron significativos (ver Tabla 38).

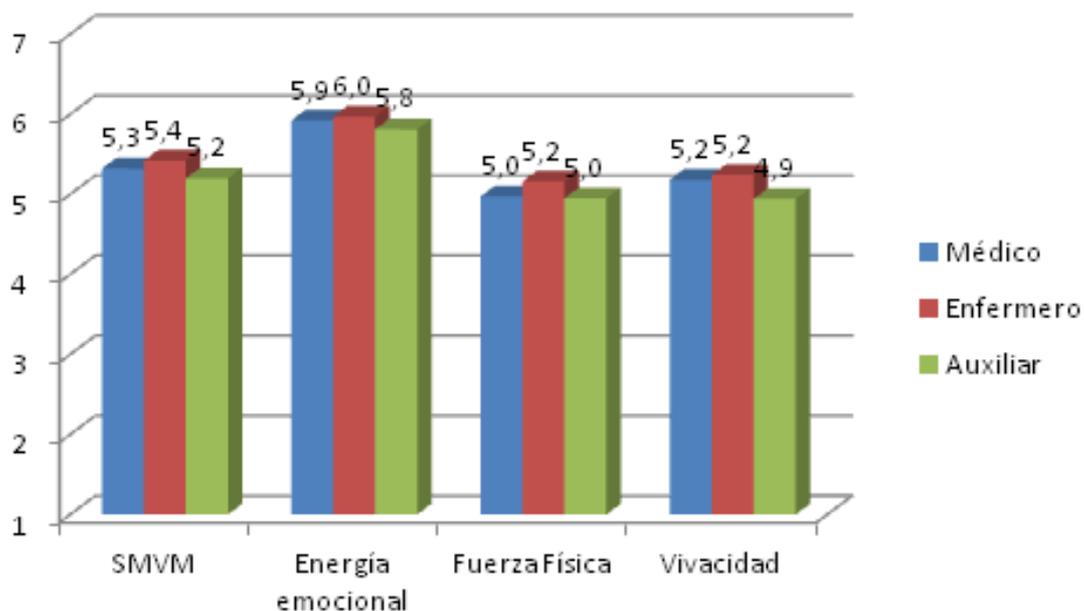


Figura 30. Comparación de los niveles de Vigor entre los grupos profesionales.

Tabla 38. ANOVA de los niveles de Vigor, F. F. y Vivacidad entre los tres grupos profesionales.

	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig
Fuerza Física Inter-grupos	88,906	2	44,45	1,276	,280
Vivacidad Inter-grupos	153,28	2	76,644	2,661	,071
SMVM_Total Inter-grupos	694,65	2	347,328	2,021	,134

Para la dimensión “energía emocional” se realizó un contraste no paramétrico, ya que en los grupos de enfermería y auxiliares las distribuciones no eran normales. Como puede verse en la tabla 39, tampoco en esta dimensión se encontraron diferencias significativas.

Tabla 39. Comparación del nivel de E. Emocional entre los tres grupos profesionales.

a. Prueba de Kruskal-Wallis	Energía Emocional
Chi-cuadrado	1,107
gl	2
Sig. asintót.	,575

Por tanto, se puede afirmar que los participantes en nuestro estudio presentan un nivel de “vigor” similar al de su grupo profesional de referencia, no diferenciándose entre sí, ni en función del sexo, ni por la pertenencia a un grupo profesional determinado.

13.5.3. Engagement

El nivel medio de engagement obtenido por la muestra, a través de la escala utilizada, fue de 4.25 puntos (SD 0.90), en un rango que va de 0 a 6 puntos. Como puede verse en la tabla 40, las puntuaciones medias obtenidas en las tres dimensiones de la escala fueron las siguientes: Vigor 4.35 (SD 0.33); Dedicación 3.7 (SD 0.24); Absorción 3.92 (SD 0.35), que son prácticamente iguales a los valores medios del

baremo propuesto por los autores de la escala (Schaufeli & Bakker, 2003b).

Tabla 40. Niveles de Engagement en para ambos sexos y los tres grupos profesionales.

	Hombre	Mujer	Médico	Enfermero	Auxiliar	Total
Media	4,31	4,23	4,43	4,27	4,11	4,25
P25	4	3,70	4	3,86	3,35	3,76
P75	4,94	4,83	5	4,88	4,82	4,88
SD	0,87	0,91	0,79	0,85	1,03	0,90
Vigor	4,41	4,33	4,48	4,35	4,27	4,35
SD	0,33	0,32	0,30	0,31	0,38	0,33
Dedicación	3,77	3,67	3,81	3,73	3,56	3,7
SD	0,24	0,23	0,21	0,23	0,25	0,24
Absorción	3,97	3,9	4,16	3,95	3,72	3,92
SD	0,33	0,36	0,30	0,33	0,40	0,35

La escala mostró una buena fiabilidad con un alfa de Cronbach de 0.919.

Para comprobar si existían diferencias de engagement entre ambos sexos (ver Figura 31), se realizaron diferentes contrastes, en función de las características de cada distribución.

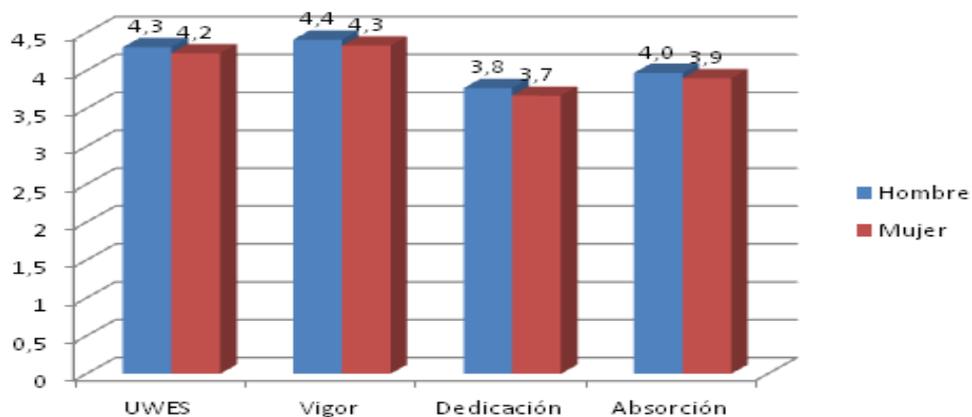


Figura 31. Comparación de los niveles de Engagement entre hombres y mujeres.

Para la puntuación de engagement y para las dimensiones Vigor y Absorción, dado que se daban los supuestos de normalidad de las distribuciones y homogeneidad de las varianzas, se realizó un contraste paramétrico, utilizando la T de Student para muestras independientes. Para la dimensión Dedicación, como no seguía una distribución normal, se realizó un contraste no paramétrico (ver Tabla 41).

Tabla 41. Comparación de medias de los niveles de Engagement entre ambos sexos.

		Prueba T para la igualdad de medias		
		t	gl	Sig. (bilateral)
UWES_total	Se han asumido varianzas iguales	-,819	372	,413
UWES_Vigor	Se han asumido varianzas iguales	-,737	372	,461
UWES_Absorcion	Se han asumido varianzas iguales	-,553	372	,580
UWES_Dedicacion				
U de Mann-Whitney		12185,500		
Z		-1,274		
Sig. asintót. (bilateral)		,203		

Como se muestra en la anterior tabla, no se obtuvieron diferencias significativas ni para la puntuación media de engagement, ni para los valores promedio de cada una de sus dimensiones en función del sexo.

Para determinar si los distintos grupos profesionales presentaban diferentes niveles de engagement y de sus dimensiones (Figura 32),

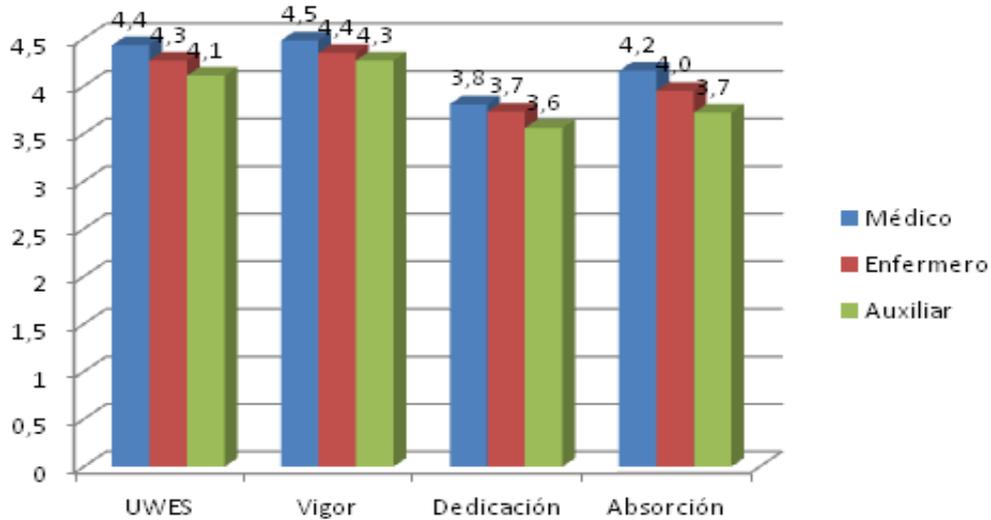


Figura 32. Comparación de los niveles de Engagement entre las tres profesiones.

Se realizó un ANOVA de un factor (ver Tabla 42), obteniéndose diferencias significativas sólo en la dimensión absorción.

Tabla 42. Pruebas de igualdad de medias para Engagement, vigor y absorción entre los grupos profesionales.

	Estadístico	gl1	gl2	Sig.
UWES_total Welch	2,528	2	151,947	,083
UWES_Vigor Welch	1,018	2	148,670	,364
UWES_Absorción Welch	3,995	2	154,284	,020

Se realizó un contraste Post hoc para determinar entre cuales de los grupos se daban estas diferencias (ver Tabla 43).

Tabla 43. Contraste pos hoc, para la dimensión absorción entre los grupos profesionales.

	Diferencia de medias	Error típico	Sig.
Medico Enfermera/o	1,25346	,75639	,226
Auxiliar	2,64421*	,93347	,014

		Diferencia de medias	Error típico	Sig.
Enfermera/o	Medico	-1,25346	,75639	,226
	Auxiliar	1,39076	,77838	,177
Auxiliar	Medico	-2,64421*	,93347	,014
	Enfermera/o	-1,39076	,77838	,177

Tabla 43. Continuación.

Los contrastes revelaron que el grupo de médicos se diferenció de forma significativa del de Auxiliares de enfermería, presentando los médicos un mayor nivel medio de “absorción”.

Para la dimensión Dedicación, dado que no existía normalidad en la distribución del grupo de profesionales de enfermería (K-S= .001), se realizó un contraste no paramétrico, en el que no se encontraron diferencias relevantes entre los tres grupos profesionales (ver Tabla 44).

Tabla 44. Diferencia de medias en los niveles de Dedicación entre los grupos profesionales.

a. Prueba de Kruskal-Wallis.	UWES_Dedicacion
Chi-cuadrado	4,468
gl	2
Sig. asintót.	,107

13.5.4. Calidad de vida Laboral

La Escala de Calidad de Vida Relacionada con el Trabajo (WRQoL), consta de 24 ítems tipo Likert con 5 opciones de respuesta, que van desde 1 “Totalmente en desacuerdo”, hasta 5 “Completamente de acuerdo”. Permite obtener una puntuación global de CVL y una puntuación específica, para cada uno de los 6 factores que la componen.

Como se comentó en el punto 10.2.4., dado que la escala no se ha utilizado en nuestro país, se ha realizado un proceso de traducción y retrotraducción supervisada por los autores y un análisis de sus características psicométricas. Se comprobó si en la presente investigación, su estructura factorial era igual a la estructura factorial original. Para ello se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE). Los resultados del índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de adecuación muestral 0.896 y la prueba de esfericidad de Bartlett ($\text{Chí-Cuadrado}=4155.646$; 276 gl ; $P=.000$), mostraron que los datos eran adecuados para un AF.

El gráfico de sedimentación obtenido se muestra en la Figura 33. Como puede observarse, solo cinco factores obtenían autovalores superiores a 1. Un sexto factor con autovalor .864 aportaba un incremento de la varianza explicada del 5.824%, por lo que se consideró su inclusión en el modelo. Se ha procedido a una descripción estadística de los ítems mediante el cálculo de las medias, desviaciones estándar y coeficientes de correlación de Pearson.

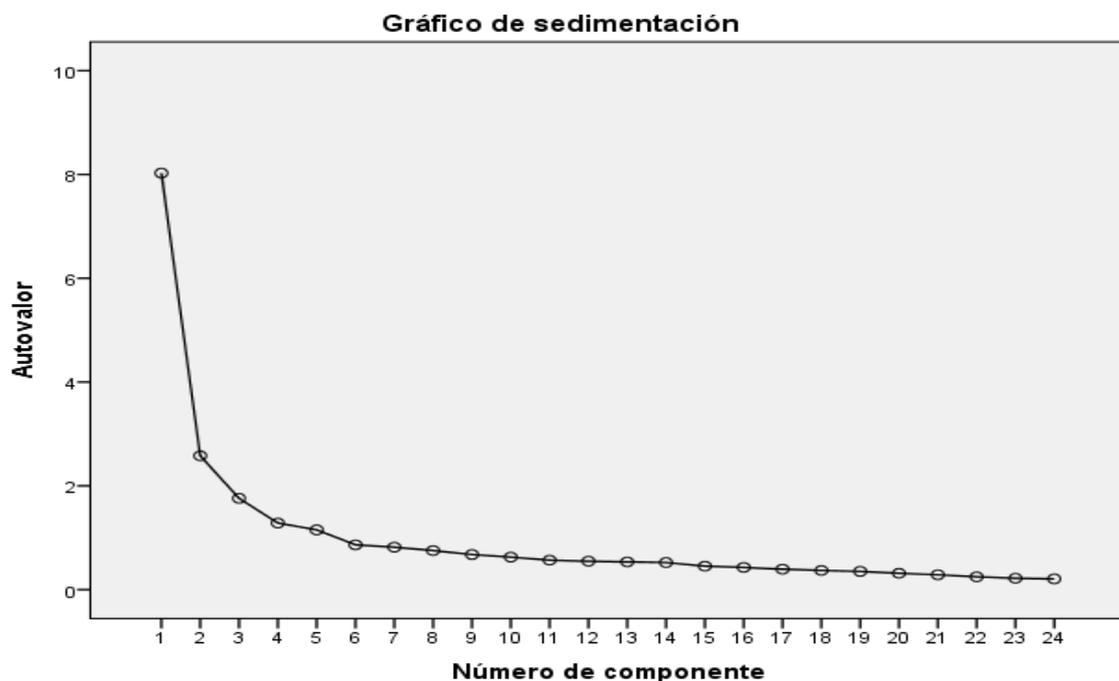


Figura 33. Gráfico de sedimentación de la muestra total en la WRQoL

Con los seis factores señalados, el porcentaje de varianza explicada es del 65.27% (ver Tabla 45). Tras contemplar diferentes

opciones con cinco factores, eliminando aquellos ítems que podían favorecer esta solución, la varianza total explicada bajaba al 61% y la estructura resultante generaba factores que incluían ítems muy diversos y de difícil etiquetado. Por ello, después de analizar las diferentes soluciones, hemos considerado que la estructura de 24 ítems y seis factores, era la más adecuada.

Tabla 45. Autovalores iniciales para la regla de Kaiser en la WRQoL.

Varianza total explicada									
Componente	Autovalores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado			Sumas de rotación de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
	1	8,026	33,443	33,443	8,026	33,443	33,443	4,487	18,697
2	2,580	10,749	44,192	2,580	10,749	44,192	3,622	15,092	33,789
3	1,760	7,334	51,526	1,760	7,334	51,526	2,318	9,657	43,446
4	1,284	5,350	56,876	1,284	5,350	56,876	2,094	8,726	52,173
5	1,152	4,801	61,677	1,152	4,801	61,677	1,747	7,280	59,453
6	0,864	3,600	65,277	0,864	3,600	65,277	1,398	5,824	65,277

Las correlaciones de los seis factores con el total de la escala, es significativa ($P < .001$) en todos los casos y como puede observarse (ver tabla 46), la intensidad de las correlaciones también es alta entre los factores y entre estos y el total de la escala.

Tabla 46. Correlaciones de los factores de la WQRoL.

		Total	F1	F2	F3	F4	F5	F6
Total_WRQoL	Correlación de Pearson		,867**	,710**	,715**	,513**	,683**	,661**
	Sig. (bilateral)		,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N		374	374	374	374	374	374
F1Seguridad y Satisfacción con el trabajo	Correlación de Pearson			,446**	,636**	,298**	,542**	,507**
	Sig. (bilateral)			,000	,000	,000	,000	,000
	N			374	374	374	374	374
F2Bienestar general	Correlación de Pearson				,288**	,313**	,392**	,420**
	Sig. (bilateral)				,000	,000	,000	,000
	N				374	374	374	374
F3Compatibilidad casa-trabajo	Correlación de Pearson					,283**	,436**	,321**
	Sig. (bilateral)					,000	,000	,000

		Total	F1	F2	F3	F4	F5	F6
N						374	374	374
F4Estrés	Correlación de Pearson						,208**	,141**
	Sig. (bilateral)						,000	,006
N							374	374
F5Control en el trabajo	Correlación de Pearson							,562**
	Sig. (bilateral)							,000
N								374
F6Implicación con el trabajo	Correlación de Pearson							
	Sig. (bilateral)							
N								

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Tabla 46. Continuación.

Se analizó la matriz de saturaciones de los ítems, obtenida utilizando el método de rotación Varimax (Tabla 47). Se comprobó que todos los ítems presentaban saturaciones superiores a .30 y en el caso de saturaciones complejas (mayores a .30 en más de un ítem) se adjudicaron al factor de mayor saturación. Con el fin de etiquetar los diferentes factores, se realizó un análisis semántico del contenido de los ítems adscritos a cada factor.

Tabla 47. Matriz de componentes rotados de la WRQoL.

	Componente					
	1	2	3	4	5	6
WRQOL1	,014	,291	,500	,072	-,048	,347
WRQOL2	,273	,120	,389	,252	-,017	,488
WRQOL3	,321	,157	,266	,174	-,009	,680
WRQOL4	-,054	,747	,133	,252	,047	,161
WRQOL5	,372	,086	,119	,765	,162	,123
WRQOL6	,220	,089	,026	,829	,106	,095
WRQOL7	,100	,111	,046	,210	,741	,013
WRQOL8	,632	-,048	,216	,152	-,011	,324
WRQOL9	,016	,314	-,126	-,121	,514	,536
WRQOL10	-,023	,757	,229	,097	,020	,121
WRQOL11	,264	,504	,478	,025	,037	-,102
WRQOL12	,226	,100	,846	,010	,022	,052
WRQOL13	,709	,138	,229	,186	,066	,045

	Componente					
	1	2	3	4	5	6
WRQOL14	,532	,067	,108	,561	,087	-,039
WRQOL15	,306	,743	-,003	,043	,050	-,111
WRQOL16	,759	,176	,069	-,039	,162	-,013
WRQOL17	,228	,760	,095	-,026	,162	,103
WRQOL18	,721	,100	,218	,225	-,011	,138
WRQOL19	,150	,021	,050	,066	,833	-,016
WRQOL20	,672	,120	,090	,142	-,029	,073
WRQOL21	,265	,800	,026	-,037	,058	,181
WRQOL22	,718	,209	,116	,247	,245	,074
WRQOL23	,343	,086	,695	,095	,108	,085
WRQOL24	,621	,274	,173	,259	,231	,103

Tabla 47. Continuación.

La fiabilidad de la escala completa presenta un Alfa de Cronbach .906, la fiabilidad de los factores oscila entre .607 y .877. Estos valores son similares a los publicados por los autores de la escala (alfa de Cronbach de la escala .91 y las de los factores entre .75 y .87).

Posteriormente, a través de un análisis factorial confirmatorio, se calcularon los índices de ajuste de la solución factorial obtenida en la muestra (Ver Tabla 48).

Tabla 48. Índices de bondad de ajuste de la escala WRQoL.

Chi-cuadrado	708.36 ; gl:237 ; p= 0.0
Chi-cuadrado para modelo independiente	10.876 ; Gl:276
RMSEA	0.075
NNFI	0.95
CFI	0.96
GFI	0.92
AGFI	0.90

Los datos obtenidos muestran que los indicadores de ajuste se encuentran dentro de lo que se considera aceptable, estando por encima

de .90, que como ya se comentó es el punto de corte para un buen ajuste.

Los seis factores que se han obtenido y los ítems que los conforman son los siguientes:

F 1. Seguridad y Satisfacción con el trabajo. Alfa de Cronbach .877.

- ✓ Cuando realizo un buen trabajo es reconocido por mis superiores.
- ✓ La institución en la que trabajo me proporciona lo que necesito para hacer mi trabajo con eficacia.
- ✓ Trabajo en un entorno laboral seguro.
- ✓ Estoy satisfecho con las oportunidades de promoción que dispongo en mi actual trabajo.
- ✓ Estoy satisfecho con la formación que recibo para llevar a cabo las tareas de mi actual puesto de trabajo.
- ✓ Las condiciones de trabajo son satisfactorias.
- ✓ Estoy satisfecho con la calidad de mi vida laboral en general.

F 2. Bienestar general. Alfa de Cronbach .854

- ✓ Actualmente me siento bien en mi vida.
- ✓ Estoy satisfecho con mi vida
- ✓ Me siento alentado/animado a desarrollar nuevas habilidades
- ✓ En la mayoría de los aspectos mi vida es casi ideal.
- ✓ Por lo general, las cosas me van bien.
- ✓ Me he sentido razonablemente feliz últimamente al considerar todos los aspectos mi vida.

F 3. Compatibilidad casa-trabajo. Alfa de Cronbach .801.

- ✓ La institución para la que trabajo me ofrece los medios y flexibilidad suficiente para compaginar mi trabajo con mi vida familiar.
- ✓ Mi horario de trabajo actual se adapta a mis circunstancias personales

- ✓ Mis superiores promueven de forma activa horarios de trabajo flexibles.

F 4. Estrés. Alfa de Cronbach .607.

- ✓ Me siento bajo presión en el trabajo con frecuencia.
- ✓ Me he sentido infeliz y deprimido últimamente.
- ✓ Siento a menudo niveles de estrés excesivos en el trabajo

F 5. Control en el trabajo. Alfa de Cronbach .703.

- ✓ Me siento capaz de expresar mis opiniones y generar cambios en mi área de trabajo
- ✓ Tengo la oportunidad de utilizar mis capacidades en mi puesto de trabajo.

F 6. Implicación con el trabajo. Alfa de Cronbach .693

- ✓ Tengo un claro conjunto de metas y objetivos que me posibilita hacer mi trabajo.
- ✓ Me implico en las decisiones que afectan a mi área de trabajo
- ✓ Me implico en las decisiones de mi área de trabajo que afectan a los usuarios.

Una vez obtenida la estructura factorial de la escala, se calcularon las medias de la puntuación global de CVL y de cada dimensión, para el total de la muestra, por sexos y por grupos profesionales. Como puede comprobarse (ver Tabla 49), la puntuación media de CLV fue de 3.38 puntos sobre 5.

Tabla 49. Niveles de WRQoL total y sus factores por sexo y profesión.

	Hombres	Mujeres	Médico	Enfermero	Auxiliar	Total
Media	3,36	3,38	3,23	3,37	3,48	3,38
P25	3,04	3,04	2,71	3,04	3,13	3,04
P75	3,75	3,72	3,71	3,75	3,80	3,75
SD	0,57	0,54	0,59	0,55	0,48	0,54

	Hombres	Mujeres	Médico	Enfermero	Auxiliar	Total
F1 Satisfacción con el trabajo y la carrera profesional.	3,14	3,20	3,04	3,16	3,34	3,19
F2 Bienestar general	3,95	3,93	2,67	3,26	3,96	3,94
F3 Conciliación trabajo-vida familiar	3,24	3,26	2,67	3,26	3,62	3,26
F4 Estrés en el trabajo	3,18	3,08	3,14	3,31	3,14	3,18
F5 Control en el trabajo	4,06	3,92	3,82	4,00	3,94	3,95
F6 Condiciones de trabajo	3,68	3,76	3,76	3,76	3,70	3,74

Tabla 49. Continuación.

