

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

**Significado del trabajo y estrés percibido en cuidados paliativos:
factores asociados**

**Meaning of work and perceived stress in palliative care: associated
factors**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Beatriz Moreno Milán

Directores

**Antonio Cano Vindel
Pedro López Dóriga**

Madrid, 2016

Tesis Doctoral

**SIGNIFICADO DEL TRABAJO Y ESTRÉS PERCIBIDO
EN CUIDADOS PALIATIVOS: FACTORES ASOCIADOS**



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MEANING OF WORK AND PERCEIVED STRESS IN
PALLIATIVE CARE: ASSOCIATED FACTORS

BEATRIZ MORENO MILÁN

Antonio Cano Vindel

Pedro López Dóriga

Madrid, 2015

Agradecimientos

A mis padres, por su humildad y su esfuerzo. Por hacer de sus tres hijos el sentido de su lucha. Por darme la vida, por confiar en mí. Por ser buenas personas..

Mamá, qué hubiera sido de mi sin tu perseverancia en momentos difíciles! Gracias por hacer de este proyecto un sueño tuyo. Papá, gracias por seguirme enseñando el valor la esperanza. Os quiero tanto..

A mis hermanos pequeños, Nari y Chuni, por darle sentido a mi vida. Por su amor incondicional, siempre. Sois grandes. Sois lo primero. Os amo.

A Antonio Cano, eres mucho más que un director de tesis. Gracias por compartir vida.

A Pedro Lopez-Doriga, eres el mejor director y compañero. Gracias por acompañarme siempre que te lo pido. Gracias por enseñarme a crecer.

A Cristina Coca, por nuestra amistad de años. Eres mi “Magnánima”. Tu generosidad y tu paciencia no tienen límites. Me has vuelto a sorprender. Sin ti no hubiera podido llegar aquí. Lo tengo claro, lo sabes?.

A Antonio Moya. . . pero ¿cómo no te voy a querer?! Eres el mejor. Admiro tus ojos, que ven lo que nadie más ve. Gracias también por las correcciones, pero sobre todo por estar siempre cerca. Gracias por seguir a mi lado, con tu sabiduría y tu cariño. Mi vida es mejor desde que formas parte de ella. Te debo tanto..

A Pilar González y Elena Escudero, por confiar en mis capacidades. Por obligarme a hacer esta tesis. Gracias por escucharme, por aguantarme, por ayudarme a crecer. Gracias siempre por su confianza en mí desde el primer día. Por ayudarme en los momentos difíciles. Por estar en mi vida. Por

quererme ..

A Leonardo Mendrano y Lola Martín, por su valiosa ayuda en la metodología de esta investigación..

A Héctor Cuevas. Eres un gran profesional, pero mejor persona.

A Enric Benito, por su aportación en esta investigación. Por su apoyo y su paciencia. Gracias de corazón.

Gracias a Fernando Chacón, por su eterna confianza y su valioso tiempo. Eres un gran amigo.

Gracias desde lo más profundo, a todos aquellos pacientes y allegados que se han cruzado en los últimos 15 años de mi vida. Soy porque hemos sido juntos. Os debo mis mejores momentos, mi inspiración y mi vitalidad. Compartir vuestras vidas conmigo, han dado valor a la mía. Gracias. Gracias. Gracias..

Al Hospital La Fuenfría, por elegirme. Gracias a Eli, a Modo y a Manuel Galindo, por ese respeto que siempre he recibido..y que siempre se ha transformado en oportunidades. Os debo mucho. Gracias, siempre.

Gracias a Loli, a Pilar, a Nora, a Miguelón, a Aurora..y a todos mis compañeros de la unidad de cuidados paliativos: sois los mejores. . .

Por último, mi más profundo y sincero agradecimiento a todos los profesionales que han colaborado amablemente en este estudio. Gracias a las unidades de paliativos Virgen de la Poveda, Guadarrama, Los Camilos, SEAR, Fundación San José, La Laguna, Baleares y La Fuenfría...

Dedicatoria

A todos los profesionales de cuidados paliativos

Índice General

Índice General	IV
Índice de Figuras	X
Índice de Tablas	XI
Resumen	1
Abstract	5
1. INTRODUCCIÓN	10
2. SIGNIFICADO DEL TRABAJO	19
2.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS	19
2.2. SIGNIFICADO DEL TRABAJO Y BIENESTAR PSICOLÓGICO	24
2.3. SIGNIFICADO DEL TRABAJO Y ESTRÉS	25
2.3.1. Modelos Teóricos del Significado del Trabajo y Estrés	27
2.3.2. Otros Modelos de Significado del Trabajo	28
2.4. SIGNIFICADO, ESTRÉS Y CUIDADOS PALIATIVOS	28
3. ESTRÉS Y TRABAJO	32
3.1. APROXIMACIÓN TEÓRICA	32
3.2. MODELO DE LAZARUS Y FOLKMANN	34
3.3. ESTRÉS Y SALUD DEL PROFESIONAL	36
3.3.1. Bienestar Psicológico	36

Índice General

3.3.2.	Bienestar Laboral y Bienestar Psicológico	39
3.3.2.1.	Condiciones de Trabajo	41
3.3.2.2.	Condiciones Organizacionales	42
3.3.3.	Factores Psicosociales de Riesgo	44
3.3.4.	Riesgos Psicosociales	45
3.3.4.1.	Trabajo emocional	47
3.3.4.2.	Inseguridad contractual	48
3.3.4.3.	Conciliación familia-trabajo	49
3.3.4.4.	El estrés	49
3.4.	ESTRÉS Y PROFESIONES ASISTENCIALES	50
3.4.1.	Aproximación Teórica	51
3.4.2.	Estrés y Profesionales Cuidados Paliativos	53
3.4.2.1.	Burnout	55
3.4.2.2.	Fatiga por Compasión	56
3.5.	PRINCIPALES PERSPECTIVAS EN EL ESTUDIO DEL ES- TRÉS ASISTENCIAL	57
3.5.1.	Perspectiva Clínica	57
3.5.2.	Perspectiva Psicosocial	58
3.5.3.	Perspectiva Sociocultural	60
4.	MODELOS TEÓRICOS DE LA SALUD OCUPACIONAL	61
4.1.	MODELOS DE PÉRDIDA DE RECURSOS	61
4.1.1.	Modelo Transaccional del Estrés	61
4.1.1.1.	Modelo Transaccional de Moreno-Jiménez	61
4.1.2.	Modelo de Conservación de Recursos	63
4.1.3.	Modelos de Demandas y Recursos	65
4.1.3.1.	Modelo Demandas-Control	65
4.1.3.2.	Modelo de Demandas y Recursos Laborales	68
4.2.	MODELOS DE RECURSOS PERSONALES	69
4.2.1.	Modelo de Capital Psicológico	69
4.2.1.1.	Optimismo	70
4.2.1.2.	Autoeficacia	71
4.2.1.3.	Esperanza	71

Índice General

4.2.1.4. Resiliencia	72
4.2.2. Modelo de Autoevaluaciones Básicas	73
4.2.2.1. Autoestima	73
4.2.2.2. Autoeficacia	75
4.2.2.3. Locus de Control	75
4.2.2.4. Neuroticismo	75
4.3. MODELOS DE AJUSTE-DESAJUSTE	76
4.3.1. Modelos de Ajuste-Desajuste	76
4.3.1.1. Modelo de Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa	76
4.3.1.2. Modelo de Maslach y Leiter	78
4.3.1.3. Modelo de Ajuste Persona-Ambiente de Harrison	79
4.4. MODELOS DE SOBRE Ó BAJA ESTIMULACIÓN	80
4.4.1. Modelo Vitamínico de Warr	80
4.5. OTROS MODELOS SOBRE SALUD OCUPACIONAL	83
4.5.1. Modelo: Burnout como proceso de desilusión en la profesión de ayuda.	83
4.5.2. Modelo de facetas ampliado de Beehr y Newman	84
5. MODELO DE ESTUDIO DEL SIGNIFICADO DEL TRABAJO, ESTRÉS PERCIBIDO Y FACTORES ASOCIADOS	86
5.1. INTRODUCCIÓN	86
5.2. DEMANDAS LABORALES	88
5.3. RECURSOS LABORALES	89
5.4. INTERACCIÓN ENTRE DEMANDAS Y RECURSOS LABORALES	90
5.5. MODELO DE DEMANDAS Y RECURSOS LABORALES: EFECTO AMORTIGUADOR Y POTENCIADOR	93
5.6. MODELO DE DEMANDAS Y RECURSOS LABORALES: SIGNIFICADO DEL TRABAJO Y ESTRÉS	95
5.6.1. Job Crafting	96
5.6.2. Intervenciones en Demandas y Recursos Laborales	98
5.7. EL PROCESO DE MOTIVACIÓN	99

Índice General

5.7.1. Motivación Intrínseca	99
5.7.2. Teoría de la Autodeterminación	101
5.7.3. Motivación Extrínseca	108
6. DEMANDAS Y RECURSOS EN PROFESIONALES DE CUIDADOS PALIATIVOS	110
6.1. INTRODUCCIÓN	110
6.2. LOS RECURSOS PERSONALES	111
6.2.1. El Papel de los Recursos Psicológicos	112
6.2.1.1. Optimismo: Un Recurso Psicológico	113
6.2.1.2. Autoestima: Un Recurso Psicológico	115
6.2.2. El Papel de los Recursos en Profesiones Asistenciales .	116
6.3. DEMANDAS Y RECURSOS EN PROFESIONALES DE CUIDADOS PALIATIVOS	117
6.3.1. Características Demográficas de los Profesionales de Cuidados Paliativos	119
6.3.1.1. Edad/Años de Experiencia	119
6.3.1.2. Género	120
6.3.1.3. Estado Civil	120
6.3.1.4. Tipo de Profesión	121
6.3.1.5. Número de Horas de Trabajo a la Semana . .	121
6.3.1.6. Espiritualidad y Creencias Religiosas	122
7. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	125
7.1. HIPÓTESIS GENERAL	125
7.2. OBJETIVO GENERAL	125
7.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	126
8. MATERIAL Y MÉTODO	127
8.1. DISEÑO DEL ESTUDIO	127
8.2. PARTICIPANTES	128
8.2.1. Criterios de Inclusión	128
8.2.2. Criterios de Exclusión	129
8.3. PROCEDIMIENTO	129

Índice General

8.4. INSTRUMENTOS DE MEDIDA	130
8.4.1. Variables Sociodemográficas	130
8.4.2. Variables No Sociodemográficas	130
8.4.2.1. Cuestionario de Significado del Trabajo (CST)	130
8.4.2.2. Cuestionario de Estrés Percibido (CEP) . . .	131
8.4.2.3. Cuestionario de Optimismo Disposicional (LOT-R)	132
8.4.2.4. Escala de Autoestima (EAR)	133
8.4.2.5. Escala de Satisfacción con la Vida (ESV) . .	134
8.4.2.6. Escala de Vitalidad Subjetiva (EVS)	135
8.4.2.7. Escala de Crecimiento Personal (ECP)	135
9. RESULTADOS	139
9.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA	139
9.2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS VARIABLES EN ESTUDIO	142
9.3. ANÁLISIS COMPARATIVO Y CORRELACIONAL DE LAS VARIABLES EN ESTUDIO	142
9.4. ANÁLISIS DE CORRELACIONES BIVARIADAS	151
9.5. ANÁLISIS Y CONTRASTE DE UN MODELO EXPLICATIVO DEL SIGNIFICADO DEL TRABAJO	154
9.5.1. Propuesta de un modelo de Significado del Trabajo en cuidados paliativos	154
10. DISCUSIÓN	157
10.1. DISCUSIÓN	157
10.2. FORTALEZAS	164
10.3. LIMITACIONES	165
10.4. IMPLICACIONES PRÁCTICAS Y FUTURAS INVESTIGACIONES	168
10.5. CONCLUSIONES FINALES	173
11. ANEXOS	175
Anexo A: Consentimiento Informado	176

Índice General

Anexo B: Datos Sociodemográficos	178
Anexo C: Cuestionario de Significado del Trabajo (CST)	180
Anexo D: Cuestionario de Estrés Percibido (CEP)	182
Anexo E: Cuestionario de Optimismo Disposicional (LOT-R)	184
Anexo F: Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)	186
Anexo G: Escala de Satisfacción con la Vida (ESV)	188
Anexo H: Escala de Vitalidad Subjetiva (EVS)	190
Anexo I: Escala de Crecimiento Personal (ECP)	192
Anexo J: Estadísticos Descriptivos	194
Anexo K: Análisis de Diferencias según Sexo	197
Anexo L: Análisis de Diferencias según Convivencia	200
Anexo M: Análisis de Diferencias según Contratación	203
Anexo N: Correlaciones Bivariadas	206

Bibliografía

208

Índice de Figuras

3.1. Modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicossomáticos.	35
4.1. Modelo procesual y transaccional de Desgaste Profesional (Moreno-Jiménez, Alonso, y Álvarez, 1998)	62
4.2. Modelo teórico sobre la conservación de los recursos.	65
4.3. Predicciones del modelo de Demandas – Control (1979).	67
4.4. Modelo Extendido sobre demandas y recursos laborales (Demerouti, Bakker, Nachreiner, y Schaufeli, 2000).	69
4.5. Modelo Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa.	78
4.6. Modelo de Edelwich y Brodsky (1980).	84
4.7. Modelo de facetas ampliado de Beehr y Newman (Beehr y Newman, 1978).	85
5.1. Modelo de Demandas y Recursos Laborales (MDRL).	92
5.2. Predictores en el Modelo de Demandas y Recursos Laborales (MDRL).	94
5.3. Esquema de las mini-teorías que forman la teoría de la Autodeterminación (TAD) (Almagro, Sáenz-López, y Moreno-Murcia, 2012).	102
5.4. Continuo de autodeterminación (Ryan y Deci, 2000a, 2000b).	105
9.1. Representación Path del modelo de Significado del Trabajo.	154
9.2. β Estandarizados del Modelo de Significado del Trabajo (M2).	155
10.1. Representación Path del modelo de Significado del Trabajo.	159

Índice de Tablas

3.1. Factores Psicosociales de Riesgo ó de Estrés Psicosocial. . . .	43
4.1. Principales características laborales que afectan a la felicidad e infelicidad.	82
9.1. Distribución de la muestra por categoría profesional.	140
9.2. Características Sociodemográficas de los participantes	141
9.3. Estadísticos descriptivos.	143
9.4. Análisis de diferencias según sexo.	144
9.5. Análisis de diferencias según tipo de convivencia.	145
9.6. Análisis de diferencias según contratación.	145
9.7. Correlaciones con la edad, experiencia laboral y número de hijos.	146
9.8. Análisis de diferencias según Centros y Significado del trabajo.	147
9.9. Análisis de diferencias según Centros y Estrés Percibido. . . .	148
9.10. Análisis de diferencias según Centros y Optimismos.	148
9.11. Análisis de diferencias según Centros y Satisfacción con la Vida.	149
9.12. Análisis de diferencias según Centros y Vitalidad Subjetiva. .	149
9.13. Análisis de diferencias según Centros y Autoestima.	150
9.14. Análisis de diferencias según Centros y Crecimiento personal.	150
9.15. Análisis de diferencias entre variables según categoría profesional (MANOVA).	152
9.16. Correlaciones bivariadas,	153
9.17. Índices de Ajuste del Modelo.	156



Universidad
Complutense
Madrid

SIGNIFICADO DEL TRABAJO Y ESTRÉS PERCIBIDO EN CUIDADOS PALIATIVOS: FACTORES ASOCIADOS

Resumen

INTRODUCCIÓN

El equilibrio entre la vida personal y profesional es un reto constante. En profesionales de cuidados paliativos este equilibrio puede ser especialmente difícil debido a las demandas propias de este trabajo. Nuestra investigación ha tratado de profundizar en el conocimiento de los recursos personales que pueden estar asociados para lograrlo.

OBJETIVOS

Nuestro estudio investigó el grado de interrelación entre el significado del trabajo y el nivel de estrés percibido, así como otros recursos personales como

la autoestima, el optimismo, la satisfacción con la vida, la vitalidad subjetiva, el crecimiento personal y otras variables sociodemográficas en profesionales de cuidados paliativos del territorio español.

MÉTODO

Se realizó un estudio transversal en un grupo de profesionales asistenciales de diferentes categorías (médicos, psicólogos, diplomados de enfermería, trabajadores sociales, auxiliares de enfermería, fisioterapeutas y capellanes) que desarrollan su actividad en unidades de cuidados paliativos de hospitales de media estancia de Madrid y Baleares. Se recogieron variables sociodemográficas (edad, sexo, tipo de convivencia, número de hijos, años de experiencia laboral en cuidados paliativos, práctica de alguna espiritualidad/ religión) y no sociodemográficas. Para estas últimas se administraron los siguientes cuestionarios: *Cuestionario de Significado en el Trabajo*, *Cuestionario de Estrés Percibido*, *Cuestionario de Optimismo Disposicional*, *Escala de Satisfacción con la Vida*, *Escala de Vitalidad Subjetiva*, *Escala de Autoestima* y *Escala de Crecimiento Personal*.

Se examinó si existían diferencias según el centro específico de trabajo y categoría profesional mediante un análisis multivariado de varianza (MANOVA). Por último, se llevó a cabo un *análisis de senderos* con el programa AMOS. Se calcularon las medidas de ajustes absolutos (es decir *chi cuadrados* y RMSEA) y medidas de ajustes incrementales (CFI y GFI). Se siguieron las recomendaciones de la literatura con respecto a los ajustes del tipo de corte que se considera satisfactorio (Hu y Bentler, 1998); es decir, valores entre 0,05 y 0,08 para el RMSEA; y valores superiores a 0,90 para los índices CFI y GFI. Se consideró significativa una $p < 0,05$.

RESULTADOS

Un total de 189 profesionales participaron en nuestro estudio con una tasa de respuesta del 95 %. No se encontraron diferencias entre ninguna de las

variables estudiadas en relación con la edad, sexo, tipo de convivencia y contratación, número de hijos y la duración de la experiencia profesional en los cuidados paliativos.

Encontramos los resultados que exponemos a continuación: (a) una correlación negativa entre el significado del trabajo y el estrés percibido; (b) el optimismo y la autoestima moderan el impacto del estrés en el significado que atribuyeron los profesionales a su trabajo (c) el significado del trabajo estuvo mediatizado por el efecto del estrés en la vitalidad, el crecimiento personal y la satisfacción con la vida; y finalmente, (d) la vitalidad y el crecimiento personal fueron variables que tuvieron una influencia positiva directa en la satisfacción vital.

Se observó que la autoestima no tenía una asociación estadísticamente significativa con el significado del trabajo. En definitiva, el modelo propuesto ha mostrado su elevado poder explicativo con el 49,5 % de de la varianza en la satisfacción de vida, el 43 % de la vitalidad subjetiva y el 36 % del crecimiento personal.

CONCLUSIONES

Nuestros resultados mostraron que el modelo propuesto tiene un excelente poder explicativo global. Las variables personales estudiadas como satisfacción con la vida, el optimismo, la autoestima, la vitalidad, el crecimiento personal y el significado del trabajo podrían ser recursos personales intrínsecos en este ámbito del trabajo con el final de la vida. Los profesionales de cuidados paliativos hacen frente a las demandas propias de esta especialidad como la exposición repetida a la muerte, desarrollando actitudes vitales útiles. Hemos encontrado que describen una mayor vitalidad, satisfacción con su vida y elevado crecimiento personal gracias a la naturaleza de su trabajo.

En definitiva, las variables positivas estudiadas podrían ser poderosos recursos intrínsecos para ayudar a los profesionales a prevenir el estrés y fa-

vorecer el balance entre sus vidas personal y profesional. Nuestros hallazgos realmente podrían tener importantes implicaciones prácticas y beneficiosas para todos. En primer lugar, para el profesional, pudiendo profundizar en el conocimiento de las demandas y recursos individuales y contribuyendo así a aumentar su bienestar. En segundo lugar, las repercusiones de este bienestar se podrían traducir en una mayor y mejor calidad en la atención. Por último y no menos importante, todo lo anterior puede favorecer la relación coste-beneficio para la organización, en términos de aumento de la satisfacción en el trabajo con todo lo que ello conlleva (p.ej. menor absentismo, reclamaciones y bajas laborales). Por todas estas razones y con nuestros hallazgos, ya podríamos implantar Programas centrados en el Cuidado Integral del Profesional, incluso ampliarlos a otras especialidades que también podrían beneficiarse, como oncología, pediatría, hematolo-oncología y cuidados intensivos.

Por tanto, se necesitan nuevas líneas de investigación con profesionales: cualitativas, profundizando en el conocimiento del papel los recursos individuales; longitudinales, comparando el principio de sus carreras y después de algún tiempo; e interculturales, estudiando la influencia determinante del contexto, tanto institucional como cultural.

PALABRAS CLAVE: *significado del trabajo, profesionales de cuidados paliativos, satisfacción con la vida, optimismo, vitalidad, autoestima, crecimiento personal, estrés*



Universidad
Complutense
Madrid

**MEANING OF WORK AND PERCEIVED STRESS
IN PALLIATIVE CARE:
ASSOCIATED FACTORS**

Abstract

CONTEXT

The balance between personal and professional life is a constant challenge. In palliative care this balance can be especially difficult due to the specific demands of nature of this medical speciality. Our research has sought to deepen the knowledge of personal resources to achieve that balance. Our research explored the factors which are associated with perceived work-related stress of health care professionals in palliative care.

GOALS

The study investigated the association between the meaning of work and the level of perceived stress in a multidisciplinary group of palliative care unit

professionals. The effect of established protective factors from work-related stress such as self-esteem, optimism, life satisfaction, vitality subjective, personal growth and demographic variables was also examined.

Our study investigated the degree of interaction between the meaning of work and the level of perceived stress and other personal resources such as self-esteem, optimism, life satisfaction, vitality subjective, personal growth and other demographic variables in professionals within Spanish territory.

METHODS

We carried out a cross-sectional study amongin a group of professionals (N=189) from different disciplines (physicians, psychologists, nursing graduates, social workers, nursing assistants, physiotherapists and chaplains) working in palliative care units in SpainSocio-demographic variables were collected and the following questionnaires were administered: using the Meaning of Work Scale, (MOW), Perceived Stress Questionnaire, (PSQ), Level of Optimism Test-Revised, (LOT-R) Satisfaction with Life Scale, (SWLS), Subjective Vitality Scale, (SVS), Rosenberg Self-Esteem Scale, (RSE) and Personal Growth (PG) Sscale.

We examined whether there were differences according to the workplace and professional discipline using a multivariate analysis of variance (MANOVA). Finally, an analysis of trails with AMOS program was carried out. Measures of absolute adjustments (i.e. chi square and RMSEA) and measures of incremental adjustments (CFI and GFI) were calculated. Recommendations of the literature were followed with respect to cutoff rate adjustments to be considered satisfactory (Hu & Bentler, 1998); that was values between .05 and .08 for the RMSEA; and values greater than .90 for CFI and GFI indexes. It was considered significant at $P < 0.05$. A cross-sectional study was conducted on a group of healthcare professionals from different categories (doctors, psychologists, qualified nurses, social workers, nursing assistants, physical physiotherapist and chaplains) working in palliative care units of

hospitals in Madrid and the Balearics. Socio-demographic variables were collected (age, sex, type of living, number of children, years of work experience in palliative care practice of any spirituality / religion) and the following questionnaires were administered: Questionnaire Meaning at Work, Perceived Stress Questionnaire, Questionnaire dispositional optimism, Satisfaction Scale with Life, Subjective Vitality Scale, Self-Esteem Scale and Scale Personal Growth.

It examined whether there were differences according to the specific workplace and professional category by multivariate analysis of variance (MANOVA). Finally, we conducted an analysis of trails with AMOS program. Absolute measurements were calculated adjustments (i.e. chi square and RMSEA) and measures incremental adjustments (CFI and GFI). The recommendations of the literature were followed with regard to rate adjustments is considered satisfactory (i.e. values between 0.05 and 0.08 for the RMSEA); and values greater than 0.90 for CFI and GFI indexes. It was considered significant at $P < 0.05$.

RESULTS

A total of 189 participants were recruited (response rate 95%). No differences between any of the variables studied (i.e. meaning of work, stress, optimism, self-esteem, life satisfaction, personal growth and vitality) were found based on age, gender, security contract, number of children and duration of professional experience in palliative care.

The explanatory value of the path analysis model was high. In fact 49.5% of the variance in life satisfaction, 43% of the vitality indicators and 36% of personal growth was explained. It was noted that the self-esteem did not have a statistically significant association with the meaning of work. We found the following results, (a) a negative correlation between meaning of work and perceived stress; (b) optimism and self-esteem moderated the impact of stress on the meaning attached to work in palliative care professionals;

(c) the meaning of work mediated the effect of stress on subjective vitality, personal growth and life satisfaction; and finally, (d) vitality and personal growth were variables that had a direct influence on life satisfaction. It was noted that self-esteem had no statistically significant association with the meaning of work. In short, the proposed model has shown its high explanatory power with 49.5 % of the variance in life satisfaction, 43 % of the vitality indicators and 36 % of personal growth.

CONCLUSIONS

A number of individual characteristics could allow palliative care professionals to feel stronger and learn to manage the balance between stress, demands and resources between their personal life and professional activity. In short, more qualitative cross-cultural and longitudinal studies are needed to substantiate our preliminary results, as our findings could have practical implications of great importance in prevention of health problems. Our results showed that the proposed model has an excellent overall explanatory power. Personal variables studied such as life satisfaction, optimism, self-esteem, vitality, personal growth and meaning of work could be intrinsic personal resources in this area of work with the end of life. Palliative care professionals faced their own demands because of specialty as repeated exposure to death, developed useful life attitudes. We have found that professionals had greater vitality, life satisfaction and high personal growth thanks to the nature of their work.

In short, positive variables studied could be powerful intrinsic resources to help professionals to prevent stress and promote balance between their personal and professional lives. Our findings may actually have important practical implications and benefits to all. First, benefits for professionals include deepening their understanding of the demands and their individual resources which help improve their welfare. Second, the welfare implications of this could translate into more and better quality care. Last but not least, all this can promote cost-effectiveness for the organization, in terms of increa-

sed job satisfaction with all that that entails (i.e. lower absenteeism, claims and sick leave). With our findings, and we could focus on implementing the Integral Care Professional Programs and even expand to other specialties that could also benefit, such as oncology, pediatrics, hematologic oncology and intensive care.

Therefore, the new lines of research are needed: qualitative, deepening understanding of the role of individual resources; longitudinal, comparing the beginning of their careers with a specific later period and intercultural, studying the determining influence of context, both institutional and cultural.

KEYWORDS: *meaning of work, palliative care professionals, satisfaction with life, optimism, vitality, self-esteem, personal growth, stress*

1

INTRODUCCIÓN

Los pacientes que se enfrentan a una enfermedad terminal experimentan, a menudo, un proceso de cambio en su visión de la vida, en sus prioridades y sus valores personales (Boston, Bruce, y Schreiber, 2011; Chan, Tin, y Wong, 2015; Ettema, Derksen, y van Leeuwen, 2010). A medida que avanza la enfermedad, aparecen necesidades nuevas y otras adquieren menos importancia. La relación con lo espiritual y la búsqueda de significado con frecuencia se intensifica (Fegg, L'hoste, Brandstätter, y Borasio, 2014) y nace el deseo de mejorar y fortalecer las relaciones con los seres queridos. Aunque algunos pacientes informan de un gran sufrimiento en el final de sus vidas y demandan una atención profesional más especializada, también muchos de ellos se hacen más resilientes (Fava y Tomba, 2009; Monroe y Oliviere, 2006) y experimentan crisis de tipo existencial que pueden ir asociadas a un crecimiento postraumático (Hong, Song, Liu, Wang, y Wang, 2014; Mystakidou et al.,

2008).

Fue Viktor Frankl, neurólogo judío superviviente del Holocausto, quien describió desde su propia experiencia la función de estas crisis existenciales en el proceso de adaptación a situaciones vitales adversas (Frankl, 1946). Desarrolló la logoterapia y postuló que la "voluntad significado" es inherente a todos los seres humanos hasta el último instante de nuestras vidas (Frankl, 1962). Describió la necesidad humana de vivir en un mundo "significativo, comprensible y único" definiendo algunas fuentes de acceso al significado. La conexión con la vida a través de las actividades creativas, el trabajo o la dedicación a ciertos proyectos fueron denominadas fuentes creativas de significado. Otras como la belleza, el arte, la naturaleza, el humor, el amor y las relaciones con otros eran las fuentes experienciales. Por último, las fuentes actitudinales incluyen las que se refieren a la actitud que las personas adoptamos frente al sufrimiento y las situaciones adversas que han ocurrido en nuestras vidas. Estas últimas tienen relación con la capacidad de aceptar las circunstancias vitales que no pueden ser cambiadas y que contribuyen al fortalecimiento de nuestra autoestima (Fegg et al., 2014).

Para cualquier ser humano, acercarse al final de su vida requiere una amplia gama de habilidades, capacidades, actitudes y recursos (Loscalzo, 2008; Martins Pereira, Fonseca, y Carvalho, 2011; Noble, Marie, y Finlay, 2008; Taylor, Kemeny, Reed, Bower, y Gruenewald, 2000). A todos los profesionales de cuidados paliativos (médicos, psicólogos, enfermeras auxiliares y trabajadores sociales, entre otros) se nos presuponen la formación y la sensibilidad y empatía necesarias para atender ciertos temas inciertos y delicados, a la vez que se nos exige un acompañamiento excelente durante "todo el proceso" de hospitalización (Asai et al., 2010; Staiger, Auerbach, y Buerhaus, 2010; Tsai y Liu, 2012). Se dan por sentados todos estos conocimientos, habilidades y actitudes. Y en ocasiones, sin los recursos ni el tiempo necesario, se espera que acojamos, con la máxima profesionalidad, al siguiente paciente. Nada más, nada menos.

Por otro lado, la complejidad que ha adquirido el sistema sanitario, no solo

tecnológica sino también en los registros sistemáticos de actividad, implementación de guías clínicas, etc., ha descuidado significativamente el espacio del profesional para dedicarse al encuentro con el enfermo. Además, esta dimensión, tan personal y subjetiva, es frecuentemente obviada por la falta de formación específica y de las herramientas necesarias para ser reconocida, evaluada y atendida.

Si queremos avanzar en la investigación sobre la humanización de los profesionales, tendremos que cambiar los planteamientos. Los profesionales de cuidados paliativos tienen también necesidades, miedos e inseguridades. Puede resultar muy complejo y frustrante intentar responder a las demandas que exigen los protocolos sin disponer de los recursos adecuados. Por ejemplo, se pide a los profesionales valorar la dimensión espiritual de los pacientes cuando no existe, en muchos casos, un reconocimiento de la propia espiritualidad en ellos. Esto puede resultar demagógico, sobre todo si lo extendemos a otras dimensiones personales que también son difícilmente evaluables en las personas, como los valores morales, el manejo emocional y otros muchos aspectos implicados en la calidad del cuidado.

El estrés asistencial ha sido asociado con la disminución de la satisfacción del paciente, el cuidado subóptimo y tiempos de recuperación más largos informados por los pacientes (Shanafelt, Bradley, Wipf, y Back, 2002; Shapiro, Astin, Bishop, y Cordova, 2005; Shapiro, Carlson, Astin, y Freedman, 2006; Vahey, Aiken, Sloane, Clarke, y Vargas, 2004). Esto apunta a la necesidad de sensibilizarse y hacer frente al estrés en el campo de la atención sanitaria,

El equilibrio entre la vida personal y la profesional supone un reto constante. En el ámbito de los cuidados paliativos este equilibrio puede resultar especialmente difícil debido a la propia naturaleza de nuestro trabajo. Nuestra investigación tratará de profundizar en el conocimiento de los factores que influyen para conseguirlo.

Muchos profesionales sienten una falta de equilibrio entre el trabajo y el resto de sus vidas, ya que se enfrentan diariamente a todo tipo de demandas

y decisiones difíciles, lo que puede conducir a la frustración, la culpa y el estrés crónico (Fegg et al., 2014). Este último, además, puede aumentar la angustia psicológica, afectar negativamente en la concentración y, disminuir nuestra capacidad de tomar las mejores decisiones (Back, Rushton, Kasznia, y Halifax, 2015; Horner et al., 2011). En general, entendemos que una “vida plena” puede ayudarnos a mantener este balance o conciliación entre el trabajo (Fegg et al., 2014) y el bienestar personal.

Podemos priorizar nuestro trabajo y familias, pero descuidar nuestra propia salud física, emocional y espiritual (Chan et al., 2015). Nuestro autocuidado es, a menudo, una baja prioridad, lo que lleva a la falta de ejercicio, malos hábitos alimenticios y riesgo de problemas de salud (Rodríguez, Ramos, Pérez, García, y Diz, 2005). Sin embargo, las prioridades y situaciones personales de los profesionales pueden cambiar día a día, semana a semana y año a año. Por estas razones, nuestras respuestas a las demandas requieren flexibilidad y adaptación (Sansó et al., 2015).

Desde que las mujeres se han incorporado con fuerza al mundo laboral, muchas se sienten con frecuencia atrapadas entre las demandas del trabajo y la familia, especialmente cuando los niños son pequeños. Las parejas frecuentemente combinan su carrera profesional temprana con la paternidad, una combinación potencialmente estresante (Huynh, Winefield, Xanthopoulou, y Metzger, 2012). Para los padres puede implicar una menor interacción familiar, un mayor conflicto en las relaciones de pareja y un menor conocimiento del día a día de sus hijos. En las mujeres puede suponer períodos más cortos de la lactancia materna, depresión y un mayor consumo de alcohol. Las consecuencias negativas en el trabajo pueden incluir el estrés cotidiano por la dificultad de conciliar las dos esferas, una disminución de la satisfacción en el trabajo, una mayor probabilidad de dejar la organización y el aumento de absentismo (Back et al., 2015; Sansó et al., 2015).

La dimensión emocional del trabajo en cuidados paliativos puede resultar más exigente a la hora de conseguir ese equilibrio entre vida y trabajo (Chittenden y Ritchie, 2011). Aunque este contexto requiera aprender a ma-

nejar los límites personales-profesionales y dejar el trabajo atrás cuando nos vamos a casa, esto no siempre es fácil. Nuestro trabajo implica involucramos en cuestiones vitales complejas y delicadas. Nos convertimos en testigos y participamos de situaciones verdaderamente dramáticas que no terminan cuando nos quitamos la bata. No resulta fácil dejar atrás el sufrimiento de la gente mientras caminamos hacia la salida del hospital.

Con cada paciente y cada familiar hablamos acerca de una muerte inminente, de un momento único que van a vivir una sola vez. Y nos vamos enfrentando a repetidas pérdidas que se van acumulando en nuestras vidas. Comprometernos con nosotros mismos a cuidarnos de manera responsable, puede ser un primer paso en nuestro camino hacia el equilibrio. Para ello, debemos pararnos y reconocer la complejidad -no sólo relacional y de comunicación- de nuestro trabajo, sino encontrar respuestas apropiadas que nos resulten útiles para vivir mejor.

Por otro lado, estas y otras dimensiones de nuestro trabajo pueden hacernos más agradecidos por lo que aún somos y tenemos, frente a lo que nuestros pacientes pierden. Nuestra actividad nos recuerda diariamente, dentro y fuera del trabajo, la importancia de defender valores prioritarios para vivir una existencia con sentido. Cuestionarnos la relación con nosotros mismos y con los demás, el valor de la familia, los amigos, una buena salud y una vida plena.

Aunque resulta una tarea difícil en nuestra cultura, también debemos aprender a poner límites al trabajo. En ocasiones sentimos el deber de priorizar nuestros pacientes por encima de todo, incluso si esto puede llevarnos a cometer ciertas negligencias en el ámbito personal (Huynh et al., 2012; Shanafelt et al., 2012). Pero este nivel de autoexigencia es insostenible a largo plazo y nos puede llevar al agotamiento, fatiga por compasión, o enfermedad (Alacacioglu, Yavuzsen, Dirioz, Oztop, y Yilmaz, 2009; Gorji, Teimuri, Gorji, y Gorji, 2015; Rushton, Kaszniak, y Halifax, 2013).

Por estas y otras razones, está creciendo el interés por conocer mejor la

vida interior de los profesionales proveedores de los cuidados (Pronost et al., 2012; Sansó et al., 2015). Empieza a haber estudios que asocian el tipo de tarea que desempeña un profesional con determinadas cualidades de su personalidad, sus valores morales y su satisfacción vital. Una investigación reciente sobre el impacto del trabajo en los valores morales de los profesionales de distintas especialidades, encontró los siguientes hallazgos: los profesionales de cuidados paliativos priorizaron valores como la libertad, la creatividad, la independencia, la vitalidad y ser aventurero, frente a profesionales de la maternidad que informaron de valores más conservadores como la seguridad y la estabilidad familiar (Fegg et al., 2014).

En la literatura científica se ha insistido en la importancia de algunas estrategias para facilitar el equilibrio deseable, destacando la necesidad de incorporar la promoción de un autocuidado holístico y educación formal especialmente en los profesionales que trabajan con personas al final de la vida (Kearney, Weininger, Vachon, Harrison, y Mount, 2009). Pero están surgiendo otras estrategias que también son responsabilidad de la organización. La flexibilidad laboral, ya sea a tiempo completo o parcial, ha demostrado que puede promover la conciliación vida-trabajo (Fegg et al., 2014). Para el colectivo médico, en particular, esta flexibilidad puede ser más difícil de lograr que para otros, ya que los pacientes necesitan ser vistos diariamente por su médico en el hospital. En el caso de otros profesionales, como enfermería y auxiliares, el trabajo por turnos pueden favorecer esa flexibilidad hasta cierto punto, como en cambios de turnos de trabajo (Almeida, Sales, y Marcon, 2014; Klassen, Gulati, y Dix, 2012). Un informe reciente del Centro para el Progreso Americano sugirió algunas áreas de interés para favorecer este balance entre vida privada y trabajo. La promoción de la flexibilidad laboral y la discriminación (frente a trabajadores con responsabilidades familiares no lo entiendo fueron las aportaciones más novedosas en este sentido (Sansó et al., 2015).

Otra peculiaridad propia de la especialidad de cuidados paliativos es la pregunta común que hacen quienes no están familiarizados con este trabajo:

“¿pero, no es deprimente?” (Webster y Krist Janson, 2002). Esta percepción es diferente entre los profesionales de este campo y la población en general y refleja una creencia profundamente arraigada de que los asuntos relacionados con la muerte y el morir son negativos. Existen muchos intentos en la literatura científica de encontrar definiciones que estén a la altura de una comprensión completa del alcance de esta disciplina, por lo que es difícil explicar (y mucho más entender) el significado del trabajo en cuidados paliativos.

Es cierto que los profesionales de cuidados paliativos están más expuestos que otros a cuestiones muy relacionadas con la muerte, como la enfermedad, el dolor, el deterioro, el sufrimiento, la soledad, el abandono, etc. y cabe suponer que nuestro trabajo puede tener un impacto negativo en nuestras vidas. Aunque numerosos estudios han mostrado que lo que parece una profesión difícil y a veces traumática (Adams, Boscarino, y Figley, 2006), puede ser también una gran oportunidad de madurez personal y desarrollo profesional. Es más, algunos médicos recomendarían a sus colegas trabajar en un hospicio o unidad de cuidados paliativos (Back et al., 2015; Ettema et al., 2010; Meier, Back, y Morrison, 2001). Al contrario de los resultados que arrojan algunos estudios sobre el estrés asistencial, el trabajo con personas al final de sus vidas puede contribuir a un mayor sentido de las nuestras, de la espiritualidad y del autoconocimiento (Sinclair, 2011). Del mismo modo, el agotamiento entre los médicos de cuidados paliativos sigue siendo consistentemente bajo en comparación con otras especialidades (Moreno-Jiménez, Rodríguez-Carvajal, Garrosa Hernández, y Morante Benadero, 2008; M. L. Vachon, 1995).

En definitiva, ha habido gran interés en las últimas décadas sobre el impacto estresante del trabajo en profesionales de la medicina como urgencias, medicina de familia, cuidados intensivos, oncología, etc. (Cohen-Katz, Wiley, Capuano, Baker, y Shapiro, 2004; Dix, Gulati, Robinson, Syed, y Klassen, 2012; Marr, 2009; Meldrum, 2010; Michaels, 1996; Morante, 2007; Najjar, Davis, Beck-Coon, y Carney Doebbeling, 2009; Nyssen y Hansez, 2008; Rama-Maceiras y Kranke, 2012; Ramirez et al., 1995; Shanafelt et al.,

2012, 2002; Shanafelt y Dyrbye, 2012; Valjee y van Dyk, 2014; West, Dyrbye, Satele, Sloan, y Shanafelt, 2012), pero apenas hemos encontrado estudios que analicen características más específicas, como factores demográficos y personales de los proveedores de cuidados, así como la posible asociación con el significado que tiene el trabajo en nuestras vidas.

Como cualquier otra disciplina, la práctica clínica requiere unos conocimientos, habilidades y actitudes específicas. Los conocimientos se adquieren, pero ¿qué ocurre con las habilidades y las actitudes necesarias para ser los profesionales que queremos ser? ¿Acaso son éstas menos importantes que los conocimientos? Como ya hemos mencionado, el trabajo en cuidados paliativos posee ciertas peculiaridades que influyen en la vida interior de los profesionales. Los relatos de los pacientes nos fuerzan a reflexionar acerca de cómo vivimos nosotros, lo que hacemos con “nuestro tiempo”, lo que estamos dispuestos a defender, nuestra forma de cuidar a los que amamos, incluso solemos reflexionar sobre aquellos sueños que se quedaron atrás, pendientes de ser cumplidos “más adelante”.

Nuestro trabajo nos recuerda a diario que somos frágiles y mortales, ¿hasta qué punto y cómo nos afecta esto? ¿Es saludable tener la muerte tan presente? ¿Qué distingue a un profesional feliz de otro que no lo es? ¿Es posible convivir con la muerte mientras intentamos encontrar la felicidad en nuestras vidas?

Por otro lado, la perspectiva bio-psico-socio-espiritual de los cuidados paliativos, tal y como se describe en la definición de la Organización Mundial de la Salud (Sepulveda, Marlin, Yoshida, y Ullrich, 2002) no sólo es central para el cuidado de los pacientes y sus familias, sino que también debe desempeñar un papel central en la salud psicológica de los profesionales –seres humanos, no lo olvidemos- que trabajan en un campo tan exigente como este. Los riesgos de trabajar en este contexto están documentados (Dyrbye et al., 2012; Najjar et al., 2009) e incluyen la mala calidad del cuidado (Delvaux, Razavi, y Farvacques, 1988).

Sin embargo, ni los manuales ni las guías clínicas contemplan los recursos personales y organizacionales que protegen a los profesionales que cuidamos de los que se enfrentan a la muerte. Se espera que seamos capaces de responsabilizarnos de nuestro autocuidado y atender los aspectos técnico - asistenciales, físicos, sociales, psicológicos, emocionales y espirituales. Se espera que acompañemos al paciente pero también a sus seres más queridos con máxima calidad y calidez.

Con la presente investigación, esperamos aportar una dosis de luz para el porvenir de profesionales y pacientes. En última instancia, vivir significa asumir la responsabilidad de encontrar la respuesta a los problemas que ello plantea y cumplir las tareas que la vida asigna continuamente a cada individuo (Frankl, 1946).

2

SIGNIFICADO DEL TRABAJO

2.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El estudio del significado del trabajo en el marco de los valores laborales y la motivación es un tema que ha cobrado especial relevancia en las últimas décadas. Específicamente, el significado del trabajo se ha vinculado con procesos y consecuencias positivas en el ambiente laboral y la presencia o ausencia de significado del trabajo con procesos de desgaste emocional.

El significado del trabajo ha ido cambiando a lo largo de los años, tanto en su concepción y representación social como en sus formas y contenidos, lo cual sugiere la importancia de su estudio teniendo en cuenta aspectos histórico-culturales, así como los significados psicológicos que el mismo individuo y grupos sociales a los que pertenece han construido de acuerdo a sus

experiencias en el mundo laboral.

Desde los años cincuenta hemos encontrado aportes desde la Psicología que contribuyen al estudio del Significado del Trabajo. Drenth (1991) ha sugerido abordar el tema desde dos aproximaciones diferentes. Por un lado, los estudios que hablan de la conceptualización del trabajo y sus funciones psicosociales (aproximación conceptual). Por otro lado, los que se refieren a la percepción subjetiva del individuo, entendida como el modo en que las personas atribuyen significado a su trabajo (aproximación empírica).

Entre los estudios enfocados en conceptualizar el trabajo se encuentran aquellos que lo definen de manera instrumental, como un esfuerzo de la mente y el cuerpo por producir bienes y servicios que serán remunerados (Adán, Jiménez, y Herrer, 2004). Por su parte, autores como Steers y Porter, desde una perspectiva individual que tiene en cuenta las emociones, consideraron el significado del trabajo como un indicador de la motivación laboral. El trabajo puede ser fuente de identidad y autoestima en el mejor de los casos, pero también puede ser una fuente de frustración, aburrimiento y sin sentido (Dobrina, Tenze, y Palese, 2014).

En la misma línea, el grupo Meaning of Work (Meaning of Work MOW) (Vecchio, 1989) ha contribuido a este campo apuntando algunas características que lo definen como un constructo dinámico que se configura, modifica y reafirma constantemente. Los estudios realizados por el grupo MOW se han llevado a cabo en diferentes países incluido España (Peiró, 1992). Quienes han trabajado con la versión en castellano de este instrumento de evaluación sugerido por este grupo han probado la estabilidad en el tiempo de la centralidad del trabajo y las normas sociales. Su definición final contempla tres dimensiones:

1. **Centralidad e importancia del trabajo** y su relación con los conceptos de implicación y compromiso en el trabajo. Se trata de una creencia general acerca del valor de trabajar en la vida de una persona, diferenciando la centralidad absoluta de la relativa.

2. **Normas sociales sobre el trabajo.** Son afirmaciones que la gente hace cuando da valores normativos a su trabajo, basado en creencias como el trabajo como obligación, el trabajo como derecho.
3. **Resultados valorados del trabajo.** Considera los valores humanos y laborales.

En el contexto de la aproximación conceptual, el grupo MOW encontró que las personas definían el trabajo en cuatro diferentes categorías: concreta como aspectos objetivos y tangibles de la actividad laboral; sociales, resaltando los aspectos o funciones de carácter social que el trabajo cumple para los individuos; trabajo como carga, cuando implica el desarrollo de un gran esfuerzo físico y/o mental, y trabajo como deber, considerando el carácter obligatorio de dicha actividad.

Fineman (1983), señala la necesidad de una tercera aproximación: la cualitativa, que ofrece la posibilidad de analizar el significado del trabajo centrado en la clarificación de los procesos de construcción de nuestra realidad. Para este autor, el significado es construido por las personas. En cuanto a la aproximación empírica del significado del trabajo, encontramos diversos estudios, que describen el significado que las personas atribuyen a su trabajo. Algunos de ellos los veremos a continuación.

En estudios pioneros en este ámbito (Weiss y Kahn, 1960), se exploraron los criterios que utilizan los individuos para distinguir una actividad laboral de una no laboral, cómo definen la actividad de trabajo y cómo se relaciona con las diferentes ocupaciones. Encontraron que el significado del trabajo, las funciones del trabajo para las personas y las características sociodemográficas, así como el lugar de procedencia y la religión, son determinantes en las relaciones que se establecen entre la persona y su trabajo (Grant, 2007).

Ruiz-Quintanilla y England (1996), ha contribuido en este ámbito definiendo el significado del trabajo como un conjunto de valores, creencias y expectativas que están influidos por la sociedad a través de los diferentes

agentes de socialización. Aquí el significado del trabajo puede ser un marco de referencia para actuar, basado en las creencias individuales sobre los resultados que se quieren y/o deben esperar, lo que se tiene que dar o recibir de cada situación y el grado en el que finalmente cada individuo puede sentirse identificado con esto. (Ruiz-Quintanilla y England, 1996).

En un estudio posterior de (Gracia, Rodríguez, y Prieto, 1999) con jóvenes españoles que se habían incorporado recientemente al trabajo y otros con un año de experiencia, definieron el trabajo como una actividad por la que se recibe dinero principalmente, corroborando la idea de que el trabajo es una actividad que no es un fin en sí misma, sino un medio para conseguir un fin.

En una obra más reciente de la Psicología Positiva y Trabajo, consideran relevante estudiar significado del trabajo desde una perspectiva global (Gracia et al., 1999). El significado del trabajo está relacionado con el significado de la vida, la percepción subjetiva de su importancia, así como el sentido de la misma. Proponen un modelo teórico del significado del trabajo compuesto por dos factores principales: comprensión y propósito.

El interés despertado por el fenómeno del significado ha dado lugar a cierta controversia conceptual y estos dos términos han sido usados como sinónimos. Sin embargo, algunos autores consideran que significado es un término de orden superior que se refiere a la capacidad de dar sentido y comprender la propia vida. Esto incluye la propia visión de uno mismo, del mundo externo y la forma en que una persona se adapta al mundo. Mientras que propósito es un concepto más general y se refiere a uno o más proyectos de vida a largo plazo que son autoconcordantes y que motivan a una persona hacia la actividad que ayuda a alcanzar tales aspiraciones (Steger, 2012).

1. **COMPRENSIÓN.** Se refiere a la habilidad de cada persona de hacer que cada experiencia tenga un sentido. Se da cuando las personas quieren entender quiénes son, profundizar en el mundo laboral en el que participan y la manera en que se adaptan a ese contexto laboral. Desde este modelo, el significado del trabajo tiene en cuenta el

probable impacto de factores sociales, de identidad, socio-cognitivos, así como la percepción de cada individuo sobre sus relaciones, roles y valores. Los elementos que influyen en la comprensión (persona, organización, sociedad y adaptación, entre ellos) permiten que la persona pueda afrontar la adversidad y desarrolle el segundo componente del significado del trabajo.

2. **PROPÓSITO.** Es la intención de perseguir una meta que pueda resultar significativa para la persona de un modo particular. “Meta” y “propósito” son términos que suelen utilizarse indistintamente, ya que ambos se refieren a constructos motivacionales como el deseo de tener cosas, habilidades, relaciones. Sin embargo, la principal diferencia es que un propósito está enmarcado en un espacio temporal más largo que una meta. Tener un propósito une el presente con el futuro de la persona y hace que éste se plantee a dónde quiere llegar. Este modelo considera que cuando el individuo tiene un propósito, es más efectivo en su trabajo.

Desde esta perspectiva, la comprensión es la base del propósito. Cuando se dan ambas se puede decir que el trabajo es significativo. Esto puede contribuir a que la persona vea a su trabajo como una importante fuente de significado. Este hecho ayuda a trascender a los propios intereses y los de la organización a un bien común. En definitiva, que alguien se considere trascendente ayuda a perseguir y encontrar el significado en el trabajo.

En el ámbito de la investigación, la significación del trabajo hasta ahora se ha relacionado con variables positivas como el bienestar psicológico (Winefield y Tiggemann, 1990), la motivación por el trabajo (Westaby, Versenyi, y Hausmann, 2005) y el compromiso organizacional (Chalofsky y Krishna, 2009). No obstante, es importante también considerar cómo el significado del trabajo puede afectar a procesos de estrés. Esto lo veremos a continuación.

2.2. SIGNIFICADO DEL TRABAJO Y BIENESTAR PSICOLÓGICO

Que la vida tenga sentido para una persona le ayuda a comprometerse con las actividades y resolución de problemas diarios. El sentido ó significado que le atribuimos a nuestra vida es un indicador importante de salud y bienestar (Chan et al., 2015; Wong y Fry, 1998) e incluye todas las esferas vitales: biológica, psicológica, social y espiritual. También puede proporcionar una nueva perspectiva de la salud positiva para determinar los mecanismos que hacen que la gente se sienta mejor en el trabajo y protegerlos de los riesgos psicosociales.

La literatura asume que los juicios de significado que construimos las personas en las distintas dimensiones de nuestra vida son un recurso estable. Esta construcción se trata de un proceso activo y requiere invertir esfuerzo en entender y comprender las acciones propias desde un punto de vista cognitivo, emocional y espiritual. Este esfuerzo puede contribuir a aumentar los sentimientos de confianza en uno mismo y el control (Wong y Fry, 1998).

Con el fin de comprender el bienestar más allá de lo cotidiano, es importante profundizar en el concepto de inestabilidad y significado. No hay suficientes estudios empíricos sobre la inestabilidad del significado en los juicios de períodos de corta duración sobre la vida (como informes cotidianos) (Steger y Kashdan, 2013), pero han demostrado que el significado está positivamente relacionado con el bienestar diario (Steger, 2012).

