

Estudi dels factors de risc personals, socioculturals i organitzacionals de la síndrome d'esgotament professional (*burnout*) en el personal mèdic a Catalunya.

Model multidimensional

## MEMÒRIA CIENTÍFICA FINAL



Nota: Aquest dibuix pertany a l'obra de Salvador Dalí i va ser donat al Dr. Simon Dolan durant el 2n Simposi sobre Gestió de l'Estrès, celebrat a Montecarlo, Mònaco, del 18 al 22 de novembre de 1979. Reproduït amb l'autorització explícita de © DASA Edicions N. V. 2005.

Realitzat per:

Institut d'Estudis Laborals (IEL)  
ESADE - Universitat Ramon Llull.

**Equip investigador:**

**Investigador principal:**

Dr. Dolan, S.

**Membres de l'equip de recerca:**

Cribillers, Francesc  
Díez Piñol, Miriam  
Doesborg, Boris  
García, Salvador  
Grau Martín, Raquel  
Peiró, Manel  
Sierra, Vicenta  
Soto, Eduardo  
Suriol, Xavier

## Contingut

Agraïments	4
Introducció	5
Antecedents	6
Objectius de la recerca	9
Metodologia	10
Resultats de l'estudi:	18
I. Anàlisi univariant	18
II. Relacions bivariants entre variables predictores i predites	36
III. Resultats de l'anàlisi multivariant: Configuracions de risc de <i>burnout</i>	40
Pla de difusió científica dels resultats de l'estudi	53
Conclusions	56
Limitacions de l'estudi	58
Bibliografia	59
Annexos:	
Annex 1. Descripció de les escales del qüestionari "Qüestionari sobre benestar professional i salut".	62
Annex 2. Taules amb resultats numèrics de les anàlisis bivariants portades a terme.	78
Figures:	
Figura 1. Model conceptual	
Figura 2. Relacions entre les subescales que mesuren desgast emocional	
Figures 3 a 26. Resultats univariants	
Figures 27 a 31. Resultats multivariants	

## Agraïments

- La realització d'aquest estudi ha estat possible gràcies a la col·laboració desinteressada dels col·legis professionals de metges de Girona, Lleida i Tarragona, que han fet d'intermediaris en el procés d'enviament dels qüestionaris als metges col·legiats.
- Hem d'agrair al Col·legi de Metges de Barcelona haver-nos proporcionat de manera desinteressada la base de dades dels facultatius col·legiats de la província de Barcelona, informació que ens ha facilitat la selecció de la mostra corresponent a la província de Barcelona.
- Finalment, voldríem agrair les col·laboracions individuals d'experts i professionals vinculats al sector de la salut a Catalunya, entre les quals cal destacar les valuoses contribucions del Dr. Angel Guevara.

## Introducció

A Espanya, l'avaluació dels accidents i riscos laborals continua essent associada principalment a qüestions de seguretat, higiene i ergonomia en el treball. Els riscos de caire més psicosocial han estat relegats a un segon terme. A què pot ser degut això? Deu ser que els riscos psicosocials són menys freqüents o amb una importància relativa respecte als altres riscos? No hem estat capaços de trobar en la literatura científica o professional arguments convincents per a aquestes qüestions. Massa sovint l'abordatge científic dels riscos psicosocials ha estat condicionat per un cert temor a obrir una mena de *capsa de Pandora* que no ens deixés tornar enrere i ens fes afrontar una situació d'incertesa, pors i dificultats a resoldre. En els inicis d'aquest estudi també vàrem viure aquesta situació, malgrat que després va poder ser superada i ens ha permès arribar a poder elaborar aquesta memòria, resultat del treball de recerca dut a terme en els passats dos anys. El nostre enfocament ha estat, en gran manera, intentar veure com podem fer que els professionals de la medicina a Catalunya gaudeixin de més vigor (en anglès el terme és conegut com a *positive behavior*). Des d'aquest enfocament ens interessa més veure com crear oportunitats a la feina que ajudin a crear entorns de treball *saludables* que posar en evidència només aquells punts febles que suposen una *patologia*.

La literatura científica ha demostrat al llarg dels anys la relació existent entre alguns dels riscos psicosocials, com poden ser l'estrès o el *burnout*, amb aspectes de personalitat, condicions de treball i la manera d'organitzar-se la feina. Això ha portat a intervencions des d'una vessant més individual. Per exemple, proporcionant estratègies personals per afrontar situacions d'estrès, entrenar en tècniques de relaxació o, també, una redefinició dels llocs de treball més *saludable*. El nostre estudi posa de manifest que, a més d'aquests factors, n'hi ha d'altres a tenir també en compte, com ara la percepció que tenen els treballadors sobre els valors culturals que dominen a les seves organitzacions i la congruència o incongruència que atorguen entre els seus valors personals i els de les organitzacions en les quals treballen. Això ens porta a plantejar-nos no només accions des de la perspectiva de la clínica o la psicologia personal, sinó que també requereix una intervenció des de la vessant més de la direcció de recursos humans, per tal de fomentar cultures organitzatives que afavoreixin més el *benestar* dels treballadors (entès el terme *benestar* en les vessants física, psicològica, laboral i social).

## Antecedents

La preocupació per l'estrès a la feina es remunta ja als anys seixanta, i té els inicis a Estats Units. Des de llavors s'ha anat prenent consciència de la importància d'estudiar i intervenir en aquest tipus de problemàtica laboral. A la Unió Europea l'estrès laboral s'ha convertit en el segon problema de salut més comú, que afecta el 28 % dels treballadors, després dels trastorns musculoesquelètics. Entre el 50 % i el 60 % del total de dies laborals perduts estan vinculats a l'estrès. Generalment l'estrès es dona quan la persona és incapaç de respondre de manera adequada als estímuls que provenen del seu entorn o quan només ho aconsegueix a un cost massa elevat per al seu organisme. L'*estrès a la feina* és, doncs, el desequilibri entre les aspiracions d'una persona i la realitat de les seves condicions de treball. L'Organització Internacional del Treball (OIT) es refereix a l'estrès laboral en els termes següents: *"Aquesta malaltia és un perill per a les economies dels països industrialitzats i en via de desenvolupament. Com que afecta la salut física i mental dels treballadors, la productivitat se'n ressent"*.

El terme *burnout* va ser establert per Maslach (1978). Fa referència a un tipus concret d'estrès laboral. Les conseqüències negatives del *burnout* es manifesten tant a escala individual com de l'organització:

- *A escala individual.* Provoca en la persona que el pateix un estat d'esgotament emocional; això és, el professional es sent cansat de tractar directament amb els pacients, i l'arriba a molestar la relació que hi té. També provoca un estat de despersonalització, és a dir, el/la professional es torna fred/a i distant amb els seus pacients. Finalment, comporta també un sentiment de manca de realització personal en el treball, que deriva en insatisfacció i desmotivació vers la feina. El professional es sent incompetent i fracassat en l'exercici de la seva professió. Es sent esgotat professionalment. Sent que té poc control sobre la qualitat de la seva feina, però es considera personalment responsable de l'èxit o del fracàs d'aquesta. Hi ha un estat de gran fatiga resultat d'un estrès mental i emocional perllongat que es desenvolupa progressivament, i que comença per sentiments d'inadequació a la tasca i evoluciona fins a un punt que les funcions físiques i mentals es deterioren realment. La depressió, l'ansietat, la irritabilitat i els problemes somàtics són manifestacions que també apareixen habitualment.
- *A escala de l'organització.* Comporta un increment de les absències del lloc de treball per problemes de salut, insatisfacció i desmotivació laborals, que repercuteixen directament en el clima laboral. Tot això es tradueix en importants pèrdues econòmiques anuals que han d'afrontar les organitzacions.

En els darrers vint anys s'ha incrementat l'interès per estudiar la *síndrome de burnout* com una de les principals causes de desmotivació, insatisfacció i absentisme laboral del personal sanitari (Atance, 1995). Al començament aquest tipus de problemàtica es catalogava dins de la terminologia genèrica d'*estrès* o també, de manera més específica, com a *estrès professional*. No és fins fa alguns anys que es comença a emprar el terme *burnout* per referir-se a un tipus molt concret d'*estrès* que afecta els professionals que presten un servei assistencial. L'etiologia del problema no és encara clara. No obstant això, alguns estudis han demostrat que hi ha una relació directa amb aspectes de l'entorn social, laboral i del mateix professional (Dolan i Renaud, 1992; Gil Monte i Peiró, 1997). La literatura ha demostrat també que, de tots aquests aspectes, les característiques de la feina són predictors significatius del *burnout*, com ara: el tipus de tasca, l'autonomia i el *feedback* en el treball, les competències professionals i la necessitat de creixement (Hackman i Oldham, 1980; Zurriaga *et al.*, 1998).

Aquest projecte ha volgut aprofundir en una problemàtica que afecta directament el personal mèdic i els centres hospitalaris d'arreu del món. Ens estem referint a l'anomenada *síndrome de burnout* (Maslach i Jackson, 1986). Es tracta d'un tipus d'*estrès* laboral del qual es desconeix encara l'etiologia. No se n'ha pogut establir encara el diagnòstic diferencial. Afecta directament l'estat de salut física i psicològica dels professionals que presten un servei assistencial, com ara metges i metgesses. A més de l'afectació de la qualitat de vida laboral dels professionals, repercuteix negativament en la qualitat dels serveis dels sistemes de salut pública i privada. Es tracta, doncs, d'un **problema laboral i de salut individual i d'organització d'abast internacional que requereix un pla d'intervenció també global.**

Un primer aspecte que vàrem tenir en compte és el fet de considerar-lo com un problema multidimensional. Cal estudiar la relació del *burnout* amb els diferents factors desencadenants: els trets o característiques individuals (personalitat, dades sociodemogràfiques...) de les persones que exerceixen aquest tipus d'activitat. O bé, factors vinculats amb la pròpia professió (vocació, carrera professional...). O, també, característiques de les organitzacions en les quals es treballa (cultura i valors de l'organització, comunicació, gestió del coneixement, avaluació del rendiment...). Una de les novetats d'aquest projecte ha estat haver inclòs en el disseny de la recerca variables i factors corresponents a totes tres dimensions, amb la finalitat de veure com n'és d'important cadascuna per entendre l'elevada prevalença d'aquesta síndrome en el conjunt de professionals de la medicina que es troben en actiu en aquests moments.

En segon lloc, vàrem tenir en compte que la forma de manifestar-se la síndrome no és sempre la mateixa. Depèn de factors culturals i organitzatius, a més dels purament individuals o sociodemogràfics. Per aquest motiu, s'han volgut comparar els resultats obtinguts a Catalunya amb els que ja s'han obtingut a Suècia, en un estudi de característiques similars (Dolan, Cannings i Díez, 2003).

En tercer lloc, es va considerar la responsabilitat i competència dels centres hospitalaris a l'hora de prevenir aquest tipus de problemes en el seu personal sanitari. Els resultats del projecte volen ajudar els centres a construir nous models de gestió clínica de caire transversal, que posin en funcionament mecanismes que proporcionin més suport als professionals.

Dins del sector sanitari, la salut laboral del personal facultatiu català és una de les qüestions que més preocupa des de l'àmbit tant organitzatiu, professional com de l'Administració pública. Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS), cinc de les deu patologies més incapacitants són psíquiques. A més, es disposa de dades que indiquen que els problemes mentals a l'entorn laboral augmenten arreu del món i en tots els sectors d'activitat professional. Per aquesta raó, s'estan portant a terme iniciatives pioneres per tal de fomentar una cultura de la prevenció dels riscos psicosocials als centres sanitaris catalans (en general). Des del Departament de Salut —CatSalut, ICS, per exemple— s'està treballant en l'elaboració d'una guia per a la bona praxis que ajudi a millorar la vigilància de la salut, en concret, els riscos psicosocials en els professionals de la sanitat catalana.

La figura següent (Figura 1) presenta el model conceptual que s'ha tingut en compte en el disseny de la recerca, des d'una perspectiva multivariant.



## Objectius de la recerca

Els objectius proposats a l'inici del projecte van ser aprofundir en la síndrome d'esgotament professional (*burnout syndrome*) que afecta directament el personal mèdic i els centres hospitalaris d'arreu del món. Per a això, es varen plantejar quatre objectius específics.

**Objectiu específic 1:** Dissenyar un nou instrument psicomètric per tal de mesurar la síndrome d'esgotament professional per a personal mèdic de centres hospitalaris.

**Objectiu específic 2:** Avaluar la relació existent entre factors de tipus individual, social, laboral o organitzatiu i l'aparició i prevalença de la patologia en el personal mèdic a Catalunya.

**Objectiu específic 3:** Comparar els resultats assolits en l'àmbit de Catalunya amb els obtinguts a Suècia, en el marc d'un estudi similar.

**Objectiu específic 4:** Difondre els resultats del projecte mitjançant les xarxes de relacions institucionals de les quals formen part els membres de l'equip de recerca que ha portat a terme el projecte.

## Metodologia

### Tipus d'estudi

Es tracta d'una recerca de caire *descriptiu-exploratori*, en la qual el factor d'estudi ha estat la incidència de la síndrome de *burnout* en el personal facultatiu català i el criteri d'avaluació ha estat l'estat de salut (mental i física) dels professionals. La hipòtesi és que determinades configuracions de factors (personals, professionals i organitzatius) fan augmentar el risc de *burnout* i, en conseqüència, deterioren la salut general de l'individu. Els objectius de l'estudi han estat determinar quins són els factors clau que expliquen un risc més elevat de *burnout* i els que estan més relacionats amb un estat de salut més favorable.

### Població d'estudi

La *població diana* de l'estudi ha estat l'univers de professionals de la medicina que exerceixen la seva professió als centres sanitaris de Barcelona, Tarragona, Lleida i Girona.

**Taula 1. Poblacions (N).**

Barcelona	Tarragona	Lleida	Girona
17.000	2.500	1.500	2.000
<b>23.000</b>			

La *població d'estudi* han estat els professionals de la medicina que han estat col·legiats a algun dels quatre col·legis professionals catalans (Barcelona, Girona, Lleida i Tarragona). S'ha assumit el fet que aquest col·lectiu necessita estar col·legiat per poder exercir professionalment, a diferència d'altres professions en les quals només és obligat per a l'exercici lliure de la professió. Per aquesta raó, la població d'estudi escollida pot ser representativa de la població diana a estudiar.

## Mostreig: tipus de mostreig, criteris de selecció de la mostra

En el nostre cas la *mostra* ha estat composta per 523 persones, de les quals hem disposat d'informació suficient per analitzar les dades obtingudes amb un error mostral del 5 %.

La mostra de Barcelona s'ha seleccionat mitjançant *mostreig aleatori simple*. En el cas de Lleida, Girona i Tarragona el mostreig que s'ha dut a terme era *no probabilístic*, és a dir, a on no intervé l'atzar. Tot seguit es descriuen les tècniques de selecció emprades en el cas de Barcelona i la resta de col·legis professionals que han estat diferents, a més dels criteris de selecció de la mostra que s'han emprat:

- En el cas de Barcelona, el tipus de mostreig aleatori emprat ha estat el *simple*. Després d'haver obtingut la llista de col·legiats/ades facilitada pel Col·legi de Metges de Barcelona, s'ha calculat la grandària necessària de la mostra per tal d'aconseguir un error mostral del 5 %. Aquest tipus de mostreig s'ha basat a seguir una regla aritmètica senzilla, escollint un de cada 10 casos. D'aquesta manera, s'han inclòs com a individus de la mostra les persones que apareixien en el lloc número 1, 10, 20, 30, etc. Amb aquest procediment s'ha arribat a enviar l'enquesta a un total de 2.172 persones de les que figuraven a la llista facilitada pel Col·legi.
- A la resta de casos el mostreig ha estat *no probabilístic*, i s'ha enviat l'enquesta a tot l'univers de la població d'estudi. El *criteri de selecció* ha estat el fet d'estar col·legiat/ada en el moment de realitzar l'estudi. El mètode emprat per a la selecció dels individus ha estat el *consecutiu*, ja que s'han triat totes les persones que complien el criteri de selecció, és a dir, estar col·legiat/ada. D'aquesta manera, han rebut l'enquesta totes les persones col·legiades, i ha coincidit el nombre de la població mostral amb el de la població diana que es volia estudiar.

El total de qüestionaris enviats ha estat de 8.172. La *n* final de la mostra ha quedat en 477 (un cop depurats els casos no vàlids), amb un error d'estimació del 0,044 %. A la taula següent es recullen les dades relatives a la mostra de l'estudi.

**Taula 2. N mostra i error d'estimació.**

Província	Qüestionaris enviats (N)	Qüestionaris rebuts	Percentatge de resposta
BARCELONA	2.172	149	7 %
GIRONA	2.000	210	10,5 %
LLEIDA	1.500	38	2,5 %
TARRAGONA	2.500	80	3 %
<b>Totals</b>	8.172	477	<b>Error d'estimació:</b> 0,044 %

### **Relació entre els criteris de selecció de la mostra i els resultats assolits**

Pel tipus de mostreig emprat, els resultats obtinguts a l'estudi poden ser extrapolats només a l'univers de professionals de la medicina que estan col·legiats a algun dels quatre col·legis que han participat a l'estudi. Però no podem dir que resulten generalitzables al conjunt de metges que exerceixen la professió a Catalunya, sobretot en el cas de Lleida i Tarragona, en què l'error d'estimació ha estat superior al 10 %.

Qualsevol error en el procés de mesura condiciona les conclusions de qualsevol estudi. En el nostre cas, vàrem tenir en compte els possibles *errors diferencials* (per exemple, que la mesura de la variable *burnout* estigués influïda per la desitjabilitat en la resposta i fes que contestessin més al qüestionari aquelles persones que estiguessin més malaltes) i també els *no diferencials* (que afecten totes les persones de la mostra de la mateixa manera, per exemple, el cas que l'escala de mesura emprada per avaluar el *burnout* no discriminés entre la població i trobéssim una baixa desviació estàndard en l'escala).

Per tal de corregir els possibles *errors diferencials*, vàrem controlar que no es donés aquest error mitjançant un estudi paral·lel, en el qual vàrem escollir un 7 % de les persones a qui s'havia enviat l'enquesta i no l'havien contestada. Aquestes eren de diferents edat, sexe i residència. Vàrem administrar la mateixa enquesta telefònicament. Els resultats obtinguts anaven en la mateixa línia que els obtinguts a l'estudi general. Aquests resultats ens donaven confiança que els resultats assolits podien ser interpretats, ja que mesuraven realment el que preteníem. Dit d'una altra manera, **la mostra de l'estudi no era només mostra patològica, esbiaixada per un efecte de desitjabilitat a l'hora de contestar**. La mostra incloïa tant casos de persones amb patologia com d'altres de sanes. Això ens permetia comparar diferents grups d'individus dintre de la població a estudiar. L'estudi de la distribució normal de l'escala emprada per mesurar la síndrome de *burnout* ha posat de manifest que existeix dispersió en les respostes donades pels individus, és a dir, l'escala discrimina les respostes donades per diferents grups de persones de la mostra.

## **Instrument de mesura**

### **Estructura del qüestionari:**

Un dels objectius de l'estudi ha estat dissenyar un nou instrument psicomètric (objectiu específic 1) per tal de mesurar la síndrome d'esgotament professional en el personal mèdic que treballa bàsicament a l'entorn hospitalari. El qüestionari s'ha anomenat "Qüestionari sobre benestar professional i salut". Aquest està estructurat en vuit apartats, a cadascun dels quals es mesuren diferents aspectes relacionats amb el benestar professional i la salut. En concret, els aspectes que mesura cada apartat són:

- La part 1 inclou les *variables sociodemogràfiques* que s'han emprat per estratificar la mostra de l'estudi.
- La part 2 descriu les *variables personals explicatives* que s'han tingut en compte en l'estudi.
- La part 3 inclou les *variables culturals* organitzatives que s'han mesurat.
- De la part 4 a la 7 es presenten les escales que mesuren les variables explicatives que fan referència a qüestions vinculades amb les *condicions de treball i l'organització de la feina*.
- Finalment, la part 8 mesura les variables que l'estudi vol explicar, la *síndrome d'esgotament professional* i una escala sobre *l'estat de salut general*.

### **Propietats psicomètriques del qüestionari desenvolupat:**

#### *Unidimensionalitat de les escales:*

A l'annex 1 es descriuen de forma exhaustiva cadascuna de les escales emprades, i es justifica de forma acurada la unidimensionalitat de cada un dels constructes desenvolupats. No obstant això, a continuació es presenta un resum de les variables emprades a l'estudi (Data List). S'hi detallen les fonts que s'han emprat a l'hora de construir les diferents escales, el número d'identificador a la base de dades, a més de les seves característiques psicomètriques.

Taula 3\_a. Resum descriptiu de les escales explicatives construïdes.

ESCALES	Nre. ítems (rang rta)	Cronbach Alpha	Mitjana	Desviació típica
<b>Personalitat tipus</b>	9 (1-7)	<b>0,67</b>	32,70	9,709
<b>Locus de control</b>	9 (1-5)	<b>0,752</b>	33,23	4,577
<b>Valors personals emocionals- relacionals</b> (comunicació eficaç, cooperació-companyia, gaudi emocional, empatia emocional).	4 (0-5)	<b>0,744</b>	20,34	2,936
<b>Valors personals ètics-universals</b> (aventura-valentia, idealisme-utopia, imaginació-creativitat)	3 (0-5)	<b>0,612</b>	13,39	2,680
<b>Valors personals instrumentals</b> (ordre-organització, pragmatisme- realisme, seguretat-prudència, simplificació de processos)	4 (0-5)	<b>0,686</b>	19,54	2,871
<b>Valors d'empresa emocionals- relacionals</b> (comunicació eficaç, cooperació-companyia, gaudi emocional, empatia emocional).	4 (0-5)	<b>0,896</b>	15,78	5,488
<b>Valors d'empresa ètics-universals</b> (humilitat, idealisme-utopia, igualtat, sacrifici-austeritat)	3 (0-5)	<b>0,741</b>	16,11	4,588
<b>Valors d'empresa instrumentals</b> (ordre-organització, pragmatisme- realisme, seguretat-prudència, simplificació de processos)	4 (0-5)	<b>0,817</b>	17,46	4,562

Taula 3\_b (cont.). Resum descriptiu de les escales explicatives construïdes.