Para estimar si el nivel de CVL total y el de cada dimensión, puede considerarse elevado o no, se siguieron las instrucciones ofrecidas por sus autores (Van Laar et al., 2007). Para cada ítem se calcula el sumatorio de los porcentajes de respuestas "De acuerdo" y "Totalmente de acuerdo". Posteriormente se calcula la diferencia entre el resultado obtenido para cada ítem en la muestra y la puntuación del baremo de referencia establecido por los autores de una muestra europea. De este modo, cuando una puntuación es negativa, indica que la CVL de la muestra es mayor que el promedio del baremo. Por el contrario los valores positivos indican menor CVL. Como puede observarse en la Tabla 50, en las dimensiones 1, 2 4 y 5 (de la escala original), la muestra presenta mayor CVL que el baremo , mientras que en las dimensiones 3 y 6 ocurre lo contrario. Los factores que presentan puntuaciones más extremas son, "Satisfacción con el trabajo" (-43.8) y "Conciliación trabajo-vida familiar" (+30.5). En cuanto a la puntuación global de CVL, el conjunto de la muestra obtiene una diferencia de -47.8 lo que indica que presentan mejor CVL que el promedio del baremo europeo.

Tabla 50. Comparación de los niveles de CVL de la muestra con el baremo europeo. Los factores calculados son los originales de la escala.

Estadísticos descriptivos			
	Baremo europeo	Muestra	Diferencias baremo/muestra
Calidad de vida laboral global			-47,8
1 Satisfacción con el trabajo	337,7	381,5	-43,8
2 Bienestar general	304	307,1	-3,1
3 Conciliación trabajo-vida familiar	178	147,5	30,5
4 Estrés laboral (bajo)	90,1	65,3	-24,8
5 Control en el trabajo	156,3	177,4	-21,1
6 Condiciones de trabajo satisfactorias	200,6	186,1	14,5
Los resultados negativos indican mayor calidad de vida, los positivos menor calidad de vida.			

Según los datos obtenidos, los profesionales estudiados presentan niveles de CVL superiores a los del baremo de la escala normativa europea. Estos niveles son superiores en todas las dimensiones excepto en "Conciliación trabajo-vida familiar" y "condiciones de trabajo", las que podemos considerar como aquellas que mayor relación tienen con cuestiones más objetivas y normativas del ámbito laboral. En el primer caso con la reglamentación y la legislación en materia de derechos laborales, medidas de protección de la maternidad, atención a menores y a familiares mayores con discapacidad. En el segundo caso, a las condiciones en las que se realiza la actividad laboral, como son la seguridad en el trabajo o los recursos que la institución pone a disposición de los empleados.

Se comprobó además si los niveles de CVL global y de sus diferentes dimensiones, diferían en función del sexo (Figura 34), para lo cual, después de comprobar que las distribuciones eran normales y que había homogeneidad de varianzas, se realizó un contraste de medias para muestras independientes con la T de Student. Como se ve en la tabla 51, no se encontraron diferencias significativas para ninguna de las medidas.

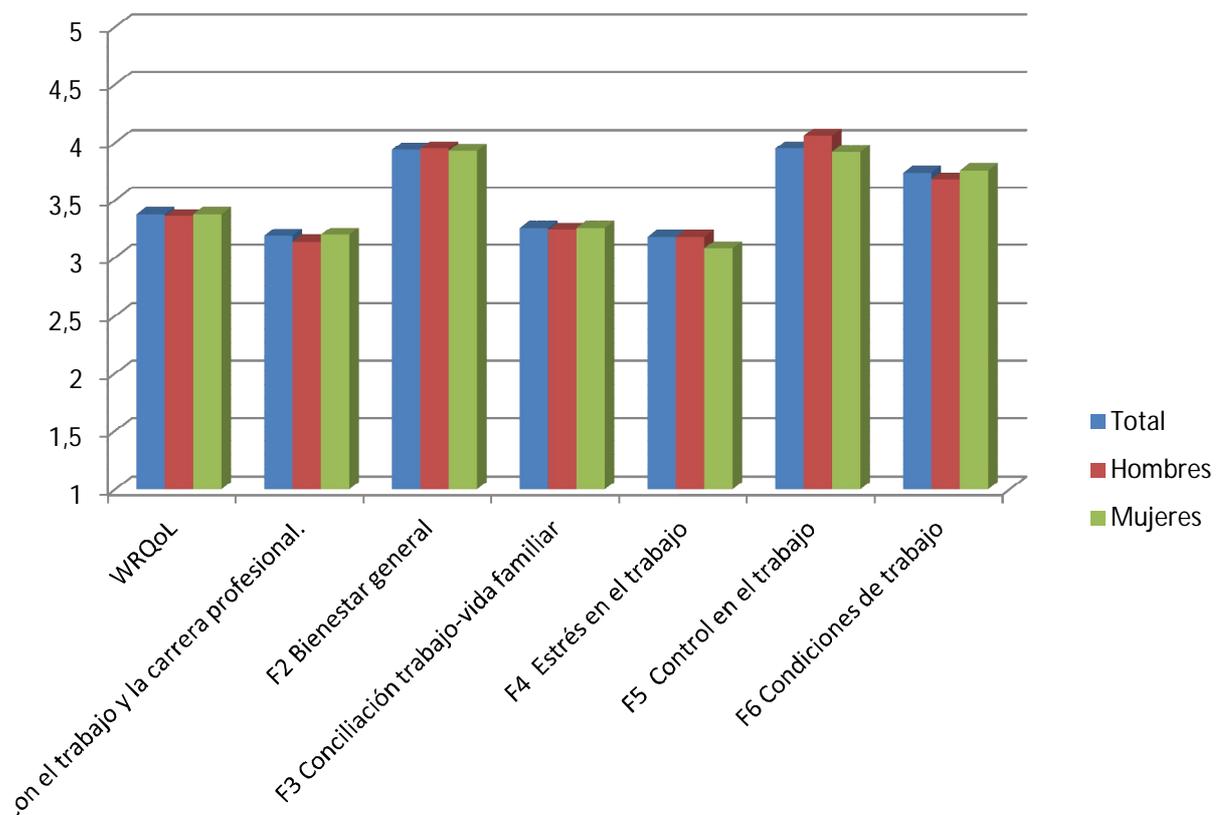


Figura 34. Niveles de Calidad de Vida laboral según sexo.

Tabla 51. Contraste de diferencia de medias entre hombres y mujeres para las puntuaciones de la WRQoL.

Prueba T para la igualdad de medias							
Variable de agrupación: Sexo	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
						Inferior	Superior
Total_WRQoL	,270	372	,787	,01743	,06448	-,10937	,14423
F1Seguridad y Satisfacción con el trabajo	,630	372	,529	,06018	,09551	-,12763	,24798
F2Bienestar general	-,237	372	,812	-,01841	,07753	-,17087	,13405
F3Compatibilidad casa- trabajo	,157	372	,875	,01846	,11770	-,21299	,24991
F4Estrés	,128	372	,898	,01331	,10369	-,19058	,21721
F5Control en el trabajo	-1,464	372	,144	-,13804	,09430	-,32346	,04738
F6Implicación con el trabajo	,929	372	,353	,08576	,09227	-,09569	,26720

Se procedió también a comprobar si el nivel de CVL dependía del grupo profesional (Figura 35), para lo cual, con la puntuación total de calidad de vida laboral y las de los factores 1, 2, 4 y 6, se realizó un ANOVA, ya que cumplían las condiciones de normalidad y homogeneidad de varianzas. En la tabla 52. vemos que solo en la puntuación total de CVL se dan diferencias significativas.

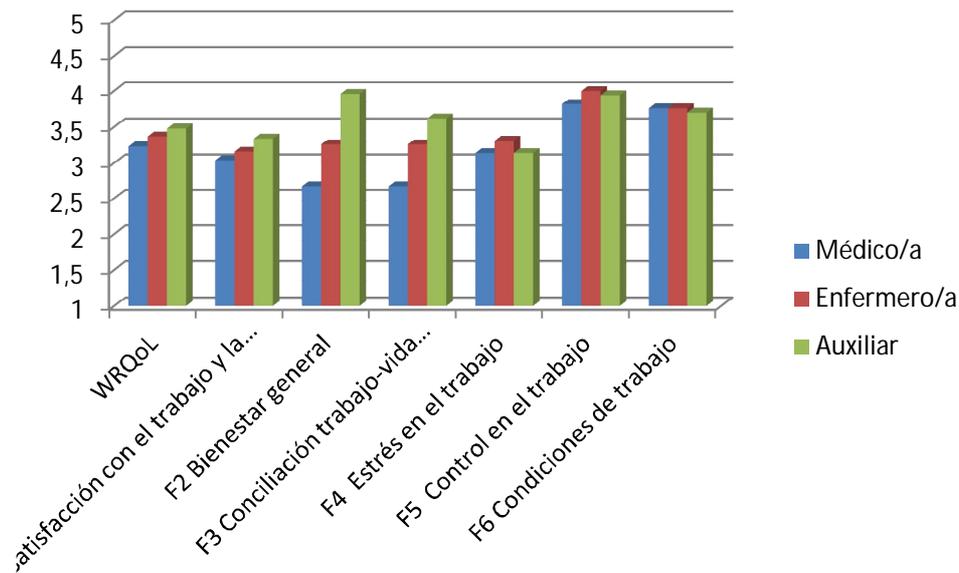


Figura 35. Niveles de Calidad de vida laboral según profesión.

Tabla 52. Diferencias de medias para WRQoL y F1, F2, F4 y F6 entre los grupos profesionales.

ANOVA						
Variable de agrupación: Profesión		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Total_WRQoL	Inter-grupos	2,387	2	1,193	4,099	,017
F1Seguridad y Satisfacción con el trabajo	Inter-grupos	3,903	2	1,952	3,036	,050
F2Bienestar general	Inter-grupos	,486	2	,243	,566	,568
F4Estrés	Inter-grupos	2,525	2	1,262	1,655	,192
F6Implicación con el trabajo	Inter-grupos	,287	2	,143	,235	,791

Para determinar entre qué grupos profesionales se daban estas diferencias, se hizo un contraste post hoc con la prueba de Bonferroni (Tabla 53).

Tabla 53. Prueba de Bonferroni para comparaciones múltiples de la puntuación total de WRQoL entre los tres grupos profesionales.

Post hoc. Bonferroni

Variable de agrupación: Profesión			Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	95% de intervalo de confianza	
Variable dependiente	(I) Profesión	(J) Profesión				Límite inferior	Límite superior
Total_WRQoL	Médico	Enfermero	-,14165	,07755	,206	-,3282	,0449
		Auxiliar	-,24697*	,08646	,014	-,4549	-,0390
	Enfermero	Médico	,14165	,07755	,206	-,0449	,3282
		Auxiliar	-,10531	,06517	,321	-,2620	,0514
	Auxiliar	Médico	,24697*	,08646	,014	,0390	,4549
		Enfermero	,10531	,06517	,321	-,0514	,2620

Como puede verse, es entre el grupo de médicos y el de auxiliares de enfermería, entre los que existen diferencias de CVL ($P=.014$), de modo que los auxiliares de enfermería tienen mayor CVL que los médicos.

Para las dimensiones 3 (Compatibilidad casa-trabajo) y 5 (Control en el trabajo), dado que no existía homogeneidad de varianzas, se realizaron contrastes no paramétricos (ver Tabla 54).

Tabla 54. Comparación de medias en los factores 3 y 5 de la WRQoL entre los tres grupos profesionales.

a. Prueba de Kruskal Wallis	F3 Compatibilidad casa-trabajo	F5 Control en el trabajo
Chi-cuadrado	32,239	1,273
gl	2	2
Sig. asintótica	,000	,529
b. Variable de agrupación: Profesión		

En la dimensión “Control en el trabajo” no hay diferencias entre los tres grupos ($P=.529$) En el factor “Compatibilidad casa-trabajo” se encontraron diferencias significativas ($P<.001$), por lo que se realizó un contraste post hoc con la prueba de Games-Howell, para determinar entre qué grupos se daba dicha diferencia (Tabla 55).

Tabla 55. Prueba de Games-Howell para comparaciones múltiples de la puntuación del factor 3 entre los tres grupos profesionales.

Variable dependiente: F3 Compatibilidad casa-trabajo

(I) Profesión	(J) Profesión	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	95% de intervalo de confianza	
					Límite inferior	Límite superior
Médico	Enfermero	-,58801*	,15237	,001	-,9511	-,2249
	Auxiliar	-,95223*	,16338	,000	-1,3404	-,5641
Enfermero	Médico	,58801*	,15237	,001	,2249	,9511
	Auxiliar	-,36421*	,10834	,003	-,6199	-,1085
Auxiliar	Médico	,95223*	,16338	,000	,5641	1,3404
	Enfermero	,36421*	,10834	,003	,1085	,6199

La diferencia resultó significativa entre los tres grupos, de tal manera que los auxiliares son los que mayor puntuación presentan en “Compatibilidad casa-trabajo”, seguidos por los enfermeros y en último lugar los médicos. Por lo tanto podemos determinar que, al contrario de lo que podríamos a priori pensar, la CVL parece tener una relación inversa con la cualificación profesional y la remuneración económica. Aunque, por otra parte, sí parece razonable suponer que la CVL, sea menor en aquellos profesionales con mayores responsabilidades y mayor sobrecarga laboral, circunstancias que pueden provocar mayores niveles de estrés laboral.

13.6. Análisis de las correlaciones de las variables del estudio

13.6.1. Variables biográficas y laborales, con el resto de las variables

En primer lugar, se ha analizado si existían correlaciones entre las variables biográficas y laborales de tipo cuantitativo y las puntuaciones del resto de las variables cuantitativas estudiadas. Como puede verse en

la tabla 56, solo existe correlación significativa ($P=.007$), entre la "Antigüedad" y las puntuaciones de la escala UWES de engagement. Esta correlación es negativa y de baja intensidad ($-.140$), de modo que a medida que aumenta la antigüedad en el puesto de trabajo, disminuyen las puntuaciones de engagement que presentan estos profesionales.

Tabla 56. Correlaciones entre las variables biográficas y laborales cuantitativas con el resto de las variables estudiadas.

Correlaciones		CONNOR	AUTOEF	UWES	SMVM	SMBM	WRQoL
Edad	Correlación	-,085	,014	-,073	-,067	,077	,036
	Sig.bilateral	,102	,781	162	,193	,136	,492
	N	374	374	374	374	374	374
Antigüedad	Correlación	-,073	,072	-,140**	-,037	,072	,007
	Sig.bilateral	,160	,165	,007	,477	,163	,900
Horas de trabajo semanales	Correlación	,043	,075	,080	,066	-,004	-,024
	Sig. bilateral	,406	,149	,125	,200	,944	,649
	N	374	374	374	374	374	374
Días ILT año anterior	Correlación	-,004	,086	,049	,015	-,005	,005
	Sig.bilateral	,939	,098	,348	,773	,916	,921
	N	374	374	374	374	374	374

13.6.2. Resiliencia con Autoeficacia, Engagement, Vigor, Burnout y Calidad de vida laboral

Para comprobar si las puntuaciones de la variable predictora "Resiliencia" correlacionaban con la otra variable predictora "Autoeficacia" y con las variables criterio "Engagement", "Vigor", "Burnout" y "Calidad de vida laboral", se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson. Como puede observarse en la tabla 57, la resiliencia correlaciona de forma significativa con todas las variables

($P < .001$), siendo esta correlación, positiva y de intensidad moderada, con las variables "Autoeficacia", "Engagement", "Vigor" y "Calidad de vida laboral". En cuanto a la variable "Burnout" la correlación es de sentido negativo y de menor intensidad.

Tabla 57. Correlaciones de Resiliencia con Autoeficacia, Engagement, Vigor, Burnout y Calidad de vida laboral.

		Correlaciones				
		AUTOEFIC.	UWES	SMVM	SMBM	WRQoL
CONNOR "Resiliencia"	Corr. de Pearson	,405**	,547**	,536**	-,287**	,493**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000
	N	374	374	374	374	374
** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).						

Por tanto a medida que aumenta la "resiliencia" también lo hacen la "Autoeficacia", el "Engagement", el "Vigor" y la "Calidad de vida laboral", mientras que el "Burnout" disminuye.

13.6.3. Autoeficacia con Engagement, Vigor, Burnout y Calidad de vida laboral

Al igual que el caso anterior, hemos comprobado si existe correlación entre la variable predictora "Autoeficacia" y las variables criterio "Engagement", "Vigor", "Burnout" y "Calidad de vida laboral".

En la tabla 58 puede verse que la "Autoeficacia" correlaciona significativamente con todas las variables ($P < .001$), esta correlación es positiva con las variables "Engagement", "Vigor" y "Calidad de vida laboral" y negativa con la variable "Burnout". La intensidad de todas estas correlaciones, es menor que la encontrada en el caso de la "Resiliencia".

Tabla 58. Correlaciones de Autoeficacia con Engagement, Vigor, Burnout y Calidad de vida laboral.

Correlaciones					
		UWES	SMVM	SMBM	WRQoL
AUTOEFICACIA	Correlación de Pearson	,343**	,422**	-,271**	,291**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000
	N	374	374	374	374
**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).					

En relación con estos datos, podemos concluir que según aumentan las puntuaciones en "Autoeficacia", también crecen el "Engagement", el "Vigor" y la "Calidad de vida laboral", mientras que desciende el "Burnout".

13.6.4. Engagement, Vigor, Burnout y Calidad de vida laboral.

Se ha comprobado si existían correlaciones entre las variables criterio. En la tabla 59 se muestran los coeficientes de correlación de Pearson, de las cuatro variables. Como puede verse, existen correlaciones significativas entre todas ellas ($P < .001$). Las correlaciones son positivas entre las variables "Engagement", "Vigor" y "Calidad de vida laboral" y negativas entre estas tres y el "Burnout".

Tabla 59. Correlaciones entre Engagement, Vigor, Burnout y Calidad de vida laboral.

Correlaciones					
		UWES	SMBM	SMVM	WRQoL
UWES	Correlación de Pearson	1	-,317**	,565**	,440**
	Sig. (bilateral)		,000	,000	,000
	N		374	374	374
SMBM	Correlación de Pearson		1	-,569**	-,457**
	Sig. (bilateral)			,000	,000
	N			374	374
SMVM	Correlación de Pearson			1	,509**
	Sig. (bilateral)				,000
	N				374
WRQoL	Correlación de Pearson				1
** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).					

Como se esperaba, el engagement, el vigor y la calidad de vida laboral, correlacionan de forma positiva entre ellas y las tres negativamente con el burnout. La correlación más intensa del burnout es con el vigor (-.569**), la CVL también tiene su mayor correlación con el vigor (.509**); lo mismo ocurre con el engagement (.565**). Por tanto, en función de estos resultados, la puntuación en vigor es la que mejor correlaciona con las puntuaciones de todas las demás variables.

13.7. Análisis de los efectos de las variables determinantes sobre las variables criterio

13.7.1. Efecto de las condiciones laborales sobre la autoeficacia, la resiliencia, el engagement, el vigor, el burnout y la calidad de vida laboral

Con respecto al efecto que las condiciones de trabajo ejercen sobre los niveles del resto de las variables estudiadas, se calcularon las medias y las desviaciones típicas para los sujetos de los grupos "Motivación" y "Tensión" (ver Tabla 60 y Figura 36).

Tabla 60. Medias y SD de las variables predictoras y las variables criterio para las situaciones laborales "Motivación" y "Tensión".

		N	Media	Desviación estándar	95% del intervalo de confianza para la media	
					Límite inferior	L. superior
AUTOTotal	Motivación	45	1198,6667	209,87659	1135,6128	1261,7206
	Tensión	314	1115,4459	268,73498	1085,6065	1145,2853
	Total	359	1125,8774	263,27916	1098,5507	1153,2042
CONNOR_TOTAL	Motivación	45	3,0071	,41825	2,8815	3,1328
	Tensión	314	2,8787	,46217	2,8274	2,9300
	Total	359	2,8948	,45833	2,8472	2,9424
SMBM_Total	Motivación	45	1,9148	,86283	1,6556	2,1740
	Tensión	314	2,6022	1,19835	2,4691	2,7352
	Total	359	2,5160	1,18278	2,3933	2,6388
SMVM_Total	Motivación	45	5,7016	,80945	5,4584	5,9448
	Tensión	314	5,3060	,94656	5,2009	5,4111
	Total	359	5,3556	,93866	5,2581	5,4530
UWES_total	Motivación	45	4,4941	,74537	4,2702	4,7181
	Tensión	314	4,2220	,92320	4,1195	4,3245
	Total	359	4,2561	,90642	4,1620	4,3502
Total_WRQoL	Motivación	45	3,7657	,41432	3,6413	3,8902
	Tensión	314	3,3068	,53063	3,2479	3,3657
	Total	359	3,3643	,53891	3,3084	3,4203

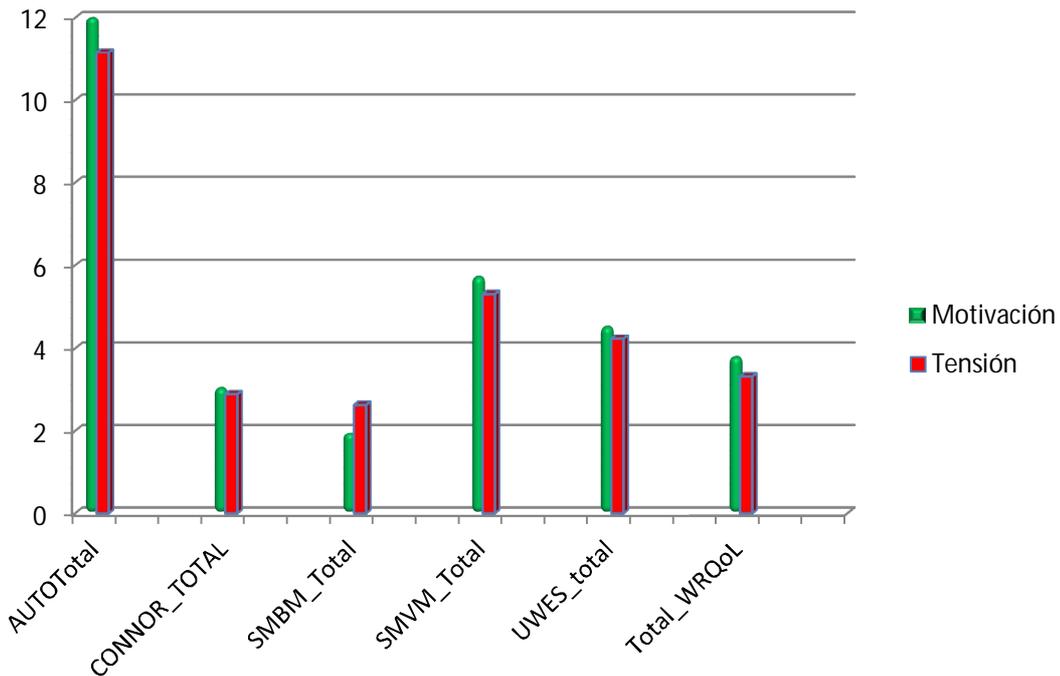


Figura 36. Comparación las medias de los grupos "Motivación" y "Tensión" en las variables estudiadas.

Después de comprobar la normalidad y la homogeneidad de varianzas para todas las variables, se hizo un ANOVA para las que cumplían ambas condiciones (ver Tabla 61).

Tabla 61. Comparación de medias en Autoeficacia, Resiliencia, Vigor y Engagement, entre los grupos de "Motivación" y "Tensión".

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
AUTOEF_Total	Entre grupos	272591,028	1	272591,028	3,965	,047
	Dentro de grupos	24542507,580	357	68746,520		
	Total	24815098,607	358			
CONNOR_TOTAL	Entre grupos	,649	1	,649	3,107	,079
	Dentro de grupos	74,554	357	,209		
	Total	75,203	358			
SMVM_Total	Entre grupos	6,161	1	6,161	7,111	,008
	Dentro de grupos	309,267	357	,866		
	Total	315,428	358			
UWES_total	Entre grupos	2,915	1	2,915	3,573	,060
	Dentro de grupos	291,217	357	,816		
	Total	294,132	358			

Como se puede observar, tanto para la Autoeficacia como para la puntuación total de la SMVM, existen diferencias entre los dos grupos, de tal forma que los trabajadores del grupo "Motivación", poseen mayores niveles de Autoeficacia ($P=.047$) y de Vigor ($P=.008$) que los del grupo "Tensión".