Desde (Frankl, 1962), inició esta línea de investigación, el significado en la vida ha sido estudiado y considerado un elemento esencial del bienestar humano (Kobau et al., 2011; Kobau, Sniezek, Zack, Lucas, y Burns, 2010). Diferentes modelos y teorías han intentado explicar qué es significado vital.

Algunos autores proponen que significado es “dar sentido a la vida” (Batista y Almond, 1973) y que incluso tiene una calidad afectiva (Jim, Ri-

chardson, Golden-Kreutz, y Andersen, 2006). Otros afirman que se trata de un comportamiento dirigido a un objetivo que se relaciona con los aspectos más trascendentales y espirituales de una persona (Díaz et al., 2006). Para otros, también el significado de la vida viene de un sentido de autoestima, eficacia, auto-justificación y propósito (Baumeister, 1991; Steger, 2012).

A pesar de la variedad de diferencias conceptuales, existe un acuerdo en la relación entre el significado en la vida y ese bienestar *eudamónico*, donde la persona persigue la felicidad a través de la plenitud del ser. En este sentido, las personas que sienten que sus vidas están llenas de significado son más optimistas (Back, Arnold, Baile, Tulsy, y Fryer-Edwards, 2005) tienen niveles más altos de autoestima (Steger, Frazier, y Oishi, 2006) y de emociones positivas (Contreras y Esguerra, 2006).

En definitiva, la percepción del significado de la vida puede mejorar mediante la restauración de los recursos que perdemos diariamente debido a múltiples causas, entre ellas el estrés cotidiano, generando así nuevos recursos personales para dar significado a nuestro comportamiento y resolver problemas, así como aumentar la confianza en uno mismo.

2.3. SIGNIFICADO DEL TRABAJO Y ESTRÉS

El significado del trabajo y su relación con el estrés no es un tema de interés reciente. A pesar de la alta prevalencia del estrés en el trabajo y sus serias consecuencias, pocos estudios han demostrado ser eficaces para abordar el problema de fondo. La mayoría de los análisis se han centrado en intervenciones grupales de reducción de estrés, en lugar de un abordaje más específico. Otros estudios han sugerido que promover la autoconciencia en los profesionales puede ayudar a identificar lo que valoran y conectar con lo que es más significativo en su trabajo.

Saber desconectar del trabajo y darle un significado a la vida son recursos

disponibles que ayudan a renovar energía ante el estrés y pueden ayudar a la persona a adquirir nuevas formas de afrontamiento ante una situación estresante (Sonnetag y Unger, 2013). Estas dos variables son indicadores de bienestar en la vida y protegen de los efectos negativos del conflicto familia-trabajo, además de promover la presencia de emociones positivas (Sonnetag, 2012).

En el futuro los individuos tendrán que asumir su responsabilidad de formarse con los conocimientos y actitudes adecuadas y participar en un programa constante de desarrollo de la carrera personal. Desde aprender a gestionar las diferentes demandas propias del trabajo hasta gestionar el balance trabajo-familia dando opciones y control a la persona.

Entre los profesionales de la salud, el estrés en el trabajo es un problema generalizado y se caracteriza especialmente por perder el entusiasmo, tratar a las personas como si fueran objetos y tener la sensación de que el trabajo ya no es significativo (West et al., 2006).

En un estudio con médicos (Krasner et al., 2009), dirigido a recuperar el aspecto más trascendente y significativo de su profesión, encontraron que la formación y la práctica de la autoconciencia tienen el potencial de promover la salud y el bienestar general a través del trabajo. El encuentro con el paciente y la gratificación que surge de curar y aliviar el sufrimiento de las personas que atienden son fuentes de significado. Recordar a los profesionales el objetivo de su tarea y ayudarles a resaltar el significado de su profesión puede proteger contra el estrés y promover la atención centrada en el paciente para el beneficio de ambas partes (Shanafelt, Chung, White, y Lyckholm, 2006). También promover el bienestar del profesional cultivando la eficiencia, la autonomía, y el significado del trabajo pueden ayudar a reducir el estrés aumentando el bienestar del profesional (Epstein, Korones, y Quill, 2010). Los factores que contribuyen al estrés asistencial son tan complejos como variados. La mayoría de los estudios encuentran la pérdida de autonomía, disminución del control en el entorno de la práctica, y el uso ineficiente del tiempo debido a los requisitos administrativos (Cohen-Katz et al., 2004).

Otras encuestas implican carga de trabajo, la elección de especialidad, la falta de sueño, falta de equilibrio entre la vida personal y laboral, errores médicos, riesgo de denuncias por negligencia, las características de los pacientes, los recursos que utilizan los profesionales para enfrentarse al deterioro y la muerte de los pacientes en ciertas especialidades (Linzer et al., 2009).

Estas variables interactúan de manera única dependiendo de cada profesional, de su personalidad, de sus responsabilidades personales, de sus estrategias de afrontamiento y quizás de otros factores que probablemente son poco estudiados.

2.3.1. Modelos Teóricos del Significado del Trabajo y Estrés

Algunos autores señalan que los individuos que sufren estrés son aquellos que tienen altas expectativas y se fijan altos objetivos, justificando el significado de su vida por la labor de ayuda profesional que realizan. Se trata de una perspectiva existencial, en la que las personas altamente motivadas atribuyen al significado de su trabajo el sentido de sus vidas, de tal manera que cuando no encuentran o han perdido el significado de su labor son más vulnerables a sufrir estrés (Pines, 2004).

En este modelo, los profesionales dan al trabajo un significado existencial por la contribución humanitaria que realizan ya que se trata de una labor de ayuda útil y gratificante. Los profesionales que tienen elevados objetivos y expectativas profesionales serán más propensos a la frustración y desilusión en el trabajo.

Algunos investigadores consideraron que los individuos que son más vulnerables a padecer estrés en el trabajo son frecuentemente los más motivados e implicados. Para estas personas el trabajo es una fuente de satisfacción y significado importante en sus vidas. Si con el tiempo no consiguen obtener ese significado a través del logro de sus objetivos y expectativas, pueden sufrir estrés. Desde estas perspectivas, el sentimiento de frustración y fracaso en el

trabajo está fuertemente relacionado con la falta de significado y crecimiento en la vida (Van Dierendonck, Garssen, y Visser, 2005).

Otros autores españoles como (Gil-Monte, 2005), ponen atención en el estrés crónico de los profesionales que trabajan ayudando a personas. Refiere que el deterioro cognitivo y afectivo aparecen como respuesta a las fuentes de estrés laboral crónico y los individuos desarrollarán actitudes negativas hacia las personas que atienden en su trabajo, posteriormente (Gil-Monte, 2005).

2.3.2. Otros Modelos de Significado del Trabajo

Perspectivas más recientes en el marco de la Psicología Positiva Organizacional han propuesto distintos modelos teóricos que exponen la contribución positiva del trabajo al desarrollo personal y de las organizaciones. Algunas de ellas se centran en elementos internos de la misma actividad laboral, como el compromiso ó los estados de flujo (Bakker, Schaufeli, Leiter, y Taris, 2008). Otros se centran en la actividad externa al tiempo de trabajo, como el modelo de experiencias de recuperación del contexto estresante laboral, el estudio de los aspectos saludables del mismo y su proyección sobre la vida en general (Sonntag y Fritz, 2012).

2.4. SIGNIFICADO, ESTRÉS Y CUIDADOS PALIATIVOS

La especialidad de cuidados paliativos lleva consigo diversos tipos de fuentes de estrés cuyas consecuencias afectan tanto a la organización como al profesional (Fillion, Dupuis, Trembaly, De Grâce, y Breitbart, 2006; Fillion et al., 2009). Por la propia naturaleza de este trabajo, estos profesionales se enfrentan a estresores emocionales específicos de esta especialidad clínico-asistencial.

Hay consecuencias para la organización, ya que el estrés tiende a estar asociado con altas tasas de absentismo (Beehr y Newman, 1978; Brun y Lamarche, 2006) y puede disminuir el rendimiento y la productividad de los profesionales. A nivel individual, hay consecuencias importantes para el profesional, ya que el estrés suele estar relacionado con una alta incidencia de problemas de salud (De Jonge, Bosma, Peter, y Siegrist, 2000), burnout (P. Parker y Kulik, 1995) e insatisfacción laboral (Calnan, Wainwright, y Almond, 2000; De Jonge et al., 2000), entre otros.

La investigación específica en cuidados paliativos sugiere repetidamente que los profesionales podrían estar particularmente en riesgo de sufrir estrés (Alexander y Ritchie, 1990). Por ejemplo, la enfermería es considerada como una profesión altamente estresante (Humpel y Caputi, 2001; Verhaeghe, Vlerick, Gemmel, Van Maele, y De Backer, 2006) Se caracteriza por un gran volumen de trabajo, incertidumbre, importantes recortes presupuestarios (Jeffrey Hill, Yang, Hawkins, y Ferris, 2004) agresividad por parte de pacientes (Lawoko, Soares, y Nolan, 2004) y compañeros (Michelle Rowe y Sherlock, 2005) y horarios exigentes de trabajo (Baker et al., 2009). En ocasiones, el apoyo social y los recursos disponibles necesarios para hacer frente a estas demandas resultan insuficientes (Demerouti et al., 2000).

Algunos investigadores han llegado a la conclusión de que el estrés entre enfermeras puede contribuir a una reducción significativa de la calidad percibida en la atención prestada a los pacientes (Jones y Johnston, 2000). Las enfermeras que sufren estrés tienden a experimentar fatiga. Este hecho, a su vez aumenta las probabilidades de cometer errores que podrían poner en peligro la calidad de la atención asistencial (West, Tan, Habermann, Sloan, y Shanafelt, 2009). Aunque el personal de enfermería se enfrenta con los mismos retos profesionales y organizativos que todas las enfermeras en el ejercicio de su profesión, las que trabajan con personas cerca de la muerte tienen que hacer frente a exigencias emocionales difíciles (Fillion et al., 2006, 2009). Estos factores emocionales estresantes incluyen también pérdidas variadas, exposición a los problemas de los pacientes y sus allegados y las

barreras personales ante el sufrimiento y la muerte (Kearney et al., 2009).

El concepto de construcción de significado es una estrategia activa que se encuadra en el modelo de estrés y afrontamiento, cuando los investigadores estudiaron estrategias que la gente utiliza cuando se enfrentan a eventos no deseados e inmutables. En este modelo, definen el significado como “la percepción de importancia” e incluyen dos niveles de significado: el global y el situacional. El primero representa los sistemas de creencias y metas importantes de uno mismo, mientras que el segundo se refiere a la evaluación inmediata de un evento y la búsqueda de su significado (lo que es relevante para mí) que interactúa y puede modificar el sentido global de la persona (Park y Folkman, 1997).

Ambos niveles son discrepantes y esta diferencia se da cuando son acontecimientos vitales inmutables que conllevan sufrimiento y pérdida, como la muerte de un paciente después de que varios días -a veces años- de cuidado, cuando el paciente es joven, cuando existe una a relación estrecha con el paciente y el propio contexto de múltiples muertes (Ramirez et al., 1995). El individuo tiene entonces dos elecciones: coincidir ó reevaluar el significado de situación, de modo que éste coincida con su sentido global. El cambio de las creencias se lograría mediante esta reevaluación cognitiva. Los cambios en las creencias y el significado genera un sentido de control que conduce a una mejor adaptación psicológica (Bandura, 2000).

En un estudio más reciente del mismo autor canadiense y sus colaboradores (Fillion et al., 2009) se realizaron entrevistas semiestructuradas para evaluar el impacto de la muerte en la vida de profesionales de cuidados paliativos. Los participantes consideraron que sentarse al lado de aquellos que están en el final de sus vidas es un lugar adecuado para reflexionar sobre el significado de la propia.

Aunque la sociedad occidental ha sido descrita como una cultura de la negación de la muerte, los participantes de este estudio informaron que, en gran parte, su labor profesional era una experiencia positiva. Al contrario

que otros estudios, el trabajo en cuidados paliativos puede contribuir a un mayor sentido de la vida, la espiritualidad y el autoconocimiento (Bermejo, Lozano, Villacieros, y Carabias, 2013). Los profesionales de este estudio se hacían las mismas preguntas que sus pacientes como forma de cultivar y mejorar su sentido de espiritualidad, promover el bienestar y el desarrollo personal. Estos resultados son comparables a los de estudios en los que las experiencias de fin de vida presentan muchos retos para los profesionales, especialmente en lo que se relaciona con el propósito y el significado del trabajo (Bailey, Moran, y Graham, 2009; Sansó et al., 2015).

Estos estudios reflejan que el contexto del final de la vida es de gran complejidad emocional para el profesional, pero también puede ser muy significativo desde el punto de vista del desarrollo personal. Con nuestra labor, los profesionales tenemos la oportunidad de proporcionar esperanza a aquellos que viven con una enfermedad incurable, así como incorporar algunas de sus lecciones de vida a nuestra existencia para enriquecerla, en contraste con la de pacientes que mueren “mirando hacia atrás”.

El tipo de tarea no es el único factor asociado al significado del trabajo. Sin embargo, han sido poco estudiados otros factores individuales de los profesionales asociados a la actividad propia de los cuidados paliativos. Desconocemos cuáles son las variables de personalidad que contribuyen a aumentar ó disminuir el significado del trabajo y los recursos personales que utilizan los profesionales para enfrentarse al deterioro y la muerte de los pacientes en su actividad laboral diaria.

En el presente trabajo pretendemos estudiar la influencia de algunas variables individuales de personalidad de los profesionales que puedan estar asociadas con un mayor o menor significado del trabajo en sus vidas, así como con los niveles de estrés percibido y su relación con otros factores sociodemográficos.

3

ESTRÉS Y TRABAJO

3.1. APROXIMACIÓN TEÓRICA

El término estrés se ha convertido en un vocablo vigente y habitual de nuestra actualidad, aunque constituye una de las experiencias vitales más comunes y conocidas. Se trata de un concepto complejo y significa cosas distintas para los diversos autores. La mayoría de las personas asociamos el estrés con experiencias desagradables, pero estrés no es sinónimo de sufrimiento, ni de ansiedad, ni de tensión. En sí mismo, el estrés no es destructivo. Aparece cuando respondemos a un nivel inapropiado de tensión. Cuando el nivel de exigencia está por encima o por debajo del adecuado para cada persona, entonces se altera el equilibrio y experimentamos estrés. En definitiva, percibimos estrés ante una situación en la que hay un desequilibrio signi-

ficativo entre las demandas (externas ó internas) y los recursos percibidos disponibles para enfrentar la situación adaptativa.

Desde que el médico y fisiólogo austrohúngaro Selye (2002), incorporó el concepto de estrés al ámbito de la salud, muchos autores han intentado definirlo y explicarlo. Para Selye se trataba de “una respuesta inespecífica del organismo a cualquier demanda realizada sobre él”. Era un proceso psicofisiológico desencadenado por una situación de demanda, aunque los factores estresantes varíen. No una demanda ambiental, sino un conjunto de reacciones orgánicas y de procesos originados como respuesta a esa demanda. La respuesta es inespecífica porque ocurre en forma similar ante estímulos muy diversos (Selye, 2002).

A continuación vemos cómo las distintas definiciones se han clasificado en función de la conceptualización del estrés como estímulo, como respuesta y como proceso.

1. **Como un conjunto de estímulos** (Holmes y Rahe, 1967). Existen ciertas condiciones ambientales que nos producen sentimientos de tensión y/o se perciben como amenazantes o peligrosas (estresores). Esta idea de estrés como estímulo nocivo que recibe un organismo se relaciona con la enfermedad, la salud y el bienestar.
2. **Como una respuesta.** Este enfoque se centra en cómo reaccionan las personas ante determinados estresores (Selye, 1970). Esta respuesta se entiende como un estado de tensión que tiene dos componentes: el psicológico (conducta, pensamientos y emociones emitidos por el sujeto) y el fisiológico (elevación del aurosal o activación corporal).
3. **Como proceso.** Incorpora tanto los estresores como las respuestas a los mismos y además añade la interacción entre la persona y el ambiente (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis, y Gruen, 1986). Esta transacción supone una influencia recíproca entre la persona y el medio. El determinante crítico del estrés es cómo la persona percibe y responde

a los diferentes acontecimientos.

Posteriormente, Richard Lazarus estudió el impacto de los sucesos cotidianos sobre el bienestar del individuo. Se trata de sucesos más frecuentes y de menor impacto que los sucesos vitales para la salud de las personas (Lazarus, 1989)

Este último modelo que entiende el “estrés como proceso” es el que más nos interesa en el presente trabajo. Así como las características predisponentes, motivaciones, actitudes y experiencias que determinan cómo las personas perciben y valoran las demandas y el efecto de esta valoración en las respuestas emocionales y de afrontamiento.

3.2. MODELO DE LAZARUS Y FOLKMANN

Folkman et al. (1986), estudiaron el impacto de los sucesos cotidianos sobre el bienestar del individuo y definieron el estrés psicológico como “*el resultado de una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar*”. Se centran en la relación entre la persona y la valoración que ésta realiza de su entorno. En definitiva, que una situación concreta sea estresante o no depende de la percepción del individuo.

Según Folkman et al. (1986) la evaluación cognitiva es un proceso mental universal mediante el cual el sujeto valora constantemente el significado de lo que está ocurriendo y lo relaciona con su bienestar personal y con los recursos disponibles para responder a la situación. Distinguen tres tipos:

1. ***Evaluación Primaria.*** En la que la persona valora el significado de lo que está ocurriendo. El resultado de esta evaluación es que la situación sea considerada como irrelevante, positiva-beneficiosa o estresante.

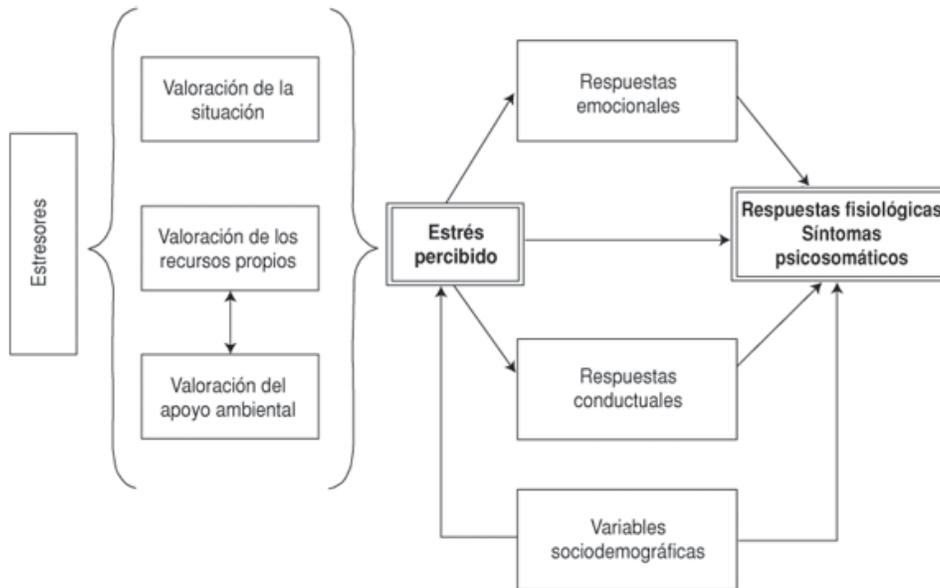


Figura 3.1: Modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicossomáticos.

2. **Evaluación Secundaria.** Se refiere a la valoración de los propios recursos para afrontar la situación concreta. El nivel de estrés va a depender de cómo el sujeto valora sus propios recursos de afrontamiento que incluyen también las propias habilidades de afrontamiento y el apoyo social.

Con la evaluación secundaria la persona toma conciencia de las discrepancias que existen entre sus propios recursos (estrategias, habilidades y capacidades personales de afrontamiento) y los que exigen la situación concreta. Cuanto mayor sea la discrepancia, mayor será el malestar y la ansiedad. Si las personas percibimos que los recursos son suficientes para manejar la situación con éxito, se reducen los niveles de estrés (Brannon y Feist, 2001).

3. **Reevaluación.** Se refiere al cambio efectuado en una evaluación previa a partir de la nueva información recibida del entorno y se debe a que las valoraciones cambian constantemente a medida que se dispone de

nueva información.

Ya que las emociones influyen en la evaluación de la situación, Lazarus desarrolla una teoría de las emociones cognitivo-motivacional-relacional que pone énfasis en el papel de las emociones en el proceso de evaluación. Es motivacional por su referencia a los motivos o metas que las personas se proponen y relacional por la importancia que le da a las relaciones entre el individuo y el entorno (Lazarus, 1989).

3.3. ESTRÉS Y SALUD DEL PROFESIONAL

3.3.1. Bienestar Psicológico

A lo largo de la historia, una de las mayores preocupaciones del ser humano ha consistido en intentar ser feliz. Este profundo interés ha convertido el estudio de la felicidad en uno de los ejes fundamentales del pensamiento humano. En su transcurso es posible señalar la existencia de dos tradiciones diferentes en su estudio aunque relacionadas: la escuela hedónica y la escuela eudaemónica (Moreno-Jiménez y Gálvez Herrer, 2013). La perspectiva hedónica defiende el placer (hedoné) como bien último o fin supremo de la vida humana, y su concepción actual ha dado lugar al constructo bienestar subjetivo, definido como «una amplia categoría de fenómenos que incluye las respuestas emocionales de las personas, la satisfacción con los dominios y los juicios globales sobre la satisfacción con la vida» (Diener, Suh, Lucas, y Smith, 1999). Esta definición contiene los dos componentes principales del bienestar subjetivo: las respuestas emocionales de las personas, también denominados afectos, y la satisfacción con la vida. Desde otro punto de vista, los eudaemonistas entienden la felicidad y el bienestar como un estado de plenitud y armonía psicológica que supone el desarrollo de las virtudes y en particular de la razón (Cuadra, 2003). Recogiendo esta tradición de pensamiento, el bienestar psicológico ha centrado su atención en el desarrollo

de las capacidades y el crecimiento personal, concebidas ambas como los principales indicadores del funcionamiento positivo. Sus primeras concepciones se articularon en torno a conceptos como la autoactualización (Maslow), el funcionamiento pleno (Rogers), la madurez (Allport), las teorías sobre salud mental positiva (Jahoda) o las teorías sobre el ciclo vital (Erikson). Buscando los puntos de convergencia entre todas estas formulaciones, (Ryff, 1989) ha propuesto un modelo integrado y multidimensional de bienestar. Las dimensiones teóricas que se derivan del modelo incluyen Autoaceptación (AU), Relaciones Positivas (RP), Autonomía (AT), Dominio del Entorno (DE), Propósito en la Vida (PV) y Crecimiento Personal (CP) ((Díaz et al., 2006)).

Una de las principales críticas que se han realizado a este modelo multidimensional de bienestar es que su concepción del bienestar eudaemónico constituye una visión excesivamente etnocéntrica del constructo, al recoger perspectivas propias de las sociedades individualistas contemporáneas, basadas en la noción de «éxito». Estas críticas incluso se han extendido a la psicología positiva (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). De hecho, desde diferentes sociedades se ha considerado que los procesos de reflexión sobre sí mismo, del aumento de la conciencia personal, forman una parte importante y significativa en la vida del individuo e influyen en el desarrollo e integración de su personalidad. Como ejemplo de ello, la teoría desarrollada por Moberg (1971) ha profundizado en la búsqueda vital y el compromiso de vivir la vida en congruencia con uno mismo como un elemento importante del bienestar. Siguiendo esta línea de pensamiento, recientemente (Van Dierendonck et al., 2005) han realizado una propuesta integradora de estas variables bajo el constructo recursos internos del individuo. La perspectiva empleada por ambos autores hace referencia a los aspectos internos de la persona que favorecen mayores niveles de conciencia de las propias capacidades para el desarrollo del potencial personal. En los últimos años, tanto la Organización Mundial de la Salud (2004) como diversos estudios relacionados con los niveles de ajuste laboral (Myers, Sweeney, y Witmer, 2000) han señalado el impacto sustancial de elementos relacionados con los RI como aspectos importantes

de salud, tanto física, como psicológica o social. Por tanto, el estudio de los recursos internos del individuo, como experiencia de equilibrio personal, capacidad y fortaleza para intervenir en la propia vida, estar en sintonía con uno mismo incluso en momentos adversos, representaría un elemento adicional y significativo dentro del constructo de bienestar eudaemónico.

El bienestar psicológico también recoge, para una gran parte de autores, un componente de entusiasmo, energía e inspiración, un aspecto al que Ryan y Frederick (1997) denominaron vitalidad (VI). Ryan y Frederick (1997) indican que la VI se relaciona con la experiencia de iniciativa personal y una mayor sensación de control. Las personas experimentan mayores niveles de VI cuando presentan altas tendencias de iniciativas autónomas, tienen menos conflictos internos y confían en sus propias motivaciones para realizar las tareas que se proponen. En este sentido, las personas se encuentran más felices y satisfechas con sus vidas en la medida en que se sienten con mayores niveles de iniciativa, autonomía y espontaneidad. Específicamente, los individuos que se sienten con mayor autonomía en las actividades que realizan informan consistentemente de mayores niveles de bienestar (Ryan y Deci, 2000a). Asimismo, dentro del contexto laboral, se habla de niveles de energía y vigor como medidas de bienestar personal y profesional (Schaufeli, Salanova, González-romá, y Bakker, 2002). Por otra parte, dentro del estudio de la conducta propositiva y los procesos de autorregulación, la vitalidad se establece como uno de los aspectos más relevantes del estudio del bienestar en la medida en que proporciona un indicador del nivel de energía, esfuerzo y persistencia necesarios en los procesos de consecución de metas, objetivos y proyectos personales (Van Dierendonck, Rodríguez-Carvajal, Moreno-Jimenez, y Dijkstra, 2009).

Otros estudios han demostrado un mejor funcionamiento somático, menor estrés y más sentimientos positivos en personas con altos niveles de vitalidad (Ryan y Frederick, 1997). Por tanto, la vitalidad emerge como un aspecto importante en el constructo de bienestar eudaemónico, expresión de que la persona se encuentra en consonancia con los valores y las necesidades más

nucleares de sí mismo (Waterman, 1993).

3.3.2. Bienestar Laboral y Bienestar Psicológico

Nuestro bienestar profesional es parte de nuestro bienestar general, tanto de nuestras satisfacciones como de nuestras frustraciones. El malestar en el trabajo suele proyectarse sobre el ámbito personal privado, al igual que la satisfacción laboral influye de manera global en nuestra vida.

Según algunos planteamientos, el bienestar laboral consiste básicamente en la prevalencia de emociones positivas en el trabajo (Lyubomirsky, King, y Diener, 2005). Las principales son la empatía, la confianza y el apoyo de los colegas ante la cooperación en el trabajo.

Según teoría de ampliación y construcción de las emociones de (Fredrickson, 2001), las emociones positivas actúan como un marco ampliador y una caja de resonancia de las capacidades de la persona. El cultivo de las emociones positivas de los profesionales no sería un objetivo final sino el marco de un planteamiento potenciador de las capacidades personales y organizacionales (Perandones, Lledó, y Grau, 2010).

Ciertas emociones positivas no sólo hacen que la gente se sienta bien en un momento puntual, sino también en el futuro (Fredrickson y Joiner, 2002). Algunas emociones como el interés y la alegría comparten la capacidad de ampliar el pensamiento momentáneo de las personas aumentando su gama de ideas y acciones que vienen a la mente. Esto es los repertorios de acción y construcción de sus propios recursos personales: físicos e intelectuales, sociales y psicológicos. Por ejemplo, la alegría amplía los recursos mediante la creación de las ganas de trabajar y ser creativos. El interés, fomenta el deseo de explorar y asimilar nueva información, experiencias y crecimiento personal (Fredrickson y Losada, 2005).

Investigaciones más recientes han demostrado que los profesionales más

comprometidos experimentan más a menudo emociones positivas y ésta puede ser la razón por la que son más productivos (Schaufeli y Van Rhenen, 2006). Las personas felices son más sensibles a las oportunidades en el trabajo, más sociables y útiles para otros, más confiados y más optimistas (Wright y Cropanzano, 2007).

El concepto de bienestar ha sido tratado de formas distintas por diferentes investigadores. El bienestar laboral no consiste únicamente en la prevalencia del bienestar emocional subjetivo, también debe incluir el bienestar psicológico, es decir, el que supone el desarrollo de las capacidades de la persona sobre sí misma, sobre el entorno y en la interacción con los demás (Díaz et al., 2006).

Para Ryan y Deci (2000a) el bienestar psicológico se explica por la Teoría de la Autodeterminación (TAD), donde se considera como un funcionamiento psicológico vital basado en experiencias positivas y saludables. Esta teoría maneja como indicadores de bienestar psicológico la autoestima, satisfacción con la vida y vitalidad subjetiva, variables medidas en esta investigación (Ryan y Deci, 2000a, 2001).

La TAD una macro-teoría de la motivación y la personalidad que ha evolucionado durante los últimos treinta años dentro de distintos contextos sociales. Analiza el grado en que las personas realizan sus acciones de forma voluntaria, por elección propia y la forma en que esto contribuye al desarrollo de la personalidad y el crecimiento personal. Asume que las personas son organismos activos, con tendencias innatas hacia el crecimiento y desarrollo psicológicos, esforzándose por dominar los desafíos continuados e integrar sus experiencias de forma coherente con su voluntad (Ryan y Deci, 2001).

Tal como propone la TAD, el bienestar psicológico también incluye la conciencia de desarrollo en los principales dominios de la persona como son la grupalidad, el desarrollo de la autonomía y la capacidad de acción instrumental, (Deci y Ryan, 2008). El bienestar laboral incluye la experiencia de pertenecer a un grupo del que se es parte activa así como la experiencia de

autonomía y responsabilidad en la ejecución del trabajo y la acción laboral (Moreno-Jiménez y Gálvez Herrer, 2013).

En nuestro trabajo recogeremos y analizaremos estos tres indicadores de la teoría de la autodeterminación para medir el bienestar psicológico del grupo de profesionales de nuestro estudio: *autoestima, satisfacción con la vida y vitalidad subjetiva así como algunas variables sociodemográficas, optimismo, crecimiento personal, estrés percibido y el significado del trabajo.*

3.3.2.1. Condiciones de Trabajo

El bienestar en el trabajo es una consecuencia de las condiciones del mismo. Se denominan condiciones de trabajo todos los factores laborales que pueden afectar a la salud del trabajador (Arce, Benavides, y Jódar, 2006). El enfoque científico de la salud laboral comienza por determinar las condiciones de trabajo y el contexto habitual en el que se produce el daño a la salud de los trabajadores (Benach et al., 2012). Desde la perspectiva actual europea, aunque pueda haber muchos factores moderadores de la salud laboral, el efecto principal proviene del contexto en el que se trabaja (Moreno-Jiménez y Gálvez Herrer, 2013).

Históricamente, se ha puesto también interés en el estudio de las condiciones de seguridad e higiene. Aunque en los últimos años, se ha desarrollado el estudio de las condiciones ergonómicas y de las psicosociales, también se ha estudiado el efecto de las condiciones contractuales sobre la salud laboral como elemento autónomo que requiere una atención especial (Benach et al., 2012). Lo veremos más adelante en este trabajo.

Desde la perspectiva de los factores psicosociales, son condiciones laborales estrictamente las derivadas de la organización de las instituciones y que pueden afectar a la salud física y/o emocional del trabajador de manera leve, media o grave (Brough y O'Driscoll, 2010).

3.3.2.2. Condiciones Organizacionales

Uno de los primeros documentos oficiales e internacionales en abordar el tema de los factores psicosociales en el trabajo fue “los factores psicosociales en el trabajo: reconocimiento y control” (Oficina Internacional del Trabajo, 1986). Consisten en interacciones en el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de organización; y las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo. Todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, puede influir en la salud, en el rendimiento y en la satisfacción en el trabajo (Oficina Internacional del Trabajo, 1986). Esta definición señala claramente la atención de la OIT al profesional concreto y a sus necesidades, percepciones y experiencia individuales (Leka, Jain, Zwetsloot, y Cox, 2010), lo que es determinante para su evaluación e intervención, tal y como hemos señalado previamente. En este documento también se incluyen algunos de los efectos psicosociales que se mantienen en la actualidad: la falta de habilidades, la sobrecarga en el trabajo, la falta de control, el conflicto de autoridad, la desigualdad en el salario, la falta de seguridad en el trabajo, los problemas de las relaciones laborales, el trabajo por turnos y el peligro físico (Oficina Internacional del Trabajo, 1986).

Los factores psicosociales y los riesgos son conceptos distintos. Los primeros se definen como factores organizacionales cuyas consecuencias pueden ser positivas o negativas, mientras que los segundos sólo contemplan las negativas (Moreno-Jiménez y Gálvez Herrer, 2013).

La importancia del riesgo laboral depende de la probabilidad de que ocurra y de la gravedad de sus posibles efectos. Este planteamiento es válido para cualquier tipo de riesgo, incluidos los riesgos psicosociales. Tanto los riesgos organizacionales como los psicosociales son riesgos reales, inmediatos o a medio y largo plazo para la salud de los trabajadores (Moreno-Jiménez y Gálvez Herrer, 2013).

<i>Contenido del trabajo</i>	Falta de variedad en el trabajo, ciclos cortos de trabajo, trabajo fragmentado y sin sentido bajo uso de habilidades, alta incertidumbre, relación intensa con la gente.
<i>Sobrecarga y ritmo</i>	Exceso de trabajo, ritmo del trabajo, alta presión temporal, plazos urgentes de finalización.
<i>Horarios</i>	Cambio de turnos, cambio nocturno, horarios inflexibles, horario de trabajo imprevisible, jornadas largas o sin tiempo para la interacción social.
<i>Control</i>	Baja participación en la toma de decisiones, baja capacidad de control sobre la carga de trabajo y otros factores laborales.
<i>Ambiente y equipos</i>	Condiciones malas de trabajo, equipos de trabajo inadecuados, ausencia de mantenimiento de los equipos, falta de espacio personal, escasa luz o excesivo ruido.
<i>Cultura organizacional y funciones</i>	Mala comunicación interna, bajos niveles de apoyo, falta de definición de las propias tareas o de acuerdo en los objetivos organizacionales.
<i>Relaciones interpersonales de trabajo</i>	Aislamiento físico o social, escasas relaciones con los jefes, conflictos interpersonales, falta de apoyo social.
<i>Rol en la organización</i>	Ambigüedad del rol, conflicto de rol y responsabilidad sobre personas.
<i>Desarrollo de carreras</i>	Incertidumbre o paralización de la carrera profesional, baja o excesiva promoción, pobre remuneración, inseguridad contractual, bajo valor social del trabajo.
<i>Relación trabajo-familia</i>	Demandas conflictivas entre el trabajo y la familia, escaso apoyo familiar, problemas duales de carrera.
<i>Seguridad contractual</i>	Trabajo precario, trabajo temporal, incertidumbre de futuro laboral, insuficiente remuneración.

Tabla 3.1: Factores Psicosociales de Riesgo ó de Estrés Psicosocial.

Tal y como exponen los expertos, los efectos dependerán básicamente de su contenido y de la interacción con la experiencia y percepción de los trabajadores (Leka et al., 2010). Cada una de las categorías descriptivas principales (columna de la izquierda) puede dar lugar a factores psicosociales de riesgo o estrés (columna de la derecha). Ver Tabla 3.1 (Kivimäki et al., 1997).

3.3.3. Factores Psicosociales de Riesgo

Aunque los factores psicosociales de riesgo comparten con otros la probabilidad del daño a la salud, tienen características propias de su naturaleza psicosocial, compleja y subjetiva (Moreno-Jiménez y Gálvez Herrer, 2013):

- **Su efecto generalizado es la respuesta de estrés.** La aparición del estrés en sus diferentes formas es la manifestación más común de la percepción de factores psicosociales lesivos que minan la capacidad funcional del trabajador. En este sentido, la respuesta de estrés es la variable mediadora principal antes los factores psicosociales y el daño a la salud.
- **Dificultad de objetivación.** La supervisión y la comunicación no tienen unidades de medida. Se basan en “percepciones y experiencias”. Atendiendo al enfoque organizacional, se basa en la experiencia intersubjetiva del colectivo organizacional (Oficina Internacional del Trabajo, 1986).
- **Dificultad de intervención.** Suele ser difícil intervenir sobre lo que es difícil de objetivar. La intervención psicosocial suele tener un marco de intervención amplio y con resultados poco seguros.
- **Se extienden en el espacio y en el tiempo.** Una característica muy común de los factores psicosociales es la no localización. Un clima psicosocial o un estilo de liderazgo no está ubicado en ningún lugar ni es posible precizarlo en un momento concreto.

- **Tienen escasa cobertura legal.** El ruido tiene una legislación que determina los niveles admitidos y rechazados, igual que la gran mayoría de los riesgos de seguridad, de higiene y ergonómicos. Se sabe a qué atenerse, pero no ocurre igual con los riesgos psicosociales.
- **Afectan a otros riesgos.** El trabajador es una unidad funcional en la que todos los factores externos acaban afectando a la totalidad de la persona. Por ejemplo, se han estudiado mucho los efectos de los factores psicosociales y el estrés asociado sobre los trastornos músculo esqueléticos vinculados a la ergonomía.
- **Los efectos están moderados por variables personales.** Los factores psicosociales de riesgo afectan al trabajador a través de sus propias características contextuales y personales. Están mediados por la percepción, la experiencia y la biografía personal. La carga de trabajo, el conflicto de rol o la incertidumbre laboral dependen de variables personales moderadoras, como el nivel de implicación, confianza en uno mismo y el optimismo (Oficina Internacional del Trabajo, 1986).

3.3.4. Riesgos Psicosociales

Los riesgos psicosociales, a diferencia de los factores psicosociales, son condiciones organizacionales. Son hechos, situaciones o estados del organismo con una alta probabilidad de dañar la salud de los trabajadores de forma importante (Moreno-Jiménez y Gálvez Herrer, 2013). En este sentido los hechos, situaciones o contextos que se propongan como riesgos psicosociales laborales tienen que tener una clara probabilidad de dañar a la salud física, social o mental del trabajador de forma importante (World Health Organization, 1995).

Las consecuencias de los riesgos psicosociales tienen mayor probabilidad de aparecer y mayor probabilidad de ser más graves. Este planteamiento no reduce la importancia de los factores psicosociales de riesgo o estrés, sino

que los enmarca en el concepto más global y básico de riesgos laborales y sus posibles efectos negativos para la salud (Moreno-Jiménez y Gálvez Herrer, 2013). Los efectos negativos de los factores psicosociales de estrés pueden caso ser altos en algún (por ejemplo, el ritmo del trabajo). Algunas de las características de los riesgos psicosociales son:

- **Afectan a los derechos fundamentales del trabajador.** Los riesgos psicosociales se refieren a elementos básicos de sus características de ciudadano que trabaja, de su dignidad como persona, de su derecho a la integridad física y personal, de su derecho a la libertad y de su derecho a la salud positiva y negativa. Los más aceptados son la violencia y el acoso laboral o sexual.
- **Los riesgos psicosociales tienen efectos globales sobre la salud del trabajador.** Los efectos de los factores psicosociales de riesgo actúan sobre la salud del trabajador a través de los mecanismos de la respuesta de estrés (Levi, 1981). Tal como lo recoge la Oficina Internacional del Trabajo (1986) tales respuestas están fuertemente mediadas por los mecanismos de percepción y contextuales. Es decir, los efectos sobre la salud del trabajador de los factores psicosociales de estrés son principalmente moduladores.

Otras formas de riesgos psicosociales como el estrés, la inseguridad laboral o el desgaste profesional son formas de estrés crónico que por su globalidad afectan a la totalidad del propio estilo de vida personal o profesional. Tanto unos como otros afectan a la globalidad del funcionamiento del trabajador, a los niveles de seguridad personal y pueden cursar con trastornos adaptativos (APA, 2002).

- **Afectan a la salud mental de los trabajadores.** Los riesgos psicosociales se definen por su capacidad para dañar la salud física y mental. Tienen repercusiones especialmente en la salud mental de los trabajadores. Por su propia naturaleza, afectan de forma importante y global a los procesos de adaptación de la persona y su estabilidad emocional.

Los datos más actuales indican que la ansiedad, la depresión (además de otros indicadores de mala salud mental) están asociados a la exposición a los riesgos psicosociales (Cox, Griffiths, y Rial-González, 2005). Estos son violaciones importantes de las expectativas laborales básicas y pueden generar alteraciones del sistema de procesos cognitivos, emocionales y conductuales llevando a trastornos mentales graves. La aparición de trastornos del estado de ánimo y suicidios son los más comunes. El trastorno de estrés postraumático, que se ha hecho cada vez más frecuente en contextos laborales, ha sido sugerido por la OIT como una enfermedad profesional (OIT, 2010). Los datos acerca de la presencia del trastorno de estrés postraumático en el ámbito laboral es cada vez mayor, asociado principalmente a riesgos psicosociales como la violencia, el acoso laboral y el acoso sexual (Moreno-Jiménez y Gálvez Herrero, 2013).

- **Tienen formas de cobertura legal.** La importancia real de los riesgos psicosociales, su alta incidencia y la relevancia de sus consecuencias en la salud de los trabajadores ha obligado al desarrollo de una cobertura legal inicial y al desarrollo de una jurisprudencia sobre el tema. Mientras que los problemas ocasionados por los problemas generados por los factores psicosociales de estrés han sido abordados de forma genérica, existe actualmente una legislación incipiente que atiende al estrés, la violencia y el acoso como casos más claros.

A continuación, se exponen los recursos psicológicos más reconocidos como tales y algunos otros que tienen un cierto consenso como riesgos importantes en el ámbito laboral por sus consecuencias en la salud y calidad de vida de los trabajadores.

3.3.4.1. Trabajo emocional

El trabajo emocional se ha definido como “el autocontrol de las emociones positivas y negativas, especialmente de estas últimas derivadas de normas or-

ganizacionales en el desempeño de su puesto”. Tienen como objetivo asegurar la satisfacción del cliente y la consecución de objetivos organizacionales. El trabajo emocional implica el manejo de las emociones de uno mismo para influir en las emociones del paciente con el objetivo de ser eficaz en su trabajo. En el sector servicios, incluye crear y/o mantener un estado emocional positivo en su cliente.

El estudio del Trabajo Emocional está cobrando cada vez más importancia para evaluar la eficacia organizacional y el bienestar subjetivo del trabajador (Moreno-Jiménez, Garrosa, Corso, Boada, y Rodríguez-Carvajal, 2012). Pese a que no existe ninguna legislación al respecto, parece ser que aquellas profesiones más afectadas por trabajo emocional presentan mayores niveles de estrés que aquellas con trabajo emocional menor (Bennis, 2005).

3.3.4.2. Inseguridad contractual

La inseguridad laboral podría definirse como “*una preocupación general acerca de la existencia del trabajo en el futuro y una amenaza percibida de características de trabajo diferentes, tales como la posición dentro de una organización o las oportunidades de carrera*”.

Algunos autores como (González González, 2000) consideraron que trabajo precario es aquel en el que hay un bajo nivel de certeza acerca de su continuidad, bajo control sobre el trabajo, escaso nivel de protección frente al desempleo o discriminación e insuficiente remuneración. Así la inseguridad laboral se ha descrito como uno de los riesgos laborales más importantes (Díaz et al., 2006).

Hay datos que parecen indicar que la percepción de inseguridad laboral se asocia a un aumento de los problemas para la salud (Benavides et al., 2002) Cuando las condiciones contractuales son peores, más contingentes y temporales, las condiciones de trabajo también empeoran y se asocian a mayores índices de accidentes y problemas de salud. El miedo a perder el trabajo

y el escaso control sobre elementos del propio contrato se han convertido en características del trabajo en la sociedad actual. La incertidumbre acerca del futuro es una de las mayores fuentes de estrés, especialmente cuando afectan también a la familia.

3.3.4.3. Conciliación familia-trabajo

A partir de la Segunda Guerra Mundial la incorporación de la mujer al mundo laboral ha sido progresiva y constante. El desarrollo profesional del hombre y la mujer en condiciones de igualdad ha supuesto una reorganización de los roles de maternidad-paternidad, a veces difíciles de conciliar con las exigencias laborales (Moreno-Jiménez et al., 2012).

La importancia que en los últimos años se está dando a la conciliación familiar y laboral ha generado un aumento de este tipo de estudios, sobre todo en cuanto al conflicto trabajo-familia (Gálvez, 2005). Aparece cuando las presiones de la familia y el trabajo son incompatibles (Greenhaus y Beutell, 1985). El conflicto entre las dos esferas lo han diferenciado en dos tipos (conflicto familia-trabajo y conflicto trabajo-familia) según la direccionalidad del conflicto.

Hay muchas razones para considerar el conflicto trabajo-familia como un riesgo psicosocial laboral con importantes consecuencias. Ambos ocupan elementos centrales de la identidad de la persona y el uso del tiempo disponible. También constituyen los referentes más determinantes de la vida personal en todas sus manifestaciones, por lo que la interacción entre ambos tiene un valor esencial.

3.3.4.4. El estrés

El estrés es el más importante de los factores psicosociales de riesgo en el ámbito laboral. Existen dos tipos principalmente: el estrés crónico (Folkman

et al., 1986) y el estrés temporal (Holmes y Rahe, 1967). Ambos tienen serias consecuencias para la salud, por el agotamiento para organismo.

Como ya hemos explicado previamente, para explicar la naturaleza y del estrés es necesario tener en cuenta la relevancia que tiene en el proceso la persona que lo padece. En el modelo transaccional se expone la importancia que tiene la moderación de estas variables personales y psicológicas en la respuesta al estrés (Folkman et al., 1986).

En esta investigación pretendemos analizar la asociación de algunos de estos factores psicosociales de riesgo (estrés, número de horas, tipo de contrato, número de hijos) y su relación con el significado del trabajo en nuestro grupo de profesionales.

3.4. ESTRÉS Y PROFESIONES ASISTENCIALES

Ciertas ocupaciones que requieren determinadas manifestaciones emocionales propias del contexto de enfermedad, tienen más probabilidades de que los profesionales sean más vulnerables a sufrir estrés que las ocupaciones que no requieren manifestaciones emocionales por parte de los profesionales.

Algunas investigaciones han descrito la disonancia emocional que puede ser experimentada por algunos profesionales si están obligados a expresar determinadas emociones que no sienten de manera genuina. Esto puede dar lugar a sentimientos de hipocresía, baja autoestima y depresión (Zapf, 2002). Fox y Spector (2002) encontraron que esta disonancia emocional correlaciona negativamente con la satisfacción laboral. Blay y Kahn (1993), sugieren que los profesionales cuidadores (médicos, psicólogos, enfermeras y trabajadores sociales) son más propensos a sufrir agotamiento emocional, ya que están obligados a mostrar emociones intensas en sus puestos de trabajo.

La literatura sugiere que muchos profesionales asistenciales sufren estrés y se asocia con un baja calidad de la atención a los pacientes e importantes consecuencias personales como rupturas de relaciones de pareja, consumo problemático de alcohol e ideación suicida (Kearney et al., 2009).

En países como Estados Unidos el estrés es altamente prevalente entre médicos comparados con la población general, pero el riesgo es aún mayor en especialidades como medicina de familia, medicina interna y urgencias. Parece que los médicos trabajan más horas que otros profesionales no asistenciales y tienen mayores conflictos con la conciliación trabajo-familia. Además, mientras fuera del ámbito de la medicina, niveles más altos de titulación académica parecen suponer un buen recurso para reducir el riesgo de estrés, en médicos los altos niveles de titulación y especialización aumentan el riesgo de padecerlo (Shanafelt, 2009).

La enfermería es considerada como una profesión altamente estresante (Humpel y Caputi, 2001; Verhaeghe et al., 2006). Se caracteriza por gran volumen de trabajo y horarios exigentes (Brown y Lent, 2004), las demandas de los pacientes (Lawoko et al., 2004), incertidumbre e importantes recortes presupuestarios (Jeffrey Hill et al., 2004), agresividad por parte de otros compañeros (Michelle Rowe y Sherlock, 2005). El apoyo social y los recursos disponibles necesarios para hacer frente a estas demandas resultan insuficientes en muchas ocasiones (Demerouti et al., 2000).

En España, la investigación de este fenómeno ha sido más reciente y menos abundante que en otros países y se ha dirigido principalmente al sector sanitario (Gutiérrez, Hernández, y Jiménez, 2000). Lo vemos en el apartado siguiente de este capítulo.

3.4.1. Aproximación Teórica

Los profesionales de la salud se enfrentan constantemente a una tarea compleja en la que influyen diversas circunstancias; por ejemplo, una proporción

muy alta de enfermos a los que atender, un horario de trabajo irregular, conflicto y ambigüedad de rol, falta de cohesión en los equipos de trabajo, escasez de habilidades para controlar las propias emociones, burocratización e individualismo en las instituciones sanitarias (Oberlin, 2007).

El estudio del estrés asociado a la profesión sanitaria ha dado lugar a una gran variedad de términos que, a pesar de sus características diferenciales, son muy similares entre sí. Algunos de ellos son el contagio emocional (Doherty, 1997), la fatiga por compasión (Figley, 2005), victimización secundaria, traumatización vicaria, burnout ó estrés traumático secundario (Meda, Moreno-Jiménez, Palomera, Arias, y Vargas, 2012), desgaste profesional (Jiménez, Hernández, y Gutiérrez, 2000), desgaste ocupacional ó agotamiento laboral (Gil-Monte, 2005) . Otros autores lo han denominado estrés crónico laboral asistencial (Bujalance H. et al., 2001) y estrés laboral asistencial (Arranz, Torres, Cancio, y Hernández, 1999). En muchos casos se han utilizado indistintamente estos términos para referirse a un mismo proceso, lo que ha generado imprecisión en la literatura y puesto de manifiesto la necesidad de clarificar la terminología.

Gil-Monte (2005), habla del estrés asistencial ó desgaste profesional y lo define como una “respuesta psicológica al estrés laboral crónico de carácter interpersonal y emocional que aparece en los profesionales de las organizaciones de servicios que trabajan en contacto con los clientes o usuarios de la organización. Este proceso tiene varias manifestaciones: a nivel cognitivo, se caracteriza por la pérdida de la ilusión y la baja realización profesional en el trabajo. A nivel afectivo, existe agotamiento emocional, así como la aparición de actitudes y conductas negativas hacia los pacientes y la organización en forma de comportamientos indiferentes, distantes y, en ocasiones, “lesivos”.

A veces estos síntomas de acompañan de culpa, vinculada a las relaciones de ayuda. Se da cuando el individuo responde a las necesidades de la otra persona y no a un intercambio en el que se espera la reciprocidad. La culpa aparece como síntoma característico en diversos estudios sobre el estrés

asistencial, cuando el profesional siente que ha violado o puede violar una norma de tipo moral (Lernihan y Sweeney, 2010). La culpa está entre los síntomas más destructivos que producen con mucha frecuencia estrés (Price y Murphy, 1984).

3.4.2. Estrés y Profesionales Cuidados Paliativos

Varios estudios han sugerido que los profesionales de cuidados paliativos son más propensos al estrés que los de oncología, debido a la especificidad de los estresores. En cuidados paliativos los profesionales pueden experimentar una sensación de fracaso y frustración cuando la enfermedad de un paciente progresa (Dyrbye, Thomas, y Shanafelt, 2006), sentimientos de impotencia frente a la enfermedad y sus pérdidas asociadas (Dyrbye et al., 2012), conflictos de ambigüedad del rol (M. L. Vachon, 1995, 1998, 2004) y el hecho de no poder favorecer una buena muerte (Kearney et al., 2009).

Se ha encontrado que los profesionales de cuidados paliativos mostraron niveles mucho más bajos de estrés y morbilidad psiquiátrica que los oncólogos clínicos. Estos resultados fueron similares a estudios anteriores en que los médicos y enfermeras de hospicios tenían niveles de estrés más bajos que en oncología (Alkema, Linton, y Davies, 2008; Kearney et al., 2009). Esto podría explicarse por los beneficios del trabajo en equipo, ya puede ser un factor de protección emocional en esta especialidad (Hoch, Pearce, y Welzel, 2010). Aunque esta explicación bien podría extrapolarse a la de oncología, parece obvio que la labor asistencial en estas dos áreas de trabajo tiene diferentes matices. En los profesionales de oncología, los objetivos clínicos y terapéuticos suelen ser curar la enfermedad. Cuando se diagnostica en fases iniciales, a menudo han tenido relaciones duraderas con los pacientes, donde existe la esperanza inicial de que el tratamiento funcione y prolongue la vida. Esto puede explicar en parte el sentimiento de frustración de estos profesionales cuando sus pacientes empeoran o mueren.

Algunos estudios documentan tasas muy altas de agotamiento emocional

(53.3% y 69% entre los oncólogos) comparado con tasas del 37.1% entre otras especialidades médicas. El agotamiento emocional responde en buena parte al entorno organizacional y a las interacciones sociales que caracterizan un trabajo al servicio humano (Maslach, Schaufeli, y Leiter, 2009). En contraste, los médicos de cuidados paliativos japoneses informan de una baja tasa de agotamiento emocional (Asai et al., 2010), lo que sugiere también la importancia de tener en cuenta los factores culturales en el ejercicio y el significado de la especialidad.