ESCALES	Nre. ítems (rang rta)	Cronbach Alpha	Mitjana	Desviació típica
Pressió del temps	3 (1-4)	<b>0,775</b>	6,59	2,406
Càrrega de treball	8 (1-5)	<b>0,899</b>	29,86	6,558
Locus de control sobre el treball (autoritat a la presa de decisions)	9 (1-4)	<b>0,755</b>	23,06	4,641
Locus de control sobre el treball (habilitat discriminació)	6 (1-4)	<b>0,721</b>	12,312	2,789
Risc percebut de perdre la feina	S'han analitzat per separat els 5 ítems de l'escala.			
Apreciació professional	3 (1-4)	<b>0,661</b>	7,47	2,348
Demandes dels pacients	3 ítems extrets de l'escala de Burke (2001). S'han analitzat per separat perquè hi havia l'ítem 2 que no pesava al mateix factor.			
Manca d'equilibri treball-vida	6 (1-5)	<b>0,779</b>	16,29	4,268
Contacte amb pacients greus	3 ítems inicials. S'han analitzat per separat perquè hi havia l'ítem 1 que no pesava al mateix factor.			
Actitud davant dels canvis (lloc i continguts del treball)	3 (1-4)	<b>0,876</b>	6,53	2,899
Grau de responsabilitat	6 (1-5)	<b>0,742</b>	20,94	4,969
Influència professional	2 (1-3)	<b>0,651</b>	4,51	1,344
Equitat de condicions de treball i salarials	4 (1-6)	<b>0,698</b>	14,83	4,207
Satisfacció laboral	S'han analitzat per separat els 5 ítems de l'escala, ja que els ítems pesaven en escales diferents.			
Comunicació interna	12 (1-5)	<b>0,817</b>	32,77	8,100
Motivació intrínseca	13 (1-6)	<b>0,953</b>	62,88	10,367
Falta de suport social	S'han analitzat per separat els 4 ítems de l'escala.			
Falta de reciprocitat metge-pacient	4 (1-5)	<b>0,765</b>	11,822	4,112
Agressions (pacients i familiars)	S'han analitzat per separat els 4 ítems del factor.			

Taula 4. Resum descriptiu de variables a explicar.

ESCALES	Nre. ítems (rang rta)	Cronbach Alpha	Mitjana	Desviació típica
<b>Burnout (índex general SM)</b>	12 (1-7)	<b>0,922</b>	43,20	12,798
<b>Burnout (fatiga física - SM):</b> cansat, esgotat, fatigat.	4 (1-7)	<b>0,835</b>	15,97	4,505
<b>Burnout (desgast emocional - SM):</b> sense energia, estar fart, "sense piles", cremat a la feina i emocionalment fatigat.	4 (1-7)	<b>0,887</b>	14,38	5,305
<b>Burnout (Cognitive weariness - SM):</b> cansat per pensar amb claredat, dificultats de concentració, costa pensar, dificultat de pensar coses complexes.	4 (1-7)	<b>0,918</b>	12,81	5,158
<b>Burnout (desgast emocional - Uppsala)</b>	3 (1-5)	<b>0,83</b>	7,45	2,820
<b>SF12-PH (estat de salut física)</b>	www.imim.es	www.imim.es	51,3832	7,08681
<b>SF12-M (estat de salut mental)</b>	www.imim.es	www.imim.es	46,6445	10,15078

*Estudi de la consistència interna de les escales emprades per mesurar el burnout:*

A la literatura científica trobem que l'instrument psicomètric més emprat per mesurar el *burnout* ha estat el MBI (Maslach, 1982). No obstant això, en aquest estudi s'han emprat dos noves escales de mesura que han estat emprades en alguns estudis científics internacionals (tba ref). S'ha estudiat la correlació entre ambdues mesures de *burnout* (índex general SM\_Burnout i escala d'Uppsala) per tal de veure si van o no en el mateix sentit (independent del rang de resposta i els valors que adopta cadascuna).



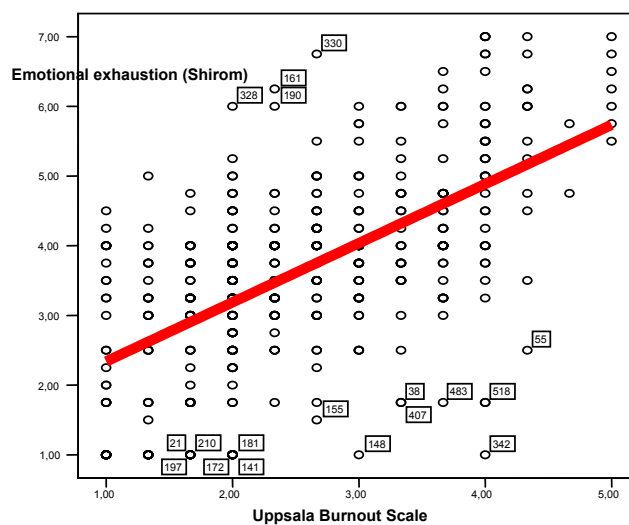
**Taula 5. Correlacions entre les diferents escales emprades per mesurar el *burnout*.**

		Uppsala Burnout Scale	Desgast emocional (Shirom)	Fatiga física (Shirom)	Cansament cognitiu (Shirom)	SM_Burnout (Shirom)
Uppsala Burnout Scale	Pearson Correlation	1				
	Sig. (2-tailed)					
	N	518				
Desgast emocional (Shirom)	Pearson Correlation	0,604(**)	1			
	Sig. (2-tailed)	0,000				
	N	515	518			
Fatiga física (Shirom)	Pearson Correlation	0,676(**)	0,853(**)	1		
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000			
	N	512	515	515		
Cansament cognitiu (Shirom)	Pearson Correlation	0,554(**)	0,800(**)	0,729(**)	1	
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000		
	N	513	515	514	516	
SM_Burnout (Shirom)	Pearson Correlation	0,660(**)	0,888(**)	0,925(**)	0,934(**)	1
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	
	N	511	514	514	514	514

\*\* La correlació és significativa al nivell del 0,01 (2-tailed).

Els resultats de la taula 5 indiquen en general correlacions altes entre els factors d'ambdues escales. Podríem considerar, doncs, que les dues escales mesuren el mateix fenomen, en el nostre cas el *burnout*. S'ha estudiat amb més detall el cas concret de la subescala Desgast emocional, emprada en totes dues escales de mesura. La figura següent (figura 2) mostra una relació lineal entre ambdues, i reforça la consistència interna de les unitats de mesura emprades a l'estudi.

**Figura 2. Relació entre les subescales de "Desgast emocional"**

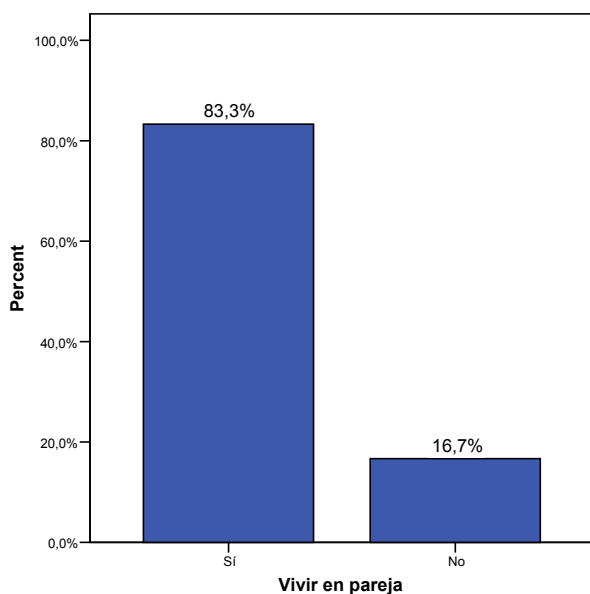
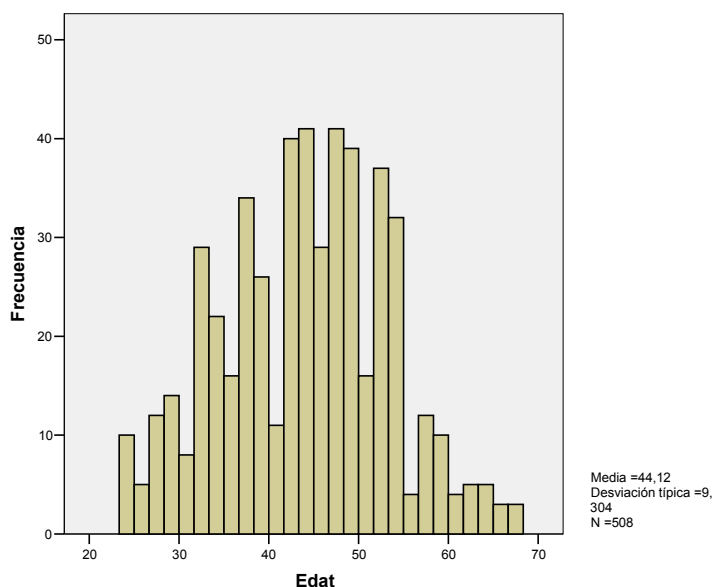
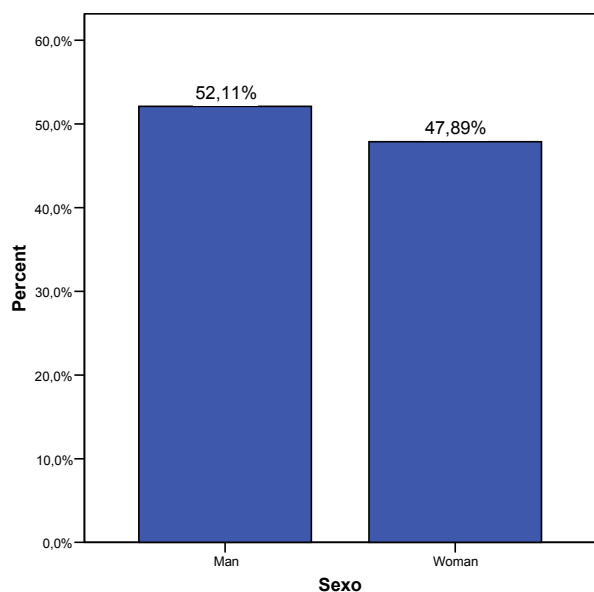


# Resultats de l'estudi

## I. A nivell univariant

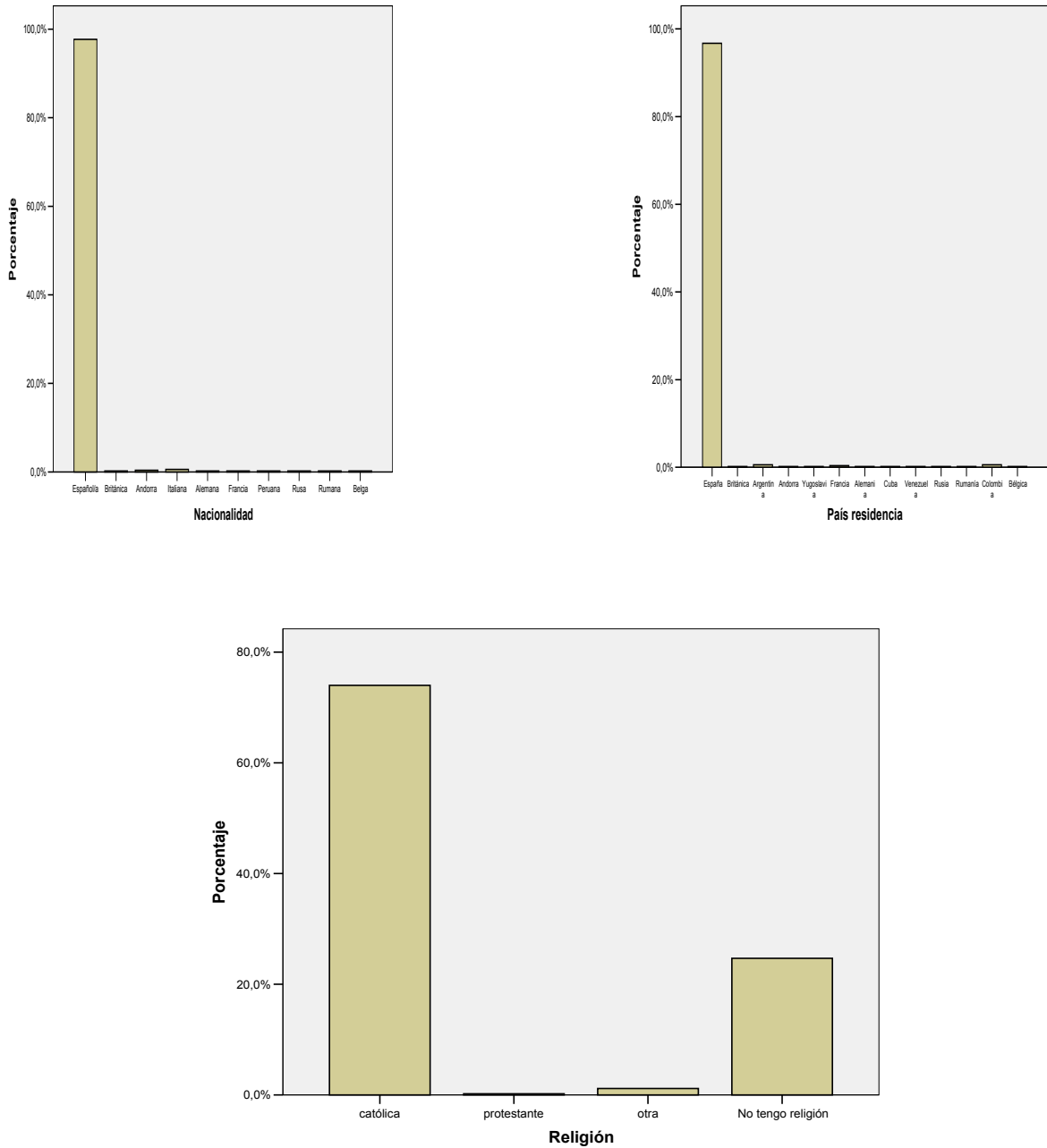
### I.1. Entorn personal:

Figura 3. Distribució de la mostra segons les variables sexe, edat i situació personal.



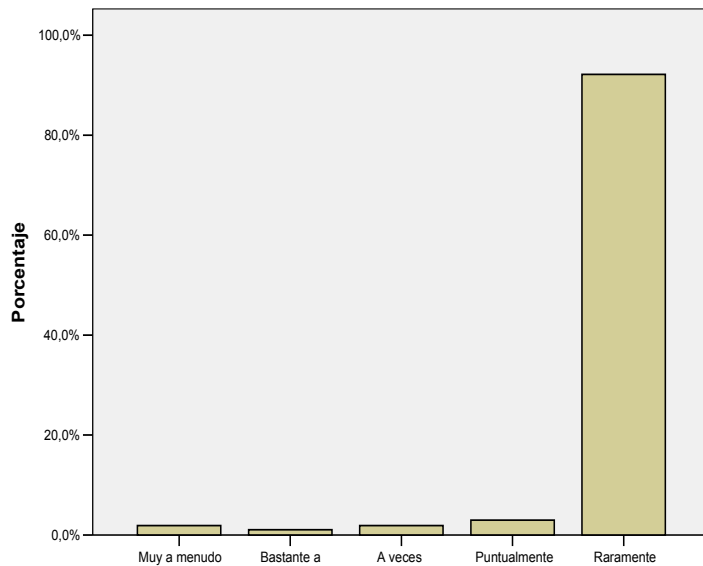
El nombre total de persones participants a l'estudi ha estat de 523. Segons la figura 3, el 52 % de la mostra són homes (272) i el 47,8 % dones (250). La mitjana d'edat es situa en els 44 anys. Només el 25 % de les persones enquestades tenen una edat superior a 50 anys. Pel que fa a la seva situació personal, un 83 % manifesten viure en parella.

**Figura 4. Distribució de la mostra segons nacionalitat, lloc de residència i creences religioses.**

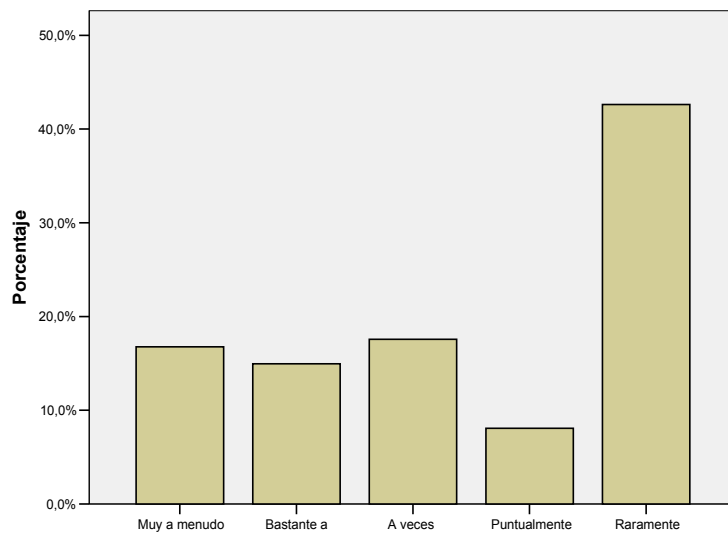


La figura 4 mostra com el perfil dels professionals que han respost l'enquesta (més del 90 % de les persones enquestades) correspon a una persona autòctona (és a dir, que ha nascut, treballa i resideix en el mateix país) i de religió catòlica majoritàriament (el 73,4 %).

**Figura 5. Pressió lingüística**



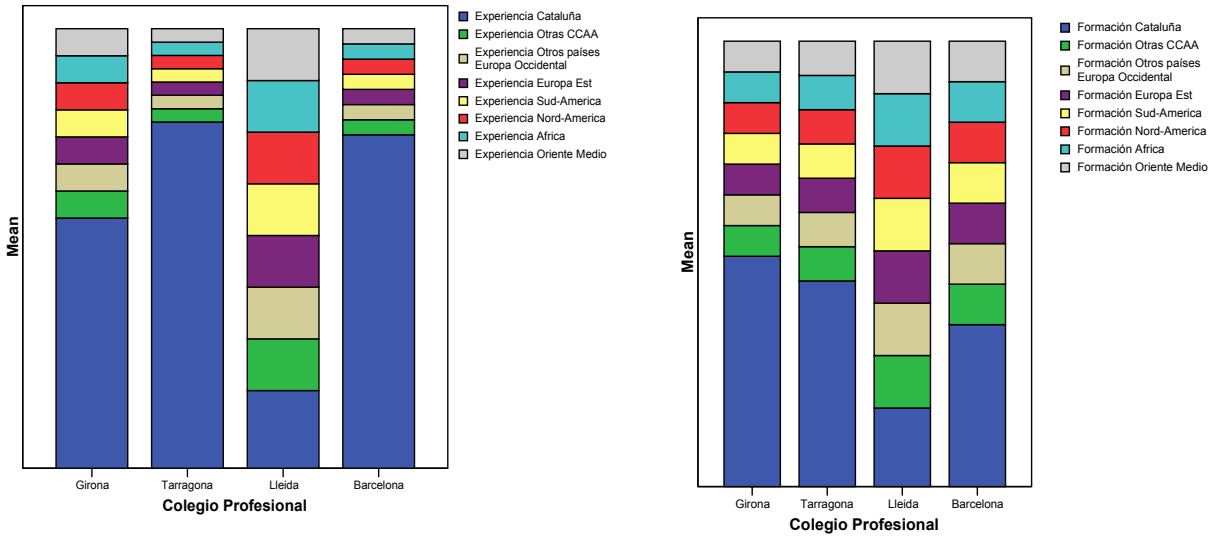
**Estic molest/a perquè el meu superior em parla en un altre idioma que no és la meua llengua materna**



**A la meua feina, m'he de comunicar en una altra llengua que no és la materna**

S'ha mesurat també el grau de pressió lingüística que perceben els enquestats en l'exercici de la seva professió (figura 5). Les dades indiquen que rarament s'han sentit molestos per raons de llengua en la comunicació amb el seu cap. En general, consideren que poden comunicar-se en la seva llengua materna.

**Figura 6. Mobilitat laboral i formativa**

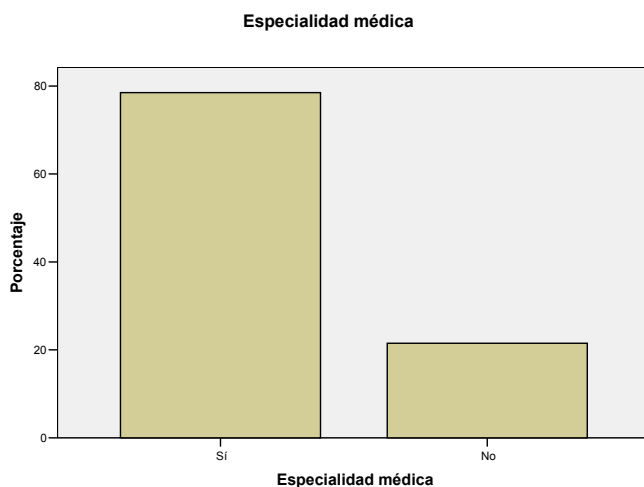


Les dades recollides a la figura 6 indiquen una escassa mobilitat (laboral o formativa) entre els metges enquestats. Els patrons són similars per als quatre col·legis professionals (Barcelona, Tarragona, Lleida i Girona). En general, sembla que el prototip de professional que treballa als centres sanitaris de Catalunya és el d'una persona formada a Catalunya i que es queda a treballar a la mateixa comunitat autònoma.

## I.2. Entorn laboral:

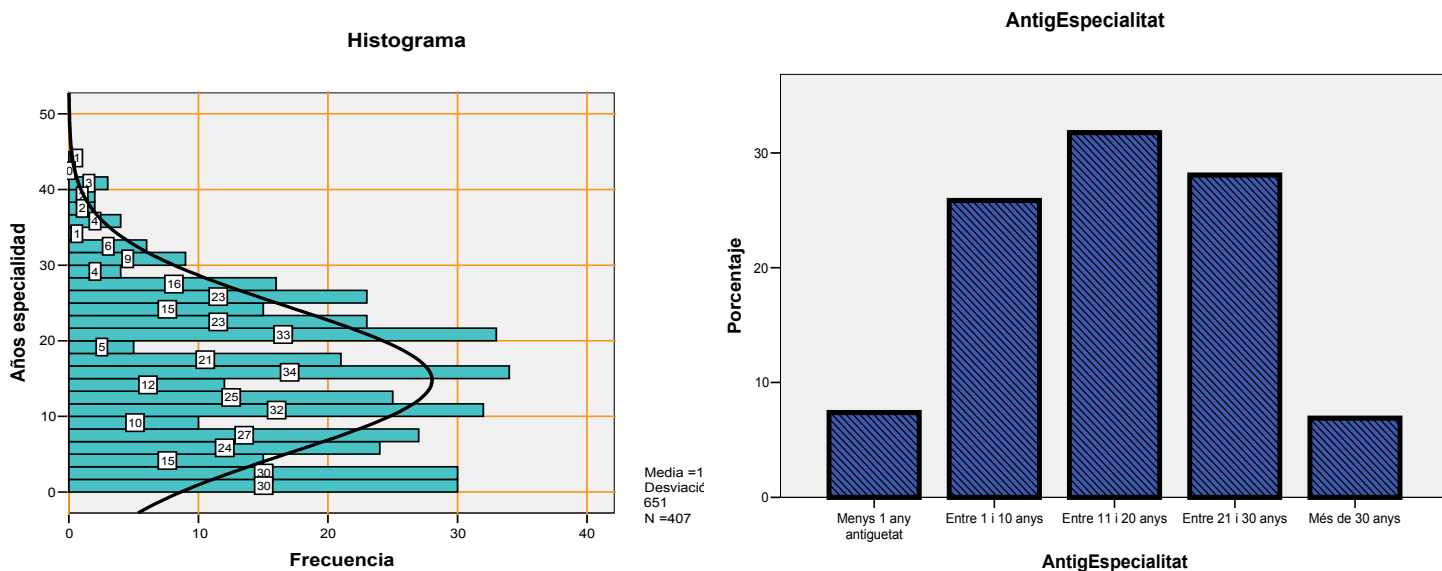
### I.2.1. Perfil professional:

**Figura 7. Especialitat mèdica**



El 77,4 % dels enquestats manifesten tenir una especialitat mèdica. Les especialitats més freqüents són les que tenen a veure amb medicina familiar i comunitària (el 17,8 %), pediatria (7,5 %), obstetrícia i ginecologia (5,9 %), medicina interna (5,4 %), neurologia (4,6 %) i cirurgia en general (4,2 %).