Para las variables burnout y calidad de vida laboral, se realizó un contraste no paramétrico (ver Tabla 62) y como se observa, en los dos casos se han encontrado diferencias significativas ($P<.001$). Por tanto se puede afirmar que los trabajadores del grupo "Motivación" presentan menores niveles de burnout y mayores niveles de CVL, que los del grupo "Tensión".

Tabla 62. Comparación de medias en Burnout y Calidad de Vida Laboral, entre los grupos de "Motivación" y "Tensión".

	SMBM_Total	Total_WRQoL
Chi-cuadrado	15,589	31,305
gl	1	1
Sig. asintótica	,000	,000
a. Prueba de Kruskal Wallis		

Dado que todos los trabajadores que pertenecen a la condición "Motivación" (DA-CA), presentan alto apoyo social, pero los que pertenecen a la condición "Tensión" (DA-CB), se distribuyen entre alto apoyo social (214) y bajo apoyo social (100), hemos considerado importante comprobar cuál es el efecto del apoyo social, en el grupo "Tensión", sobre el resto de las variables estudiadas. Para ello en primer lugar hemos calculado las medias y las desviaciones típicas de ambos grupos (ver Tabla 63).

Tabla 63. Medias y SD en las variables estudiadas, entre los grupos "Tensión apoyo alto" y "Tensión apoyo bajo".

Grupo "Tensión"	Clasificacion_CRP	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
AUTOTotal	DA-CB-AA	214	1128,9720	246,13228	16,82526
	DA-CB-AB	100	1086,5000	311,03728	31,10373
CONNOR_TOTAL	DA-CB-AA	214	2,8907	,46710	,03193
	DA-CB-AB	100	2,8532	,45269	,04527
SMBM_Total	DA-CB-AA	214	2,3941	1,03067	,07046
	DA-CB-AB	100	3,0475	1,40027	,14003
SMVM_Total	DA-CB-AA	214	5,3889	,89328	,06106
	DA-CB-AB	100	5,1286	1,03405	,10341
UWES_total	DA-CB-AA	214	4,3323	,85961	,05876
	DA-CB-AB	100	3,9859	1,01104	,10110
Total_WRQoL	DA-CB-AA	214	3,4616	,47847	,03271
	DA-CB-AB	100	2,9754	,48465	,04847

Con posterioridad, se comprobó la normalidad y la homogeneidad de varianzas para todas las variables. En aquellas que cumplen estos criterios, hemos comparado las medias a través de la T de Student para muestras independientes (ver Tabla 64).

Tabla 64. Comparación de medias en Resiliencia, Vigor, Engagement y CVL entre los grupos "Tensión apoyo alto" y "apoyo bajo".

	T	gl	Sig. (bilateral)	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
				Inferior	Superior
CONNOR_TOTAL	,668	312	,504	-,07280	,14770
SMVM_Total	2,285	312	,023	,03619	,48437
UWES_total	3,142	312	,002	,12946	,56343
Total_WRQoL	8,355	312	,000	,37172	,60073

Para las variables Autoeficacia y Burnout, se hizo un contraste no paramétrico utilizando el estadístico de contraste U de Mann-Whitney (ver Tabla 65).

Tabla 65. Comparación de medias en Autoeficacia y burnout entre los grupos "Tensión apoyo alto" y "Tensión apoyo bajo".

	AUTOTotal	SMBM_Total
U de Mann-Whitney	9409,500	7787,500
W de Wilcoxon	14459,500	30792,500
Z	-1,722	-3,887
Sig. asintótica (bilateral)	,085	,000

Como puede comprobarse, los trabajadores que tienen alto apoyo social presentan mayores niveles de Vigor ($P=.023$), de Engagement ($P=.002$), y de CVL ($P<.001$), y menor Burnout ($P<.001$), que los que tienen bajo apoyo social. En cambio no hay diferencias en cuanto a Resiliencia ni a Autoeficacia. Por tanto el apoyo social afecta a las variables criterio de nuestra investigación pero no a las variables predictivas. Es decir que cuando las condiciones de trabajo son adversas, el apoyo social amortigua el burnout y favorece el Vigor, el Engagement y la CVL.

Se ha estimado también, si el efecto del apoyo social (alto Vs bajo) en la condición "Tensión" (DA-CB), era igual en hombres y mujeres y entre las tres categorías profesionales. Tras realizar los oportunos contrastes se obtuvieron los siguientes resultados:

En mujeres, las que tienen apoyo social alto, tienen mayor autoeficacia ($P=.031$), mayor engagement ($P=.007$), menor burnout ($P<.001$) y mayor calidad de vida laboral ($P<.001$), que las que tienen apoyo social bajo.

En hombres, los que presentan apoyo social alto, tienen menor burnout ($P=.045$) y mayor calidad de vida laboral ($P<.001$), que los que tienen apoyo social bajo.

En los médicos, los que tienen apoyo social alto, presentan menor burnout ($P=.026$) y mayor calidad de vida laboral ($P=.002$), que los que tienen apoyo social bajo.

En enfermeros, con apoyo social alto, el engagement ($P=.011$) es mayor, el burnout menor ($P=.001$) y la calidad de vida laboral más elevada ($P=.000$), que los que tienen apoyo social bajo.

Finalmente los auxiliares que tienen apoyo social alto, presentan mayor calidad de vida laboral ($P=.000$), que los que tienen apoyo social bajo.

Por lo tanto, el efecto del apoyo social es diferente entre ambos sexos y entre los tres grupos profesionales. Cuando las condiciones laborales son adversas, el apoyo social tiene más efecto sobre las mujeres que sobre los hombres y más en los enfermeros que en médicos y auxiliares. El sexo es la variable más influyente, siendo las mujeres quienes mayor beneficio obtienen de la presencia del apoyo social en el trabajo.

13.8. Análisis de los efectos de las variables predictoras sobre las variables criterio

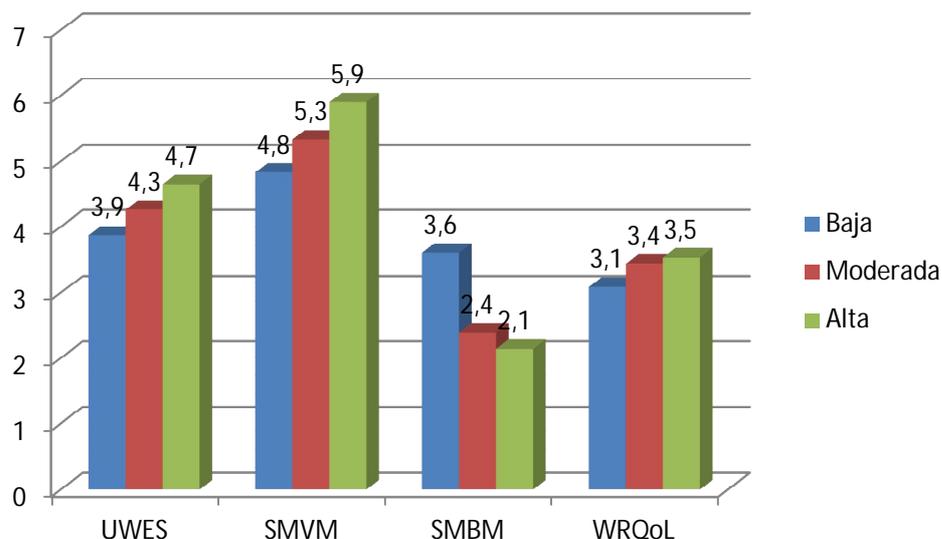
13.8.1. Efecto de los niveles de autoeficacia sobre el engagement, el vigor, el burnout y la calidad de vida laboral

Para comprobar si los niveles en las variables criterio "Engagement", "Vigor", "Burnout" y "Calidad de vida laboral", variaban en función de los niveles de "Autoeficacia", se segmentó la muestra en tres grupos: "Baja autoeficacia" percentil 25 ($n= 97$; 25.90 %); "Moderada autoeficacia" percentil 25-75 ($n=184$; 49.20 %); "Alta autoeficacia" percentil 75 ($n=93$; 24.90 %).

Se calcularon las puntuaciones medias las desviaciones típicas de cada una de las variables criterio, para los tres niveles de autoeficacia (ver Tabla 66 y Figura 37).

Tabla 66. Medias y SD de las variables criterio, para los diferentes niveles de autoeficacia.

Nivel de Autoeficacia	Estadístico	UWES	SMVM	SMBM	WRQoL
Baja	Media	3,87	4,83	3,06	3,09
	SD	0,92	0,96	1,26	0,53
Moderada	Media	4,26	5,33	2,39	3,44
	SD	0,87	0,83	1,05	0,49
Alta	Media	4,65	5,90	2,14	3,53
	SD	0,74	0,78	1,09	0,55

*Figura 37. Comparación de los promedios de las variables criterio, para los diferentes niveles de autoeficacia.*

Tras comprobar que en las distribuciones de estas variables se daban las condiciones de normalidad y homogeneidad de varianzas, se realizó un ANOVA para grupos independientes. Como puede verse en la tabla 67, se encontraron diferencias significativas ($P < .001$) en todas las

variables criterio: engagement, vigor laboral, burnout y calidad de vida laboral.

Tabla 67. Comparación de las medias de las variables criterio entre los tres niveles de autoeficacia.

Variable predictor: Autoeficacia.		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
UWES	Inter-grupos	8495,59	2	4247,79	19,99	,000
	Intra-grupos	78811,62	371	212,43		
	Total	87307,22	373			
SMBM	Inter-grupos	6411,68	2	3205,84	17,66	,000
	Intra-grupos	67324,71	371	181,46		
	Total	73736,39	373			
SMVM	Inter-grupos	10512,77	2	5256,38	36,16	,000
	Intra-grupos	53930,94	371	145,36		
	Total	64443,72	373			
WRQoL	Inter-grupos	6406,55	2	3203,27	20,78	,000
	Intra-grupos	57183,84	371	154,13		
	Total	63590,39	373			

Para determinar entre cuales de los niveles de autoeficacia (baja, moderada o alta), se producían estas diferencias, se hicieron comparaciones múltiples post hoc con el estadístico HSD de Tukey. Como puede comprobarse en la tabla 68, todas las diferencias de medias son significativas entre los tres grupos, excepto entre los grupos de autoeficacia moderada y alta para las variables burnout ($P=.193$) y calidad de vida laboral ($P=.334$).

Tabla 68. Comparaciones múltiples entre los tres niveles de autoeficacia y las variables criterio.

HSD de Tukey							
Comparaciones múltiples							
Variable predictora: AUTOEFICACIA	(I) Autoeficacia	(J) Autoeficacia	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Lím. inferior	Lím.superior
UWES	bajo	moderado	-6,63 [*]	1,82	,001	-10,94	-2,33
		alto	-13,37 [*]	2,11	,000	-18,35	-8,39
	moderado	bajo	6,63 [*]	1,82	,001	2,33	10,94
		alto	-6,73 [*]	1,85	,001	-11,10	-2,37
SMBM	bajo	moderado	8,03 [*]	1,69	,000	4,05	12,01
		alto	11,01 [*]	1,95	,000	6,41	15,61
	moderado	bajo	-8,03 [*]	1,69	,000	-12,0138	-4,05
		alto	2,97	1,71	,193	-1,0579	7,08
SMVM	bajo	moderado	-6,89 [*]	1,51	,000	-10,45	-3,33
		alto	-14,87 [*]	1,74	,000	-18,98	-10,75
	moderado	bajo	6,89 [*]	1,51	,000	3,33	10,45
		alto	-7,97 [*]	1,53	,000	-11,58	-4,36
WRQoL	bajo	moderado	-8,46 [*]	1,55	,000	-12,12	-4,79
		alto	-10,69 [*]	1,80	,000	-14,93	-6,45
	moderado	bajo	8,46 [*]	1,55	,000	4,79	12,12
		alto	-2,23	1,57	,334	-5,95	1,48

Por tanto los sujetos con bajos niveles de autoeficacia, presentan también bajos niveles de engagement, de vigor y de calidad de vida laboral y altas puntuaciones de burnout. Por lo que se refiere a las personas con alta o moderada autoeficacia, solo se diferencian en los

niveles de engagement y vigor, mientras que sus puntuaciones medias de burnout y calidad de vida laboral, no varían significativamente.

13.8.2. Efecto de los niveles de resiliencia sobre el engagement, el vigor, el burnout y la calidad de vida laboral

Para comprobar si los niveles en las variables criterio "Engagement", "Vigor", "Burnout" y "Calidad de vida laboral", variaban en función de los niveles de "Resiliencia, se segmentó la muestra en tres grupos: "Baja resiliencia" percentil 25 (n= 95; 25.40 %); "Moderada resiliencia" percentil 25-75 (n=186; 49.74 %); "Alta resiliencia" percentil 75 (n=93; 24.86 %). Se calcularon las puntuaciones medias las desviaciones típicas de cada una de las variables criterio, para los tres niveles de resiliencia (ver Tabla 69 y Figura 38).

Tabla 69. Medias y Sd de las variables criterio, para los diferentes niveles de resiliencia.

Nivel de resiliencia	Estadístico	UWES	SMVM	SMBM	WRQoL
Baja	Media	3,64	4,60	3,00	3,15
	SD	0,91	0,87	1,18	0,48
Moderada	Media	4,31	5,42	2,47	3,37
	SD	0,80	0,72	1,11	0,50
Alta	Media	4,76	5,95	2,06	3,73
	SD	0,70	0,88	1,75	0,46

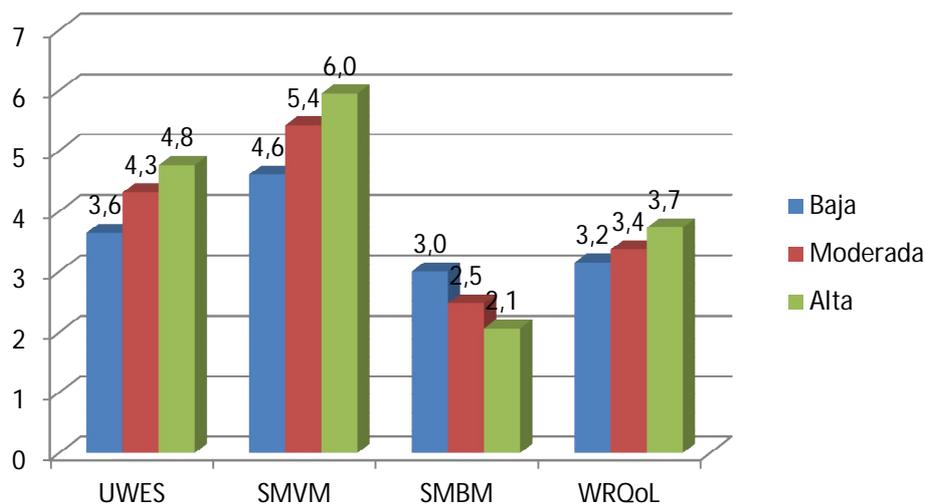


Figura 38. Comparación de los promedios de las variables criterio, para los diferentes niveles de resiliencia.

Después de comprobar que se daban las condiciones de normalidad y homogeneidad de varianzas en las distribuciones de estas variables, se realizó un ANOVA para grupos independientes. Como puede verse en la tabla 70, se encontraron diferencias significativas en todas las variables: engagement, vigor laboral, burnout y calidad de vida laboral.

Tabla 70. Comparación de las medias de las variables criterio entre los tres niveles de resiliencia.

Variable predictora: RESILIENCIA.		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
UWES	Inter-grupos	17478,39	2	8739,19	46,43	,000
	Intra-grupos	69828,82	371	188,21		
	Total	87307,22	373			
SMBM	Inter-grupos	6033,68	2	3016,84	16,53	,000
	Intra-grupos	67702,71	371	182,48		
	Total	73736,39	373			
SMVM	Inter-grupos	17051,19	2	8525,59	66,74	,000
	Intra-grupos	47392,52	371	127,74		
	Total	64443,72	373			

Variable predictora: RESILIENCIA.		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
WRQoL	Inter-grupos	13235,52	2	6617,76	48,75	,000
	Intra-grupos	50354,86	371	135,72		
	Total	63590,39	373			

Tabla 70. Continuación.

Para determinar entre qué grupos (resiliencia baja, moderada o alta), se producían estas diferencias, se hicieron comparaciones múltiples post hoc con la HSD de Tukey. Como se ve en la tabla 71, existen diferencias significativas entre los tres niveles de resiliencia, en las cuatro variables contrastadas. Es decir aquellos sujetos que poseen alto nivel de resiliencia, también presentan altos niveles de engagement, de vigor y de calidad de vida laboral y bajos niveles de burnout. Estas diferencias, son significativas entre los tres niveles de resiliencia.

Tabla 71. Comparaciones múltiples entre los tres niveles de resiliencia y las variables criterio.

HSD de Tukey							
Comparaciones múltiples							
Variable predictora resiliencia	I Connor	J Connor	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
UWES	bajo	moderado	-11,55 [*]	1,73	,000	-15,62	-7,47
		alto	-19,05 [*]	2,00	,000	-23,75	-14,34
	moderado	bajo	11,55 [*]	1,73	,000	7,47	15,62
		alto	-7,50 [*]	1,74	,000	-11,60	-3,40
SMBM	bajo	moderado	6,34 [*]	1,70	,001	2,33	10,35
		alto	11,27 [*]	1,97	,000	6,64	15,91
	moderado	bajo	-6,34 [*]	1,70	,001	-10,35	-2,33
		alto	4,93 [*]	1,71	,012	,89	8,97
SMVM_T	bajo	moderado	-11,45 [*]	1,42	,000	-14,80	-8,09

HSD de Tukey		Comparaciones múltiples					
Variable predictora resiliencia	I Connor	J Connor	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
		alto	-18,80 [*]	1,64	,000	-22,68	-14,92
		moderado	bajo	11,45 [*]	1,42	,000	8,09
		alto	-7,35 [*]	1,43	,000	-10,73	-3,97
		Total_WRQ	bajo	moderado	-8,15 [*]	1,46	,000
		alto	-16,78 [*]	1,69	,000	-20,78	-12,78
		moderado	bajo	8,15 [*]	1,46	,000	4,70
		alto	-8,62 [*]	1,47	,000	-12,10	-5,14

Tabla 71. Continuación.

Se puede afirmar por lo tanto, que altos niveles de resiliencia determinan altas puntuaciones en engagement, vigor y calidad de vida laboral y bajas en burnout, y que bajas puntuaciones en resiliencia producen bajas puntuaciones en engagement, vigor y calidad de vida laboral y altas en burnout.

13.8.3. Análisis de regresión de las variables del estudio.

Tomando como referencia el modelo teórico que se ha planteado en la presente investigación (Ver Figura 12), se han realizado diferentes análisis de regresión, con el fin de determinar el efecto predictivo de las variables sociolaborales, las condiciones laborales, la resiliencia y la autoeficacia, sobre las variables criterio: burnout, engagement, vigor y calidad de vida laboral. Además, estos análisis de regresión, nos permitirán explorar el posible efecto moderador de la resiliencia y la autoeficacia, entre las condiciones laborales y la calidad de vida laboral.

Como variables predictivas hemos introducido aquellas que, después de los anteriores análisis, hemos comprobado que pueden tener efecto sobre las variables criterio de la investigación, en concreto:

Edad, sexo, antigüedad, profesión, condiciones de trabajo (motivación y tensión), autoeficacia y resiliencia. El sexo, la profesión y las condiciones laborales (Motivación y Tensión), se han introducido como variables ficticias o *dummy*, después de seguir las recomendaciones al respecto (Aiken, West, & Reno, 1991). Como variables criterio, dados los objetivos de la investigación, hemos introducido las puntuaciones totales de las variables: burnout, vigor, engagement y calidad de vida laboral. De este modo hemos obtenido cuatro análisis de regresión logística por pasos sucesivos, *stepwise* (Hinton, 2014b).

13.8.3.1. Análisis de regresión del Burnout como criterio.

Se introdujeron como variables predictivas las siguientes: Edad, sexo, antigüedad, profesión, condiciones de trabajo (motivación y tensión), autoeficacia y resiliencia. Como se puede comprobar en la Tabla 72, el modelo explica el 13.2% de la variable burnout (R^2 ajustado=.132).

Tabla 72. Resumen del modelo de regresión sobre el burnout.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	,296 ^a	,088	,085	1,13129
2	,340 ^b	,116	,111	1,11524
3	,374 ^c	,140	,132	1,10176

a. Predictores: (Constante), CONNOR_Total

b. Predictores: (Constante), CONNOR_Total, AUTOEF_Total

c. Predictores: (Constante), CONNOR_Total, AUTOEF_Total, C.Trab_reg_tensi_vs_moti.

Como variables predictoras significativas, aparecen la resiliencia y la autoeficacia, con efecto inverso, lo que indica que a medida que estas dos variables aumentan el burnout disminuye (Ver Tabla 73). Las condiciones de trabajo motivación-tensión, también aparecen como predictor, de manera que los trabajadores de la condición motivación, presentan menos burnout que los de la condición tensión. La variable resiliencia es la que mejor predice el burnout, del que explica con un

8.5% de su varianza. El resto de las variables introducidas no han mostrado efecto significativos.

Tabla 73. Coeficientes del modelo de regresión sobre el burnout.

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error estándar	Beta		
(Constante)	4,494	,436		10,304	,000
CONNOR_Total	-,553	,139	-,214	-3,987	,000
AUTOEF_Total	-,001	,000	-,170	-3,168	,002
C.Trab_reg_tensi_vs_moti	,553	,177	,155	3,125	,002

a. Variable dependiente: SMBM_Total

Las ecuaciones de regresión resultantes son las siguientes:

Trabajadores en régimen de Motivación.

$$\text{Burnout} = 4.494 - .553 * \text{CONNOR} - .001 * \text{AUTOEF}$$

Trabajadores en régimen de Tensión.

$$\text{Burnout} = 4.494 - .553 * \text{CONNOR} - .001 * \text{AUTOEF} + .553$$

13.8.3.2. Análisis de regresión del Vigor como criterio.

Como variables predictivas se han introducido, al igual que en el caso anterior: Edad, sexo, antigüedad, profesión, condiciones de trabajo (motivación y tensión), autoeficacia y resiliencia. En la Tabla 74 podemos ver como el modelo explica el 36.2% del vigor, (R^2 ajustado=.362).

Tabla 74. Resumen del modelo de regresión sobre el vigor.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	,561 ^a	,315	,313	,77787
2	,605 ^b	,366	,362	,74948

a. Predictores: (Constante), CONNOR_Total

b. Predictores: (Constante), CONNOR_Total, AUTOEF_Total

Como variables predictoras significativas, aparecen la resiliencia y la autoeficacia con efecto directo, a medida que estas dos variables

umentan el vigor también lo hace (Ver Tabla 75). La variable resiliencia es la que mejor predice el vigor, del que explica el 31.3% de la varianza. El resto de las variables introducidas no han mostrado efecto significativos.

Tabla 75. Coeficientes del modelo de regresión sobre el Vigor.

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error estándar	Beta		
	(Constante)	1,619	,265		
CONNOR_Total	,950	,094	,464	10,091	,000
AUTOEF_Total	,001	,000	,246	5,344	,000

a. Variable dependiente: SMVM_Total

La ecuación de regresión del vigor es la siguiente

$$\text{Vigor} = 1.619 + .950 * \text{CONNOR} + .001 * \text{AUTOEF}$$

13.8.3.3. Análisis de regresión del Engagement como criterio.

Se introdujeron, como en los casos anteriores, las siguientes variables predictivas: Edad, sexo, antigüedad, profesión, condiciones de trabajo (motivación y tensión), autoeficacia y resiliencia. En la Tabla 76 vemos que el modelo explica el 35.2% del engagement, (R^2 ajustado=.352).

Tabla 76. Resumen del modelo de regresión sobre el engagement.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	,561 ^a	,315	,313	,75150
2	,577 ^b	,333	,330	,74213
3	,589 ^c	,347	,341	,73583
4	,599 ^d	,359	,352	,72974

a. Predictores: (Constante), CONNOR_Total

b. Predictores: (Constante), CONNOR_Total, AUTOEF_Total

c. Predictores: (Constante), CONNOR_Total, AUTOEF_Total, Antigüedad

d. Predictores: (Constante), CONNOR_Total, AUTOEF_Total, Antigüedad, Prof_Méd

Las variables que han tenido efecto significativo como predictoras del engagement (ver Tabla 77), son la resiliencia y la autoeficacia con

efecto directo; la antigüedad con efecto inverso; la profesión con efecto directo de diferente intensidad en cada grupo profesional (médicos .267; enfermeros .030; auxiliares .00). La variable resiliencia es la que mejor predice el engagement, del que explica un 31.3% de su varianza. El resto de las variables introducidas no han mostrado efectos significativos.