La mayoría de los estudios sobre el burnout en cuidados paliativos sugieren que dicho síndrome es un riesgo intrínseco en esta área de trabajo, y enfatizan la necesidad de desarrollar estrategias activas de prevención (Martins Pereira et al., 2011). Sin embargo, también se ha encontrado que en estos profesionales la realización personal (aspecto del significado del trabajo) tiende a disminuir el agotamiento emocional y la despersonalización (Cruz Robazzi et al., 2010).

Algunos investigadores (Martins Pereira et al., 2011) han identificado que las estrategias de afrontamiento más utilizadas por el personal de cuidados paliativos eran la reevaluación positiva, el control emocional y el desarrollo de relaciones interpersonales satisfactorias en el trabajo. Otros afirman que los esfuerzos por crear un significado positivo de la situación a través de un crecimiento personal y la búsqueda de apoyo social tanto informacional como emocional (Popper y de Zavala, 2008).

Aunque los profesionales de cuidados paliativos han identificado factores de riesgo propios de su especialidad, como constante exposición a la muerte, tiempo insuficiente con los pacientes, carga de trabajo, aumento del número de muertes, afrontamiento emocional inadecuado, necesidad de continuar con normalidad tras el impacto de un fallecimiento, dificultades de comunicación, desarrollo de relaciones amistosas con los pacientes, incapacidad para estar a la altura de los propios estándares éticos (responsabilidad interna de proporcionar una “buena muerte”), sentimientos de depresión, duelo y culpabilidad en respuesta a la pérdida (Kearney et al., 2009). También existen también

muchas recompensas que pueden servir como factores protectores, tales como la relación con los pacientes, la competencia en el control de síntomas y el manejo de las emociones que genera presenciar el proceso de muerte (Turnpenny et al., 2007).

Aunque en este trabajo no medimos el estrés asistencial específico de nuestro grupo de profesionales, muchos de los modelos teóricos que justifican esta investigación sí están basados en estudios con profesionales del ámbito asistencial y resulta de gran interés conocerlos para nuestro estudio. A continuación, veremos las principales perspectivas en el estudio del estrés asistencial.

3.4.2.1. Burnout

El burnout es el resultado de la frustración, impotencia y la incapacidad para alcanzar los objetivos en el trabajo. Se manifiesta en profesionales cuyo objeto de trabajo son personas en tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización (Gil-Monte, 2005). Se traduce en un descenso en el rendimiento en el trabajo como resultado de conductas y actitudes negativas (Maslach et al., 2009).

El burnout ha sido muy estudiado en los últimos veinticinco años, pero menos en el ámbito de los cuidados paliativos comparado con otras especialidades. Pese a ello, existen muchas más investigaciones sobre el burnout que sobre la fátiga por compasión (FC) y los profesionales que cuidan pacientes al final de la vida tienen riesgo de ambos (Kearney et al., 2009). Los estudios de prevalencia, se han centrado sobre todo en el personal de enfermería (Turnpenny et al., 2007) y son realizados en Estados Unidos, Canadá, Australia, Japón, Reino Unido, España, Francia y Portugal (Martins Pereira et al., 2011).

Se sabe que profesionales más jóvenes tienden a presentar niveles más altos de burnout, al igual que las personas solteras y con mayor grado de educación.

Se ha visto también que los individuos que exhiben índices altos de burnout afrontan los eventos estresantes de una manera pasiva y defensiva, mientras que un estilo de afrontamiento activo se asocia con niveles más bajos de burnout (Maslach et al., 2009).

3.4.2.2. Fatiga por Compasión

La Fatiga de compasión (FC) ha sido descrita como el “coste de cuidar” a personas que sufren y puede conducir (Figley, 2005) al burnout (Kuerer et al., 2007). También conocida como traumatización secundaria ó vicaria (Figley, 2002). Algunos investigadores consideran la FC similar al trastorno por estrés postraumático, ya que los profesionales se sienten desbordados por la intensidad emocional de las experiencias que viven en el trabajo (Kearney et al., 2009). Los médicos con FC, en contraste con el burnout, todavía pueden cuidar e implicarse con los pacientes, aunque con un coste emocional muy alto y arriesgado para su salud (Wright y Cropanzano, 2007).

En el lado opuesto está el concepto de satisfacción de compasión, definida como el gozo de trabajar ayudando a los demás. Se ha asociado a la comprensión del proceso de beneficio recíproco cuidador- paciente, autorreflexión interna, conexión con los semejantes, sentido aumentado de la espiritualidad y elevado grado de empatía. Por este motivo estos autores defienden la importancia de conectar consigo mismo como estrategia útil de prevención del estrés asistencial, potenciando los recursos positivos (Vázquez, Castilla, y Hervás, 2009).

3.5. PRINCIPALES PERSPECTIVAS EN EL ESTUDIO DEL ESTRÉS ASISTENCIAL

3.5.1. Perspectiva Clínica

La perspectiva clínica se basa en las manifestaciones sintomáticas que percibe el individuo. En 1953 aparece el primer artículo donde se describe el humor depresivo de una enfermera.

Bradley (1969), propone tomar medidas relacionadas con nuevas formas de estructura organizacional para intentar minimizar lo que él denominaba “profesionales quemados” a cargo de los presos. Sin embargo, a pesar de estas dos evidencias previas, la mayor parte de las atribuciones de los orígenes del estrés asistencial (EA) le hace a Freudenberg (1975), quien enfoca sus estudios desde una perspectiva clínica y una consideración del estrés como respuesta. Considera el estrés como estado y enfatiza la importancia de las características y valores individuales, emociones experimentadas, motivaciones y los procesos de relación con los usuarios. Describió la experiencia de asistentes voluntarios de una clínica para toxicómanos, definiendo el estrés como “estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el refuerzo esperado”. Señalaba la percepción de fracaso en la búsqueda de un sentido existencial personal a través del trabajo. Se produce un desgaste de los recursos psicológicos para afrontar las demandas del trabajo.

Desde esta misma línea, Pines, Aronson y Kafri (1981), definen el EA como un estado caracterizado por baja autoestima, fatiga emocional y física, impotencia, desesperanza, pérdida de entusiasmo en el trabajo y en la vida en general.

Posteriormente, Pines (1993) señala que los individuos que sufren más estrés son aquellos que tienen altas expectativas y se fijan altos objetivos, justificando el significado de su vida por la labor de ayuda profesional que

realizan. Se trata de una perspectiva existencial, en la que las personas altamente motivadas atribuyen al significado de su trabajo el sentido de sus vidas. De tal manera que cuando no consiguen encontrar o han perdido el significado de su labor, son más vulnerables a sufrir estrés.

3.5.2. Perspectiva Psicosocial

Desde una perspectiva psicosocial se considera que en el EA influyen características personales, del ambiente laboral y de las relaciones interpersonales. Los modelos desarrollados desde este enfoque se caracterizan por recoger ideas de Albert Bandura, considerando que a) las cogniciones de los individuos influyen en lo que estos perciben y hacen. A su vez, estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus acciones y por la acumulación de las consecuencias observadas en los demás; y b) la creencia o grado de seguridad por parte de un sujeto en sus propias capacidades determinará el empeño que el sujeto pondrá para conseguir sus objetivos y la facilidad en conseguirlos. Asimismo, determinará ciertas reacciones emocionales como la depresión o estrés.

En 1977, Maslach realizó estudios con trabajadores de servicios humanos definiendo conceptualmente el término. Desde entonces es una referencia básica en el estudio del EA. Se le considera la precursora de la “perspectiva psicosocial” donde se valora la naturaleza interpersonal del EA como factor decisivo en su definición. Desde esta perspectiva han surgido otros modelos que se describen a continuación.

- Harrison (1983), desde el “Modelo de Competencia social”, analiza la importancia de los aspectos motivacionales en el proceso del estrés asistencial. Se centra en la motivación para la ayuda como una variable determinante en los que realizan profesiones asistenciales.
- La consecución de objetivos profesionales está relacionado con factores de riesgo/protección relacionados a su vez con los sentimientos de

competencia y facilitando el desarrollo del síndrome. La existencia de objetivos realistas o utópicos, el nivel de ajuste entre los valores del sujeto y de la organización, la capacitación profesional, la autonomía en la toma de decisiones, la ambigüedad del rol, la disponibilidad de recursos, el reconocimiento recibido en el trabajo y la sobrecarga laboral son algunas de las principales variables psicosociales de riesgo o de protección en el trabajo.

- Dentro de esta perspectiva otra aportación importante la hacen Buunk y Schaufeli (1993) quienes desarrollan el “Modelo de Comparación Social”. El estrés se origina en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los individuos, a partir de la comparación social en las relaciones interpersonales con los usuarios. Las expectativas previas de equidad o ganancia son determinantes para sufrir estrés. En este caso, los profesionales de los servicios de ayuda establecen relaciones de intercambio como ayuda, aprecio, gratitud ó reconocimiento con los receptores de su trabajo, con los compañeros, supervisores y con la organización. En estas relaciones las expectativas de equidad o ganancia sobre esos intercambios juegan un papel importante. Cuando los sujetos perciben, de manera continuada, que aportan más de lo que reciben a cambio de su implicación personal y de su esfuerzo, sin ser capaces de resolver adecuadamente esa situación, serán más propensos a sufrir estrés.
- Finalmente, desde esta perspectiva los factores organizacionales se estudian desde el marco de la “Teoría organizacional”, donde variables organizacionales como la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional juegan un papel primordial. Se enfatiza la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas. Desde este marco teórico, se consideran estresores básicos la sobrecarga laboral y el conflicto de rol, ante los cuales el individuo puede poner en práctica diversas estrategias de afrontamiento, y si estas no son efectivas puede sufrir estrés (Golembiewski, Munzenrider, y Carter, 1983).

3.5.3. Perspectiva Sociocultural

Los estudios desde este enfoque consideran variables que proceden de las organizaciones y de los entornos sociológicos a los que el individuo pertenece. (Gil-Monte, 2005) considera que el EA puede ser integrado en los modelos cognitivos y transaccionales de estrés laboral como respuesta al estrés percibido que surge tras un proceso de reevaluación cognitiva, cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales no son eficaces para reducir ese estrés.

4

MODELOS TEÓRICOS DE LA SALUD OCUPACIONAL

4.1. MODELOS DE PÉRDIDA DE RECURSOS

4.1.1. Modelo Transaccional del Estrés

4.1.1.1. Modelo Transaccional de Moreno-Jiménez (1997)

Las investigaciones clásicas en estrés organizacional y desgaste profesional generalmente se han centrado en los efectos directos de las variables organizacionales, sociales, de la tarea o variables de personalidad como agentes causantes e independientes del proceso de estrés. Sin embargo, si seguimos el

modelo teórico cognitivo-motivacional-relacional de Lazarus (Folkman et al., 1986), esta asunción entra en conflicto con una concepción de las respuestas emocionales como dependientes de los significados relacionales construidos como fruto de la interacción entre la persona y el ambiente. De hecho, Lazarus considera ineficaz como medida de reducción del estrés, intentar modificar las condiciones laborales sin tener en cuenta los objetivos, metas, recursos y creencias de los trabajadores. Muchos estudios han tratado de reflejar esta variabilidad interindividual en la percepción de las variables organizacionales, si bien en muchos casos se ha quedado reducido a un tratamiento estadístico de los datos sin tener un reflejo real por evaluar la manera en que las experiencias laborales son percibidas e interpretadas por la persona. Desde esta perspectiva, el equipo de Moreno-Jiménez viene desarrollando desde sus inicios una perspectiva transaccional en el estudio de distintos procesos socio-laborales, como son el desgaste profesional, el estrés traumático secundario, el acoso laboral o los procesos de conciliación familiar-laboral, donde las variables de personalidad interactúan a lo largo de la generación, desarrollo y consecuencia de los mismos (Moreno-Jiménez et al., 1998). Ver Figura 4.1.

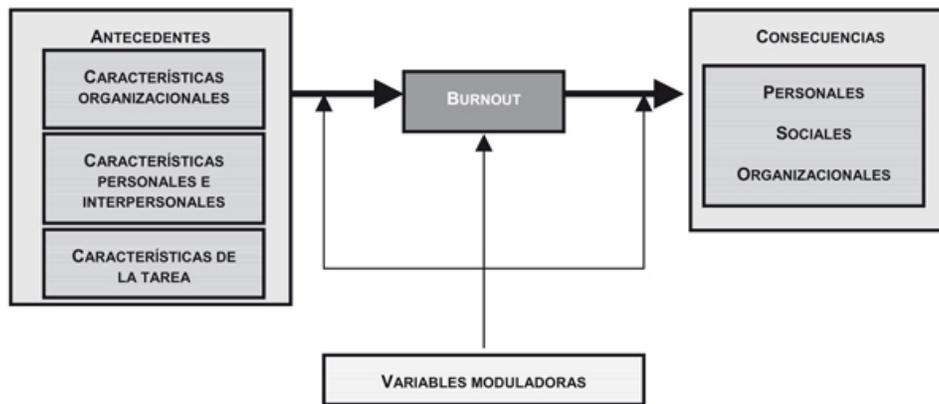


Figura 4.1: Modelo procesual y transaccional de Desgaste Profesional (Moreno-Jiménez et al., 1998)

Según la Teoría Transaccional del Estrés las personas evalúan situaciones

estresantes, tales como las demandas laborales, en función del significado que éstas puedan tener para su bienestar, ya sea como potencialmente desafiantes o amenazantes (Folkman et al., 1986).

Los desafíos tienden a ser evaluados como demandas estresantes pero que tienen el potencial de promover el dominio de una actividad o situación, promover el crecimiento personal o facilitar la posibilidad de obtener futuras ganancias. Crawford identificó como demandas desafiantes la sobrecarga laboral, la presión de tiempo y los altos niveles de responsabilidad laboral (Crawford, Garthwaite, y Porter, 2010).

Según la teoría transaccional del estrés aplicada al ambiente laboral se deduce que los profesionales tenderán a percibir las demandas como oportunidades para aprender, conseguir objetivos o desarrollar una capacidad que pueda ser recompensada.

Por otro lado, los obstáculos son demandas estresantes que suelen ser evaluadas como impedimentos para el crecimiento personal, aprendizaje o consecución de objetivos. Se incluyen características laborales como la ambigüedad y el conflicto del rol, la burocracia, la inseguridad laboral, la política organizacional y los conflictos interpersonales (Cavanaugh, Boswell, Roehling, , y Boudreau, 2000; Crawford et al., 2010).

Según esta teoría se infiere que los profesionales tenderán a percibir estas demandas como barreras que impiden su progreso innecesariamente hacia la consecución de recompensas que se obtienen como resultado ser considerado competente o eficaz en el trabajo.

4.1.2. Modelo de Conservación de Recursos

Hobfoll y Shirom (1989, 1993) basados en la Teoría de la conservación de los recursos (Hobfoll, 1989) y en el “Modelo de Estrés de Demandas–Control” (Karasek y Theorell, 1990) crean los antecedentes teóricos para aproximarse

al estudio del bienestar profesional desde la perspectiva del equilibrio entre las demandas del trabajo y los recursos disponibles para afrontarlas.

La Teoría de la Conservación de Recursos (TCR) propone que el estrés en el trabajo aparece cuando los recursos individuales (valores y motivaciones personales) se ven amenazados se pierden, o no se puede acceder a ellos, ya que el impulso automático del individuo es conservar los recursos evaluados como positivos.

Desde esta perspectiva, Shirom señala que existen tres formas básicas de recursos energéticos que se poseen a nivel individual (físicos, emocionales y cognitivos) que se relacionan entre sí y que tras un estrés crónico, derivan en fatiga física, agotamiento emocional y cansancio cognitivo (Shirom, 1989).

Entre las aportaciones más importantes Hobfoll y Shirom sugieren una relación entre la familia y el trabajo, ambos ámbitos generadores de posibles estresores, pero a la vez elementos que interactúan generando recursos de afrontamiento (Hobfoll & Shirom, 2000). En este contexto de interacción familia-trabajo, la TCR ha explicado también en relación a que las personas pierden recursos al atender a su familia y sus responsabilidades laborales.

Desde este punto de vista, saber desconectar del trabajo para conectar con uno mismo y vivir con sentido podría ser considerado como formas para restaurar ó recuperar los recursos agotados o para obtener nuevos recursos (Grandey y Cropanzano, 1999). Aprender a desconectar del trabajo cuando no se está trabajando son recursos disponibles que ayudan a renovar energía los ante el estrés y pueden ayudar a la persona a adquirir nuevas formas de enfrentarse e implicarse activamente a una situación estresante (Sonnetag y Unger, 2013; Steger y Kashdan, 2013).

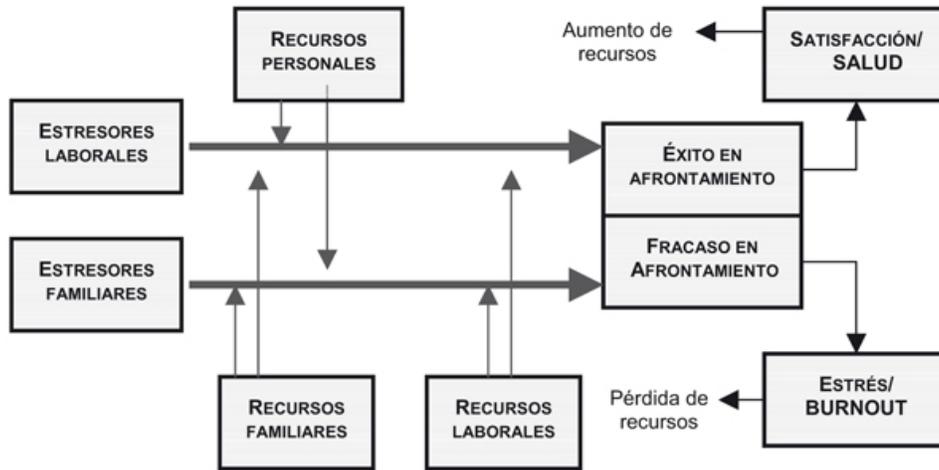


Figura 4.2: Modelo teórico sobre la conservación de los recursos.

4.1.3. Modelos de Demandas y Recursos

4.1.3.1. Modelo Demandas-Control

El modelo de Demandas-Control de Karasek (Karasek y Theorell, 1990; Karasek Jr., 1979) ha sido el punto de partida para otros modelos en Psicología de la Salud Ocupacional.

Este modelo ofrece un marco conceptual que permite explicar por un lado, la relación entre las características psicosociales del ambiente laboral, y por otro lado, la salud psicosocial y la productividad (Meneghel y Salanova, 2013). El modelo ha contribuido al estudio del estrés psicosocial y ha impulsado el estudio de la motivación y del aprendizaje en el trabajo. Otra particularidad del modelo, como señala Salanova (2009), es que el hecho que se focalice en aspectos objetivos del trabajo permite realizar cambios, lo cual repercute en la posibilidad de intervenir y, por tanto, mejorar las condiciones laborales de la persona.

Tal como explica (Karasek Jr., 1979) con el modelo de Demandas-Control no se pretende describir reacciones que desencadenan en estrés agudo como

producto de situaciones que representan amenazas para la supervivencia, sino de ambientes laborales en los cuáles las fuentes de estrés son crónicas y no representan amenazas para la vida, en otras palabras estresores que son el producto de sofisticaciones humanas referidas a las tomas de decisiones organizacionales. Karasek hace una distinción entre las fuentes de estrés psicológico y la libertad para tomar decisiones. Según Karasek (1998) las fuentes de estrés psicológico están asociadas con las demandas laborales que producen sobrecarga cuantitativa en trabajo y la de libertad para tomar decisiones refleja los problemas de organización de quien toma las decisiones y de quien realiza el trabajo.

Karasek (1998) se plantea dos hipótesis fundamentales. La primera hipótesis se refiere a la tensión en el trabajo (fatiga, ansiedad, depresión o enfermedad física) y dice que ésta ocurre cuando las demandas laborales son altas y el poder de decisión (control) del trabajador en la tarea es bajo. Las reacciones de tensión se producirían como resultado de una alta activación y de pocas oportunidades de acción para poder hacer frente a la demanda, esto es, si la persona no tiene control en su medio laboral, la alta activación no puede convertirse en una estrategia de coping efectiva, lo cual producirá una respuesta de tensión más duradera.

La segunda hipótesis está asociada con el aprendizaje y dice que cuando el control en el trabajo es alto y las demandas laborales también son altas, pero no excesivas, se va a producir aprendizaje y crecimiento personal en los trabajadores (Karasek et al., 1998). En el modelo de Demandas-Control el aprendizaje ocurre en situaciones que requieren ambos un gasto individual de energía psicológica y el ejercicio de la libertad de decisión. Esta situación ha sido llamada por Karasek como de “aprendizaje activo”. La situación opuesta también se considera en el modelo, es decir, cuando las demandas laborales son bajas y el poder de decisión también es bajo. En este caso la situación produciría un efecto desmotivador que desencadenaría en un aprendizaje negativo o una pérdida gradual de habilidades previamente adquiridas (Karasek et al., 1998).

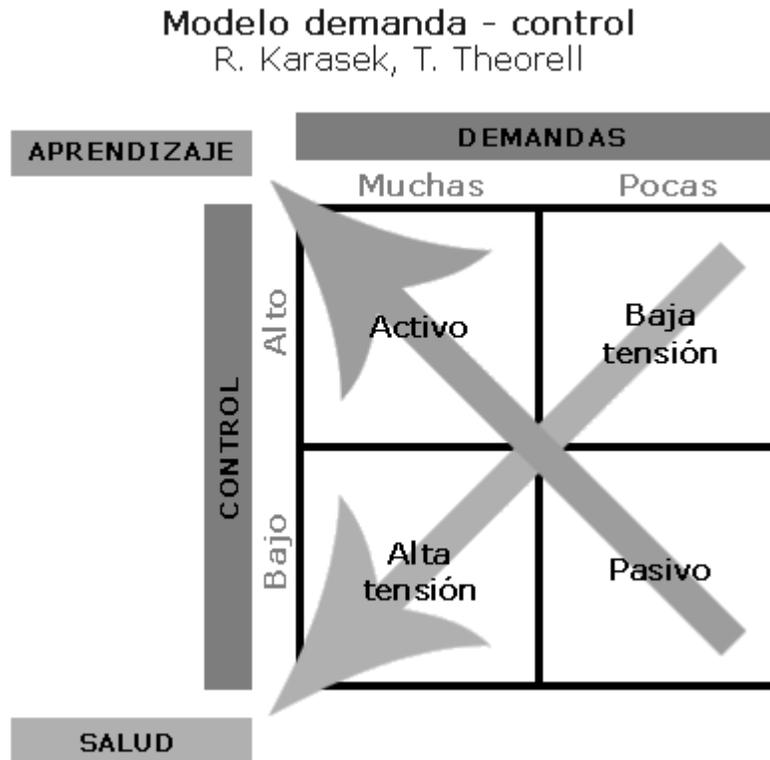


Figura 4.3: Predicciones del modelo de Demandas – Control (1979).

Johnson y Hall (1988) expandieron el modelo añadiendo una tercera dimensión, el apoyo social. La primera hipótesis sobre la tensión en el trabajo se vio incrementada con la falta de apoyo social. De acuerdo con esta hipótesis los trabajos que representan mayor tensión se caracterizarían por altas demandas, bajo control y falta de apoyo social. Por el contrario, los trabajos con menor tensión serían aquellos con alto nivel de control y apoyo social y bajo nivel de demandas laborales. Karasek (1998) recibió con interés esta ampliación del modelo, no obstante puntualizó que las asociaciones entre las medidas de interacciones entre compañeros de trabajo y supervisores, y las enfermedades crónicas serían menos consistentes que en relación al control. Asimismo, observó que las relaciones sociales tienen la capacidad de aumentar o disminuir la activación del sistema nervioso el cual sería el enla-

ce inductor del riesgo entre la situación social y la enfermedad (Karasek et al., 1998). Por tanto, según Karasek (1998), las dimensiones de la experiencia laboral que reducirían el estrés en el trabajo no serían necesariamente las mismas dimensiones que son relevantes para el “aprendizaje activo” del modelo de Demandas-Control.

A lo largo de las últimas décadas se han realizado una serie de estudios empíricos que demuestran la relación entre la hipótesis de tensión en el trabajo y el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Belkic, Landsbergis, Schnall y Baker (2004), hicieron un análisis de 17 estudios longitudinales y 9 estudios transversales y encontraron que una gran mayoría de los estudios longitudinales y más de la mitad de los estudios transversales tenían resultados positivos y significativos. Con lo cual la hipótesis de tensión en el trabajo ha recibido bastante apoyo empírico. Sin embargo la hipótesis de que el control puede moderar los efectos negativos de las altas demandas no ha recibido suficiente apoyo empírico (De Jonge et al., 2000). Probablemente el control sólo puede amortiguar parcialmente los efectos de las demandas, porque el control es una variable más compleja y requiere de cierto nivel de experiencia en la tarea para ser percibido como un estímulo.

4.1.3.2. Modelo de Demandas y Recursos Laborales

Partiendo de la base del modelo de Demandas-Control, Demerouti, Bakker, Naschreiner y Schaufeli (2000) han desarrollado el Modelo de Demandas-Recursos laborales, donde se define que dentro del ambiente laboral existen demandas laborales (físicas, psicológicas, sociales y organizacionales) que requieren un esfuerzo y un coste. No son negativas en sí mismas, pero pueden llegar a ser factores de riesgo para sufrir estrés como la sobrecarga, la presión temporal y los turnos de trabajo. Por otra parte, el trabajo también facilita recursos que reducen las demandas y sus costes, permitiendo conseguir metas en el trabajo y promoviendo el crecimiento personal, el aprendizaje y desarrollo. En el Capítulo 5 desarrollamos este modelo con detalle por ser

uno de los modelos en los que hemos basado este trabajo de investigación con nuestro grupo de profesionales.

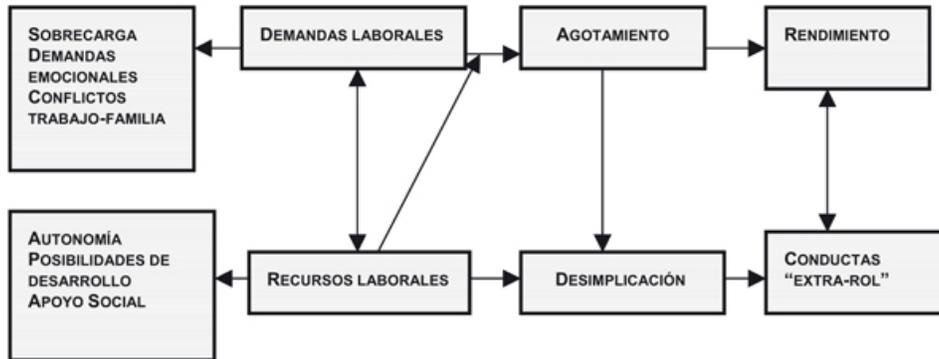


Figura 4.4: Modelo Extendido sobre demandas y recursos laborales (Demerouti et al., 2000).

4.2. MODELOS DE RECURSOS PERSONALES

4.2.1. Modelo de Capital Psicológico

El constructo de Capital Psicológico es un modelo reciente que subraya la importancia de la personalidad en los procesos de bienestar ocupacional y que propone cuatro recursos personales positivos: autoeficacia, optimismo, esperanza y resiliencia (F. Luthans, Avolio, Avey, y Norman, 2007). El capital psicológico constituye un recurso personal que aumenta la capacidad de manejar situaciones difíciles y la proactividad personal, lo que favorece el bienestar y un desempeño laboral superior. La elección de este conjunto de variables personales ha sido determinada por la importancia que estudios previos han mostrado de su influencia en el área ocupacional.

Según estos autores, las capacidades de capital psicológico son susceptibles de cambio y desarrollo a través de programas de formación relativamente breves (F. Luthans et al., 2007). El capital psicológico constituye un recur-

so personal que aumenta la flexibilidad cognitiva, la búsqueda de soluciones creativas, la apertura a nuevas experiencias, la capacidad de manejar situaciones difíciles, factores que favorecen el bienestar y un desempeño laboral superior (Sweetman, Luthans, Avey, y Luthans, 2011).

Este modelo ha demostrado resultados positivos laborales en la actitud de los trabajadores, en la conducta y en la productividad, así como resultados positivos longitudinales en el bienestar laboral (Avey, Reichard, Luthans, y Mhatre, 2011). Contribuye a la mejora de la calidad de vida y el desempeño de las personas que los desarrollen. Los describimos brevemente a continuación.

4.2.1.1. Optimismo

Tiene que ver con la curiosidad sobre lo que está por venir, con la esperanza para seguir intentándolo y con la persistencia. Seligman (1998), afirmó que cuando una persona percibe una situación como incontrolable y cree que no se puede cambiar de ninguna manera, se produce un sentimiento de indefensión que tiene diferentes resultados nocivos: reduce de manera importante la acción para cambiar situaciones, aumenta la ansiedad y bloquea la capacidad de percepción de la realidad y de la toma de decisiones creativas. Parece que la persona optimista mantiene un continuo esfuerzo por conseguir los objetivos, utilizando estrategias de afrontamiento dirigidas al problema. Los resultados de las investigaciones muestran que la disposición optimista está relacionada con la consecución de objetivos y con las estrategias de afrontamiento activas y efectivas (Carver y Scheier, 2008) que implican destrezas que se pueden aprender (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

El optimista atribuye las causas de sus fracasos a factores concretos y modificables y se siente la capacidad de obtener consecuencias adaptativas. Parece que el optimismo funciona a través de diferentes mecanismos: 1) A través de ilusiones positivas, con un mayor recuerdo sobre las experiencias pasadas favorables. 2) Con la capacidad para relativizar las explicaciones y

cuestionar las formulaciones pesimistas. 3) Manteniendo la esperanza, formulando objetivos claros y una visión de los obstáculos como retos. 4) Con la creación de expectativas positivas sobre el futuro que ayudan a valorar el presente y los hechos que están por venir. 5) El afrontamiento ante eventos inevitables que producen malestar, proporcionando un sentido que permite aprovechar la experiencia para el propio desarrollo personal. 6) Facilitando la búsqueda de la responsabilidad con una postura activa ante eventos estresantes que mejora los niveles de competencia y ayuda a afrontar las situaciones que se presentan. 7) Con la situación de las situaciones difíciles y el compromiso con sus valores. Estos mecanismos han demostrado una relación positiva con los resultados laborales y la productividad. En el Capítulo 6 del presente trabajo explicaremos el optimismo como recurso psicológico (Carver y Scheier, 2008).

4.2.1.2. Autoeficacia

Es la convicción o la confianza acerca de las propias habilidades para movilizar la motivación, los recursos cognitivos y los cursos de acción necesarios para realizar exitosamente una tarea específica en un contexto dado (Avey et al., 2011). Está basada en la Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1978) donde se describe como una capacidad dinámica asociada con la motivación debido a que influye en los patrones de pensamiento, emociones y acciones.

4.2.1.3. Esperanza

Se ha conceptualizado como un estado motivacional positivo que se deriva interactivamente de la convicción de que se pueden alcanzar determinados objetivos y de los caminos para hacerlo. La esperanza tiene una dimensión activa y comprometida. Es una expectativa de futuro que lleva al sujeto a pensar en ella y en los métodos por los que puede llegar a alcanzarla y redirigir los esfuerzos para tener éxito si fuera necesario (Sweetman et al.,

2011).

La esperanza se diferencia del optimismo en que éste último implica una visión y expectativa de buenos resultados, en tanto que la esperanza implica una ejecución pragmática para alcanzar una meta específica (Sweetman et al., 2011). A su vez, la esperanza se diferencia de la autoeficacia en la importancia de los objetivos, la magnitud de los pensamientos que suscita y la capacidad percibida de poner los medios para alcanzarlos (Moreno-Jiménez et al., 2012).

4.2.1.4. Resiliencia

El modelo de resiliencia emocional (Garrosa, Rainho, Moreno-Jiménez, y Monteiro, 2010) se centra en la capacidad y los recursos que utiliza cada persona para construir su propio contexto y las características psicosociales que lo rodean. Tenemos la capacidad de afrontar situaciones difíciles anticipando el coste emocional que pueda generarnos. Esto refleja una importante cualidad del funcionamiento humano: la capacidad voluntaria e intencionada de autorregular emociones y conducta para conseguir objetivos. Este modelo de evaluación e intervención, que incluye el optimismo, puede ayudar en la gestión de los riesgos psicosociales potenciando las competencias emocionales de los profesionales y puede contribuir a mejorar la salud laboral (Garrosa, Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz, y Rodríguez-Carvajal, 2011).

Esto es muy relevante en el contexto laboral y aún más en profesiones asistenciales, donde además del proceso de autorregulación emocional del profesional para responder a las demandas cotidianas, también hemos de regular las emociones de otras personas (Maslach et al., 2009).

Estos procesos de interacción son intensos y exigen un nivel alto de recursos personales y competencias emocionales para resolver problemas y enfrentarse a situaciones difíciles de manera efectiva. En este sentido, los profesionales resilientes cuentan con una mayor capacidad para enfrentarse a situaciones

difíciles. Inversamente, los profesionales con mayor déficit en estas áreas de la personalidad tendrán una menor autoestima para enfrentarse a la complejidad de algunas situaciones del medio laboral.

Hay más recursos personales positivos que se asocian con el bienestar en el trabajo (Falco, Girardi, y Dal Corso, 2013). Por ejemplo, la expresión honesta de las emociones y la habilidad para empatizar con otros pueden fomentar el compromiso, la eficacia y la realización personal (Bakker, Albrecht, y Leiter, 2011).

4.2.2. Modelo de Autoevaluaciones Básicas

El modelo de Autoevaluaciones Básicas representa las valoraciones que hacen las personas sobre sí mismas, su nivel de competencia, habilidades, capacidades y valía (Judge, Bono, Erez, y Locke, 2005). Están constituidas por cuatro dimensiones: autoestima, autoeficacia, locus de control y (bajo) neuroticismo.

Las autoevaluaciones básicas tienen efectos consistentes en la satisfacción con el trabajo, independientemente de las características del mismo. Es decir, la forma en que las personas se ven a sí mismas influye en la manera en que éstas se relacionan en el trabajo. Por lo tanto, constituyen recursos personales psicológicos.

4.2.2.1. Autoestima

La autoestima representa el indicador más sólido de este modelo. La mayoría de las definiciones abarcan elementos centrados en una valoración personal estable y que confía en la propia capacidad para manejar lo que venga en la vida (“Identity negotiation at work”, 2009).

En un sentido general, se ha posicionado como necesidad humana básica

y se espera. Se espera que influya de alguna manera en nuestra conducta y que ayude a las personas a sentirse valoradas por ser quiénes son y a utilizar mejor sus recursos personales.

Algunas de las pruebas más sólidas de la importancia de la autoestima provienen de la investigación con adolescentes, donde la autoestima de los participantes durante la juventud se relaciona con su capacidad de adaptación como adultos catorce años después (Werner y Smith, 1992) con menores niveles de depresión y ansiedad, problemas económicos y laborales transcurridos once años (Trzesniewski et al., 2006). La confianza en uno mismo, estrechamente relacionada con la autoestima, se relaciona en la mayoría de la literatura cualitativa con un liderazgo efectivo (Rodríguez-Carvajal, Méndez, Moreno-Jiménez, Abarca, y van Dierendonck, 2010).

Rosenberg (1973) la define como “la evaluación acerca de uno mismo y el desarrollo de una actitud de aceptación o rechazo” (Rojas-Barahona, Zegers, y Forster, 2009). Y como el resultado de un proceso por el que aprendemos a valorarnos positiva o negativamente (Coopersmith, 1967). Personas con altos niveles de autoestima suelen tener características positivas como más afecto positivo, mayor efectividad en el manejo de las diferentes tareas y suelen ser personas más independientes y autónomas (Góngora, Liporace, y Castro Solano, 2010).

Sin embargo, una autoestima alta también puede asociarse a la falta de autocrítica y dificultades en las relaciones interpersonales, debidas a la falta de sensibilidad y empatía con los demás (Moretti y Higgins, 1990).

En el Capítulo 6 aportamos estudios sobre la autoestima, por ser una de las variables analizadas en nuestra investigación.

4.2.2.2. Autoeficacia

Es un concepto similar al de la autoeficacia de Capital Psicológico (descrito previamente en este capítulo), sólo que aquí se pone énfasis en su carácter estable a través de las distintas situaciones de la vida cotidiana. Se entiende como la evaluación que realiza cada persona acerca de su desempeño a través de diferentes situaciones (Judge et al., 2005).

4.2.2.3. Locus de Control

Se refiere al grado en que el sujeto ve los eventos como consecuencia o resultado de sus propias acciones (control interno) o de fuerzas externas (control externo).

La teoría del *Locus de Control* ha recibido bastante apoyo empírico a través de estas últimas décadas (Lefcourt, 1992) encontró que las personas con locus de control interno buscaban obtener el máximo de información posible de aquello que intentaban hacer, lo cual le llevó a concluir que estas personas atribuían el éxito a su comportamiento. Según esta teoría, cuando alguien considera que su locus de control es interno, atribuirá el resultado de su conducta a en sus propios esfuerzos o méritos (éxito o fracaso). Por el contrario, cuando considera que su lugar de control es externo, atribuirá el resultado de su conducta a factores que escapan a su control (azar o la suerte, destino, otras personas).

4.2.2.4. Neuroticismo

El neuroticismo es uno de los cinco rasgos básicos del modelo de los “Cinco Grandes” (Big Five). Los sujetos que puntúan alto en neuroticismo suelen prestar más atención a los aspectos negativos de la situación y tienen más posibilidades de codificar y evocar más la información negativa de la situación posteriormente (Suls, Green, y Hills, 1998; Watson y Clark, 1984).

En el presente trabajo se toma como punto de partida que las personas con más recursos personales tienen un mayor dominio de la situación, lo cual les ayuda a manejar de manera más efectiva las exigencias de las demandas de su trabajo. Proponemos analizar en este trabajo las funciones que desempeñan algunos recursos personales positivos que se incluyen en los modelos de Capital Psicológico y Autoevaluaciones Básicas en el proceso de significado del trabajo y estrés percibido en un grupo de profesionales de cuidados paliativos.

4.3. MODELOS DE AJUSTE-DESAJUSTE

4.3.1. Modelos de Ajuste-Desajuste

4.3.1.1. Modelo de Desequilibrio Esfuerzo–Recompensa

Siegrist, Cvetkovich, y Roth (2000), proponen este modelo con la intención de evaluar los efectos adversos de las experiencias laborales estresantes en la salud. El modelo se centra en la “reciprocidad social” en el trabajo, donde las situaciones de alto coste/ baja ganancia son consideradas como especialmente estresantes. La experiencia del desequilibrio entre un gran esfuerzo y una escasa recompensa en el trabajo se vive como una experiencia estresante porque este desequilibrio quebranta las expectativas básicas de reciprocidad e intercambio adecuados en un área crucial de la vida social como el trabajo (De Jonge et al., 2000).

Este modelo asume que los contratos laborales con frecuencia no especifican, ni proporcionan un intercambio simétrico, en el existe igualdad entre los esfuerzos requeridos y las retribuciones otorgadas. También se consideran las diferencias individuales, como el comprometerse en exceso como variables explicativas en la percepción de este desequilibrio. (Moreno-Jiménez y Gálvez Herrer, 2013)

Las retribuciones o recompensas se distribuyen a través de tres medios, dinero, consideración o estima hacia la persona y oportunidades laborales, incluida la seguridad laboral. Cuando se vulnera la norma de reciprocidad, es probable que se manifiesten emociones negativas y respuestas de estrés. Por el contrario, cuando se mantiene la reciprocidad las personas experimentan emociones positivas que promueven la salud y el bienestar psicosocial.

Según este modelo las personas que se comprometen en exceso suelen sentir un mayor desequilibrio que sus otros colegas debido a una distorsión perceptual que les impide valorar con precisión la relación esfuerzo-ganancia. De esta teoría se derivan tres hipótesis:

1. Un desequilibrio entre un alto esfuerzo y una pequeña recompensa (falta de reciprocidad) aumenta los riesgos de tener problemas de salud.
2. La gente que se compromete en exceso tiene un riesgo mayor de desarrollar problemas de salud, a pesar que las características laborales refuercen su estilo de afrontamiento.
3. Las personas que cumplen las hipótesis 1 y 2 corren mayores riesgos de desarrollar problemas de salud.

Según este modelo la falta de reciprocidad de esfuerzos-recompensas se mantiene en el tiempo a través de una serie de mecanismos como contratos de trabajo escasamente definidos y pocas posibilidades de conseguir puestos de trabajo alternativos. Además, también es posible que los propios trabajadores acepten este desequilibrio por razones estratégicas, que pueden estar a posibilidades futuras de obtener recompensas.

La principal crítica que se le ha hecho a este modelo ha sido el solapamiento conceptual que existe entre éste y otros modelos que explican el estrés. De hecho, se han señalado las coincidencias entre este modelo y el modelo de Demandas-Control. Entre ellas, los esfuerzos extrínsecos y estima de este

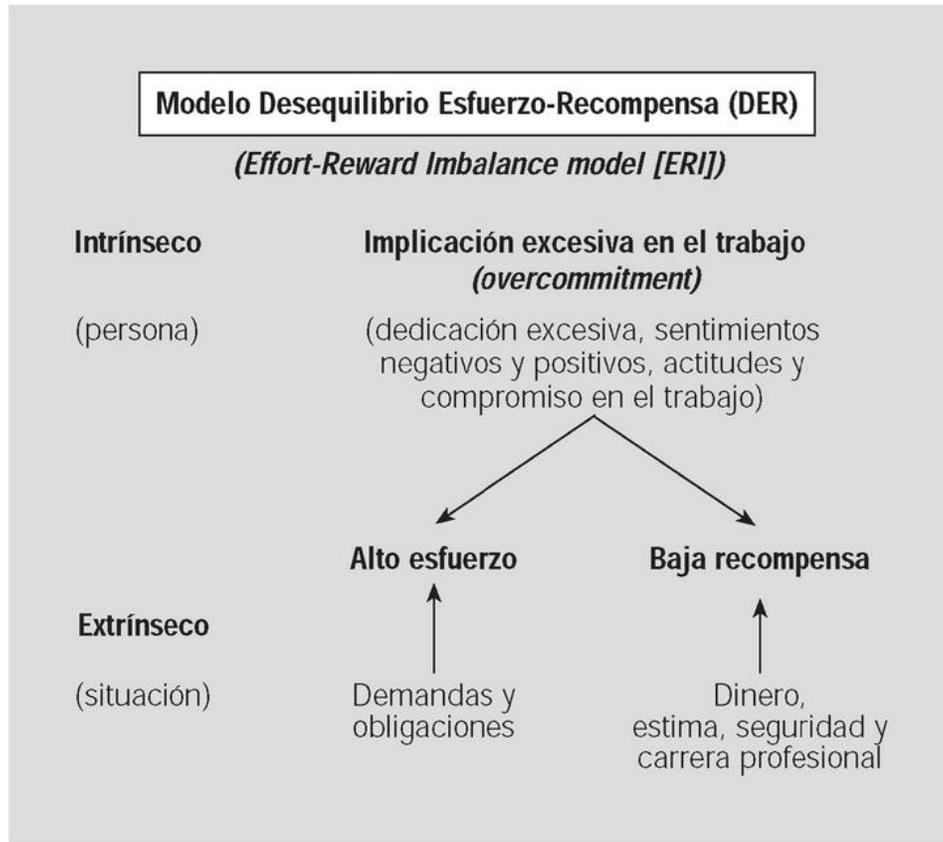


Figura 4.5: Modelo Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa.

modelo se asemejan a los conceptos de demandas y apoyo social del modelo Demandas-Control; asimismo las características personales adversas (competitividad u hostilidad) de este modelo pueden ser el resultado de un bajo control y altas demandas laborales (Siegrist et al., 2000).

4.3.1.2. Modelo de Maslach y Leiter

Este modelo (Schaufeli, Leiter, Maslach, y Jackson, 1996) propone seis áreas en la vida laboral que integran las principales relaciones con el burnout: la carga de trabajo, el control, las compensaciones, la comunidad, la equidad

y los valores. Este enfoque enfatiza la importancia de estudiar a las personas en su contexto. Según este modelo, estas seis áreas de la vida laboral se dan cita en un marco que abarca los principales antecedentes de organización de estrés.

- **Carga de trabajo.** Asociada con el agotamiento. Demasiada carga de trabajo agotan la energía del individuo al extremo que la recuperación se hace imposible.
- **Control.** Asociado con la falta de eficacia personal. En la mayoría de los casos los desajustes en el control indican que las personas no tienen suficiente control sobre los recursos necesarios para realizar su trabajo; o no tienen suficiente autoridad para realizar su labor de la forma que cree que es más eficaz.
- **Recompensa.** Asociada con la falta de eficacia personal. Algunas veces se referirá a una compensación salarial insuficiente, o beneficios producidos por el salario que no son acorde con los logros laborales.
- **Comunidad.** Se refiere a las relaciones sociales en el ambiente laboral y el impacto que pueden tener en el trabajador en términos de apoyo social o conflicto interpersonal.
- **Equidad.** Incluye cualquier política laboral o procedimientos que puedan afectar el sentido de equidad y justicia social de los trabajadores.
- **Valores.** El área de valores recoge el poder cognitivo-emocional de las metas y expectativas laborales.

4.3.1.3. Modelo de Ajuste Persona-Ambiente de Harrison

La distinción entre persona y ambiente (P-A) es una de las características básicas en este modelo (Harrison, 1978). Esta distinción se convierte por tanto en un pre-requisito para la conceptualización de los niveles de ajuste

P-A, siendo esta la base de causación recíproca entre el individuo y su entorno. La segunda característica del modelo es la distinción explícita entre dimensiones “objetivas” y perceptivas tanto de la persona como del ambiente. En este sentido, Harrinson considera importante analizar el efecto diferencial entre características objetivas tanto de la persona y el ambiente frente a percepciones del individuo tanto de sí mismo (por ejemplo, autoconcepto) como del entorno. Por tanto, al establecer los niveles de ajuste, se analizan tanto los niveles de ajuste persona-ambiente, objetivo y perceptivo, así como los niveles de ajuste entre la percepción del ambiente y sus características objetivables, y el nivel de precisión en la autovaloración del sujeto. La aplicación de este modelo en las distintas investigaciones empíricas ha llevado a una modificación del mismo al observar que los niveles de ajuste objetivos persona-ambiente no mostraban un impacto apreciable en la salud mental, a menos que fuese percibido por el sujeto y por tanto llevado a la dimensión subjetiva de los niveles de ajuste

4.4. MODELOS DE SOBRE Ó BAJA ESTIMULACIÓN

4.4.1. Modelo Vitamínico de Warr

Peter Warr propone el modelo vitamínico para estudiar la felicidad o infelicidad del sujeto en el entorno laboral o fuera de él como en el caso del desempleo o la jubilación. Parte de dos perspectivas diferentes, una perspectiva enfocada en las características ambientales del trabajo y en su impacto en el bienestar, y otra perspectiva enfocada en los aspectos personales del sujeto como los procesos mentales que tienen lugar en la evaluación que los sujetos hacen de su felicidad o infelicidad (Rodríguez Carvajal y de Rivas Hermosilla., 2011).

La primera perspectiva se centra en los aspectos medioambientales con la

finalidad de identificar los principales aspectos de la vida laboral que ejercen influencia en la felicidad o infelicidad de la persona en relación con su trabajo. Warr propone doce características laborales que llama vitaminas. El modelo toma su nombre de la analogía que Warr realiza entre las características laborales y las vitaminas. Según Warr las características laborales tienen un desempeño similar al de las vitaminas en relación a la salud física. A bajos niveles de ingesta, la deficiencia de estas vitaminas daría lugar al deterioro fisiológico o a problemas de salud; pero después de alcanzar un nivel moderado, no hay beneficios adicionales. Del mismo modo, la ausencia de una característica ambiental básica puede desencadenar en algunas formas de infelicidad, pero su presencia más allá de un cierto nivel no va a producir incremento en la felicidad. Más aún, así como algunas vitaminas son perjudiciales en exceso, algunas características del medio ambiente también pueden tener efectos nocivos (Warr, 2007). Según Warr las características laborales E1 a E6 actúan como las vitaminas A y D, es decir su presencia será beneficiosa para la salud hasta cierto punto a partir del cual su efecto se transformará en tóxico. Las características E7 a E12, actúan como las vitaminas C y E, una vez que alcancen el punto óptimo se producirá un efecto constante.

Warr señala que la felicidad es un concepto amplio y no sólo engloba el bienestar sino también la autovaloración (Warr, 2007). El bienestar puede explicarse en función de dos dimensiones independientes llamadas placer y activación. Warr describe el bienestar subjetivo en relación al valor que cada persona obtenga en estas dos dimensiones) y en relación a la distancia con respecto a la intersección de estas dos dimensiones (a más distancia, mayor intensidad). El valor que obtenga en los ejes de placer y activación estará relacionado con la emoción que experimenta la persona y la distancia con respecto a la intersección indicará la intensidad de la emoción.

Warr (1987) propone tres ejes en este modelo bidimensional, los ejes de placer-displacer, ansiedad-relajación y el eje de depresión-entusiasmo. El eje 1 de placer-displacer no considera el grado de activación psicológico, sola-

CARACTERÍSTICA LABORAL	TEMAS Y SUB-COMPONENTES ILUSTRATIVOS
E1. Oportunidad para el control personal	Influencia personal, autonomía, prudencia, libertad para decidir, participación
E2. Oportunidad para el uso de habilidades	El potencial del entorno para aplicar y desarrollar habilidades y conocimientos
E3. Metas generadas externamente	Demandas externas, desafíos, sobrecarga, conflicto de rol, rivalidad entre compañeros, involucramiento emocional requerido, conflicto entre el trabajo y casa
E4. Variedad de las tareas	Cambios en el contenido del trabajo y en los contactos laborales, lugar de trabajo cambiante
E5. Claridad ambiental	Resultados predecibles, requerimientos claros, claridad en el rol, feedback en el trabajo, baja ambigüedad con respecto al futuro
E6. Oportunidad para el contacto con otros	Cantidad de contacto social, calidad de las relaciones sociales, dependencia de otros, trabajo en equipo
E7. Salario justo	Renta disponible, nivel salarial, pago por logros
E8. Seguridad física	Condiciones laborales, nivel de riesgo, calidad del material
E9. Posición social valorada	Importancia de una tarea o función, contribución a la sociedad, pertenencia a grupos empresariales bien valorados
E10. Supervisión adecuada	Consideración de los jefes, trato justo del supervisor, preocupación por el propio bienestar
E11. Perspectiva de carrera	Seguridad laboral, oportunidad para ser ascendido o de cambiar a otros roles
E12. Equidad	Equidad dentro de la organización, equidad en las relaciones de la organización con la sociedad

Tabla 4.1: Principales características laborales que afectan a la felicidad e infelicidad.

mente las emociones que van desde las más positivas de placer hasta las más negativas de displacer. Los ejes 2 de ansiedad-relajación y 3 de depresión-entusiasmo tienen en cuenta las dimensiones de placer y activación. En el eje 2 los estados más cercanos a la ansiedad combinan alta activación y bajo placer, en tanto que los estados más próximos a la relajación presentan baja activación y alto placer. En el eje 3 los estados más cercanos a la depresión están representados por baja activación y bajo placer, en tanto que los estados más cercanos al entusiasmo se caracterizan por alta activación y alto placer.

4.5. OTROS MODELOS SOBRE SALUD OCUPACIONAL

4.5.1. Modelo: Burnout como proceso de desilusión en la profesión de ayuda.

La mayoría de las personas en el inicio de su profesión experimentan lo que podríamos llamar una fase de entusiasmo por el acceso a un nuevo puesto de trabajo, con nuevas expectativas e intereses. Durante algún tiempo todo contratiempo se contrarresta con las energías que proporciona la motivación por hacer un “buen trabajo” (Edelwich y Brodsky, 1980). Si las dificultades y la realidad del día a día empiezan a romper expectativas pasamos a una fase de estancamiento donde empezamos a plantearnos si el nivel de esfuerzo personal compensa los beneficios. Una vez que empezamos a plantearnos la posible eficacia del esfuerzo personal realizado para superar los obstáculos laborales, sino disponemos del apoyo de recursos organizacionales, sociales e individuales, nos encontraríamos con una alta probabilidad de pasar a una fase de frustración y posteriormente de apatía y pérdida de referencias, que desencadenaría en el síndrome de desgaste profesional (Rodríguez Carvajal y de Rivas Hermosilla., 2011).