**Figura 8. Temps especialitat mèdica**

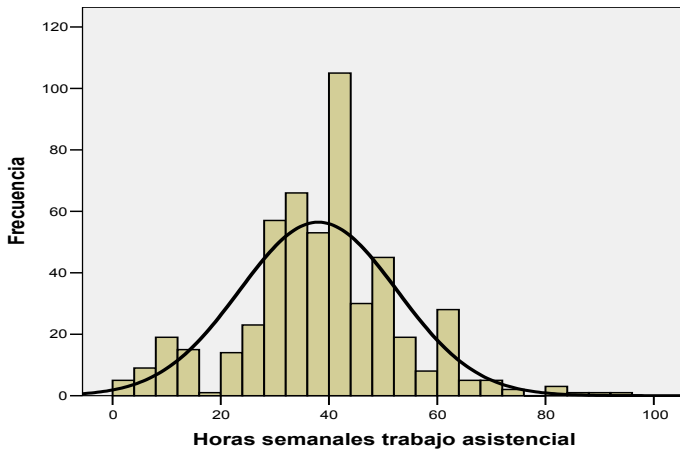


D'entre les persones que manifesten tenir especialitat mèdica, la mitjana d'anys d'exercici de l'especialitat és de 14,8. Un 5,7 % té menys d'un any d'especialitat, el 24,7 % fa entre 11 i 20 anys que treballa com a especialista i un 21,8 % entre 21 i 30 anys. Només el 5,4 exerceix com a especialista des de fa més de 30 anys.

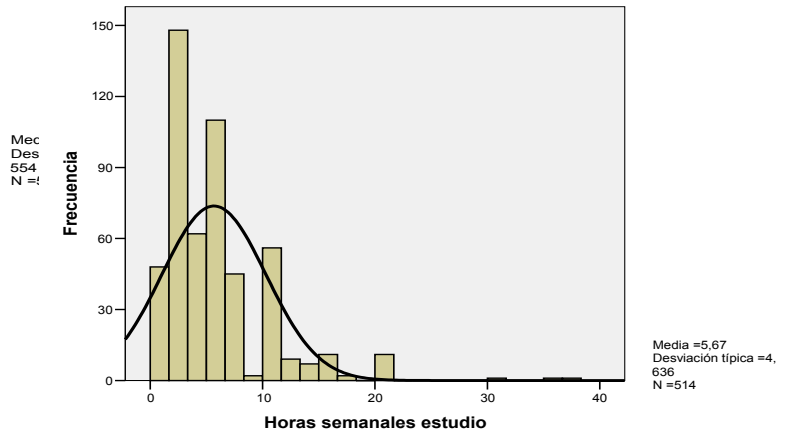
Una altra dimensió que defineix el perfil professional dels metges és tot el que té relació amb l'aspecte divulgatiu o científic de la professió. Des del punt de vista de la carrera professional dels professionals de la medicina, existeix actualment un debat a escala internacional sobre les àrees que han de sustentar el desenvolupament professional dels metges, incloent-hi activitats d'atenció al malalt, dedicació a projectes de recerca mèdica i, també, la publicació d'articles científics. En el nostre estudi, s'han tingut en compte variables com ara el nombre d'articles publicats en revistes científiques (nacionals i internacionals) o l'assistència a congressos i altres esdeveniments mèdics, i també el temps destinat a la lectura d'articles científics.

**Figura 9. Hores setmanals dedicades a l'atenció sanitària i a l'estudi**

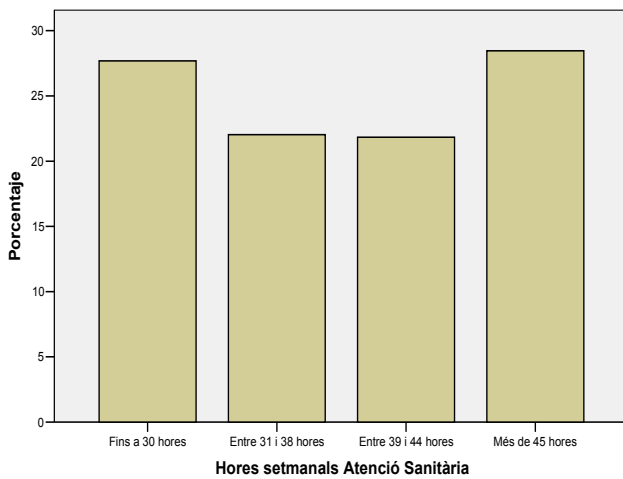
**Horas semanales trabajo asistencial**



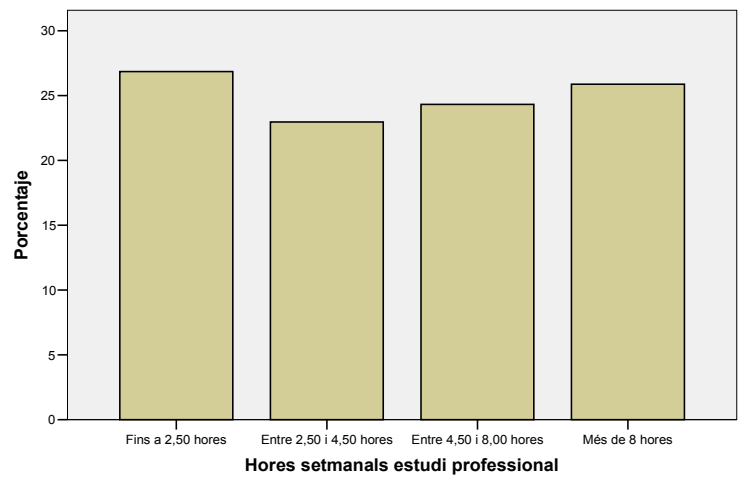
**Horas semanales estudio**



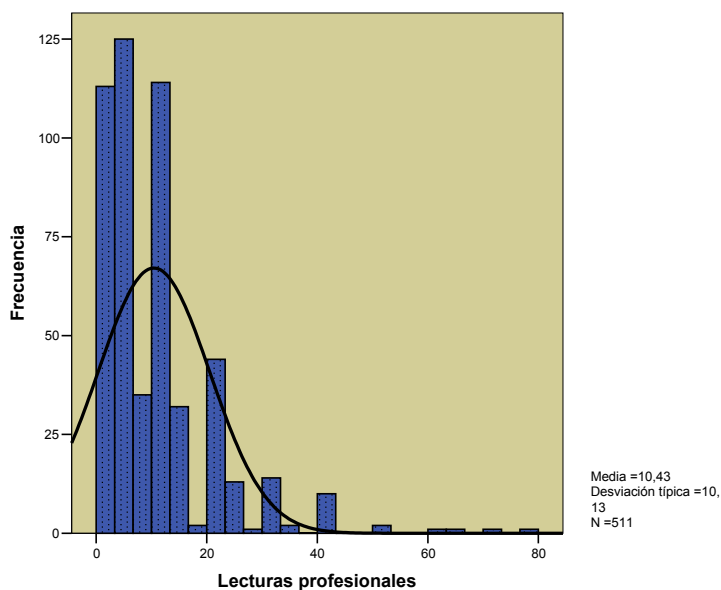
**Hores setmanals Atenció Sanitària**



**Hores setmanals estudi professional**



**Figura 10. Nombre mensual lectures professionals**

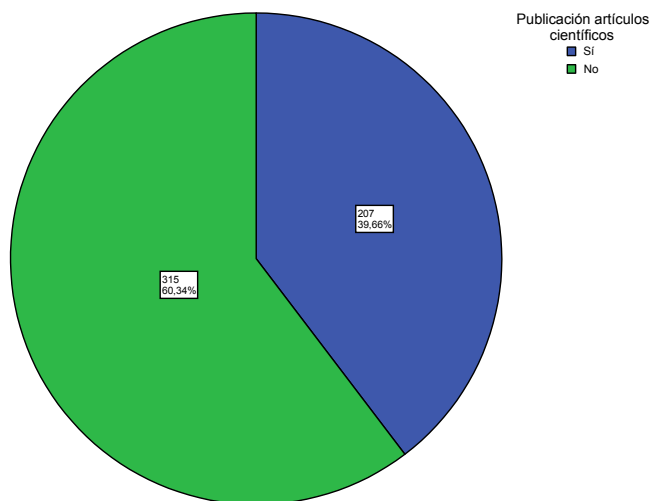


Les persones enquestades dediquen una mitjana de 38,01 hores a l'atenció directa a pacients (segons les dades de la figura 9). Només el 25 % dels enquestats dedica 30 o menys hores a l'atenció mèdica. Respecte a les hores setmanals que dediquen a reciclar-se en la seva professió, el 75 % dels enquestats no dedica més de 8 hores setmanals per poder estar al dia en la seva professió, i la mitjana se situa en unes 5,67 hores setmanals.

El nombre d'articles o llibres sobre temes relacionats amb la feina que llegeixen les persones enquestades és de 10, com a mitjana (figura 10).

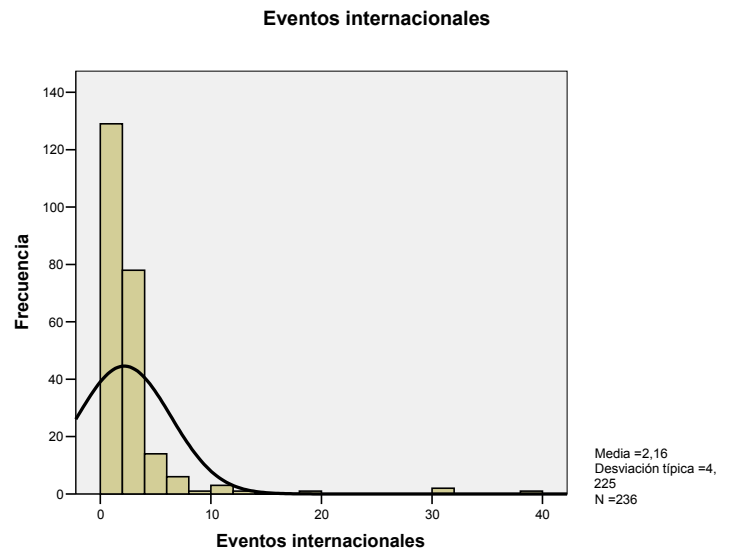
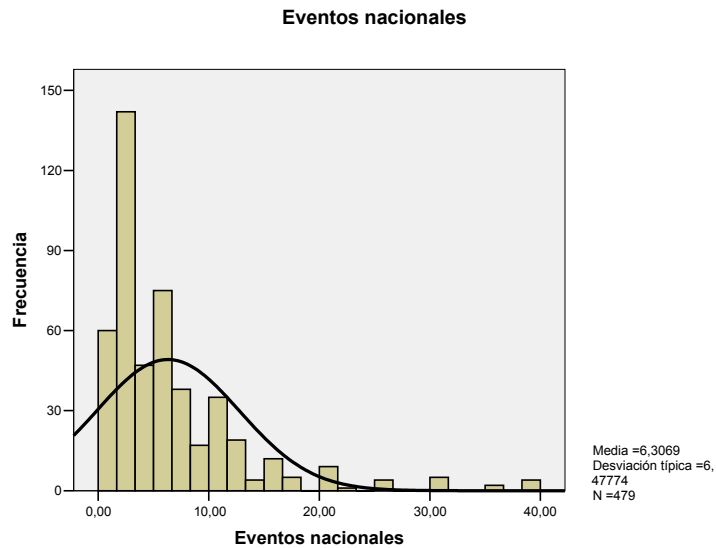
**Figura 11. Publicació articles científics (darrers 3 anys)**

La figura 11 mostra com aproximadament un 60 % de la mostra (en concret el 60,34 %) no ha publicat cap article científic en els darrers tres anys. En canvi, quasi el 40 % (en concret, 207 persones) sí que ho ha fet. El 76,7 % de les persones que han expressat que han publicat algun article en una revista nacional (180 dels enquestats) diu que la seva producció no supera els 3 articles. Aquesta proporció es veu reduïda en el cas de les publicacions en revistes internacionals, en què només responen 88 persones, de les quals un 74 % aproximadament només ha publicat 2 o menys articles.





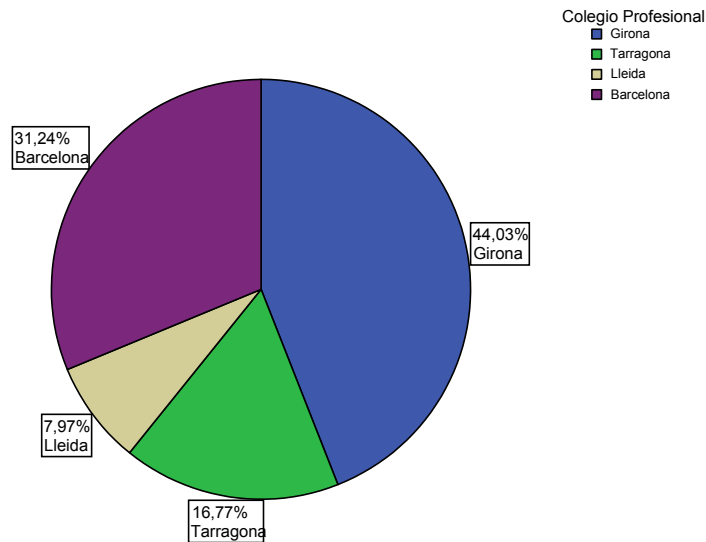
**Figura 12. Participació a Congressos/Conferències (darrers 3 anys)**



Un altre dels aspectes valorats pel que fa a la carrera professional és l'assistència a congressos i conferències científics en els darrers tres anys. Cal aclarir que no s'ha tingut en compte el fet que la persona hi assistís en qualitat d'oient o ponent. Les dades obtingudes (figura 12) apunten a més presència en esdeveniments nacionals que internacionals. La mitjana a escala nacional és de 6 esdeveniments; en canvi, la presència mitjana a escala internacional es redueix a 2 esdeveniments.

### I.2.2. Situació laboral actual:

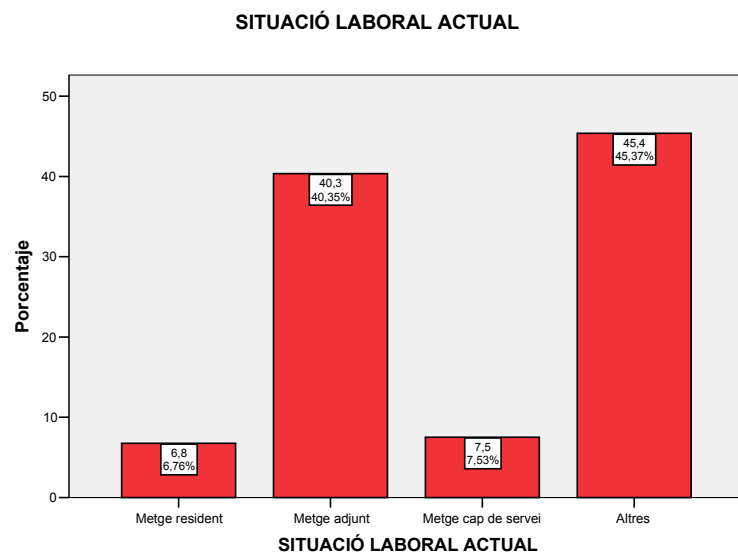
Figura 13. Adscripció a Col·legi professional



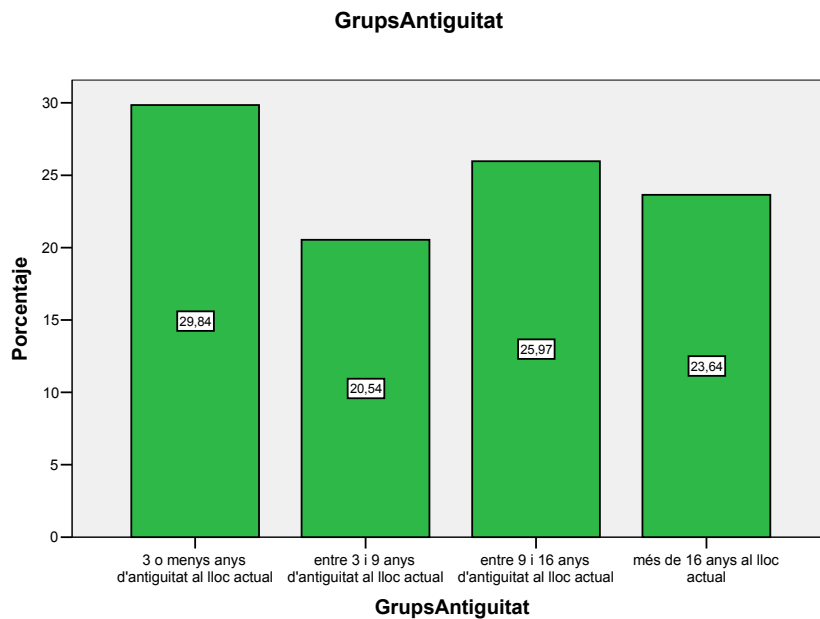
El 40,2 % (210 persones) dels enquestats procedien del Col·legi de Girona; el 15,3 % (80 persones) eren del Col·legi de Tarragona; el 7,3 % eren del Col·legi de Lleida (38 persones) i el 28,5 % (149 persones) corresponien al Col·legi professional de Barcelona. Un 8,8 % de la mostra ha estat exclosa (46 persones) per raons de *missing* en les seves respostes.

Figura 14. Situació laboral actual

El 40,3% de les persones enquestades treballava com a metge adjunt. Només el 6,8 % ocupava una plaça com a metge resident. El 7,5 % treballava com a cap de servei. A més, un 44,2 % de la mostra ocupava altres posicions que no eren les tres considerades a les seves respectives organitzacions



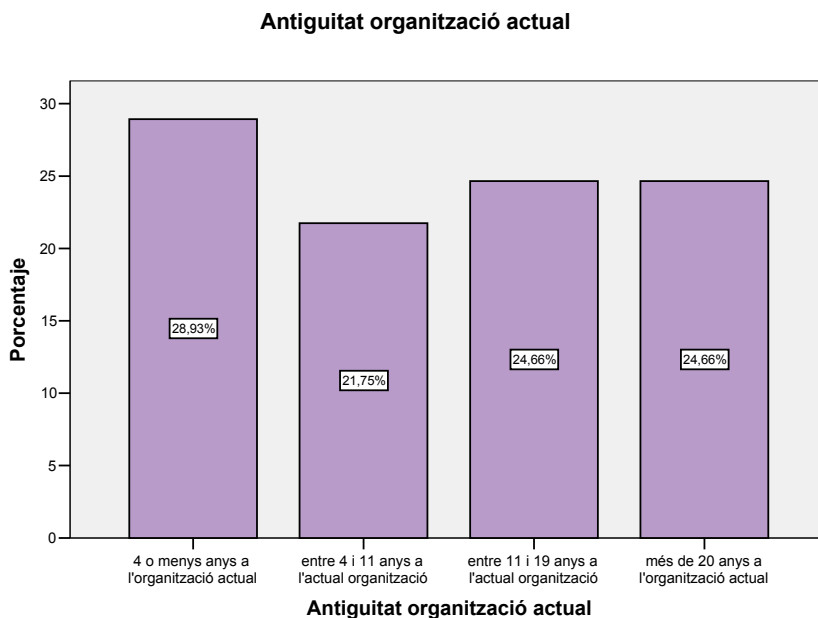
**Figura 15. Antiguitat al lloc de treball actual**



Com es veu a la figura 15, el grup més nombrós està format per persones que fa 3 anys o menys temps que ocupen el seu lloc de treball actual (representen el 29,8 % de la mostra). El segueix el grup format per persones que fa entre 9 i 16 anys que són a la mateixa organització (el 25,97%). Seguides per les que fa més de 16 anys (23,6 %) i, finalment, les que fa entre 4

i 9 anys (el 20,54 %). Aquestes dades ens indiquen que es tracta de persones amb un elevat grau d'estabilitat laboral, que han anat desenvolupant la seva trajectòria professional en una mateixa organització, sense canviar massa de lloc de treball. Des del punt de vista organitzatiu, aquestes dades sembla que apunten a un ús més aviat reduït de la promoció interna, ja que es tracta de persones que fa molt de temps que són al mateix lloc de treball que porten molt de temps al mateix lloc de treball.

**Figura 16. Antiguitat a l'organització actual**



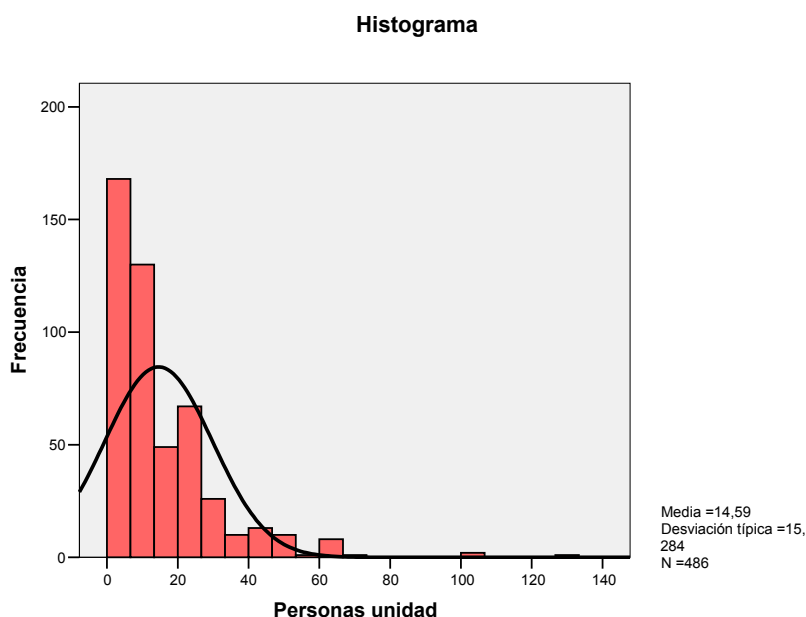
La figura 16 és molt similar a l'anterior. Això sembla apuntar que les persones enquestades fa molts anys que treballen a la mateixa organització. Més del 50 % fa més d'11 anys que hi és. Només un 10 % dels enquestats diu que fa menys d'un any que hi és..