Tabla 77. Coeficientes del modelo de regresión sobre el engagement.

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error estándar	Beta		
4 (Constante)	,919	,268		3,427	,001
CONNOR_Total	,961	,093	,486	10,381	,000
AUTOEF_Total	,001	,000	,168	3,595	,000
Antigüedad	-,010	,004	-,114	-2,650	,008
Prof_Méd	,267	,101	,112	2,636	,009

a. Variable dependiente: UWES_Total

La ecuación de regresión del engagement, por tanto es la siguiente:

Médicos:

$$\text{Engagement} = .919 + .961 \cdot \text{CONNOR} + .001 \cdot \text{AUTOEF} - .010 \cdot \text{ANTIGÜEDAD} + .267$$

Enfermeros:

$$\text{Engagement} = .919 + .961 \cdot \text{CONNOR} + .001 \cdot \text{AUTOEF} - .010 \cdot \text{ANTIGÜEDAD} + .030$$

Auxiliares:

$$\text{Engagement} = .919 + .961 \cdot \text{CONNOR} + .001 \cdot \text{AUTOEF} - .010 \cdot \text{ANTIGÜEDAD} + .00$$

13.8.3.4. Análisis de regresión de la Calidad de Vida Laboral como criterio.

En el caso de la Calidad de Vida Laboral, además de las variables predictivas utilizadas en los análisis de regresión anteriores, se han introducido como predictores las puntuaciones totales de burnout, vigor y engagement. Los resultados del resumen del modelo podemos verlos en la Tabla 78. En este caso, modelo explica el 43.9% de la varianza de la CVL, (R^2 ajustado=.439).

Tabla 78. Resumen del modelo de regresión sobre la CVL.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	,516 ^a	,266	,264	,46237
2	,569 ^b	,324	,320	,44444
3	,606 ^c	,367	,362	,43056
4	,632 ^d	,399	,392	,42005
5	,655 ^e	,429	,421	,40995
6	,669 ^f	,448	,439	,40372

Predictores: (Constante), SMVM_Total, CONNOR_Total, C.Trab_reg_tensi_vs_moti, Profesión, SMBM_Total, UWES_Total

Según el modelo obtenido, las variables que han demostrado un efecto significativo, en la explicación de la varianza de la CVL, son: el vigor, la resiliencia y el engagement con efecto directo. El burnout con efecto inverso. Las condiciones de trabajo tensión/motivación, donde la motivación tiene un efecto mayor (.319) que la tensión (.00), sobre la CVL. Por último, la profesión en la que cada colectivo presenta un coeficiente Beta diferente. Los auxiliares son los que mayor CVL tienen, seguidos de los enfermeros y en tercer lugar los médicos (ver Tabla 79).

Tabla 79. Coeficientes del modelo de regresión sobre la CVL.

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error estándar	Beta		
(Constante)	2,366	,213		11,098	,000
SMVM_Total	,080	,034	,140	2,351	,019
CONNOR_Total	,280	,060	,238	4,635	,000
C.Trab_reg_tensi_vs_moti	-,319	,066	-,196	-4,846	,000
SMBM_Total	-,098	,022	-,214	-4,346	,000
UWES_Total	,105	,031	,176	3,379	,001
Prof_Méd	-,311	,066	-,220	-4,704	,000
Prof_Enf	-,194	,050	-,179	-3,852	,000

Variable dependiente: WRQoL_Total

Como se observa, las ecuaciones de regresión sobre la CVL que se obtienen, dado que existe un efecto significativo de las variables condición laboral y profesión respecto a la calidad de vida laboral, son

diferentes para cada grupo profesional y para cada condición laboral. Dichas ecuaciones son las siguientes:

Médicos Motivación.

$$CVL = 2.366 + .080*SMVM + .280*CONNOR + 0*-.319 - .098*SMBM + .105*UWES + 1*-.311$$

Médicos Tensión.

$$CVL = 2.366 + .080*SMVM + .280*CONNOR + 1*-.319 - .098*SMBM + .105*UWES + 1*-.311$$

Enfermeros Motivación.

$$CVL = 2.366 + .080*SMVM + .280*CONNOR + 0*-.319 - .098*SMBM + .105*UWES + 1*-.194$$

Enfermeros Tensión.

$$CVL = 2.366 + .080*SMVM + .280*CONNOR + 1*-.319 - .098*SMBM + .105*UWES + 1*-.194$$

Auxiliares Motivación.

$$CVL = 2.366 + .080*SMVM + .280*CONNOR + 0*-.319 - .098*SMBM + .105*UWES$$

Auxiliares Tensión.

$$CVL = 2.366 + .080*SMVM + .280*CONNOR + 1*-.319 - .098*SMBM + .105*UWES$$

13. 9. Análisis del efecto de moderación de la resiliencia y la autoeficacia, entre las condiciones laborales y las variables criterio.

Se considera que una variable ejerce un efecto de moderación, cuando modifica la dirección o la intensidad, que existe entre una variable predictora y una variable dependiente (Baron & Kenny, 1986; Holmbeck, 1997). Por tanto, la relación entre las variables predictora y dependiente, cambia en función de los valores que adopta la variable moderadora. Estadísticamente la moderación se suele expresar como la interacción entre la variable predictora y la potencial variable moderada.

Se pueden observar tres tipos de efecto de interacción entre las variables: (a) De aumento: Aquellas en las que las variables predictora y moderadora provocan un efecto en la misma dirección sobre la variable dependiente, de forma que este efecto es superior a la suma de ambos

por separado. (b) De amortiguación: En el que la variable moderadora ejerce una reducción del efecto de la variable predictora sobre la variable dependiente. (c) De antagonismo: aquel en el que el predictor y la variable moderadora ejercen el mismo efecto sobre la variable dependiente, pero ambas juntas ejercen un efecto en la dirección opuesta.

Relacionado con la moderación está el concepto de mediación. Si la moderación se refiere al tipo de efecto que ejercen las variables predictora y moderadora, sobre una variable dependiente, la mediación intenta determinar el mecanismo por el que una variable afecta a otra variable (Calvete, 2008). Sin embargo, el hecho de que una variable tenga efecto mediador o moderador, no depende de la variable en sí, sino de la hipótesis de trabajo que hayamos planteado. En nuestro caso, la hipótesis de partida es que tanto la resiliencia como la autoeficacia, moderarían los efectos que las condiciones laborales ejercen sobre la calidad de vida laboral.

Para probar este efecto de moderación, hemos seguido la estrategia de análisis básica cuando existe una sola variable predictora. Para ello, se recurre a una regresión múltiple en la que en el primer paso se introducen las variables predictora (condiciones de trabajo) y moderadora (resiliencia). En un segundo paso se introduce la interacción entre ambas. Para evitar problemas de multicolinealidad, se recomienda centrar previamente ambas variables o transformarlas en puntuaciones típicas. En la presente investigación, dado que la variable predictora "condiciones de trabajo" es categórica dicotómica, hemos codificado la condición "motivación" con el valor 0 y la condición "tensión" con el valor 1.

13.9.1. Análisis del efecto de moderación de la resiliencia y la autoeficacia, sobre el burnout.

En el primer paso, como se ha comentado, se han introducido las variables "condiciones de trabajo" y "resiliencia" *-Connor_total-*. El resultado de la regresión (Tabla 80) indica que las condiciones de trabajo negativas se asocian significativamente a mayor burnout (Beta = .158; $p > .002$) y que la resiliencia se asocia significativamente a menor burnout (Beta = $-.393$; $p = .012$). Por el contrario, la interacción entre estas dos variables resultó no tener un efecto estadísticamente significativo ($p = .448$). Luego no se cumplen los requisitos para aceptar el efecto completo de moderación de la resiliencia entre las condiciones de trabajo y el burnout.

Tabla 80. Efecto de moderación de la resiliencia entre las condiciones de trabajo y el burnout.

Variable dependiente: SMBM_Total		B	Beta	t	Sig.
Paso 1	CTrab_reg_tensi_vs_moti	.565	.158	3.087	.002
	CONNOR_TOTAL	-.464	-.393	-2.519	.012
Paso 2	CTrab_reg_tensi_vs_moti X CONNOR_TOTAL	,148	,118	.759	.448

Respecto a la autoeficacia (Tabla 81), el resultado de la regresión indica que las condiciones de trabajo adversas, se asocian como era esperable, a mayor burnout (Beta = .159; $p = .003$), mientras que ni la "autoeficacia", ni la interacción "condiciones de trabajo-autoeficacia", tienen efecto significativo sobre el burnout. Por tanto, tampoco en este caso hay efecto de moderación.

Tabla 81. Efecto de moderación de la autoeficacia entre las condiciones de trabajo y el burnout.

Variable dependiente: SMBM_Total		B	Beta	t	Sig.
Paso 1	CTrab_reg_tensi_vs_moti	.569	.159	3.021	.003
	AUTOEFICACIA	-.338	-.330	-1.832	.068
Paso 2	CTrab_reg_tensi_vs_moti X AUTOEF.	.097	.078	.438	.662

13.9.2. Análisis del efecto de moderación de la resiliencia y la autoeficacia, sobre el engagement.

Para comprobar si existe efecto de moderación de la resiliencia entre las condiciones laborales y el engagement, se han introducido en el primer paso las variables "condiciones de trabajo" y "resiliencia" y en el segundo paso la interacción de ambas variables. El resultado de la regresión (Tabla 82) indica que la resiliencia se asocia positivamente con el engagement (Beta = .511; $p < .001$). Las condiciones de trabajo, por el contrario, no se asocian significativamente con el engagement (Beta = $-.051$; $p = .257$) y tampoco la interacción entre las variables "condiciones de trabajo-resiliencia", resulta significativa (Beta = $.048$; $p = .728$).

Tabla 82. Efecto de moderación de la resiliencia entre las condiciones de trabajo y el engagement.

Variable dependiente: UWES_Total		B	Beta	t	Sig.
Paso 1	CTrab_reg_tensi_vs_moti	-.140	-.051	-1.136	.257
	CONNOR_TOTAL	.463	.511	3.728	.000
Paso 2	CTrab_reg_tensi_vs_moti X CONNOR_TOTAL	.046	.048	.348	.728

Podemos decir por tanto, que no se da efecto de moderación de la resiliencia sobre el engagement.

Por lo que se refiere a la autoeficacia, se introdujeron en el primer paso las variables “condiciones de trabajo” y “autoeficacia” y en segundo lugar la interacción entre ambas variables. Como puede observarse (Tabla 83), ninguna de las variables introducidas demostró efecto significativo, por lo tanto no existe efecto de moderación de la autoeficacia entre las condiciones laborales y el engagement.

Tabla 83. Efecto de moderación de la autoeficacia entre las condiciones de trabajo y el engagement.

Variable dependiente: UWES_Total		B	Beta	t	Sig.
Paso 1	CTrab_reg_tensi_vs_moti	-.201	-.074	-1.415	.158
	AUTOEFICACIA	.206	.228	1.286	.199
Paso 2	CTrab_reg_tensi_vs_moti X AUTOEF.	.11	.118	.667	.505

13.9.3. Análisis del efecto de moderación de la resiliencia y la autoeficacia, sobre la calidad de vida laboral.

En el primer paso, hemos introducido las variables “condiciones de trabajo” y “resiliencia” y en el segundo paso la interacción de ambas variables. El resultado de la regresión (Tabla 84) indica que las condiciones de trabajo negativas, se asocian significativamente a menor calidad de vida laboral (Beta=-.237; $p<.001$) y que la resiliencia se asocia significativamente a mayor calidad de vida laboral (Beta = .48; $p=.001$). Por el contrario la interacción entre estas dos variables resultó no tener un efecto estadísticamente significativo ($p=.872$). Luego no se cumplen los requisitos para aceptar el efecto completo de moderación de la resiliencia entre las condiciones de trabajo y la calidad de vida laboral.

Tabla 84. Efecto de moderación de la resiliencia entre las condiciones de trabajo y la Calidad de Vida Laboral.

Variable dependiente: Total_WRQoL		B	Beta	t	Sig.
Paso 1	CTrab_reg_tensi_vs_moti	-,386	-,237	-5,185	,000
	CONNOR_TOTAL	,263	,487	3,500	,001
Paso 2	CTrab_reg_tensi_vs_moti X CONNOR_TOTAL	,013	,022	-,161	,872

En cuanto a la autoeficacia, dado que en los análisis de regresión de la calidad de vida laboral, esta variable se mostró como no predictora y fue eliminada del modelo de regresión, carece de sentido plantearse su efecto de moderación entre las condiciones de trabajo y la calidad de vida laboral.

13. 10. Análisis del efecto de mediación de la resiliencia y la autoeficacia, entre las condiciones laborales y las variables criterio.

Por lo que a la mediación respecta, en base a los resultados obtenidos para el efecto de moderación, se prevé que tampoco exista efecto de mediación. Aún así, se realizaron los análisis adecuados para comprobar si se daba este efecto. Hemos seguido la estrategia propuesta por Baron y Kenny (1986), según la cual, para que haya efecto de mediación, deben concurrir las siguientes circunstancias: En primer lugar el predictor debe estar significativamente relacionado con la variable criterio. En segundo lugar el predictor debe estar significativamente asociado con la variable mediadora. En tercer lugar la variable mediadora debe estar asociada a la variable criterio, estando controlada la variable predictiva. Finalmente debe comprobarse que el efecto de la variable predictiva sobre la variable criterio, disminuye cuando se introduce la variable mediadora. Dicho de otro modo, el efecto encontrado en el paso 1 se reduce significativamente en el paso 3.

13.10.1. Análisis del efecto de mediación de la resiliencia y la autoeficacia, sobre el burnout.

En primer lugar se comprobó que la variable “condiciones de trabajo” está relacionada significativamente con el burnout (Beta=.193; $p<.001$) En segundo lugar se ha comprobado que la variable “condiciones de trabajo” no tiene una relación estadísticamente significativa con la resiliencia ($p=.079$), por lo tanto no se cumplen los requisitos para el efecto de mediación (Tabla 85).

Tabla 85. Efecto de mediación de la resiliencia entre las condiciones de trabajo y el burnout.

Var. Predictora	B	Error típico de B	Beta	t	Var. Criterio
CTrab_reg_tensi_vs_moti	.687	.185	.193	3.710 ($p<.001$)	SMBM_Total
CTrab_reg_tensi_vs_moti	-,128	,073	-,093	-1,763 ($p=.079$)	CONNOR_TOTAL

Por lo que a la autoeficacia se refiere, ya hemos visto en el caso anterior que la variable “condiciones de trabajo”, está relacionada significativamente con el burnout. Por el contrario las condiciones de trabajo no presentan una relación significativa con la autoeficacia ($p=.005$). No se da por tanto, tampoco en este caso, efecto de mediación (Tabla 86).

Tabla 86. Efecto de moderación de la resiliencia entre las condiciones de trabajo y la Calidad de Vida Laboral.

Var. Predictora	B	Error típico de B	Beta	t	Var. Criterio
CTrab_reg_tensi_vs_moti	-.687	.185	.193	3.710** ($p<.001$)	SMBM_Total
CTrab_reg_tensi_vs_moti	-83.221	41.793	-.105	-1.991 ($p=.005$)	AUTOEF_Total

13.10.2. Análisis del efecto de mediación de la resiliencia y la autoeficacia, sobre el engagement.

Para comprobar el efecto de mediación de la resiliencia, se comprobó que la variable "condiciones de trabajo" (Tabla 87), está relacionada significativamente con el engagement (Beta=-.100; $p<.001$) En segundo lugar, como ya se había comprobado en el caso del burnout, la variable "condiciones de trabajo" no tiene una relación estadísticamente significativa con la resiliencia, por lo tanto no se cumplen los requisitos para el efecto de mediación.

Tabla 87. Efecto de mediación de la resiliencia entre las condiciones de trabajo y el engagement.

Var. Predictora	B	Error típico de B	Beta	t	Var. Criterio
CTrab_reg_tensi_vs_moti	-.272	.144	-.100	-1.890 ($p<.001$)	UWES_tTotal
CTrab_reg_tensi_vs_moti	-.128	.073	-.093	-1,763 ($p=.079$)	CONNOR_TOTAL

Para el caso de la autoeficacia, como ya se había comprobado, las condiciones de trabajo presentan una relación significativa con el engagement (Tabla 88), pero no con la autoeficacia. Por lo tanto no existe efecto de mediación tampoco en este caso.

Tabla 88. Efecto de mediación de la autoeficacia entre las condiciones de trabajo y el engagement.

Var. Predictora	B	Error típico de B	Beta	t	Var. Criterio
CTrab_reg_tensi_vs_moti	.687	.185	.193	3.710 ($p<.001$)	UWES_tTotal
CTrab_reg_tensi_vs_moti	-83.221	41.793	-.105	-1.991 ($p=.005$)	AUTOEF_Total

13.10.3. Análisis del efecto de mediación de la resiliencia y la autoeficacia, sobre la calidad de vida laboral.

Se comprobó que las condiciones de trabajo (tabla 89, están significativamente asociadas con la calidad de vida laboral ($B = -.459$, $p > .001$). Sin embargo, las condiciones de trabajo no están asociadas significativamente con la resiliencia ($B = -.128$; $p = .079$). Por lo tanto, tampoco existe efecto de mediación de la resiliencia entre las condiciones de trabajo y la calidad de vida laboral.

Tabla 89. Efecto de mediación de la resiliencia entre las condiciones de trabajo y la Calidad de Vida Laboral.

Var. Predictora	B	Error típico de B	Beta	t	Var. Criterio
CTrab_reg_tensi_vs_moti	-,459	,083	-,282	-5,562 ($p < .001$)	Total_WRQoL
CTrab_reg_tensi_vs_moti	-,128	,073	-,093	-1,763 ($p = .079$)	CONNOR_TOTAL

Con el fin de confirmar estos resultados, se realizó también el test de Sobel (Sobel, 1982), uno de los más utilizados para comprobar el efecto de mediación, que indica si este efecto es significativo o no. En todos los casos analizados, el resultado obtenido fue estadísticamente no significativo ($p > .005$).

Después de realizados estos análisis, se confirma que ni la resiliencia ni la autoeficacia, ejercen efectos completos de moderación ni de mediación entre las condiciones de trabajo y las variables criterio analizadas: burnout, engagement y calidad de vida laboral, aunque en el caso de la resiliencia, esta sí parece tener un efecto de moderación parcial sobre el burnout y sobre la CVL.

14. DISCUSIÓN

14.1. Análisis descriptivo de las variables

Las características sociodemográficas de los participantes en esta investigación, indican que se trata de una muestra de mediana edad, con una media de 44 años, la mayor parte de ellos (74.33 %) de sexo femenino. Estos datos son similares a los obtenidos en la mayoría de las investigaciones realizadas con personal sanitario, que han sido revisadas (Anagnostopoulos & Niakas, 2010b; Bonet et al., 2009; Gustafsson, Eriksson, Strandberg, & Norberg, 2010). Los datos laborales indican que en su mayoría son enfermeros 55.9%, frente a un 27.3% de auxiliares y un 16,8% de médicos. La antigüedad media en la profesión es de 15 años, en su mayoría tienen una dedicación de 40 horas semanales y una relación contractual de carácter indefinido con la empresa. Estos datos concuerdan también con los ofrecidos por investigaciones desarrolladas en nuestro entorno (Figueiredo, Grau, Gil-Monte, & García-Jueas, 2012; Gálvez et al., 2009) y, resumiendo, caracterizan a una muestra de mediana edad, especializada y con amplia experiencia laboral, formada en su mayoría por mujeres, con una relación contractual con la empresa estable. Respecto al absentismo laboral, la media de días de baja para el año 2011 fue de 4.64 días, muy por debajo de la media española para ese mismo año que fue de 11.4 días. La única razón objetiva a la que se puede recurrir para explicar estas diferencias es la existencia en Andalucía, desde el 9 de julio de 2009, según sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, de la figura jurídica del "despido por excesiva morbilidad", antecedente del absentismo como causa de despido objetivo, según se recoge en la Ley 3/2012, de 6 de junio, de medidas urgentes para la reforma del mercado laboral. Resumiendo, el absentismo laboral es menor en nuestra muestra porque a diferencia del resto de trabajadores pueden ser despedidos.

En cuanto a los riesgos psicosociales la mayoría de ellos consideran que su actividad se caracteriza por una alta demanda (96%) y

un bajo control (86%). De tal forma que la mayor parte los trabajadores encuestados (83.9%), se encuentran en la posición más desfavorable -"Tensión"- según el modelo "demanda/control", mientras que en la posición más favorable -"Motivación"- solo encontramos a un 12.1% de los profesionales. Las posiciones intermedias -"Baja tensión" y "Trabajo pasivo"-solo suponen el 4% de la muestra.

Esta situación no es igual en ambos sexos, de tal forma que al comparar la frecuencia de hombres y mujeres en las dos condiciones laborales más extremas, se comprueba que las mujeres están más representadas en la situación "Tensión" y los hombres más representados en la situación "Motivación" (Chi-cuadrado=.027). Sin embargo, la distribución de los tres grupos profesionales estudiados, en estas dos condiciones laborales, no ha arrojado diferencias significativas(Chi-cuadrado=.348).

Respondiendo al primer objetivo planteado, se puede decir que se trata de un grupo profesional que, mayoritariamente, percibe que su actividad se desarrolla en una situación de elevada tensión y sobre la que disponen de un escaso control, es decir, que existe un importante desequilibrio entre las demandas y los recursos disponibles para hacer frente a su actividad. Estos datos son coincidentes con la mayoría de los estudios que han analizado las condiciones laborales en el sector sanitario (Bakker, Killmer, Siegrist, & Schaufeli, 2000; Hansen, Sverke, & Näswall, 2009). Además, las condiciones laborales parecen influir de forma diferencial en función del género, siendo las mujeres quienes perciben las condiciones laborales, de modo menos favorable. Esta circunstancia ha sido ampliamente estudiada, sin que los datos al respecto sean concluyentes, debido a la disparidad de los resultados obtenidos (León-Rubio, Cantero, & León-Pérez, 2011; Peterson et al., 2008; Ruiz & Ríos, 2004). El hecho de que las mujeres perciban de un modo más negativo las condiciones laborales, puede deberse a que estas frecuentemente, desempeñan puestos de trabajo que conllevan un mayor desgaste emocional. A diferencia de los hombres, que suelen

trabajar más en servicios que tienen un alto componente tecnológico, las mujeres trabajan más de cara al público, en actividades de cuidado directo.

En cuanto a la categoría profesional, esta variable no ha influido de forma significativa sobre la percepción de las condiciones laborales. Este dato contrasta con los obtenidos por otros estudios en los que se han encontrado diferencias a favor del personal facultativo, relacionadas con las mejores condiciones en las que estos trabajan (Sharma, Sharp, Walker, & Monson, 2008). Una posible explicación a los datos obtenidos en esta investigación, es que los cambios laborales que se han experimentado recientemente en el sistema sanitario español, sobre todo en lo referente al control sobre la actividad del personal facultativo, ha igualado a las distintas categorías de personal sanitario en la percepción de unas condiciones de trabajo negativas y estresantes. En concreto, nos referimos al control de las listas de espera, la imposibilidad de cerrar consultas o posponer intervenciones para asistir a congresos o cursos de formación. Las restricciones en cuanto a la prescripción de tratamientos o a la indicación de pruebas diagnósticas. Finalmente al control y aumento de la jornada laboral y a la reducción de sueldo, que han experimentado estos profesionales como consecuencia de la actual crisis económica.

Por lo que a la autoeficacia se refiere, respondiendo al segundo objetivo de la investigación, el nivel medio alcanzado en la muestra estudiada, resultó ser moderado/alto (1128,34 en una escala entre 0 y 1800). Estos niveles son similares entre ambos sexos y entre los tres grupos profesionales. Estos resultados concuerdan con diferentes estudios en los que se evaluó la autoeficacia en personal sanitario (Gil-Monte, García, & Caro, 2008; Ríos, Sánchez, & Godoy, 2010; Salanova et al., 2005). Resumiendo, las personas estudiadas se ven capaces y competentes para realizar su trabajo, pero perciben que no controlan las demandas o exigencias laborales, debido a las restricciones

laborales impuestas, como consecuencia de la crisis económica y ya relacionadas.