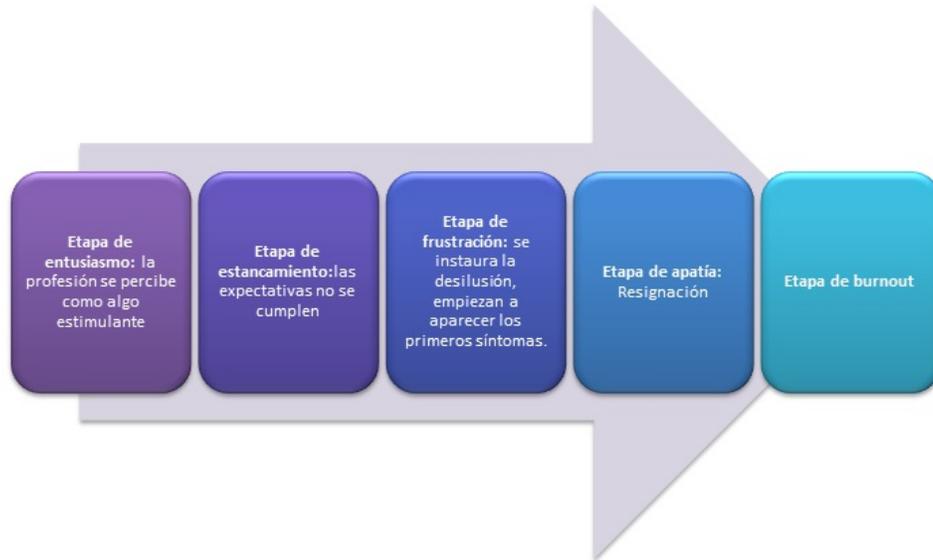


Figura 4.6: Modelo de Edelvich y Brodsky (1980).

4.5.2. Modelo de facetas ampliado de Beehr y Newman

En este modelo, el estrés laboral se localiza en la faceta medioambiental, siendo la respuesta de estrés parte de la faceta de consecuencias personales (Beehr y Newman, 1978). Según el modelo la presencia de estresores y de respuesta de estrés serían las dos condiciones necesarias y suficientes para hablar de una situación de estrés ocupacional. La faceta personal se compone de características relativamente estables de la persona, por ejemplo, la personalidad, sus rasgos o características socio-demográficas). Éstas podrían interactuar con distintos estresores para producir una variabilidad más amplia en la respuesta de estrés. La variable consecuencias organizativas contiene los comportamientos de los empleados, en situaciones de estrés, que tienen implicaciones directas en la eficacia de la organización, por ejemplo, el absentismo, la rotación o cambios en los niveles de rendimiento. Por último, la faceta duración reconoce la importancia del tiempo en el propio proceso de estrés laboral, que es probablemente un factor poco reconocido en el estudio del proceso (McGrath y Beehr, 1990). Posteriormente, se desarrolló

un modelo extendido en el que se rompe la faceta ambiental en dos partes, estresores laborales y otras características de la situación. Estas otras características de la situación podrían moderar la relación entre los estresores y el resto de las variables del proceso. Además, en esta nueva versión del modelo, cambiaría el papel de las características personales para mostrar de forma explícita su papel moderador en la relación estresores y respuesta de estrés. En este sentido, las características personales podrían también dar lugar directamente a distintos tipos de respuesta de estrés. Asimismo, “el afrontamiento y la adaptación” aparecen en este modelo para indicar las medidas adoptadas para corregir los problemas derivados de los estresores, en las respuestas de estrés y los efectos a nivel organizacional (Rodríguez Carvajal y de Rivas Hermosilla., 2011).

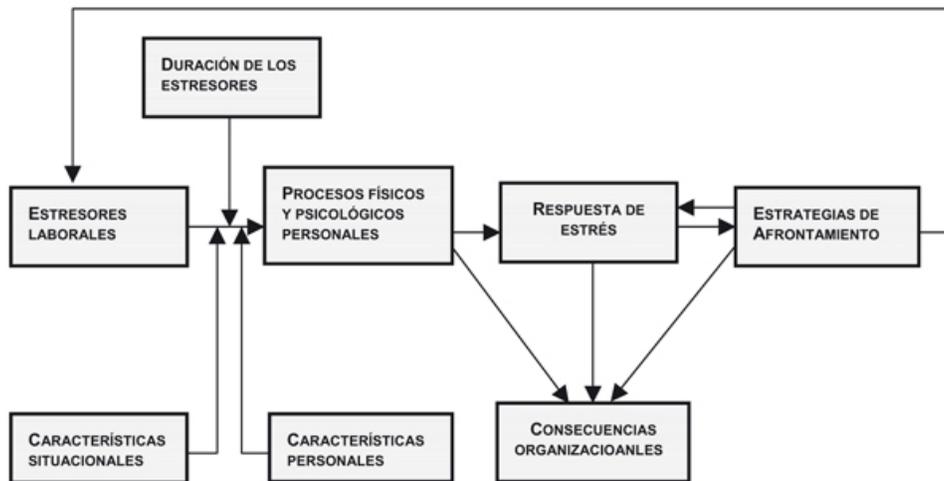


Figura 4.7: Modelo de facetas ampliado de Beehr y Newman (Beehr y Newman, 1978).

5

MODELO DE ESTUDIO DEL SIGNIFICADO DEL TRABAJO, ESTRÉS PERCIBIDO Y FACTORES ASOCIADOS: DEMANDAS Y RECURSOS LABORALES

5.1. INTRODUCCIÓN

El enfoque de la Psicología Positiva se ha extendido en los últimos años al campo de la Psicología del Trabajo y la Salud Ocupacional (Dyrbye et al., 2012; F. Luthans et al., 2007; Sweetman et al., 2011). Este planteamiento proporciona un marco teórico orientado al desarrollo de los recursos personales y laborales de los trabajadores con el objetivo de facilitar su adaptación

a la organización, generar compromiso laboral y aumentar su bienestar.

Durante la última década, el número de estudios enmarcados dentro del modelo de Demandas y Recursos Laborales (MDRL) (Bakker, Hakanen, Demerouti, y Xanthopoulou, 2007; Demerouti y Bakker, 2011) se ha incrementado de manera constante. El modelo se ha utilizado para predecir la conexión con el trabajo (Lewig, Xanthopoulou, Bakker, Dollard, y Metzger, 2007), el estrés asistencial (Bakker, Demerouti, y Euwema, 2005; Bakker et al., 2008; Demerouti, Bakker, Nachreiner, y Schaufeli, 2001), el compromiso organizacional (Bakker y Leiter, 2010) y la motivación ó engagement (Bakker et al., 2007).

Además, el MDRL se ha utilizado para predecir las consecuencias de estas experiencias, tales como el absentismo por enfermedad (Clausen, Nielsen, Carneiro, y Borg, 2012; Schaufeli, Bakker, y Van Rhenen, 2009) y el rendimiento laboral (Bakker et al., 2008). De hecho, hemos visto tantos estudios, propuestas y meta-análisis sobre el MDRL (Nahrgang y Hofmann, 2011), que el modelo ha evolucionado hacia una teoría, “teoría de demandas y recursos laborales”.

Esta teoría permite comprender, explicar y pronosticar el bienestar de los profesionales en el trabajo. Actualmente existen más datos sobre el desarrollo de los efectos positivos en el ámbito laboral, tanto por lo que respecta al bienestar individual como al colectivo. Se ha producido con ello un cambio en el enfoque de análisis, lo que supone un cambio conceptual con importantes consecuencias (Bakker, Muñoz, y Derks, 2012).

El MDRL desarrollado por Demerouti et al. (2001), sugiere tener en cuenta los aspectos positivos y negativos de la realidad laboral y proponen que características del trabajo pueden ser organizadas en dos categorías: demandas y recursos laborales.

Estas dos categorías se pueden encontrar en casi todos los puestos de trabajo y son importantes porque son las desencadenantes de dos procesos

diferentes: el deterioro de la salud y el proceso motivacional. Además de sus efectos directos sobre la salud y la motivación, las demandas y los recursos también tienen efectos interactivos sobre el bienestar del profesional. El modelo sugiere el que los recursos personales también son importantes predictores de la motivación y el desempeño en tareas que van más allá de las esperadas en el trabajo. Y pueden amortiguar los efectos desfavorables de las demandas (Demerouti, Mostert, y Bakker, 2010).

Este modelo puede ser un buen punto de partida para cualquier intervención cuyo objetivo sea incrementar el bienestar y reducir el malestar, contribuyendo así a la Aproximación holística de la Psicología de la Salud Ocupacional, tan difundida y aceptada en la actualidad.

5.2. DEMANDAS LABORALES

Las demandas laborales son características de la organización del trabajo. El afrontamiento de estas demandas requiere un esfuerzo por parte de las personas y pueden estar asociadas a determinados costes fisiológicos y/o psicológicos como presión arterial elevada, incremento de ritmo cardíaco, fatiga, disminución de la atención y concentración e irritabilidad (Demerouti et al., 2010). Aunque las demandas laborales no sean necesariamente negativas, pueden suponer un obstáculo que requiera un esfuerzo elevado y hacerle frente puede generar estrés. Algunas demandas laborales estudiadas hasta ahora son:

1. *Demandas cuantitativas*: sobrecarga, presión temporal, alto ritmo de trabajo, fechas límite para realizar alguna tarea.
2. *Demandas mentales*: tareas que exigen concentración, precisión, atención, procesamiento en paralelo, toma de decisiones compleja.
3. *Demandas socio-emocionales*: acoso psicológico, mostrar empatía y emociones positivas forzosamente.

4. *Demandas físicas*: trabajar en situaciones con temperaturas extremas, trabajos de carga y descarga.
5. *Demandas organizacionales*: conflicto del rol, ambigüedad de rol, inseguridad contractual, fusiones entre empresas.
6. *Demandas trabajo-familia*: trabajo nocturno, cuidado a terceros.

5.3. RECURSOS LABORALES

Los recursos laborales se refieren a los aspectos físicos, psicológicos, organizacionales o sociales del trabajo que pueden a) reducir las exigencias del trabajo y los costes fisiológicos y psicológicos asociados, b) ser decisivos en la consecución de los objetivos del trabajo o c) estimular el crecimiento personal, el aprendizaje y el desarrollo (Bakker et al., 2011). Por lo tanto, los recursos no sólo son necesarios para hacer frente a las demandas del trabajo, sino que también tienen su propio efecto. Mientras que las variaciones significativas de los niveles de ciertas demandas y recursos específicos se pueden encontrar en casi todas las profesiones como la presión ó autonomía, existen otras demandas y recursos que son más específicos. Por ejemplo, mientras que las exigencias psicológicas siguen siendo demandas importantes para profesiones asistenciales, las demandas cognitivas son mucho más relevantes para los científicos e ingenieros. La falta o inadecuación de recursos incrementan las demandas y pueden contribuir a la aparición de estrés. De igual forma tienen un potencial motivacional que pueden incrementar el compromiso laboral. Algunos de estos recursos son:

1. *Recursos físicos*: equipos de oficina ergonómicamente bien diseñados, climatización, tecnología adaptada.
2. *Recursos de tarea*: retroalimentación sobre el desempeño de las tareas, claridad de rol, oportunidades para el uso de habilidades, autonomía en el puesto de trabajo.

3. *Recursos sociales*: apoyo social de los compañeros de trabajo, espíritu de equipo, participación en la toma de decisiones.
4. *Recursos de la Organización*: oportunidades de participar en proyectos que impliquen reto, formación y perspectiva de tener la posibilidad de desarrollar una carrera profesional.
5. *Recursos psicológicos*: factores de protección psicológica que se asocian positivamente con la salud y el bienestar. Permiten aumentar la resistencia a la adversidad y facilitan una adecuada evaluación y afrontamiento de los cambios o dificultades de los sucesos ocurridos en la vida. Los más estudiados son: la autoestima (Ensel y Lin, 2004), el optimismo (Fournier, de Ridder, y Bensing, 1999; Scheier, Carver, y Bridges, 1994; Seligman, 126), el sentido de coherencia (Elovainio, Kivimäki, Steen, y Kalliomäki-Levanto, 2000), la capacidad de expresión emocional (Bitencourt, Gómez, y Isabel, 2012), el autocontrol emocional (Carver, Sutton, y Scheier, 2000), el apoyo social y la asertividad (Solberg y Viliarreal, 1997).

En el Capítulo 6 veremos con más detalle el papel de los recursos psicológicos en nuestro trabajo sobre el grupo de profesionales de nuestra investigación.

5.4. INTERACCIÓN ENTRE DEMANDAS Y RECURSOS LABORALES

Aunque las demandas y los recursos laborales inician procesos distintos, pueden también tener efectos conjuntos (véase la Figura 4.7). El MDRL propone que las demandas y los recursos laborales interactúan para predecir el bienestar laboral. Los recursos pueden tener un efecto combinado sobre el bienestar, e influir indirectamente en el rendimiento, de dos maneras posibles. En primer lugar, los recursos amortiguan el impacto de las demandas

en el estrés/malestar. Diversos estudios han mostrado que recursos laborales tales como el apoyo social, la autonomía, la retroalimentación sobre el desempeño y las oportunidades de desarrollo pueden mitigar el impacto de las demandas laborales (presión de trabajo, exigencias emocionales, etc.) sobre diversos indicadores de malestar como el agotamiento (Bakker et al., 2005; Xanthopoulou, Bakker, Dollard, et al., 2007). Los trabajadores que disponen de muchos recursos pueden afrontar mejor sus demandas laborales diarias. La segunda interacción es aquella en la que las demandas amplifican el impacto de los recursos laborales en la motivación. En este sentido, la investigación indica que los recursos laborales cobran mayor importancia y tienen mayor impacto en el engagement cuando las demandas son elevadas. La Figura 5.1 explica el MDRL.

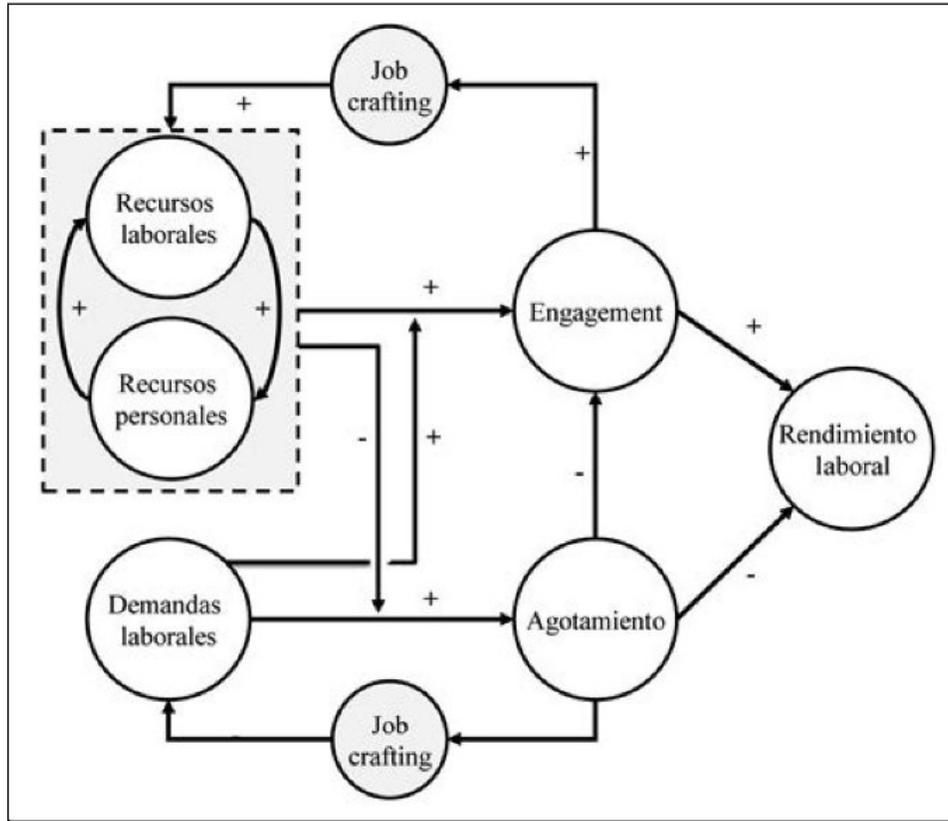


Figura 5.1: Modelo de Demandas y Recursos Laborales (MDRL).

Una segunda proposición del MDRL es que las demandas y recursos laborales son los factores desencadenantes de dos procesos relativamente independientes, conocidos como proceso de deterioro de la salud (energético) y proceso motivacional (véase la Figura 4.7). Así, mientras que las demandas laborales son generalmente los principales predictores de variables como el agotamiento o los problemas de salud psicosomáticos (Bakker, Demerouti, y Schaufeli, 2003; Hakanen, Bakker, y Schaufeli, 2006), los recursos son, por lo general los predictores más importantes de la satisfacción en el trabajo, la motivación y el engagement (Bakker y Leiter, 2010). Las razones de estos efectos son que el trabajo exige básicamente esfuerzo y consume recursos energéticos, mientras que los recursos satisfacen necesidades humanas básicas, como autonomía, relación y autoeficacia (Bakker et al., 2011).

5.5. MODELO DE DEMANDAS Y RECURSOS LABORALES: EFECTO AMORTIGUADOR Y POTENCIADOR

El MDRL propone que los diferentes recursos pueden tener un efecto amortiguador en relación con las demandas. Un recurso puede amortiguar el estrés cuando predice el inicio y proporciona sentido de control. El efecto potenciador de las demandas ocurre cuando éstas son altas. A su vez, los recursos tienen un efecto positivo sobre el compromiso laboral. Teniendo en cuenta este modelo, los recursos laborales se utilizan especialmente cuando más se necesitan y se refieren a los aspectos psicológicos, sociales, organizacionales y físicos del trabajo que permiten la consecución de objetivos laborales, tienen un efecto amortiguador de las demandas laborales y/o estimulan el desarrollo o crecimiento personal (Demerouti et al., 2001).

Existen estudios (Bakker et al., 2011; Hakanen et al., 2006) que encuentran que los recursos laborales son particularmente importantes para fomentar el Compromiso Laboral, aún en situaciones de altas demandas. Esto hace poner especial atención en los diferentes recursos que pueden contribuir de manera determinante al proceso positivo de motivación y la salud laboral en general. Por esta razón, aún cuando ya se han descrito los recursos laborales, haremos un especial énfasis en los recursos personales y más específicamente en los recursos psicológicos en el Capítulo 6.

Estudios recientes han sugerido también la existencia de relaciones causales inversas entre los recursos laborales y el bienestar psicológico de los trabajadores. Se han encontrado efectos positivos de la salud mental en el apoyo recibido del supervisor (Wong y Fry, 1998). Otros refirieron que la satisfacción laboral estaba positivamente relacionada con varios recursos organizacionales evaluados dos años más tarde como la autonomía, la variedad en las habilidades y la retroalimentación. En el mismo sentido, Salanova, Bakker y Llorens (2006), en su estudio longitudinal realizado con profes-

res españoles, encontraron que las experiencias de “flujo” guardaban relación con los recursos de la organización y la autoeficacia percibida a lo largo del tiempo.

Hasta hoy la evidencia sobre la interacción entre los recursos personales y las demandas laborales es escasa. En un estudio realizado con enfermeras, Bakker y Sanz-Vergel (2013) examinaron el efecto potenciador de los recursos personales. En concreto, postularon que las demandas emocionales durante la semana podrían facilitar el impacto positivo de los recursos personales (autoeficacia y optimismo) sobre el engagement semanal. Solicitaron la colaboración de 63 enfermeras, que cumplimentaron un cuestionario al final de la semana laboral durante tres semanas consecutivas. Los resultados mostraban que las exigencias emocionales aumentaban el efecto de los recursos personales sobre el engagement semanal, confirmando de esta forma que estas demandas actúan como retos para las enfermeras que disfrutaban particularmente del cuidado de otras personas. La siguiente figura (5.2) resume la explicación de este modelo.

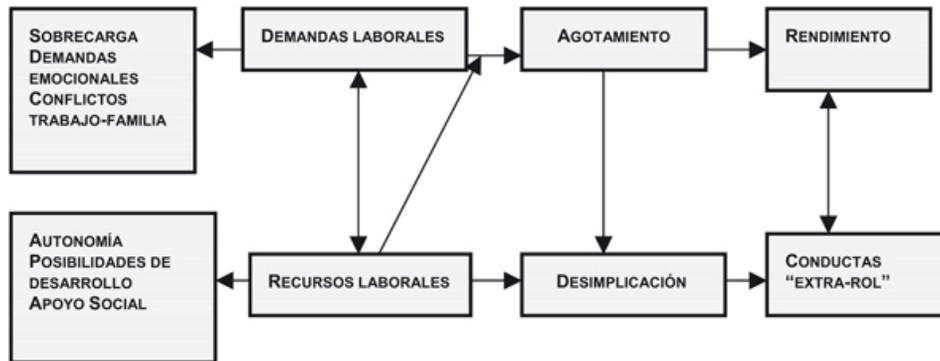


Figura 5.2: Predictores en el Modelo de Demandas y Recursos Laborales (MDRL).

5.6. MODELO DE DEMANDAS Y RECURSOS LABORALES: SIGNIFICADO DEL TRABAJO Y ESTRÉS

En el ámbito de la investigación, la significación del trabajo hasta ahora se ha relacionado con variables positivas como el bienestar psicológico (Winefield y Tiggemann, 1990), la motivación por el trabajo (Westaby et al., 2005) y el compromiso organizacional (Chalofsky y Krishna, 2009). El cuestionario de Significación en el trabajo utilizado en este estudio representa una opción para incrementar estudios de correlato con variables positivas en el ámbito de la Psicología Laboral.

El significado del trabajo presenta relaciones positivas con las creencias de autoconcepto, autoaceptación y autocontrol. Así como la autonomía en el trabajo y una relación significativa y positiva con dedicación, absorción y vigor. Todos ellos son componentes del engagement, entendido éste como “un estado mental positivo de plenitud relacionado con el trabajo y caracterizado por vigor, dedicación y absorción (Xanthopoulou, Bakker, Demerouti, y Schaufeli, 2009) puede facilitar la movilización de recursos laborales. Esto coincide con la idea de que, en ausencia de amenazas, las personas están motivadas para generar recursos (Hobfoll, 2002). Los profesionales con un alto engagement que están motivados intrínsecamente para cumplir sus objetivos laborales activarán o generarán recursos (por ejemplo ayuda a compañeros) para lograrlos. Además, se ha observado que los profesionales con engagement son más propensos a cumplir con sus metas de trabajo (Demerouti et al., 2010), lo que dará lugar a comentarios positivos, más recompensas y un clima de trabajo más positivo en cuanto a relaciones con los supervisores y compañeros de trabajo. En este sentido, Xanthopoulou et al. (2009) encontraron que no sólo los recursos laborales predecían el engagement, sino que éste también se relacionaba positivamente con aquellos.

Por lo tanto, en lugar de ser determinista, el MDRL reconoce e integra

el hecho de que el nivel de estrés y de engagement también puede influir en las demandas y recursos laborales de las personas, lo que convierte a este modelo DRL en una aproximación dinámica. La cuestión aún sin resolver es, sin embargo, cómo se desarrollan estas relaciones inversas, cuestión que se tratará en el siguiente apartado.

5.6.1. Job Crafting

Está claro que la disponibilidad de puestos de trabajo correctamente diseñados y con buenas condiciones facilita la motivación de los empleados y reduce su nivel de estrés, pero ¿qué ocurre cuando no se dan estas condiciones favorables? En estos casos, los profesionales pueden cambiar aspectos de su trabajo, eligiendo tareas, negociando el contenido de trabajo o a través de la asignación de nuevos significados a las tareas (S. Parker y Ohly, 2008). Este proceso en el que los trabajadores influyen en sus puestos de trabajo ha sido denominado job crafting (Wrzesniewski y Dutton, 2001). Son por tanto, los cambios físicos y cognitivos que llevan a cabo las personas en sus tareas o en los límites de sus relaciones en el trabajo. Los cambios físicos se refieren a cambios en la forma, el alcance o el número de tareas de trabajo, mientras que los cambios cognitivos se refieren a cambios en la percepción del trabajo. Wrzesniewski & Dutton (2001) indican que este proceso no es intrínsecamente ni “bueno” ni “malo” para una organización. Su efecto depende de la situación.

Según Wrzesniewski y Dutton (2001), la motivación para el job crafting surge de tres necesidades individuales. En primer lugar, los profesionales participan en este proceso ya que tienen necesidad de controlar ciertos aspectos de su trabajo con el fin de evitar consecuencias negativas. En segundo lugar, los se encuentran motivados para cambiar ciertos aspectos de su trabajo para así tener una sensación más positiva de sí mismos, que a su vez se vea confirmada por los demás. En tercer lugar, el job crafting permite a los empleados cumplir con la necesidad humana básica de estar conectado con los demás.

Además, Petrou, Demerouti, Peeters, Schaufeli y Hetland (2012) sugieren que las personas tratan de modificar aspectos de su trabajo con el fin de crear condiciones en las que puedan trabajar de modo saludable y motivado.

Algunos expertos definieron recientemente el job crafting como los cambios que los profesionales hacen en sus demandas y recursos laborales (Tims, Bakker, y Derks, 2012). Según estos autores, el job crafting puede dividirse en cuatro comportamientos distintos: (a) aumentar los recursos laborales estructurales, (b) aumentar los recursos laborales sociales, (c) aumentar las demandas laborales que suponen un reto y (d) disminuir las demandas laborales que suponen un obstáculo. Tims et al. (2012) obtuvieron apoyo a este modelo de cuatro dimensiones y elaboraron una escala compuesta por 21 ítems. En cuanto a la validez convergente de la misma, el job crafting se relacionaba positivamente con la iniciativa personal y negativamente con el cinismo. En lo que concierne a su validez de criterio, los auto-informes sobre esta cuestión se relacionaban positivamente con diversos indicadores del funcionamiento óptimo, según los compañeros de trabajo, como el engagement, el rendimiento y la empleabilidad. Por último, los auto-informes de job crafting correlacionaban con los de los compañeros, lo cual indica que se trata de una serie de comportamientos observables por otros.

En un intento de integrar el job crafting en el MDRL, Tims, Bakker & Derks (2013) plantearon la hipótesis de que predeciría las demandas y recursos laborales futuros e indirectamente tendría un impacto positivo sobre el engagement y la satisfacción laborales. Se realizó un estudio longitudinal con tres intervalos de medida, observándose que aquellos profesionales que realizaban job crafting durante el primer mes del estudio mejoraban sus recursos sociales y estructurales durante los dos meses posteriores. Este aumento de los recursos laborales se relacionaba con un mayor engagement y satisfacción laboral. El job crafting no mostraba ningún efecto sobre el cambio de las demandas laborales, aunque los resultados sí ponían de manifiesto que había un efecto directo sobre el aumento del nivel de bienestar. En la misma línea, Petrou, Demerouti, Peeters, Schaufeli y Hetland (2012), en un estudio

mediante el método del diario, encontraron que en los días en los que la presión laboral y la autonomía eran elevadas los trabajadores aumentaban sus recursos y disminuían menos sus demandas. Curiosamente, se ha demostrado que cuanto más trataban los empleados de aumentar sus recursos laborales y sus retos, mayor nivel de engagement mostraban. Por el contrario, el día en que trataban de simplificar sus trabajos experimentaba menor engagement. Por lo tanto, el el job crafting parece jugar un papel importante en los mecanismos sugeridos por el MDRL.

5.6.2. Intervenciones en Demandas y Recursos Laborales

Los estudios sobre MDRL han demostrado consistentemente que los profesionales logran su mejor rendimiento laboral en entornos de trabajo exigentes y con recursos, ya que estos entornos facilitan el engagement. Esto implica que las organizaciones deberían ofrecer a sus profesionales suficientes retos y recursos laborales, incluyendo retroalimentación, apoyo social y variedad de tareas. De hecho, la investigación sugiere que los cargos directivos pueden influir en las demandas y recursos laborales de los profesionales (Nielsen, Yarker, Brenner, Randall, y Borg, 2008) e indirectamente en su participación y rendimiento.

Sin embargo, puede ser igual de importante que los profesionales movilicen sus propios recursos laborales. Los gerentes no siempre están disponibles para proporcionar información y las organizaciones que se enfrentan a problemas económicos pueden establecer otras prioridades. Bajo tales condiciones, puede ser particularmente importante para los profesionales movilizar sus propios recursos y mostrar un comportamiento proactivo mediante el job crafting. Además, el MDRL reconoce la importancia del individuo. Las organizaciones pueden decidir invertir en formar a sus empleados para que estén en mejores condiciones para hacer frente a las exigencias del trabajo y desarrollarse durante el trabajo. Por ejemplo, intervenciones a nivel organizacional pueden dirigirse a aumentar los recursos personales de los profesionales

mediante formación en la empresa, mientras que las intervenciones a nivel individual irían destinadas a trabajar en las fortalezas de cada persona.

Existe abundante literatura sobre recursos institucionales en los procesos de estrés y también sobre los efectos de éste en la disminución del significado que los profesionales asistenciales atribuyen a su trabajo. También acerca de las dificultades para integrar la vida personal y profesional (Shanafelt, Sloan, y Habermann, 2003). Sin embargo, existe escasa literatura científica acerca de los recursos personales moderadores (todo aquel que afecta a la fuerza de la relación entre una variable independiente y una variable dependiente) en la experiencia de estrés. Dicho de otro modo, son poco investigados los recursos específicos propios de cada persona (psicológica, emocional y ética) que les ayudan a manejar mejor el estrés cotidiano en su trabajo asistencial. Esto genera consecuencias positivas para ellos mismos y puede contribuir a desarrollar mejor su trabajo, aumentando así el significado del mismo. En el siguiente capítulo intentamos describir el papel de los recursos personales individuales que pueden ayudar a los profesionales.

5.7. EL PROCESO DE MOTIVACIÓN

La motivación de los profesionales se relaciona con un mayor rendimiento y productividad organizacional (Johnson, 2012). La motivación, como proceso, puede clasificarse en dos tipos: intrínseca y extrínseca.

5.7.1. Motivación Intrínseca

Aquella relacionada con la necesidad psicológica de explorar el entorno, la curiosidad y el placer que se experimenta al realizar una actividad sin recibir una gratificación externa directa. El desarrollo de la actividad en sí constituye el objetivo y la gratificación, generando sensaciones de competencia y autorrealización.

Algunos autores plantean tres tipos de motivación intrínseca: hacia el conocimiento (el sujeto se compromete en una actividad por el placer y la satisfacción de aprender), hacia la ejecución (el sujeto se compromete en la actividad por el placer de mejorar o superarse a sí mismo) y hacia la estimulación (el sujeto se compromete en la actividad para experimentar sensaciones asociadas a sus propios sentidos) (Vallerand et al., 1993). Un aspecto importante de la conducta intrínsecamente motivada es el interés por la actividad, las necesidades de competencia y la autorrealización que permanecen incluso después de haberse alcanzado la meta.

Thomas y Velthouse (1999) distinguen cuatro tipos de evaluaciones en su definición de la motivación intrínseca: significado, competencia, impacto y autodeterminación. El significado se refiere al valor de una meta o propósito de trabajo para que coincidan las exigencias de un rol de trabajo con las creencias, actitudes, valores y comportamientos de los profesionales. Altos niveles de significado dan como resultado compromiso, implicación y concentración. Está relacionado con la significatividad del trabajo, que se conceptualiza como la búsqueda de propósito del trabajo que va más allá de los resultados extrínsecos del mismo (Mathieu, Ahearne, y Taylor, 2007).

Los motivadores intrínsecos fomentan el crecimiento personal y profesional así como su aprendizaje y desarrollo, cumpliendo con las necesidades humanas básicas de ser competente, autónomo y poder relacionarse con los demás de forma efectiva. Algunas situaciones que ayudan a explicar y predecir el nivel de motivación intrínseca de una persona son (Deci y Ryan, 1985):

- Cuando los individuos participan en una actividad que han elegido y sobre la que tienen control, mejorará la motivación intrínseca.
- La competencia indica cómo se siente el individuo con respecto a determinados aspectos de su vida. Cuando se da a los profesionales mayor control y capacidad de elección dentro del ambiente de la actividad, es probable que la motivación intrínseca aumente.

5.7.2. Teoría de la Autodeterminación

La teoría de la autodeterminación es una macro-teoría de la motivación humana que se ha desarrollado durante las tres últimas décadas (Deci y Ryan, 1985).

Recientemente, Deci y Ryan (2012), definen la teoría de la autodeterminación como una teoría empírica de la motivación humana y la personalidad en los contextos sociales, que distingue entre motivación autónoma y controlada. Es decir, entre motivación autodeterminada o no autodeterminada. Así, los autores de esta teoría señalan que el trabajo que llevó a enunciar la teoría se inició con experimentos que examinaban los efectos de las recompensas extrínsecas en la motivación intrínseca. Durante más de treinta años, desde esos estudios iniciales, se han desarrollado cinco mini-teorías para abordar diferentes cuestiones: los efectos de los factores sociales en la motivación intrínseca; el desarrollo de la motivación extrínseca autodeterminada y la autorregulación a través de la interiorización y la integración; las diferencias individuales en las orientaciones motivacionales; el funcionamiento de las necesidades psicológicas básicas universales que son esenciales para el crecimiento, la integridad y el bienestar; y los efectos de diferentes contenidos de meta en el bienestar y el rendimiento.

Esta teoría ha sido utilizada para explicar la motivación humana en diferentes contextos: trabajo, ámbito educativo, cuidado de la salud, etc. A continuación se explican las diferentes mini-teorías que la componen, como podemos ver en la Figura 5.3.

La teoría de la autodeterminación se ha construido a través de cinco mini-teorías, que han sido elaboradas para explicar los fenómenos motivacionales que surgían del trabajo en laboratorio y de campo.

- **Teoría de la evaluación cognitiva.** Esta subteoría de la teoría de la autodeterminación se centra en explicar cómo influyen los factores



Figura 5.3: Esquema de las mini-teorías que forman la teoría de la Autodeterminación (TAD) (Almagro et al., 2012).

externos en la motivación intrínseca (Deci y Ryan, 2012). Así, esta teoría sugiere que los contextos sociales pueden facilitar o impedir la motivación intrínseca, mediante el apoyo o frustración de las necesidades psicológicas básicas (autonomía, competencia y relación con los demás). Aunque la teoría de la evaluación cognitiva (Cognitive Evaluation Theory: CET) se centra fundamentalmente en las necesidades de competencia y autonomía (Ryan y Deci, 2000b).

Esta teoría, desarrollada para describir los diferentes efectos que puede tener el refuerzo en la motivación, se centra en describir los factores del

entorno que mantienen un nivel adecuado de motivación intrínseca. Los factores socio-contextuales que incrementan la motivación intrínseca son:

- Apoyo a la autonomía. Un contexto en el que se apoya a la autonomía es aquel en el que se promueve la elección, se minimiza la presión para ejecutar las tareas de una manera determinada y se fomenta la iniciativa (Deci y Ryan, 2012).
- Estructuración del contexto. La motivación intrínseca aumenta si en el contexto (e.g., en las clases de EF) se refuerzan las conductas y si las condiciones en las que se da el refuerzo y las expectativas están claras (Deci y Ryan, 2012).
- Implicación interpersonal. Esta dimensión describe la calidad de la relación entre las personas que ocupan puestos de autoridad y las personas con las que interactúa.

Así, según lo expuesto, las condiciones ideales para fomentar la motivación intrínseca serían un contexto donde se apoya la autonomía, existe una adecuada estructuración y unas buenas relaciones sociales, mientras que un contexto en el que se tiende al control, a la desestructuración y a unas inadecuadas relaciones sociales disminuirá la motivación intrínseca (Deci y Ryan, 2012).

- **Teoría de la integración del organismo.** Anteriormente, en la teoría de la evaluación cognitiva se ha descrito que factores del contexto pueden aumentar o disminuir la motivación intrínseca. Pero esa teoría solo es aplicable a actividades que son de por sí interesantes, novedosas o desafiantes, que no requieren de incentivos externos para iniciarlas, pero una gran cantidad de actividades no cumplen esos requisitos y requieren de una motivación extrínseca para iniciarlas y mantenerlas (Ryan y Deci, 2000a).

Aunque la motivación intrínseca es un importante tipo de motivación, este no es el único tipo de motivación autodeterminada (Ryan y Deci,

2000a). Por ello, estos autores, introdujeron esta segunda subteoría para detallar las diferentes formas de motivación extrínseca y los factores contextuales que promueven o impiden la interiorización e integración de éstos en la regulación de las conductas (Deci y Ryan, 2012). La interiorización es un concepto básico en la teoría de la autodeterminación y se puede definir como el proceso por el que valores o actitudes que son establecidos por el orden social (requieren contingencia para su ejecución) pasan a realizarse sin la necesidad de ningún castigo o refuerzo.

Deci y Ryan, (2000), establecieron una clasificación donde la motivación se estructura en forma de un continuo que abarca los diferentes grados de autodeterminación de la conducta. Este continuo de la motivación abarca desde la conducta no autodeterminada hasta la conducta autodeterminada. El recorrido de un tipo de conducta a otra abarca tres tipos fundamentales de motivación: la desmotivación, la motivación extrínseca y la motivación intrínseca. A su vez, cada uno de estos tipos de motivación tiene su propia estructura y está regulado por la persona de forma interna o externa.

Resumiendo, la teoría de la integración del organismo, establece que la motivación es un continuo tal y como se resume en la siguiente figura, caracterizado por diferentes tipos de autodeterminación, donde se pueden encontrar, de menor a mayor autodeterminación, la desmotivación, la motivación extrínseca (regulación externa, regulación introyectada, regulación identificada y regulación integrada) y la motivación intrínseca. En la desmotivación, a las personas les falta intención de actuar y por tanto, es probable que la actividad sea desorganizada y acompañada de sentimientos de frustración y apatía. La motivación extrínseca está determinada por recompensas o agentes externos, y según esta teoría puede variar bastante en su autonomía relativa. Así, una persona podría practicar actividad física o deporte por presiones externas (regulación externa), por sentimientos de culpabilidad (regulación introyectada), porque entiende los beneficios que tiene para la

salud (regulación identificada) o porque es parte de su estilo de vida (regulación integrada). Aunque la regulación integrada no parece estar presente en jóvenes (Vallerand y Rousseau, 2001).

Por último, una persona está motivada intrínsecamente cuando realiza la práctica por la satisfacción y el placer inherente de la propia actividad.



Figura 5.4: Continuo de autodeterminación (Ryan y Deci, 2000a, 2000b).

- Teoría de las orientaciones de causalidad.** Esta subteoría describe las diferencias individuales en las personas y la tendencia hacia el comportamiento autodeterminado (González-Cutre, Sicilia, Moreno, y Fernández-Balboa, 2009). En este sentido, las orientaciones de causalidad se conceptualizan como aspectos relativamente duraderos de las personas que caracterizan el origen de la regulación, y el grado de autodeterminación de la conducta. Deci y Ryan (2000) diferenciaron tres tipos de orientaciones causales: orientación a la autonomía, orientación al control y orientación impersonal.

La orientación a la autonomía, implica regular el comportamiento en base a los intereses y valores auto-establecidos (Ryan y Deci, 2000a). Aquellas personas con orientación a la autonomía tienen un alto grado de capacidad de elección, de iniciación y regulación de la conducta, con un predominio del locus de control interno. Suele relacionarse positivamente con la autoestima, la motivación intrínseca, el bienestar, etc.

La orientación al control implica orientarse hacia las directrices que establecen cómo comportarse (Ryan y Deci, 2000a). La orientación de control incluye la conducta de las personas en las que existe un control en el entorno o impuesto por ellos mismos. Cuando predomina esta orientación, las personas realizan la conducta porque ellos piensan que “deben hacerla”. Además, juegan un papel importante las recompensas externas, los plazos para realizar una actividad y la vigilancia para motivarse (Ryan y Deci, 2000a). Esta orientación se asocia positivamente con la auto-conciencia pública y la tendencia a sentirse presionado, no mostrando una relación positiva con el bienestar.

La orientación impersonal implica en centrarse en indicadores de ineficacia y no comportarse intencionadamente (Ryan y Deci, 2000a). Las personas con predominio de esta orientación tienden a creer que son incapaces de regular su conducta de forma fiable para conseguir los resultados esperados. Por tanto, la orientación impersonal está asociada con un locus de control externo y se relaciona negativamente con el bienestar.

- **Teoría de las necesidades básicas.** Esta mini-teoría aclara conceptos fundamentales para la teoría de la autodeterminación, como son las de las necesidades psicológicas básicas y su relación con la salud psicológica o el bienestar. En este sentido, Deci & Ryan (2000) definen las necesidades como “nutrimentos psicológicos innatos que son esenciales para un prolongado crecimiento psicológico, integridad y bienestar”. Esta teoría asume que existen tres necesidades básicas, innatas y universales, que son: la necesidad de competencia, la necesidad de au-

tonomía y la necesidad de relación con los demás (Ryan y Deci, 2000b). Estos autores definieron estas tres necesidades, del siguiente modo:

- **Competencia.** La necesidad de competencia se basa en tratar de controlar el resultado y experimentar eficacia.
- **Autonomía.** En lo que se refiere a la necesidad de autonomía, ésta comprende los esfuerzos de las personas por ser el agente, por sentirse el origen de sus acciones, y tener voz o fuerza para determinar su propio comportamiento.
- **Relación con los demás.** La necesidad de relación con los demás hace referencia al esfuerzo por relacionarse y preocuparse por otros, así como sentir que los demás tienen una relación auténtica contigo, y experimentar satisfacción con el mundo social.

Las investigaciones indican que cada una de ellas juegan un papel importante para el desarrollo y la experiencia óptima, así como para el bienestar en la vida diaria (Ryan y Deci, 2000b), de manera que ninguna puede ser frustrada sin consecuencias negativas, por lo que resulta necesaria la satisfacción de las tres necesidades. De hecho, en la teoría de la autodeterminación, las necesidades básicas constituyen los mediadores psicológicos que influirán en los tres principales tipos de motivación, así como en otras consecuencias como bienestar psicológico, autoestima, vitalidad y funcionamiento óptimo.

- **Teoría de los contenidos de metas.** Esta mini-teoría es de reciente creación, se denomina en inglés “goal contents theory” (Broeck, Vansteenkiste, Witte, Soenens, y Lens, 2010) . La teoría de los contenidos de meta surge de las diferencias entre las metas intrínsecas y extrínsecas así como su repercusión sobre la motivación, el bienestar de la persona u otras consecuencias. Esta teoría mantiene que las metas pueden ser definidas como intrínsecas o extrínsecas (Vansteenkiste, Lens, y Deci, 2006). La investigación que ha examinado los contenidos de metas desde el marco teórico de la teoría de la autodeterminación, ha sido recientemente aplicada al ámbito del ejercicio físico tras la creación

de un cuestionario para medirlas (Sebire, Standage, y Vansteenkiste, 2008). Estos mismos autores en otro estudio midieron metas intrínsecas como desarrollo de habilidades, gestión de la salud, ó afiliación social y extrínsecas como imagen ó reconocimiento social. Encontraron que las metas intrínsecas se asociaban positivamente con la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas en el ejercicio, con el auto-concepto físico, y con el bienestar psicológico (Sebire et al., 2008).

En definitiva, la Teoría de la Autodeterminación y recientes estudios (Ntoumanis y Standage, 2009) han mostrado que con un clima de apoyo a la autonomía predicen la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas, las formas de motivación más autodeterminadas y diferentes consecuencias positivas. Por lo que en nuestra intervención, nos centraremos en estrategias que favorezcan un clima de apoyo a la autonomía para satisfacer las necesidades psicológicas.

5.7.3. Motivación Extrínseca

Está determinada por recompensas o agentes externos. Dentro de la Teoría de la Integración Organísmica, la investigación ha determinado cuatro tipos de motivación extrínseca (Deci y Ryan, 2012; Ryan, 1995; Ryan y Deci, 2000a): regulación externa, regulación introyectada, regulación identificada y regulación integrada. El primer tipo de motivación extrínseca es la regulación externa. Es la forma menos autodeterminada de motivación extrínseca, y por tanto, la de mayor contraste con la motivación intrínseca. La conducta se realiza para satisfacer una demanda externa o por la existencia de premios o recompensas. Los individuos experimentan la conducta sintiéndose controlados o alienados (Ryan y Deci, 2000a). La regulación externa constituye el típico caso de motivación por la búsqueda de recompensas o evitación de castigos (Ryan y Deci, 2000b). Esta forma de regulación se caracteriza por tener un locus de control externo. El segundo tipo de motivación extrínseca es la regulación introyectada, también llamada introyección o regulación

auto-ejecutada. Este tipo de regulación está asociada a las expectativas de auto-aprobación, evitación de la ansiedad y el logro de mejoras del ego, en aspectos tales como el orgullo (Ryan y Deci, 2000b). Los motivos de participación en una actividad son principalmente el reconocimiento social, las presiones internas o los sentimientos de culpa (Calvo, Marcos, Clemente, y Miguel, 2008). El individuo ejerce presión sobre sí mismo para regular su comportamiento. El tercer nivel de regulación dentro del continuum de la motivación propuesto por Deci y Ryan es la regulación identificada. La conducta es altamente valorada y el individuo la juzga como importante, por lo que la realizará libremente aunque la actividad no sea agradable. Cuando una persona se identifica con la acción o el valor que expresa, de forma consciente, existe un alto grado de autonomía percibida (Deci y Ryan, 2012). El último nivel de regulación es el de la regulación integrada. En este caso, la conducta se realiza libremente. La integración ocurre cuando la persona evalúa la conducta y actúa en congruencia con sus valores y sus necesidades.

6

DEMANDAS Y RECURSOS EN PROFESIONALES DE CUIDADOS PALIATIVOS

6.1. INTRODUCCIÓN

Las personas no llegan al ambiente laboral libres de toda influencia, sino que llevan consigo todas sus experiencias, vivencias, aprendizaje y formas de ser. Deben aprender a integrar todo esto en su ambiente laboral y esto no siempre resulta fácil.

Como ya hemos comentado antes, se han reconocido recientemente algunos recursos personales específicos que están vinculados con las habilidades indi-

viduales para manejar de forma satisfactoria las condiciones del ambiente, de manera que pueden ser motivadores en sí mismos y/ó fuente de crecimiento y desarrollo personal.

Según la Real Academia de la Lengua Española un recurso es “un medio de cualquier clase que sirve para conseguir lo que se pretende”. Tiene un valor estrechamente ligado al resultado conseguido. No sólo se desarrollan y fomentan como efecto de un medio ambiente comprensivo y manejable, sino que también determinan la forma en que las personas perciben y entienden su entorno, así como la forma en que reaccionan frente a él (Judge, Bono, y Locke, 2000).

6.2. LOS RECURSOS PERSONALES

Al inicio del planteamiento del MDRL, se habló de recursos laborales en general. Después se incluyeron recursos personales por su papel relevante en el proceso de estrés como el optimismo (Scheier y Carver, 1985), la autoestima (Pierce, Gardner, Cummings, y Dunham, 1989) y la autoeficacia (Bandura, 1978).

Desde este modelo, se entienden los *recursos personales* como aquellas características positivas de las personas que tienen la capacidad de reducir o amortiguar el potencial impacto negativo de las demandas. Los recursos laborales se relacionan con los recursos personales, movilizandolos y generando mayor compromiso laboral y mejor desempeño en el presente y futuro, lo cual otorga especial importancia al estudio de los recursos personales (Bakker et al., 2008).

Los recursos personales son autoevaluaciones positivas vinculadas a la resiliencia referidas a la percepción de la capacidad propia para controlar e influir en el entorno (Hobfoll, Johnson, Ennis, y Jackson, 2003). Se ha demostrado de manera convincente que estas autoevaluaciones predicen el establecimien-

to de metas, la motivación, el rendimiento laboral y satisfacción con la vida (Judge, Vianen, y Pater, 2004). Esto se debe a que cuanto mayores son los recursos personales en un individuo, más positiva es su autoestima y mayor auto-concordancia existe en sus objetivos personales (Judge et al., 2005). Las personas con objetivos coherentes es decir, congruentes con uno mismo, están intrínsecamente motivados a perseguirlos y por tanto experimentan mayor satisfacción y tienen mejor rendimiento (F. Luthans et al., 2007).

Xanthopoulou, Bakker, Demerouti y Schaufeli (2007) examinaron el papel de los tres recursos personales (autoeficacia, autoestima basada en la organización y optimismo) en la predicción del engagement y el agotamiento mental. Se encontró que los recursos personales mediaban parcialmente la relación entre los recursos laborales y el engagement, lo que sugiere que los recursos laborales fomentan el desarrollo de recursos personales. Igualmente, el estudio longitudinal de Xanthopoulou et. al., (2007) sugirió que los recursos personales se relacionaban recíprocamente con los laborales y el engagement a lo largo del tiempo. Por lo tanto, los recursos laborales predecían los recursos personales y el engagement y, a su vez, los recursos personales y el engagement predecían los recursos laborales.

6.2.1. El Papel de los Recursos Psicológicos

En los últimos años, la investigación de los recursos psicológicos que favorecen la salud y el bienestar ha aumentado considerablemente (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000; Snyder et al., 2002). Asimismo, permite describir las variables consideradas como recursos psicológicos, y cómo potenciarlas para aumentar los beneficios asociados a éstos (p. ej. salud y bienestar).

Los recursos psicológicos son “factores de protección psicológica que se asocian positivamente con la salud y el bienestar y que permiten aumentar la resistencia a la adversidad, facilitando una adecuada evaluación y afrontamiento de los cambios o dificultades de los sucesos vitales” (Xanthopoulou, Bakker, Dollard, et al., 2007). Se ha examinado el papel de tres recursos

personales psicológicos (autoeficacia, autoestima y el optimismo) con técnicos holandeses altamente cualificados de su trabajo en la predicción del compromiso. Los resultados mostraron que los empleados comprometidos son altamente auto-eficaces. Resultaron en mayores niveles de compromiso en el trabajo un año después. Al mismo tiempo, el compromiso dio lugar a más recursos personales (optimismo, autoeficacia y autoestima basada en la organización) y más recursos laborales (apoyo social de los compañeros, autonomía y retroalimentación) con el tiempo. Los profesionales comprometidos con trabajo suelen ser más optimistas y tienden a creer que experimentarán buenos resultados en la vida en general. Además creen que pueden satisfacer sus necesidades mediante su participación activa en los roles dentro de la organización (Mauno, Kinnunen, y Ruokolainen, 2007). . Estos hallazgos fueron replicados y ampliados en un estudio de seguimiento de dos años (Xanthopoulou, Bakker, Dollard, et al., 2007) y los resultados indicaron que la autoeficacia, la autoestima basada en la organización y el optimismo explican en gran parte el grado de compromiso en función del tiempo trabajado, más allá de la repercusión de trabajo en los recursos y los niveles previos de compromiso.

En resumen, los profesionales que poseen recursos personales, incluyendo el optimismo, la autoeficacia, la autoestima, la capacidad de recuperación y un estilo de afrontamiento activo, sienten mayor control sobre su trabajo para realizar y lograr su carrera con éxito (K. W. Luthans, Lebsack, y Lebsack, 2008).

6.2.1.1. Optimismo: Un Recurso Psicológico

El optimismo ha sido objeto de una gran cantidad de investigaciones. Se ha demostrado su asociación positiva con el desempeño académico (Peterson y Barrett, 1987) y la productividad en el trabajo (Schulman, Seligman, y Amsterdam, 1987). Sin embargo, no hemos encontrado estudios sobre el optimismo como recurso en profesionales asistenciales.

El estudio del optimismo como recurso psicológico surge de la reformulación teórica de la indefensión aprendida como forma de explicar las respuestas de afrontamiento a los eventos negativos que les suceden a las personas en sus vidas (Abramson, Seligman, y Teasdale, 1978). El optimismo ha resultado ser un buen predictor de los resultados en la salud y el bienestar (Scheier y Carver, 1993).

Según Carver y Scheier (2008) el optimismo funciona a través de diferentes mecanismos que han demostrado una relación positiva con los resultados laborales. Se ha encontrado que el optimismo está relacionado con un menor estrés, mayor productividad y mayor probabilidad de planificar la acción adaptativa frente a las situaciones difíciles. Estos mecanismos también se han asociado positivamente con actitudes laborales como la satisfacción con el trabajo y el compromiso organizacional (K. W. Luthans et al., 2008).

En este trabajo tomaremos el concepto de optimismo desde la perspectiva teórica del *optimismo disposicional* de Scheier y Carver. Estos autores consideraron el optimismo como variable de personalidad en relación con las expectativas generalizadas. Los más optimistas piensan que las cosas les irán bien en el futuro con más frecuencia e intensidad (Scheier y Carver, 1985). Las emociones y pensamientos que genera el optimismo influirán de manera determinante en la acción para perseguir los objetivos personales, en coherencia con los valores deseados y en la autorregulación para conseguir las motivaciones en la vida personal y profesional.