**Figura 17. Tipus d'organització**

Un 29,04 % de la mostra treballa a centres d'atenció primària o ambulatoria (figura 17). El 35,58 % ho fa a centres hospitalaris públics i només el 9,25 % a hospitals privats. Un 18,27 % treballa a entitats privades (com ara mútues, clíniques privades...). Cal aclarir que inicialment estava previst accedir només al personal que treballés a centres hospitalaris. No obstant això, per raons del disseny de l'estudi es va estimar oportú instrumentalitzar la recollida de dades mitjançant els professionals col·legiats, raó per la qual hi ha hagut més heterogeneïtat respecte al tipus de centre mèdic en el qual es treballa actualment.



**Figura 18. Dimensionament Unitat**



La magnitud de les unitats o departaments és relativament reduïda. La mitjana de persones per departament o unitat és de 14-15. Només en el 25 % dels casos les unitats superen les 20 persones.

### Condicions de treball:

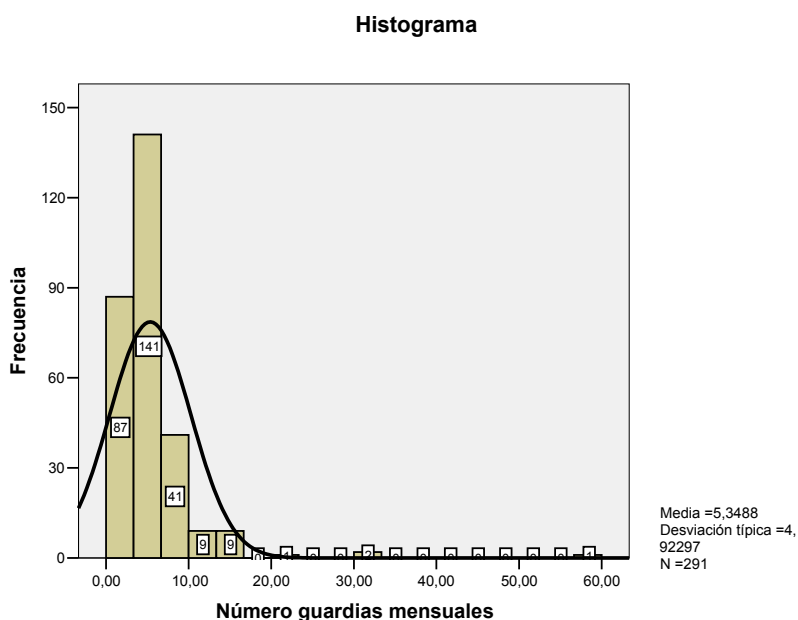
S'entén com a *condició de treball* qualsevol característica del lloc que pugui tenir una influència significativa en el resultat del treball, la salut i la seguretat de la persona que ocupi el lloc de treball.

Les característiques del lloc que s'han avaluat són les següents:

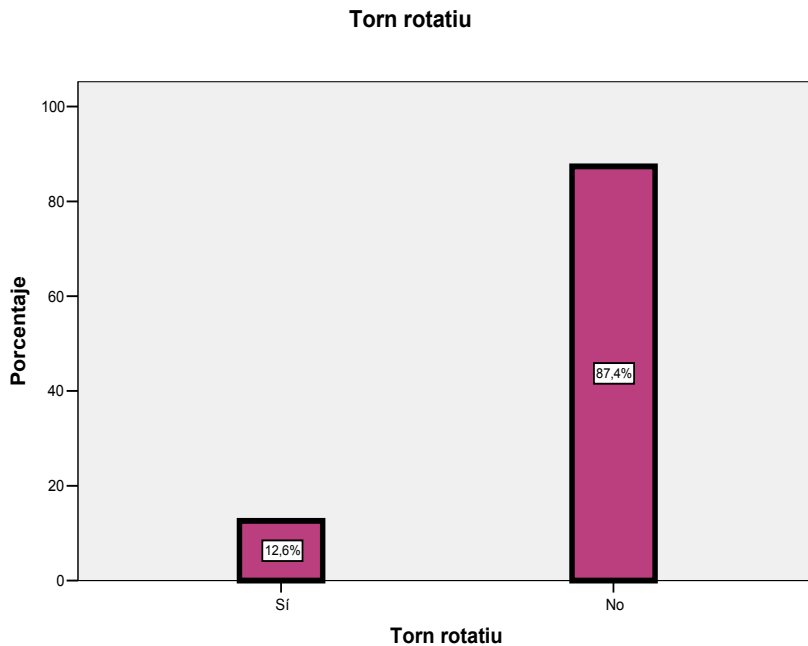
- *Aspectes referits a la racionalització del temps*, com ara la **realització de guàrdies** i el fet de tenir o no un **torn rotatiu**. Pel que fa al primer factor, una mica més de la meitat de la mostra realitza guàrdies de forma regular (el 54,1 %). En canvi, pel que fa al tipus de torn de treball, només el 12,2 % té un torn rotatiu.

Figura 19. Nombre guàrdies mensuals

Un 54,1 % de les persones enquestades verbalitza que fa guàrdies regularment. La mitjana de guàrdies mensuals per professional és de 5 (figura 19). En general, de les 291 persones que han contestat la pregunta respecte al nombre de guàrdies que fan al mes (de mitjana), el 75 % diuen que fan menys de 6 guàrdies.

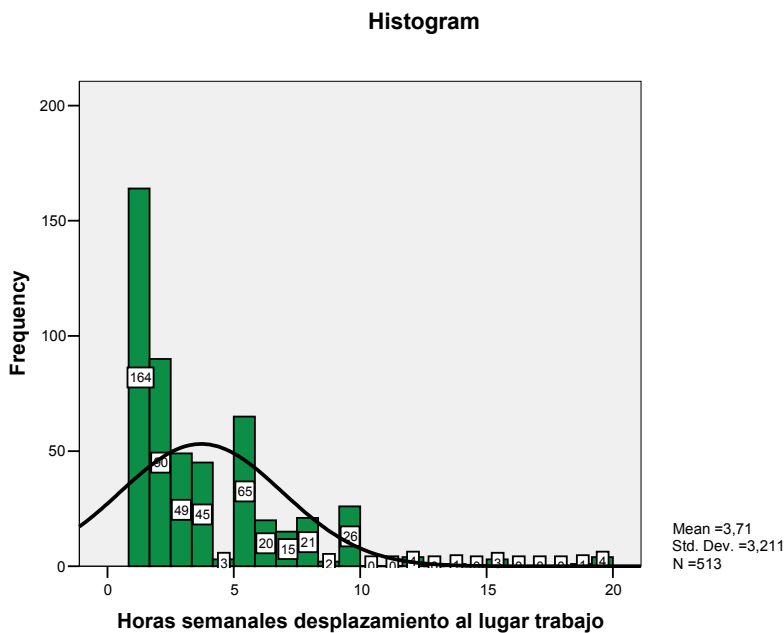


**Figura 20. Treballa en torns rotatius**



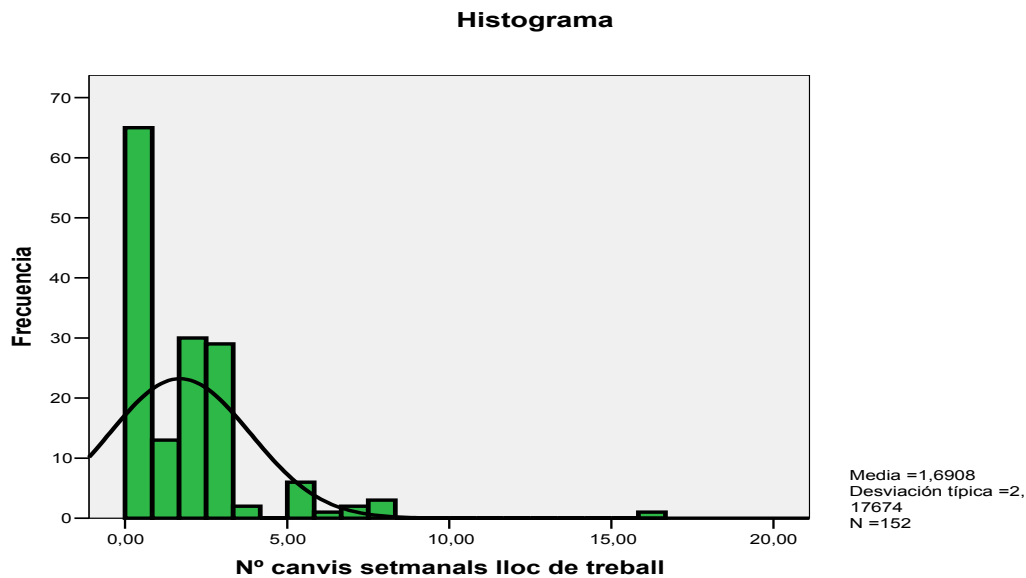
El 87,4 % de les persones enquestades manifesta no treballar en torns rotatius (figura 20). En canvi, només un 12,6 % de la mostra expressa que sí que treballa en torns rotatius. S'ha vist que dins d'aquest tant per cent que manifesta que el seu torn de treball no és sempre el mateix, hi ha un nombre elevat de persones que hi fan guàrdies, en concret un 75 % de les que tenen torn rotatiu.

**Figura 21. Temps desplaçament al lloc de treball**



També s'ha tingut en compte el temps que empra el professional per traslladar-se al lloc de treball (figura 21). En aquest sentit, el 25,6 % de les persones enquestades comenten que inverteixen un temps igual o inferior a 1 hora setmanal. Això indica que la majoria resideixen a prop del lloc de feina.

Figura 22. Polivalència funcional



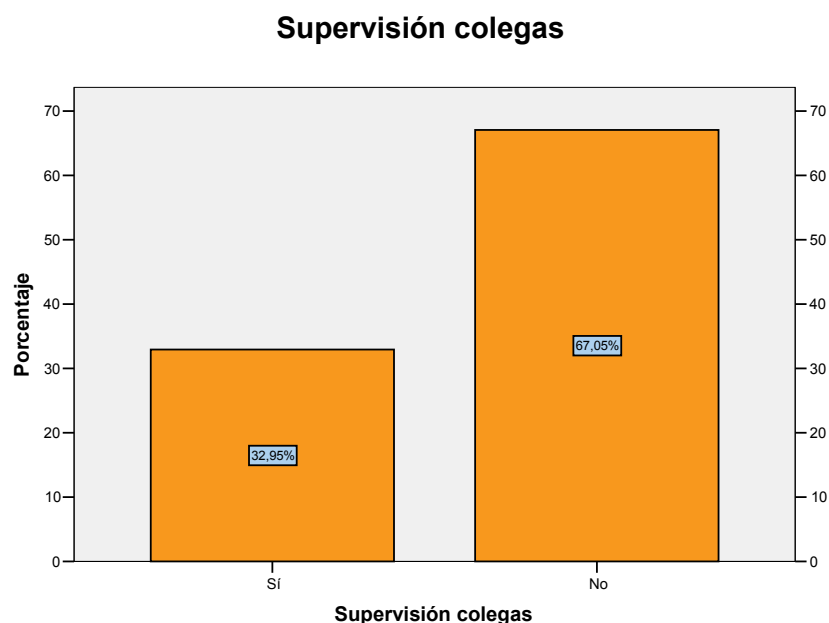
A la pregunta “Nombre total de canvis de lloc de treball a la setmana”, només 152 de les persones enquestades han respost. D’aquestes, el 42,8 % han dit que no canvien cap vegada. Un 19,7 % diu que canvia fins a 2 cops i el 17,8 % ho fa fins a 3. La mitjana de canvis per setmana es situa en el valor 1,6, és a dir, no arriba a 2 canvis setmanals (figura 22).

### Organització del treball:

Fa referència a totes les característiques relacionades amb el tipus de tasca a desenvolupar (funcions del lloc), així com el sistema de coordinació que existeixi, entre d’altres. En concret, els factors que s’han tingut en compte són:

- *Responsabilitat sobre altres professionals mèdics.* El 66,2 % de les persones enquestades diuen que no han de supervisar altres col·legues en la realització de la seva feina. Només 170 dels professionals enquestats realitzen tasques que comporten la gestió de persones. Això implica que la major part de la mostra està sobretot orientada a millorar la seva activitat estrictament com a metges.

Figura 23. Supervisió a altres col·legues de feina

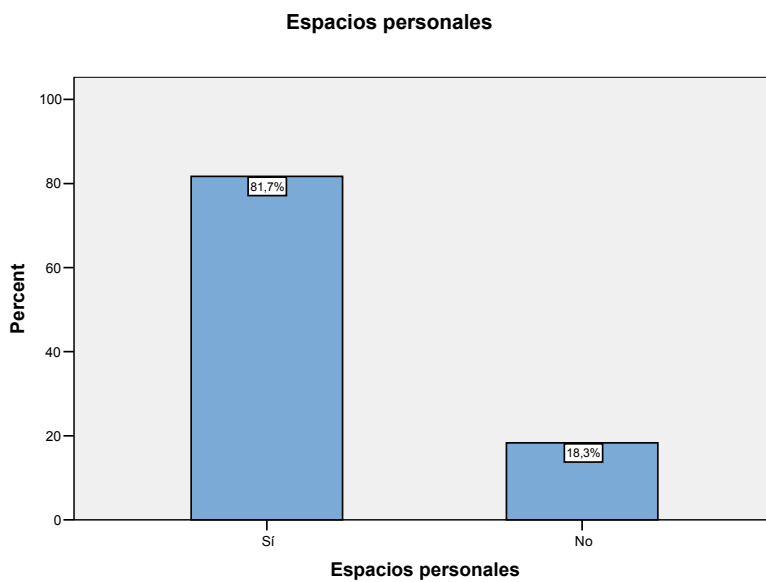
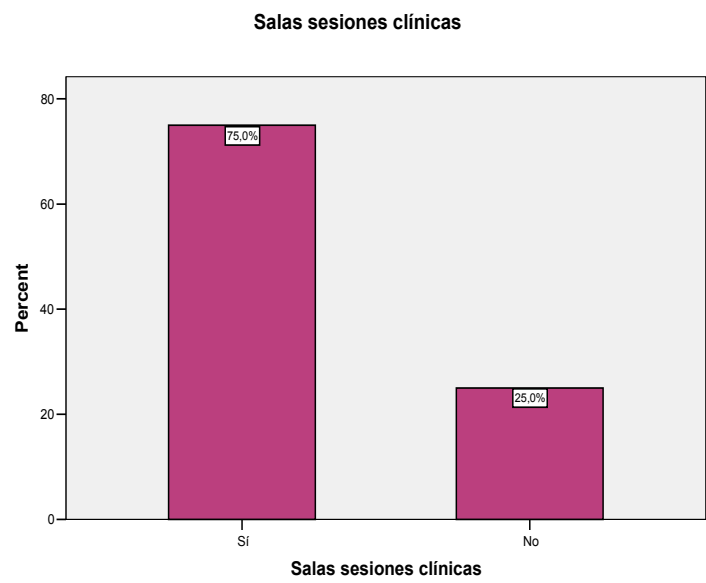
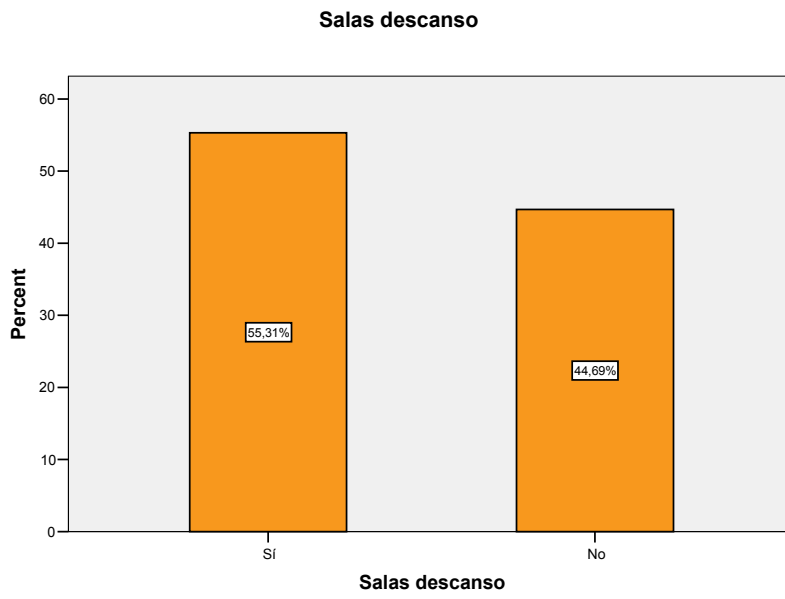


El 67,1 % de la mostra no realitza tasques de supervisió. El 32,9 % de les persones enquestades (figura 23) manifesta que a la seva feina han de supervisar el treball desenvolupat per altres companys. D'aquestes, la major part ho fan d'un nombre reduït de persones (inferior a 10). Només un 7,7 % d'elles tenen al seu càrrec més de mil persones.

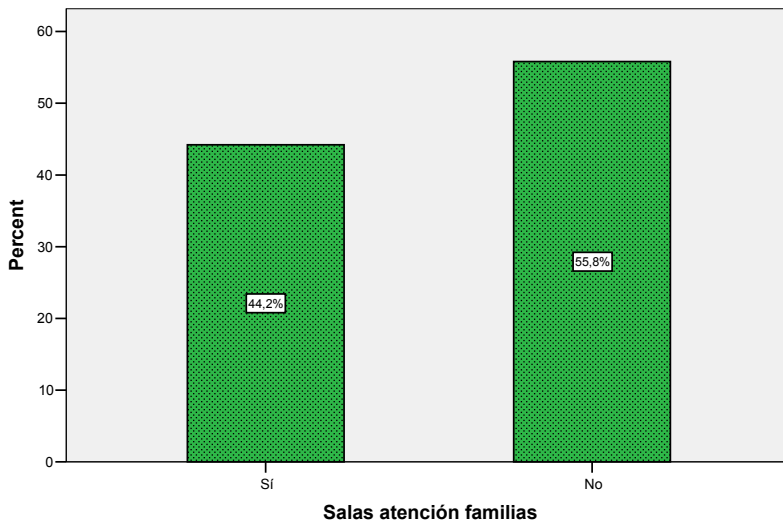
- *Realització d'activitats divulgatives i de difusió de l'activitat mèdica.* En concret, s'han tingut en compte la publicació d'articles científics i l'assistència a congressos i altres esdeveniments adreçats al personal mèdic. Pel que fa a la mostra de l'estudi, la major part de les persones enquestades han assistit a algun esdeveniment científic, de caire nacional o internacional, en els darrers tres anys. Només el 5 % diuen que no han estat a cap tipus d'esdeveniment nacional i el 14,3 % no ha anat a cap acte internacional. En canvi, pel que fa a la producció científica, un 60,2 % dels enquestats diuen que no han publicat cap article científic en els darrers tres anys. Aquestes dades indiquen una baixa incidència de la tasca de recerca científica entre els professionals enquestats, els quals tendeixen a invertir la major part del temps en la visita mèdica i, esporàdicament, a assistir a determinats actes mèdics.
- *Aspectes referits a l'espai físic en el qual es realitza el treball.* En aquest sentit, el 53 % de les persones enquestades diuen que no disposen de sales específiques per atendre les famílies dels pacients. En canvi, augmenta el nombre de professionals que sí que disposen d'espais per descansar (53,7 %), per a ús personal (81,1 %) o per realitzar sessions clíniques (73,4 %).



Figura 24. Habilitació determinats espais per a l'exercici professional i/o descans personal.



### Salas atención familias

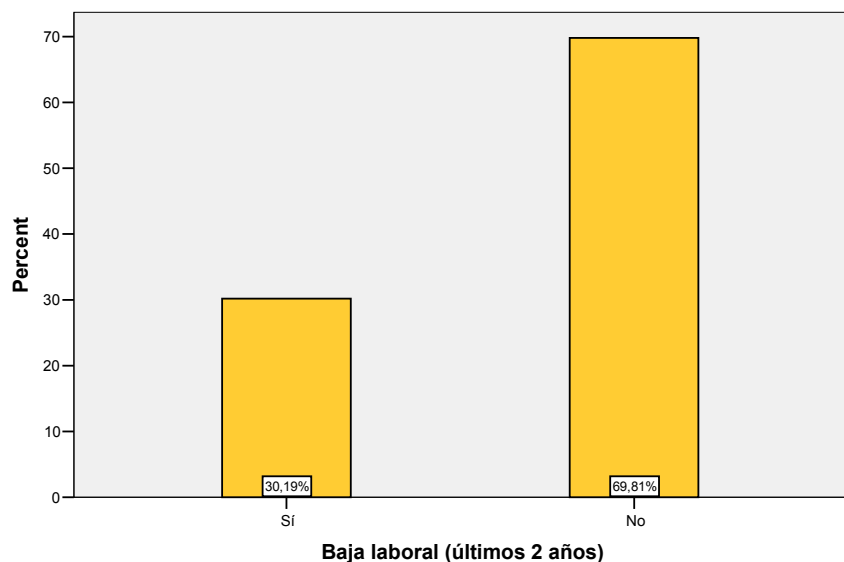


La figura 24 presenta la distribució del nombre de persones que diuen que sí que disposen de determinats espais per a usos específics i les que verbalitzen que no en gaudeixen. En concret, el 44,2 % dels enquestats disposa de sales adequades per atendre les famílies dels pacients. A més, el 55,31 % manifesta que disposa

de sales adequades per al descans personal i el 81,7 % diu que tenen algun espai per guardar els seus efectes personals. En darrer terme, el 75 % verbalitza que tenen sales adequades per fer sessions clíniques amb els seus col·legues.