En cuanto a la resiliencia, también en este caso los datos indican que los profesionales estudiados, presentan niveles de resiliencia medio/altos (2.9 en una escala de 0 a 4). Respecto a las diferencias por sexos y por grupos profesionales, no se encontraron diferencias significativas en lo que a la puntuación total se refiere. Analizando las diferentes dimensiones de la escala, los hombres puntuaron más alto que las mujeres en "confianza en la intuición y seguridad" y en "tolerancia a la adversidad". En relación a los grupos profesionales, los médicos presentaron en la dimensión "autoeficacia y afrontamiento del estrés", una puntuación menor que los enfermeros, y estos mayor puntuación en "confianza en la intuición y seguridad", que los auxiliares. Probablemente los profesionales de enfermería son los que han desarrollado mecanismos de afrontamiento más eficaces y mejor orientados hacia el problema, ya que son los que están más expuestos al contacto diario cara a cara con personas en situaciones de sufrimiento, y esto los ha llevado a buscar soluciones más eficaces y por tanto, a que aumente su seguridad en las decisiones que toman (Gillespie, Chaboyer, Wallis, & Grimbeek, 2007; Jackson et al., 2007).

En respuesta al tercer objetivo de la investigación, se evaluaron los niveles de burnout, engagement y vigor. En cuanto a los niveles de burnout, en la muestra estudiada son ligeramente superiores a los de la población de referencia (véase la Tabla 34), sin que haya diferencias significativas entre ambos sexos, ni entre los diferentes grupos profesionales. Estas diferencias tampoco se encontraron en ninguna de las dimensiones de la escala. Si bien las mujeres perciben sus condiciones de trabajo de un modo más negativo que los hombres, el efecto del apoyo social es mayor en ellas que ellos, por lo tanto, esto puede explicar que no se encuentren diferencias en burnout, engagement y vigor, entre ambos sexos.

Estos datos contradicen algunos estudios en los que, los profesionales de enfermería, son lo que mayores niveles de burnout presentan (Bakker et al., 2000). Las diferencias entre los datos obtenidos e informados en otros estudios se deben, en nuestra opinión, a las discrepancias que existen a la hora de utilizar las puntuaciones de corte y a los diferentes criterios utilizados para determinar la presencia de burnout (Grau, Gil-Monte, García, & Figueiredo, 2010).

Por lo que al Vigor se refiere, los datos obtenidos reflejan unos niveles ligeramente inferiores a los de la población de referencia (véase la Tabla 35). En este caso, tampoco se encontraron diferencias relacionadas con el sexo ni con la categoría profesional, ni en las puntuaciones totales ni en ninguna de sus tres dimensiones.

Respecto al Engagement, la muestra estudiada ha presentado niveles equiparables a los del baremo establecido por los autores de la escala utilizada (Schaufeli & Bakker, 2003b). En relación al sexo y al grupo profesional, no se encontraron diferencias ni en la puntuación total ni en sus tres dimensiones. Los datos referidos al sexo, no corroboran los ofrecidos por el manual para el uso y la interpretación de la escala UWES, según el cual los hombres presentan mayores niveles de engagement que las mujeres. Esta circunstancia podría deberse a que las mujeres, que han participado en nuestra investigación, tengan una mayor motivación, pues no se debe olvidar que su participación en el estudio fue de carácter voluntario.

Finalmente, para dar cuenta del cuarto objetivo, los datos sobre la Calidad de Vida Laboral presentan una media de 3.38 en una escala de 1 a 5 puntos, superior a la del baremo europeo de referencia. El nivel de CVL es más alto, tanto en lo referente a la puntuación total como a las dimensiones "Seguridad y satisfacción con el trabajo", "Bienestar general", "Estrés laboral" y "Control en el trabajo". Por el contrario, la muestra presentó menores niveles, que el baremo europeo, en las dimensiones "Conciliación trabajo-vida familiar" y "Condiciones de trabajo satisfactorias". Probablemente, los trabajadores encuestados,

tienden a percibir de un modo más favorable, aquellas cuestiones relacionadas con aspectos subjetivos del puesto de trabajo (Eg., *Me siento alentado/animado a desarrollar nuevas habilidades*, o *Me implico en las decisiones de mi área de trabajo que afectan a los usuarios*), mientras que los relacionados con aspectos objetivos se perciben de un modo desfavorable: los relacionados con derechos laborales, derechos en materia de protección a la maternidad, atención a menores y familiares mayores o con discapacidad, etc., y relacionados con condiciones de trabajo que garantizan la seguridad del trabajador o la disposición de recursos para realizar con comodidad y eficacia el trabajo (Eg., *La institución en la que trabajo me proporciona lo que necesito para hacer mi trabajo con eficacia* o *La institución para la que trabajo me ofrece los medios y flexibilidad suficiente para compaginar mi trabajo con mi vida familiar*).

En cuanto a la influencia del sexo en la CVL no se han encontrado diferencias entre ambos sexos. Por el contrario, sí se han presentado diferencias en cuanto a la profesión y la CVL, de modo que los médicos son el grupo que menor CVL presenta y los auxiliares los que mayores niveles poseen. Esta circunstancia se da, tanto para la puntuación total, como para la dimensión "Conciliación trabajo-vida familiar". Estos datos son controvertidos, ya que mientras en algunos estudios se encuentra que son los médicos quienes presentan peor CVL (Freeborn, 2001; Linzer et al., 2001,), otros, sin embargo, mantienen que estos profesionales son los que poseen mejores niveles de CVL (Garzón et al., 2010; Sibbald, Bojke, & Gravelle, 2003).

Como se ha apuntado, esto podría deberse a diferentes cuestiones. Por un lado a los cambios que se han experimentado en la organización de los servicios de salud, que implican un mayor control y un aumento de las cargas de trabajo para estos profesionales. Por otra parte a las mayores exigencias y responsabilidades de estos en el proceso asistencial. Además, al desequilibrio entre las expectativas

profesionales y las condiciones de trabajo, que puede ser mayor en el colectivo médico, que en el resto de profesionales.

En cuanto a la escala utilizada, una de las aportaciones que se proponía esta investigación, era la traducción y adaptación de la WRQoL a profesionales de la salud españoles. Los resultados de los análisis factoriales realizados, muestran que esta escala tiene una estructura de seis factores. La escala original presenta también seis factores cuya estructura es muy similar a la encontrada en el presente estudio. La escala global y sus factores, presentan adecuados niveles de fiabilidad, similares también a los expuestos por los autores. La varianza explicada (65.7%) también es casi idéntica a la obtenida en la muestra del Reino Unido (67.12%). El análisis factorial confirmatorio mostró buenos índices de bondad de ajuste. Por lo tanto, podemos decir que la escala WRQoL, es un instrumento válido y fiable, para medir la calidad de vida laboral en profesionales de la salud y que, en la muestra estudiada, ha demostrado buenos índices de fiabilidad y un aceptable nivel de varianza explicada.

14.2. Análisis correlacional de las variables

Para responder al quinto objetivo del presente estudio, se analizaron las relaciones entre las diferentes variables. Entre las variables biográficas y laborales estudiadas, solamente la antigüedad en el puesto de trabajo, presenta una correlación con alguna de las variables estudiadas. En concreto esta correlación se produce con el engagement, de forma que los profesionales con más antigüedad tienen menos engagement. Esta correlación es negativa y de baja intensidad (-.140). Algunos estudios también han encontrado relaciones entre la antigüedad y el engagement coincidentes con estos datos (Barberá, Soria, & Gumbau, 2011), de manera que a medida que el tiempo va pasando, parece que el sentimiento de entusiasmo con el trabajo iría disminuyendo. Otros estudios encuentran una relación diferente, en la que el engagement iría aumentando durante los primeros años hasta alcanzar un pico, para luego ir disminuyendo paulatinamente (Bakker,

Westman, van Emmerik, Bakker, & Demerouti, 2009). Por el contrario, no se ha encontrado correlación de la antigüedad, ni de la edad, con el resto de las variables estudiadas. Probablemente al tratarse de profesionales con una elevada especialización profesional, el efecto del paso del tiempo se vea compensado con la mayor capacitación que van adquiriendo. De todos modos, los resultados respecto a las variables sociodemográficas son muy dispares y presentan grandes diferencias de unas investigaciones a otras.

Las correlaciones entre la resiliencia y el resto de las variables de estudio, han sido todas significativas y de moderada intensidad. Como era esperable, esta relación es positiva con todas las variables excepto con el burnout. Estos resultados van a favor del planteamiento teórico del presente trabajo, puesto que la resiliencia ha demostrado ser una variable que predice, de un modo importante, a todas las variables que favorecen un adecuado bienestar laboral, aunque la correlación es de mayor intensidad con el engagement (.537) que con el burnout (-.287). Estos datos son coincidentes con los de otros muchos estudios que han analizado esta situación (Davydov et al., 2010; Gillespie et al., 2007; Jackson et al., 2007).

Por lo que se refiere a la autoeficacia, las correlaciones con el resto de variables también han seguido la tendencia esperada; es decir, positivas y significativas, con todas las variables excepto con el burnout. También en este caso, los datos apoyan los presupuestos de esta investigación y son acordes con las investigaciones precedentes (Gabriel, Diefendorff, & Erickson, 2011; Salanova et al., 2005; Sánchez, Guillén, & León-Rubio, 2006b). Si se consideran las correlaciones de la resiliencia y la autoeficacia, con el resto de las variables de estudio, se comprueba que, aunque todas son significativas, la magnitud de estas con el engagement, el vigor y la CVL, es superior para la resiliencia que para la autoeficacia. Solo en relación con el burnout las correlaciones tienen una magnitud muy similar. La resiliencia probablemente tiene un mayor efecto promotor de actitudes positivas en el trabajo, que la

autoeficacia, pero el efecto amortiguador sobre el burnout, parece ser semejante para ambas variables.

En el análisis de las correlaciones entre las variables criterio, vemos que el engagement correlaciona de forma negativa y significativa con el Burnout. Las tres dimensiones del engagement correlacionan de forma negativa con las del burnout, como era esperable. Las mayores correlaciones se dan entre la subescala *cansancio emocional* y las tres dimensiones del engagement: vigor, dedicación y absorción. Estos datos coinciden con diferentes investigaciones que han analizado la relación entre engagement y burnout, y que encuentran que se trata de dos constructos diferentes, relacionados de forma negativa, pero no de los polos opuestos de una misma dimensión (Carrasco, de la Corte & León-Rubio, 2010; Demerouti et al., 2010; Salanova, Schaufeli, & Bresó, 2005).

En cuanto al sexto objetivo propuesto, la correlación del engagement con el vigor laboral, dado que son dos constructos coincidentes aunque no idénticos (Shirom, 2003), que explican el bienestar laboral y las emociones positivas experimentadas en el trabajo, la correlación es significativa y positiva (.565). Todas las dimensiones del engagement correlacionan de forma significativa con las de la escala de vigor, pero la que mayor correlación presenta, como era esperable, es la dimensión vigor de la escala del engagement, seguida de la dedicación y finalmente de la absorción. Por lo tanto, ambas escalas están altamente correlacionadas, pero parecen compartir más los aspectos energéticos y actitudinales relacionados con el trabajo, que los relacionados con los sentimientos y emociones experimentados mientras se trabaja. Estos datos confirman nuestro planteamiento de que ambos constructos presentan coincidencias, pero son independientes.

Respecto a las correlaciones de la calidad de vida laboral, como se esperaba, correlaciona positiva y significativamente con el engagement (.440) y de forma negativa con el burnout (-.457). Es decir, que la CVL

tiene una correlación casi idéntica con ambos constructos pero de sentido inverso. Esto confirma los resultados de anteriores investigaciones, aunque la mayoría de ellas han estudiado las relaciones CVL-burnout (Martínez, Moreno-Jiménez, & Ferrer, 2009; Rodríguez-Marín, 2010; Sirgy, Efraty, Siegel, & Lee, 2001) y son las menos, las que han analizado las relaciones CVL-engagement (Langelaan et al., 2006; Salanova et al., 2005). Estos datos también apoyan el efecto diferencial que sobre el bienestar laboral, ejercen el engagement y el burnout.

14.3. Efectos de las condiciones laborales sobre las variables estudiadas

Como se ha señalado, casi la totalidad de las personas encuestadas se sitúan en los dos extremos de la clasificación del modelo demanda-control: motivación y tensión. Se planteó la hipótesis de que los trabajadores expuestos a condiciones de trabajo adversas (tensión), desarrollarían más resiliencia que aquellos cuyas condiciones de trabajo fuesen favorables (motivación). Los datos obtenidos no han confirmado esta hipótesis, pues ambos grupos no han presentado diferencias significativas en este parámetro ($p=.079$).

Estos resultados parecen contradecir aquellas teorías que consideran que, para que se desarrolle la resiliencia, es precisa la exposición a condiciones adversas (Boris, 2002; DuMont et al., 2007). Por el contrario apoyan aquellas que sostienen que la resiliencia tiene diferentes componentes, algunos de ellos de origen genético y biológico, por lo que todas las personas pueden disponer de ella, aunque no se hayan expuesto a condiciones negativas (Haglund et al., 2007; Jaffee et al., 2007). Por otra parte, la resiliencia no se desarrolla específicamente en una actividad concreta, sino que se puede adquirir en ámbitos diferentes al laboral, de modo que no solo los profesionales expuestos a condiciones laborales adversas pueden desarrollarla. Además, en la presente investigación, se han clasificado a los trabajadores en uno u otro grupo, según la percepción que tienen sobre sus condiciones laborales, por lo que podría plantearse que la resiliencia

no dependa de esta percepción, sino de las condiciones reales en las que realizan su actividad. Investigaciones futuras deberán aclarar este extremo.

Sí se han encontrado diferencias significativas entre los grupos "motivación" y "tensión", en cuanto a los niveles medios de autoeficacia, vigor, burnout y CVL. Las personas que trabajan en condiciones favorables, presentan mayores niveles de autoeficacia, vigor y CVL y menor burnout. Estos datos apoyan los planteamientos del modelo de demanda-control de Karasek, ya que la percepción de control demuestra tener un importante efecto positivo sobre la salud laboral de los trabajadores. Esto ha sido también confirmado por diferentes investigaciones (Häusser et al., 2010). Sin embargo no se han encontrado diferencias en engagement entre ambos grupos ($p=.060$). El hecho de que se hayan encontrado diferencias en vigor, pero no en engagement, abunda en nuestro criterio de que ambos constructos presentan coincidencias, pero evalúan aspectos diferentes de las respuestas positivas en el trabajo.

El efecto que el apoyo social tiene sobre las demás variables estudiadas, solo se pudo analizar en el grupo de "tensión", ya que todos los trabajadores del grupo "motivación" manifestaban tener alto apoyo social. Los resultados obtenidos indican que las personas que perciben alto apoyo social, presentan de un modo significativo, mayores niveles de vigor, engagement y CVL y menor burnout. Diferentes investigaciones coinciden en que el efecto de la sobrecarga laboral y el estrés, se ve amortiguado cuando los trabajadores disponen de suficiente apoyo (Anagnostopoulos & Niakas, 2010b; López-Araújo & Osca, 2011; Peiro & Rodríguez, 2008). Además estos datos son favorables a la inclusión del apoyo social en el modelo de demanda-control, como variable amortiguadora del estrés laboral (Johnson & Hall, 1988).

Se ha encontrado un efecto diferencial del apoyo social en función del sexo y también de las distintas categorías de profesionales; de

manera que, las mujeres con alto apoyo social presentan mayor autoeficacia, engagement y CVL y menor burnout, que las que tienen bajos niveles de apoyo social. Los hombres que perciben un apoyo social alto, solo se diferencian de forma significativa en las puntuaciones de burnout y CVL de los que confiesan tener un apoyo social bajo,. Por lo tanto las mujeres son más sensibles al efecto del apoyo social que los hombres, beneficiándose más de este y sufriendo más su ausencia, lo que puede estar relacionado con el hecho de que las mujeres son las que soportan mayor número de estresores relacionados con la conciliación del trabajo y la vida familiar (Evans et al., 1993; Parasuraman, Greenhaus, & Granrose, 1992). En cuanto al efecto del apoyo social en los tres grupos profesionales, son los enfermeros quienes mayor beneficio obtienen del apoyo social, seguidos de los médicos y por último los auxiliares. En concreto, el apoyo social alto en los enfermeros mejora el engagement, el burnout y la CVL; en los médicos mejora el burnout y la CVL; en los auxiliares solo mejora la CVL. No hemos encontrado investigaciones que hayan analizado el efecto diferencial del apoyo social en diferentes grupos profesionales. En el caso de la presente investigación, podría pensarse que este efecto puede deberse al efecto del sexo, ya que en el grupo de enfermeros las mujeres están más representadas que los hombres, pero esto también ocurre y en mayor proporción en el caso de los auxiliares. Futuras investigaciones deberían analizar si estos datos se replican y ahondar en sus causas.

14.4. Efecto de los niveles de autoeficacia y resiliencia sobre las variables criterio

En relación con la autoeficacia, los datos obtenidos al segmentar la muestra según el nivel de autoeficacia, nos indican que existen diferencias en todas las variables criterio: engagement, vigor, burnout y CVL, en función del nivel de autoeficacia (bajo, moderado, alto). Estas diferencias se dieron entre los tres niveles de autoeficacia, para las variables engagement y vigor. Para el burnout y la CVL solo hubo diferencias entre el nivel bajo y los otros dos niveles. Por lo tanto se

confirma la segunda hipótesis de la investigación según la cual *“los trabajadores con mayores niveles de autoeficacia, presentarán altos niveles de engagement, vigor y CVL y bajos niveles de burnout”*. Estos mismos resultados se han encontrado en diversos estudios (Gil-Monte et al., 2008; Ríos et al., 2010; Salanova et al., 2010; Sánchez et al., 2006d).

Los datos obtenidos al segmentar la muestra en los tres niveles de resiliencia, arrojaron en este caso diferencias significativas en todas las variables: engagement, vigor, burnout y CVL, para cada uno de los niveles de resiliencia. De tal forma que el nivel de resiliencia condiciona el nivel de las demás variables. Se confirma también, por lo tanto, la segunda hipótesis de la investigación que postula que *“las personas con alta resiliencia tendrán altas puntuaciones de engagement, vigor, CVL y bajas en burnout”*. Resultados que están en la línea de los encontrados en otras investigaciones (Jackson et al., 2007; Menezes, Fernández, Hernández, Ramos, & Contador, 2006; Moreno-Jiménez, Garrosa, Corso, Boada, & Rodríguez-Carvajal, 2012).

14.5. Análisis de regresión de las variables estudiadas

Para responder al séptimo objetivo de la investigación, se realizaron análisis de regresión múltiple, para determinar cuáles son las variables que predicen las variables criterios del estudio: burnout, vigor, engagement y CVL. Como predictoras se introdujeron las siguientes variables: Edad, sexo, antigüedad, profesión, condiciones de trabajo (motivación y tensión), autoeficacia y resiliencia.

Respecto al burnout, los resultados indican que las variables predictoras son la resiliencia ($B = -.553$), la autoeficacia ($B = -.001$) y las condiciones de trabajo ($B = .553$). De tal forma que las personas con mayor resiliencia, mayor autoeficacia y condiciones laborales favorables, presentarán menos burnout. De estas tres variables, la resiliencia es la que mejor predice el burnout. El resto de las variables introducidas (edad, sexo, antigüedad y profesión), no resultaron significativas. Otros

estudios han encontrado parecidos resultados. Por ejemplo, León-Rubio, Cantero y León-Pérez (2011), señalan que la autoeficacia predice, de manera significativa, el número de personas con burnout, en docentes universitarios. En el estudio de Flores et al (2013), se encuentra que la baja autoeficacia predice el burnout en profesionales sanitarios. Menezes et al (2006), en un colectivo de sanitarios, encontraron que la resiliencia predice de forma significativa y negativa el burnout. En cuanto a que las condiciones laborales favorables predican un bajo nivel de burnout, este dato apoya una vez más los presupuestos del modelo demanda-control y confirma el planteamiento teórico del presente estudio, en el sentido de que, disponer de control en el trabajo, previene la aparición del síndrome de burnout.

Por lo que se refiere al engagement, las variables que han tenido efecto significativo como predictoras son la resiliencia ($B=.961$), la autoeficacia ($B=.001$), la antigüedad ($B=-.010$) y la profesión (médico $B=.267$; Enfermero $B=.030$; Auxiliar $B=.000$). En este caso, la resiliencia es también la variable que tiene mayor efecto predictivo. La autoeficacia y la antigüedad tienen un efecto significativo, pero de baja intensidad. La autoeficacia de signo positivo y la antigüedad de signo negativo. Por último, la profesión tiene un efecto diferente, en cada grupo profesional, sobre el engagement. Este efecto fue mayor en los médicos, seguido de los enfermeros y por último de los auxiliares. Estos datos se corresponden con algunos estudios realizados en diferentes poblaciones. Por ejemplo, Menezes et al (2006) encontraron que la resiliencia predecía las dimensiones del engagement, en una muestra de sanitarios. Así mismo, en el proceso de adaptación del cuestionario UWES al español, se encontró que los médicos presentaron mayor nivel de engagement que los enfermeros (Schaufeli & Bakker, 2003a). Estos datos, apoyan en parte, el planteamiento de nuestra investigación, ya que demuestran que la resiliencia es una variable que ejerce un importante efecto sobre el engagement. Sin embargo la autoeficacia, aunque tiene efecto significativo, este es de muy baja intensidad. Más

adelante profundizaremos en las diferencias en el rol desempeñado por la resiliencia y la autoeficacia en este estudio.

En cuanto al vigor, las variables predictoras han sido la resiliencia ($B=.950$) y la autoeficacia ($B=.001$), el resto de las variables no han mostrado efectos significativos. No se han encontrado trabajos que hayan relacionado las variables de la presente investigación con el vigor, pero resulta sorprendente, que ninguna de las variables sociolaborales, haya mostrado efecto predictivo sobre el vigor, al contrario de lo que ha ocurrido en el caso del engagement. Además la resiliencia es prácticamente, su único predictor, ya que la autoeficacia tiene un efecto predictivo muy limitado. También en este caso la resiliencia es la variable con mayor efecto predictivo.

Para determinar cuáles son las variables que predicen la CVL se introdujeron como predictoras, además de las variables ya señaladas, las puntuaciones de burnout, engagement y vigor. Las variables que han tenido efecto significativo son, el vigor ($B=.80$), la resiliencia ($B=.280$), las condiciones de trabajo ($B=.319$), el burnout ($B=-.098$), el engagement ($B=.105$) y la profesión (médicos $B=-.311$; enfermeros $B=-.194$; auxiliares $B=.000$). Como se ve, la CVL está explicada por un nutrido grupo de variables que, en conjunto, explican el 43.9% de su varianza. En este caso el vigor es la variable que mayor efecto predictivo ha demostrado, seguido de la resiliencia. Como era esperable, las condiciones laborales favorables también tienen efecto significativo y es destacable que son los auxiliares quienes mayor CVL tienen, seguidos de los enfermeros y finalmente los médicos. En un estudio realizado en profesionales de atención primaria Sánchez, Álvarez y Lorenzo (2003), encontraron que la variable que mejor predecía la CVL, era la profesión y los auxiliares los que presentaban mayor CVL, seguidos de los enfermeros y finalmente los médicos. Resultados similares se encuentran en diferentes estudios (Freeborn, 2001; Garzón et al., 2010; Linzer et al., 2001,). Como se expuso al comentar los resultados de los niveles de CVL, resulta llamativo que sean los trabajadores con mayor

estatus profesional, los que tengan peor percepción de su CVL. Recuérdense las razones dadas acerca de que los profesionales con mayor estatus y formación sean los que presentan menor CVL.

La relación entre el burnout y el engagement o el vigor, también ha sido suficientemente documentada y los datos son coincidentes, en el sentido de que bajos niveles de burnout y altos de engagement o vigor predicen una elevada CVL (Bakker et al., 2000; Lee & Cummings, 2008). En cuanto al efecto de la resiliencia sobre la CVL, numerosos estudios en diversos colectivos profesionales, han planteado que la resiliencia es una característica de las personas, que les permite afrontar los efectos nocivos del estrés producido por el trabajo, resistiendo y saliendo fortalecidos. Las personas con mayor nivel de resiliencia, perciben las adversidades como algo transitorio, concreto, cuya causa está fuera de ellas y que se puede controlar. Por lo tanto, se esfuerzan y afrontan activamente las situaciones, por lo que adquieren un alto autocontrol que les protege del estrés y les proporciona una percepción positiva de sus recursos y de sus condiciones laborales (Jiménez, Natera, Muñoz, & Benadero, 2006; Matos, Neushotz, Griffin, & Fitzpatrick, 2010; Menezes et al., 2006).