En esta línea, Seligman (1999) desarrolló un modelo complementario siguiendo un modelo atributivo, según el cual las personas optimistas tienden a explicar los eventos negativos de manera inestable e individual y los eventos positivos de manera estable y generalizada. Sin embargo, el optimismo como atribución individual es la convicción en el éxito personal pero no necesariamente en los resultados, tanto a nivel grupal como organizacional (Avey, Wernsing, y Luthans, 2008). Xanthopoulou et al. (2009) encontraron que el optimismo mediaba parcialmente la relación entre recursos laborales y engagement.

Garrosa y sus colaboradores (2011) han observado el efecto principal del optimismo en todas las dimensiones del engagement, el agotamiento emocional y la realización personal. Estos resultados contribuyen al análisis del efecto positivo de optimismo para prevenir el estrés asistencial y promover el engagement.

Las emociones y pensamientos que genera el optimismo influirán de manera importante en la acción para perseguir los objetivos personales, en la línea de los valores deseados y la autorregulación para conseguir motivarse en las vidas personal y profesional (Carver y Scheier, 2000). El optimismo eficaz es aquel relacionado con la comprensión crítica de la situación específica. Los profesionales optimistas mantienen la esperanza pero son críticos con las situaciones modificables y mantienen una actitud proactiva y creativa (Caponecchia, 2010).

No obstante, el optimismo no siempre tiene resultados positivos. Las personas optimistas tienden a pensar que es menos probable que les sucedan eventos peligrosos comparados con otros que hacen el mismo trabajo, lo que puede tener implicaciones negativas en cuestiones de seguridad laboral.

En definitiva, una actitud optimista ante la vida aumenta la persistencia, la probabilidad de esforzarse por conseguir los objetivos elegidos y la planificación de la acción. Los profesionales aprenden que una disposición optimista está relacionada con unos resultados y unas estrategias de afrontamiento activas y efectivas (K. W. Luthans et al., 2008).

6.2.1.2. Autoestima: Un Recurso Psicológico

La autoestima como recurso ayuda a utilizar mejor otros recursos personales y construir relaciones fuertes en el trabajo. También ayuda a las personas a sentirse valoradas por quienes son. Puede ser una característica que promueve comportamientos que ofrezcan y motiven a las personas la oportunidad de desarrollo y crecimiento en el trabajo (Vera-Villaruel,

Urzúa, Silvac, Paveza, y Celis-Atenasa, 2013).

La autoestima ha sido definida de varias formas y la mayoría de las definiciones abarcan elementos centrados en una valoración personal estable y que confía en la propia capacidad para manejar lo que venga en la vida (“Identity negotiation at work”, 2009). En un meta análisis realizado por Judge, A., Bono, Ilies, & Gerhardt (2002) se considera la autoestima como uno de los 6 rasgos de personalidad de primer orden que predicen el liderazgo. La autoestima parece ser una característica que promueve comportamientos que ofrecen la oportunidad de desarrollarse y crecer positivamente en el trabajo.

Desde el principio, su importancia social sigue siendo destacada, pese a no estar exenta de críticas (Vera-Villarroel et al., 2013). Algunas de las pruebas más sólidas de la importancia de la autoestima proceden de la investigación con adolescentes, donde la autoestima de los participantes durante la juventud se relacionó con su capacidad de adaptación como adultos catorce años después. Y con menores niveles de depresión, ansiedad, problemas laborales y económicos transcurridos once años (Trzesniewski et al., 2006). La confianza en sí mismo, que está estrechamente relacionada con la autoestima –se relaciona en la mayoría de las revisiones cualitativas con un liderazgo efectivo (Judge, Bono, Ilies, y Gerhardt, 2002).

6.2.2. El Papel de los Recursos en Profesiones Asistenciales

Algunos autores piensan que enfermería es la profesión más estresante dentro del ámbito asistencial y ha recibido una amplia investigación a lo largo de los últimos años ya que tiene un impacto negativo en su salud (psicológica y física), eficacia y productividad (Grau-Alberola, Gil-Monte, García-Juesas, y Figueiredo-Ferraz, 2010).

Se ha demostrado que características demográficas (Ebling y Carlotto, 2012), junto con las características del trabajo (Mangano, Miele, Pastor, Pisanti, y Sarikas, 2011), la insatisfacción laboral y la interacción negativa

Capítulo 6. DEMANDAS Y RECURSOS EN PROFESIONALES DE CUIDADOS PALIATIVOS

entre trabajo y familia (Koekemoer y Mostert, 2006) están relacionados con el estrés en este colectivo.

Desde el ámbito de la Psicología del Trabajo y Salud Ocupacional se sugiere una mayor investigación en esta área, contemplando no sólo las fuentes del entorno de trabajo de estrés y los riesgos laborales para la salud.

La presente investigación quiere tener en cuenta variables individuales de personalidad características y la interacción entre trabajo- familia (Gil-Monte, 2012).

6.3. DEMANDAS Y RECURSOS EN PROFESIONALES DE CUIDADOS PALIATIVOS

El trabajo en cuidados paliativos conlleva unas demandas específicas de la especialidad. Por todos estos motivos mencionados hasta ahora, se hace cada vez más importante conocer los recursos que pueden proteger a los profesionales de cuidados paliativos frente a las demandas y al sufrimiento derivado en ocasiones de su trabajo. Por ejemplo, se ha encontrado que la espiritualidad y el significado parecen ser recursos relevantes en este trabajo. La gran mayoría de éstas son demandas psicológicas y emocionales de los profesionales. Sin embargo, aparecen en la literatura junto a otras que son características de la organización (Chlebowski et al., 2005).

La constante exposición a la muerte de los pacientes y la necesidad de “normalizarla” después, la incapacidad para alcanzar los propios estándares, el afrontamiento emocional y las dificultades de comunicación con pacientes y familias. La depresión, el proceso de duelo, y culpabilidad asociada a la pérdida. Todas estas son demandas muy exigentes propias de este trabajo para las que los profesionales no están necesariamente preparados.

Los gestores de las organizaciones no son conscientes del alto coste emocional de este trabajo para los profesionales y las consecuencias negativas para

Capítulo 6. DEMANDAS Y RECURSOS EN PROFESIONALES DE CUIDADOS PALIATIVOS

su salud y su vida personal. Las rupturas de relaciones de pareja, el abuso de alcohol, la ideación suicida y la jubilación anticipada son algunas de ellas (Kearney et al., 2009). Otras consecuencias tienen más relación con una baja calidad de la atención, aumento de los errores médicos e insatisfacción de los pacientes (S. Vachon y Klassen, 2008).

Se ha encontrado que los profesionales que tienen en cuenta los aspectos emocionales en su relación con el paciente evaluaron su actividad laboral como muy satisfactoria, frente a profesionales que priorizaron los aspectos clínicos, además de un sentimiento de fracaso por no poder alterar el curso de la enfermedad de los pacientes (Kearney et al., 2009).

El compromiso también es un recurso frente al estrés en los profesionales de cuidados paliativos. Un sentido de competencia, placer y control pueden ser la mejor estrategia de afrontamiento para los profesionales de cuidados paliativos (S. Vachon y Klassen, 2008). Un volumen de trabajo sostenible, sentimientos de control y un reconocimiento adecuado, trabajo en equipo y significado del trabajo también son elementos que contribuyen al compromiso en el trabajo entre los clínicos que trabajan en cuidados paliativos (Kearney et al., 2009).

Shanafelt (2009), sus encontró mayor satisfacción en el trabajo con oncológicos que utilizaban estrategias de bienestar y autocuidado para poder cuidar de otros. Posteriormente, señalaron la importancia de que los médicos “adaptaran” su trayectoria profesional a su momento vital para encontrar satisfacción y sentido en su trabajo. Lo cual pone de manifiesto nuevamente la relación existente entre las variables demográficas, el momento vital y el profesional en relación con las demandas y los recursos personales puntuales.

El presente estudio tiene como objetivo conocer y/o profundizar en las demandas y los recursos personales de profesionales que trabajan en unidades de cuidados paliativos de hospitales de Madrid y las Islas baleares. Confiamos que los hallazgos puedan contribuir ampliar el conocimiento sobre variables específicas, así como proporcionar información valiosa para aplicar interven-

ciones en esta área. Una mejora en el balance vida personal-vida profesional puede proteger y promover la salud y el bienestar de los profesionales de cuidados paliativos.

6.3.1. Características Demográficas de los Profesionales de Cuidados Paliativos

Se han publicado innumerables investigaciones relacionando el estrés con características demográficas, sin embargo, no se han extraído resultados concluyentes. En concreto, se ha relacionado el estrés asistencial con la edad/años de experiencia, el género, el estado civil, el tipo de trabajo.

No se han encontrado estudios en el ámbito de los cuidados paliativos donde se midan las variables de nuestra investigación. En una revisión después de las variables demográficas, los logros personales y de resiliencia emocional fueron predictores fiables del significado del trabajo en un estudio sobre con 584 profesionales de cuidados paliativos (Kearney et al., 2009). La percepción de control sobre la tarea y las horas trabajadas fueron características que más se asociaron a la resiliencia emocional. Este resultado fue similar al hallazgo previo del sentido de competencia, control y placer en el propio trabajo, que fue clasificado como el mejor mecanismo de afrontamiento.

6.3.1.1. Edad/Años de Experiencia

La característica demográfica que aparece más consistentemente relacionada con el estrés es la edad. Se ha encontrado que se produce con más frecuencia entre los profesionales más jóvenes. Entre otras razones, porque aquellos que experimentan estrés en el inicio de sus carreras, probablemente hayan renunciado a sus trabajos, dejando atrás a aquellos supervivientes que presentaban menores niveles de estrés.

Según un estudio con profesionales que atienden a pacientes al final de la

vida los más jóvenes manifiestan más estrés y menos estrategias de afrontamiento (S. Vachon y Klassen, 2008). En contraste, los profesionales con más años de experiencia presentan estrés con menos probabilidad (Kearney et al., 2009). Este hallazgo podría explicarse porque los años de experiencia aumentan la confianza en el desempeño de una tarea, así como el desarrollo de relaciones significativas para los profesionales que puedan contribuir a mejorar el equipo de trabajo. En un estudio con enfermeras, las que tienen más años de experiencia se perciben con mayores recursos para entender y manejar los problemas o situaciones complejas con mayor confianza y seguridad (Patrick y Lavery, 2007).

6.3.1.2. Género

En líneas generales, las investigaciones demuestran que las mujeres tienen una mayor tendencia a desarrollar estrés que los hombres. Algunos autores han atribuido al doble rol ejercido por éstas en la casa y en el trabajo (Purvanova y Muros, 2010). Por último, el balance negativo entre trabajo-familia se correlaciona con mayores niveles de estrés (Burke y Greenglass, 2001).

En cuanto al ámbito de cuidados paliativos, los profesionales con mayor responsabilidad por cargas familiares -hijos o padres ancianos-, presentan mayor estrés. Para ambos sexos (hombres y mujeres) cuantos más hijos, se encuentran más dificultades con el balance de la vida laboral y el estrés, pero no con la satisfacción profesional (Kearney et al., 2009).

6.3.1.3. Estado Civil

El estado civil es otra variable que también parece ejercer influencia en el estrés. Ser soltero y vivir sin pareja, es un factor de riesgo independiente para sufrir estrés (Keeton, Fenner, Johnson, y Hayward, 2007). Los profesionales solteros suelen tener niveles más elevados de estrés que los casados e incluso que los divorciados (Kearney et al., 2009).

Las enfermeras solteras y las más jóvenes son más propensas al estrés que las casadas (Ilhan, Durukan, Taner, Maral, y Bumin, 2008). También las menos satisfechas con su trabajo (Kalliath y Morris, 2002). El hecho de tener hijos puede funcionar como factor de protección frente al estrés. Este hecho puede relacionarse con la supuesta maduración que acompaña al ser padre.

6.3.1.4. Tipo de Profesión

No se han encontrado resultados concluyentes sobre cómo las diferentes profesiones inciden en el desarrollo de estrés. Las comparaciones entre grupos son bastante complejas, pues intervienen muchos factores difíciles de controlar al mismo tiempo como edad, género, nivel de experiencia, nivel educativo, diferencias culturales, características de la organización, entre otros.

Hay cierto consenso a nivel de investigadores en considerar la profesión asistencial como especialmente vulnerable al estrés, aunque no hay estudios sobre diferencias entre las distintas profesionales asistenciales dentro de los cuidados paliativos.

6.3.1.5. Número de Horas de Trabajo a la Semana

Si una persona trabaja muchas horas, su salud puede verse afectada y tiene menos tiempo para dedicar al cuidado propio y de la familia. El hecho de trabajar muchas horas, también puede afectar al cansancio y puede generar problemas de interacción, haciendo que el nivel de satisfacción con respecto a la relación de pareja también disminuya. Por ejemplo, en un estudio de estrés asistencial en parejas, se encontró que puede transmitirse entre los miembros de la pareja (Bakker et al., 2005). Recientemente, en un estudio sobre adicción al trabajo y conflicto trabajo- familia, se demuestra que existe una transmisión de la tensión, pero también, afortunadamente, variables positivas como la satisfacción en la pareja también puede suponer un recurso

protector frente al estrés (Bakker, Demerouti, y Burke, 2009).

Desafortunadamente, en los últimos años, debido a la crisis económica las políticas de conciliación están quedando relegadas a un segundo plano. En otros casos, simplemente no se implementan prácticas de flexibilidad de horarios o reducción de carga de trabajo porque nuestra cultura no reconoce la importancia de dichas medidas.

A esto se une la dificultad de la persona para desarrollar determinadas estrategias de manejo del estrés, o incluso tiene demandas por parte de otras fuentes, como la familia, que hace aún más difícil atender a todo. De ahí la importancia de realizar prevención e intervención a nivel individual. Desde estrategias de gestión del tiempo, establecimiento de prioridades, técnicas de desconexión del trabajo y autocuidado emocional pueden ayudarnos a aumentar nuestros recursos frente a las demandas laborales diarias.

En un estudio reciente en esta línea de Allen, Dietz, Blair, van Beek, Rees, Vestergaard-Poulsen y Roepstorff (2012) han mostrado los beneficios de utilizar estrategias de mindfulness para alcanzar un mayor equilibrio entre el trabajo y la familia. Estas estrategias consisten en prestar atención a las experiencias presentes. De este modo, la persona consigue centrarse en el rol que está desempeñando en cada momento, en lugar de centrarse en tareas planificadas para después.

La investigación en este campo debe ampliarse y orientarse a mejorar el bienestar de las personas que, además de trabajadores, son padres, hijos, esposos y amigos. Sólo atendiendo a la persona en su totalidad podremos contribuir a mejorar el significado de su trabajo y el sentido de su vida.

6.3.1.6. Espiritualidad y Creencias Religiosas

Los profesionales cuidados paliativos también describen sentimientos de satisfacción y gratitud, así como un enriquecimiento de la dimensión espiri-

Capítulo 6. DEMANDAS Y RECURSOS EN PROFESIONALES DE CUIDADOS PALIATIVOS

tual y existencial de la vida como resultado de su trabajo (Kearney et al., 2009).

El papel de las creencias religiosas también puede suponer un recurso personal importante. Profesionales de oncología que se consideran a sí mismos “religiosos” tienen menor cansancio emocional (Kash et al., 2000).

Sabemos que los pacientes que se enfrentan a una enfermedad terminal a menudo experimentan un proceso de cambio en su visión de la vida, prioridades y valores personales. Con el progreso de la enfermedad, la necesidad de espiritualidad, búsqueda de sentido y significado y la búsqueda de una relación con lo trascendental a menudo aumentan. También el deseo de fortalecer las relaciones con los allegados y seres queridos. Se han encontrado también correlaciones positivas entre afrontamiento espiritual y calidad de vida. Aunque algunos pacientes informan de un significativo malestar psicológico al final de la vida, que apunta a la necesidad de apoyo profesional, también muchos de ellos son resilientes y experimentan crisis existenciales e incluso informan de un cierto crecimiento postraumático (Tugade y Fredrickson, 2004).

Fue Viktor Frankl quién señaló la importancia de estas preguntas existenciales. Desarrolló la logoterapia y postuló que la “voluntad de significado” es inherente a todos los seres humanos. Por otra parte, afirmó que el significado se hallaba en la vida hasta el último momento, a través de tres valores fundamentales: la creatividad (por ejemplo, trabajo, obras, la dedicación a las causas), la experiencia (por ejemplo, el arte, la naturaleza, humor, amor, relaciones, roles), y la actitud (hacia el sufrimiento propio y el manejo los problemas existenciales). Aceptar y dar sentido a todo aquello que no depende de nosotros y no pueden ser cambiado puede suponer una forma de control y contribución al fortalecimiento de la autoestima. Se ha descrito la necesidad humana de vivir en un mundo “significativo, comprensible y único” (Frankl, 1962).

No sólo los pacientes se ven afectados por esta crisis existencial sino tam-

Capítulo 6. DEMANDAS Y RECURSOS EN PROFESIONALES DE CUIDADOS PALIATIVOS

bién sus familias (Ettema et al., 2010). Por lo tanto, la hipótesis de que los profesionales de la salud que trabajan con estos enfermos y familias pudieran también experimentar un cambio en sus valores debido a su exposición y experiencia diaria con la finitud de la vida, no es ningún disparate. Varios estudios han demostrado que sujetos sanos que están más expuestos a situaciones de fin de vida y toma de decisiones de final de vida experimentan un cambio en sus valores personales, así como en la religiosidad.

7

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

7.1. HIPÓTESIS GENERAL

La hipótesis general de nuestro estudio es que los profesionales de cuidados paliativos que le otorgan un mayor significado a su trabajo perciben menor estrés.

7.2. OBJETIVO GENERAL

El objetivo general de este estudio es analizar el grado de interrelación entre el significado del trabajo y el nivel de estrés percibido, así como con factores de protección como son la autoestima, el optimismo, la satisfacción

con la vida, la vitalidad subjetiva, el grado de crecimiento personal y las variables sociodemográficas, en un grupo multidisciplinar de profesionales de unidades de cuidados paliativos.

7.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Comprobar si existe una asociación negativa entre significado del trabajo y estrés percibido.
2. Evaluar si existen diferencias en el significado del trabajo y el estrés percibido según el grado de optimismo, autoestima, satisfacción con la vida, vitalidad subjetiva y crecimiento personal.
3. Evaluar si existen diferencias en el grado de optimismo, autoestima, satisfacción con la vida, vitalidad subjetiva, crecimiento personal, estrés percibido y significado del trabajo según las variables sociodemográficas del grupo de profesionales.

8

MATERIAL Y MÉTODO

8.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio descriptivo transversal en el que se compararon el significado del trabajo y el estrés percibido en un grupo de profesionales de unidades de cuidados paliativos del territorio español, según factores de protección como la autoestima, el optimismo, la satisfacción con la vida, la vitalidad subjetiva y el grado de crecimiento personal y variables sociodemográficas.

8.2. PARTICIPANTES

El estudio contó con profesionales de distintas categorías profesionales (médicos, psicólogos, personal diplomado y auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, fisioterapeutas y capellanes) que trabajan en unidades de cuidados paliativos pertenecientes a hospitales de media estancia de la Comunidad de Madrid (La Fuenfría, Guadarrama, Virgen de la Poveda, Los Camilos, La Laguna, Fundación San José, SEAR) y de las Islas Baleares. La mayoría eran mujeres con una edad media de 42, 17 años. Una tabla detallada de las características de los participantes aparece en el primer punto del siguiente capítulo.

Para la selección de los participantes se aplicó un procedimiento no probabilístico incidental (Bologna, 2012). De este modo, se trabajó con un grupo de profesionales conformados con anterioridad a la investigación, y en los cuales el acceso era posible. Siguiendo a Grasso (1999), los riesgos de generalización siguiendo este formato de muestreo no son tan grandes, dado que el grupo que se ha tomado como muestra se autoconformó según variables ajenas a la investigación. En el Capítulo 9 del presente trabajo aportamos más información sobre los datos de la muestra.

Se seleccionaron sujetos de las unidades de cuidados paliativos de unidades de media estancia, durante el periodo comprendido entre septiembre del 2010 a noviembre de 2013. Los criterios de inclusión y exclusión fueron los siguientes.

8.2.1. Criterios de Inclusión

Los criterios de inclusión en el estudio fueron:

- (a) trabajar en una unidad de cuidados paliativos en ese momento.
- (b) pertenecer a una de las siguientes categorías profesionales: médico, psi-

cólogo, diplomado de enfermería, auxiliar de enfermería, trabajo social, fisioterapeuta o capellán;

- (c) pertenecer a hospitales de media y/o larga estancia.

8.2.2. Criterios de Exclusión

Los criterios de exclusión fueron:

- (a) negarse a participar en el estudio, verbalmente o mediante el consentimiento informado.
- (b) dejar preguntas en blanco en cualquiera de los cuestionarios ó cumplimentarlo incorrectamente.

8.3. PROCEDIMIENTO

Antes de iniciar cualquier procedimiento, la investigadora principal contactó con cada médico responsable de la unidad de cuidados paliativos, así como la Dirección Médica de cada centro para explicar los objetivos de la investigación y pedir la participación libre y voluntaria en la misma. Las características y el propósito del estudio fueron enviados por escrito y aprobados por el Comité de Ética de Investigación de cada centro. Tras la aceptación a participar, la investigadora asistió a cada centro programando una sesión específica para realizar una breve presentación del estudio y aplicar las pruebas al grupo de profesionales presentes en la sesión. Los instrumentos se administraron de forma colectiva, en cada centro y dentro del horario de trabajo. Los participantes debían cumplimentar de forma autoaplicada la batería de cuestionarios. Se brindaron las instrucciones pertinentes, teniendo en consideración las normas éticas del consentimiento informado (Anexo A), el anonimato y la confidencialidad, como se puede ver en el anexo.

La investigadora estuvo presente para responder a las posibles dudas que pudieran surgir durante su administración. Cada batería de cuestionarios se completaba en 20 minutos aproximadamente. La muestra definitiva estuvo compuesta por los profesionales que cumplieron con los criterios de inclusión de la muestra.

Se solicitó la colaboración del médico responsable de cada unidad y del supervisor de enfermería para administrar las pruebas a los profesionales que no estaban presentes en ese turno o día de trabajo. Se acordó con ellos una fecha límite de recogida de los cuestionarios restantes.

8.4. INSTRUMENTOS DE MEDIDA

8.4.1. Variables Sociodemográficas

Se consideraron variables como edad, sexo, estado civil, tipo de convivencia (con/sin pareja) y número de hijos. En cuanto a la profesión, se han considerado las siguientes categorías: médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, psicólogos, trabajadores sociales y “otros profesionales”. Se ha recogido también el ámbito de trabajo (hospitalario/comunitario), la modalidad contractual (eventual/indefinido), los años de experiencia laboral, el número de horas/semana y la práctica de alguna religión y/ó espiritualidad. A continuación enumeramos todas las variables que recogimos y también se puede ver la hoja modelo que administramos en el Anexo B de este trabajo.

8.4.2. Variables No Sociodemográficas

8.4.2.1. Cuestionario de Significado del Trabajo (CST)

El significado del trabajo fue medido utilizando el *Cuestionario del Significado del Trabajo* (CST) en una versión de 10 ítems (con formato de respuesta

tipo Likert desde 1 (*Totalmente en desacuerdo*) a 5 (*Totalmente de acuerdo*). La versión original del instrumento (Villa George y Moreno Jiménez, 2013) estaba compuesta por 19 ítems. El análisis factorial exploratorio llevado a cabo en este primer estudio psicométrico de la escala dio cuenta de dos dimensiones que explicaban el 51,7% de la varianza total. Se llevó a cabo además en este estudio un análisis factorial confirmatorio, donde se corroboró la adecuación de un modelo unifactorial compuesto por 10 ítems (CFI=0,96, NNFI= 0,94, RMR= 0,03, RMSEA=0,05)(donde CFI: comparative fit index; NNFI: nonnormed fit index; RMR: root mean square residual; RMSEA: root mean square error of approximation). El rango de puntuaciones del cuestionario va desde 5 (bajo significado) hasta 50 (alto significado). En la interpretación de las puntuaciones, los valores más altos indican mayor significado del trabajo.

Además de esto, el significado del trabajo hasta ahora se ha relacionado con variables positivas como compromiso organizacional (Chalofsky y Krishna, 2009), bienestar psicológico (Winefield y Tiggemann, 1990) y motivación por el trabajo (Westaby et al., 2005), representando así una buena opción para incrementar estudios con variables positivas en el ámbito de la Psicología Laboral. El CST se puede ver en el Anexo C de este documento.

8.4.2.2. Cuestionario de Estrés Percibido (CEP)

El estrés fue medido mediante el Cuestionario de Estrés Percibido (Perceived Stress Questionnaire - PSQ) que consta de 30 reactivos con cuatro opciones de respuesta: 1 = casi nunca, 2 = algunas veces, 3= a menudo 4 = casi siempre. Se tomó en consideración la situación reciente de la persona durante el último mes. Esta escala fue tomada y modificada de la original de Levenstein et al. (1993) que refleja de manera particular lo que experimentan subjetivamente las personas ante determinadas situaciones. Puede ser aplicada a adultos de cualquier sexo y edad y nivel socioeconómico. En esta escala se presentan una gran variedad de situaciones para que las perso-

nas respondan de acuerdo con su interpretación subjetiva. Levenstein et al. (1993) desarrollaron el PSQ para evaluar las situaciones de estrés y la percepción de las reacciones de estrés en un todo cognitivo y, en cierta medida, a nivel emocional. Es un cuestionario que permite comparaciones, no hay un punto de corte, es un índice (de cero a uno) que se define como $PSQ = \frac{Total-30}{90}$. Cuanto mayor es el índice, mayor es el nivel de estrés percibido.

Las características psicométricas demostraron ser favorables. La PSQ muestra una alta correlación con la Escala de Percepción de Estrés de Cohen, el Inventario de Ansiedad (State-Trait-Anxiety Inventory), y la Escala de Depresión (CES-D Depression Scale). En cuanto a la validez externa, en un estudio prospectivo, los autores fueron capaces de predecir los resultados adversos en la salud por medio de valores PSQ (Levenstein et al., 1993). En comparación con otras escalas para medir estrés, el PSQ ha demostrado tener más ventajas. Constituye uno de los instrumentos más utilizados a nivel mundial para evaluar estrés percibido y se puede ver en el Anexo D de este documento.

8.4.2.3. Cuestionario de Optimismo Disposicional (LOT-R)

Para medir el optimismo disposicional o predisposición a las expectativas de resultados positivos o negativos se utilizó el Test Revisado de Orientación Vital (LOT-R de Scheier et al.) en la versión española desarrollada por Otero, Luengo, Romero Gómez y Castro (1999). En la segunda versión revisada, este cuestionario consta de 6 ítems (más 4 ítems de relleno). De los 6 ítems válidos, 3 están redactados en sentido positivo y los otros 3 están redactados en sentido negativo. Por lo que obtenemos una puntuación de optimismo y otra de pesimismo. Si se invierten los 3 ítems redactados en sentido negativo obtendremos una puntuación general de optimismo disposicional. Se pregunta a los sujetos el grado de acuerdo o desacuerdo con afirmaciones como: «En tiempos difíciles, generalmente espero lo mejor». La estructura del instrumento consiste en 10 ítems que son respondidos en una escala de 0

a 4 (estoy totalmente en desacuerdo) hasta 4 (estoy totalmente de acuerdo) como se puede ver en el anexo 5. De los 6 ítems que evalúan el constructo, 3 están redactados en sentido positivo (dirección optimismo, cuyos ítems son 1, 4, 10) y 3 en sentido negativo (dirección pesimismo, cuyos ítems son 3, 7, 9), y 4 ítems son distractores (2, 5, 6, 8). El LOT-R es una medida muy breve y fácil de usar y en la interpretación de las puntuaciones los valores más altos indican mayor optimismo.

En un estudio realizado por Ferrando, Chico y Tous (2002) se estudió la validez de esta variable utilizando tres constructos: (a) afectividad negativa, (b) estrés percibido, y (c) neuroticismo. Los coeficientes de validez fueron relativamente elevados y en la dirección esperada en todos los casos. Obtuvieron una estructura factorial de dos factores que demostró un mejor ajuste ($\chi^2 = 5,66$; $gl = 4$). Además, este modelo de dos factores ajustó mejor que el modelo unifactorial ($\Delta X^2 = 32,67$; $gl = 1$; RMSEA = 0,041; NNFI = 0,96).

8.4.2.4. Escala de Autoestima (EAR)

La autoestima fue evaluada mediante la escala de Autoestima de Rosenberg (EAR). Desarrollada originalmente por Rosenberg (1965) para la evaluación de la autoestima en adolescentes. Consta de diez ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo. La mitad de los ítems están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente. Se trata de una de las escalas más utilizadas para la medición global de la autoestima y se puede ver en el Anexo F.

Aunque inicialmente fue diseñada como escala de Guttman, posteriormente se ha hecho común su puntuación como escala tipo Likert, donde los ítems se responden en una escala de cuatro puntos (1= muy de acuerdo, 2= de acuerdo, 3= en desacuerdo, 4= totalmente en desacuerdo). Para su corrección deben invertirse las puntuaciones de los ítems enunciados negativamente (3, 5, 8, 9, 10) y posteriormente sumarse todos los ítems. La puntuación to-

tal, por tanto, oscila entre 10 y 40. Es una medida muy fácil de usar y en la interpretación de las puntuaciones los valores más altos indican mayor autoestima.

Las adaptaciones al español de la escala han demostrado adecuadas propiedades psicométricas. En ambas versiones se encontraron valores alfa de cronbach adecuados, entre 0,75 y 0,79. Para corroborar la estructura unifactorial Góngora, et al. (2010) llevaron a cabo un análisis factorial confirmatorio que indico un buen ajuste de este modelo ($X^2 = 26,16$; GFI = 0,98; CFI = 0,96; RMSEA = 0,05).

8.4.2.5. Escala de Satisfacción con la Vida (ESV)

La satisfacción con la vida se ha evaluado mediante la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985). Fue desarrollada en Estados Unidos, pero en su versión al castellano está traducida por Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita (2000) como se puede ver en el anexo 7. Es una medida del concepto de satisfacción en la vida personal, considerada esta en su totalidad y no como un aspecto concreto. En esta escala se solicita a los sujetos que indiquen su grado de acuerdo con cada uno de los 5 ítems, a los que tienen que contestar en una escala tipo Likert de 7 puntos, que oscila desde 1 (muy en desacuerdo) hasta 7 (muy de acuerdo). El rango de puntuaciones del cuestionario va desde 5 (baja satisfacción) hasta 35 (alta satisfacción). Se trata de una medida muy breve y fácil de usar. En la interpretación de las puntuaciones los valores más altos indican mayor satisfacción con la vida. Esta escala se puede ver en el Anexo G.

Los análisis psicométricos llevados a cabo por Atienza et al., (2000) indicaron una estructura unifactorial que explico el 53,7% de la varianza. Asimismo, el coeficiente alfa de Cronbach dio cuenta de una adecuada consistencia interna ($\alpha = 0,84$). Finalmente, se verificó mediante el análisis factorial confirmatorio el ajuste del modelo ($X^2 = 14,12$; GFI = 0,98; NNFI = 0,99).

8.4.2.6. Escala de Vitalidad Subjetiva (EVS)

La vitalidad se ha evaluado mediante la versión al castellano (Balaguer, Castillo, García-Merita, y Mars, 2005) de la escala original con el mismo nombre (SVS, (Ryan y Frederick, 1997)). Está compuesta de siete ítems y mide los sentimientos subjetivos de viveza y energía de manera global. Las respuestas se recogen en una escala tipo Likert de siete puntos que oscila desde 1 (no es verdad) a 7 (verdadero) como podemos ver en el anexo 8. Es un estado en que se posee un sentimiento de viveza y energía personal, no refiriéndose únicamente a sentirse activo, sino que se relaciona con la posesión de ánimo y entusiasmo (Ryan y Frederick, 1997). El rango de puntuaciones de la escala va desde 7 (baja vitalidad) hasta 49 (alta vitalidad). La EVS es una medida muy breve y en la interpretación de las puntuaciones los valores más altos indican mayor vitalidad.

Se han llevado a cabo validaciones de esta escala, donde se evidenciaron índices adecuados de consistencia interna ($\alpha = ,80$), y los análisis factoriales confirmatorios avalaron la estructura unifactorial al eliminar el ítem 2 ($X^2 = 19,44$; GFI = 0,98; NFI = 0,96; RMSEA = 0,06) (Bostic, McGartland Rubio, y Hood, 2000). En la versión portuguesa se obtuvieron resultados similares (Moutão, Alves, y Cid, 2013), en donde los análisis confirmatorios confirmaron la estructura unifactorial de la escala ($X^2 = 34,93$; NNFI = 0,961; CFI = 0,970; RMSEA = 0,074).

8.4.2.7. Escala de Crecimiento Personal (ECP)

El crecimiento personal se ha evaluado mediante esta subescala de Crecimiento Personal perteneciente a la Escala de Bienestar Psicológico (Ryff y Singer, 2006). Esta escala está adaptada al castellano (Van Dierendonck et al., 2006) y formada por 29 ítems distribuidos en seis subescalas: autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal. En nuestro estudio sólo hemos utilizado esta

última, formada por 4 ítems que miden el funcionamiento óptimo percibido por la persona y su empeño por desarrollar su potencial por seguir creciendo como persona y llevar al máximo sus capacidades. Las respuestas se recogen en una escala tipo Likert de siete puntos que oscila desde 1 (totalmente en desacuerdo) a 6 (totalmente de acuerdo). Un ejemplo de esta escala se encuentra en el anexo de este trabajo. Para su corrección deben invertirse las puntuaciones del ítem 2 enunciado negativamente y posteriormente sumarse todos los ítems (1, 3, 4). La puntuación total, por tanto, oscila entre 6 y 24.

La adaptación española de la Escala de Bienestar Psicológico (Van Die-rendonck et al., 2006) dio cuenta de una consistencia interna adecuada en todas las dimensiones (autoaceptación $\alpha = ,84$; relaciones positivas $\alpha = ,78$; autonomía $\alpha = ,70$; dominio del entorno $\alpha = ,82$; propósito en la vida $\alpha = ,70$; y crecimiento personal $\alpha = ,71$). Además, mediante análisis factorial confirmatorio se demostró la adecuación del modelo ($X^2 = 615,76$; NNFI = 0,94; CFI = 0,95; RMSEA = 0,04).

La metodología empleada en este estudio es una modalidad transversal, descriptiva y correlacional de investigación cuantitativa, sin intervención, no experimental. La base de datos y los análisis estadísticos de los datos cuantitativos se han realizado mediante los programas informáticos SPSS 15.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*), Estadística y AMOS (Analysis of Moment Structures, v. 17.0).

Se calculó la media y desviación estándar y los coeficientes de asimetría y curtosis para las variables cuantitativas estudiadas. Estos análisis preliminares resultan de suma importancia ya que posibilita verificar la adecuación de la base de datos (detectar datos mal cargados o fuera de rango), la presencia de datos atípicos, y el cumplimiento de los supuestos, particularmente el de normalidad dado que los análisis que se mencionan a continuación se basan principalmente en este supuesto (Tabachnick y Fidell, 2007). A continuación se llevaron a cabo análisis tendentes a comparar si existían diferencias estadísticamente significativas en las variables examinadas. Como se cumplieron los supuestos, para determinar si existían diferencias estadística-

mente significativas se calcularon pruebas t de Student para cada una de las variables en estudio. Para examinar la posible existencia de algún tipo de relación entre las variables del estudio se calcularon correlaciones bivariadas de Pearson. A continuación se llevó a cabo un análisis de correlación bivariada tendente a examinar si existían relaciones estadísticamente significativas entre las variables en estudio.

A continuación, se examinaron si existían diferencias según el centro de trabajo y el nivel de estudio mediante un Análisis de Varianza Multivariado (MANOVA). Tal y como sugiere la literatura especializada, es recomendable utilizar aproximaciones multivariadas cuando se intenta comprender el interjuego entre diferentes variables, ya que el uso de procedimientos bivariados puede generar interpretaciones confusas. En efecto, la existencia de comunalidades entre las variables en estudio puede llevar a menospreciar el efecto independiente de cada variable. El uso de procedimientos multivariados como la regresión múltiple o el análisis de sendero permiten ponderar la contribución conjunta de dos o más variables independientes (predictores) a la explicación de una variable dependiente, así como estimar la contribución independiente realizada por cada predictor a la explicación de esa variable dependiente. Esto último es posible por el control estadístico de las variables, vale decir si a y b correlacionan con c, el control estadístico de los efectos de b (manteniendo constantes sus valores), nos permite dilucidar cuál es la contribución independiente de a sobre c, y así sucesivamente (Aron y Aron, 2002).

Por último se realizó un análisis de senderos con el programa AMOS. Este análisis es una extensión del análisis de regresión múltiple que se utiliza para verificar el acuerdo entre un modelo teórico y la matriz de correlación entre las variables en la muestra de investigación. Es decir que nos permite estimar el efecto independiente de cada variable independiente sobre la variable dependiente, y además la ventaja adicional de poder constatar las interrelaciones entre las variables independientes y no sólo los efectos directos sobre la dependiente del modelo. Por otra parte permite realizar inferencias

causales aunque de manera tentativa. En este tipo de análisis las flechas indican las relaciones causales hipotéticas entre las variables del modelo. Para esto, se calcularon varios índices de ajustes globales con el objeto de verificar la adecuación del modelo. Concretamente, las estimaciones se llevaron a cabo mediante el método de máxima verosimilitud (Maximum Likelihood; ML), siendo este método confiable siempre y cuando la curtosis multivariada calculada por AMOS no supere el valor de 70 (Ayán y Díaz, 2008); y se calcularon medidas de ajustes absolutos (i.e. chi cuadrado y RMSEA) y medidas de ajustes incrementales (CFI y GFI). Asimismo, se siguieron las recomendaciones de la literatura con respecto al valor de corte de los índices de ajustes para poder ser considerados satisfactorios (L. Hu y Bentler, 1998); esto es, valores entre .05 y .08 para el índice RMSEA; y valores superiores a .90 para los índices CFI y GFI. Se consideró significativa una $p < 0,05$.

9

RESULTADOS

9.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA

En el presente estudio participaron un total de 194 profesionales de distintas unidades de cuidados paliativos de la Comunidad de Madrid y las Islas Baleares (España). La participación fue libre y voluntaria y el ratio de respuesta fue del 95,5 %.

Casi la mitad de la muestra estaba formada por diplomados de enfermería (40,5 %), seguidos de los auxiliares de enfermería (31,1 %) y los médicos (14,2 %). Sólo un 7,4 % de la muestra eran psicólogos, el 4,2 % eran trabajadores sociales y un 2,6 % “otros profesionales” (fisioterapia y capellanes).

CATEGORÍA PROFESIONAL	N(%)
DIPLOMADOS DE ENFERMERÍA	77 (40,5 %)
AUXILIARES DE ENFERMERIA	59 (31,1 %)
MÉDICOS	27 (14,2 %)
PSICÓLOGOS	14 (7,4 %)
TRABAJO SOCIAL	8 (4,2 %)
OTROS*	4 (2,6 %)
TOTAL	189(100,0 %)

*Trabajo social, fisioterapia y capellanes

Tabla 9.1: Distribución de la muestra por categoría profesional.

Los resultados descritos se presentan en la Tabla 9.1.

De los 189 profesionales que cumplimentaron correctamente los cuestionarios la mayoría eran mujeres un (81,1 %). La edad de los participantes estaba comprendida entre 18 y 73 años (42, 17 años). El 73 % de total tiene pareja y un 62,6 % tiene entre 1 y 3 hijos (frente al 37,4 % que no tiene hijos).

El 78,4 % del total tiene 10 o más años de experiencia en el ámbito de los cuidados paliativos y un 60,7 % en la misma unidad actual de trabajo. La mayoría trabajan entre 30-45 horas a la semana (84,7 %) y en el ámbito hospitalario. Un 71,6 % tienen seguridad contractual (contrato indefinido) frente al resto que están contratados eventualmente.

Con respecto a las creencias, es más frecuente la práctica religiosa que la espiritual entre este grupo de estudio (52,1 % vs 39,7 %), tal y como se muestra en la Tabla 9.2.

VARIABLE	N(%)
Sexo	
Mujer vs Hombre	153 (81,1 %) vs 36(18,9 %)
Edad*	42,17 (18-73)
Tipo de convivencia	
Con pareja vs sin pareja	140 (73,7 %) vs 49(26,3 %)
Número de hijos	
0	70(37,4 %)
1	42 22,1 %)
2	58(30,5 %)
3	19(10,0 %)
Experiencia Laboral Total (años)	
≤ 5	43(21,7 %)
5-10	47(15,1 %)
> 10	99(63,2 %)
Experiencia en unidad de trabajo actual	
≤ 5	129(41,5 %)
5-10	16(19,2 %)
> 10	44(39,3 %)
Número de horas trabajo/semana	
≤ 20	15 (7,9 %)
30-45	160(84,7 %)
> 46	14 (7,3 %)
Ámbito de atención	
Hospitalaria vs Comunitaria	139 (73,5 %) vs 50(26,5 %)
Tipo de contrato	
Indefinido vs eventual	135 (71,6 %) vs 54(28,4 %)
Práctica religiosa vs espiritual	99 (52,1 %) vs 75(39,7 %)

*Datos mostrados en media μ

Tabla 9.2: Características Sociodemográficas de los participantes (n=189).

9.2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS VARIABLES EN ESTUDIO

Con el objeto de conocer el comportamiento de las variables y analizar su distribución en la muestra en estudio se llevaron a cabo una serie de análisis descriptivos. Concretamente se calculó la media y desviación estándar para cada variable y los coeficientes de asimetría y curtosis para determinar si las mismas presentaban una distribución normal. Estos datos se presentan en la siguiente tabla y los gráficos correspondientes a estos estadísticos se presentan en el anexo.

Tras los respectivos análisis descriptivos de las variables estudiadas comprobamos unas adecuadas características psicométricas. A continuación y en coherencia con los objetivos propuestos en esta investigación, se llevaron a cabo análisis dirigidos a comparar si existían diferencias en las variables estudiadas según las variables sociodemográficas.

9.3. ANÁLISIS COMPARATIVO Y CORRELACIONAL DE LAS VARIABLES EN ESTUDIO

Para comprobar la influencia de las variables sociodemográficas y no demográficas hemos utilizado dos técnicas estadísticas. Para las sociodemográficas categoriales, como sexo y tipo de convivencia hemos aplicado la prueba *t* de *Student*. Para las variables sociodemográficas continuas, como edad, años de experiencia laboral y número de hijos hemos calculado su correlación con las variables no demográficas estudiadas.

Para determinar si existían diferencias según el sexo de los trabajadores se calcularon pruebas *t* de *Student* para cada una de las variables en estudio

Cuestionarios y escalas	n	N° items	α de Cronbach	Asimetría	Curstosis	Media	Desv estándar
CST	190	10	0,87	-0,67	2,69	38,49	13,08
CEP	190	30	0,92	-0,73	0,49	90,10	13,08
LOT	190	15	0,78	-0,41	0,72	56,77	6,59
ESV	190	5	0,84	-1,07	1,17	27,16	5,04
EVS	190	6	0,89	-0,55	-0,05	30,63	6,27
EA	190	10	0,78	-0,25	-0,41	33,21	4,20
ECP	190	4	0,79	-0,94	0,89	19,08	2,55

Tabla 9.3: Estadísticos descriptivos.

	<i>Masculino</i>		<i>Femenino</i>		t	p
	Media	DS	Media	DS		
<i>Optimismo</i>	56,19	6,24	56,91	6,68	-0,584	0,560
<i>Estrés Percibido</i>	91,33	15,65	89,80	12,45	0,630	0,530
<i>Satisfacción Vital</i>	27,17	5,54	27,15	4,94	0,021	0,983
<i>Vitalidad Subjetiva</i>	30,81	6,36	30,59	6,27	0,183	0,855
<i>Autoestima</i>	33,75	4,49	33,08	4,13	0,864	0,389
<i>Crecimiento Personal</i>	18,71	3,16	19,17	2,40	-0,905	0,367
<i>Significado en el Trabajo</i>	38,86	4,57	38,40	5,89	0,437	0,663

Tabla 9.4: Análisis de diferencias según sexo.

(Tabla 9.4). No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres de nuestra población de estudio. Parece que el sexo no fue una variable sociodemográfica relacionada con las variables examinadas. Los estadísticos descriptivos para cada grupo se presentan en la Tabla 9.4 y las gráficas explicativas se encuentran en el anexo.

También se calcularon pruebas *t* de *Student* para evaluar si existían diferencias entre los profesionales según tipo de convivencia (en pareja y o sin pareja) tal y como podemos observar en la Tabla 9.5. Sólo se observaron diferencias estadísticamente significativas para la variable autoestima, donde las personas que están en pareja presentan mayor autoestima que las personas sin pareja. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las restantes variables estudiadas. Los gráficos correspondientes a este análisis se presentan en el anexo.

Otra variable que fue considerada en los análisis es la existencia de posibles diferencias según el tipo de contratación o seguridad contractual (*eventual* ó *indefinido*). Los resultados obtenidos de los análisis estadísticos revelan la ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre tener un contrato eventual o indefinido en cuanto a las variables estudiadas, como se puede ver

Capítulo 9. RESULTADOS

	<i>Con Pareja</i>		<i>Sin Pareja</i>		t	p
	Media	DS	Media	DS		
<i>Optimismo</i>	56.40	6.42	57.81	7.03	-1.290	.199
<i>Estrés Percibido</i>	89.52	12.98	91.73	13.33	-1.019	.310
<i>Satisfacción Vital</i>	27.24	5.16	26.89	4.70	.415	.679
<i>Vitalidad Subjetiva</i>	30.30	6.23	31.55	6.33	-1.193	.234
<i>Autoestima</i>	33.65	4.15	31.94	4.09	2.518	.013
<i>Crecimiento Personal</i>	19.02	2.55	19.26	2.58	-.530	.597
<i>Significado en el Trabajo</i>	38.15	5.61	39.42	5.72	-1.358	.176

Tabla 9.5: Análisis de diferencias según tipo de convivencia.

	<i>Eventual</i>		<i>Indefinido</i>		t	p
	Media	DS	Media	DS		
<i>Optimismo</i>	56.56	7,06	56,86	6,42	0,29	0,78
<i>Estrés Percibido</i>	89,09	12,72	92,61	13,78	-1,68	0,09
<i>Satisfacción Vital</i>	27,11	5,10	27,26	4,95	-0,18	0,86
<i>Vitalidad Subjetiva</i>	30,45	6,07	31,09	6,77	-0,64	0,52
<i>Autoestima</i>	33,02	4,38	33,67	3,69	-0,95	0,34
<i>Crecimiento Personal</i>	19,03	2,64	19,20	2,38	-0,37	0,71
<i>Significado en el Trabajo</i>	38,29	5,29	39,00	6,52	-0,78	0,43

Tabla 9.6: Análisis de diferencias según contratación.

en la Tabla 9.6 y los gráficos correspondientes en el anexo.

Asimismo se examinó si existía algún tipo de relación entre todas las variables en estudio con la edad, experiencia laboral y número de hijos de los participantes. Para ello, se calcularon correlaciones bivariadas de Pearson y tampoco se observaron relaciones estadísticamente significativas. Con estos datos se concluye que la edad, la experiencia laboral y el número de hijos no se asocia con ninguna de las variables no demográficas estudiadas (Tabla 9.7). Los resultados parecen indicar que no son más optimistas los más mayores, ni los que más años de experiencia tienen ni los que tienen más hijos. Y

	EDAD	EXPERIENCIA LABORAL	NÚMERO DE HIJOS
<i>Optimismo</i>	-0,042	-0,055	-0,038
<i>Estrés Percibido</i>	-0,029	0,007	-0,104
<i>Satisfacción Vital</i>	-0,118	-0,059	0,051
<i>Vitalidad Subjetiva</i>	-0,030	0,017	-0,006
<i>Autoestima</i>	-0,088	-0,098	0,071
<i>Crecimiento Personal</i>	-0,158	-0,184	-0,040
<i>Significado en el Trabajo</i>	-0,137	-0,128	-0,162

Nota: valores p superiores a 0,05 en todos los casos.

Tabla 9.7: Correlaciones con la edad, experiencia laboral y número de hijos.

lo mismo podríamos decir del resto de las variables estudiadas. La edad, los años de experiencia en este trabajo y el número de hijos no están asociados ni con la satisfacción vital, ni con la autoestima, ni con la vitalidad, ni con el significado del trabajo, ni con el crecimiento personal ni con los niveles de estrés percibido en este grupo de profesionales.

Por último se examinó si existían diferencias según el centro de trabajo y tipo de profesión mediante un Análisis de Varianza Multivariado (MANOVA). Tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas al considerar el centro de trabajo ($F=1.12$; $p=.32$) ó el tipo de profesión ($F=1$; $p=.07$). Parece que no hay diferencias entre el grado de significado del trabajo, optimismo, estrés, vitalidad, satisfacción, autoestima y crecimiento personal entre las distintas profesiones, pero tampoco hay diferencias entre las variables mencionadas y los distintos centros estudiados.

En las siguientes Tablas (9.8-9.14) mostramos los estadísticos descriptivos como la media y la desviación típica correspondientes a cada uno de los centros estudiados, así como la tabla que recoge los datos descriptivos por tipo de profesión. En esta última hemos realizado los análisis agrupando a los profesionales minoritarios (trabajadores sociales, fisioterapeutas y

VARIABLES	CENTROS	N	MEDIA	DT
<i>Significado del Trabajo</i>				
	1	12	41,67	7,09
	2	21	40,36	4,24
	3	30	37,07	5,71
	4	20	33,80	7,51
	5	15	38,20	3,43
	6	14	40,14	4,20
	7	58	39,10	4,89
	8	19	38,63	5,71
	Total	189	38,49	5,66

Tabla 9.8: Análisis de diferencias según Centros y Significado del trabajo.

capellanes).

Como ya hemos comentado antes, las diferencias entre las categorías profesionales y las variables no demográficas tampoco fueron estadísticamente significativas, como se puede observar en la Tabla 9.12. Pese a esta clara ausencia de diferencias, éstas sí podrían ser relevantes desde el punto de vista clínico. Por ejemplo, vemos que los datos de la media en el significado del trabajo muestran que son ligeramente más altos en los psicólogos que en el resto de profesionales (41,42) y ligeramente más bajas en los auxiliares de enfermería que en el resto de categorías profesionales estudiadas (37,36). En cuanto al estrés percibido, parece que son los psicólogos y otros profesionales (trabajo social, fisioterapeutas y capellanes) los que muestran niveles algo más altos comparados con los médicos, que puntúan los menores niveles de estrés, por ejemplo. También los psicólogos y “otros profesionales” muestran los niveles más altos de optimismo, seguidos del personal de enfermería y au-

VARIABLES	CENTROS	N	MEDIA	DT
<i>Estrés Percibido</i>				
	1	12	88,75	11,68
	2	21	92,05	10,30
	3	30	89,87	14,06
	4	20	86,60	15,36
	5	15	92,13	11,61
	6	14	82,71	12,26
	7	58	89,40	14,62
	8	19	91,42	9,95
	Total	189	90,10	13,09

Tabla 9.9: Análisis de diferencias según Centros y Estrés Percibido.

VARIABLES	CENTROS	N	MEDIA	DT
<i>Optimismo</i>				
	1	12	52,42	6,71
	2	21	58,38	5,43
	3	30	56,50	7,08
	4	20	57,95	6,61
	5	15	55,73	7,00
	6	14	57,29	5,21
	7	58	55,67	7,16
	8	19	57,58	5,99
	Total	189	56,77	6,59

Tabla 9.10: Análisis de diferencias según Centros y Optimismos.

VARIABLES	CENTROS	N	MEDIA	DT
<i>Satisfacción vital</i>				
	1	12	28,45	3,27
	2	21	27,75	3,23
	3	30	26,90	5,77
	4	20	26,85	5,43
	5	15	27,73	5,50
	6	14	29,00	3,62
	7	58	26,21	5,44
	8	19	27,58	5,16
	Total	189	27,16	5,04

Tabla 9.11: Análisis de diferencias según Centros y Satisfacción con la Vida.

VARIABLES	CENTROS	N	MEDIA	DT
<i>Vitalidad Subjetiva</i>				
	1	12	32,08	6,61
	2	21	31,30	5,80
	3	30	30,37	7,57
	4	20	29,45	6,35
	5	15	30,47	6,42
	6	14	30,36	6,89
	7	58	30,45	5,79
	8	19	31,58	5,84
	Total	189	30,63	6,27

Tabla 9.12: Análisis de diferencias según Centros y Vitalidad Subjetiva.

VARIABLES	CENTROS	N	MEDIA	DT
<i>Autoestima</i>				
	1	12	26,35	4,18
	2	21	32,45	4,51
	3	30	34,50	3,15
	4	20	33,75	4,42
	5	15	34,53	4,66
	6	14	32,79	1,81
	7	58	31,66	4,51
	8	19	33,53	3,29
	Total	189	33,21	4,20

Tabla 9.13: Análisis de diferencias según Centros y Autoestima.