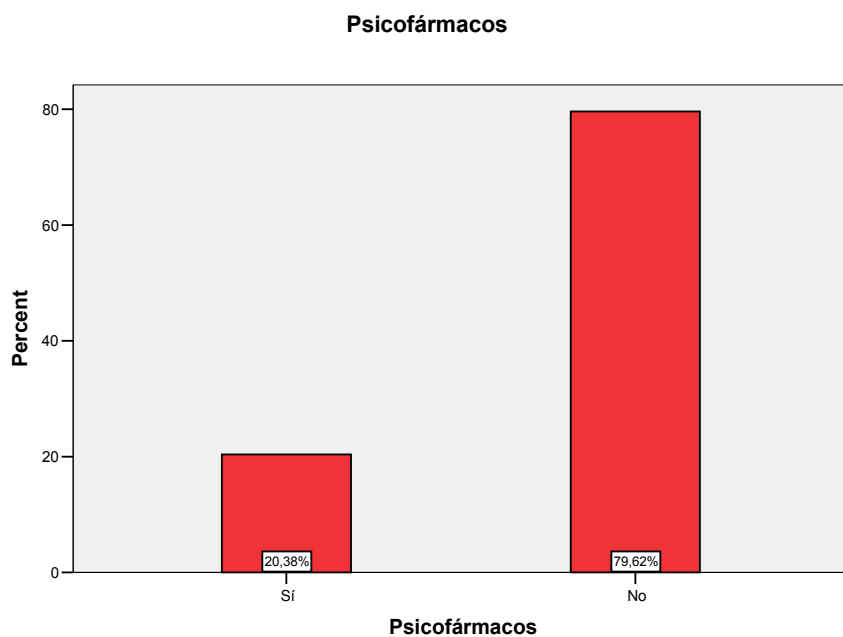
**Figura 25. Baixes laborals darrers 2 anys**

### Baja laboral (últimos 2 años)



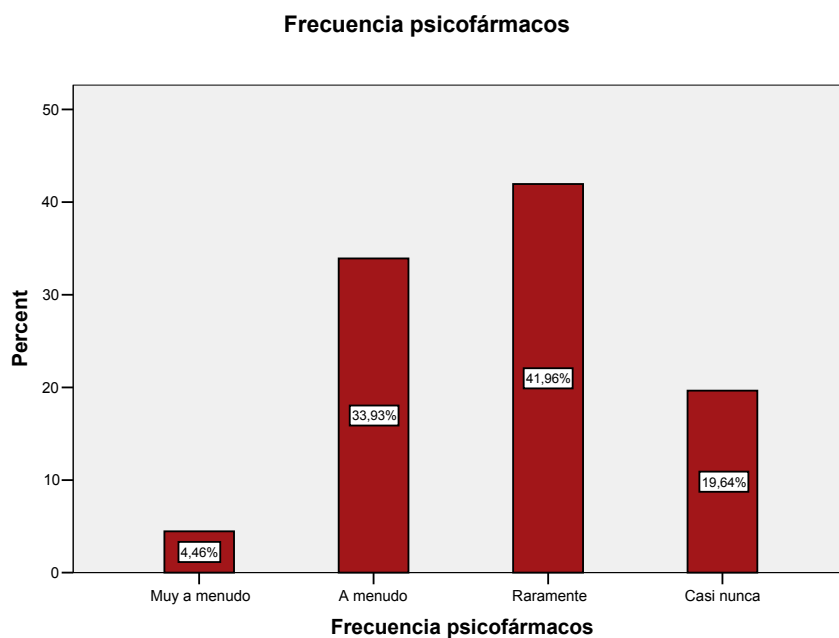
Al voltant del 30 % de les persones enquestades (figura 25) reconeixen que han agafat la baixa laboral en els darrers dos anys. Les patologies expressades pels enquestats tenen a veure amb malalties comunes com ara amigdalitis, constipats, hipertensió... entre d'altres.

**Figura 26. Ingesta psicofàrmacs en els darrers 2 anys**



Segons la figura 26, el 20,38 % dels professionals enquestats reconeix haver consumit algun psicofàrmac per motius laborals.

D'aquests, aproximadament el 40 % reconeix que el seu consum ha estat bastant regular.



## II. Relacions bivariants entre variables predictores i predites

En segon terme, s'han analitzat les possibles relacions entre els diferents predictors i els aspectes que es volien mesurar. Les quatre taules següents resumeixen les relacions bivariants analitzades, i en destaquen aquelles que han obtingut cert grau de significació (en ombrejat). La finalitat d'aquest nivell d'anàlisi ha estat veure quins factors semblava que tenien més relació amb el que es volia estudiar i veure si aquesta relació es sostenia en una aproximació multivariant.

**Taula 6a. Relacions bivariants entre característiques personals i les variables a explicar.**

<b>CARACTERÍSTIQUES PERSONALS</b>	<b>SF12Ph</b>	<b>SF12m</b>	<b>Shirom1</b>	<b>Shirom2</b>	<b>Shirom3</b>	<b>Shirom</b>	<b>Upsala</b>
Personalitat tipus							
Locus de control							

**Taula 6b. Relacions bivariants entre predictors culturals i les variables a explicar.**

<b>VALORS PERSONALS I ORGANIZATIUS</b>	<b>SF12Ph</b>	<b>SF12m</b>	<b>Shirom1</b>	<b>Shirom2</b>	<b>Shirom3</b>	<b>Shirom</b>	<b>Upsala</b>
Valors personals emocionals-relacionals ( <i>comunicació eficaç, cooperació-companyia, gaudi emocional, empatia emocional</i> )							
Valors personals ètics-universals ( <i>aventura-valentia, idealisme-utopia, imaginació-creativitat</i> )							
Valors personals instrumentals ( <i>ordre-organització, pragmatisme-realisme, seguretat-prudència, simplificació de processos</i> )							
Valors de l'empresa emocionals-relacionals ( <i>comunicació eficaç, cooperació-companyia, gaudi emocional, empatia emocional</i> )							
Valors personals ètics-universals ( <i>humilitat, idealisme-utopia, igualtat, sacrifici-austeritat</i> )							
Valors personals instrumentals ( <i>ordre-organització, pragmatisme-realisme, seguretat-prudència, simplificació de processos</i> )							
Incongruència de valors emocionals-relacionals							
Incongruència de valors ètics-universals							
Incongruència de valors instrumentals							

**Taula 6c. Relacions bivariants entre característiques organitzatives i les variables a explicar.**

<b>CARACTERÍSTIQUES ORGANITZATIVES (lloc de treball i entorn organitzatiu)</b>	<b>SF12Ph</b>	<b>SF12m</b>	<b>Shirom1</b>	<b>Shirom2</b>	<b>Shirom3</b>	<b>Shirom</b>	<b>Upsala</b>
Pressió del temps							
Càrrega de treball							
Locus de control sobre treball (autoritat a la presa de decisions)							
Locus de control sobre el treball							
Risc percebut de perdre la feina							
Apreciació professional **		Sign.	Sign.	Sign.	Sign.	Sign.	Sign.
Demandes dels pacients			2,678		2,729	3,354	3,679
Manca d'equilibri treball-vida							
Contacte amb pacients terminals	2,387	2,156	3,591	2,026		2,512	3,799
Manca de canvis professionals en els propers cinc anys		7,644	5,378	3,007	3,256	4,765	6,041
Grau de responsabilitat							
Influència professional **	Sign.	Sign.	Sign.	Sign.	Sign.	Sign.	Sign.
Equitat de condicions de treball i salarials							
Satisfacció laboral **	Sign.	Sign.	Sign.	Sign.	Sign.	Sign.	Sign.
Comunicació interna							
Motivació intrínseca							
Falta de suport social							
Falta de reciprocitat metge-pacient							
Agressions per part de pacients		11,963	9,147	5,648	5,770	5,683	6,331

Nota: Les variables marcades en color fosc indiquen factors que han assolit una relació significativa amb dos o més variables a explicar. El valor que figura a les caselles és el valor F obtingut a la prova Anova. Tots els nivells de significació dels resultats presentats son menors del 5 %.

\*\* La correlació entre aquestes variables és significativa al nivell del 0,01 (2-tailed).

**Taula 6d. Relacions bivariants entre variables de control i variables a explicar.**

<b>VARIABLES DE CONTROL</b>	<b>SF12Ph</b>	<b>SF12m</b>	<b>Shirom1</b>	<b>Shirom2</b>	<b>Shirom3</b>	<b>Shirom</b>	<b>Upsala</b>
Col·legi professional							
Sexe							
Edat							
Viure en parella							
Nacionalitat							
País de naixement							
País de residència							
Mobilitat laboral i formativa							
Religió							
Hàbits de lectura							
Pressió lingüística							
Especialitat mèdica							
Situació laboral actual							
Tipus d'organització							
Tipus de departament en què treballa							
Nombre de persones al departament							
Sales d'atenció a familiars				5,414	5,143	4,605	3,819
Sales de descans		2,804		5,405			
Espais personals							
Sales per a sessions clíniques							
Sistema de promoció interna	7,826		3,031		3,044		
Recursos organitzatius per gestionar l'estrès		6,359	5,642	8,634	3,541	8,369	8,753
Canvi setmanal de llocs treball							

Horari de treball							
Hores setmanals de desplaçament a la feina							
Benefici per sistema de promoció interna							
Responsabilitat sobre altres professionals mèdics							
Realització d'activitats divulgatives i de difusió							
Guàrdies laborals							
Torn rotatiu	3,244	1,169		3,626	6,927	5,861	4,039
Baixa laboral (darrers 2 anys)	11,656	10,673	12,935	18,755	12,302	20,814	13,689
Consum de psicofàrmacs	16,670	85,523	53,398	66,397	47,835	80,810	66,496

Nota: Les variables marcades en color fosc indiquen factors que han assolit una relació significativa amb dos o més variables a explicar. El valor que figura a les caselles és el valor F obtingut a la prova Anova. Tots els nivells de significació dels resultats presentats son menors del 5 %.

D'entre totes les relacions bivariants analitzades, el nombre més gran de relacions significatives s'ha trobat als factors assenyalats en color fosc, un total de 7. En el nostre model s'han pres com a variables de control ja que s'espera que siguin factors que modulin la relació entre els predictors i les variables a explicar. Com a variables de control, s'havien considerat tant aspectes individuals (edat, sexe, situació familiar...) com d'altres de caire més organitzatiu. A l'annex 2 es presenten les taules amb els resultats numèrics de les anàlisis bivariants realitzades. No obstant això, tot seguit es presenten els principals resultats obtinguts d'aquestes anàlisis:

- No s'ha trobat cap relació entre les *característiques personals mesurades*, referents a aspectes de personalitat, i les puntuacions assolides a les escales que mesuren l'estat de salut general i el *burnout*.
- Tampoc sembla que hi hagi una relació bivariant significativa entre els *valors que dominen la vida personal i la professional* i les puntuacions a les escales de salut i *burnout*, respectivament. En canvi, com ja comentarem a l'apartat de resultats multivariants, en aquesta anàlisi els resultats han estat lleugerament diferents.
- En canvi, sí que s'han trobat diferents relacions bivariants significatives entre *factors vinculats a les característiques del lloc de treball i de l'entorn organitzatiu* i les escales emprades per mesurar l'estat de salut general i el *burnout*.
- Les persones que han manifestat que rebien demandes amenaçadores per part dels pacients, i fins i tot agressions físiques, han obtingut una puntuació més alta a les escales de *burnout*.
- Els professionals que *tenen cura de malalts terminals* presenten també puntuacions més altes a les escales de *burnout*.
- Sembla que *com menys segur es troba el professional en el seu lloc de treball*, més puntuació obté a les escales de *burnout*.
- Les persones que es troben *menys reconegudes professionalment* són les que també presenten puntuacions més altes a les escales de *burnout*.
- Els professionals que perceben que tenen *poca influència professional en els altres* puntuen també més alt a les escales de *burnout*.

- A més, sembla que existeix una relació negativa entre un nivell alt de *burnout* i *l'equitat que es percep en les condicions salarials del professional*, en el sentit que, com més desigualtat es percep, les puntuacions de *burnout* són també més altes.
- Les persones que han manifestat no *disposar de sales especials per atendre els familiars* són les que han obtingut una puntuació més alta a les escales que mesuren el *burnout* i l'estat de salut (tant física com mental).
- Els enquestats que comenten que *disposen de sales per a descans personals* gaudeixen també d'un millor estat de salut mental i menys *burnout*.
- Les persones que afirmen que *disposen de sistemes de promoció interna a les seves institucions* han puntuat també més baix a les escales de *burnout* i més alt a les de salut general.
- Els enquestats que han manifestat que a les seves institucions disposen de formació en la gestió d'estrès són els que tenen un pitjor estat de salut general i també una puntuació més alta a les escales de *burnout*.
- Les persones que manifesten que treballen en un torn rotatiu presenten un estat de salut general pitjor i més *burnout*.
- Els enquestats que comenten que han agafat la baixa laboral en els darrers anys són els que presenten unes puntuacions més baixes a les escales de salut i *burnout*. El mateix succeeix amb els que han dit que s'havien automedicat psicofàrmacs en els darrers dos anys. Dins d'aquest grup es situa al voltant del 20 % de tots els enquestats.

Per concloure, sembla que són els organitzatius els que tenen una relació més important amb el *burnout*, com ara: el fet d'haver-hi o no sales d'atenció als familiars, sales per descansar el personal. També el fet d'existir possibilitats de promocionar-se internament o la flexibilitat en els horaris de feina, per exemple, treballar en torn rotatiu o no. També han resultat aspectes rellevants si la institució proporcionava recursos per gestionar l'estrès o el fet que el treballador estigui prenent psicofàrmacs de forma automedicada. S'ha preguntat també si consideraven que el fet de tenir una ajuda psicològica per part de la institució era un factor que podia tenir relació amb l'estat de salut i el risc de *burnout*; no obstant això, els resultats obtinguts no han posat de manifest cap relació significativa entre aquests aspectes.

### III. Resultats de l'anàlisi multivariant: configuracions de risc de *burnout*

S'ha emprat la tècnica del Tree Analysis per tal de veure quines són les configuracions personals, professionals i organitzatives amb menys i més risc de *burnout*. S'han estandarditzat les puntuacions per tal de poder comparar els resultats assolits als diferents arbres. En general, sembla que les variables introduïdes a l'anàlisi expliquen més variància de la síndrome de *burnout* que de l'estat de salut (la mental lleugerament millor que la física).

A la taula següent (taula 7) es presenten els percentatges de variància explicada per a cada cas.

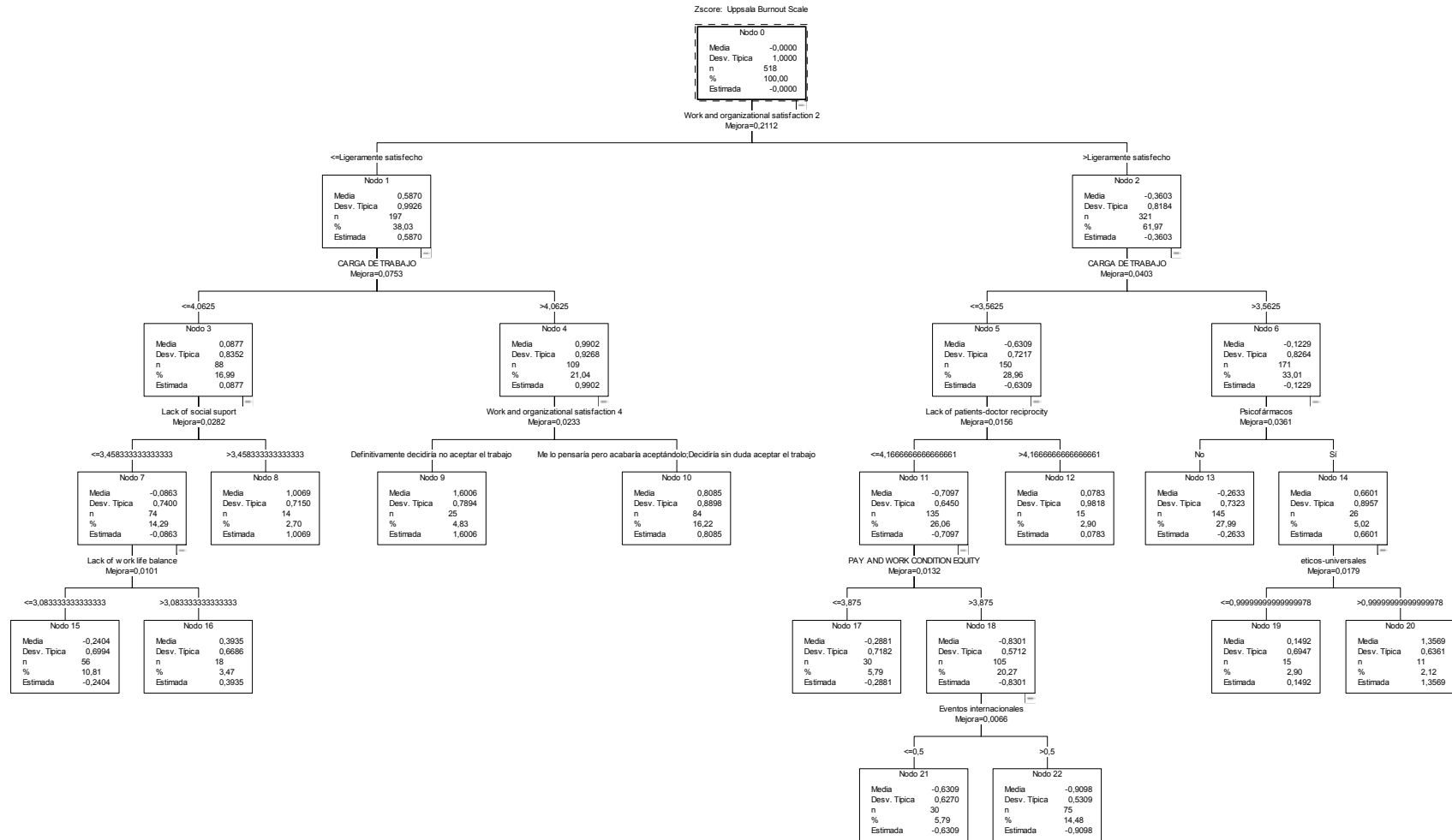
**Taula 7. Percentatge de variància explicada per a les diferents configuracions.**

ARBRE	VARIABLE A EXPLICAR	% VARIÀNCIA EXPLICADA
Arbre 4 bis	Burnout (escala Uppsala)	69,70
Arbre 5	Burnout (escala Shirom)	70,88
Arbre 9	Esgotament emocional (escala Shirom)	76,44
Arbre 6	Salut física	34,71
Arbre 7	Salut mental	52,48

La configuració que explica el **risc més alt de *burnout*** (arbre 4 bis) correspon a un professional que es troba ja cremat, en una situació límit. No percep cap estímul positiu a la feina que realitza, es troba insatisfet amb la seva feina actual. A més, percep una elevada càrrega de treball. Si pogués tornar a decidir si acceptava o no la feina, decidiria no fer-ho (*Z mitjana estimada = 1,606*). En comparació dels resultats obtinguts en un estudi similar realitzat per l'equip d'investigadors amb una mostra de metges suecs (Dolan, Cannings, Sierra i Díez, 2006, en premsa), trobem que en el cas suec la configuració que més explicava un elevat risc de *burnout* estava formada per variables que també han estat rellevants en el cas català (càrrega de treball, insatisfacció amb el treball realitzat). No obstant això, en el cas nòrdic apareixien també variables vinculades a la inequitat salarial, la desigualtat de gènere o l'especialitat mèdica assolida.



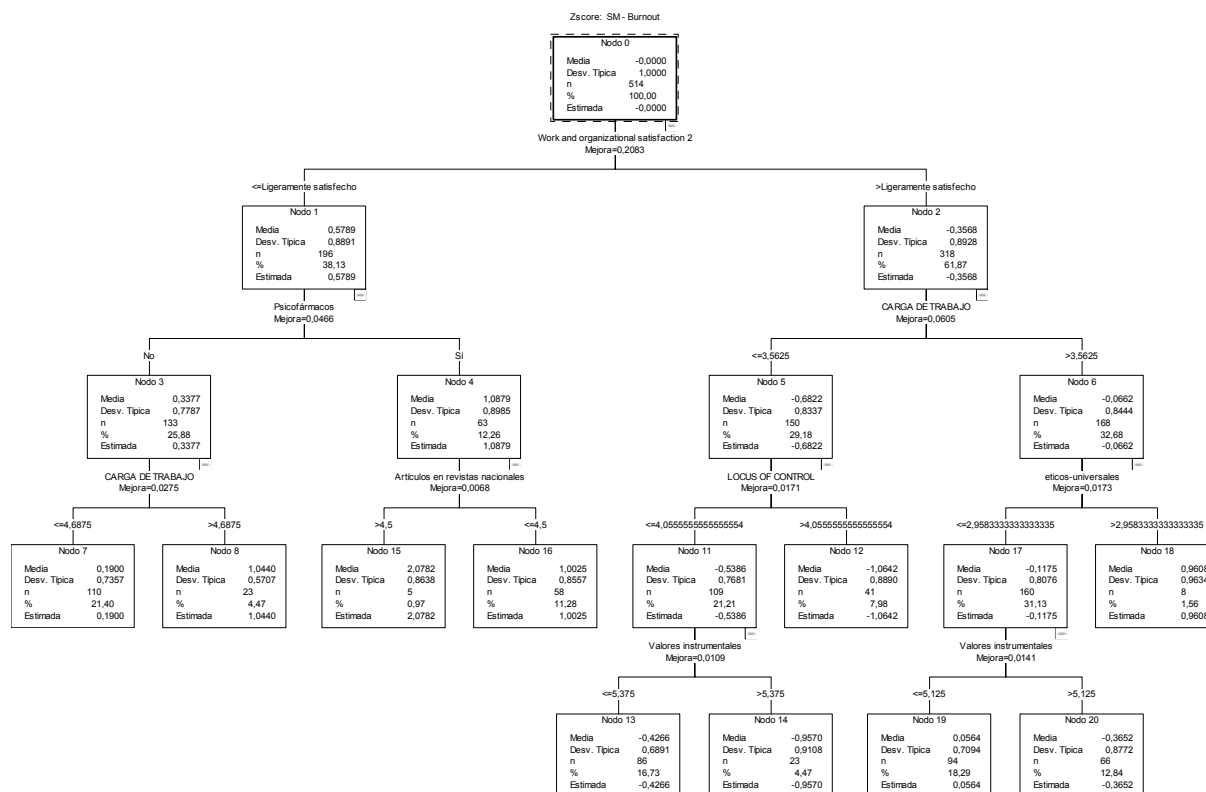
Figura 27. ARBRE 4 BIS



S'ha identificat també un altre *perfil de risc moderat de burnout*, el qual implica una situació no límit, com en el cas anterior. Es tracta de persones més satisfetes amb la feina que fan, malgrat que continuen percebent que tenen una càrrega de treball freqüent. Manifesten haver pres algun psicofàrmac durant els dos darrers anys. A més, perceben certa incongruència entre els seus valors personals ètics-universals i els de l'organització en la qual treballen (*Z mitjana estimada = 1,3569*). En el cas dels professionals que s'identifiquen més amb aquest segon perfil, es tracta de persones actives i implicades en la seva feina. Han estat conscients del risc que tenen i han pres mesures automedicant-se. Perceben certa inequitat entre la feina, les seves expectatives personals i les que els ofereix l'organització. Podrien desembocar en un quadre similar al del perfil anterior, però el controlen amb la medicació. En canvi, en el cas suec el risc de *burnout* era relativament alt i coincidia amb una percepció més baixa de diferències salarials i en les condicions de treball; el seu grau de satisfacció amb la feina és també baix. No obstant això, perceben menys pressió del temps i per abandonar l'organització.