Como hemos comprobado, la resiliencia ha resultado ser la variable que mayor poder predictivo tiene sobre el burnout, sobre el vigor y sobre el engagement. Sobre la CVL es el segundo predictor tras el vigor, pero como se señaló, la resiliencia explica la mayor parte de varianza del vigor. Por lo tanto, estos datos apoyan los planteamientos del presente estudio, ya que confirman el importante papel que juega la resiliencia en el desarrollo de la CVL.

14.6. Análisis de moderación de las variables estudiadas

El objetivo general de nuestro estudio era determinar el papel modulador que la resiliencia y la autoeficacia, pudieran ejercer entre las condiciones de trabajo y el burnout, de tal forma, que en los sujetos expuestos a condiciones de trabajo adversas, la resiliencia y la

autoeficacia moderarían el efecto del estrés, de manera que presentarían menor burnout y mayor engagement, y como consecuencia de ello aumentaría su CVL.

Los resultados de la investigación han demostrado que la autoeficacia no ejerce efecto de moderación entre las condiciones de trabajo y las variables utilizadas como criterio. La autoeficacia solo ha mostrado un escaso efecto predictivo sobre el burnout y el engagement, de hecho en la ecuación de regresión de la CVL, no aparece con efecto significativo. Por tanto, no se ha podido confirmar el efecto de moderación de la autoeficacia, entre las condiciones de trabajo y las variables criterio. Estos resultados apoyan la idea de que el efecto moderador de la autoeficacia sobre la relación entre estresores laborales y burnout, sólo tiene lugar si la persona puede ejercer control sobre las condiciones estresantes que están desembocando en un síndrome de estar quemado, y en nuestro caso, la mayoría de las personas examinadas percibían tener un escaso control sobre dichas condiciones. Es decir, como han planteado León-Rubio, Cantero y León-Pérez (2011), en este caso, puede que la autoeficacia carezca del valor funcional necesario para gestionar unas condiciones laborales estresantes, que los son por sobrecarga laboral sobrevenida por las restricciones presupuestarias consecuentes a la crisis económica. Los datos encontrados en anteriores investigaciones, en diferentes colectivos, son controvertidos. Mientras en algunos estudios encuentran que la autoeficacia tiene un efecto moderador sobre el burnout (Bakker & Demerouti, 2008), en otros, este efecto es solo parcial o mediado por otras variables (Brouwers, Evers, & Tomic, 2001; Menezes et al., 2006; Sánchez, Guillén & León Rubio, 2006c). Finalmente en otros se concluye que la autoeficacia no ejerce efecto alguno sobre el malestar laboral (León-Rubio et al., 2011; Vancouver, More, & Yoder, 2008).

En cuanto a la resiliencia, los diferentes análisis realizados indican que existe asociación entre las condiciones laborales y el burnout y la CVL. Además, también existe asociación entre la resiliencia y estas dos

variables. Estos son los dos primeros requisitos para que se dé efecto de moderación. Sin embargo, la interacción entre las condiciones de trabajo y la resiliencia no ejerce efecto significativo sobre el burnout ni sobre la CVL. Por tanto, no existe un efecto completo de moderación de la resiliencia, entre las condiciones de trabajo y las variables burnout y CVL, pero sí un efecto parcial de moderación. Nuestro presupuesto de que la resiliencia modera el efecto de las condiciones de trabajo, sobre el burnout y el engagement, solo se confirma en parte. Por lo tanto, la resiliencia no modifica completamente el efecto de las condiciones de trabajo sobre el engagement y el burnout, pero los niveles de resiliencia sí determinan y predicen, en gran medida, el burnout, el engagement y finalmente la CVL de los profesionales.

En estudios realizados desde una perspectiva salutogénica, se analizan el papel de la resiliencia, el capital psicológico o las variables de personalidad resistentes, como mediadoras de la relación entre el estrés laboral y el burnout o el engagement. Respecto a la resiliencia, Menezes et al (2006), en un colectivo de cuidadores formales de ancianos, encuentran que la relación entre la resiliencia y el burnout está mediada por el engagement. Por su parte, Amutio (2008), en un colectivo de enfermeras, concluye que la personalidad resistente ejerce un efecto de moderación sobre el burnout. En una muestra de enfermeros de cuidados críticos, Ríos, Godoy y Sánchez-Meca (2011), encuentran que el síndrome de burnout está mediado por las variables que componen la personalidad resistente. Por último Ablett y Jones (2007), analizaron en un grupo de enfermeras de cuidados paliativos, la relación entre las variables de personalidad resistente y bienestar laboral, encontrando que la relación entre estrés y bienestar laboral estaba mediado por las variables de personalidad resistente.

Aún con las limitaciones que luego se expondrán, los resultados de este estudio pueden tener implicaciones a nivel teórico y práctico, para la comprensión de las variables que determinan la CVL. Desde el punto de vista teórico ofrece una visión alternativa o complementaria, a

los estudios ya reseñados que se han ocupado de este tema. Nuestros hallazgos apuntan a que tanto la autoeficacia como la resiliencia, correlacionan de un modo importante con todos los indicadores de buena salud laboral y ejercen un efecto directo sobre ellos, si bien la resiliencia es la variable que con mayor intensidad predice a todas las variables estudiadas: burnout, engagement, vigor y CVL. Además la resiliencia, aunque no presenta un efecto de moderación completa, sí ejerce un efecto indirecto sobre la CVL a través de la promoción del engagement y la amortiguación del burnout. Probablemente la resiliencia minimiza el burnout en la misma proporción que favorece el engagement y, a través de estos efectos, promueve la aparición de mayores niveles de CVL. Además la resiliencia no es una característica exclusiva de los trabajadores que perciben adversas condiciones de trabajo, sino que probablemente es una respuesta más general, no solo relacionada con el trabajo, sino con el resto de los ámbitos en los que las personas se desarrollan y cuyos efectos se manifiestan independientemente de la percepción que los sujetos tienen, sobre su situación, en un contexto concreto como es el laboral. Por lo tanto el modo que las personas tienen de pensar, de percibir, de sentir o de actuar, ejerce un determinado efecto de moderación, que atenúa las consecuencias negativas que la exposición a factores laborales estresantes puede tener para ellas. Características personales como la resiliencia, o en su caso, otros constructos derivados de la orientación salutogénica, parecen ejercer un papel protector sobre la salud y la CVL de los trabajadores, sobre todo en determinados colectivos, como el de los profesionales de la salud, expuestos a importantes estresores como la enfermedad, el dolor, la muerte, el contacto cara a cara con pacientes, la incertidumbre y la toma de importantes decisiones, entre otros muchos. Desde el punto de vista práctico, consideramos importante que, dado el importante papel que la resiliencia entre otras variables, tiene sobre la salud laboral de los trabajadores, se implementen programas para la promoción de la resiliencia, sobre todo en aquellos sectores

profesionales más expuestos a las consecuencias negativas del estrés laboral.

15. CONCLUSIONES.

Las conclusiones de la presente Tesis Doctoral se refieren a los resultados obtenidos en la muestra de personal sanitario estudiado. En la anterior discusión, ya se apuntaron dichas conclusiones y a continuación se resumen.

1. Los sanitarios constituyen un grupo profesional que mayoritariamente, desarrolla su actividad en una situación de elevada tensión y sobre la que disponen de escaso control, es decir que existe un importante desequilibrio entre las demandas y los recursos disponibles.
2. Los profesionales estudiados presentan moderados/altos niveles de resiliencia y autoeficacia. Estos niveles son similares en ambos sexos y en los diferentes grupos profesionales.
3. En la muestra analizada, los niveles de burnout son ligeramente superiores a los esperados, los de vigor y engagement están en el promedio de los baremos de referencia. No hay diferencias por sexo ni por profesión.
4. Respecto a la calidad de vida laboral, el nivel obtenido es superior al promedio. Estos niveles son similares en ambos sexos, sin embargo son los auxiliares quienes presentan más CVL, seguidos de los enfermeros y por último los médicos.
5. La WRQoL ha demostrado aceptables condiciones psicométricas para medir la CVL, en profesionales de la salud en nuestro país.
6. Entre las variables biográficas y laborales, solo la antigüedad a mostrado relación significativa con alguna variable criterio. En concreto la antigüedad correlaciona negativamente con el engagement.
7. La resiliencia y la autoeficacia correlacionan de modo significativo con todas las variables criterio, si bien la intensidad de la

correlación es superior en el caso de la resiliencia, con todas las variables criterio.

8. Engagement y burnout correlacionan en la misma medida con la CVL, pero en sentido inverso. Mientras que vigor y engagement parecen ser constructos diferentes, pero que comparten una parte importante de su varianza.
9. Los niveles de resiliencia no difieren entre quienes trabajan en condiciones favorables o adversas. Pero altos niveles de resiliencia o de autoeficacia, condicionan altos niveles de vigor, engagement y CVL, y bajos de burnout.
10. El apoyo social ha demostrado tener un importante efecto amortiguador de los efectos del estrés laboral. Este efecto es mayor para las mujeres y para los enfermeros.
11. Las variables que predicen al burnout son la resiliencia, la autoeficacia y las condiciones laborales.
12. Las variables que predicen al engagement son la resiliencia, la autoeficacia, la antigüedad y la profesión.
13. Las variables que predicen al vigor son la resiliencia y la autoeficacia.
14. Las variables que predicen a la CVL son el vigor, la resiliencia, las condiciones laborales, el burnout, el engagement y la profesión.
15. La autoeficacia no ha demostrado ningún efecto moderador entre las condiciones de trabajo las variables criterio.
16. La resiliencia parece moderar parcialmente el efecto de las condiciones de trabajo sobre las variables criterio.
17. La autoeficacia y sobre todo la resiliencia, son variables psicosociales que ejercen un efecto protector sobre la salud y la

calidad de vida laboral, resultados que apoyan los presupuestos teóricos de los modelos salutogénicos.

En base a los resultados de la presente investigación, creemos que, dado el substancial papel que la resiliencia, entre otra variables provenientes de la psicología positiva y de las orientaciones salutogénicas, tiene sobre la salud laboral de los trabajadores, se deben implementar programas para la mejora de los puestos de trabajo y el fomento de aquellas características de las personas, que los protegen de los efectos negativos del trabajo. Entre las posibles propuestas, nos parece de máximo interés la creación de un Centro de Desarrollo Profesional (CDP), con el objetivo de planificar el perfeccionamiento de habilidades y competencias laborales de los trabajadores, así como el desarrollo de su carrera profesional. Todo lo cual, se espera redunde en un aumento de la calidad de los servicios sanitarios. Además el CDP tendrá, entre otros, los siguientes cometidos:

- ✓ **Modificación de puestos de trabajo:** Si los resultados obtenidos confirman la tesis central formulada, se realizarán propuestas para la modificación de las características de determinados puestos de trabajo, con el fin de que sean más retadores y gratificantes para los trabajadores.
- ✓ **Intervenciones para aumentar el capital psicológico de los trabajadores:** el conocimiento obtenido nos permitirá diseñar actividades para mejorar sus diferentes componentes: autoeficacia, optimismo, esperanza y resiliencia. Dado que estas características son dinámicas, se pueden diseñar actividades para mejorarlas y así incrementar tanto el nivel de desempeño como la motivación y la satisfacción de los empleados.
- ✓ **Intervenciones para reforzar y mantener el contrato psicológico entre organización y trabajadores:** la redefinición del contrato psicológico es un mecanismo para mantener la percepción sobre el compromiso y las expectativas recíprocas entre la organización y

los trabajadores, de forma que se mantenga un alto nivel de satisfacción y compromiso entre ambas partes.

- ✓ Intervenciones para mejorar la salud laboral de los trabajadores: Entre ellas, auditoría de salud psicosocial; rediseño de puestos laborales; Rotación, recolocación y cambios temporales; Mejora de los horarios; Medidas para conciliación trabajo-familia. etc.

Como es lógico, la adopción de una u otras medidas, no dependerá sólo de los resultados obtenidos, sino también del cumplimiento de unos criterios ya habituales en el ámbito sanitario, a saber: Gravedad del problema, extensión del mismo y eficacia demostrada en estudios previos de las medidas a implementar.

CONCLUSIONS.

Les conclusions de la présente Thèse font référence aux résultats obtenus dans l'échantillonnage du personnel sanitaire étudié. On a déjà remarqué ces conclusions dans la discussion précédente et on va les résumer à continuation.

1. Les sanitaires constituent un groupe professionnel qui, majoritairement, développe son activité dans une situation de forte tension et sur laquelle ils disposent d'un contrôle très bas, c'est-à-dire qu'il existe un décalage important entre les demandes et les ressources disponibles.
2. Les professionnels étudiés présentent des niveaux modérés/hauts de résilience et d'auto-efficacité. Ces niveaux sont similaires dans les deux sexes et dans les différents groupes professionnels.
3. Dans l'échantillonnage analysé, les niveaux de burnout sont légèrement supérieurs à ceux qu'on avait espéré; les niveaux de vigueur et d'engagement se trouvent dans la moyenne des barèmes de référence. Il n'y a pas de différences par sexe ni profession.
4. En ce qui concerne la qualité de vie professionnelle, le niveau obtenu est supérieur à la moyenne. Ces niveaux sont similaires dans les deux sexes, mais cependant ce sont les auxiliaire du infirmière qui présentent plus de QVP, suivis des infirmiers et des médecins, enfin.
5. La WRQoL a démontré comme acceptable les conditions psychométriques pour mesurer la QVP des professionnels de la santé dans notre pays.
6. Parmi les variables biographiques et professionnelles, seule l'ancienneté a démontré une relation signifiante avec quelques-unes des variables critère. Concrètement, l'ancienneté se rattache négativement à l'engagement.

7. La résilience et l'auto-efficacité se rattachent d'une manière signifiante à toutes les variables critère, bien que l'intensité du rattachement soit supérieure dans le cas de la résilience à toutes les variables critère.
8. Engagement et burnout se rattachent à même titre à la QVP, mais dans un sens inverse. Tandis que le vigueur et l'engagement semblent être des constructions différentes, mais qui partagent une partie importante de sa variance.
9. Les niveaux de résilience ne diffèrent pas entre ceux qui travaillent dans des conditions favorables ou adverses. Mais les hauts niveaux de résilience et d'auto-efficacité conditionnent d'hauts niveaux de vigueur, d'engagement et de QVP, et de bas niveaux de burnout.
10. L'appui social a démontré avoir un important effet amortissant des effets de stress au travail. Cet effet est supérieur pour les femmes et les infirmiers.
11. Les variables qui prédisent le burnout sont la résilience, l'auto-efficacité et les conditions de travail.
12. Les variables qui prédisent l'engagement sont la résilience, l'auto-efficacité, l'ancienneté et la profession.
13. Les variables qui prédisent le vigueur sont la résilience et l'auto-efficacité.
14. Les variables qui prédisent la QVP sont le vigueur, la résilience, les conditions de travail, le burnout, l'engagement et la profession.
15. L'auto-efficacité n'a pas démontré aucun effet modérateur entre les conditions de travail et les variables critère.
16. La résilience paraît modérer partiellement l'effet des conditions de travail sur les variables critère.
17. L'auto-efficacité, mais surtout la résilience, sont des variables psychosociaux qui exercent un effet protecteur sur la santé et la qualité de vie au travail, résultats qui appuient les hypothèses théoriques des modèles salutogènes.

Basé sur les résultats de la actuelle recherche, on croit que, vu le rôle substantiel que la résilience -parmi d'autres variables provenant de la psychologie positive et des orientations salutogènes- a sur la santé au travail, il est nécessaire d'implémenter des programmes pour l'amélioration des postes de travail et l'encouragement de ces caractéristiques des personnes qui les protègent des effets négatifs du travail. Parmi les propositions possibles, il nous paraît d'un intérêt maximal la création d'un Centre de Développement Professionnel (CDP) afin de planifier le perfectionnement des habiletés et des compétences professionnelles des travailleurs, tout comme le développement de sa carrière professionnelle. En plus, on espère une augmentation de la qualité des services sanitaires. En outre, le CDP aura -parmi d'autres- les tâches suivantes :

- ✓ Modification des postes de travail: si les résultats obtenus confirment la thèse centrale formulée, on réalisera des propositions pour la modification des caractéristiques de certains postes de travail pour qu'ils puissent être plus performants et gratifiants pour les travailleurs.
- ✓ Interventions pour augmenter le capital psychologique des travailleurs: la connaissance obtenue nous permettra de dessiner des activités pour améliorer les différentes composantes: auto-efficacité, optimisme, espoir et résilience. En tenant compte du caractère dynamique de ces caractéristiques, on pourrait dessiner des activités pour les améliorer et, ainsi, augmenter le niveau d'exercice, tout comme la motivation et la satisfaction des employés.
- ✓ Interventions pour renforcer et maintenir le contrat psychologique entre organisation et travailleurs: la redéfinition du contrat psychologique est un mécanisme pour maintenir la perception sur l'engagement et les attentes réciproques entre l'organisation et les

travailleurs, afin que l'on maintienne un haut niveau de satisfaction et compromis entre les deux parties.

- ✓ Interventions pour améliorer la santé au travail: tribunal de santé psychosociale; re-conception des postes de travail; Rotation, remplacement et changement temporaires; Amélioration des horaires; Mesures pour la conciliation travail/famille, etc...

Naturellement, l'adoption des mesures ne dépendra seulement pas des résultats obtenus, mais aussi de la réalisation de certains critères déjà habituels dans le domaine sanitaire, à savoir: ampleur du problème, son extension et efficacité démontrées dans des précédents études des mesures à implémenter.

16. LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y LÍNEAS DE TRABAJO FUTURAS

16.1. Limitaciones

La principal limitación de la presente investigación tiene que ver con el diseño transversal utilizado, que impide determinar relaciones causales de los fenómenos estudiados. Un diseño longitudinal habría permitido establecer con mayor precisión los antecedentes y las consecuencias. Así como explorar la evolución de las variables analizadas, a través del tiempo.

En segundo lugar, por razones evidentes, la muestra no fue elegida aleatoriamente sino atendiendo a la voluntariedad de los participantes, por lo que se debe ser cauto a la hora de generalizar los resultados obtenidos.

Por otra parte, todas las personas pertenecen a un mismo hospital, por lo que en el futuro, estudios realizados con una muestra mayor y procedente de diferentes centros, permitiría una mayor generalización de los resultados.

En relación a los instrumentos utilizados, el hecho de que todos sean autoinformados plantea el riesgo de sesgo del método común, pero el número de variables estudiadas ha imposibilitado la utilización de otros métodos de obtención de datos.

Finalmente, aunque la utilización de regresiones lineales y análisis de modulación ha permitido obtener datos sobre las relaciones entre las variables estudiadas, se podría mejorar la investigación a través de la realización de un modelo de ecuaciones estructurales. Con esta metodología se pueden establecer interrelaciones entre el conjunto de variables que conforman el modelo.

Una última limitación, tiene que ver con el momento en que se obtuvieron los datos, que coincidió con el inicio de la crisis económica y como consecuencia de la misma con importantes recortes salariales y

laborales. Este hecho puede haber tenido influencia en las respuestas de las personas a los cuestionarios.

16.2. Líneas de trabajo futuras

Por lo que a las líneas futuras de investigación respecta, ha quedado claro que es mucho lo que resta por conocer sobre las variables que influyen en la calidad de vida y en el bienestar laboral. Algunas de las líneas futuras tienen que ver con la superación de las limitaciones reseñadas. Concretando podemos señalar las siguientes:

- ✓ Se debería estudiar cuales son las variables que protegen de los efectos negativos del trabajo y que promueven respuestas positivas ante él.
- ✓ Es importante evaluar la efectividad de las intervenciones destinadas a promover el desarrollo de estas variables protectoras.
- ✓ Es preciso realizar estudios con diseños longitudinales, prospectivos, que nos permitan evaluar los cambios producidos a lo largo del tiempo y establecer conclusiones causales.
- ✓ Desarrollar investigaciones experimentales y cuasi-experimentales que nos permitan determinar las relaciones entre las condiciones laborales y la CVL.
- ✓ Consensuar por parte de los expertos, instrumentos para la evaluación de los constructos relacionados con la salud laboral.
- ✓ Investigar cuales son las variables personales, psicosociales, laborales, organizativas, etc... implicadas en el desarrollo de reacciones negativas y positivas derivadas del desempeño laboral.
- ✓ Determinar cuáles son los factores que específicamente afectan a la salud laboral de los profesionales sanitarios y las estrategias eficaces para promover el bienestar laboral.

- ✓ Aclarar el rol que la resiliencia ejerce sobre el bienestar y la CVL de estos profesionales, a tenor de los resultados del presente estudio.

En definitiva, los resultados de esta y otras investigaciones, realizadas en el campo de la psicología de la salud ocupacional positiva, deben animarnos a proseguir en el estudio los factores que inciden en la salud laboral, y en el desarrollo de intervenciones efectivas para la prevención de los efectos nocivos y para la promoción de respuestas positivas en el ámbito laboral.

REFERENCIAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Ablett, J. R., & Jones, R. (2007). Resilience and well-being in palliative care staff: A qualitative study of hospice nurses' experience of work. *Psycho-Oncology, 16*(8), 733-740.
- Ahern, N. R., Kiehl, E. M., Sole, M. L., & Byers, J. (2006). A review of instruments measuring resilience. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 29*(2), 103-125.
- Albar Marín, M. J. (2009). Poder y síndrome de burnout en enfermeras. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Sevilla, España.
- Alderfer, C. P. (1972). Existence, relatedness, and growth: Human needs in organizational settings. New York: Free Press.
- Amutio, A. (2008). The burnout syndrome in the sanitary personnel at the basque country: Work variables, hardiness, psychological well-being and consequences. *Trabajo Presentado En El VII Congreso Internacional de la SEAS, Benidorm, Alicante.*
- Anagnostopoulos, F., & Niakas, D. (2010a). Job burnout, health-related quality of life, and sickness absence in greek health professionals. *European Psychologist, 15*(2), 132-141.
- Anagnostopoulos, F., & Niakas, D. (2010b). Job burnout, health-related quality of life, and sickness absence in greek health professionals. *European Psychologist, 15*(2), 132-141.
- Antonovsky, A. (1979). Health, stress, and coping. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well.* San Francisco: Jossey-Bass.

- Arezes, P. M., & Swuste, P. (2012). Occupational health and safety post-graduation courses in europe: A general overview. *Safety Science, 50*(3), 433-442.
- Atkinson, P. A., Martin, C. R., & Rankin, J. (2009). Resilience revisited. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 16*(2), 137-145.
- Bakker, A. B., & Leiter, M. P. (2010). Work engagement: A handbook of essential theory and research. *New York: Psychology Press.*
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2008). Towards a model of work engagement. *Career Development International, 13*(3), 209-223.
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Euwema, M. C. (2005). Job resources buffer the impact of job demands on burnout. *Journal of Occupational Health Psychology, 10*(2), 170.
- Bakker, A. B., Killmer, C. H., Siegrist, J., & Schaufeli, W. B. (2000). Effort-reward imbalance and burnout among nurses. *Journal of Advanced Nursing, 31*(4), 884-891.
- Bakker, A. B., Westman, M., Hetty van Emmerik, I., Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2009). The crossover of work engagement between working couples: A closer look at the role of empathy. *Journal of Managerial Psychology, 24*(3), 220-236.
- Bakker, A. B., Rodríguez Muñoz, A., & Derks, D. (2012). La emergencia de la psicología de la salud ocupacional positiva. *Psicothema, 24*(1), 66-72.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist, 37*(2), 122.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist, 44*(9), 1175.