VARIABLES	CENTROS	N	MEDIA	DT
<i>Crecimiento Personal</i>				
	1	12	20,00	2,04
	2	21	19,61	2,70
	3	30	19,50	2,30
	4	20	19,06	2,69
	5	15	19,15	2,12
	6	14	19,00	1,95
	7	58	18,31	2,66
	8	19	19,61	3,05
	Total	189	19,08	2,55

Tabla 9.14: Análisis de diferencias según Centros y Crecimiento personal.

xiliares. En cuanto a la satisfacción con la vida, la vitalidad, el crecimiento personal y la autoestima, las puntuaciones están muy igualadas entre categorías, aunque son ligeramente más altas entre los médicos en ésta última variable.

9.4. ANÁLISIS DE CORRELACIONES BIVARIADAS

En concordancia con los objetivos planteados se llevó a cabo un análisis de correlación bivariado tendiente a examinar si existían relaciones e interrelaciones estadísticamente significativas entre las variables en estudio. Los resultados obtenidos se exponen en la Tabla 9.16 y tal como puede apreciarse, las variables presentan relaciones significativas y coherentes en términos teóricos. Concretamente se observan relaciones significativas y positivas entre los niveles de optimismo, autoestima, crecimiento personal, vitalidad subjetiva, satisfacción vital y significado del trabajo. Esto implica que cuando una variable tiende a aumentar, las otras también lo hacen. Por otra parte, ocurre lo inverso con el estrés percibido, donde se observa que presenta relaciones negativas con las restantes variables. Contrariamente a lo anterior, los niveles de estrés disminuyen a medida que aumentan el resto de las variables. Cabe destacar que sólo se observó una asociación no significativa entre autoestima y significado del trabajo. Los gráficos correspondientes se presentan en el anexo.

	Médicos		Enfermería		Auxiliares		Psicólogos		Otros*	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT
<i>Significado del trabajo</i>	39,90	4,76	38,84	6,11	37,36	5,36	41,42	4,90	38,67	4,41
<i>Estrés Percibido</i>	87,19	18,90	90,93	12,60	90,98	10,70	93,33	13,18	94,78	7,05
<i>Optimismo</i>	54,90	7,08	57,17	6,52	56,83	6,54	58,00	6,84	58,78	5,17
<i>Satisfacción con la vida</i>	27,52	3,62	27,68	4,66	26,11	5,66	27,50	4,76	29,89	1,36
<i>Vitalidad Subjetiva</i>	30,29	6,67	31,05	5,92	29,98	6,60	30,00	7,43	31,56	3,20
<i>Autoestima</i>	34,29	4,22	33,61	4,38	33,13	3,83	32,25	4,88	32,44	3,00
<i>Crecimiento Personal</i>	18,67	2,55	18,97	2,49	19,32	2,59	19,25	3,46	20,11	1,27

* trabajadores sociales, fisioterapeutas y capellanes. F=1; p=0,07

Tabla 9.15: Análisis de diferencias entre variables según categoría profesional (MANOVA).

	1	2	3	4	5	6
1 <i>Optimismo</i>						
2 <i>Estrés Percibido</i>	-0,52**					
3 <i>Satisfacción Vital</i>	0,62**	-0,47**				
4 <i>Vitalidad Subjetiva</i>	0,62**	-0,51**	0,53**			
5 <i>Autoestima</i>	0,52**	-0,35**	0,56**	0,43**		
6 <i>Crecimiento Personal</i>	0,57**	-0,28**	0,55**	0,51**	0,54**	
7 <i>Significado en el trabajo</i>	0,25**	-0,22**	0,29**	0,32**	0,10	0,23**

Nota: **valores $p < 0,01$

Tabla 9.16: Correlaciones bivariadas,

9.5. ANÁLISIS Y CONTRASTE DE UN MODELO EXPLICATIVO DEL SIGNIFICADO DEL TRABAJO

9.5.1. Propuesta de un modelo de Significado del Trabajo en cuidados paliativos

Según este modelo el optimismo y la autoestima moderan el impacto que tiene el estrés sobre el significado que los profesionales de cuidados paliativos estudiados le otorgan al trabajo. Asimismo el significado otorgado al trabajo mediatiza el efecto del estrés sobre la vitalidad subjetiva, el crecimiento personal y finalmente, la satisfacción vital. Por último, la vitalidad subjetiva y el crecimiento personal son variables que ejercen una influencia directa sobre la satisfacción con la vida.

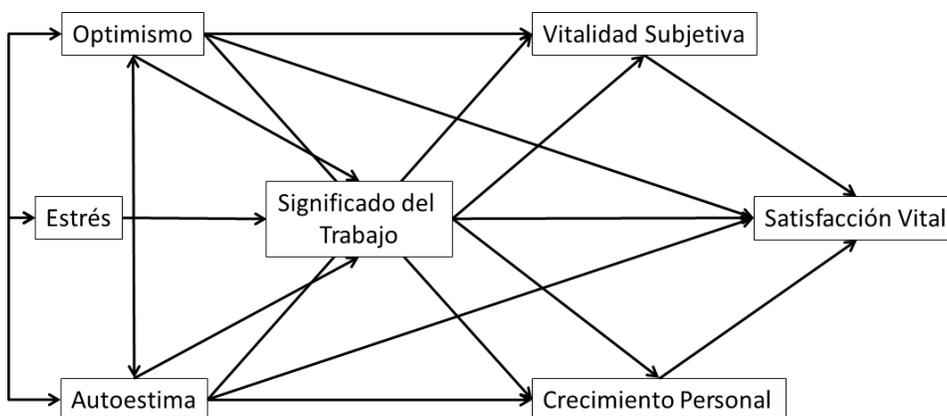


Figura 9.1: Representación Path del modelo de Significado del Trabajo.

Para realizar los análisis se siguieron los pasos propuestos por Batista Foguet y Coenders Gallart, (2000). En primer lugar, se especificó el modelo de la figura 13 en el programa AMOS (Analysis of Moment Structures, v. 17.0). Luego se evaluó la identificabilidad del mismo y se realizó una estimación utilizando el método de Máxima Probabilidad. Por último se evaluó el ajuste del

modelo propuesto utilizando múltiples indicadores de ajuste (Byrne, 2001), específicamente, el estadístico chi-cuadrado, el índice de ajuste comparativo (CFI), el índice de bondad de ajuste (GFI) y el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA). Los índices sugieren un buen ajuste como podemos observar en la Tabla 9.17, aunque el índice de parsimonia (RMSEA) es superior al recomendado. Al inspeccionar la significación estadística de cada path del modelo se observa que la autoestima no posee un peso estadísticamente significativo sobre el significado otorgado al trabajo. Al eliminar dicho parámetro se observa una mejora en la parsimonia del modelo (M2). En la Figura 9.2 se presentan el modelo final y los valores beta estandarizados de cada path del mismo.

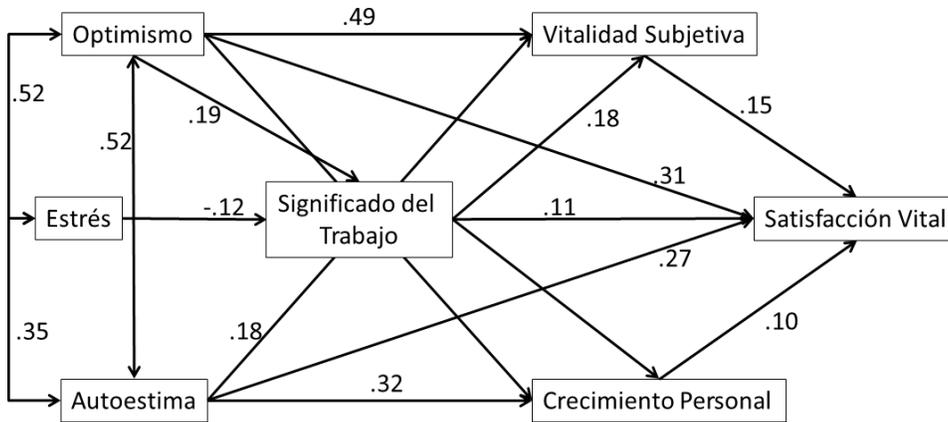


Figura 9.2: β Estandarizados del Modelo de Significado del Trabajo (M2).

Cabe destacar que el valor explicativo del modelo fue elevado. De hecho se explica el 49.5 % de la varianza de la satisfacción vital, el 43 % de la vitalidad subjetiva y el 36 % del crecimiento personal. De esta manera se revela que el modelo en conjunto posee un óptimo poder explicativo.

	X^2	G1	CFI	GFI	RMSEA	X^2_{diff}	ΔCFI	ΔGFI	$\Delta RMSEA$
2-10 Modelo 1	24,23*	4	0,97	0,96	0,16				
Modelo 2	24,77*	5	0,97	0,96	0,14				
Dif. M1 y M2						0,54	0	0	0,02

Tabla 9.17: Índices de Ajuste del Modelo.

10

DISCUSIÓN

10.1. DISCUSIÓN

Este modelo propuesto muestra un elevado valor explicativo de los resultados obtenidos en el estudio con profesionales, entre el significado del trabajo, el estrés percibido y otras variables como optimismo, autoestima, vitalidad, satisfacción vital y crecimiento personal.

En relación con la primera hipótesis acerca de la posible relación inversa entre el significado del trabajo y el estrés percibido los hallazgos encontrados confirman que en nuestro grupo los profesionales que sufren más estrés le dan un menor significado a su trabajo, también encontrado otras investigaciones previas (Ablett y Jones, 2007; Olson y Kemper, 2014). Pese a los niveles de estrés, estos profesionales viven su trabajo con alto grado de compromiso y

significado, como también se ha confirmado por otros estudios (Fillion et al., 2009; Shanafelt, 2009). Nuestro grupo considera su actividad como un reto, una vía de autorrealización y de crecimiento personal, independientemente del tipo de profesión, edad, sexo, estado civil, número de hijos, años de experiencia en cuidados paliativos, número de horas de trabajo por semana, centro de trabajo y práctica de algún tipo de religión y espiritualidad. Estos hallazgos también se han comprobado en estudios previos (Alacacioglu et al., 2009; Colombat et al., 2012). Es decir, el estrés cotidiano puede estar asociado a la mayor o menor prioridad que le damos al trabajo en nuestras vidas, sin embargo los profesionales de este ámbito siguen reconociendo la importancia y trascendencia de la actividad que realizan en términos de reto y crecimiento personal y profesional. Estos resultados son coherentes con hallazgos de estudios previos recientes (Colombat et al., 2012; Olson y Kemper, 2014).

De manera similar, un gran número de estudios sobre el estrés en cuidados paliativos sugieren que aspectos como la realización personal (evaluado por el cuestionario de significado del trabajo) tiende a disminuir el agotamiento emocional y la despersonalización en estos profesionales (De Conno, 2010; Tugade y Fredrickson, 2004; Van Dierendonck et al., 2005).

También el significado otorgado al trabajo en cuidados paliativos media-tiza los efectos que pueda ejercer el estrés sobre la vitalidad, el crecimiento personal y la satisfacción vital en nuestro estudio. De modo que aquellas personas que se sienten motivadas con su trabajo, tenderán a mostrar actitudes también más positivas hacia su vida. Autores como Campell (1976) afirmaron hace cuatro décadas que la satisfacción laboral podía ser un fuerte indicador de la satisfacción vital.

El modelo propuesto ha mostrado su poder explicativo con el 49.5 % de la varianza de la satisfacción vital, el 43 % de la vitalidad subjetiva y el 36 % del crecimiento personal. Estos resultados podrían indicar que existe una interrelación entre estas tres variables y de ellas con el resto, en mayor o menor medida. Existe una correlación significativa y positiva entre la satisfacción

vital, la el crecimiento personal y la vitalidad. Es decir, a medida que una de ellas aumenta, el resto también lo hace.

Así mismo, hemos visto una asociación positiva bidireccional entre el optimismo y la autoestima. El optimismo y en menor medida la autoestima, son recursos personales que ayudan a mitigar el impacto que puede tener el estrés sobre el significado que atribuyen a su trabajo los profesionales de cuidados paliativos. Ambas variables favorecerán que los sujetos se muestren más satisfechos en general, tanto en su trabajo como en su vida. Como ya han confirmado algunos estudios, cuanto mayor sea la autoestima más capaces y seguras se sentirán las personas con respecto a todo lo que realicen. Esto les permitirá sentirse personas más competentes e íntegras (Mora, 2010).

Un último hallazgo novedoso que encontramos en nuestra investigación fue que la vitalidad y el crecimiento personal son variables que ejercen una influencia positiva determinante sobre la satisfacción con la vida entre los profesionales de paliativos. La Figura 10.1 presenta el modelo mediante el análisis de senderos explicado anteriormente.

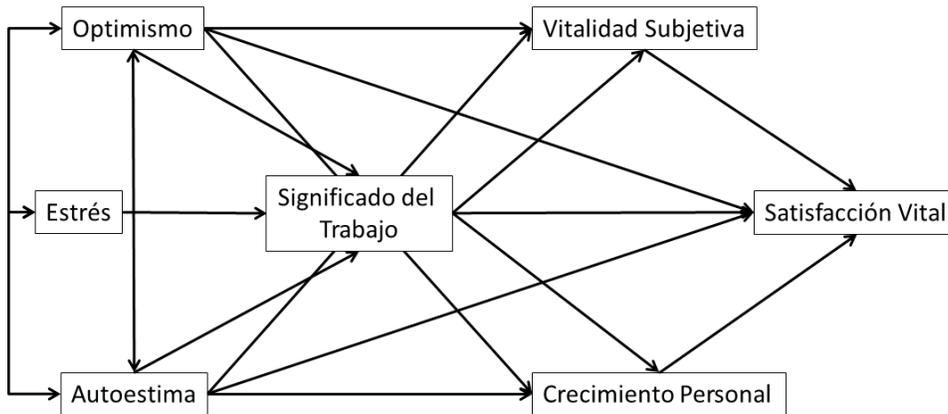


Figura 10.1: Representación Path del modelo de Significado del Trabajo.

Hemos encontrado una correlación positiva entre los niveles de optimis-

mo y el significado del trabajo. Es decir, los profesionales más optimistas también le ven un mayor sentido a su trabajo. El resto de las variables positivas como la vitalidad, el crecimiento y la satisfacción vital están a su vez asociadas con los niveles de optimismo. Todas ellas también están interrelacionadas, de manera que cuando una aumenta, la otra también lo hace. En el caso de la autoestima, también hemos encontrado relaciones positivas pero éstas son menos significativas que las de optimismo, como también se ha visto en investigaciones previas (Vera-Villaruel et al., 2013). Además, existe una asociación negativa entre todas ellas con el estrés percibido, es decir que cuanto menor sea la percepción de estrés mayor será la satisfacción vital, el crecimiento personal y la vitalidad. Estos resultados nos recuerdan a los principios de la Psicología Positiva (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000) centrada en el estudio científico de las cualidades de las personas o comunidades y el desarrollo de éstas. No sólo porque ayudan a vivir una vida más satisfactoria y saludable, sino también porque ayudan a prevenir tanto el estrés como la falta de motivación y el sinsentido vital.

Con nuestros resultados podemos predecir el grado de satisfacción vital de los profesionales a través de las demás variables positivas estudiadas. Si el grado de vitalidad, el crecimiento personal, el optimismo, la autoestima y el significado del trabajo son altos, también lo será la satisfacción vital. Estos resultados coinciden con los de otros estudios cualitativos previos, donde se vio que los profesionales describían su trabajo como “una forma de vida” y el concepto de vitalidad es clave en el significado que le otorgan a su trabajo (Webster y Krist Janson, 2002) y en la búsqueda de crecimiento personal a través de esta actividad (De Conno, 2010; Kern et al., 2001).

Los profesionales de nuestro estudio también experimentan una mayor vitalidad gracias a su trabajo y esto se ha confirmado en estudios previos (Kern et al., 2001; Seccareccia y Brown, 2009; Shanafelt et al., 2005; Sinclair, 2011), donde éstos aseguran sentirse más vitales debido a su repetida exposición con la muerte. Quizás cabe preguntarse si lo que más nos afecta es la muerte en sí o más bien todo lo que suele estar presente en este proceso del final de la

vida: el dolor, la impotencia, la soledad, la incertidumbre, el abandono...

Por otro lado y en esta misma línea, nuestro grupo de profesionales tienen la percepción de un alto crecimiento personal. Esto también se ha visto en investigaciones previas y parece estar relacionado con el proceso de madurez psicológica que conlleva el cuidado de otros (Valjee y van Dyk, 2014). La actividad profesional en el ámbito de los paliativos es considerada muy valiosa en términos de “aprendizaje transformacional” (Chan et al., 2015).

La atribución de significado a las experiencias vitales es una necesidad humana y estas experiencias son muy poderosas y comunes en medicina (Fillion et al., 2006; Shanafelt, 2009). Con el deseo de avanzar en esta dirección, nuestros datos nos llevan a plantearnos cuáles son los factores y cualidades propias de las personas que pueden tener una relación más poderosa en este sentido. Un punto fuerte y novedoso de nuestro estudio es su contribución a ampliar el conocimiento de los recursos personales implicados en este trabajo. Hemos comprobado que el grado de satisfacción vital, de crecimiento personal y de vitalidad son recursos muy importantes en el proceso de habituación a las tareas propias de esta especialidad asistencial (Powers, Norton, Schmitt, Quill, y Metzger, 2011). También estas mismas variables mencionadas nos acercan más a ese equilibrio vida-trabajo que parece tener un papel protector frente al estrés cotidiano.

Dado el gran volumen existente de publicaciones sobre estrés asistencial en cuidados paliativos (Dyrbye et al., 2012; Gil-Monte, 2005; Lernihan y Sweeney, 2010; Ortega Ruiz y López Ríos, 2004), éste no ha sido una variable de nuestro estudio. Sabemos con certeza que los profesionales de esta especialidad están expuestos con frecuencia a cuestiones existenciales, desafíos psicológicos y estrés (Boston et al., 2011; Boston y Mount, 2006; Fegg et al., 2014; Lee, Chan, y Mok, 2010). No obstante y pese a ello, éste último sigue siendo consistentemente bajo en comparación con otras especialidades, como oncología o cuidados intensivos (Moreno-Jiménez et al., 2008; M. L. Vachon, 1995).

Hemos confirmado en nuestra investigación que los profesionales hacen frente a la angustia desarrollando actitudes vitales útiles, como se ha visto en otros estudios recientes (Sansó et al., 2015; Sinclair, 2011; Valjee y van Dyk, 2014) y que éstos consideran su trabajo como un privilegio, independiente de la categoría profesional o del centro donde desarrollen su actividad (Breitbart, 2006; Edmonds, Yeung, Onderdonk, Mitchell, y Thornberry, 2015; Fillion et al., 2006; Meo, Hwang, y Morrison, 2011; M. L. Vachon, 1995). Esto ha sido un hallazgo potente en nuestro estudio, ya que nuestros resultados ponen de manifiesto la importancia de cultivar y mantener una actitud vital que nos permita crecer, no sólo en el trabajo sino también en nuestra vida.

En relación con otras variables estudiadas como la espiritualidad, ha aumentado el interés por los efectos positivos de ésta en las prácticas clínica y social en los últimos años (Boston y Mount, 2006; Martsolf y Mickley, 1998; Nelson y Cooper, 2005; Seccareccia y Brown, 2009). Cuando iniciamos la revisión de la literatura para esta investigación había una gran escasez de datos empíricos acerca de la extensión del “autocuidado” espiritual de los profesionales de cuidados paliativos. Salvo alguna excepción (Lunder, Furlan, y Simonič, 2011; Sinclair, 2011), la mayoría de los trabajos eran sólo discusiones conceptuales con poca investigación empírica que apoyara la hipótesis de que la espiritualidad tiene un impacto positivo en el significado del trabajo. En las últimas tendencias en investigación sobre los recursos de profesionales de cuidados paliativos, la espiritualidad se ha reconocido como el núcleo de una persona y la parte esencial del bienestar (Almeida et al., 2014; Back et al., 2015; Kalish, Luria, Toker, y Westman, 2015; Valjee y van Dyk, 2014). Algunas otras investigaciones del ámbito de cuidados paliativos describen cómo la espiritualidad influye en los significados, valores y autotranscendencia de las personas (Martsolf y Mickley, 1998).

En relación a la frecuencia de la práctica espiritual, nuestros datos no coinciden con los encontrados en otros estudios, donde existe la creencia generalizada de que los profesionales de cuidados paliativos son más “espiri-

tuales' que en otras especialidades de la medicina (Boston y Mount, 2006; Breitbart, 2002; Clark et al., 2007; Fillion et al., 2009; Lunder et al., 2011; Martsof y Mickley, 1998; Penderell y Brazil, 2010; Seccareccia y Brown, 2009).

En nuestra investigación, los profesionales practican más la religión que la espiritualidad (52,1 % versus 39,7 %). No hemos encontrado otros estudios con datos de prevalencia en este ámbito de trabajo y territorio español, con lo que tendremos que comparar los resultados con datos de la población general. En primer lugar, no es lo mismo ser creyente que practicante de cualquier religión. Una prueba de esto es un estudio llevado a cabo por el Centro de Investigaciones Sociológicas (2015), que mostró que el 60,8 % de los católicos o creyentes de otra religión no asiste casi nunca a oficios religiosos. Podemos comprobar que los resultados de nuestra investigación coinciden con la tendencia de la población general. Otra explicación de estos resultados podría ser que en nuestro contexto ideológico-cultural donde existe un predominio de las creencias religiosas, podría ocurrir que algunos de nuestros profesionales incluyan la espiritualidad dentro de la dimensión religiosa. El 69,3 % de la población española se declara católica, el 1,9 % creyente de otra religión, el 16 % no creyente y el 10,3 % atea (CIS, 2015). Desde un punto de vista conceptual, la religiosidad es una dimensión más estrecha que la espiritualidad (Sinclair y Chochinov, 2012), pero desde el punto de vista práctico, es posible que las diferencias no estén tan claras para todos, de maneras que tanto religión como espiritualidad se podrían entender como sinónimos. Una explicación más sobre el predominio de la práctica religiosa en estos profesionales pudiera ser que aproximadamente la mitad de estos pertenecen a instituciones de arraigada tradición católica. Otros estudios del ámbito internacional en cuidados paliativos ponen de manifiesto que los profesionales practican más algún tipo de espiritualidad que de religión, como ocurre con médicos y enfermeras canadienses (Curtis y Vincent, 2010; Heyland et al., 2010).

En resumen, podemos destacar dos ideas relevantes. Por un lado, se co-

nocen los beneficios y la necesidad del acompañamiento espiritual a los pacientes que se enfrentan al final de sus vidas. Por otro lado, la espiritualidad como recurso intrínseco de los profesionales que atienden a estos pacientes está adquiriendo gran importancia (Breitbart, 2002; Clark et al., 2007; Fegg et al., 2014; Seccareccia y Brown, 2009). Por estas razones, se hacen necesarios futuros estudios en nuestro propio contexto cultural, para poder elaborar escalas de medición más fiables y abarcar matices unidos al concepto de espiritualidad.

10.2. FORTALEZAS

Como ya hemos señalado anteriormente, esta investigación se suma a una larga experiencia en el estudio de las demandas y los recursos, así como la importancia de las variables personales de los profesionales que trabajan en cuidados paliativos. Con la finalidad de mencionar lo que consideramos una fortaleza, agrupamos en esta sección las aportaciones más relevantes.

En primer lugar, hemos seleccionado herramientas de medición idóneas para las variables que eran nuestro interés de estudio. Analizamos las características psicométricas de los cuestionarios y pudimos comprobar que son igualmente válidos para nuestra muestra española. En lo que respecta al cuestionario de significado del trabajo, la principal fortaleza es su idoneidad para nuestra muestra.

Nuestro estudio nos permite alcanzar un conocimiento más amplio sobre cómo los recursos psicológicos son una herramienta que ayuda a manejar el impacto del estrés y estos pueden tener el potencial de contribuir a optimizar la vida laboral.

Las personas solemos ser estudiadas como colectivo en el ámbito de la Salud Laboral y Ocupacional para poder diseñar programas de intervención que favorezcan a una gran mayoría. Sin embargo, consideramos que hemos

dado un paso hacia adelante con esta investigación por varios motivos que explicamos a continuación. En primer lugar, nos hemos basado en modelos teóricos que señalan la importancia de los diferentes recursos personales, más allá de los innumerables estudios sobre el estrés asistencial en el ámbito de los cuidados paliativos. En segundo lugar, hemos identificado la importancia de variables que no han sido estudiadas previamente en este contexto de trabajo. Con nuestros hallazgos consideramos que iniciamos una línea de investigación, tan novedosa como necesaria, en el ámbito de la Salud Ocupacional desde la Psicología Positiva.

En una situación de política sanitaria como la que está emergiendo actualmente en nuestra comunidad, datos como los que aquí se recogen deberían ser tenidos en cuenta a nivel organizacional y de distribución de recursos económicos y humanos. Está en manos de gestores mejorar, no sólo la actividad económica a través de la mejora del rendimiento de sus profesionales, sino que pueden mejorar la calidad de vida de millones de personas que se encuentran actualmente en situación de empleo. Estos deben asumir el compromiso de ir construyendo un mundo más humano, con unas mejores condiciones de trabajo para todas aquellas personas que cuidarán de nosotros y de nuestros hijos cuando llegue el momento.

10.3. LIMITACIONES

Una vez mencionados los puntos positivos, también hemos encontrado algunas limitaciones en nuestro estudio, que en su mayoría tienen que ver con aspectos metodológicos, tales como el tipo de diseño, los instrumentos de medida empleados para recoger la información, las estrategias de muestreo y la calidad de las medidas.

Existe una gran experiencia en estudios con diseño transversal con resultados sobre una realidad y momento en el tiempo específico. Sin embargo, una necesidad real y constante son el uso de diseños longitudinales que aporten

evidencia sobre relaciones causales, confirmando el papel de los recursos psicológicas así como otras consecuencias negativas, aspectos que no se pueden afirmar con los estudios realizados y que es una de las principales limitaciones.

El modelo teórico de demandas y recursos laborales en el cual basamos nuestros estudios, ha empleado metodología longitudinal para contribuir a generar evidencia de las relaciones causales entre recursos laborales y el significado del trabajo, corroborando el efecto directo entre estas variables. Sin embargo Bakker y Demerouti (2007) han sugerido continuar explorando las relaciones del modelo con metodología longitudinal. No sólo son importantes los procesos directos mencionados, sino también los efectos que interactúan. En ellos cabe destacar el papel de los recursos laborales en el binomio demanda-estrés, ya que consideran que cada tipo de estudio tiene diferentes implicaciones (teóricas y prácticas) necesarias para continuar entendiendo los diversos fenómenos que aparecen en el ambiente laboral y además contribuir a aumentar el bienestar del profesional.

Existen algunas limitaciones relacionadas con las características de la muestra estudiada. Aunque se trata de una muestra representativa, hay proporcionalmente más mujeres que hombres (81,1 % vs 18,9 %) y casi la mitad del total son enfermeras (40,5 %) y auxiliares de enfermería (31,1 %). En esta misma línea consideramos importante mencionar que se encontró que la gran mayoría de la muestra tenía edades comprendidas entre 35 y 60 años.

Por esta razón, debemos ser prudentes a la hora de sacar conclusiones generalizables a todos los profesionales y a todas las profesiones de cuidados paliativos. Aunque también cabe preguntarnos hasta qué punto se trata de un sesgo de nuestra muestra o más bien de un sesgo real. Igual que en la actualidad hay más mujeres médicos que hombres, tanto en los hospitales como en las facultades de medicina, del mismo modo que la enfermería ha sido siempre una profesión de mujeres (Ortiz-Gómez, Birriel-Salcedo, y Ortega del Olmo, 2004).

Tampoco se han controlado variables como la voluntariedad en la elección del trabajo, en contraste con los sujetos que se encuentran (“forzados por las circunstancias vitales”) trabajando en este ámbito asistencial. Por esto, nos cuestionamos si estos resultados son consecuencia del trabajo como actividad en sí misma, o del contexto socio-cultural (unidad ó centro concretos) en el que desarrollamos nuestra actividad laboral.

En base en lo antes mencionado y sin dejar de lado la amplia experiencia en estudios tanto transversales como longitudinales que se han hecho tomando en cuenta el MDRL (Bakker y Leiter, 2010; Xanthopoulou, Bakker, Demerouti, y Schaufeli, 2007), y dado a que sugerimos que las variables psicológicas aquí estudiadas pueden llegar a ser consideradas como recursos psicológicos dentro de este modelo teórico, quedaría pendiente la tarea de realizar estudios longitudinales que aporten una mayor evidencia sobre las relaciones causales, no solo en el proceso negativo donde se presenta el estrés sino también en el proceso positivo donde tiene lugar el crecimiento, la vitalidad, el optimismo y la satisfacción vital en relación con el significado del trabajo.

Resumiendo, para mejorar la comprensión del rol de las variables psicológicas en el significado del trabajo es necesario continuar pensando en modelos teóricos que tengan diseños sólidos que permitan la posibilidad de examinar las relaciones causales y recíprocas entre las variables, elevando así la calidad de la investigación.

Nuestros resultados nos llevan a plantearnos otras hipótesis, al hilo de los principios de Viktor Frankl. Nos seguimos preguntando si son los individuos, con personalidad y experiencias de vida concretas los que eligen trabajar en el ámbito del cuidado del final de la vida como forma de crecimiento personal; o, por el contrario, este crecimiento sólo ocurre en personas que se deciden y se arriesgan a vivir este proceso como un “aprendizaje transformacional”, lleno de significado, satisfacción, optimismo, crecimiento, vitalidad y autoestima. Según Frankl, es la propia vida quien nos elige para el cuidado de otros y sólo así tendrá sentido para nosotros. Estamos llamados al cuidado y al servicio

de un mundo mejor. Y no al revés (Frankl, 1962).

Más allá de las diferencias culturales e intereses económicos de empresas de mercado sanitario, la actividad profesional en el contexto de los paliativos sigue siendo reconocida y admirada universalmente. Como señalábamos al comienzo de este trabajo, tanto expertos como ajenos a la medicina se siguen -y nos siguen- preguntando acerca del posible impacto “deprimente” de nuestro trabajo en nuestra vida (Back et al., 2015; Bentur, Emanuel, y Cherney, 2012). A priori, no resulta nada sencillo comprender las razones por las que los que nos dedicamos a esto nos sentimos satisfechos y “privilegiados”. Después de todo, se trata de un trabajo exigente y de gran complejidad clínica, emocional y ética (Back et al., 2015; Rees, King, y Schmitz, 2009). Nuestros datos insisten en que la naturaleza de esta satisfacción radica en un buen balance trabajo-vida y esto se confirma en estudios previos (Clark et al., 2007; Claxton-Oldfield y Claxton-Oldfield, 2012). También la dimensión de satisfacción vital incluye elementos que hemos estudiado en esta investigación sobre el significado, como la práctica religiosa y espiritual, la vitalidad, la autoestima, el optimismo y el crecimiento personal.

10.4. IMPLICACIONES PRÁCTICAS Y FUTURAS INVESTIGACIONES

Aunque estemos dando los primeros pasos en este nuevo camino hacia un conocimiento más humanizado de los proveedores de los cuidados, tenemos claro el punto de partida: es la propia persona, más o menos consciente de sus recursos disponibles e independientemente de su edad, sexo, profesión, años de experiencia laboral y responsabilidades familiares, la herramienta más valiosa en el desempeño de este trabajo. Queda pendiente, para avanzar en esta línea, profundizar en los aspectos positivos y saludables del trabajo para motivar a las personas a crecer personalmente, así como mejorar su proyección sobre la vida en general (Moreno-Jiménez y Gálvez Herrer, 2013).

Hasta ahora, las investigaciones se han centrado en conocer el impacto emocional del trabajo en cuidados paliativos en términos de estrés asistencial. Se ha confirmado repetidamente que los médicos y enfermeras de cuidados paliativos están menos estresados que los de otras especialidades como oncología (Alkema et al., 2008; Kearney et al., 2009), lo que podría explicarse por los beneficios del trabajo en equipo como factor de protección emocional (Hoch et al., 2010). Sin embargo, sería interesante avanzar con planteamientos nuevos de investigación que ayuden a profundizar mejor en los recursos personales individuales de los profesionales frente a sus demandas concretas.

Este podría ser un buen comienzo, en términos de prevención primaria. El estrés y los problemas relacionados con él provienen tanto del lugar de trabajo como del propio individuo. Las causas individuales pueden tener que ver con la personalidad o formas de pensar, como ser especialmente autocríticos o autoexigentes. Algunos investigadores (Martins Pereira et al., 2011) ya han identificado que las estrategias de afrontamiento más utilizadas por el personal de cuidados paliativos eran la reevaluación positiva, el control emocional y el desarrollo de relaciones interpersonales satisfactorias en el trabajo. Otros añaden los esfuerzos por crear un significado positivo de la situación a través de un crecimiento personal y la búsqueda de apoyo social tanto informacional como emocional (Zavala, 2008).

Hemos visto también que disponer de una actitud optimista y vital, una autoestima sana y un deseo de crecimiento personal parecen factores que ayudan a cultivar una vida interior más resistente. Una línea de investigación futura podría consistir en entrenamientos específicos dirigidos a hacer “más fuertes” a los profesionales frente el estrés cotidiano como recurso para mantener el equilibrio vida-trabajo. A partir de la revisión realizada, encontramos datos empíricos de programas específicos centrados en el entrenamiento de estrategias de recuperación eficaces en la reducción del estrés percibido (Hahn, Binnewies, Sonnentag, y Mojza, 2011), pero no existen aún estudios empíricos que muestren su eficacia en este ámbito específico y su diferencia con otros programas de intervención.

Un hallazgo revelador de nuestra investigación es que la satisfacción con la vida, con independencia de las variables demográficas, parece ser un buen recurso en todos los casos, tanto para conseguir el equilibrio emocional que favorece trabajar con la muerte y vivir mejor al mismo tiempo Kübler Ross, para mejorar la eficacia terapéutica y para aumentar el significado del trabajo Fillion et al.; Meier et al.; Raab. El mayor reto para investigaciones futuras consistiría en encontrar la manera de potenciar y utilizar los mismos recursos personales con fines terapéuticos (Huynh et al., 2012).

Cuando iniciamos este estudio nos preguntábamos qué podemos aprender de nuestro trabajo que nos enseñe a vivir mejor o si podemos convivir con la muerte mientras buscamos la felicidad en nuestras vidas. Hay escasos estudios focalizados en profundizar en la naturaleza humana de las pérdidas y el posible impacto de éstas para los profesionales. Consideramos firmemente que harían falta nuevas líneas de investigación cualitativa y también longitudinales en esta dirección, con profesionales al principio de su carrera y después de algún tiempo, por ejemplo. Esto nos ayudaría a conocer mejor el impacto de este trabajo unido al momento vital de las personas.

Otras líneas de investigación podrían evaluar una dimensión más existencial de los profesionales en relación con sus experiencias previas con la enfermedad y con las pérdidas durante sus vidas u otros acontecimientos biográficos que pudieran -consciente o inconscientemente-, estar asociados con la elección de la especialidad, el momento vital y otras variables demográficas asociadas.

En definitiva, se necesitan más estudios cualitativos, interculturales y longitudinales para avalar nuestros resultados preliminares, ya que nuestros hallazgos podrían tener implicaciones prácticas de gran relevancia en programas de prevención de la salud. Es posible que éstos pudieran extenderse a otras especialidades con ciertas similitudes como oncología, hematooncología y cuidados intensivos.

Hemos mencionado, por ejemplo, la necesidad de revisar la relación coste-

beneficio de las condiciones de nuestro puesto de trabajo. Teniendo en cuenta que la media de años trabajados en nuestro estudio es superior a 10 años y tanto las responsabilidades como las prioridades vitales van cambiando, nuestras respuestas a las demandas requieren flexibilidad y adaptación (Sansó et al., 2015). Al mismo tiempo que nos desarrollamos profesionalmente, las personas pasamos por circunstancias vitales complejas, que requieren necesidades concretas. Si nuestro objetivo es estar atentos al equilibrio necesario para ser un profesional de calidad al tiempo que intentamos ser felices en nuestras vidas privadas, esto requiere más que medidas de autocuidado. También necesitamos ser cuidados, o mejor dicho sentirnos cuidados a nivel organizacional.

La mayoría de nosotros al inicio de nuestra profesión experimentamos lo que podríamos llamar una fase de entusiasmo por el acceso a un nuevo puesto de trabajo, con nuevas expectativas e intereses. Durante algún tiempo, todo contratiempo se contrarresta con la energía que proporciona la motivación por hacer un “buen trabajo” (Edelwich y Brodsky, 1980). Si las dificultades y la realidad del día a día empiezan a romper expectativas, pasamos a una fase de estancamiento donde empezamos a plantearnos si el nivel de esfuerzo personal compensa los beneficios. Una vez que empezamos a plantearnos la posible eficacia del esfuerzo personal realizado para superar los obstáculos laborales, si no disponemos del apoyo de recursos organizacionales y sociales nos encontraríamos con una alta probabilidad de pasar a una fase de frustración y posteriormente de apatía y pérdida de referencias, que desencadenaría en el síndrome de desgaste profesional (Rodríguez Carvajal y de Rivas Hermosilla., 2011).

Es muy probable que necesitemos ser considerados “personas” que cuyo trabajo es atender y cuidar desde la máxima profesionalidad y respeto, en lugar de simples “empleados” o “trabajadores”. Para compensar esta exigencia y aunque resulte utópico y absurdo, podríamos beneficiarnos de condiciones de trabajo más flexibles, adaptadas a las circunstancias personales y al momento que nos ha tocado vivir, especialmente en tiempos de crisis. Un buen

profesional requiere de experiencias vitales para lograr la reflexión y la madurez que nos ayudan a sentirnos competentes, pero también necesitamos sentirnos respetados y apoyados en la elección de nuestros proyectos vitales. Quizás sea un buen momento histórico para revisar -de una manera más afectiva- todas aquellas circunstancias susceptibles de mejora en este ámbito exigente de trabajo.

No podemos olvidar que en cuidados paliativos también es frecuente que los profesionales sientan un profundo sentimiento de fracaso y frustración cuando la enfermedad de un paciente progresa (Dyrbye et al., 2006; Huynh et al., 2012; Martins Pereira et al., 2011), así como pena e impotencia frente a la enfermedad y sus pérdidas asociadas (Dyrbye et al., 2012; Irving, Dobkin, y Park, 2009; Shapiro et al., 2005).

Podríamos invertir más recursos en conocer mejor a las personas que van a enfrentarse a esas preguntas sin respuesta que hacen los pacientes varias veces al día. Podríamos garantizarles una formación previa específica y continuada, más allá de los cursos de comunicación y counselling. Podríamos dotarles de los recursos que necesitan para sentirse seguros y cómodos en este contexto. Podríamos proporcionarles supervisiones individuales y auditorías personalizadas como medio para conocer sus demandas, recursos y potencial (Edmonds et al., 2015).

En cuanto al autocuidado emocional de los profesionales de cuidados paliativos se recomiendan en la literatura una gran variedad de técnicas (Cohen-Katz et al., 2004; Raab, 2014; Sansó et al., 2015). Cada vez con más frecuencia se programan en los centros sanitarios Cursos de Atención Plena y programas de capacitación para reducir el estrés y promover el bienestar entre los trabajadores (Q. Hu, Schaufeli, y Taris, 2013; Shanafelt, 2009; Van Dierendonck et al., 2005).

Desde aquí proponemos otras claves, más de “autocuidado existencial” muy beneficiosas para los seres humanos en general. Pararse y reflexionar acerca del rumbo y el sentido que han tomado nuestras vidas: ¿Soy el profesional

que un día quise ser? ¿Son coherentes mis metas personales y profesionales?
¿Qué me falta y qué me sobra, hoy por hoy, para sentirme satisfecho con mi vida?

10.5. CONCLUSIONES FINALES

Nuestros resultados avalan las teorías y modelos que se proponen en la literatura especializada y revelan que el modelo propuesto posee un óptimo poder explicativo en conjunto. Las variables personales estudiadas como la satisfacción vital, el optimismo, la autoestima, la vitalidad, el crecimiento personal y el significado del trabajo pueden permitir a los profesionales ser más fuertes y aprender a manejar el equilibrio entre el estrés, las demandas y los recursos entre su vida personal y profesional.

A modo de resumen de los resultados ya comentados, se pueden obtener varias conclusiones: (a) el optimismo y la autoestima moderan el impacto que tiene el estrés sobre el significado que otorgan al trabajo los profesionales de cuidados paliativos; (b) el significado del trabajo mediatiza el efecto del estrés sobre la vitalidad subjetiva, el crecimiento personal y la satisfacción vital; (c) por último, la vitalidad y el crecimiento personal son variables que ejercen una influencia directa sobre la satisfacción con la vida.

Para finalizar, estar satisfechos con nuestras vidas puede resultarnos una tarea compleja, sin embargo, parece claramente determinante. Nos resulta necesario revisar, sobre todo, la relación conmigo mismo y con los demás. Priorizar lo que más sentido le da a nuestras vidas es fundamental para disfrutar de esa vitalidad que nos proporciona nuestro trabajo. Por último, comprometernos a repetirnos esta reflexión las veces que sea necesario hasta incorporarla en nuestra vida. Esto es espiritualidad. A medida que envejecemos, podemos sentir que no hemos vivido en coherencia con nuestros valores, proyectos y sueños. Es, sin duda alguna, el más triste de los finales. Durante nuestra carrera profesional trabajamos muy duro para ayudar a nuestros pa-

Capítulo 10. DISCUSIÓN

cientes a entender la importancia de esto. Nos debemos a nosotros el mismo respeto y cuidado.

11

ANEXOS

Anexo A

Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Antes de comenzar, quiero agradecer su colaboración en este estudio descriptivo. Con él, se pretende, obtener datos generales y totalmente anónimos sobre variables demográficas y psicológicas en una muestra del ámbito nacional de profesionales de cuidados paliativos.

El objetivo de este estudio es conocer mejor los factores que pueden afectar a la calidad de vida de los profesionales de los servicios de cuidados paliativos, con el fin de elaborar propuestas de mejoras preventivas para el ejercicio de la profesión.

A continuación, le presento una serie de escalas que evalúan aspectos relacionados con el trabajo y con su vida personal. No existen respuestas correctas o incorrectas. Le rogamos conteste con sinceridad según su experiencia personal. Es posible que exista repetición y semejanza en algunas de las preguntas. Su respuesta a cada una de ellas es de gran valor para el estudio.

Los cuestionarios que se le presentarán **son totalmente anónimos** y los datos que a partir de ellos se obtengan, tendrán un tratamiento **únicamente estadístico**.

Mi más sincero agradecimiento por su colaboración, sin la cual, no podría realizarse el estudio.

DOY MI CONSENTIMIENTO para la utilización de estos datos a un nivel estadístico. Se me proporcionará una copia de este documento, si lo solicito a la responsable de esta investigación (**Beatriz Moreno Milán: bmoreno.hlff@salud.madrid.org .Unidad de Psicología. Cuidados Paliativos. Hospital La Fuenfría. Cercedilla. Madrid**).

Fecha: __ / __ / __

1 Si acepto participar 2 No, rehuso participar

Anexo B

Datos Sociodemográficos

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Sexo 1 MASCULINO 2 FEMENINO

Edad AÑOS

Tipo de convivencia

1 CON PAREJA HABITUAL 2 SIN PAREJA HABITUAL 3 SIN PAREJA

Número hijos

Años de experiencia laboral

Años
Experiencia total en cuidados paliativos

Años
Tiempo en *tu actual servicio* de cuidados paliativos

Ámbito de la atención

HOSPITALARIA 1
COMUNITARIA 2

Profesión

1 MÉDICO 2 PSICÓLOGO 5 OTROS (ESPECIFICAR)
 3 ENFERMERÍA 4 AUX ENFERMERIA

Tipo de vinculación laboral

1 EVENTUAL 2 INDEFINIDO O FIJO

Número de horas que trabaja a la semana

¿Tiene algún tipo de confesión religiosa?

1 SI 2 NO

¿Practica algún tipo de espiritualidad?

1 SI 2 NO

Anexo C

Cuestionario de Significado del Trabajo (CST)

CST

CUESTIONARIO DE SIGNIFICADO DEL TRABAJO

(Itzel Villa-George, F, Moreno-Jiménez, B, 2011)

De acuerdo a la siguiente escala:

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo, ni desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

¿Qué tan de acuerdo estás con las siguientes ideas respecto a tu trabajo?

Para mí, mi trabajo ...

1	Es fuente de realización profesional	1	2	3	4	5
2	Es mi proyecto de vida	1	2	3	4	5
3	Me brinda desarrollo personal	1	2	3	4	5
4	Es parte muy importante de mi vida	1	2	3	4	5
5	Es un cúmulo de retos	1	2	3	4	5
6	Es lo que me gusta hacer	1	2	3	4	5
7	Es autorrealización	1	2	3	4	5
8	Me brinda seguridad y oportunidades	1	2	3	4	5
9	Me permite conseguir metas	1	2	3	4	5
10	Es mi reto más grande	1	2	3	4	5

Anexo D

Cuestionario de Estrés Percibido (CEP)

CEP
CUESTIONARIO DE ESTRÉS PERCIBIDO
(PSQ, Levenstein, 1993)

		Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
1	Se siente descansado	1	2	3	4
2	Siente que se le hacen demasiadas peticiones	1	2	3	4
3	Está irritable o malhumorado	1	2	3	4
4	Tiene demasiadas cosas que hacer	1	2	3	4
5	Se siente solo o aislado	1	2	3	4
6	Se encuentra sometido a situaciones conflictivas	1	2	3	4
7	Siente que está haciendo cosas que realmente le gustan	1	2	3	4
8	Se siente cansado	1	2	3	4
9	Teme que no pueda alcanzar todas sus metas	1	2	3	4
10	Se siente tranquilo	1	2	3	4
11	Tiene que tomar demasiadas decisiones	1	2	3	4
12	Se siente frustrado	1	2	3	4
13	Se siente lleno de energía	1	2	3	4
14	Se siente tenso	1	2	3	4
15	Sus problemas parecen multiplicarse	1	2	3	4
16	Siente que tiene prisa	1	2	3	4
17	Se siente seguro y protegido	1	2	3	4
18	Tiene muchas preocupaciones	1	2	3	4
19	Está bajo la presión de otras personas	1	2	3	4
20	Se siente desanimado	1	2	3	4
21	Se divierte	1	2	3	4
22	Tiene miedo del futuro	1	2	3	4
23	Siente que hace cosas por obligación, no porque quiera hacerlas	1	2	3	4
24	Se siente criticado o juzgado	1	2	3	4
25	Se siente alegre	1	2	3	4
26	Se siente agotado mentalmente	1	2	3	4
27	Tiene problemas para relajarse	1	2	3	4
28	Se siente agobiado por la responsabilidad	1	2	3	4
29	Tiene tiempo suficiente para usted	1	2	3	4
30	Se siente presionado por los plazos de tiempo	1	2	3	4

Anexo E

Cuestionario de Optimismo Disposicional (LOT-R)

CUESTIONARIO LOT

Forma de respuesta:

- 1 = Muy en Desacuerdo
- 2 = Bastante en desacuerdo
- 3 = Neutral
- 4 = Bastante de acuerdo
- 5 = Totalmente de acuerdo

1.- Siempre soy optimista acerca de mi futuro	1	2	3	4	5
2.- Siempre miro el lado positivo de las cosas	1	2	3	4	5
3.- En general espero que me ocurran más cosas buenas que malas	1	2	3	4	5
4.- Casi nunca espero que las cosas me sean favorables	1	2	3	4	5
5.- Rara vez confío en que las cosas buenas me sucedan a mí	1	2	3	4	5
6.- En momentos de incertidumbre suelo esperar que ocurra lo mejor	1	2	3	4	5
7.- Las cosas nunca ocurren como yo quiero	1	2	3	4	5
8.- Seguro que si algo puede irme mal me ocurre	1	2	3	4	5
9.- Soy de los que creen que no hay mal que por bien no venga	1	2	3	4	5
10.- Creo que todos los males acaban	1	2	3	4	5
11.- La gente suele dar lo mejor de sí mismo	1	2	3	4	5
12.- Mis perspectivas de futuro no son buenas	1	2	3	4	5
13.- La mayoría de errores pueden corregirse	1	2	3	4	5
14.- Los males pueden tener algo positivo	1	2	3	4	5
15.- Me cuesta pensar en positivo	1	2	3	4	5

Anexo F

Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)

EAR

ESCALA DE AUTOESTIMA

(RSE; Rosenberg, 1965)

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Me siento una persona tan valiosa como las otras	1	2	3	4
2. Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso	1	2	3	4
3. Creo que tengo algunas cualidades buenas.	1	2	3	4
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás	1	2	3	4
5. Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso.	1	2	3	4
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.	1	2	3	4
7. En general, me siento satisfecho conmigo mismo.	1	2	3	4
8. Me gustaría tener más respeto por mí mismo.	1	2	3	4
9. Realmente me siento inútil en algunas ocasiones.	1	2	3	4
10. A veces pienso que no sirvo para nada.	1	2	3	4

Anexo G

Escala de Satisfacción con la Vida (ESV)

ESV
ESCALA SATISFACCIÓN CON LA VIDA
(SWLS; Diener et al., 1985; Atienza et al., 2000)

	NO ES VERDAD		ALGO DE VERDAD				VERDADERO	
	Muy desacuerdo	En desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	
1. En la mayoría de los aspectos, mi vida es como yo quiero que sea.	1	2	3	4	5	6	7	
2. Las circunstancias de mi vida son muy buenas.	1	2	3	4	5	6	7	
3. Estoy satisfecho/a con mi vida.	1	2	3	4	5	6	7	
4. Hasta ahora he conseguido de la vida cosas que considero importantes.	1	2	3	4	5	6	7	
5. Si pudiera vivir mi vida otra vez, no cambiaría casi nada.	1	2	3	4	5	6	7	

Anexo H

Escala de Vitalidad Subjetiva (EVS)

EVS

ESCALA VITALIDAD SUBJETIVA

(SVS; Ryan y Frederick, 1997; Balaguer, Castillo, García- Merita & Mars, 2005)

	NO ES VERDAD		ALGO DE VERDAD				VERDADERO	
	Muy desacuerdo	En desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	
1. Me siento vivo y vital	1	2	3	4	5	6	7	
2. A veces me siento tan vivo que quiero saltar	1	2	3	4	5	6	7	
3. Tengo energía y ánimo	1	2	3	4	5	6	7	
4. Me ilusiono con cada nuevo día	1	2	3	4	5	6	7	
5. Casi siempre me siento alerta y despierto	1	2	3	4	5	6	7	
6. Me siento activado (siento que tengo mucha energía)	1	2	3	4	5	6	7	

Anexo I

Escala de Crecimiento Personal (ECP)

ECP

ESCALA DE CRECIMIENTO PERSONAL ESCALAS DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF

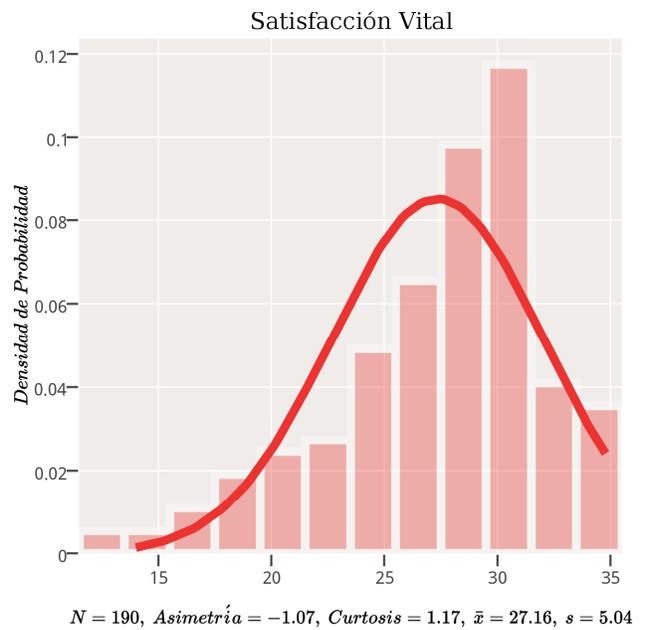
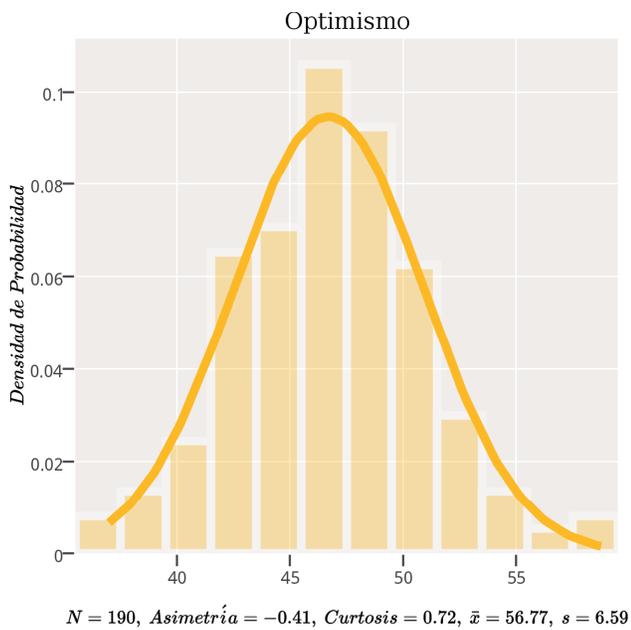
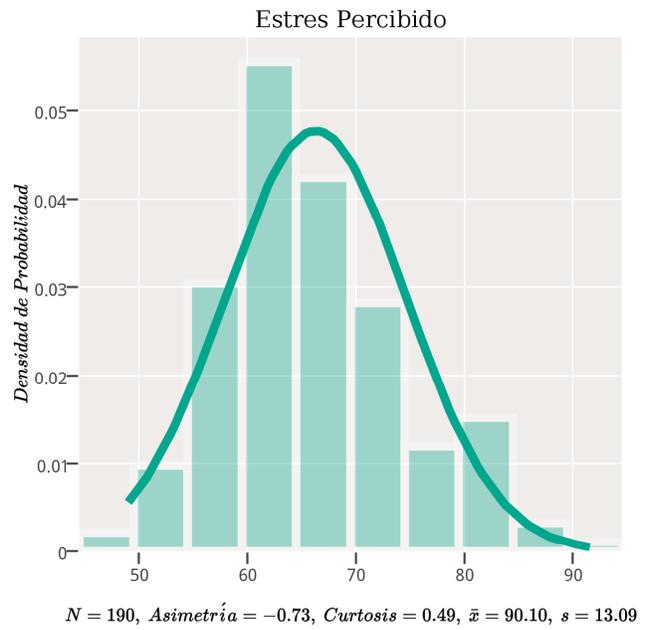
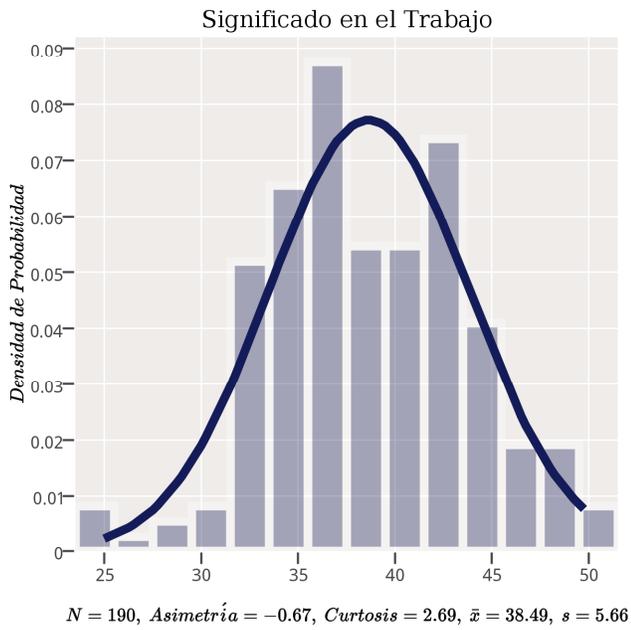
(Díaz et al., 2006)

Señala con un círculo el número que mejor describe tu nivel de acuerdo o desacuerdo en cada frase.	Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo.	1	2	3	4	5	6
2. Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona.	1	2	3	4	5	6
3. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.	1	2	3	4	5	6
4. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio, y crecimiento.	1	2	3	4	5	6

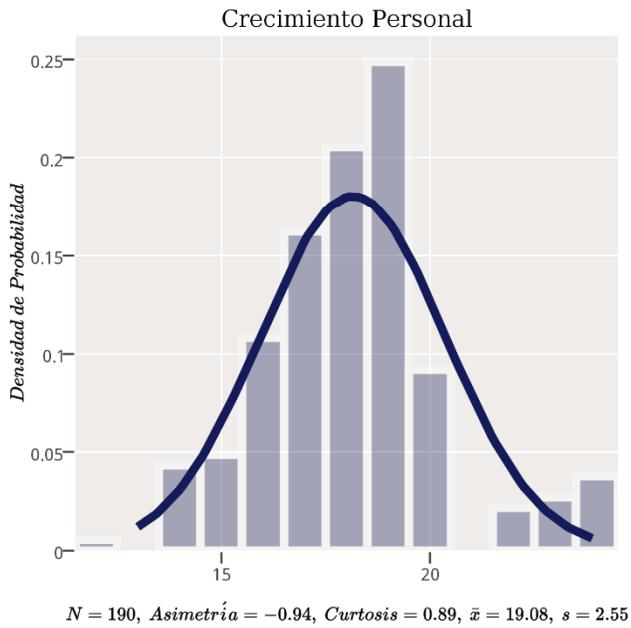
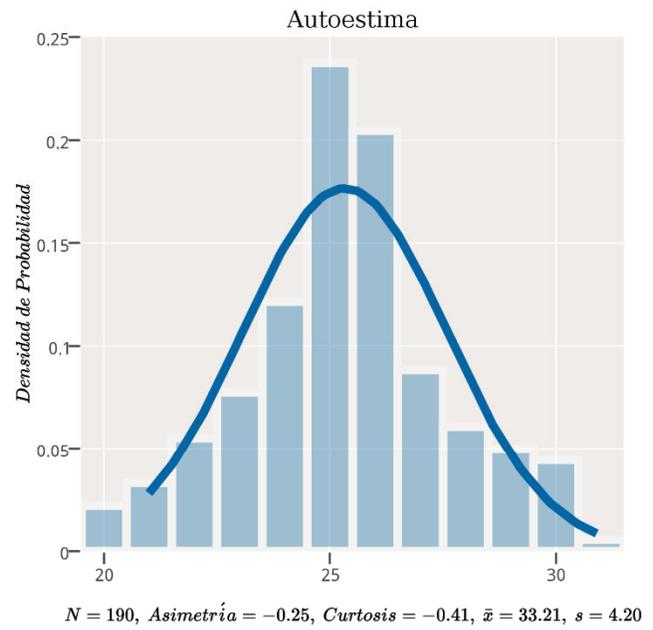
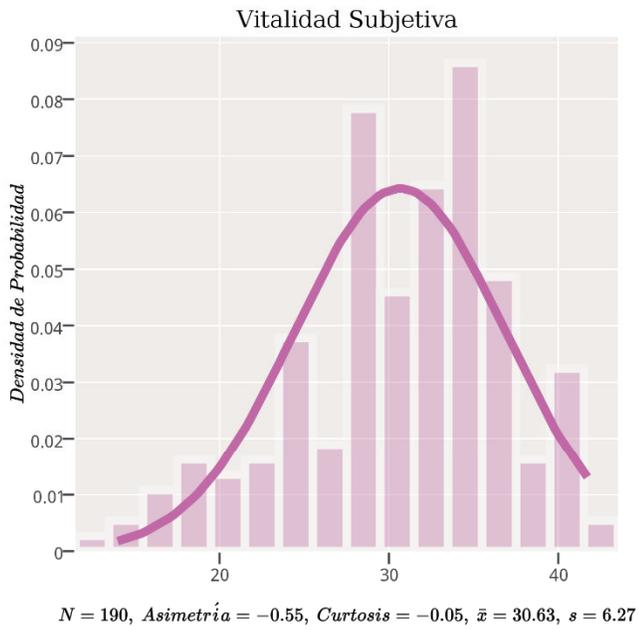
Anexo J

Estadísticos Descriptivos

ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS



ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS (CONT.)