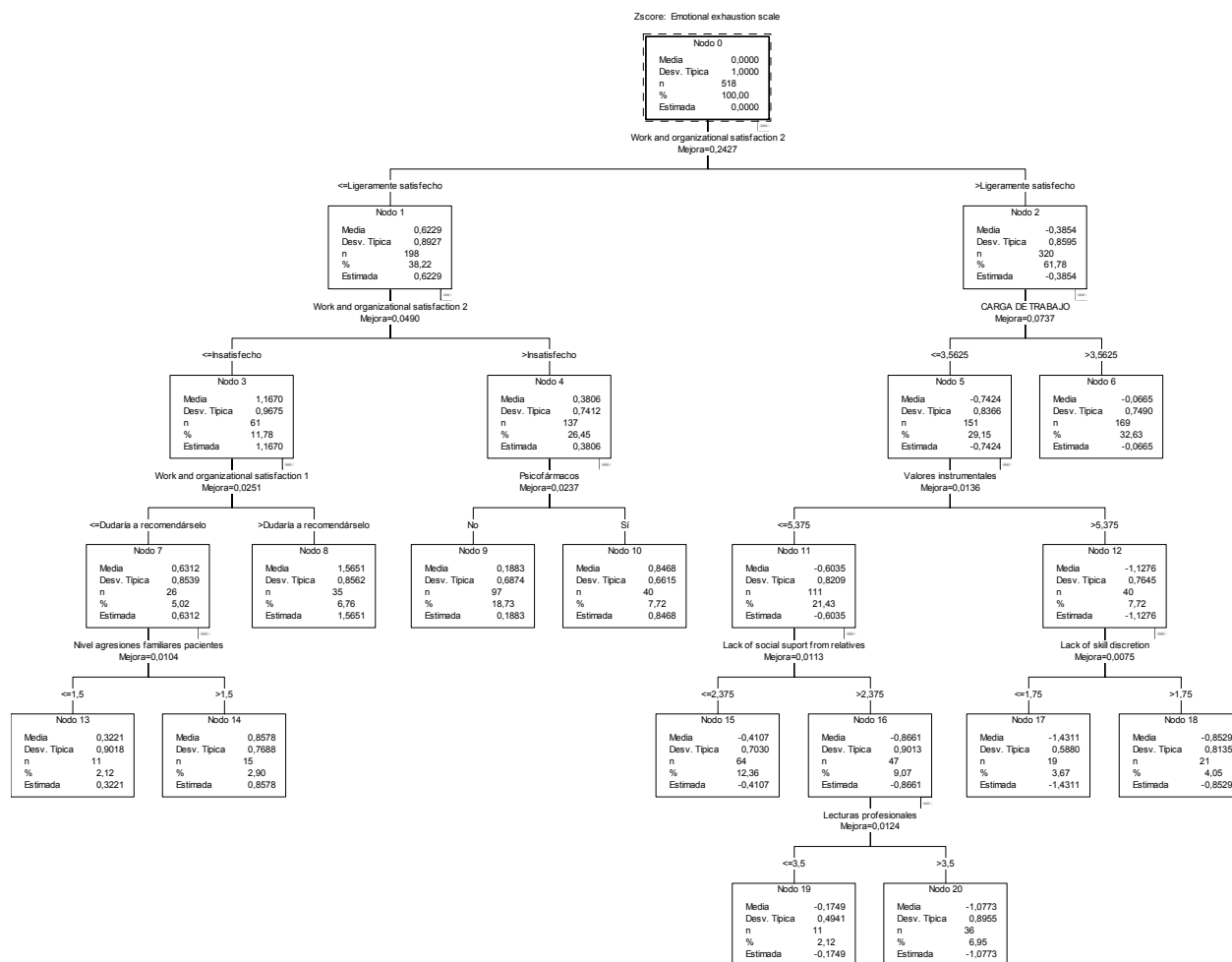
Un tercera configuració trobada és la que explica el *risc més baix de burnout*. En aquest cas, la persona es troba també insatisfeta amb la feina que fa. No obstant això, percep una càrrega de treball inferior i se sent amb suport social (dels superiors, els col·legues, la família i els amics). *La Z mitjana estimada és de -0,2919*. Es tracta de persones que es troben també insatisfetes amb la feina que fan; no obstant això, redueixen el risc de *burnout* amb l'ajut emocional del seu entorn més proper, tant a la feina com a la vida personal. En el cas suec, la configuració que explicava un risc més baix de *burnout* es relacionava amb un nivell de satisfacció amb la feina més alt, menys pressió del temps i menys temps de dedicació a les tasques domèstiques des de l'exercici de l'especialització mèdica.

Figura 28. ARBRE 5



S'ha mesurat també el risc de *burnout* a partir d'una altra escala diferent (escala Shirom-Melamed). En aquest cas, la *configuració que explica el risc més alt de burnout* (configuració 1) inclou variables com: una elevada insatisfacció amb la feina actual, es tracta de persones que estan prenent psicofàrmacs. El professional es troba ja cremat a la feina, en una situació límit. No percep cap estímul positiu a la feina actual que realitza. La *Z mitjana estimada és d'1,9332*. Un *risc moderat de burnout* (configuració 2) correspon també a professionals que no troben cap satisfacció a la seva feina actual. Perceben una elevada càrrega de treball. No obstant això, encara no prenen cap psicofàrmac. En aquest cas, la *Z mitjana estimada és redueix a 1,0440*. Finalment, s'ha trobat una tercera configuració (configuració 3) que explica el *risc més baix de burnout*. En aquest cas, el grau de satisfacció amb la feina és més alt. Perceben menys càrrega de feina i, finalment, consideren que poden controlar ells mateixos les coses que passen al seu voltant, és a dir, el seu locus de control és intern. En aquest darrer cas, la *Z mitjana estimada es redueix a -1,3264*.

Figura 29. ARBRE 9



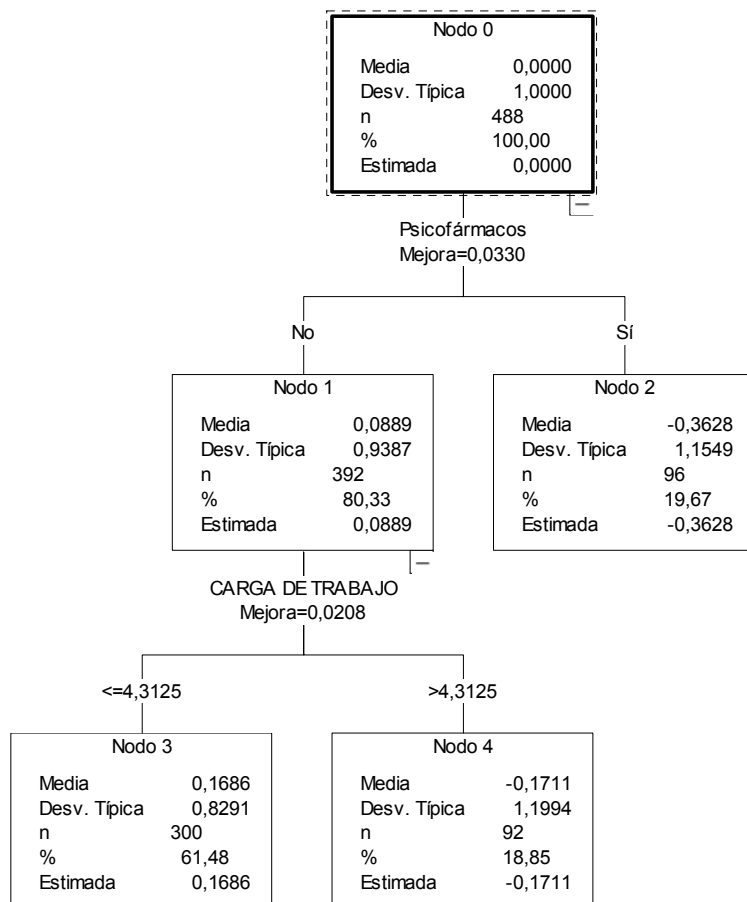
A causa de les diferències trobades entre els perfils de baix i elevat risc de *burnout* descrits per les escales d'Upssala (arbre 4 bis) i la de Shirom-Melamed (arbre 5), hem analitzat l'escala Desgast emocional del qüestionari de Shirom-Melamed (arbre 9), per tal de veure si s'assembla més a la interpretació de l'escala d'Uppsala. Els resultats assolits en el Tree Analysis han posat de manifest quatre configuracions diferents.

La configuració que explica el *risc més alt de burnout* està relacionada sobretot amb una manca de satisfacció amb la feina actual. A més, el professional manifesta un elevat desencís amb la feina, ja que dubtaria de recomanar-la a ningú. *La Z mitjana estimada arriba a 2,2640*. En aquest sentit, sembla que el perfil de més risc s'assembla bastant al que trobàvem a l'arbre 4 bis. En ambdós casos, el professional es troba en una situació límit, molt insatisfet amb la seva feina actual i amb certs dubtes de tornar a iniciar la mateixa feina. S'ha detectat també una altra configuració que explica un *risc moderadament alt de burnout*. Es tracta de professionals més satisfets amb la feina actual, que estan prenent psicofàrmacs (*la Z mitjana estimada es redueix a 1,2374*). En aquest cas, com el cas suec, els professionals han pres psicofàrmacs en els darrers dos anys, situació que pot haver fet reduir el risc de *burnout*. Finalment, la configuració que explica *el risc de burnout més baix* es relaciona amb un grau de satisfacció amb la feina més elevat, una percepció de càrrega de treball inferior. A més, no veuen els centres a on treballen com a organitzacions utòpiques, orientades a *salvar la humanitat*, sinó que han de ser eficients i eficaces en la tasca sanitària que realitzen. En aquest cas, *la Z mitjana estimada es redueix a -1,732*.

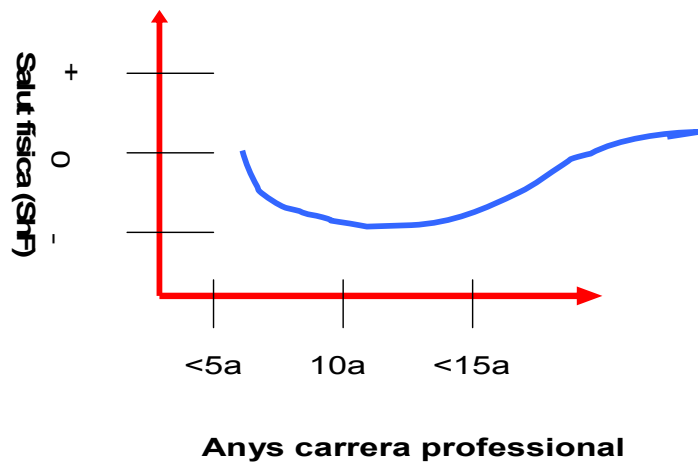
S'ha estudiat també la relació entre les variables predictives i les qüestions de salut general, en concret la salut física (figura 30) i la mental (figura 31). En un principi, la variància explicada en ambdós casos és baixa. En el cas de la salut física es situa en el 34,71 % i la mental millora fins al 52,48 %. A continuació, comentarem alguns resultats interessants de l'estudi de les diferents configuracions de perfils de salut.

**Figura 30. ARBRE 6**

Zscore: Physical Component Summary (PCS-12) España

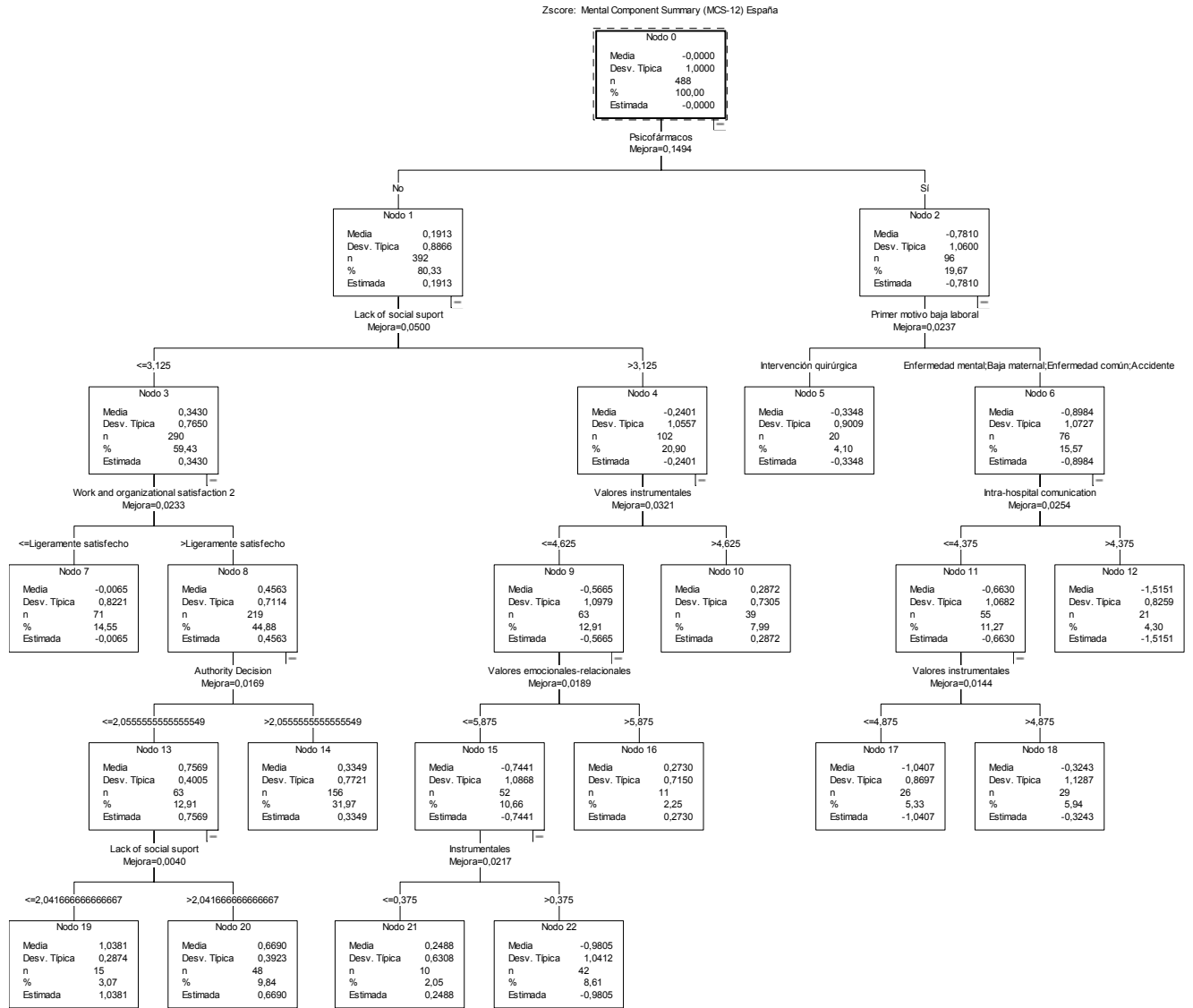


— Pel que fa a l'estat de salut física (figura 30): la major part de mitjanes tenen signe negatiu; això sembla que implicaria un baix nivell de salut física en general. La configuració que agrupa els casos més greus, amb una salut física pitjor ( $Z$  mitjana =  $-1,7121$ ), fa referència a persones que prenen psicofàrmacs. A més, tenen una ingesta de psicofàrmacs no regular (de forma puntual). En canvi, la configuració que explica els casos amb una millor salut física correspon a persones que no prenen psicofàrmacs i fa més de disset anys que exerceixen a Catalunya. En general, sembla que la salut física dels metges no evoluciona de forma lineal en el transcurs de la seva carrera professional, sinó que ho fa en forma de U, i el període més crític se situa entre els 5 i 10 anys d'exercici professional.



— Pel que fa a l'estat de salut mental (figura 31): La *Z mitjana inicial de burnout és de  $-0,000$* . Això voldrà dir que la població estudiada gaudeix, en general, d'una salut mental precària. S'han analitzat els casos segons la seva gravetat. Els *casos més greus* corresponen a persones que prenen psicofàrmacs (*la Z mitjana empitjora fins al  $-1,2554$* ). D'altra banda, un segon perfil greu és el que correspon a professionals que no prenen psicofàrmacs i perceben que tenen cert suport social (*coping*), malgrat que no estan satisfets amb el seu treball (*la Z mitjana empitjora només fins al  $-0,8023$* ). Els *casos menys greus* corresponen a persones que no es mediquen, perceben que tenen cert suport social i es troben una mica més satisfetes, amb una mitjana d'edat igual o inferior a 51,5. En aquest cas, *la Z mitjana de salut mental millora fins al  $0,4882$* .

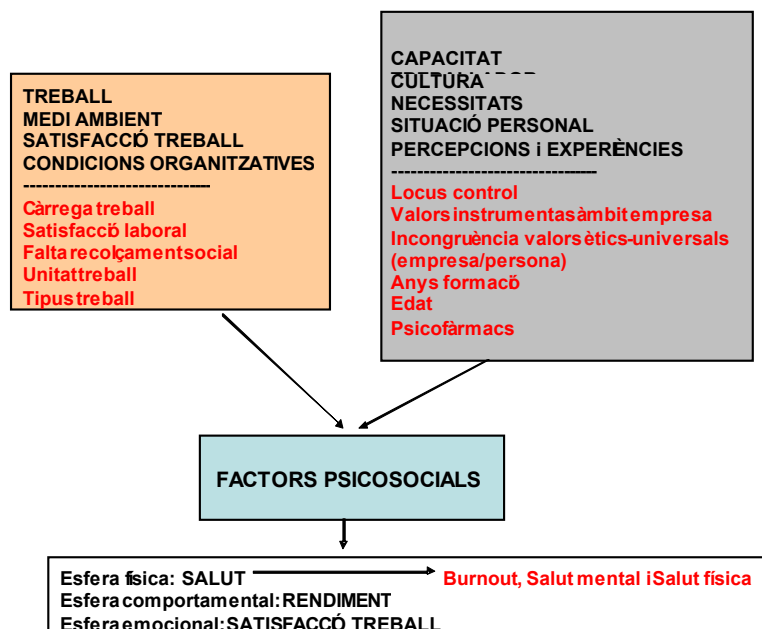
Figura 31. ARBRE 7



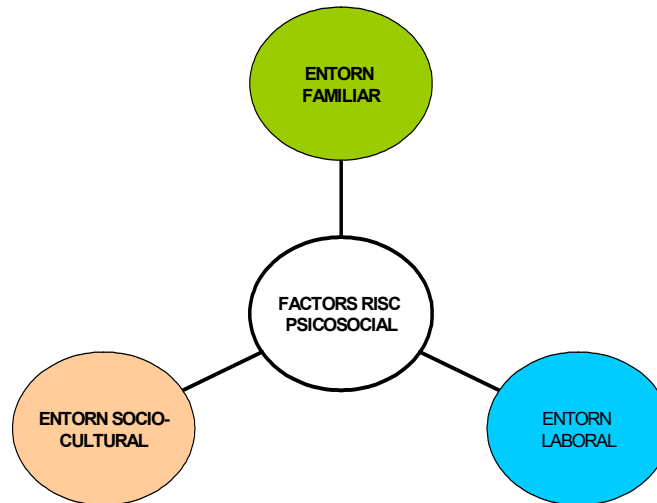


## DISCUSSIÓ DELS RESULTATS

Segons el Comitè Mixt de la OIT-OMS, els factors psicosocials en el treball consisteixen en *les interaccions entre el treball, el medi ambient, la satisfacció en el treball i les condicions organitzatives, per una banda, i, per una altra, les capacitats del treballador, la cultura, les seves necessitats i experiències*, que influeixen en la salut, el rendiment i la satisfacció en el treball. Respecte a aquesta definició, els resultats de l'estudi han posat de manifest alguns dels factors psicosocials considerats més clàssics, així com alguns altres de més nous, que tot seguit comentem.



L'Agència Europea per a la Seguretat i la Salut en el Treball defineix els factors de risc psicosocial com els aspectes del disseny, organització i gestió del treball, així com del context social i mediambiental, que poden causar dany psicològic, social o físic al treballador. Són derivats de les relacions humanes a la feina, resultants de la interacció entre els individus, i entre l'individu i el seu lloc de treball. Els factors psicosocials que s'han tingut en compte a l'estudi són els que tot seguit es presenten:



El perfil majoritari de les persones que han respost al qüestionari correspon al d'un professional amb una alta qualificació. No obstant això, pocs d'elles ocupen llocs de responsabilitat. Només 170 dels enquestats supervisen altres col·legues. En general estan molt orientats a l'activitat de cada dia. Es tracta d'una persona dedicada a atendre els pacients; de forma esporàdica assisteix a alguns esdeveniments (és per invitació dels laboratoris?) i no investiga i, per tant, publica poc.

En un altre estudi que estem realitzant per comparar la relació entre la carrera professional i el *burnout* en el col·lectiu mèdic suec i català (Díez, Dolan, Sierra i Casellas, 2006, en premsa) hem trobat que hi ha una relació indirectament proporcional entre el volum de publicacions del professional i el seu risc de patir el *burnout*, concretament, com més publicacions acumulades pel professional, té menys risc de patir el *burnout*. En aquest mateix estudi hem vist també que el nombre de metges i metgesses suecs que publiquen és més alt que a Catalunya; no obstant això, el nombre d'articles per professional és més alt a Catalunya que a Suècia. Considerem que el fet de publicar implica un cert distanciament respecte a l'ocupació de cada dia i, d'aquesta manera, pot actuar com a esmorteïdor del risc de *burnout*.

S'ha estudiat la possible relació entre la síndrome de *burnout* i l'estat de salut general (tant físic com mental) amb tot un seguit de factors predictors que s'han considerat rellevants per ser tinguts en compte. La finalitat d'aquestes anàlisis ha estat determinar quins són els perfils de més i menys risc de *burnout*. Aquesta informació pot ser útil per tal de definir plans d'acció en dos àmbits: per una banda, intentar millorar la situació de les persones que es troben en una situació elevada de *burnout* i, per una altra, definir accions preventives per tal de reduir el risc de *burnout*, actuant sobre els factors que sembla que estan més relacionats amb una alta prevalença.

Els resultats assolits indiquen que les persones que han sofert una baixa laboral en els darrers dos anys, manifesten uns nivells de *burnout* més elevats i un deteriorament general de l'estat de salut. Moltes vegades aquestes persones prenen accions individuals per contrarestar els efectes dels riscos psicosocials, com ara el consum de psicofàrmacs. No obstant això, d'aquesta manera només estan actuant sobre la simptomatologia del problema però no sobre les seves causes i, per tant, no aconsegueixen solucionar-lo. Hauríem de prendre accions de caire més organitzatiu, malgrat que no són habituals. En concret, considerem important poder fer un seguiment d'aquestes persones des de la prevenció dels riscos psicosocials associats al treball.

Pel que fa a la comparació dels resultats assolits en aquest estudi i un altre d'anterior realitzat amb metges suecs pel mateix equip de recerca, sembla que els factors que expliquen els perfils amb més i menys risc de patir *burnout* són diferents a Suècia i a Catalunya. Tradicionalment, s'ha considerat que la síndrome de *burnout* era un problema intrínsec a l'exercici d'una activitat assistencial. No obstant això, els resultats d'aquest estudi sembla que apunten que el risc psicosocial associat a l'exercici de la professió mèdica està relacionat amb el context sociocultural. No disposem encara de respostes per saber en quina mesura l'organització del treball i les condicions de treball a Suècia i Espanya són importants per entendre aquestes diferències quant als riscos de *burnout*. Segurament, constitueixen aspectes interessants per a futures recerques científiques.