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Barberá, P. T., Soria, M. S., & Gumbau, S. L. (2011). Similitud y contagio emocional en el trabajo: Somos iguales pero...¿ sentimos lo mismo? *Fòrum De Recerca*, (16), 827-836.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173.
- Becoña Iglesias, E. (2006). Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica: Revista Oficial De La Asociación Española De Psicología Clínica y Psicopatología AEPCP*, 11(3), 125-146.
- Berkman, L. F., Buxton, O., Ertel, K., & Okechukwu, C. (2010). Managers' practices related to work–family balance predict employee cardiovascular risk and sleep duration in extended care settings. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15(3), 316.
- Bethelmy, L., & Guarino, L. (2013). Afrontamiento y sensibilidad emocional como moderadores de la relación estrés-salud en médicos venezolanos. *Summa Psicológica*, 5(2)
- Block, J. H., & Block, J. (1980). The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior. *Development of Cognition, Affect, and Social Relations: The Minnesota Symposia on Child Psychology*, , 13. pp. 39-101.
- Bonanno, G. A. (2005). Clarifying and extending the construct of adult resilience. *American Psychologist*, 60(3), 265-267.
- Bonanno, G. A. (2008). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely

- aversive events? *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(1), 101-113.
- Bonet-Porqueras, R., Moliné Pallarés, A., Olona, M., Gil Mateu, E., Bonet Notario, P., Les Morell, E., et al. (2009). Turno nocturno: Un factor de riesgo en la salud y calidad de vida del personal de enfermería. *Enfermería Clínica*, 19(2), 76-82.
- Boris, C. (2002). Los patitos feos. la resiliencia: Una infancia infeliz no determina la vida. *Barcelona: Gedisa*.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss*.(volume 3) New York: Basic Books.
- Boyle, A., Grap, M. J., Younger, J., & Thomby, D. (1991). Personality hardiness, ways of coping, social support and burnout in critical care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 16(7), 850-857.
- Bromet, E. J., Dew, M. A., & Parkinson, D. K. (1990). Spillover between work and family: A study of blue-collar working wives.
- Brouwers, A., Evers, W. J., & Tomic, W. (2001). Self-efficacy in eliciting social support and burnout among secondary-school teachers. *Journal of Applied Social Psychology*, 31(7), 1474-1491.
- Calvete, E. (2008). Una introducción al análisis de moderación y mediación: Aplicaciones en el ámbito del estrés. *Ansiedad estrés*, 14 (2-3), 159-173.
- Campbell-Sills, L., & Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the connor-davidson resilience scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress*, 20(6), 1019-1028.

- Caplan, R. D. (1987). Person-environment fit theory and organizations: Commensurate dimensions, time perspectives, and mechanisms. *Journal of Vocational Behavior, 31*(3), 248-267.
- Carrasco González, A. M., Corte de la Corte, Cecilia María, de la, & León Rubio, J. M. (2010). Engagement: Un recurso para optimizar la salud psicosocial en las organizaciones y prevenir el burnout y estrés laboral. *28 De Abril, Revista Digital De Salud y Seguridad En El Trabajo, (1)*, 1-22.
- Caverley, N. M. (2005). *Mapping Out Occupational Resiliency and Coping in a Public Service Work Setting*. Doctoral dissertation, University of Victoria. Victoria, Canada.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety, 18*(2), 76-82.
- Csikszentmihalyi, M. (1999). If we are so rich, why aren't we happy? *American Psychologist, 54*(10), 821.
- Danna, K., & Griffin, R. W. (1999). Health and well-being in the workplace: A review and synthesis of the literature. *Journal of Management, 25*(3), 357-384.
- Davydov, D. M., Stewart, R., Ritchie, K., & Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review, 30*(5), 479-495.
- Corte de la, C. M., León Rubio, J. M., Herrera Sánchez, I. M., & León Pérez, J. M. (2013). Entrenamiento en habilidades sociales y responsabilidad social corporativa: Estudio de un caso. *Apuntes de Psicología, 31*(1), 101-107.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology, 86*(3), 499.

- Demerouti, E., Mostert, K., & Bakker, A. B. (2010). Burnout and work engagement: A thorough investigation of the independency of both constructs. *Journal of Occupational Health Psychology, 15*(3), 209-222.
- DuMont, K. A., Widom, C. S., & Czaja, S. J. (2007). Predictors of resilience in abused and neglected children grown-up: The role of individual and neighborhood characteristics. *Child Abuse & Neglect, 31*(3), 255-274.
- Edward, K. (2005). The phenomenon of resilience in crisis care mental health clinicians. *International Journal of Mental Health Nursing, 14*(2), 142-148.
- Efraty, D. (1990). The effects of quality of working life (QWL) on employee behavioral responses. *Social Indicators Research, 22*(1), 31-47.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health, 60*(5), 376-381.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health, 61*(11), 938-944.
- Eshel, Y., Kimhi, S., & Goroshit, M. (2014). Post-traumatic recovery to distress symptoms ratio mediates relations of resilience fostering resources and their predictors. *Stress and Health,*
- Evans, D. R., Pellizzari, J. R., Culbert, B. J., & Metzen, M. E. (1993). Personality, marital, and occupational factors associated with quality of life. *Journal of Clinical Psychology, 49* (4), 477-485.

- Figueiredo Ferraz, H., Grau Alberola, E., Gil Monte, P. R., & García Jueas, J. A. (2012). Síndrome de quemarse por el trabajo y satisfacción laboral en profesionales de enfermería. *Psicothema*, *24*(2), 271-276.
- Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. *European Psychologist*, *18*(1), 12.
- Freeborn, D. K. (2001). Satisfaction, commitment, and psychological well-being among HMO physicians. *Western Journal of Medicine*, *174*, 13-18.
- French, J. R., Caplan, R. D., & Van Harrison, R. (1982). *The mechanisms of job stress and strain* Wiley New York.
- Friborg, O., Barlaug, D., Martinussen, M., Rosenvinge, J. H., & Hjemdal, O. (2005). Resilience in relation to personality and intelligence. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *14*(1), 29-42.
- Gabriel, A. S., Diefendorff, J. M., & Erickson, R. J. (2011). The relations of daily task accomplishment satisfaction with changes in affect: A multilevel study in nurses. *Journal of Applied Psychology*, *96*(5), 1095-1104.
- Gustafsson G., Eriksson S., Strandberg G., & Norberg A. (2010). Burnout and perceptions of conscience among health care personnel: A pilot study. *Nursing Ethics*, *17*(1), 23-38.
- Gálvez Herrer, M., Moreno Jiménez, B., & Mingote Adán, J. C., (2009). *El desgaste profesional del médico*. Madrid: Díaz de Santos.
- Garzón, G., Chacón, A., Rodrigo, R., Alemany, A., Domínguez, C., & Martínez, C. (2010). Análisis de la calidad de vida laboral y de los factores relacionados con esta, en un área de atención primaria. *Revista De Calidad Asistencial*, *25*(6), 334-340.

- George, J. M., & Brief, A. P. (1990). The economic instrumentality of work: An examination of the moderating effects of financial requirements and sex on the pay-life satisfaction relationship. *Journal of Vocational Behavior, 37*(3), 357-368.
- Gholamzadeh, S., Sharif, F., & Rad, F. D. (2011). Sources of occupational stress and coping strategies among nurses who are working in admission and emergency department in hospitals affiliated to shiraz university of medical sciences, iran. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 16*(1), 42-47.
- Gillespie, B. M., Chaboyer, W., Wallis, M., & Grimbeek, P. (2007). Resilience in the operating room: Developing and testing of a resilience model. *Journal of Advanced Nursing, 59*(4), 427-438.
- Gil-Monte, P. R., Nuñez-Román, E. M., & Selva-Santoyo, Y. (2006). Relación entre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) y síntomas cardiovasculares: Un estudio en técnicos de prevención de riesgos laborales. *Interamerican Journal of Psychology, 40*(2), 227-232.
- Gil-Monte, P. R. (2009). Psicología de la salud ocupacional: Orígenes y concepto. *Psicología (s) 2.0 creciendo como psicólogo@s: Investigación e intervención: Libro de actas del II congreso nacional de estudiantes de psicología CEP-PIE 2008* (1st ed., pp. 43-46) Universidad de Oviedo, Servicio de Publicaciones.
- Gil-Monte, P. R., García Juegas, J. A., & Caro Hernández, M. (2008). Influencia de la sobrecarga laboral y la autoeficacia sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology, 42*(1), 113-118.

- Glass, D. C., McKnight, J. D., & Valdimarsdottir, H. (1993). Depression, burnout, and perceptions of control in hospital nurses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(1), 147-155.
- Grau Gumbau, R. M., Salanova Soria, M., Schaufeli, W. B., Peiró Silla, J. M., & Llorens Gumbau, S. (2000). Desde el "burnout" al "engagement": ¿una nueva perspectiva? *Revista De Psicología Del Trabajo y De Las Organizaciones, 16*(2), 117-134.
- Grau-Alberola, E., Gil-Monte, P. R., García-Jueas, J. A., & Figueiredo-Ferraz, H. (2010). Incidence of burnout in spanish nursing professionals: A longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies, 47*(8), 1013-1020.
- Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit* Bernard van Leer Foundation. La Haya.
- Gundersen, L. (2001). Physician burnout. *Annals of Internal Medicine, 135*(2), 145-148.
- Haglund, M. E., Nestadt, P., Cooper, N., Southwick, S., & Charney, D. (2007). Psychobiological mechanisms of resilience: Relevance to prevention and treatment of stress-related psychopathology. *Development and Psychopathology, 19*(03), 889-920.
- Hakanen, J. J., Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2005). How dentists cope with their job demands and stay engaged: The moderating role of job resources. *European Journal of Oral Sciences, 113*(6), 479-487.
- Hansen, N., Sverke, M., & Näswall, K. (2009). Predicting nurse burnout from demands and resources in three acute care hospitals under different forms of ownership: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies, 46*(1), 96-107.

- Haskett, M. E., Nears, K., Sabourin Ward, C., & McPherson, A. V. (2006). Diversity in adjustment of maltreated children: Factors associated with resilient functioning. *Clinical Psychology Review, 26*(6), 796-812.
- Häusser, J. A., Mojzisch, A., Niesel, M., & Schulz-Hardt, S. (2010). Ten years on: A review of recent research on the job demand-control (-support) model and psychological well-being. *Work & Stress, 24*(1), 1-35.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). Metodología de la investigación. Mexico: Compañía.
- Herzber, F., Mausner, B., & Snyderman, B. B. (1976). *The motivation to work* (2nd ed.). New York etc.: John Wiley and Sons.
- Hinton, P. R. (2014). *Statistics explained*. New York: Routledge.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist, 44*(3), 513.
- Hobfoll, S. E., & Freedy, J. (1993). Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout. In W.B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Ed.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 115-129). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Holmbeck, G. N. (1997). Toward terminological, conceptual, and statistical clarity in the study of mediators and moderators: Examples from the child-clinical and pediatric psychology literatures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(4), 599.

- Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. (2008). Structural equation modelling: Guidelines for determining model fit. *Electronic Journal of Business Research Methods*, 6 (1), 53-60.
- Hubert, J. A., Gable, R. K., & Iwanicki, E. F. (1990). The relationship of teacher stress to school organizational health. In S.B. Bacharach (Ed.), *Advances in Research and Theories of School Management and Educational Policy*, Greenwich: JAI, 185-207.
- Jackson, D., Firtko, A., & Edenborough, M. (2007). Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 60(1), 1-9.
- Jaffee, S. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., Polo-Tomas, M., & Taylor, A. (2007). Individual, family, and neighborhood factors distinguish resilient from non-resilient maltreated children: A cumulative stressors model. *Child Abuse & Neglect*, 31(3), 231-253.
- Jaramillo, E., Ruiz, V., & Pardo, I. (2009). Síndrome de burnout y estilos de afrontamiento al estrés del personal médico asistencial en una red urbana de servicios de salud de la ciudad de montería. *Revista Pensando Psicología*, 5(8), 15-22.
- Jiménez, B. M., Natera, N. I. M., Muñoz, A. R., & Benadero, M. E. M. (2006). La personalidad resistente como variable moduladora del síndrome de burnout en una muestra de bomberos. *Psicothema*, 18(3), 413-418.
- Jimmieson, N. L. (2000). Employee reactions to behavioural control under conditions of stress: The moderating role of self-efficacy. *Work & Stress*, 14(3), 262-280.
- Johnson, J. V., & Hall, E. M. (1988). Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random

- sample of the swedish working population. *American Journal of Public Health*, 78(10), 1336-1342.
- Kahn, R. L., Wolfe, D. M., Quinn, R. P., Snoek, J. D., & Rosenthal, R. A. (1964). *Organizational stress: Studies in role conflict and ambiguity*. New York: Wiley.
- Karasek Jr, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- Karasek, R. A. (1992). *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life* Basic books.
- Karasek, R. A., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life* New York: Basic books.
- Kecklund, G., Milla, L. D., Axelsson, J., Lowden, A., & Åkerstedt, T. (2012). 20th international symposium on shiftwork and working time: Biological mechanisms, recovery, and risk management in the 24-h society. *Chronobiology International*, 29(5), 531-536.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1.
- Kobasa, S. C. (1982). The hardy personality: Toward a social psychology of stress and health. *Social Psychology of Health and Illness*, 4, 3-32.
- Langelaan, S., Bakker, A. B., van Doornen, L. J. P., & Schaufeli, W. B. (2006). Burnout and work engagement: Do individual differences make a difference? *Personality and Individual Differences*, 40(3), 521-532.

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Lee, H., & Cummings, G. G. (2008). Factors influencing job satisfaction of front line nurse managers: A systematic review. *Journal of Nursing Management*, 16(7), 768-783.
- León Rubio, J. M., & Avargues Navarro, M. L. (2007). Evaluación del estrés laboral del personal universitario. *Mapfre Medicina.*, 18 (4), 323-332.
- León Rubio, J. M., Cantero, F. J., & León Pérez, J. M. (2011). Diferencias del rol desempeñado por la autoeficacia en el burnout percibido por el personal universitario en función de las condiciones de trabajo. *Anales De Psicología*, 27(2), 518-526.
- León-Rubio, J. M., León-Pérez, J.M., & Sánchez, I. (2013). Entrenamiento en habilidades sociales y responsabilidad social corporativa: Estudio de un caso. *Apuntes De Psicología*, 31(1), 101-107.
- León Rubio, J. M., & Medina Anzano, S. (2002). *Psicología social de la salud: Fundamentos teóricos y metodológicos* (1st ed.) Sevilla: Comunicación Social.
- León-Rubio, J. M., Gómez Garrido, A., & Durán Pérez, C. (1991.). Estrés ocupacional en profesionales de la salud. *Revista De Psicología Social Aplicada.*, 1, 41-50.
- Leona S. Aiken, Stephen G. West, & Raymond R. Reno. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Thousand Oaks Sage.
- Li, J., Galatsch, M., Siegrist, J., Müller, B. H., & Hasselhorn, H. M. (2011). Reward frustration at work and intention to leave the nursing profession—Prospective results from the european longitudinal

- NEXT study. *International Journal of Nursing Studies*, 48(5), 628-635.
- Lindsley, D. H., Brass, D. J., & Thomas, J. B. (1995). Efficacy-performing spirals: A multilevel perspective. *Academy of Management Review*, 20(3), 645-678.
- Linzer, M., Visser, M. R., Oort, F. J., Smets, E. M., McMurray, J. E., & de Haes, H. C. (2001,). *Predicting and preventing physician burnout: Results from the united states and the netherlands. American Journal of Medicine*, 111, 170-175.
- Llanos, R. R. (2013). Personal de enfermería y absentismo laboral en el Servicio Extremeño de Salud: Análisis desde la perspectiva de género (Doctoral dissertation, Universidad de Extremadura).
- Llorens, S., Schaufeli, W., Bakker, A., & Salanova, M. (2007). Does a positive gain spiral of resources, efficacy beliefs and engagement exist? *Computers in Human Behavior*, 23(1), 825-841.
- López-Araújo, B., & Osca Segovia, A. (2011). El papel del modelo demandas-control-apoyo en la salud de trabajadores de la construcción. *Psicothema*, 23(1), 119-125.
- Loscocco, K. A., & Roschelle, A. R. (1991). Influences on the quality of work and nonwork life: Two decades in review. *Journal of Vocational Behavior*, 39(2), 182-225.
- Luthans, F., Avey, J. B., & Patera, J. L. (2008). Experimental analysis of a web-based training intervention to develop positive psychological capital. *Academy of Management Learning & Education*, 7(2), 209-221.
- Luthans, F., Youssef, C. M., & Avolio, B. J. (2006). *Psychological capital: Developing the human competitive edge*. Oxford: University Press.

- Ma, C., Samuels, M. E., & Alexander, J. W. (2003). Factors that influence nurses' job satisfaction. *Journal of Nursing Administration, 33*(5), 293-299.
- Macik-Frey, M., Quick, J. C., & Nelson, D. L. (2007). Advances in occupational health: From a stressful beginning to a positive future. *Journal of Management, 33*(6), 809-840.
- Maddi, S. R., & Khoshaba, D. M. (1994). Hardiness and mental health. *Journal of Personality Assessment, 63*(2), 265-274.
- Manciaux, M., Vanistendael, S., Lecomte, J., & Cyrulnik, B. (2003). La resiliencia: Estado de la cuestión. En M. Manciaux (Ed.), *La Resiliencia: Resistir y Rehacerse*. Madrid: Gedisa.
- Martínez Gamarra, M., Moreno Jiménez, B., & Ferrer Puig, R. (2009). Calidad de vida del profesorado universitario: El desgaste profesional. (propuesta metodológica y resultados). *Acciones e Investigaciones Sociales, (27)*, 131-169.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology, 52*(1), 397-422.
- Maslow, A. (1968). *Toward a psychology of being* (2^a ed.). New York: Van Nostrand.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist, 56*(3), 227.
- Masten, A. S., & Powell, J. L. (2003). A resilience framework for research, policy, and practice. *Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities*. New York: Cambridge University Press.
- Matos, P. S., Neushotz, L. A., Griffin, M. T. Q., & Fitzpatrick, J. J. (2010). An exploratory study of resilience and job satisfaction among

- psychiatric nurses working in inpatient units. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(5), 307-312.
- Melamed, S., Kushnir, T., & Shirom, A. (1992). Burnout and risk factors for cardiovascular diseases. *Behavioral Medicine*, 18(2), 53-60.
- Menezes de, L. C., Fernández Calvo, B., Hernández Martín, L., Ramos Campos, F., & Contador Castillo, I. (2006). Resiliencia y el modelo burnout-engagement en cuidadores formales de ancianos. *Psicothema*, 18(4), 791-796.
- Moreno Jiménez, B., Garrosa Hernández, E., Corso, S., Boada, M., & Rodríguez Carvajal, R. (2012). Personalidad resistente y capital psicológico: Las variables personales positivas y los procesos de agotamiento y vigor. *Psicothema*, 24(1), 79-86.
- Moreno Jiménez, B., & Peñacoba Puente, C. (1999). El estrés asistencial en los servicios de salud. *Manual de psicología de la salud: Fundamentos, metodología y aplicaciones* (pp. 739-757) Madrid: Biblioteca Nueva.
- Moreno-Jiménez, B., Hernández, E., & Herrer, M. (2005). Personalidad positiva y salud. En Flórez-Alarcón, L.; Botero, MM; Moreno Jiménez, B. (Eds.), *Psicología de la salud: Temas actuales de Investigación en Latinoamérica*, (pp. 59-76). Barranquilla: Ediciones Uninorte.
- Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E., Corso, S., Boada, M., & Rodríguez-Carvajal, R. (2012). Personalidad resistente y capital psicológico: Las variables personales positivas y los procesos de agotamiento y vigor. *Psicothema*, 24(1), 79-86.
- Oblitas, L. A. (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida* (2ª ed). México: Thompson.
- Pal, S., & Saksvik, P. Ø. (2008). Work-family conflict and psychosocial work environment stressors as predictors of job stress in a cross-

- cultural study. *International Journal of Stress Management*, 15(1), 22.
- Parasuraman, S., Greenhaus, J. H., & Granrose, C. S. (1992). Role stressors, social support, and well-being among two-career couples. *Journal of Organizational Behavior*, 13(4), 339-356.
- Parker, P. D., Martin, A. J., Colmar, S., & Liem, G. A. (2012). Teachers' workplace well-being: Exploring a process model of goal orientation, coping behavior, engagement, and burnout. *Teaching and Teacher Education*, 28(4), 503-513.
- Parra, M. D. S., Abejar, M. G., Pacheco, B. N., Gutiérrez, R. B., Martínez, M. S., & Vizcaíno, V. M. (2012). Validez de la escala de resiliencia de conner-davidson (CD-RISC) en una población de mayores entre 60 y 75 años. *International Journal of Psychological Research*, 5(2), 49-57.
- Peiro, J. M., & Rodríguez, I. (2008). Work stress, leadership and organizational health. *Papeles Del Psicologo*, 29(1), 68-82.
- Peñacoba Puente, C., & Moreno Jiménez, B. (1998). El concepto de personalidad resistente: Consideraciones teóricas y repercusiones prácticas. *Boletín De Psicología (Valencia)*, (58), 61-96.
- Peterson, U., Demerouti, E., Bergström, G., Åsberg, M., & Nygren, Å. (2008). Work characteristics and sickness absence in burnout and nonburnout groups: A study of swedish health care workers. *International Journal of Stress Management*, 15(2), 153-172.
- Porter, L. W. (1961). A study of perceived need satisfactions in bottom and middle management jobs. *Journal of Applied Psychology*, 45(1), 1.
- Prieto, L. L., Soria, M. S., Martínez, I. M., & Schaufeli, W. (2008). Extension of the job demands-resources model in the prediction of

- burnout and engagement among teachers over time. *Psicothema*, 20(3), 354-360.
- Quick, J. C. (1999). Occupational health psychology: The convergence of health and clinical psychology with public health and preventive medicine in an organizational context. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30(2), 123.
- Reinhardt, U. E., & Cheng, T. (2000). The world health report 2000-health systems: Improving performance. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(8), 1064-1064.
- Revicki, D. A., Whitley, T. W., & Gallery, M. E. (1997). Organizational characteristics, perceived work stress, and depression in emergency medicine residents. *Hospital Topics*, 75(1), 30-36.
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 307-321.
- Richardson, G. E., Neiger, B. L., Jensen, S., & Kumpfer, K. L. (1990). The resiliency model. *Health Education*, 21(6), 33-39.
- Ríos Rísquez, M. I., Godoy Fernández, C., & Sánchez-Meca, J. (2011). Síndrome de quemarse por el trabajo, personalidad resistente y malestar psicológico en personal de enfermería. *Anales De Psicología*, 27(1), 71-79.
- Ríos Rísquez, M. I., Sánchez Meca, J., & Godoy Fernández, C. (2010). Personalidad resistente, autoeficacia y estado general de salud en profesionales de enfermería de cuidados intensivos y urgencias. *Psicothema*, 22(4), 600-605.
- Rizzo, J. R., House, R. J., & Lirtzman, S. I. (1970). Role conflict and ambiguity in complex organizations. *Administrative Science Quarterly*, 15, 150-163.

- Rodríguez-Marín, J. (2010). Calidad de vida laboral en profesionales de la salud. *Revista De Calidad Asistencial*, 25(6), 318-320.
- Rowe, K., & Macleod Clark, J. (2000). Why nurses smoke: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 37(2), 173-181.
- Ruiz, C. O., & Ríos, F. L. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: Revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical Health Psychology*, 4(1), 137-160.
- Sánchez González, R., Álvarez Nido, R., & Lorenzo Borda, S. (2003). Calidad de vida profesional de los trabajadores de atención primaria del área 10 de madrid. *Medifam*, 13(4), 55-60.
- Salanova Soria, M. (2009a). Organizaciones saludables, organizaciones resilientes. *Gestión Práctica De Riesgos Laborales: Integración y Desarrollo De La Gestión De La Prevención*, (58), 18-23.
- Salanova Soria, M. (2009b). *Psicología de la salud ocupacional*. Madrid: Síntesis.
- Salanova Soria, M., Grau, R. M., & Martínez Martínez, I. M. (2005). Demandas laborales y conductas de afrontamiento: El rol modulador de la autoeficacia profesional. *Psicothema*, 17(3), 390-395.
- Salanova Soria, M., & Schaufeli, W. B. (2009). *El engagement en el trabajo : Cuando el trabajo se convierte en pasión*. Madrid: Alianza Editorial.
- Salanova Soria, M., Schaufeli, W. B., & Bresó Esteve, E. (2005). Hacia un modelo espiral de las creencias de eficacia en el estudio del "burnout" y del "engagement". *Ansiedad y Estrés*, 11(2), 215-231.
- Salanova, M., Llorens, S., Cifre, E., Martínez, I., & Schaufeli, W. B. (2003). Perceived collective efficacy, subjective well-being and task

- performance among electronic work groups: An experimental study. *Small Groups Research.*, 34, 43-73.
- Salanova, M., Cifre, E., Martínez, I., & Llorens, S. (2007). Caso a caso en la prevención de riesgos psicosociales. *Metodología WONT Para Una Organización Saludable. Bilbao: Lettera Publicaciones,*
- Salanova, M., Schaufeli, W. B., Xanthopoulou, D., & Bakker, A. B. (2010). The gain spiral of resources and work engagement: Sustaining a positive worklife. In A.B. Bakker & M.P. Leiter (Eds.), *Work engagement: A handbook of essential theory and research* (pp. 118-131). New York: Psychology Press.
- Salazar-Carvajal, P. F., Herrera-Sánchez, I. M., Rueda-Méndez, S., & León-Rubio, J. M. (2014). El efecto de la conservación de recursos sobre la intención emprendedora en el contexto de crisis económica: El rol moderador de la autoeficacia y la creatividad. *Anales De Psicología*, 30(2), 549-559.
- Sánchez Sevilla, S., Guillén Gestoso, C., & León Rubio, J. (2006a). La autoeficacia percibida en el afrontamiento de riesgos laborales psicosociales como variable moduladora del burnout. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 495-504.
- Sanchis, R., & Escoto, R. P. (2011). Medición de la resiliencia empresarial ante eventos disruptivos. una revisión del estado del arte. *XV Congreso de Ingeniería de Organización: Cartagena, 7 a 9 de Septiembre de 2011*, pp. 104-113.
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-Romá, V., & Bakker, A. B. (2002). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies.*, 3, 71-92.

- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2003). UWES–utrecht work engagement scale: Test manual. *Unpublished Manuscript: Department of Psychology, Utrecht University,*
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior, 25(3), 293-315.*
- Schenker, M. B. (2010). A global perspective of migration and occupational health. *American Journal of Industrial Medicine, 53(4), 329-337.*
- Seber, G. A., & Lee, A. J. (2012). *Linear regression analysis.* New York: John Wiley & Sons.
- Segurado Torres, A., & Agulló Tomás, E. (2002). Calidad de vida laboral: Hacia un enfoque integrador desde la psicología social. *Psicothema, 14(4), 828-836.*
- Seligman, M. (1992). *Learned optimism: How to Change Your Mind and Your Life.* . New York: *Simon & Schuster Inc.* 2
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist, 55(1), 5-14.*
- Sharma, A., Sharp, D., Walker, L., & Monson, J. (2008). Stress and burnout among colorectal surgeons and colorectal nurse specialists working in the national health service. *Colorectal Disease, 10(4), 397-406.*
- Shaver, K. H., & Lacey, L. M. (2003). Job and career satisfaction among staff nurses: Effects of job setting and environment. *Journal of Nursing Administration, 33(3), 166-172.*

- Shirom, A. (2003). Feeling vigorous at work? the construct of vigor and the study of positive affect in organizations. *Research in Occupational Stress and Well-being*, 3, 135-164.
- Shirom, A., & Melamed, S. (2006). A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. *International Journal of Stress Management*, 13(2), 176.
- Sibbald, B., Bojke, C., & Gravelle, H. (2003). National survey of job satisfaction and retirement intentions among general practitioners in england. *British Medical Journal*, 326, 22.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27.
- Siegrist, J., & Marmot, M. (2004). Health inequalities and the psychosocial environment—two scientific challenges. *Social Science & Medicine*, 58(8), 1463-1473.
- Singh, K., & Yu, X. (2010). Psychometric evaluation of the connor-davidson resilience scale (CD-RISC) in a sample of indian students. *Journal of Psychology*, 1(1), 23-30.
- Sirgy, M. J., Efraty, D., Siegel, P., & Lee, D. (2001). A new measure of quality of work life (QWL) based on need satisfaction and spillover theories. *Social Indicators Research*, 55(3), 241-302.
- Sobel, M. E. (1982). Asymptotic confidence intervals for indirect effects in structural equation models. *Sociological Methodology*, 13, 290-312.
- Sparks, K., Faragher, B., & Cooper, C. L. (2001). Well-being and occupational health in the 21st century workplace. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 74(4), 489-509.

- Van Laar, D., Edwards, J. A., & Easton, S. (2007). The Work-Related quality of life scale for healthcare workers. *Journal of Advanced Nursing, 60*(3), 325-333.
- Van Yperen, N. W., & Snijders, T. A. (2000). A multilevel analysis of the demands-control model: Is stress at work determined by factors at the group level or the individual level? *Journal of Occupational Health Psychology, 5*(1), 182.
- Vancouver, J. B., More, K. M., & Yoder, R. J. (2008). Self-efficacy and resource allocation: Support for a nonmonotonic, discontinuous model. *Journal of Applied Psychology, 93*(1), 35.
- Warr, P. (1987). *Work, unemployment, and mental health*. New York: Oxford University Press.
- Warr, P. (2007). *Work, happiness, and unhappiness*. London: Psychology Press.
- Wayne, J. H., Grzywacz, J. G., Carlson, D. S., & Kacmar, K. M. (2007). Work-family facilitation: A theoretical explanation and model of primary antecedents and consequences. *Human Resource Management Review, 17*(1), 63-76.
- Wilson, M. G., DeJoy, D. M., Vanderberg, R. J., Richardson, H. A., & McGrath, A. L. (2004). Work characteristics and employee health and well-being: Test of a model of healthy work organization. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 77*, 565-588.
- Xanthopoulou, D., Baker, A. B., Heuven, E., Demerouti, E., & Schaufeli, W. B. (2008). Working in the sky: A diary study on work engagement among flight attendants. *Journal of Occupational Health Psychology, 13*(4), 345.

Yang, L., Che, H., & Spector, P. E. (2008). Job stress and well-being: An examination from the view of person-environment fit. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 81(3), 567-587.

ANEXOS.

ANEXO I. Instrumentos.

Escala de información sociodemográfica

Por favor responda a continuación a una serie de preguntas sociodemográficas. Estos datos serán agregados junto al resto de cuestionarios y serán usados confidencialmente con fines estadísticos, nunca se harán llegar a otras personas de su empresa/organización. No debe indicar su nombre en ningún momento con objeto de asegurar el anonimato de sus respuestas.

- Sexo: Hombre ___ Mujer ___
- Edad: ___ años.
- Cuánto tiempo ha trabajado de forma continuada en su actual empresa u organización: Aproximadamente ___ años (si lleva justo 1 año o menos, indique "1").
- ¿Qué relación contractual mantiene con su empresa/organización?
Permanente/indefinido _____ Temporal _____
- Su contrato es:
A tiempo completo _____ A tiempo parcial _____
- ¿Cuántas horas trabaja una semana típica o estándar?:
Aproximadamente ___ horas.
- Durante el último año, ¿cuántos días estuvo de baja laboral por motivos de salud?: Aproximadamente _____ días (no contabilice permisos por matrimonio, de maternidad/paternidad o similares).
- ¿Tiene usted alguna discapacidad? Sí ___ No ___
- ¿Cuál es su profesión?
Médico/a ___ Enfermero/a ___ Auxiliar de Enfermería

- ¿En qué departamento/servicio/área/Unidad de Gestión Clínica trabaja?
- ¿Cuál es su principal ocupación en el trabajo?

Cuestionario de Riesgos Psicosociales.

Este cuestionario pretende recoger información sobre algunos factores relacionados con su trabajo. Le rogamos responda con sinceridad, marcando con una X cada una de las afirmaciones que lo conforman si es verdadera (V) o falsa (F). Le agradecemos de antemano su colaboración.

DEMANDAS DE TRABAJO	V	F
1. Mi trabajo consiste en realizar ciclos de tareas cortas y repetitivas, carentes de significado.		
2. Mi puesto de trabajo tiene asignadas unas tareas generales e imprecisas.		
3. En mi trabajo, se me encomiendan tareas que exigen un nivel de capacitación superior o inferior al que poseo.		
4. Mi trabajo exige, por razones de procedimiento o norma legal, el cumplimiento de unos plazos temporales estrictos.		
5. Mi horario laboral es rotatorio.		
6. Mi horario laboral es nocturno.		
7. En ocasiones, mi jornada laboral es de más de ocho horas.		
8. En ocasiones, el periodo entre jornadas laborales es inferior a 12 horas.		
9. Los horarios de entrada y salida del trabajo dificultan mi vida familiar y/o social.		
10. No dispongo de información sobre las funciones y responsabilidades de mi puesto de trabajo.		
11. Suelo recibir órdenes o demandas de trabajo de dos o más líneas de autoridad.		
12. En mi trabajo, se pueden cometer errores que acarrear graves consecuencias para:		
A) los procesos o procedimientos de trabajo; por ejemplo, su interrupción durante una hora o más.		
B) los recursos o medios técnicos; por ejemplo, averías o daños irreparables.		
C) la salud o el bienestar de otras personas.		
13. Mi trabajo implica contacto directo con usuarios cuya problemática personal es grave o cuyo comportamiento es un obstáculo para la prestación del servicio.		
14. Los recursos disponibles para la realización mis tareas laborales son insuficientes.		
15. En mi trabajo, son frecuentes las averías, defectos o mal funcionamiento de los equipos de trabajo o software.		
16. En mi trabajo, no se me informa a tiempo o de manera pertinente acerca de los cambios en las condiciones de trabajo.		

CONTROL DEL TRABAJO	V	F
17. En mi trabajo, es posible realizar pausas o cambiar de actividad a lo largo de la jornada laboral.		
18. Puedo controlar y programar mi ritmo de trabajo.		
19. Puedo tomar decisiones sobre algunos aspectos relativos a las tareas laborales que tengo asignadas.		
20. En mi trabajo, está previsto que hacer ante la ocurrencia de acontecimientos inesperados.		
21. Participo en la confección de los turnos o distribución de tareas.		
22. En cierta medida, he podido elegir a mis compañeros de trabajo.		
23. Mi opinión es tenida en cuenta a la hora de tomar decisiones respecto a la planificación del trabajo, asignación de tareas o adquisición de medios técnicos.		
24. Tengo información sobre la eficacia de mi trabajo.		
25. En mi trabajo, tengo oportunidades de formación, aprendizaje y desarrollo de habilidades.		
26. En mi trabajo, tengo posibilidades de promocionar.		
APOYO SOCIAL	V	F
27. Tengo notificación del calendario de trabajo/s, al menos con una semana de antelación.		
28. Tengo una comunicación fluida con los supervisores inmediatos.		
29. La manera en que está organizado mi trabajo....		
A) Me permite compartir información relevante con mis compañeros.		
B) Me facilita la coordinación con ellos.		
C) Me permite resolver problemas y afrontar conflictos.		
30. Considero que el clima laboral en mi trabajo es amistoso y de colaboración.		

CRITERIO DE DECISIÓN:

Procede la evaluación detallada si se cumplen los siguientes criterios de forma conjunta:

La demanda es alta:

Si la respuesta al ítem 13 es "verdadero" ó si da 3 respuestas verdaderas en los ítem del 1 al 16.

El control es bajo:

2 respuestas "falso" en los ítems del 17 al 26.

El apoyo es escaso

"falso" a los ítem 27 y 28 ó "falso" en cualquiera de los ítem 29 o

30.

Escala de Autoeficacia en el Trabajo

En este cuestionario se le va a preguntar sobre el grado de confianza o de seguridad que usted tiene en poder hacer su trabajo bajo diversas circunstancias.

ESCALA DE CONFIANZA										
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Incapaz de poder hacerlo			Relativamente seguro de poder hacerlo				Seguro de poder hacerlo			

Para familiarizarse con la modalidad de respuesta en esta segunda prueba, por favor complete primero este ejercicio de práctica:

Si se le pidiese que levantara ahora mismo una serie de objetos de diferentes pesos, ¿qué nivel de confianza tiene acerca de poder levantar cada uno de los pesos descritos a continuación?

Fortaleza física:	CONFIANZA (0-100)
Levantar un objeto de 10 Kg	
Levantar un objeto de 20 Kg	
Levantar un objeto de 50 Kg	
Levantar un objeto de 80 Kg	
Levantar un objeto de 100 Kg	

Una vez realizado este ejercicio de práctica, pase la página y responda al cuestionario referido a su trabajo en el hospital. Si en su trabajo usted realiza tareas muy variadas, responda en general pensando en aquellas que usted realiza más habitualmente.

ESCALA DE CONFIANZA										
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Incapaz de poder hacerlo			Relativamente seguro de poder hacerlo				Seguro de poder hacerlo			

Por favor, estime qué nivel de seguridad tiene en poder REALIZAR EFICAZMENTE SU TRABAJO ante las siguientes circunstancias:

	Eficacia en mi trabajo:	CONFIANZA (0-100)
1	Si las instalaciones o el mobiliario son incómodos.	
2	Cuando tengo una cantidad excesiva de trabajo.	
3	Cuando no dispongo del tiempo que me gustaría para llevar a cabo un trabajo.	
4	Si me encargan un trabajo importante en el que cualquier error sería grave.	
5	Cuando tengo que hacer algo novedoso en lo que no tengo ninguna experiencia previa.	
6	Si no me informan sobre si lo estoy haciendo bien o no.	
7	Si no me siento identificado con lo que hago.	
8	Si no tengo claro cuáles son mis funciones.	
9	Si me encargan hacer algo y me parece que no debería corresponder a mis funciones.	
10	Cuando el trato es demasiado formal.	
11	Si el grupo en el que trabajo es un grupo poco unido.	
12	Cuando tengo que tratar con personas difíciles.	
13	Si creo que no tengo posibilidades de promocionar gracias a mi rendimiento.	
14	Cuando tengo que utilizar tecnologías complicadas.	
15	Si no tengo la posibilidad de participar en la toma de decisiones.	
16	Cuando necesito las aportaciones de diferentes personas o departamentos para completar un trabajo.	
17	Si no están claros los cauces o procedimientos a seguir.	
18	Cuando tengo problemas personales o familiares.	

Escala de Connor y Davidson

En la siguiente lista se indican frases relacionadas con aspectos importantes de su vida. Conteste a cada frase, rodeando con un círculo, el número que corresponda según el **grado en que está de acuerdo** con lo que se dice, según su forma de ser en el último mes. No hay contestaciones buenas ni malas, pues cada uno tiene su forma de pensar, sentir y comportarse.

Nada de acuerdo	Raramente de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
0	1	2	3	4

1	Soy capaz de adaptarme a los cambios.	0	1	2	3	4
2	Tengo personas en las que puedo confiar y con las que me siento seguro.	0	1	2	3	4
3	Algunas veces dejo que el destino o Dios me ayuden.	0	1	2	3	4
4	Puedo resolver cualquier acontecimiento que se me presente.	0	1	2	3	4
5	Los éxitos pasados me ayudan a alcanzar nuevos desafíos con confianza.	0	1	2	3	4
6	Veo el lado divertido de las cosas.	0	1	2	3	4
7	Afrontar el estrés, me fortalece.	0	1	2	3	4
8	Tiendo a recuperarme de las enfermedades o de las dificultades.	0	1	2	3	4
9	Pienso que las cosas ocurren por alguna razón.	0	1	2	3	4
10	Me esfuerzo al máximo en cada ocasión.	0	1	2	3	4
11	Puedo conseguir mis metas.	0	1	2	3	4
12	Cuando parece que irremediamente algo no tiene solución no abandono.	0	1	2	3	4
13	Sé a dónde acudir a por ayuda.	0	1	2	3	4
14	Bajo presión, me concentro y pienso claramente.	0	1	2	3	4
15	Prefiero tomar la iniciativa cuando hay que resolver un problema.	0	1	2	3	4

16	No me desanimo fácilmente por el fracaso.	0	1	2	3	4
17	Pienso que soy una persona fuerte.	0	1	2	3	4
18	Tomo decisiones difíciles o impopulares.	0	1	2	3	4
19	Puedo manejar sentimientos desagradables.	0	1	2	3	4
20	Sigo los presentimientos que tengo.	0	1	2	3	4
21	Tengo muy claro por donde quiero ir en mi vida.	0	1	2	3	4
22	Siento que controlo mi vida.	0	1	2	3	4
23	Me gustan los desafíos.	0	1	2	3	4
24	Trabajo para conseguir mis metas.	0	1	2	3	4
25	Me siento orgulloso de mis logros.	0	1	2	3	4

Shirom–Melamed Burnout Measure (SMBM)

¿Cómo se siente usted en el trabajo?

La siguiente es una lista de sentimientos que todos experimentamos de vez en cuando en el trabajo. Por favor, indique la frecuencia de aparición de cada uno durante el horario de trabajo en el último mes.

Casi Nunca	Muy infrecuente	Bastante infrecuente	A veces	Bastante frecuente	Muy frecuente	Casi Siempre
1	2	3	4	5	6	7

1	Me siento cansado.	1 2 3 4 5 6 7
2	Me siento físicamente agotado.	1 2 3 4 5 6 7
3	Me siento físicamente exhausto.	1 2 3 4 5 6 7
4	No tengo energía para ir a trabajar por las mañanas.	1 2 3 4 5 6 7
5	Me siento consumido.	1 2 3 4 5 6 7
6	Siento que mis “baterías” emocionales están “gastadas”.	1 2 3 4 5 6 7
7	Me siento emocionalmente quemado en mi trabajo.	1 2 3 4 5 6 7
8	Me siento emocionalmente fatigado.	1 2 3 4 5 6 7
9	Me siento demasiado cansado para pensar con claridad.	1 2 3 4 5 6 7
10	Tengo dificultad para concentrarme.	1 2 3 4 5 6 7
11	Mi proceso de pensamiento es lento.	1 2 3 4 5 6 7
12	Tengo dificultad para pensar en cosas complejas.	1 2 3 4 5 6 7

Shirom-Melamed Vigor Measure (SMVM)

¿Cómo se siente usted en el trabajo?

Debajo hay una serie de afirmaciones que describen diferentes sensaciones que puede experimentar en el trabajo. Por favor. Indique con qué frecuencia ha sentido cada una durante los últimos 30 días laborables.

Casi Nunca	Muy infrecuente	Bastante infrecuente	A veces	Bastante frecuente	Muy frecuente	Casi Siempre
1	2	3	4	5	6	7

1	Me siento lleno de energía.	1 2 3 4 5 6 7
2	Siento que tengo Fortaleza física.	1 2 3 4 5 6 7
3	Me siento vigoroso.	1 2 3 4 5 6 7
4	Me siento enérgico.	1 2 3 4 5 6 7
5	Me siento con vitalidad.	1 2 3 4 5 6 7
6	Siento que puedo pensar con flexibilidad.	1 2 3 4 5 6 7
7	Siento que pienso rápidamente.	1 2 3 4 5 6 7
8	Me siento capaz de contribuir con nuevas ideas.	1 2 3 4 5 6 7
9	Me siento capaz de ser creativo.	1 2 3 4 5 6 7
10	Me siento totalmente inmerso en lo que hago y disfrutando de ello.	1 2 3 4 5 6 7
11	Me siento capaz de mostrarme cálido con los demás.	1 2 3 4 5 6 7
12	Me siento capaz de ser sensible a las necesidades de compañeros y pacientes.	1 2 3 4 5 6 7
13	Me siento capaz de implicarme emocionalmente con compañeros y pacientes.	1 2 3 4 5 6 7
14	Me siento capaz de ser comprensivo con compañeros y usuarios.	1 2 3 4 5 6 7

Encuesta de Bienestar y Trabajo (UWES)

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

Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Regularmente	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
0	1	2	3	4	5	6
Ninguna vez	Pocas veces al año	Como máximo una vez al mes	Pocas veces al mes	Una vez por semana	Pocas veces por semana	Todos los días

1	En mi trabajo me siento lleno de energía.	0 1 2 3 4 5 6
2	Mi trabajo está lleno de significado y propósito.	0 1 2 3 4 5 6
3	El tiempo vuela cuando estoy trabajando.	0 1 2 3 4 5 6
4	Soy fuerte y vigoroso en mi trabajo.	0 1 2 3 4 5 6
5	Estoy entusiasmado con mi trabajo.	0 1 2 3 4 5 6
6	Cuando estoy trabajando olvido todo lo que pasa alrededor de mi.	0 1 2 3 4 5 6
7	Mi trabajo me inspira.	0 1 2 3 4 5 6
8	Cuando me levanto por las mañanas tengo ganas de ir a trabajar.	0 1 2 3 4 5 6
9	Soy feliz cuando estoy absorto en mi trabajo.	0 1 2 3 4 5 6
10	Estoy orgulloso del trabajo que hago.	0 1 2 3 4 5 6
11	Estoy inmerso en mi trabajo.	0 1 2 3 4 5 6
12	Puedo continuar trabajando durante largos periodos de tiempo.	0 1 2 3 4 5 6
13	Mi trabajo es retador.	0 1 2 3 4 5 6
14	Me “dejo llevar” por mi trabajo.	0 1 2 3 4 5 6
15	Soy muy persistente en mi trabajo.	0 1 2 3 4 5 6
16	Me es difícil “desconectarme” de mi trabajo.	0 1 2 3 4 5 6
17	Incluso cuando las cosas no van bien, continúo trabajando.	0 1 2 3 4 5 6

Cuestionario de Calidad de Vida Laboral. WRQoL.

Las siguientes afirmaciones se refieren a diferentes circunstancias o sentimientos que usted puede experimentar en su trabajo. Indique el grado en el que está de acuerdo con cada una de ellas, según la siguiente escala.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

1	Tengo un claro conjunto de metas y objetivos que me posibilita hacer mi trabajo.	1 2 3 4 5
2	Me siento capaz de expresar mis opiniones y generar cambios en mi área de trabajo	1 2 3 4 5
3	Tengo la oportunidad de utilizar mis capacidades en mi puesto de trabajo.	1 2 3 4 5
4	Actualmente me siento bien en mi vida.	1 2 3 4 5
5	La institución para la que trabajo me ofrece los medios y flexibilidad suficiente para compaginar mi trabajo con mi vida familiar.	1 2 3 4 5
6	Mi horario de trabajo actual se adapta a mis circunstancias personales	1 2 3 4 5
7	Me siento bajo presión en el trabajo con frecuencia.	1 2 3 4 5
8	Cuando realizo un buen trabajo es reconocido por mis superiores.	1 2 3 4 5
9	Me he sentido infeliz y deprimido últimamente.	1 2 3 4 5
10	Estoy satisfecho con mi vida	1 2 3 4 5
11	Me siento alentado/animado a desarrollar nuevas habilidades	1 2 3 4 5
12	Me implico en las decisiones que afectan a mi área de trabajo	1 2 3 4 5
13	La institución en la que trabajo me proporciona lo que necesito para hacer mi trabajo con eficacia.	1 2 3 4 5
14	Mis superiores promueven de forma activa horarios de trabajo flexibles.	1 2 3 4 5
15	En la mayoría de los aspectos mi vida es casi ideal.	1 2 3 4 5
16	Trabajo en un entorno laboral seguro.	1 2 3 4 5
17	Por lo general, las cosas me van bien.	1 2 3 4 5

18	Estoy satisfecho con las oportunidades de promoción que dispongo en mi actual trabajo.	1	2	3	4	5
19	Siento a menudo niveles de estrés excesivos en el trabajo	1	2	3	4	5
20	Estoy satisfecho con la formación que recibo para llevar a cabo las tareas de mi actual puesto de trabajo.	1	2	3	4	5
21	Me he sentido razonablemente feliz últimamente al considerar todos los aspectos mi vida.	1	2	3	4	5
22	Las condiciones de trabajo son satisfactorias.	1	2	3	4	5
23	Me implico en las decisiones de mi área de trabajo que afectan a los usuarios.	1	2	3	4	5
24	Estoy satisfecho con la calidad de mi vida laboral en general.	1	2	3	4	5

ANEXO II. Informe del Comité de Ética de la Investigación de Centro H.U. Virgen del Rocío.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

**INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE CENTRO H.U.
VIRGEN DEL ROCIO**

El Comité de Ética de la Investigación de centro H.U. Virgen del Rocío de Sevilla, reunido en la Sesión Ordinaria celebrada el día veintiuno de diciembre de dos mil once y según consta en el acta 11/11, ha valorado el estudio presentado por **D. José Ignacio Villar Navarro**, titulado:

“Condiciones de trabajo y calidad de vida laboral en profesionales de la salud: el papel modulador de la resiliencia sobre el síndrome de burnout y el engagement”.

Se emite **INFORME FAVORABLE**

En Sevilla, a nueve de enero de dos mil doce



Fdo.: Roberto Marín Gil
Secretario