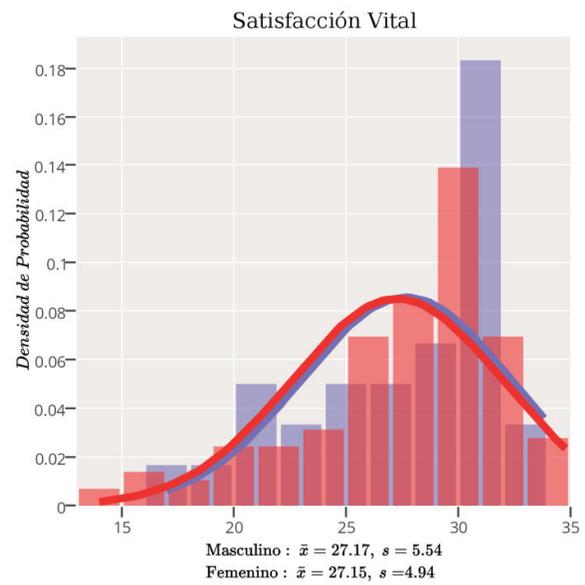
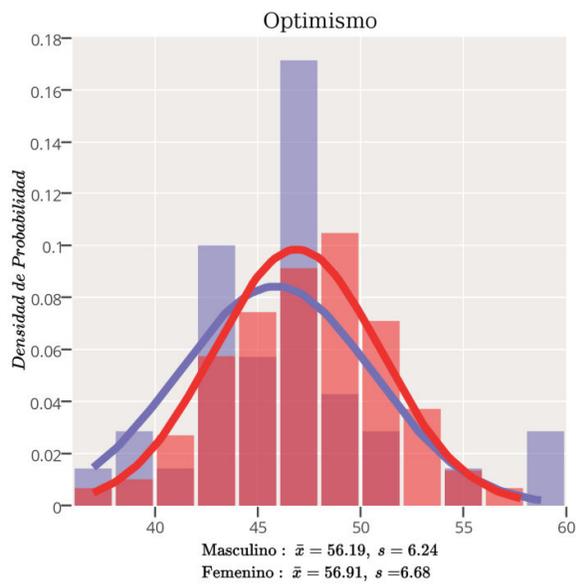
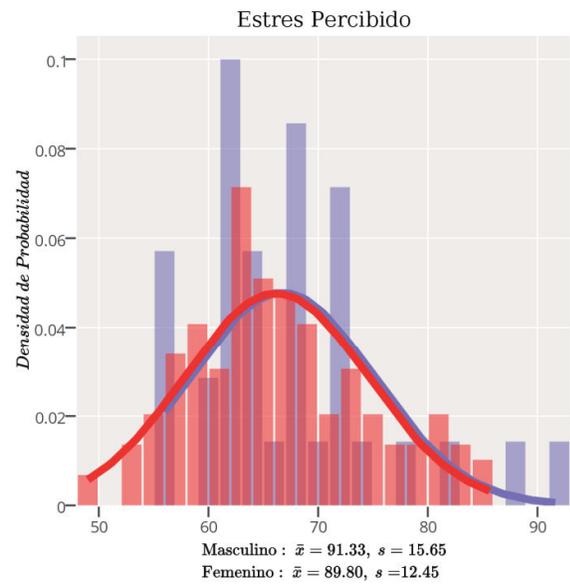
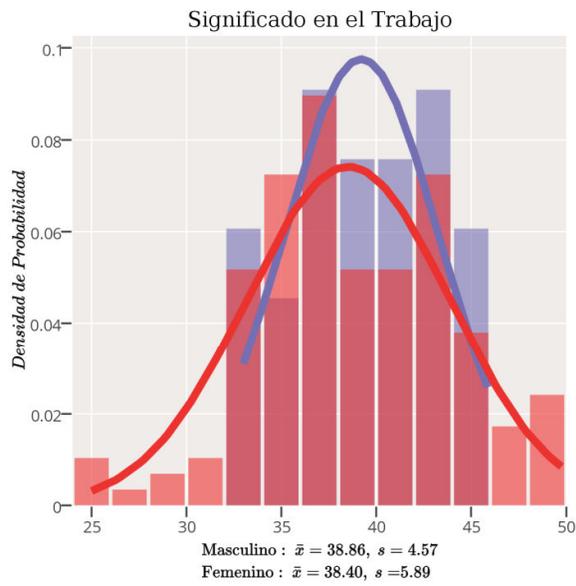


Anexo K

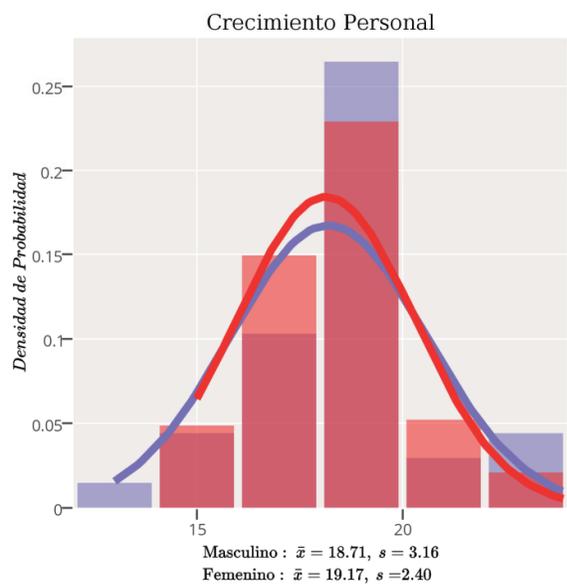
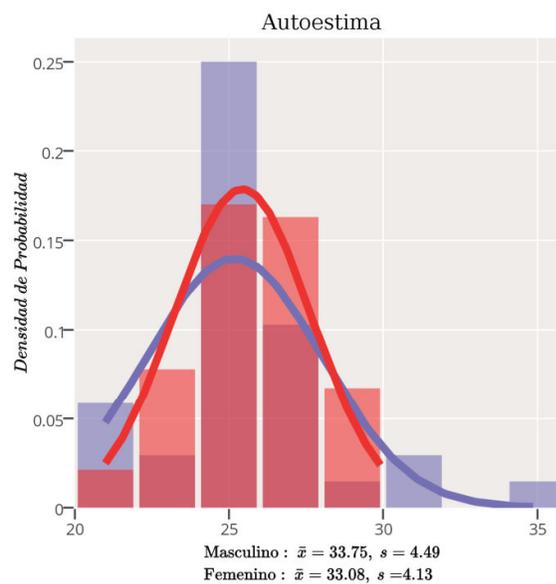
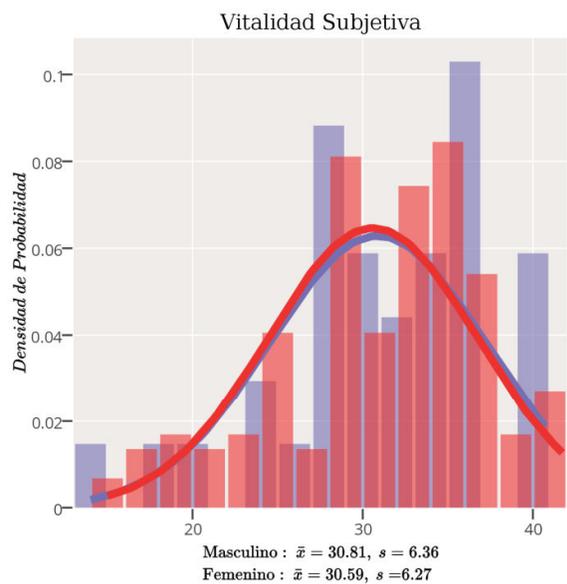
Análisis de Diferencias según Sexo

ANÁLISIS DE DIFERENCIAS SEGÚN EL SEXO

■ Masculino
■ Femenino



ANÁLISIS DE DIFERENCIAS SEGÚN EL SEXO (CONT.)

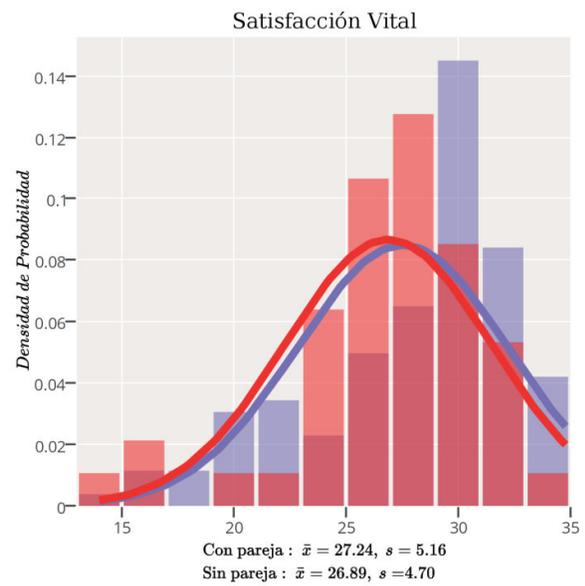
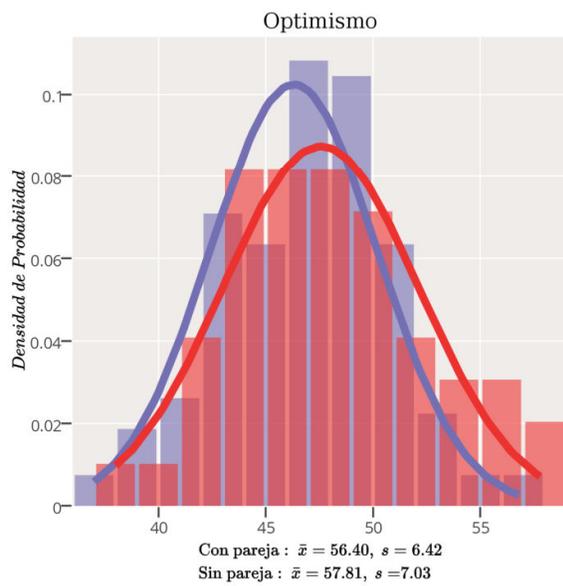
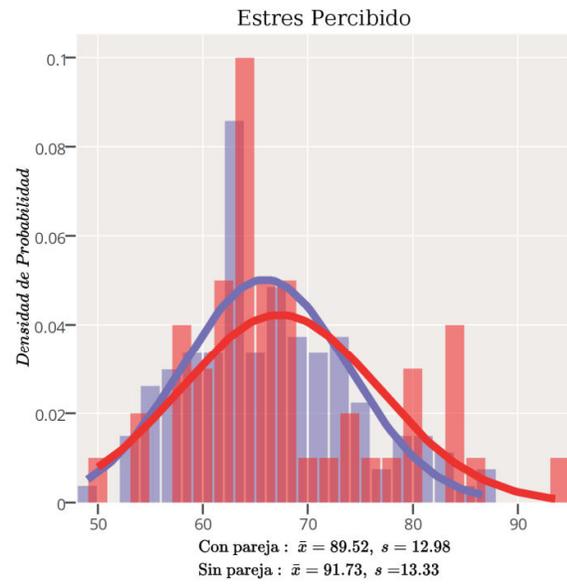
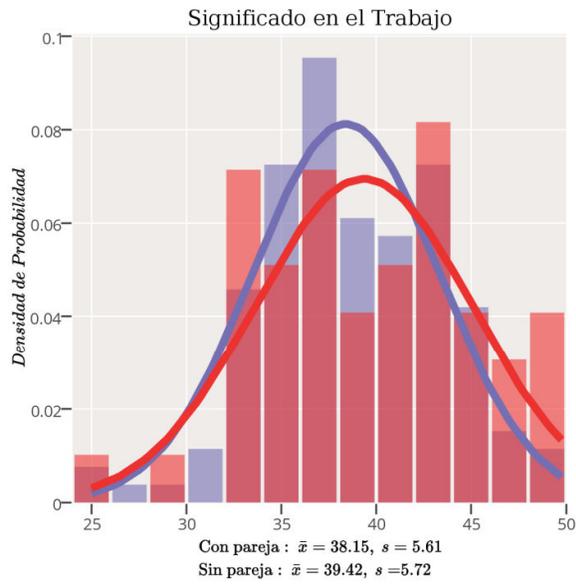


Anexo L

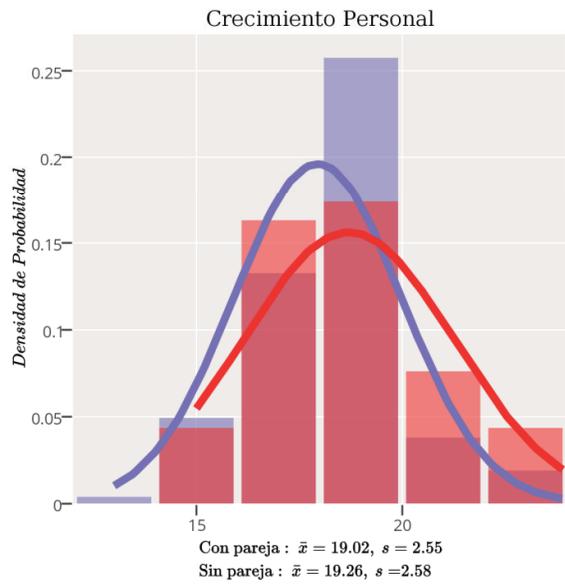
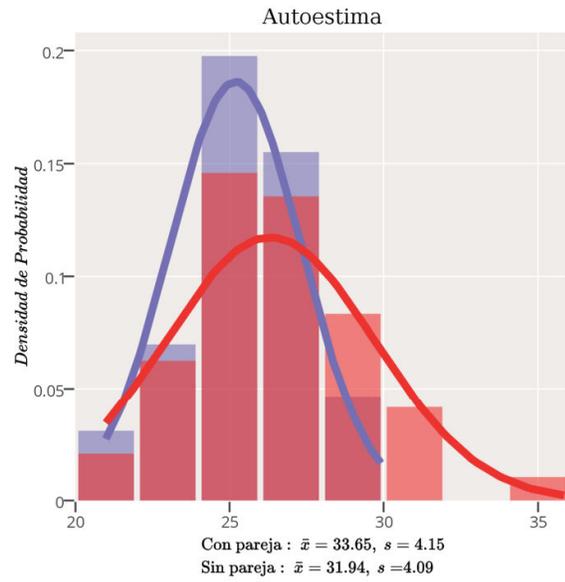
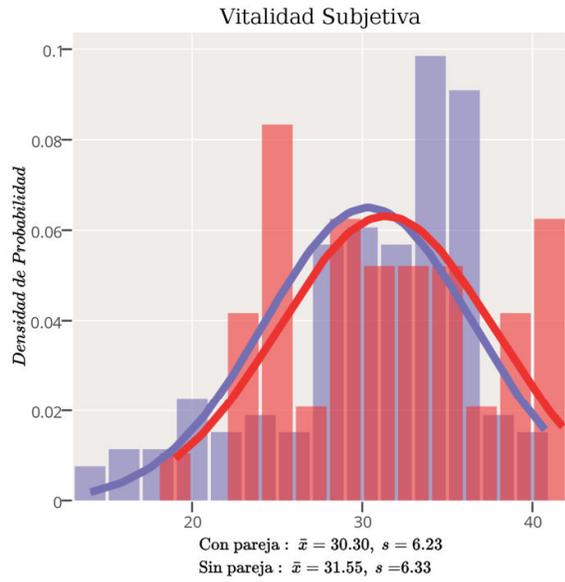
Análisis de Diferencias según Convivencia

ANÁLISIS DE DIFERENCIAS SEGÚN CONVIVENCIA

■ Con pareja
■ Sin pareja



ANÁLISIS DE DIFERENCIAS SEGÚN CONVIVENCIA (CONT.)

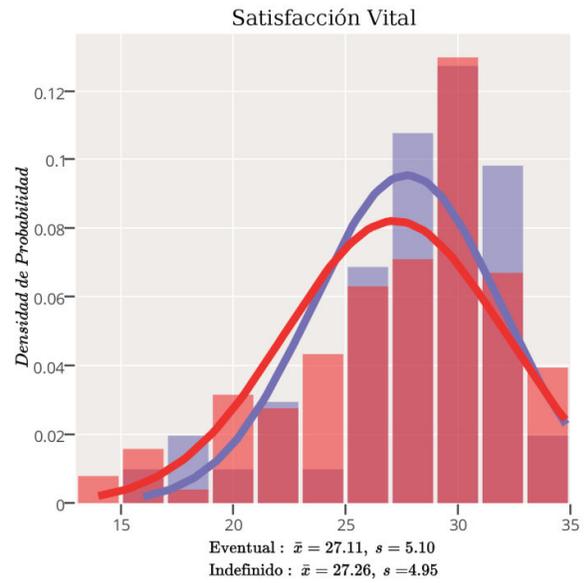
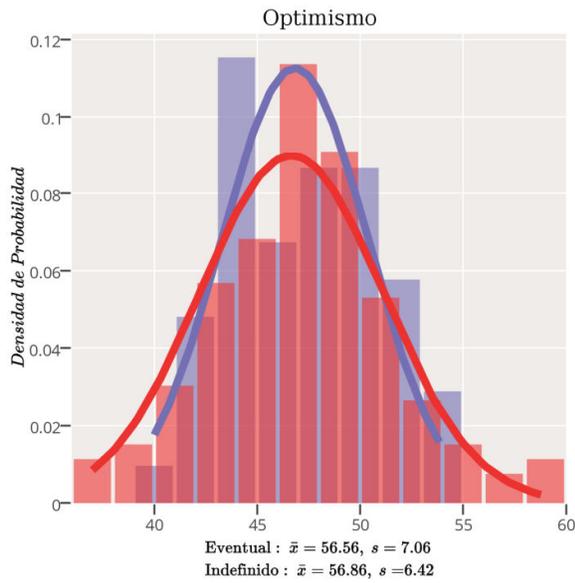
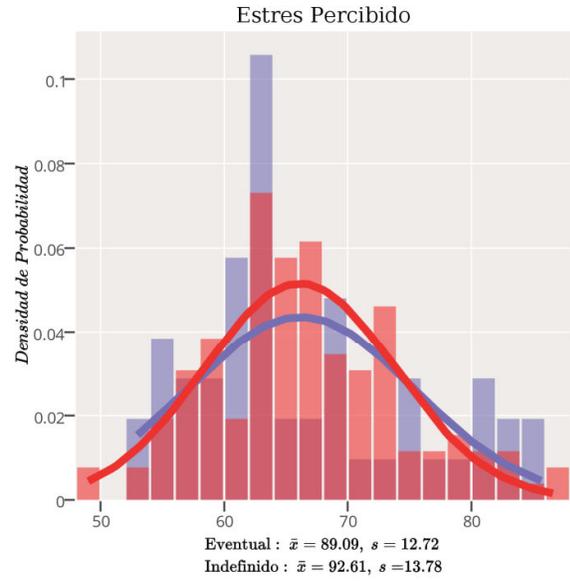
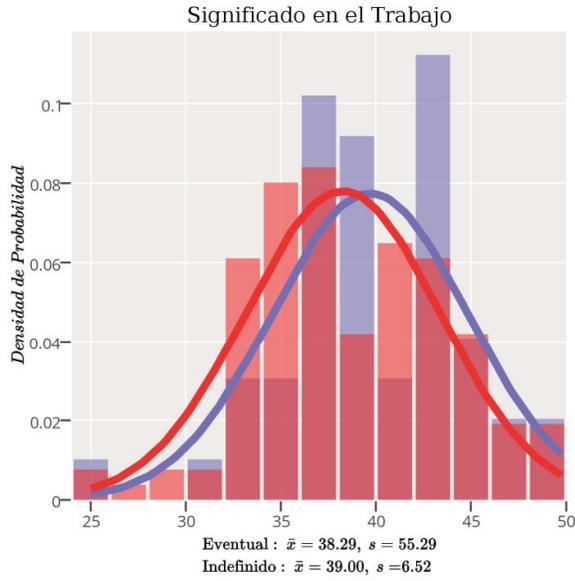


Anexo M

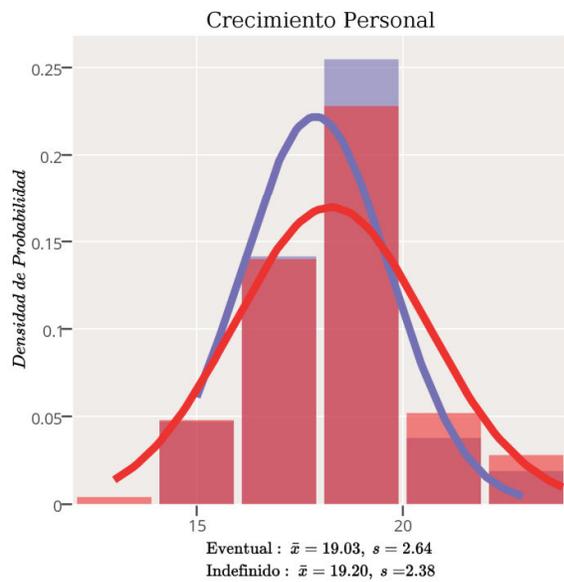
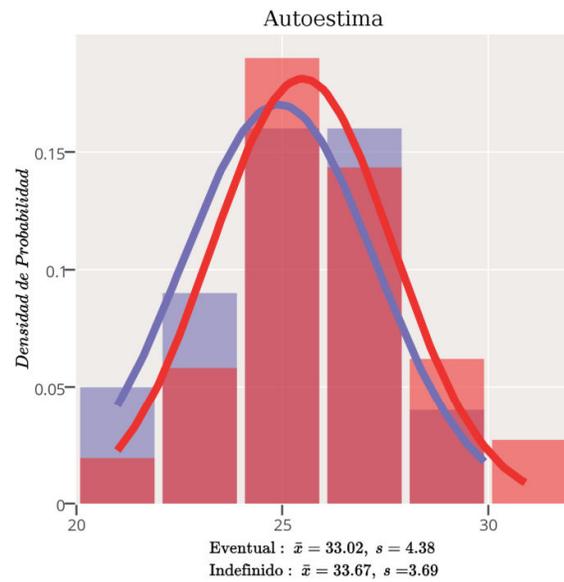
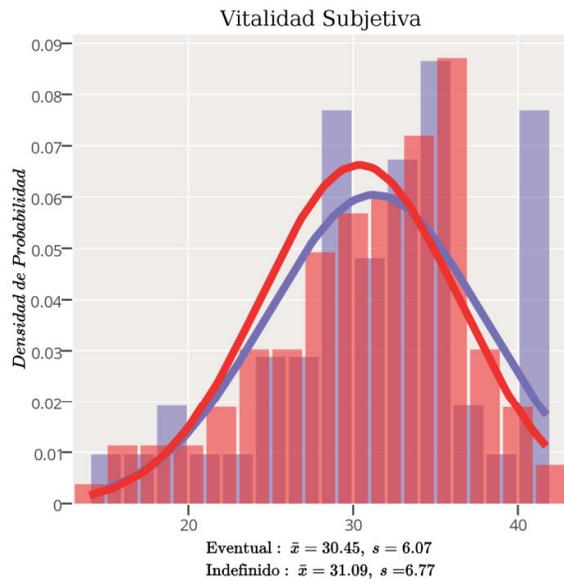
Análisis de Diferencias según Contratación

ANÁLISIS DE DIFERENCIAS SEGÚN CONTRATACIÓN

■ Eventual
■ Indefinido



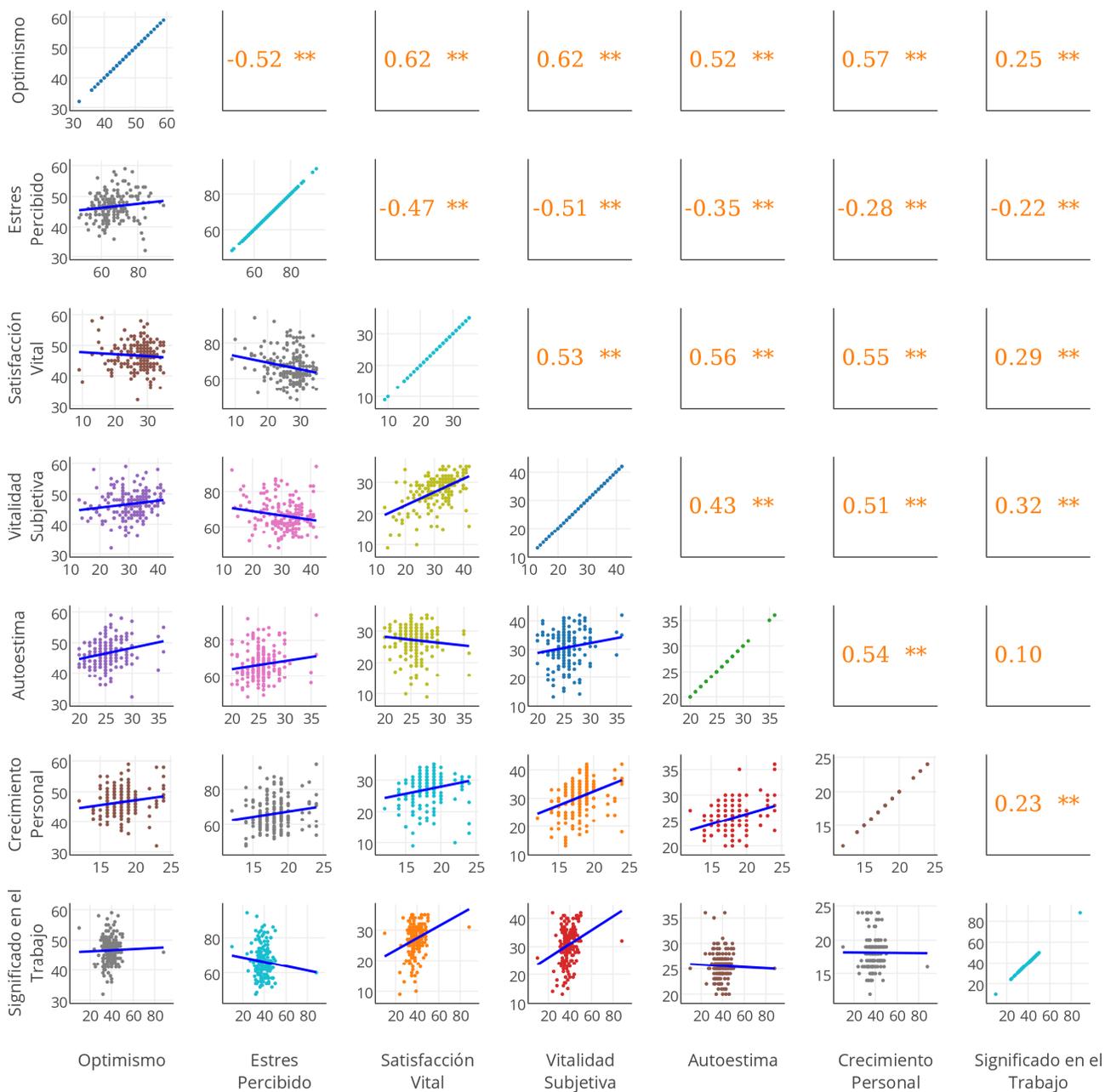
ANÁLISIS DE DIFERENCIAS SEGÚN CONTRATACIÓN (CONT.)



Anexo N

Correlaciones Bivariadas

Correlaciones Bivariadas



Bibliografía

- Ablett, J. R., y Jones, R. S. P. (2007). Resilience and well-being in palliative care staff: a qualitative study of hospice nurses' experience of work. *Psycho-oncology*, *16*, 733–740. doi: 10.1002/pon.1130
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., y Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of abnormal psychology*, *87*(1), 49.
- Adams, R. E., Boscarino, J. A., y Figley, C. R. (2006). Compassion fatigue and psychological distress among social workers: a validation study. *American Journal of Orthopsychiatry*, *76*(1), 103.
- Adán, J., Jiménez, B., y Herrero, M. (2004). Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Medicina Clínica*, *123*(7), 265–270.
- Alacacioglu, A., Yavuzsen, T., Dirioz, M., Oztop, I., y Yilmaz, U. (2009). Burnout in nurses and physicians working at an oncology department. *Psycho-Oncology*, *18*(5), 543–548. Descargado de <http://dx.doi.org/10.1002/pon.1432> doi: 10.1002/pon.1432
- Alexander, D. A., y Ritchie, E. (1990). “Stressors” and difficulties in dealing with the terminal patient. *Journal of Palliative Care*.
- Alkema, K., Linton, J. M., y Davies, R. (2008). A study of the relationship between self-care, compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout among hospice professionals. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, *4*(2), 101-119. Descargado de <http://dx.doi.org/10.1080/15524250802353934> (PMID:

Bibliografía

- 19042895) doi: 10.1080/15524250802353934
- Almagro, B. J., Sáenz-López, P., y Moreno-Murcia, J. A. (2012). Perfiles motivacionales de deportistas adolescentes españoles. *Revista de psicología del deporte*, 21, 223–231.
- Almeida, C. S. L. d., Sales, C. A., y Marcon, S. S. (2014). The existence of nursing in caring for terminally ill's life: a phenomenological study. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(1), 34–40. Descargado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000100034&nrm=iso
- APA. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, dsm-iv-tr*. Barcelona: Masson.
- Arce, L. H., Benavides, F., y Jódar, P. (2006). Responsabilidad social corporativa en salud y seguridad en el trabajo: dimensiones, realidad y perspectivas. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 24(1). Descargado de <http://revistas.ucm.es/index.php/CRLA/article/view/CRLA0606120183A>
- Aron, A., y Aron, E. (2002). *Estadística para psicología*. Prentice Hall Argentina.
- Arranz, P., Torres, J., Cancio, H., y Hernández, F. (1999). Factores de riesgo y de protección en los equipos de tratamiento de los pacientes terminales. *Revista de La Sociedad Española Del Dolor*, 6, 302–311.
- Asai, M., Akizuki, N., Akechi, T., Nakano, T., Shimizu, K., Umezawa, S., ... Uchitomi, Y. (2010). Psychiatric disorders and stress factors experienced by staff members in cancer hospitals: A preliminary finding from psychiatric consultation service at national cancer center hospitals in japan. *Palliative and Supportive Care*, 8, 291–295. Descargado de http://journals.cambridge.org/article_S1478951510000088 doi: 10.1017/S1478951510000088
- Avey, J. B., Reichard, R. J., Luthans, F., y Mhatre, K. H. (2011). Meta-analysis of the impact of positive psychological capital on employee attitudes, behaviors, and performance. *Human Resource Development Quarterly*, 22(2), 127–152. Descargado de <http://dx.doi.org/10.1002/hrdq.20070> doi: 10.1002/hrdq.20070

Bibliografía

- Avey, J. B., Wernsing, T. S., y Luthans, F. (2008). Can positive employees help positive organizational change? impact of psychological capital and emotions on relevant attitudes and behaviors. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 44(1), 48–70.
- Ayán, M. N., y Díaz, M. A. (2008). Atenuación de la asimetría y de la curtosis de las puntuaciones observadas mediante transformaciones de variables: Incidencia sobre la estructura factorial. *Psicológica*, 29(2), 205–227.
- Back, A. L., Arnold, R. M., Baile, W. F., Tulskey, J. A., y Fryer-Edwards, K. (2005). Approaching difficult communication tasks in oncology. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 55(3), 164–177. Descargado de <http://dx.doi.org/10.3322/canjclin.55.3.164> doi: 10.3322/canjclin.55.3.164
- Back, A. L., Rushton, C. H., Kaszniak, A. W., y Halifax, J. S. (2015). Why Are We Doing This? *Journal of Palliative Medicine*, 18(1), 26–30. Descargado de <http://doi.org/10.1089/jpm.2014.0115> doi: 0.1089/jpm.2014.0115
- Bailey, M. E., Moran, S., y Graham, M. M. (2009). Creating a spiritual tapestry: nurses' experiences of delivering spiritual care to patients in an irish hospice. *International Journal of Palliative Nursing*, 15(1), 42–48. Descargado de <http://dx.doi.org/10.12968/ijpn.2009.15.1.37952> (PMID: 19234430) doi: 10.12968/ijpn.2009.15.1.37952
- Baker, G. R., Norton, P. G., Flintoft, V., Blais, R., Brown, A., Cox, J., ... Tamblyn, R. (2009). The canadian adverse events study: the incidence of adverse events among hospital patients in canada. *Canadian Medical Association Journal*, 170(11), 1678–1686. Descargado de <http://dx.doi.org/doi:10.1503/cmaj.1040498> doi: doi:10.1503/cmaj.1040498
- Bakker, A., Albrecht, S., y Leiter, M. (2011). Key questions regarding work engagement. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 20(1), 4–28. Descargado de <http://dx.doi.org/10.1080/1359432X.2010.485352> doi: 10.1080/1359432X.2010.485352
- Bakker, A., Demerouti, E., y Burke, R. (2009). Workaholism and relationship quality: A spillover-crossover perspective. *Journal of Occupational*

Bibliografía

- Health Psychology*, 14, 23–33.
- Bakker, A., Demerouti, E., y Euwema, M. C. (2005). Job resources buffer the impact of job demands on burnout. *Journal of occupational health psychology*, 10, 170–80.
- Bakker, A., Demerouti, E., y Schaufeli, W. (2003). Dual processes at work in a call centre: An application of the job demands–resources model. *European Journal of work and organizational psychology*, 12(4), 393–417.
- Bakker, A., Hakanen, J. J., Demerouti, E., y Xanthopoulou, D. (2007). Job resources boost work engagement, particularly when job demands are high. *Journal of educational psychology*, 99(2), 274–284.
- Bakker, A., y Leiter, M. P. (2010). *Work engagement: A handbook of essential theory and research*. Psychology Press.
- Bakker, A., Muñoz, A. R., y Derks, D. (2012). La emergencia de la psicología de la salud ocupacional positiva. *Psicothema*, 24, 66–72.
- Bakker, A., Schaufeli, W., Leiter, M., y Taris, T. (2008). Work engagement: An emerging concept in occupational health psychology. *Work & Stress*, 22(3), 187–200. Descargado de <http://dx.doi.org/10.1080/02678370802393649> doi: 10.1080/02678370802393649
- Balaguer, I., Castillo, I., García-Merita, M., y Mars, L. (2005). *Implications of structured extracurricular activities on adolescent's well being and risk behaviours: motivational mechanisms*. Oral presentation at the 9th European Congress of Psychology. Granada, España.
- Bandura, A. (1978). Reflections on self-efficacy. *Advances in behaviour research and therapy*, 1(4), 237–269.
- Bandura, A. (2000). Exercise of human agency through collective efficacy. *Current Directions in Psychological Science*, 9, 75–78.
- Battista, J., y Almond, R. (1973). The development of meaning in life. *Psychiatry*, 36, 409–427.
- Baumeister, R. (1991). *Meanings of life*. Guilford Press.
- Beehr, T. A., y Newman, J. E. (1978). Job stress, employee health, and organizational effectiveness: A facet analysis, model and literature review. *Personnel Psychology*, 31(4), 665–699. Descargado

Bibliografía

- de <http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6570.1978.tb02118.x> doi: 10.1111/j.1744-6570.1978.tb02118.x
- Benach, J., Moreno, N., Muntaner, C., Moncada, S., Llorens, C., Menéndez, M., y G., T. (2012). La reforma laboral y su impacto en la salud. *Notas del mes Observatorio de Salud*, 3(102).
- Benavides, F., Gimeno, D., Benach, J., Martínez, J., Jarque, S., Berra, A., y Devesa, J. (2002). Descripción de los factores de riesgo psicosocial en cuatro empresas. *Gaceta Sanitaria*, 16, 222 - 229.
- Bennis, W. G. (2005). *Renowned leadership expert*. Retrieved from the web.
- Bentur, N., Emanuel, L. L., y Cherney, N. (2012). Progress in palliative care in israel: comparative mapping and next steps. *Israel Journal of Health Policy Research*, 1(9). Descargado de <http://doi.org/10.1186/2045-4015-1-9>
- Bermejo, J., Lozano, B., Villacieros, M., y Carabias, R. (2013). Desarrollo y validación de una escala sobre el sentido del sufrimiento: Escala Humanizar. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 36, 35 - 45. Descargado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272013000100004&nrm=iso
- Bitencourt, E. R., Gómez, M. A., y Isabel, J. A. C. (2012). El optimismo y la experiencia de ira en relación con el malestar físico. *Anales de psicología*, 22(1), 37-44.
- Bologna, E. (2012). *Estadística para psicología y educación*. Córdoba, Argentina: Editorial Brujas.
- Bostic, T., McGartland Rubio, D., y Hood, M. (2000). A validation of the subjective vitality scale using structural equation modeling. *Social Indicators Research*, 52(3), 313-324. Descargado de <http://dx.doi.org/10.1023/A:1007136110218> doi: 10.1023/A:1007136110218
- Boston, P., Bruce, A., y Schreiber, R. (2011). Existential suffering in the palliative care setting: An integrated literature review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(3), 604-618. doi: <http://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.05.010>
- Boston, P., y Mount, B. (2006). The caregiver's perspective on existential and spiritual distress in palliative care. *of Pain and Symptom Management*,

Bibliografía

32(1), 189–201.

- Brannon, L., y Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. S. A. E. Paraninfo.
- Breitbart, W. (2002). Spirituality and meaning in supportive care: Spirituality- and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. *Supportive Care in Cancer*, 10(4), 272–280. doi: 10.1007/s005200100289
- Breitbart, W. (2006). A special issue of palliative & supportive care: The lessons of the Terri Schiavo case. *Palliative & Supportive Care*, 4, 111–111. Descargado de http://journals.cambridge.org/article_S1478951506060147 doi: 10.1017/S1478951506060147
- Broeck, A., Vansteenkiste, M., Witte, H., Soenens, B., y Lens, W. (2010). Psychological needs and the facilitation of integrative processes. *Journal of personality*, 83(4), 981–1002.
- Brough, P., y O’Driscoll, M. P. (2010). Organizational interventions for balancing work and home demands: An overview. *Work & Stress*, 24(3), 280–297. Descargado de <http://dx.doi.org/10.1080/02678373.2010.506808> doi: 10.1080/02678373.2010.506808
- Brown, S. D., y Lent, R. W. (2004). *Career development and counseling: Putting theory and research to work*. John Wiley & Sons.
- Brun, J., y Lamarche, C. (2006). *Assessing the cost of work stress* (Reporte de Investigación). Quebec, Canada: Université Laval.
- Bujalance H., J., Villanueva P., F., Guerrero M., S., Conejo García, J., González Valentín, A., Sepúlveda Jurado, A., . . . Martín Taboada, F. (2001). Burnout y satisfacción laboral de los profesionales que atienden a pacientes geriátricos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 36(1), 32–40.
- Burke, R., y Greenglass, E. R. (2001). Hospital restructuring, work-family conflict and psychological burnout among nursing staff. *Psychology & Health*, 16(5), 583–594. Descargado de <http://dx.doi.org/10.1080/08870440108405528> (PMID: 22804500) doi: 10.1080/08870440108405528
- Byrne, B. M. (2001). Structural equation modeling with amos, eqs, and lisrel: Comparative approaches to testing for the factorial validity of a

Bibliografía

- measuring instrument. *International journal of testing*, 1(1), 55–86.
- Calnan, M., Wainwright, D., y Almond, S. (2000). Job strain, effort-reward imbalance and mental distress: A study of occupations in general medical practice. *Work & Stress*, 14(4), 297-311. Descargado de <http://dx.doi.org/10.1080/02678370110040920> doi: 10.1080/02678370110040920
- Calvo, T. G., Marcos, F. M. L., Clemente, E. M., y Miguel, P. A. S. (2008). El compromiso deportivo y su relación con factores disposicionales y situacionales de la motivación. *Revista Internacional de Ciencias del Deporte*, 4(2), 45–58.
- Caponecchia, C. (2010). It won't happen to me: An investigation of optimism bias in occupational health and safety. *Journal of Applied Social Psychology*, 40(3), 601–617. Descargado de <http://dx.doi.org/10.1111/j.1559-1816.2010.00589.x> doi: 10.1111/j.1559-1816.2010.00589.x
- Carver, C. S., y Scheier, M. F. (2000). Control theory: A useful conceptual framework for personality–social, clinical, and health psychology. *Psychological bulletin*, 92(1), 111.
- Carver, C. S., y Scheier, M. F. (2008). *Perspectives on personality*. Pearson.
- Carver, C. S., Sutton, S. K., y Scheier, M. F. (2000). Action, emotion, and personality: Emerging conceptual integration. *Personality and social psychology bulletin*, 26(6), 741–751.
- Cavanaugh, M., Boswell, W., Roehling, M., , y Boudreau, J. (2000). An empirical examination of self-reported work stress among us managers. *Journal of Applied Psychology*, 85, 65–76.
- Chalofsky, N., y Krishna, V. (2009). Meaningfulness, commitment, and engagement:the intersection of a deeper level of intrinsic motivation. *Advances in Developing Human Resources*, 11(2), 189–203. doi: 10.1177/1523422309333147
- Chan, W. C. H., Tin, A. F., y Wong, K. L. Y. (2015). Coping with existential and emotional challenges: Development and validation of the self-competence in death work scale. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50(1), 99–107. Descargado de <http://doi.org/>

Bibliografía

- 10.1016/j.jpainsymman.2015.02.012 doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.02.012
- Chittenden, E. H., y Ritchie, C. S. (2011). Work-life balancing: challenges and strategies. *Journal of Palliative Medicine*, 14(7), 870–874. doi: 10.1089/jpm.2011.0095
- Chlebowski, R., Chen, Z., Anderson, G., Rohan, T., Aragaki, A., Lane, D., ... R., P. (2005). Ethnicity and breast cancer: factors influencing differences in incidence and outcome. *Journal of the National Cancer Institute*, 97(6), 439-48.
- Clark, L., Leedy, S., McDonald, L., Muller, B., Lamb, C., Mendez, T., ... Schonwetter, R. (2007). Spirituality and job satisfaction among hospice interdisciplinary team members. *Journal of Palliative Medicine*, 10(6), 1321-1328. doi: 10.1089/jpm.2007.0035
- Clausen, T., Nielsen, K., Carneiro, I. G., y Borg, V. (2012). Job demands, job resources and long-term sickness absence in the danish eldercare services: a prospective analysis of register-based outcomes. *Journal of advanced nursing*, 68(1), 127–36.
- Claxton-Oldfield, S., y Claxton-Oldfield, J. (2012). Should i stay or should I go: a study of hospice palliative care volunteer satisfaction and retention. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 29(7), 525-30.
- Cohen-Katz, J., Wiley, S. D., Capuano, T., Baker, D. M., y Shapiro, S. (2004). The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout: a quantitative and qualitative study. *Holistic Nursing Practice*, 18(6), 302—308.
- Colombat, P., Brousse, N., Salles, G., Morschhauser, F., Brice, P., Soubeyran, P., ... Solal-Celigny, P. (2012). Rituximab induction immunotherapy for first-line low-tumor-burden follicular lymphoma: survival analyses with 7-year follow-up. *Annals of oncology*, 23(9), 2380-5.
- Contreras, F., y Esguerra, G. (2006, 12). Psicología positiva: una nueva perspectiva en psicología. *Diversitas*, 2(2), 311 - 319.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. Consulting Psychologists Press.

Bibliografía

- Cox, T., Griffiths, A., y Rial-González, E. (2005). *Investigación sobre el estrés relacionado con el trabajo* (Informe). Nottingham, Reino Unido: Oficina de Publicaciones Oficiales de Las Comunidades Europeas.
- Crawford, J. R., Garthwaite, P. H., y Porter, S. (2010). Point and interval estimates of effect sizes for the case-controls design in neuropsychology: Rationale, methods, implementations, and proposed reporting standard. *Cognitive Neuropsychology*, *27*, 245–260.
- Cruz Robazzi, M., Chaves Mauro, M., Barcellos Dalri, R., Almeida da Silva, L., de Oliveira Secco, I. A., y Jorge Pedrão, L. (2010). Exceso de trabajo y agravios mentales a los trabajadores de la salud. *Revista Cubana de Enfermería*, *26*(1), 52–64.
- Curtis, J., y Vincent, J. (2010). Ethics and end-of-life care for adults in the intensive care unit. *Lancet*, *376*(9749), 1347–1353.
- Deci, E., y Ryan, R. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Springer Science & Business Media.
- Deci, E., y Ryan, R. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology*, *49*(3), 182–185. doi: 10.1037/a0012801
- Deci, E., y Ryan, R. (2012). Motivation, personality, and development within embedded social contexts: An overview of self-determination theory. En R. Ryan (Ed.), *The oxford handbook of human motivation*. Oxford University Press.
- De Conno, F. (2010). The growth and development of research in palliative care: a personal odyssey and reminiscence of people, places and ideas. *Palliative Medicine*, *24*(4), 362–372. doi: 10.1177/0269216310366749
- De Jonge, J., Bosma, H., Peter, R., y Siegrist, J. (2000). Job strain, effort-reward imbalance and employee well-being: a large-scale cross-sectional study. *Social Science & Medicine*, *50*(9), 1317–1327.
- Delvaux, N., Razavi, D., y Farvacques, C. (1988). Cancer care—a stress for health professionals. *Social Science & Medicine*, *27*(2), 159–166. doi: 10.1016/0277-9536(88)90324-3
- Demerouti, E., y Bakker, A. (2011). The job demands-resources model: Challenges for future research. *SA Journal of Industrial Psychology*,

Bibliografia

37(2), 1–9.