Els resultats multivariants assolits han posat de manifest certes relacions interessants, que caldrà aprofundir en futurs estudis. El percentatge de variància explicada més elevat s'ha donat en el cas de la dimensió Desgast emocional (un 76,44 %). Això ens pot portar a considerar que es tracta de l'aspecte que millor defineix l'estat en què es troba una persona que pateix de *burnout*? Aquesta idea és abonada des de la literatura científica. Basada en aquesta suposició, la Universitat sueca d'Uppsala va fer una reducció de l'escala del *burnout* a només la dimensió del desgast emocional. En segon lloc, pel que fa a la configuració que més explica un risc baix de *burnout*, destaca que es tracta de persones que saben compatibilitzar la feina i la vida personal. A més, tenen una concepció bastant realista del lloc a on treballen, i predominen els valors de caire instrumental per davant dels més ètics i universals. En tercer i darrer lloc, sembla que el salt qualitatiu entre un risc alt i un de moderadament alt de *burnout* està condicionat pel fet de consumir o no psicofàrmacs, en concret, el seu consum redueix el risc de *burnout*.

En general, els resultats obtinguts ens poden portar a reflexionar sobre:

1- Sembla que la variable satisfacció laboral té un pes específic important; no obstant això, en el nostre estudi no hem pogut construir una escala per mesurar aquest factor (la satisfacció laboral). Els índexs de fiabilitat ho desaconsellaven. Per aquesta raó hem hagut d'analitzar per separat els cinc ítems. Quines implicacions té això? (Nota: Hem emprat com a escala per mesurar la satisfacció laboral la mateixa escala emprada a l'estudi d'Upssala.)

2- Sembla també que aspectes relacionats amb la unitat de treball, el tipus de treball tenen un pes important en el *burnout*. Implica, doncs, que hem de tornar a les funcions clàssiques de recursos humans i plantejar estudis de redisseny de llocs de treball, des de la perspectiva de les polítiques i pràctiques de recursos humans? S'ajusten actualment les necessitats dels professionals amb les condicions de treball que ofereixen les organitzacions sanitàries? A què pot ser degut?

3- Sembla que el tipus de factors que expliquen més del risc baix de *burnout* tenen a veure amb les condicions de treball i amb el contingut d'aquest. I no sembla que estigui tan relacionat amb factors o disposicions personals. En canvi, les mesures terapèutiques més habituals tenen un clar enfocament individual (per exemple, entrenament en tècniques de relaxació, ensenyar tècniques cognitivoconductuals d'inoculació de l'estrès, etc.).

4- Una altra possible implicació del fet que variables com la Unitat de treball apareguin tan sovint en els diferents arbres analitzats pot ser que és important plantejar accions de prevenció en aquest àmbit. A més, el fet que apareguin indistintament diferents tipus d'unitats pot significar que no podem considerar que hi ha característiques intrínseques a una unitat o a una altra, sinó que l'estat de salut depèn més d'aspectes de l'organització i de les persones que ocupen els diferents llocs de treball.

# PLA DE DIFUSIÓ CIENTÍFICA DELS RESULTATS DE L'ESTUDI

## Objectius del Pla de difusió

El Pla de difusió està adreçat a fer arribar els resultats científics generats pel projecte a dos àmbits: el professional i el científic. Per això, el projecte es va plantejar els objectius següents:

1. Difondre els resultats de l'estudi portat a terme dins de la comunitat científica internacional.
2. Continuar la línia de recerca plantejada en el projecte amb altres projectes de recerca tant a escala nacional com internacional.
3. Establir vincles de col·laboració amb organismes, institucions i agents implicats en la salut i qualitat de vida laborals a l'àmbit sanitari.

## Activitats del Pla de difusió

El pla de treball descrit al projecte inicial preveia la realització de dues activitats concretes durant la segona fase de l'estudi. Aquestes activitats eren:

<b>FASE 2 (any 2)</b>	<b>Tasca</b>
Organització de diferents actes científics i professionals adreçats a la difusió dels resultats de l'estudi	II.4
Participació en diferents congressos i altres actes científics per tal de presentar i difondre els resultats de l'estudi	II.5

## 1. DIFUSIÓ EN L'ÀMBIT DE LES PUBLICACIONS

Tot seguit es detallen les activitats de difusió portades a terme ja en el marc del projecte i les que estan programades durant els propers dos anys:

ESDEVENIMENTS	DATA
<b>Congressos i trobades científiques realitzades</b>	
"Estrés laboral y la calidad de vida: hacia un nuevo modelo, más sano y sencillo para las personas y las organizaciones". III Congrès de la ISMA-BR i del V Fòrum Internacional de Qualitat de Vida en el Treball.	Centro de Eventos Plaza, São Rafael, Porto Alegre, 10 i 11 de juny de 2003.
<i>Keynote address</i> sobre "A New Perspective to QWL", al Congrès Anual de l'Associació Brasileira de Qualitat de Vida.	15 d'octubre de 2003. São Paulo, Brasil.
Presidencia del Simposium sobre la Comprensión y la Evaluación del <i>burnout</i> en empleados en un contexto transcultural: Una perspectiva Iberoamericana. 3 <sup>rd</sup> Iberamerican Academy of Management.	Getúlio Vargas University, São Paulo, 7-10 de desembre de 2003.
Chair of a Track: Career, stress and well being, Munic (Dolan amb Y. Baruch y J. Quick)	European Academy of Management, maig de 2005.
Simon L. Dolan, Vicenta Sierra y Miriam Díez, "Personal attributes and work demands as determinants of well-being amongst Swedish physicians: Identifying configurations that lead to burnout or vigour", Iberoamerican Academy of Management (IAM), "Management, Knowledge and Flexibility".	Lisboa, Portugal, 8-11 de desembre de 2005.
<b>Esdeveniments de caire professional realitzats</b>	
"El síndrome del profesional quemado: Causas del <i>burnout</i> y posibles soluciones". III Encuentros de la Sanidad. Fundación Coll Colomé.	Sevilla, 20 de maig de 2004.
<i>Workshop</i> adreçat als responsables dels col·legis professionals de metges a Catalunya.	Barcelona (ESADE), setembre 2004.
Presentació dels resultats preliminars estudi adreçat al col·lectiu de metges.	Col·legi Professional de Metges de Girona, gener 2005.
<b>Esdeveniments previstos per al 2007</b>	
- <b>Àmbit nacional:</b> * VI <i>Workshop</i> Internacional de Gestió de Recursos Humans, organitzat pels departaments d'Economia i Empresa de la Universitat Pablo Olavide (Sevilla) i d'Organització d'Empreses de la Universitat de Cadis.	Maig 2007
- <b>Àmbit internacional:</b> * Congreso Internacional organizado por la EAWOP-European Association for Work and Organizational Psychology (2007)	2007
* <i>Iberoamerican Academy of Management</i> (2007)	2007

TIPUS DE PUBLICACIÓ	PUBLICACIÓ	NOM DE LA REVISTA	FACTOR D'IMPACTE <sup>1</sup>
Article científic	PERSONAL ATTRIBUTTES AND WORK DEMANDS AS DETERMINANTS OF WELL BEING AMONGST SWEDISH PHYSICIANS: Identifying configurations that lead to burnout vs. vigor. (S. L. Dolan, M. Díez-Pinol, V. Sierra, Kathleen Cannings).	<b>Health Psychology</b> (Since January 2006)	2,628
Article científic	A cross cultural and comparative perspective of career and Burnout amongst physicians employed in the public sector in Spain and Sweden. (M. Díez Pinol, S. L. Dolan, Sierra V. i S. Casellas Pladevall)	<b>Work and Stress</b> (Since January 2006)	0,935

<sup>1</sup> 2004 JCR Social Science Edition

## 2. DIFUSIÓ EN L'ÀMBIT DE LA PRODUCCIÓ CIENTÍFICA

Desenvolupament de la línia de recerca consolidada en "Salut i qualitat de vida al treball".

El grup de recerca responsable del projecte ha estat reconegut durant el 2005 com a grup de recerca per la Generalitat de Catalunya (referència: 2005SGR 106). Una de les línies de recerca consolidades que té el grup té a veure amb la salut i la qualitat de vida a la feina, dins de la qual s'ha emmarcat el present projecte.

En el transcurs dels propers quatre anys el grup pretén finalitzar les tesis doctorals actualment en curs, incorporar nous investigadors doctorands i reforçar les xarxes de col·laboració en recerca a escala internacional.

Per tal de continuar la línia de recerca iniciada amb el projecte finançat per l'AATRM, recentment s'ha presentat el projecte POSITIV\_HEALTH. Configuraciones organizativas saludables. Relación entre estrés laboral, síndrome del *burnout* y factores organizativos y culturales en organizaciones sanitarias, en el marc de la convocatòria de projectes de R+D del Ministeri d'Educació i Ciència. Aquest projecte intentarà validar en l'àmbit de totes les comunitats autònomes el model explicatiu del *burnout* que s'ha elaborat en el present projecte. A més, s'emprarà la mateixa metodologia per a l'obtenció de les dades; en concret ens referim al qüestionari dissenyat en el marc d'aquest projecte. A més, arran de les reunions de treball, discussions de grups i treball interdisciplinari que s'han portat a terme durant aquests dos anys, s'ha constituït una xarxa de centres de recerca internacionals especialitzats en temes de salut. Algunes de les institucions amb les quals s'ha establert una relació científica són: Lancaster Univ. (GB), IPM-Karolinska Institute (SE), Erasmus Univ. Rotterdam (NL), IBH-Semmelweis Univ. (HU), Lusiada Univ (PT) i Tel Aviv University (Israel), entre d'altres. La xarxa té previst de realitzar projectes de recerca conjunts en els propers anys, en el marc del 7è Programa Marc de Recerca i el Programa de Salut Pública de la Comissió Europea.

## CONCLUSIONS

En relació amb els objectius que ens havíem plantejat en iniciar-lo, considerem que els principals *outputs* del projecte han estat:

### **Objectiu específic 1:**

S'ha dissenyat un nou qüestionari per mesurar la síndrome d'esgotament professional (o *burnout*). L'instrument mesura les dimensions següents: trets personals, característiques del lloc i l'organització del treball, variables culturals i l'estat de salut en general (física i mental) del professional. Una altra novetat ha estat l'escala emprada per mesurar la síndrome de *burnout*. En concret, a l'estudi es varen emprar dues escales per tal de comparar els graus de fiabilitat i validesa de cadascuna. Els resultats assolits indiquen que l'esgotament emocional és el factor que més explica de la síndrome de *burnout*. Cal destacar també que el contingut de les preguntes està adreçat específicament a professionals de la medicina que treballin tant en un entorn hospitalari com d'atenció assistencial primària.

### **Objectiu específic 2:**

S'ha avaluat la relació existent entre factors individuals, laborals, culturals i organitzatius i l'aparició i prevalença de la patologia en el personal mèdic a Catalunya. A partir del tipus d'explotació estadística que s'ha portat a terme, s'han pogut identificar els perfils professionals i personals amb més risc de patir el *burnout*. Aquestes dades resulten interessants des del punt de vista de la prevenció de riscos laborals. Per una banda, permeten iniciar mesures de tractament immediat amb aquells professionals que tenen actualment més risc de *burnout* o que han començat a patir-ne els símptomes. Per una altra, s'han identificat també els perfils de professionals que gaudeixen d'un millor estat de salut en general. Els factors psicosocials en el treball es poden agrupar, segons la literatura clàssica, en set dimensions: definició de rol, càrrega mental, contingut del treball, supervisió/participació, autonomia temporal, interès pel treballador i relacions personals. Els resultats del nostre estudi coincideixen a destacar com a rellevants algunes d'aquestes dimensions, com ara: *la càrrega mental que comporta el seu treball, l'interès que pugui manifestar l'empresa pel treballador i la naturalesa de les relacions personals que es puguin establir a la feina*. Les dimensions vinculades a la definició del rol funcional, el contingut del treball i la supervisió-participació en els processos de presa de decisions o el grau d'autonomia a la feina, no han estat tan destacats. En futures recerques considerem important aprofundir sobre quines mesures de prevenció haurien de prendre les organitzacions per tal d'intentar reduir aquest tipus de situacions.



**Objectiu específic 3:**

S'han comparat també els resultats assolits en l'àmbit de Catalunya amb els obtinguts a Suècia, en el marc d'un estudi realitzat per l'equip de recerca amb un col·lectiu professional similar. Els resultats de l'estudi fet a Catalunya sembla que apunten que el risc psicosocial associat a l'exercici de la professió mèdica està relacionat amb el context sociocultural. En concret, hem identificat configuracions de risc de *burnout* amb característiques diferenciades a Suècia i a Catalunya. En el cas de Suècia, en el perfil de més risc predominaven factors vinculats a l'equitat de gènere en les condicions laborals. En canvi, en el cas de Catalunya hi predominaven factors vinculats a l'impacte del treball en la satisfacció laboral o la càrrega de treball percebuda, entre d'altres.

**Objectiu específic 4:**

Els principals resultats del projecte han estat difosos en l'àmbit científic i també professional, mitjançant les xarxes de relacions institucionals de les quals formen part els membres de l'equip de recerca que ha portat a terme el projecte. No obstant això, la difusió del projecte no es dona pas per finalitzada ja que el seu efecte és acumulatiu i formarà part a partir d'ara del corpus científic de l'equip de recerca de l'IEL, sobretot a partir del seu reconeixement com a grup de recerca per part de la Generalitat de Catalunya (convocatòria 2005).

## LIMITACIONS DE L'ESTUDI

Una limitació de l'estudi la trobem en el seu disseny, en concret, pel tipus de mostreig emprat, els resultats obtinguts a l'estudi poden ser extrapolats només a l'univers de professionals de la medicina que estan col·legiats a algun dels quatre col·legis que han participat a l'estudi. Però no podem dir que resulten generalitzables al conjunt de metges que exerceixen la professió a Catalunya, sobretot en el cas de Lleida i Tarragona, en què l'error d'estimació ha estat superior al 10 %.

En futurs estudis serà interessant ampliar l'estudi a una mostra representativa dels professionals que treballen als centres de salut catalans, tant a nivell hospitalari com d'atenció primària. A més, aquesta generalització permetrà validar l'instrument de mesura que s'ha emprat en el present estudi. En aquesta línia, el grup de recerca de l'IEL s'ha plantejat nous projectes pels propers anys.

## BIBLIOGRAFIA

- ACÁMER, F.; LÓPEZ, C.; LÓPEZ-TORRES, J. (1997). "Satisfacción laboral de los profesionales sanitarios en atención primaria". *Atención Primaria*, 20, 401-407.
- APPELS, A.; MULDER, P. (1988). "Excess fatigue as a precursor of myocardial infarction". *European Heart Journal*, 9, 758-764.
- APPELS, A.; MULDER, P. (1989). "Fatigue and heart disease: The association between 'vital exhaustion' and past, present and future coronary heart disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 33, 727-738.
- ATANCE MARTÍNEZ, J. C. (1995). "Aspectos epidemiológicos del Síndrome de Burnout en personal sanitario". *Revista Española de Salud Pública*, 71 (3), 293-303.
- BREIMAN, L.; FREIDMAN, J. H.; OLSHEN, R. A.; STONE, C. J. (1984). *Classification and regression trees*. Wadsworth.
- BRINER, R.; REYNOLDS, S. (1999). "The costs, benefits and limitations of organizational level stress interventions". *Journal Organizational Behavior*, 20, 647-664.
- CEBRIÀ, J. [et al.] (2001). "Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia". *Atención Primaria*, 27(7) (30 abril), 459-468.
- COLLINS, S. R.; DAVIS, K.; DOTY, M. M. (2004). "Wages, health benefits and workers' health". *Eur J Health Economy*, 5 (2) (juny), 150-165.
- DE VALK, M. A.; WERNER, A. (2000). "Burnout in medical professionals: a cost-effectiveness study of a multidisciplinary intervention program". *Occupational Medicine*, 50, 289-293.
- DELERY, J. E. (1998). "Issues of fit in strategic human resource management: implications for research". *Human Resource Management Review*, 8, 289-309.
- DOLAN, S. L.; MARTIN, I. (2000). *Los 10 mandamientos para la dirección de personas*. Barcelona: Gestión 2000.
- DOLAN, S. L.; VALLE, R.; JACKSON, S. E.; SCHULER, R. S. (2003). *La Gestión de los recursos humanos* (2a ed.). Madrid: McGraw Hill.
- DOLAN, S. L.; CANNINGS, K.; DÍEZ, M. (2003). "Psicotoxicología de la Vida Laboral: El Caso del Personal Médico de Suecia". *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, vol. 19(2), 117-133.
- European Forum of Medical Associations and WHO. "Statement on the burnout-syndrome among physicians". EFMA, Berlín, 7-9 febrer 2003.
- FREDRICKSON, B. L. (1998). "What good are positive emotions?". *Review of General Psychology*, 2, 300-319.
- FREEDMAN, J. I.; EDWARDS, D. R. (1988). "Time pressure, task performance, and enjoyment". A: McGRATH, J. E. (ed.). *The Social Psychology of Time*. Sage, Newbury Park, 113-133.
- FREUDENBERGER, H. (1974). *Burnout: The high cost of high achievement*.
- GIL MONTE, P.; PEIRÓ, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.

- HIDALGO RODRIGO, I.; DÍAZ GONZÁLEZ, R. J. (1995). "Estudio de la influencia de los factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada del Insalud de Ávila". *Medicina Clínica*, 103 (11) (8 octubre), 408-412.
- HOBFOLL, S. E.; FREEDY, J. (1993). "Conservation of resources: a general stress theory applied to burnout". A: SCHAUFELI, W. B.; MASKACH, C.; MAREK, T. (ed.). *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. Washington, DC: Taylor and Francis, 115-129.
- INSTITUTO NACIONAL SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO (2001). *IV Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo*. Madrid.
- KEYES, H. W.; WATSON, N. E.; WILLIAMS, D. W.; GREVEN, K. M.; MCGUIRT, W. F. (2000). "FDG PET in head and neck cancer". *American Journal of Roentgenology*, vol. 169, 1663-1669.
- LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. Nova York, NY: Springer.
- LUTHANS, F. (2002). "The need for and meaning of positive organizational behavior". *Journal of Organizational Behavior*, 23, 695-706.
- MASLACH, C. (1982). *Burnout: The Cost of Caring*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- MASLACH, C.; JACKSON, S. E. (1981). "The measurement of experienced Burnout". *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-115.
- MASLACH, C.; JACKSON, S. E. (1986). *MBI: Maslach Burnout Inventory*. Manual Research Edition. Palo Alto, CA: University of California, Consulting Psychologist Press.
- MASLACH, C.; JACKSON, S. E.; LEITER, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual*. 3a ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- MASLACH, C.; LEITER, M. P. (1997). *The truth about Burnout*. San Francisco: Jossey-Bass.
- MASLOW, Abraham (1959). "Critique of Self-actualization. I. Some Dangers of Being-cognition" *Journal of Individual Psychology*, 15, 24-32.
- MASSARIK, F. (1992). "The humanistic core of industrial organizational psychology". A: WERTZ, F. J. (ed.). *The humanistic movement: Recovering the person in psychology*. Nova York: Gardner, 274-281.
- MEIER, C. (2003). "Canadian Doctors Burnout". *It's your health*, (gener 1).
- MEYER, A. D.; TSUI, A.S.; HININGS, C. R. (1993). "Configurational approaches to organizational analysis". *Academy of Management Journal*, 36, 1175-1195.
- MINGOTE ADAN, J. C.; MORENO JIMÉNEZ, B.; GALVEZ HERRER, M. (2004). "Burnout and the health of the medical professionals: review and prevention actions". *Med Clin (Barc)*. Sep 4; 123 (7): 265-70
- OLIVAR CASTRILLÓN, C.; GONZÁLEZ MORÁN, S.; MARTÍNEZ SUÁREZ, M. M. (1999). "Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias". *Atención Primaria*, 24(6) (15 octubre), 352-359.
- PARKER, P. A.; KULIK, J. A. (1995). "Burnout, self- and supervisor-related job performance, and absenteeism among nurses". *Journal of Behavioral Medicine*, 18, 581-599.
- PEIRÓ, J. M.; SALVADOR, A. (1993). *Control del estrés laboral*. Madrid: Eudema, SA.
- PERLOW, L. A. (1999). "The time famine: toward a sociology of work time". *Administrative Science Quarterly*, vol. 44, núm. 1, 487-516.

PINES, A. (1993). "Burnout". A: GOLDBERGER, L.; BREZNITZ, S. (ed.). *Handbook of stress*. 2a ed. Nova York: The Free Press, 386-403.

SATIR, V. (1964). *Conjoint family therapy*. Palo Alto, CA: Science & Behavior Books.

SELIGMAN, M. E. P.; CSIKSZENTMIHALYI, M. (2000). "Positive psychology: An Introduction". *American Psychologist*, 55, 5-14.

SHIROM, A.; WESTMAN, M.; SHAMAI, O.; CAREL, R. S. (1997). "The effects of work overload and Burnout on cholesterol and triglycerides levels: The moderating effects of emotional reactivity among male and female employees". *Journal of Occupational Health Psychology*, 2, 275-288.

SHIROM, A. (2004). "Job-related Burnout". A: QUICK, J. C.; TETRICK, L. E. (ed.). *Handbook of occupational health psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.

SIEGALL, M.; McDONALD, T. (2004). "Person-organization value congruence, burnout and diversion of resources". *Personnel Review*, vol. 33, núm. 3, 291-301.

SPSS (2003). <<http://www.spss.com/spssmr/answertree/algo.htm>>.

WRIGHT, T. (2003). "The positive organizational behavior: Incubator an idea whose time has truly come". *Journal Organizational Behavior*, 24, 437-442.

YOELS, W. C.; CHAIR, J. M. (1994). "Never enough time: how medical residents manage a scarce resource". *Journal of Contemporary Ethnography*, vol. 23, núm. 2, 185-213.

ZAJONC, R. (1980). "Feeling and thinking". *American Psychologist*, 35, 151-175.

ZURRIAGA LLORENS, R. [et al.] (1998). "Las características del trabajo como antecedentes del burnout en profesionales de la salud". A: *Psicología del Trabajo. Nuevos conceptos, controversias y aplicaciones*. IV Congreso Nacional de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. Madrid: Ediciones Pirámide.