- Demerouti, E., Bakker, A., Nachreiner, F., y Schaufeli, W. (2000). A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), 454–464.
- Demerouti, E., Bakker, A., Nachreiner, F., y Schaufeli, W. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied psychology*, 86(3), 499.
- Demerouti, E., Mostert, K., y Bakker, A. (2010). Burnout and work engagement: a thorough investigation of the independency of both constructs. *Journal of occupational health psychology*, 15(3), 209-22.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., y Smith, H. (1999). Subjective well-being. three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276–302.
- Dix, D., Gulati, S., Robinson, P., Syed, I., y Klassen, A. (2012). Demands and rewards associated with working in pediatric oncology: a qualitative study of canadian health care providers. *Journal of Pediatric Hematology/oncology*, 34(6), 430-5.
- Dobrina, R., Tenze, M., y Palese, A. (2014). An overview of hospice and palliative care nursing models and theories. *International Journal of Palliative Nursing*, 20(2), 75–81.
- Doherty, R. (1997). The emotional contagion scale: A measure of individual differences. *Journal of Nonverbal Behavior*, 21(2), 131-154. Descargado de <http://dx.doi.org/10.1023/A%3A1024956003661> doi: 10.1023/A:1024956003661
- Drenth, P. (1991). Work meanings: A conceptual, semantic and developmental approach. *European Work and Organizational Psychologist*, 1(2-3), 125-133. Descargado de <http://dx.doi.org/10.1080/09602009108408517> doi: 10.1080/09602009108408517
- Dyrbye, L. N., Harper, W., Moutier, C., Durning, S. J., Power, D. V., Massie, F. S., ... Shanafelt, T. (2012). A multi-institutional study exploring the impact of positive mental health on medical students' professionalism in an era of high burnout. *Academic Medicine*, 87(8), 1024-1031. doi: 10.1097/ACM.0b013e31825cfa35

Bibliografía

- Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., y Shanafelt, T. (2006). Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among u.s. and canadian medical students. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 87(8), 1024-1031. doi: 10.1097/00001888-200604000-00009
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., y Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de ryff. *Journal of Advanced Nursing*, 18(3), 572-577.
- Ebling, M., y Carlotto, M. S. (2012). Burnout syndrome and associated factors among health professionals of a public hospital. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 34(2), 93-100.
- Edelwich, J., y Brodsky, A. (1980). *Burnout: States of disillusionment in the helping professions*. New York: Human Sciences Press.
- Edmonds, K. P., Yeung, H. N., Onderdonk, C., Mitchell, W., y Thornberry, K. (2015). Clinical supervision in the palliative care team setting: A concrete approach to team wellness. *Journal of Palliative Medicine*, 18(3), 274-277. doi: 10.1097/00001888-200604000-00009
- Elovainio, M., Kivimäki, M., Steen, N., y Kalliomäki-Levanto, T. (2000). Organizational and individual factors affecting mental health and job satisfaction: a multilevel analysis of job control and personality. *Journal of occupational health psychology*, 5(2), 269.
- Ensel, W. M., y Lin, N. (2004). Physical fitness and the stress process. *Journal of Community Psychology*, 32(1), 81-101.
- Epstein, R. M., Korones, D. N., y Quill, T. E. (2010). Withholding information from patients — when less is more. *New England Journal of Medicine*, 362(5), 380-381. Descargado de <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp0911835> (PMID: 20130252) doi: 10.1056/NEJMp0911835
- Ettema, E. J., Derksen, L. D., y van Leeuwen, E. (2010). Existential loneliness and end-of-life care: A systematic review. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 31(2), 141-169. Descargado de <http://dx.doi.org/10.1007/s11017-010-9141-1> doi: 10.1007/s11017-010-9141-1
- Falco, A., Girardi, D., y Dal Corso, L. (2013). Fear of wor-

Bibliografía

- kload, job autonomy, and work-related stress: the mediating role of work-home interference. *Methodology in Applied Psychology*, 20, number=3, doi=10.4473/TPM20.3.2, publisher=Springer Netherlands, pages=217--234.
- Fava, G., y Tomba, E. (2009). Increasing psychological well-being and resilience by psychotherapeutic methods. *Journal of Personality*, 77(6), 1903-34. doi: 10.1111/j.1467-6494.2009.00604.x
- Fegg, M., L'hoste, S., Brandstätter, M., y Borasio, G. D. (2014). Does the working environment influence health care professionals' values, meaning in life and religiousness? palliative care units compared with maternity wards. *Journal of Personality*, 48(5), 915-923. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2014.01.009
- Figley, C. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of clinical psychology*, 58(11), 1433-1441.
- Figley, C. (2005). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. *AAA*, 90(2), 257-268.
- Fillion, L., Dupuis, R., Trembaly, I., De Grâce, G., y Breitbart, W. (2006, 12). Enhancing meaning in palliative care practice: A meaning-centered intervention to promote job satisfaction. *Palliative & Supportive Care*, 4, 333-344. Descargado de http://journals.cambridge.org/article_S1478951506060445 doi: 10.1017/S1478951506060445
- Fillion, L., Duval, S., Dumont, S., Gagnon, P., Tremblay, I., Bairati, I., y Breitbart, W. S. (2009). Impact of a meaning-centered intervention on job satisfaction and on quality of life among palliative care nurses. *Psycho-Oncology*, 18(12), 1300-1310. Descargado de <http://dx.doi.org/10.1002/pon.1513> doi: 10.1002/pon.1513
- Fineman, S. (1983). *White collar unemployment: impact and stress*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., y Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992.
- Fournier, M., de Ridder, D., y Bensing, J. (1999). Optimism and adaptation

Bibliografía

- to multiple sclerosis: what does optimism mean? *Journal of Behavioral medicine*, 22(4), 303–326.
- Frankl, V. (1946). *Man searching for meaning. preface to 1984 edition*. Austria: Verlag für Jugend und Volk.
- Frankl, V. (1962). *The will to meaning. foundations and applications of logotherapy*. Penguin.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218.
- Fredrickson, B. L., y Joiner, T. (2002). Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological Science*, 13(2), 172–175.
- Fredrickson, B. L., y Losada, M. F. (2005). Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. *American Psychologist*, 60(7), 678.
- Garrosa, E., Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A., y Rodríguez-Carvajal, R. (2011). Role stress and personal resources in nursing: A cross-sectional study of burnout and engagement. *International Journal of Nursing Studies*, 48(4), 479–489.
- Garrosa, E., Rainho, C., Moreno-Jiménez, B., y Monteiro, M. J. (2010). The relationship between job stressors, hardy personality, coping resources and burnout in a sample of nurses: A correlational study at two time points. *International Journal of Nursing Studies*, 47(2), 205–215.
- Gil-Monte, P. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout)*. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, P. (2012). Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional. *Revista peruana de Medicina Experimental y Salud pública*, 29(2), 237–241.
- Golembiewski, R., Munzenrider, R., y Carter, D. (1983). Phases of progressive burnout and their work sites covariates. *Journal of Applied Behavioral Science*, 19, 461–481.
- González-Cutre, D., Sicilia, A., Moreno, J. A., y Fernández-Balboa, J. M. (2009). Dispositional flow in physical education: Relationships with motivational climate, social goals, and perceived competence. *Journal*

Bibliografía

- of Teaching in Physical Education*, 28(4), 422-440.
- González González, J. M. (2000). Los cambios en el entorno y sus repercusiones sobre el mercado laboral. *Trabajo*, 8. Descargado de <http://www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/trabajo/article/view/184>
- Gorji, A. M., Teimuri, F., Gorji, M. A., y Gorji, R. (2015). Job burnout and life satisfaction among nurses and midwives of medical institutions in Northern Iran: A cross-sectional study. *Tropical Journal of Medical Research*, 18(1), 34-37. doi: 10.4103/1119-0388.152556
- Gracia, F. J., Rodríguez, I., y Prieto, F. (1999). Changes in the valuation of work in first-employment youngsters during the process of work socialization. *Revista de Psicología Social*, 14(2-3), 347-365. Descargado de <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1174/021347499760260037> doi: 10.1174/021347499760260037
- Grandey, A. A., y Cropanzano, R. (1999). The conservation of resources model applied to work-family conflict and strain. *Journal of Vocational Behavior*, 54(2), 350-70.
- Grant, A. (2007). Relational job design and the motivation to make a prosocial difference. *Academy of Management Review*, 32(2), 393-417.
- Grau-Alberola, E., Gil-Monte, P. R., García-Juesas, J. A., y Figueiredo-Ferraz, H. (2010). Incidence of burnout in spanish nursing professionals: A longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies*, 47(8), 1013-1020.
- Greenhaus, J. H., y Beutell, N. J. (1985). Sources of conflict between work and family roles. *The Academy of Management Review*, 10(1), 76-88. Descargado de <http://www.jstor.org/stable/258214>
- Gutiérrez, J. L. G., Hernández, E. G., y Jiménez. (2000). Personalidad resistente, burnout y salud. *Escritos de psicología*(4), 64-77.
- Gálvez, N. (2005). La conciliación de la vida laboral y familiar como proyecto de calidad de vida desde la igualdad. *Revista Española de Sociología*, 5, 91-107.
- Góngora, V., Liporace, M. F., y Castro Solano, A. (2010). Estudio de validación de la escala de autoestima de rosenberg en población adolescente

Bibliografía

- de la ciudad de buenos aires. *Perspectivas En Psicología*, 7(1), 24–30.
- Hahn, V., Binnewies, C., Sonnentag, S., y Mojza, E. J. (2011). Learning how to recover from job stress: Effects of a recovery training program on recovery, recovery-related self-efficacy, and well-being. *Journal of Occupational Health Psychology*, 16(2), 202–216.
- Hakanen, J. J., Bakker, A., y Schaufeli, W. (2006). Burnout and work engagement among teachers. *Journal of school psychology*, 43(6), 495–513.
- Harrison, R. (1978). Person-environment fit and job stress. *Stress at work*, 175–205.
- Heyland, D. K., Cook, D. J., Rocker, G. M., Dodek, P. M., Kutsogiannis, D. J., Skrobik, Y., ... Cohen, S. R. (2010). Defining priorities for improving end-of-life care in canada. *Canadian Medical Association Journal*, 182(16), E747–E752.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44, 513–524.
- Hobfoll, S. E. (2002). Social and psychological resources and adaptation. *Review of general psychology*, 6(4), 307.
- Hobfoll, S. E., Johnson, R. J., Ennis, N., y Jackson, A. P. (2003). Resource loss, resource gain, and emotional outcomes among inner city women. *Journal of personality and social psychology*, 84(3), 632.
- Hoch, J. E., Pearce, C. L., y Welzel, L. (2010). Is the Most Effective Team Leadership Shared? *Journal of Personnel Psychology*, 9(3), 105-116. Descargado de <http://dx.doi.org/10.1027/1866-5888/a000020> doi: 10.1027/1866-5888/a000020
- Holmes, T. H., y Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213 - 218. Descargado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0022399967900104> doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4)
- Hong, J., Song, Y., Liu, J., Wang, W., y Wang, W. (2014). Perception and fulfillment of cancer patients' nursing professional social support needs: from the health care personnel point of view. *Supportive Care*

Bibliografía

- in Cancer*, 22(4), 1049-1058. Descargado de <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-013-2062-6> doi: 10.1007/s00520-013-2062-6
- Horner, R. D., Szaflarski, J. P., Jacobson, C. J., Elder, N., Bolon, S., Matthews, G., ... Raphaelson, M. (2011). Clinical work intensity among physician specialties: How might we assess it?: What do we find? *Medical Care*, 49(1), 108–113. doi: 10.1097/MLR.0b013e3181f3801f
- Hu, L., y Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: sensitivity tounderparameterized model misspecification. *Psychological Methods*, 3(4), 424–453.
- Hu, Q., Schaufeli, W., y Taris, T. (2013). Does equity mediate the effects of job demands and job resources on work outcomes? an extension of the job demands-resources model. *Career Development International*, 18(4), 357–376.
- Humpel, N., y Caputi, P. (2001). Exploring the relationship between work stress, years of experience and emotional competency using a sample of australian mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(5), 399–403.
- Huynh, J.-Y., Winefield, A. H., Xanthopoulou, D., y Metzger, J. C. (2012). Exploring the relationship between work stress, years of experience and emotional competency using a sample of australian mental health nurses. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 29(6), 462–475.
- Identity negotiation at work. (2009). *Research in Organizational Behavior*, 29, 81–109. Descargado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0191308509000057> doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.riob.2009.06.005>
- Ilhan, M. N., Durukan, E., Taner, E., Maral, I., y Bumin, M. A. (2008). Burnout and its correlates among nursing staff: questionnaire survey. *Journal of Advanced Nursing*, 61(1), 100–106.
- Irving, J., Dobkin, P., y Park, J. (2009). Cultivating mindfulness in health care professionals: a review of empirical studies of mindfulness-based stress reduction (mbsr). *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 15(2), 61–66.

Bibliografía

- Jeffrey Hill, E., Yang, C., Hawkins, A. J., y Ferris, M. (2004). A cross-cultural test of the work-family interface in 48 countries. *Journal of Marriage and Family*, *66*(5), 1300–1316. Descargado de <http://dx.doi.org/10.1111/j.0022-2445.2004.00094.x> doi: 10.1111/j.0022-2445.2004.00094.x
- Jim, H. S., Richardson, S. A., Golden-Kreutz, D. M., y Andersen, B. L. (2006). Strategies used in coping with a cancer diagnosis predict meaning in life for survivors. *Health Psychology*, *25*(6), 753–761. doi: 10.1037/0278-6133.25.6.753
- Jiménez, B. M., Hernández, E. G., y Gutiérrez, J. L. G. (2000). El desgaste profesional de enfermería. desarrollo y validación factorial del cdpe. *Archivos Prevención de Riesgos Laborales*, *3*(1), 18–28.
- Johnson, K. A. (2012). *Implementing human resources best practices in volunteer selection*. Bachelors thesis, University of Arizona.
- Jones, M. C., y Johnston, D. W. (2000). Reducing distress in first level and student nurses: a review of the applied stress management literature. *Journal of Advanced Nursing*, *32*(1), 66–74. Descargado de <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01421.x> doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01421.x
- Judge, T. A., Bono, J. E., Erez, A., y Locke, E. A. (2005). Core self-evaluations and job and life satisfaction: the role of self-concordance and goal attainment. *Journal of Applied Psychology*, *90*(2), 257–268. doi: 10.1037/1089-2680.9.3.262
- Judge, T. A., Bono, J. E., Ilies, R., y Gerhardt, M. W. (2002). Personality and leadership: a qualitative and quantitative review. *Journal of applied psychology*, *87*(4), 765.
- Judge, T. A., Bono, J. E., y Locke, E. A. (2000). Personality and job satisfaction: the mediating role of job characteristics. *Journal of applied psychology*, *85*(2), 237.
- Judge, T. A., Vianen, A. E. M. V., y Pater, I. E. D. (2004). Emotional stability, core self-evaluations, and job outcomes: A review of the evidence and an agenda for future research. *Human Performance*, *17*(3), 325–346. Descargado de <http://dx.doi.org/10.1207/>

Bibliografía

s15327043hup1703_4 doi: 10.1207/s15327043hup1703_4

- Kalish, Y., Luria, G., Toker, S., y Westman, M. (2015). *Till stress do us part: On the interplay between perceived stress and communication network dynamics*. *The Journal of applied psychology*.
- Kalliath, T., y Morris, R. (2002). Job satisfaction among nurses: a predictor of burnout levels. *Journal of nursing administration*, 32(12), 648–654.
- Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P., y Amick, B. (1998). Blah. *The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics*, 3(4), 322-55.
- Karasek, R., y Theorell, T. (1990). *Healthy work, stress, productivity and the reconstruction of working life*. Basic Books.
- Karasek Jr., R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), pp. 285-308. Descargado de <http://www.jstor.org/stable/2392498>
- Kash, K. M., Holland, J. C., Breitbart, W., Berenson, S., Dougherty, J., Ouellette-Kobasa, S., y Lesko, L. (2000). Stress and burnout in oncology. *Oncology (Williston Park)*, 14(11), 1621-33.
- Kearney, M., Weinger, R., Vachon, M., Harrison, R., y Mount, B. (2009). Self-care of physicians caring for patients at the end of life: “being connected... a key to my survival”. *JAMA*, 301(11), 1155-1164. Descargado de [+http://dx.doi.org/10.1001/jama.2009.352](http://dx.doi.org/10.1001/jama.2009.352) doi: 10.1001/jama.2009.352
- Keeton, K., Fenner, D. E., Johnson, T. R., y Hayward, R. A. (2007). Predictors of physician career satisfaction, work–life balance, and burnout. *Obstetrics & Gynecology*, 109(4), 949–955.
- Kern, D. E., Wright, S. M., Carrese, J. A., Lipkin, M., Simmons, J. M., Novack, D. H., ... Frankel, R. (2001). Personal growth in medical faculty: a qualitative study. *Western Journal of Medicine*, 175(2), 92–98.
- Kivimäki, M., Vahtera, J., Thompson, L., Griffiths, A., Cox, T., y Pentti, J. (1997). Psychosocial factors predicting employee sickness absence

Bibliografía

- during economic decline. *Obstetrics & Gynecology*, 82(6), 858-72.
- Klassen, A., Gulati, S., y Dix, D. (2012). Health care providers' perspectives about working with parents of children with cancer: A qualitative study. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 29(2), 92-97. Descargado de <http://jpo.sagepub.com/content/29/2/92.abstract> doi: 10.1177/1043454212438405
- Kobau, R., Seligman, M. E. P., Peterson, C., Diener, E., Zack, M. M., Chapman, D., y Thompson, W. (2011). Mental health promotion in public health: Perspectives and strategies from positive psychology. *American Journal of Public Health*, 101(8), 1-9. doi: 10.2105/AJPH.2010.300083
- Kobau, R., Sniezek, J., Zack, M. M., Lucas, R. E., y Burns, A. (2010). Well-being assessment: An evaluation of well-being scales for public health and population estimates of well-being among us adults. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 2(3), 272-297. doi: 10.1111/j.1758-0854.2010.01035.x
- Koekemoer, F. E., y Mostert, K. (2006). Job characteristics, burnout and negative work-home interference in a nursing environment. *SA Journal of Industrial Psychology*, 32(3), 87-97.
- Krasner, M., Epstein, R., Beckman, H., Suchman, A., Chapman, B., Mooney, C., y Quill, T. E. (2009). Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *The Journal of the American Medical Association*, 302(12), 1284-93. doi: 10.1001/jama.2009.1384
- Kuerer, H. M., Eberlein, T. J., Pollock, R. E., Huschka, M., Baile, W. F., Morrow, M., ... Shanafelt, T. (2007). Career satisfaction, practice patterns and burnout among surgical oncologists: Report on the quality of life of members of the society of surgical oncology. *Annals of surgical oncology*, 14(11), 3043-3053.
- Kübler Ross, E. (2004). *La muerte: un amanecer*. Barcelona: Ediciones Luciérnaga.
- Lawoko, S., Soares, J. J. F., y Nolan, P. (2004). Violence towards psychiatric staff: a comparison of gender, job and environmental characteristics in

Bibliografia

- england and sweden. *Work & Stress*, 18(1), 39-55. Descargado de <http://dx.doi.org/10.1080/02678370410001710337> doi: 10.1080/02678370410001710337
- Lazarus, R. S. (1989). Psychological stress in the workplace. *Journal of UOEH*, 11, 528-40.
- Lee, Y., Chan, M., y Mok, E. (2010). Effectiveness of music intervention on the quality of life of older people. *Journal of Advanced Nursing*, 66(12), 2677-87.
- Lefcourt, H. M. (1992). Durability and impact of the locus of control construct. *Psychological Bulletin*, 112(3), 411-414.
- Leka, S., Jain, A., Zwetsloot, G., y Cox, T. (2010). Policy-level interventions and work-related psychosocial risk management in the european union. *Work & Stress*, 24(3), 298-307.
- Lernihan, E., y Sweeney, J. (2010). Measuring levels of burnout among care workers: Elizabeth lernihan and john sweeney investigate the factors that affect staff coping strategies when working with people with communication difficulties. *Learning Disability Practice*, 13(8), 27-33.
- Levenstein, S., Prantera, C., Varvo, V., Scribano, M. L., Berto, E., Luzi, C., y Andreoli, A. (1993). Development of the perceived stress questionnaire: a new tool for psychosomatic research. *Journal of psychosomatic research*, 37(1), 19-32.
- Levi, L. (1981). *Preventing work stress*. Addison-Wesley Educational Publishers Inc.
- Lewig, K. A., Xanthopoulou, D., Bakker, A., Dollard, M. F., y Metzger, J. C. (2007). Burnout and connectedness among australian volunteers: A test of the job demands-resources model. *Journal of Vocational Behavior*, 71(3), 429-445.
- Linzer, M., Warde, C., Alexander, R. W., Demarco, D. M., Haupt, A., Hicks, L., ... Ibrahim, T. (2009). Part-time careers in academic internal medicine: A report from the association of specialty professors part-time careers task force on behalf of the alliance for academic internal medicine. *Learning Disability Practice*, 84(10), 1395-1400.
- Loscalzo, M. J. (2008). Palliative care and psychosocial contributions in

Bibliografía

- the icu. *ASH Education Program Book*, 2008(1), 481-490. Descargado de <http://asheducationbook.hematologylibrary.org/content/2008/1/481.abstract> doi: 10.1182/asheducation-2008.1.481
- Lunder, U., Furlan, M., y Simonič, A. (2011). Spiritual needs assessments and measurements. *Current Opinion in Supportive & Palliative Care*, 5(3), 273–278.
- Luthans, F., Avolio, B., Avey, J., y Norman, S. (2007). Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel Psychology*, 60(3), 541–572. Descargado de <http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6570.2007.00083.x> doi: 10.1111/j.1744-6570.2007.00083.x
- Luthans, K. W., Lebsack, S. A., y Lebsack, R. R. (2008). Positivity in healthcare: relation of optimism to performance. *Journal of health organization and management*, 22(2), 178–188.
- Lyubomirsky, S., King, L., y Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803-55.
- Mangano, G., Miele, G., Pastor, S., Pisanti, O., y Sarikas, S. (2011). Constraining the cosmic radiation density due to lepton number with big bang nucleosynthesis. *Journal of Cosmology and Astroparticle Physics*, 2011(03), 035.
- Marr, L. (2009). Can compassion fatigue? *Journal of Palliative Medicine*, 12(8), 739–740.
- Martins Pereira, S., Fonseca, A., y Carvalho, A. (2011). Burnout in palliative care: A systematic review. *Nursing Ethics*, 18(3), 317-326. Descargado de <http://nej.sagepub.com/content/18/3/317.abstract> doi: 10.1177/0969733011398092
- Martsof, D. S., y Mickley, J. R. (1998). The concept of spirituality in nursing theories: differing world-views and extent of focus. *Journal of Advanced Nursing*, 27(2), 294–303. Descargado de <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00519.x> doi: 10.1046/j.1365-2648.1998.00519.x
- Maslach, C., Schaufeli, W., y Leiter, M. P. (2009). Job burnout. *Annual*

Bibliografía

review of psychology, 52(1), 397–422.

- Mathieu, J., Ahearne, M., y Taylor, S. R. (2007). A longitudinal cross-level model of leader and salesperson influences on sales force technology use and performanc. *Journal of Applied Psychology*, 92(2), 528.
- Mauno, S., Kinnunen, U., y Ruokolainen, M. (2007). Job demands and resources as antecedents of work engagement: A longitudinal study. *Journal of Vocational Behavior*, 70(1), 149–171.
- McGrath, J. E., y Beehr, T. A. (1990). Time and the stress process: Some temporal issues in the conceptualization and measurement of stress. *Stress Medicine*, 6(2), 93–104. Descargado de <http://dx.doi.org/10.1002/smi.2460060205> doi: 10.1002/smi.2460060205
- Meda, R., Moreno-Jiménez, B., Palomera, A., Arias, E., y Vargas, R. (2012). La evaluación del estrés traumático secundario. estudio comparado en bomberos y paramédicos de los servicios de emergencia de guadalajara, méxico.
- Meier, D., Back, A., y Morrison, R. (2001). The inner life of physicians and care of the seriously ill. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 286(23), 3007-3014. Descargado de [+http://dx.doi.org/10.1001/jama.286.23.3007](http://dx.doi.org/10.1001/jama.286.23.3007) doi: 10.1001/jama.286.23.3007
- Meldrum, H. (2010). Exemplary physicians' strategies for avoiding burnout. *The Health Care Manager*, 29(4), 324–331.
- Meneghel, I., y Salanova, M. (2013). El camino de la resiliencia organizacional - una revisión teórica. *Revista de Psicología*, 31(2), 13–24.
- Meo, N., Hwang, U., y Morrison, R. S. (2011). Resident perceptions of palliative care training in the emergency department. *Journal of Palliative Medicine*, 14(5), 548–555.
- Michaels, R. M. (1996). Physician burnout. *Pennsylvania Medicine*, 99(5), 18–21.
- Michelle Rowe, M., y Sherlock, H. (2005). Stress and verbal abuse in nursing: do burned out nurses eat their young? *Journal of Nursing Management*, 13(3), 242–248. Descargado de <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2834.2004.00533.x> doi: 10.1111/j.1365-2834.2004.00533.x

Bibliografía

- Monroe, B., y Oliviere, D. (2006). *Resilience in palliative care achievement in adversity*. Oxford University Press.
- Mora, C. (2010). *Autoestima y asertividad en el trabajador y gerencia venezolana*. Descargado de <http://entorno-empresarial.com/articulo/4850/autoestima-yasertividad-en-el-trabajador-y-gerencia-venezolana>
- Morante, M. (2007). *Estrés traumático secundario en los servicios de urgencia médica en la comunidad de madrid* (Tesis Doctoral no publicada). Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España.
- Moreno-Jiménez, B., Alonso, M., y Álvarez, T. (1998). Sentido de coherencia, personalidad resistente, autoestima y salud. *Revista de Psicología de La Salud*, 13(2), 185–207.
- Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E., Corso, S., Boada, M., y 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., y Gálvez Herrer, M. (2013, 12). El efecto del distanciamiento psicológico del trabajo en el bienestar y la satisfacción con la vida: un estudio longitudinal. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 29, 145 - 151. Descargado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1576-59622013000300007&nrm=iso
- Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Carvajal, R., Garrosa Hernández, E., y Morante Benadero, M. E. (2008, 04). Terminal versus non-terminal care in physician burnout: the role of decision-making processes and attitudes to death. *Salud mental*, 31, 93 - 101. Descargado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000200003&nrm=iso
- Moretti, M. M., y Higgins, E. T. (1990). Relating self-discrepancy to self-esteem: The contribution of discrepancy beyond actual-self ratings. *Journal of Experimental Social Psychology*, 26(2), 108 - 123. Descargado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/>

Bibliografía

- 002210319090071S doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0022-1031\(90\)90071-S](http://dx.doi.org/10.1016/0022-1031(90)90071-S)
- Moutão, J. M., Alves, S. M., y Cid, L. (2013). Traducción y validación de la subjective vitality scale en una muestra de practicantes de ejercicio portugueses. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 45(2), 223–230.
- Myers, J. E., Sweeney, T. J., y Witmer, J. M. (2000). The wheel of wellness counseling for wellness: A holistic model for treatment planning. *Journal of Counseling & Development*, 78(3), 251–266. Descargado de <http://dx.doi.org/10.1002/j.1556-6676.2000.tb01906.x> doi: 10.1002/j.1556-6676.2000.tb01906.x
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Kyriakopoulos, D., Malamos, N., y Damigos, D. (2008). Personal growth and psychological distress in advanced breast cancer. *Breast*, 17(4), 382–386.
- Nahrgang, F. P., J. D. and Morgeson, y Hofmann, D. A. (2011). Safety at work: a meta-analytic investigation of the link between job demands, job resources, burnout, engagement, and safety outcomes. *Journal of Applied Psychology*, 96(1), 71–94.
- Najjar, N., Davis, L. W., Beck-Coon, K., y Carney Doebbeling, C. (2009). Compassion fatigue: A review of the research to date and relevance to cancer-care providers. *Journal of Health Psychology*, 14(2), 267–277. Descargado de <http://hpq.sagepub.com/content/14/2/267.abstract> doi: 10.1177/1359105308100211
- Nelson, D. L., y Cooper, C. (2005). Stress and health: A positive direction. *Stress and health*, 21, 73–75.
- Nielsen, K., Yarker, J., Brenner, S. O., Randall, R., y Borg, V. (2008). The importance of transformational leadership style for the well-being of employees working with older people. *Journal of advanced nursing*, 63(5), 465–475.
- Noble, S., Marie, A. N., y Finlay, I. (2008). Challenges faced by palliative care physicians when caring for doctors with advanced cancer. *Palliative Medicine*, 22(1), 71–76. Descargado de <http://pmj.sagepub.com/content/22/1/71.abstract> doi: 10.1177/0269216307084607
- Ntoumanis, N., y Standage, M. (2009). Motivation in physical education

Bibliografía

- classes a self-determination theory perspective. *Theory and Research in Education*, 7(2), 194–202.
- Nyssen, A.-S., y Hansez, I. (2008). Stress and burnout in anaesthesia. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 21(3), 406–411.
- Oberlin, S. (2007). Frecuencia de los síntomas del síndrome de burnout en profesionales médicos. *Revista Médica de Rosario*, 73, 12–20.
- Oficina Internacional del Trabajo. (1986). *Los factores psicosociales en el trabajo: reconocimiento y control*. Ginebra.
- Olson, K., y Kemper, K. J. (2014). Factors associated with well-being and confidence in providing compassionate care. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 19(4), 292–296.
- Ortega Ruiz, C., y López Ríos, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 137-160.
- Ortiz-Gómez, T., Birriel-Salcedo, J., y Ortega del Olmo, R. (2004, 05). Género, profesiones sanitarias y salud. *Gaceta Sanitaria*, 18, 189 - 194. Descargado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400030&nrm=iso
- Park, C. L., y Folkman, S. (1997). Factors associated with well-being and confidence in providing compassionate care. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 1(2), 115–144.
- Parker, P., y Kulik, J. A. (1995). Burnout, self-and supervisor-rated job performance, and absenteeism among nurses. *Journal of Behavioral Medicine*, 18(6), 581–599.
- Parker, S., y Ohly, S. (2008). Designing motivating jobs. *Work motivation: Past, present, and future*, 233-284.
- Patrick, K., y Lavery, J. (2007). Burnout in nursing. *The Australian journal of advanced nursing : a quarterly publication of the Royal Australian Nursing Federation*, 24(3), 43-8.
- Peiró, J. (1992). *Desencadenantes del estrés laboral*. Pirámide.
- Penderell, A., y Brazil, K. (2010). The spirit of palliative practice: a qualitative inquiry into the spiritual journey of palliative care physicians. *Palliative & Support Care*, 8(4), 415-20.

Bibliografía

- Perandones, T., Lledó, A., y Grau, S. (2010). Contribuciones de la psicología positiva al ámbito de la profesión docente. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1, 17–24.
- Peterson, C., y Barrett, L. C. (1987). Explanatory style and academic performance among university freshman. *Journal of personality and social psychology*, 53(3), 603–607.
- Pierce, J. L., Gardner, D. G., Cummings, L. L., y Dunham, R. B. (1989). Organization-based self-esteem: Construct definition, measurement, and validation. *Academy of Management journal*, 32(3), 622–648.
- Pines, A. M. (2004). Why are israelis less burned out? *European Psychologist*, 9(2), 69-77. Descargado de <http://dx.doi.org/10.1027/1016-9040.9.2.69> doi: 10.1027/1016-9040.9.2.69
- Popper, K., y de Zavala, V. (2008). *La lógica de la investigación científica*. Tecnos.
- Powers, B., Norton, S., Schmitt, M., Quill, T., y Metzger, M. (2011). Meaning and practice of palliative care for hospitalized older adults with life limiting illnesses. *Journal of Aging Research*. doi: 10.4061/2011/406164
- Price, D. M., y Murphy, P. A. (1984). Staff burnout in the perspective of grief theory. *Death Education*, 8(1), 47–58.
- Pronost, A.-M., Le Gouge, A., Leboul, D., Gardembas-Pain, M., Berthou, C., Giraudeau, B., ... Colombat, P. (2012). Relationships between the characteristics of oncohematology services providing palliative care and the sociodemographic characteristics of caregivers using health indicators: social support, perceived stress, coping strategies, and quality of work life. *Supportive Care in Cancer*, 20(3), 607-614. Descargado de <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-011-1139-3> doi: 10.1007/s00520-011-1139-3
- Purvanova, R. K., y Muros, J. P. (2010). Gender differences in burnout: A meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior*, 77(2), 168–185.
- Raab, K. (2014). Mindfulness, self-compassion, and empathy among health care professionals: A review of the literature. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 20(3), 95-108. Descargado de <http://dx.doi.org/10.1080/08854726.2014.913876> (PMID: 24926896) doi: 10.1080/

Bibliografía

08854726.2014.913876

- Rama-Maceiras, P. S., P., y Kranke, P. (2012). Job satisfaction, stress and burnout in anaesthesia. *European Journal of Anaesthesiology*, 29(7), 311–319.
- Ramirez, J., Graham, J., Richards, M., Cull, Gregory, W. M., Leaning, M. S., ... Timothy, R. (1995). Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *British Journal of Cancer*, 71(6), 1263–1269.
- Rees, J., King, L., y Schmitz, K. (2009). Nurses' perceptions of ethical issues in the care of older people. *Nursing Ethics*, 16(4), 436–452.
- Rodríguez Carvajal, E., y de Rivas Hermosilla. (2011). Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. *Medicina Y Seguridad Del Trabajo*, 57(1), 72–88.
- Rodríguez, F. J., Ramos, M. B., Pérez, S. I., García, L. R., y Diz, P. G. (2005). Relación de la calidad de vida profesional y el burnout en médicos de atención primaria. *Atención Primaria*, 36(8), 442 - 447. Descargado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656705705369> doi: <http://dx.doi.org/10.1157/13081058>
- Rodríguez-Carvajal, R., Méndez, D. D., Moreno-Jiménez, B., Abarca, A. B., y van Dierendonck, D. (2010). Vitalidad y recursos internos como componentes del constructo de bienestar psicológico. *Psicothema*, 22(1), 63–70.
- Rojas-Barahona, C. A., Zegers, B., y Forster, C. E. (2009, 06). La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Revista médica de Chile*, 137, 791 - 800.
- Ruiz-Quintanilla, S., y England, G. W. (1996). How working is defined: Structure and stability. *Journal of Organizational Behavior*, 17(S1), 515–540. Descargado de [http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1379\(199612\)17:1+<515::AID-JOB821>3.0.CO;2-G](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1099-1379(199612)17:1+<515::AID-JOB821>3.0.CO;2-G) doi: 10.1002/(SICI)1099-1379(199612)17:1+<515::AID-JOB821>3.0.CO;2-G
- Rushton, C. H., Kaszniak, A. W., y Halifax, J. S. (2013). A framework for understanding moral distress among palliative care clinicians. *Journal*

Bibliografía

- of Palliative Medicine*, 16(9), 1074–9.
- Ryan, R. (1995). Psychological needs and the facilitation of integrative processes. *Journal of personality*, 63(3).
- Ryan, R., y Deci, E. (2000a). Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 54–67. Descargado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0361476X99910202> doi: 10.1006/ceps.1999.1020
- Ryan, R., y Deci, E. (2000b). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American psychologist*, 55(1), 68–78. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.68
- Ryan, R., y Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141-166. Descargado de <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141> (PMID: 11148302) doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.141
- Ryan, R., y Frederick, C. (1997). On energy, personality, and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of Personality*, 65(3), 529–565. Descargado de <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6494.1997.tb00326.x> doi: 10.1111/j.1467-6494.1997.tb00326.x
- Ryff, C. D. (1989). Beyond ponce de leon and life satisfaction: New directions in quest of successful ageing. *International Journal of Behavioral Development*, 12(1), 35-55. Descargado de <http://jbd.sagepub.com/content/12/1/35.abstract> doi: 10.1177/016502548901200102
- Ryff, C. D., y Singer, B. H. (2006). Best news yet on the six-factor model of well-being. *Social Science Research*, 35(4), 1103–1119.
- Sansó, N., Galiana, L., Oliver, A., Pascual, A., Sinclair, S., y Benito, E. (2015). Palliative care professionals' inner life: Exploring the relationships among awareness, self-care and compassion satisfaction and fatigue, burn out, and coping with death. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50(2), 200–207.
- Schaufeli, W., Bakker, A., y Van Rhenen, W. (2009). How changes in job

Bibliografía

- demands and resources predict burnout, work engagement, and sickness absenteeism. *Journal of Organizational Behavior*, 30(7), 893–917.
- Schaufeli, W., Leiter, M., Maslach, C., y Jackson, S. (1996). The mbi-general survey. *Maslach Burnout Inventory Manual*, 3, 19–26.
- Schaufeli, W., Salanova, M., González-romá, V., y Bakker, A. (2002). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3(1), 71–92. Descargado de <http://dx.doi.org/10.1023/A:1015630930326> doi: 10.1023/A:1015630930326
- Schaufeli, W., y Van Rhenen, W. (2006). Over de rol van positieve en negatieve emoties bij het welbevinden van managers: Een studie met de Job-related Affective Well-being Scale (JAWS) / About the role of positive and negative emotions in managers' well-being: A study using the Job-related Affect. *Gedrag & Organisatie*, 19(4), 323–344.
- Scheier, M. F., y Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health psychology*, 4(3), 219–247.
- Scheier, M. F., y Carver, C. S. (1993). On the power of positive thinking: The benefits of being optimistic. *Current Directions in Psychological Science*, 2(1), pp. 26-30. Descargado de <http://www.jstor.org/stable/20182190>
- Scheier, M. F., Carver, C. S., y Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the life orientation test. *Journal of personality and social psychology*, 67(6), 1063–1078.
- Schulman, P., Seligman, M. E., y Amsterdam, D. (1987). The attributional style questionnaire is not transparent. *Behaviour Research and Therapy*, 25(5), 391 - 395. Descargado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0005796787900167> doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(87\)90016-7](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(87)90016-7)
- Sebire, S. J., Standage, M., y Vansteenkiste, M. (2008). Development and validation of the goal content for exercise questionnaire. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 30(4), 353.

Bibliografía

- Seccareccia, D., y Brown, J. B. (2009). Impact of spirituality on palliative care physicians: personally and professionally. *Journal of Palliative Medicine*, 12(9), 805–809.
- Seligman, M. E. (1968). Fundamental assumptions. *Psychologist*, 16(3).
- Seligman, M. E., y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychological Association*, 55(1).
- Selye, H. (1970). The evolution of the stress concept: Stress and cardiovascular disease. *The American Journal of Cardiology*, 26(3), 289–299. Descargado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0002914970907964> doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0002-9149\(70\)90796-4](http://dx.doi.org/10.1016/0002-9149(70)90796-4)
- Selye, H. (2002). The evolution of the stress concept: The originator of the concept traces its development from the discovery in 1936 of the alarm reaction to modern therapeutic applications of syntoxic and catatoxic hormones. *American Scientist*, 61(6), 692–699.
- Sepulveda, C., Marlin, A., Yoshida, T., y Ullrich, A. (2002). Palliative care: the world health organization's global perspective. *Journal of Pain and Symptom Manage*, 24(2), 91-6.
- Shanafelt, T. (2009). Enhancing meaning in work: A prescription for preventing physician burnout and promoting patient-centered care. *JAMA*, 302(12), 1338-1340. Descargado de [+http://dx.doi.org/10.1001/jama.2009.1385](http://dx.doi.org/10.1001/jama.2009.1385) doi: 10.1001/jama.2009.1385
- Shanafelt, T., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L., Sotile, W., Satele, D., ... Oreskovich, M. (2012). Burnout and satisfaction with work-life balance among us physicians relative to the general us population. *Archives of Internal Medicine*, 172(18), 1377-1385. Descargado de [+http://dx.doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3199](http://dx.doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3199) doi: 10.1001/archinternmed.2012.3199
- Shanafelt, T., Bradley, K., Wipf, J., y Back, A. (2002). Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals of Internal Medicine*, 136(5), 358-367. Descargado de [+http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-136-5-200203050-00008](http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-136-5-200203050-00008) doi: 10.7326/0003-4819-136-5-200203050-00008

Bibliografia

- Shanafelt, T., Chung, H., White, H., y Lyckholm, L. J. (2006). Shaping your career to maximize personal satisfaction in the practice of oncology. *Journal of Clinical Oncology*, *24*(24), 4020–4026.
- Shanafelt, T., y Dyrbye, L. (2012). Oncologist burnout: Causes, consequences, and responses. *Journal of Clinical Oncology*, *30*(11), 1235-1241.
- Shanafelt, T., Sloan, J. A., y Habermann, T. M. (2003). The well-being of physicians. *American journal of medicine*, *114*(6), 513–519.
- Shanafelt, T., West, C., Zhao, X., Novothy, P., Kolars, J., Haberman, T., y Sloan. (2005). Relationship between increased personal well-being and enhanced empathy among internal medicine residents. *Journal of general internal medicine*, *20*(7), 559-64.
- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., y Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management*, *12*(2), 164–176.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., y Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, *62*(3), 373–386. Descargado de <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20237> doi: 10.1002/jclp.20237
- Shirom, A. (1989). Burnout in work organizations. En C.-L. Cooper y I. Robertson (Eds.), *International review of industrial and organizational psychology* (pp. 25–448). New York.
- Siegrist, M., Cvetkovich, G., y Roth, C. (2000). Salient value similarity, social trust, and risk / benefit perception. *Risk Analysis*, *20*(3), 353-362.
- Sinclair, S. (2011). Impact of death and dying on the personal lives and practices of palliative and hospice care professionals. *Canadian Medical Association Journal*, *8*(2), 180–187.
- Sinclair, S., y Chochinov, H. M. (2012). The role of chaplains within oncology interdisciplinary teams. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, *6*(2), 259–68.
- Snyder, C. R., Lopez, S. J., Aspinwall, L., Fredrickson, B. L., Haidt, J., Keltner, D., . . . Wehmeyer, M. (2002). The future of positive psychology: A declaration of independence. En C. R. Snyder y S. Lopez (Eds.),

Bibliografía

- Handbook of positive psychology* (pp. 751–768). New York: Oxford University Press.
- Solberg, V. S., y Viliarreal, P. (1997). Examination of self-efficacy, social support, and stress as predictors of psychological and physical distress among hispanic college students. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, *19*(2), 182–201.
- Sonnentag, S. (2012). Psychological detachment from work during leisure time: the benefits of mentally disengaging from work. *Current Directions in Psychological Science*, *21*(2), 114–118.
- Sonnentag, S., y Fritz, C. (2012). The recovery experience questionnaire: development and validation of a measure for assessing recuperation and unwinding from work. *Journal of Occupational Health Psychology*, *12*(3), 204–21.
- Sonnentag, S., y Unger, I. J. N. (2013). Workplace conflict and employee well-being: The moderating role of detachment from work during off-job time. *International Journal of Conflict Management*, *24*(2), 166–183.
- Staiger, D. O., Auerbach, D. I., y Buerhaus, P. I. (2010). Trends in the work hours of physicians in the united states. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, *303*(8), 747–753.
- Steger, M. (2012). Making meaning in life. *Psychological Inquiry*, *23*(4), 381–385. Descargado de <http://dx.doi.org/10.1080/1047840X.2012.720832> doi: 10.1080/1047840X.2012.720832
- Steger, M., Frazier, P., y Oishi, S. (2006). The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, *53*(1), 80–93.
- Steger, M., y Kashdan, T. B. (2013). The unbearable lightness of meaning: Well-being and unstable meaning in life. *The Journal of Positive Psychology*, *8*(2), 103–115. doi: 10.1080/17439760.2013.771208
- Suls, J., Green, P., y Hills, S. (1998). Emotional reactivity to everyday problems, affective inertia, and neuroticism. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *24*, 127–136.
- Sweetman, D., Luthans, F., Avey, J. B., y Luthans, B. C. (2011). Re-

Bibliografía

- relationship between positive psychological capital and creative performance. *Canadian Journal of Administrative Sciences / Revue Canadienne des Sciences de l'Administration*, 28(1), 4–13. Descargado de <http://dx.doi.org/10.1002/cjas.175> doi: 10.1002/cjas.175
- Tabachnick, B. G., y Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics*. Pearson.
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E., y Gruenewald, T. L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *The American Psychologist*, 55(1), 99–109.
- Tims, M., Bakker, A., y Derks, D. (2012). Development and validation of the job crafting scale. *Journal of Vocational Behavior*, 80(1), 173–186.
- Trzesniewski, K. H., Donnellan, M. B., Moffitt, T. E., Robins, R. W., Poulton, R., y Caspi, A. (2006). Low self-esteem during adolescence predicts poor health, criminal behavior, and limited economic prospects during adulthood. *Developmental Psychology*, 42(2), 381–90.
- Tsai, Y.-C., y Liu, C.-H. (2012). Factors and symptoms associated with work stress and health-promoting lifestyles among hospital staff: a pilot study in taiwan. *BMC Health Services Research*, 12(1), 199.
- Tugade, M. M., y Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of personality and social psychology*, 86(2), 320.
- Turnpenny, P., Alman, B., Cornier, A., Giampietro, P., Offiah, A., Tassy, O., ... Dunwoodie, S. (2007). Abnormal vertebral segmentation and the notch signaling pathway in man. *Developmental Dynamics*, 236(6), 1456–1474.
- Vachon, M. L. (1995). Staff stress in hospice/palliative care: a review. *Palliative Medicine*, 9(2), 91–122.
- Vachon, M. L. (1998). Caring for the caregiver in oncology and palliative care. *Seminars in Oncology Nursing*, 14(2), 152–157.
- Vachon, M. L. (2004). In the terminally ill, a wish to die is a manifestation of depression and should be treated accordingly. *Clinical Oncology*, 16(5), 319–320.
- Vachon, S., y Klassen, R. D. (2008). Environmental management and ma-

Bibliografía

- ufacturing performance: the role of collaboration in the supply chain. *International journal of production economics*, 111(2), 299–315.
- Vahey, D., Aiken, L., Sloane, D., Clarke, S., y Vargas, D. (2004). Nurse burnout and patient satisfaction. *Medical Care*, 42(2 Suppl), II57–II66.
- Valjee, L., y van Dyk, A. (2014). Impact of caring for people living with hiv on the psychosocial well-being of palliative caregivers. *Curationis*, 37(1). Descargado de <http://www.curationis.org.za/index.php/curationis/article/view/1201>
- Vallerand, R. J., Pelletier, L. G., Blais, M. R., Brière, N. M., Senecal, C., y Vallières, E. F. (1993). On the assessment of intrinsic, extrinsic, and amotivation in education: Evidence on the concurrent and construct validity of the academic motivation scale. *Educational and psychological measurement*, 53(1), 159–172.
- Vallerand, R. J., y Rousseau, F. L. (2001). Intrinsic and extrinsic motivation in sport and exercise: A review using the hierarchical model of intrinsic and extrinsic motivation. *Handbook of sport psychology*, 2, 389–416.
- Van Dierendonck, D., Abarca, A., Díaz, D., Jiménez, B. M., Gallardo, I., Valle, C., y Carvajal, R. R. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de ryff. *Psicothema*, 18(3), 572–577.
- Van Dierendonck, D., Garssen, B., y Visser, A. (2005). Burnout prevention through personal growth: a study from a transpersonal perspective. *International Journal of Stress Management*, 12(1), 62–77.
- Van Dierendonck, D., Rodríguez-Carvajal, R., Moreno-Jimenez, B., y Dijkstra, M. T. M. (2009). Goal integration and well-being: self-regulation through inner resources in the netherlands and spain. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 40(5), 747–760.
- Vansteenkiste, M., Lens, W., y Deci, E. (2006). Intrinsic versus extrinsic goal contents in self-determination theory: Another look at the quality of academic motivation. *Educational psychologist*, 41(1), 19–31.
- Vecchio, R. P. (1989). The meaning of working, now international research team, academic press, london, 1987. no of pages: x + 400. price: £38.00. *Journal of Organizational Behavior*, 10(1), 97–98.

Bibliografía

Descargado de <http://dx.doi.org/10.1002/job.4030100109> doi:
10.1002/job.4030100109

- Vera-Villaruel, P., Urzúa, A., Silvac, J. R., Paveza, P., y Celis-Atenas, K. (2013). Escala de bienestar de ryff: análisis comparativo de los modelos teóricos en distintos grupos de edad. *Psicología: Reflexão e Crítica*, 26(1), 106–112.
- Verhaeghe, R., Vlerick, P., Gemmel, P., Van Maele, G., y De Backer, G. (2006). Impact of recurrent changes in the work environment on nurses' psychological well-being and sickness absence. *Journal of Advanced Nursing*, 56(6), 646–656.
- Villa George, F., y Moreno Jiménez, B. (2013). Las expectativas laborales y el significado del trabajo. *Salud laboral: riesgos laborales psicosociales y bienestar laboral*, 361–382.
- Vázquez, C., Castilla, C., y Hervás, G. (2009). Reacciones ante el trauma: Resistencia y crecimiento. En E. Fernández-Abascal (Ed.), *Las emociones positivas* (pp. 131–148). Madrid: Pirámide.
- Warr, P. (2007). Searching for happiness at work. *Psychologist Leicester*, 20(12), 726.
- Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(4), 678–691.
- Watson, D., y Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96, 465–490.
- Webster, J., y Krist Janson, L. (2002). "But isn't it depressing?" the vitality of palliative care. *Journal of Palliative Care*, 18(1), 15–24.
- Weiss, R., y Kahn, R. (1960). Definitions of work and occupations. *Social Problems*, 8(2), 142–151. doi: 10.2307/799271
- Werner, E. E., y Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Cornell University Press.
- West, C., Dyrbye, L., Satele, D., Sloan, J., y Shanafelt, T. (2012). Concurrent validity of single-item measures of emotional exhaustion and depersonalization in burnout assessment. *Journal of General Inter-*

Bibliografía

- nal Medicine*, 27(11), 1445–1452. Descargado de <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-012-2015-7> doi: 10.1007/s11606-012-2015-7
- West, C., Huschka, M., Novotny, P., Sloan, J., Kolars, J. C., Habermann, T. M., y Shanafelt, T. (2006). Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: A prospective longitudinal study. *JAMA*, 296(9), 1071-1078. Descargado de <http://dx.doi.org/10.1001/jama.296.9.1071> doi: 10.1001/jama.296.9.1071
- West, C., Tan, A., Habermann, T., Sloan, J., y Shanafelt, T. (2009). Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. *JAMA*, 302(12), 1294–1300. Descargado de <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2009.1389> doi: 10.1001/jama.2009.1389
- Westaby, J., Versenyi, A., y Hausmann, R. (2005). Intentions to work during terminal illness: An exploratory study of antecedent conditions. *Journal of Applied Psychology*, 90(6), 1297-305.
- Winefield, A. H., y Tiggemann, M. (1990). Employment status and psychological well-being: A longitudinal study. *Journal of Applied Psychology*, 75(4), 455–459.
- Wong, P., y Fry, P. (1998). *The human quest for meaning: A handbook of psychological research and clinical applications*. Erlbaum.
- World Health Organization. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-9.
- Wright, T. A., y Cropanzano, R. (2007). The happy/productive worker thesis revisited. En *Research in personnel and human resources management* (Vol. 26, p. 269-307). Descargado de <http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1016/S0742-7301%2807%2926006-2> doi: 10.1016/S0742-7301(07)26006-2
- Wrzesniewski, A., y Dutton, J. E. (2001). Crafting a job: Revisioning employees as active crafters of their work. *Academy of Management Review*, 26(2), 179–201.
- Xanthopoulou, D., Bakker, A., Demerouti, E., y Schaufeli, W. (2007). The role of personal resources in the job demands-resources model. *International Journal of Stress Management*, 14(2), 121–141.

Bibliografía

- Xanthopoulou, D., Bakker, A., Demerouti, E., y Schaufeli, W. (2009). Reciprocal relationships between job resources, personal resources, and work engagement. *Journal of Vocational behavior*, 74(3), 235–244.
- Xanthopoulou, D., Bakker, A., Dollard, M. F., Demerouti, E., Schaufeli, W., Taris, T. W., y Schreurs, P. J. (2007). When do job demands particularly predict burnout? the moderating role of job resources. *Journal of Managerial Psychology*, 22(8), 766–786.
- Zapf, D. (2002). Emotion work and psychological well-being: A review of the literature and some conceptual considerations. *Human Resource Management Review*, 12(2), 237–268.
- Zavala, J. L. (2008). Estrés y burnout docente: conceptos, causas y efectos educación. *Educación. Pontificia Universidad Católica del Perú*, 17(32), 67–86.