## **Annex 1. Descripció de les escales emprades a l'estudi**

## VARIABLES INDIVIDUALS

<b>VARIABLE:</b>	Personalitat tipus
<b>IDENTIFICACIÓ:</b>	TYPEA
<b>LOCALITZACIÓ:</b>	Part II.
<b>DESCRIPCIÓ:</b>	L'escala mesura dos tipus de personalitat (A i B). Els <i>subjectes que s'anomenen A</i> corresponen a perfils psicològics en què predomina una resposta excessiva. Mostren hiperactivitat, irritabilitat, són ambiciosos, agressius, hostils, impulsius, impacients crònics, tensos i competitius, tant amb el seu medi com amb ells mateixos, i les seves relacions interpersonals són problemàtiques i amb tendència a la dominació. En canvi, els subjectes amb <i>patró de conducta del tipus B</i> són en general tranquils, confiats, relaxats, oberts a les emocions, incloent-hi les hostils.
<b>FONT:</b>	Pròpia
<b>ÍTEMS:</b>	9 ítems
<b>ÍTEMS SENTIT INVERS:</b>	No
<b>CONSTRUCCIÓ ESCALA:</b>	S'ha generat 1 escala a partir dels 9 ítems que la componen.
<b>FIABILITAT DE L'ESCALA:</b>	Reliability <i>Cronbach's Alpha</i> (.677)
<b>TIPUS DE MESURA:</b>	Ordinal
<b>VALORS DE L'ESCALA:</b>	1: Hi estic totalment d'acord 7: Hi estic totalment en desacord
<b>OBSERVACIONS:</b>	Una puntuació baixa a l'escala significa una personalitat del tipus B i una puntuació alta indicarà una personalitat del tipus A.

---

<b>VARIABLE:</b>	Locus de control
<b>IDENTIFICACIÓ:</b>	LOCUS
<b>LOCALITZACIÓ:</b>	Part VI. Pregunta 1
<b>DESCRIPCIÓ:</b>	El concepte desenvolupat per Rotter de locus de control es refereix a les atribucions de causa que les persones fan en relació amb determinats resultats. Els subjectes amb un <i>locus de control extern</i> atribueixen els resultats obtinguts a forces externes que estan fora del seu control; mentre que els subjectes amb un <i>locus de control intern</i> estableixen una relació directa entre els seus comportaments i els reforços i resultats que obtenen.
<b>FONT:</b>	Rotter, 1966 (versió adaptada)
<b>ÍTEMS:</b>	9 ítems
<b>ÍTEMS SENTIT INVERS:</b>	4,5,7 i 9
<b>CONSTRUCCIÓ ESCALA:</b>	S'ha construït l'escala excloent-hi l'ítem 1.
<b>FIABILITAT DE L'ESCALA:</b>	Reliability <i>Cronbach's Alpha</i> (.752)
<b>TIPUS DE MESURA:</b>	Ordinal
<b>VALORS DE L'ESCALA:</b>	1: Totalment d'acord 5: Totalment en desacord
<b>OBSERVACIONS:</b>	Una puntuació baixa a l'escala significa un locus de control extern i una puntuació alta indicarà un locus de control intern.

---

## VARIABLES CULTURALS

**VARIABLE:** Valors personals emocionals-relacionals  
**IDENTIFICACIÓ:** VIDAPERS1  
**LOCALITZACIÓ:** Part III  
**DESCRIPCIÓ:** L'escala mesura quina és la presència que tenen els valors més vinculats a les emocions i el nivell afectiu en la vida personal de l'enquestat.  
**FONT:** Pròpia  
**ÍTEMS:** 4 ítems (comunicació eficaç, cooperació-companyia, gaudi emocional i empatia emocional)  
**ÍTEMS SENTIT INVERS:** No  
**CONSTRUCCIÓ ESCALA:** S'ha construït l'escala amb els 4 ítems.  
**FIABILITAT DE L'ESCALA:** Reliability *Cronbach's Alpha* (.774)  
**TIPUS DE MESURA:** Ordinal  
**VALORS DE L'ESCALA:** 0: Gens  
5: Totalment

**OBSERVACIONS:**

---

**VARIABLE:** Valors personals ètics-universals  
**IDENTIFICACIÓ:** VIDAPERS2  
**LOCALITZACIÓ:** Part III  
**DESCRIPCIÓ:** L'escala mesura quina és la presència que tenen els valors ètics i de caire universalista en la vida personal de l'enquestat.  
**FONT:** Pròpia  
**ÍTEMS:** 3 ítems (aventura-valentia, idealisme-utopia, imaginació-creativitat)  
**ÍTEMS SENTIT INVERS:** No  
**CONSTRUCCIÓ ESCALA:** S'ha construït l'escala amb els 3 ítems.  
**FIABILITAT DE L'ESCALA:** Reliability *Cronbach's Alpha* (.612)  
**TIPUS DE MESURA:** Ordinal  
**VALORS DE L'ESCALA:** 0: Gens  
5: Totalment

**OBSERVACIONS:**

---

**VARIABLE:** Valors personals instrumentals  
**IDENTIFICACIÓ:** VIDAPERS3  
**LOCALITZACIÓ:** Part III  
**DESCRIPCIÓ:** L'escala mesura quina és la presència que tenen els valors de caire pragmàtic en la vida personal de l'enquestat.  
**FONT:** Pròpia  
**ÍTEMS:** 4 ítems (ordre-organització, pragmatisme-realisme, seguretat-prudència, simplificació de processos)  
**ÍTEMS SENTIT INVERS:** No  
**CONSTRUCCIÓ ESCALA:** S'ha construït l'escala amb els 4 ítems.  
**FIABILITAT DE L'ESCALA:** Reliability *Cronbach's Alpha* (.686)  
**TIPUS DE MESURA:** Ordinal  
**VALORS DE L'ESCALA:** 0: Gens  
5: Totalment

**OBSERVACIONS:**

---



## ESTRUCTURA MATRIU VALORS PERSONALS

**Matriz de componentes rotados(a)**

	Componente		
	1	2	3
Apertura mental (VIDA PERSONAL)	,420	,404	-,044
Aprendizaje práctico, continuo	,398	,270	,141
Armonía estética	,412	,083	,334
<b>Aventura-valentía</b>	,289	<b>,529</b>	,093
Calidez	,500	,352	,173
<b>Comunicación eficaz</b>	<b>,637</b>	,183	,239
<b>Cooperación-compañía</b>	<b>,554</b>	,258	,217
Atención a la familia	,510	,045	,159
<b>Disfrute emocional</b>	<b>,736</b>	,092	,009
Eficacia resultados	,547	,120	,356
<b>Empatía emocional</b>	<b>,707</b>	-,001	-,006
Ética profesional	,526	-,066	,321
Flexibilidad adaptativa	,417	,315	,260
Generosidad-compartir	,517	,321	,195
Humildad	,150	,386	,228
<b>Idealismo-utopía</b>	-,009	<b>,640</b>	-,155
Igualdad (no discriminación)	,140	,188	,146
<b>Imaginación-creatividad</b>	,171	<b>,590</b>	,085
Integridad-tener palabra	,170	,393	,361
Justicia- responsabilidad social	,203	,394	,351
Libertad-iniciativa	,317	,464	,188
<b>Orden-organización</b>	,038	,195	<b>,629</b>
Pasión-ilusión	,468	,454	,126
<b>Pragmatismo-realismo</b>	,135	,045	<b>,690</b>
Profesionalidad técnica	,212	,181	,493
Respeto a la gente mayor	,257	,305	,328
Respeto al entorno natural	,034	,478	,300
Sacrificio-austeridad	-,116	,514	,192
Salud	,338	-,021	,466
<b>Seguridad-prudencia</b>	,301	,255	<b>,564</b>
Serenidad	,155	,308	,450
<b>Simplificación de procesos</b>	,076	,118	<b>,595</b>
Tenacidad-paciencia	,098	,460	,265

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a La rotación ha convergido en 7 iteraciones.

**VARIABLE:** Valors empresa emocionals-relacionals  
**IDENTIFICACIÓ:** VIDAEMPRES1  
**LOCALITZACIÓ:** Part III  
**DESCRIPCIÓ:** L'escala mesura quina és la presència percebuda dels valors més vinculats a les emocions i el nivell afectiu a la institució a on treballa l'enquestat.  
**FONT:** Pròpia  
**ÍTEMS:** 4 ítems (comunicació eficaç, cooperació-companyia, gaudi emocional i empatia emocional)  
**ÍTEMS SENTIT INVERS:** No  
**CONSTRUCCIÓ ESCALA:** S'ha construït l'escala amb els 4 ítems.  
**FIABILITAT DE L'ESCALA:** Reliability *Cronbach's Alpha* (.896)  
**TIPUS DE MESURA:** Ordinal  
**VALORS DE L'ESCALA:** 0: Gens  
5: Totalment

**OBSERVACIONS:**

---

**VARIABLE:** Valors empresa ètics-universals  
**IDENTIFICACIÓ:** VIDAEMPRES2  
**LOCALITZACIÓ:** Part III  
**DESCRIPCIÓ:** L'escala mesura quina és la presència percebuda que tenen els valors ètics i de caire universalista a la institució a on treballa l'enquestat.  
**FONT:** Pròpia  
**ÍTEMS:** 3 ítems (aventura-valentia, idealisme-utopia, imaginació-creativitat)  
**ÍTEMS SENTIT INVERS:** No  
**CONSTRUCCIÓ ESCALA:** S'ha construït l'escala amb els 3 ítems.  
**FIABILITAT DE L'ESCALA:** Reliability *Cronbach's Alpha* (.741)  
**TIPUS DE MESURA:** Ordinal  
**VALORS DE L'ESCALA:** 0: Gens  
5: Totalment

**OBSERVACIONS:**

---

**VARIABLE:** Valors empresa instrumentals  
**IDENTIFICACIÓ:** VIDAEMPRES3  
**LOCALITZACIÓ:** Part III  
**DESCRIPCIÓ:** L'escala mesura quina és la presència percebuda que tenen els valors de caire pragmàtic a la institució a on treballa l'enquestat.  
**FONT:** Pròpia  
**ÍTEMS:** 4 ítems (Ordre-organització, pragmatisme-realisme, seguretat-prudència, simplificació de processos)  
**ÍTEMS SENTIT INVERS:** No  
**CONSTRUCCIÓ ESCALA:** S'ha construït l'escala amb els 4 ítems.  
**FIABILITAT DE L'ESCALA:** Reliability *Cronbach's Alpha* (.817)  
**TIPUS DE MESURA:** Ordinal  
**VALORS DE L'ESCALA:** 0: Gens  
5: Totalment

**OBSERVACIONS:**

---

## ESTRUCTURA MATRIU VALORS EMPRESA

**Matriz de componentes rotados(a)**

	Componente		
	1	2	3
Apertura mental (INSTITUCIÓN TRABAJA)	,629	,363	,268
Aprendizaje práctico-continuo	,692	,308	,200
Armonía estética	,634	,336	,019
<b>Aventura-valentía</b>	,597	,121	<b>,279</b>
Calidez	,681	,369	,309
<b>Comunicación eficaz</b>	<b>,704</b>	,401	,288
<b>Cooperación-compañía</b>	<b>,612</b>	,393	,375
Atención a la familia	,631	,262	,300
<b>Disfrute emocional</b>	<b>,722</b>	,253	,362
Eficacia resultados	,530	,417	,004
<b>Empatía emocional</b>	<b>,623</b>	,240	,464
Etica profesional	,324	,607	,445
Flexibilidad adaptativa	,581	,396	,360
Generosidad-compartir	,551	,374	,525
Humildad	,303	,371	,628
<b>Idealismo-utopía</b>	,347	-,036	<b>,697</b>
Igualdad (no discriminación)	,326	,409	,533
<b>Imaginación-creatividad</b>	,554	,308	<b>,477</b>
Integridad-tener palabra	,381	,584	,425
Justicia-responsabilidad social	,371	,595	,424
Libertad-iniciativa	,564	,397	,336
<b>Orden-organización</b>	,337	<b>,657</b>	,017
Pasión-ilusión	,609	,415	,336
<b>Pragmatismo-realismo</b>	,262	<b>,695</b>	,119
Profesionalidad técnica	,218	,652	,258
Respeto a la gente mayor	,255	,605	,452
Respeto al entorno natural	,213	,611	,420
Sacrificio-austeridad	,120	,348	,550
Salud	,393	,623	,150
<b>Seguridad-prudencia</b>	,257	<b>,748</b>	,168
Serenidad	,334	,668	,248
<b>Simplificación de procesos</b>	,415	<b>,562</b>	,278
Tenacidad-paciencia	,366	,565	,267

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a La rotación ha convergido en 7 iteraciones.

## VARIABLES ORGANITZATIVES

<b>VARIABLE:</b>	Pressió de temps
<b>IDENTIFICACIÓ:</b>	TIMPRE
<b>LOCALITZACIÓ:</b>	Part IV. Pregunta 1
<b>DESCRIPCIÓ:</b>	Percepció subjectiva de no tenir temps suficient per complir les tasques assignades.
<b>FONT:</b>	Uppsala University
<b>ÍTEMS:</b>	3 ítems
<b>ÍTEMS SENTIT INVERS:</b>	No
<b>CONSTRUCCIÓ ESCALA:</b>	S'ha construït l'escala amb els 3 ítems.
<b>FIABILITAT DE L'ESCALA:</b>	Reliability <i>Cronbach's Alpha</i> (.774)
<b>TIPUS DE MESURA:</b>	Ordinal
<b>VALORS DE L'ESCALA:</b>	1: Sí, sovint 4: No, de cap manera
<b>OBSERVACIONS:</b>	Una puntuació baixa a l'escala implica una pressió de temps inferior. En canvi, una puntuació alta indicarà que la persona percep una elevada pressió del temps.
<b>VARIABLE:</b>	Càrrega de treball
<b>IDENTIFICACIÓ:</b>	WORKLOAD
<b>LOCALITZACIÓ:</b>	Part IV. Pregunta 2
<b>DESCRIPCIÓ:</b>	Característiques del treball en termes de quantitat i qualitat.
<b>FONT:</b>	Pròpia
<b>ÍTEMS:</b>	8
<b>ÍTEMS SENTIT INVERS:</b>	No
<b>CONSTRUCCIÓ ESCALA:</b>	S'ha construït l'escala amb els 8 ítems originals
<b>FIABILITAT DE L'ESCALA:</b>	Reliability <i>Cronbach's Alpha</i> (.899)
<b>TIPUS DE MESURA:</b>	Ordinal
<b>VALORS DE L'ESCALA:</b>	1: Rarament; 5: Molt sovint
<b>OBSERVACIONS:</b>	Una puntuació baixa a l'escala implica "Poca càrrega de treball". En canvi, una puntuació alta indicarà "Molta càrrega de treball".
<b>VARIABLE:</b>	Locus de control del treball (autoritat en la presa de decisions)
<b>IDENTIFICACIÓ:</b>	LJC1
<b>LOCALITZACIÓ:</b>	Part IV. Pregunta 3 (ítems 1 a 9)
<b>DESCRIPCIÓ:</b>	Percepció del control que es té sobre el treball i la tasca a fer (organització...). En concret, aquesta escala mesura en quin grau la persona considera que té autoritat en la presa de decisions (és a dir, autonomia i responsabilitat a l'hora de realitzar la seva feina).
<b>FONT:</b>	Karasek (Bosma, 1997) <sup>2</sup>
<b>ÍTEMS:</b>	9
<b>ÍTEMS SENTIT INVERS:</b>	No
<b>CONSTRUCCIÓ ESCALA:</b>	S'ha construït l'escala amb els 9 ítems originals
<b>FIABILITAT DE L'ESCALA:</b>	Reliability <i>Cronbach's Alpha</i> (.755 <sup>3</sup> )
<b>TIPUS DE MESURA:</b>	Ordinal
<b>VALORS DE L'ESCALA:</b>	1: Sempre; 4: Mai
<b>OBSERVACIONS:</b>	Una puntuació baixa a l'escala implica "Alta autoritat en el lloc de treball a l'hora de prendre decisions". En canvi, una puntuació alta indicarà "Poca autoritat en el lloc de treball a l'hora de prendre decisions".

<sup>2</sup> H. BOSMA *et al.* (1997). *British Medical Journal*, 354.

<sup>3</sup> Segons Karasek, la mesura de consistència interna de l'escala era d'una alpha de Cronbach de .84 (LJC 1 i LJC2).

<b>VARIABLE:</b>	Locus de control del treball (habilitat discriminar)
<b>IDENTIFICACIÓ:</b>	LJC2
<b>LOCALITZACIÓ:</b>	Part IV. Pregunta 3 (ítems 10 a 15)
<b>DESCRIPCIÓ:</b>	Capacitat que té la persona per establir judicis sobre la planificació de la feina a realitzar.
<b>FONT:</b>	Karasek (Bosma, 1997)
<b>ÍTEMS:</b>	6
<b>ÍTEMS SENTIT INVERS:</b>	10 i 12 (s'han recodificat)
<b>CONSTRUCCIÓ ESCALA:</b>	S'ha construït l'escala amb els 6 ítems originals
<b>FIABILITAT DE L'ESCALA:</b>	Reliability <i>Cronbach's Alpha</i> (.721)
<b>TIPUS DE MESURA:</b>	Ordinal
<b>VALORS DE L'ESCALA:</b>	1: Sempre; 4: Mai
<b>OBSERVACIONS:</b>	Una puntuació baixa a l'escala implica "Competència alta". En canvi, una puntuació alta indicarà "Competència baixa".
<b>VARIABLE:</b>	Risc percebut de perdre la feina
<b>IDENTIFICACIÓ:</b>	iv_4, iv_5, iv_6, iv_7r, iv_8
<b>LOCALITZACIÓ:</b>	Part IV. Preguntes 4, 5, 6, 7 i 8
<b>DESCRIPCIÓ:</b>	Aquest bloc de preguntes mesuren el grau de risc que perceben les persones de perdre la seva feina a conseqüència dels canvis tecnològics o pèrdua de valor instrumental per a l'organització.
<b>FONT:</b>	Pròpia
<b>ÍTEMS:</b>	5
<b>ÍTEMS SENTIT INVERS:</b>	Pregunta 7 (Part IV)
<b>CONSTRUCCIÓ ESCALA:</b>	S'ha descartat, per tenir els ítems una baixa consistència interna ( <i>alpha Cronbach's</i> = .359)
<b>FIABILITAT DE L'ESCALA:</b>	--
<b>TIPUS DE MESURA:</b>	Ordinal
<b>VALORS DE L'ESCALA:</b>	iv_4, iv_5: 1: Gens probable; 5: Molt probable iv_6: 1: Molt fàcil; 5: Molt difícil iv_7: 1: Molt poc segur/a; 5: Molt segur/a iv_8: 1: Gens possible; 5: Molt possible
<b>OBSERVACIONS:</b>	Els 5 ítems s'han tractat de forma separada
<b>VARIABLE:</b>	Apreciació professional
<b>IDENTIFICACIÓ:</b>	PROFINF
<b>LOCALITZACIÓ:</b>	Part V. Pregunta 1
<b>DESCRIPCIÓ:</b>	Reconeixement per part dels altres de la feina realitzada.
<b>FONT:</b>	Pròpia
<b>ÍTEMS:</b>	3
<b>ÍTEMS SENTIT INVERS:</b>	No
<b>CONSTRUCCIÓ ESCALA:</b>	S'ha construït l'escala amb els 3 ítems originals.
<b>FIABILITAT DE L'ESCALA:</b>	alpha Cronbach = .661
<b>TIPUS DE MESURA:</b>	Ordinal
<b>VALORS DE L'ESCALA:</b>	1: Rarament o mai; 4: Molt sovint
<b>OBSERVACIONS:</b>	

<b>VARIABLE:</b>	Demandes dels pacients
<b>IDENTIFICACIÓ:</b>	PATDEM
<b>LOCALITZACIÓ:</b>	Part V. Pregunta 2
<b>DESCRIPCIÓ:</b>	L'escala mesura el grau d'amenaça personal o professional que percep el professional en el seu tracte amb els pacients.
<b>FONT:</b>	Adaptació de l'escala Burke (2001).
<b>ÍTEMS:</b>	3
<b>ÍTEMS SENTIT INVERS:</b>	No
<b>CONSTRUCCIÓ ESCALA:</b>	Donat que l'alpha de Cronbach era molt baixa, s'ha decidit analitzar els 3 ítems per separat.
<b>FIABILITAT DE L'ESCALA:</b>	--
<b>TIPUS DE MESURA:</b>	Ordinal
<b>VALORS DE L'ESCALA:</b>	1: Rarament o mai 4: Molt sovint
<b>OBSERVACIONS:</b>	Una puntuació baixa indica una situació de no-amenaça per part del pacient.
<b>VARIABLE:</b>	Falta d'equilibri treball-vida
<b>IDENTIFICACIÓ:</b>	WLB
<b>LOCALITZACIÓ:</b>	Part V. Pregunta 3
<b>DESCRIPCIÓ:</b>	L'escala mesura el grau d'interferència entre la vida professional i la vida personal.
<b>FONT:</b>	Pròpia
<b>ÍTEMS:</b>	6
<b>ÍTEMS SENTIT INVERS:</b>	No
<b>CONSTRUCCIÓ ESCALA:</b>	S'ha construït l'escala amb els 6 ítems originals.
<b>FIABILITAT DE L'ESCALA:</b>	Reliability <i>Cronbach's Alpha</i> (.779)
<b>TIPUS DE MESURA:</b>	Ordinal
<b>VALORS DE L'ESCALA:</b>	1: Mai 5: Sempre
<b>OBSERVACIONS:</b>	Una puntuació baixa indica un bon equilibri treball-vida.
<b>VARIABLE:</b>	Contacte amb pacients greus
<b>IDENTIFICACIÓ:</b>	PSL
<b>LOCALITZACIÓ:</b>	Part V. Pregunta 4
<b>DESCRIPCIÓ:</b>	L'escala mesura la freqüència amb la qual el professional ha de relacionar-se amb pacients que es troben en situació greu.
<b>FONT:</b>	Pròpia
<b>ÍTEMS:</b>	3
<b>ÍTEMS SENTIT INVERS:</b>	No
<b>CONSTRUCCIÓ ESCALA:</b>	Donat que l'alpha de Cronbach era molt baixa, s'ha decidit analitzar els 3 ítems per separat.
<b>FIABILITAT DE L'ESCALA:</b>	--
<b>TIPUS DE MESURA:</b>	Ordinal
<b>VALORS DE L'ESCALA:</b>	1: Rarament 5: Molt sovint
<b>OBSERVACIONS:</b>	Una puntuació alta indica un contacte freqüent amb pacients greus.
<b>VARIABLE:</b>	Actitud davant canvis (lloc i continguts del treball)
<b>IDENTIFICACIÓ:</b>	FASTCHANGESWPL
<b>LOCALITZACIÓ:</b>	Part V. Pregunta 5
<b>DESCRIPCIÓ:</b>	L'escala mesura la freqüència amb la qual la persona ha de treballar de forma activa en casos urgents, prendre decisions ràpides o treballar de forma ràpida i precisa.
<b>FONT:</b>	Pròpia
<b>ÍTEMS:</b>	3
<b>ÍTEMS SENTIT INVERS:</b>	No
<b>CONSTRUCCIÓ ESCALA:</b>	S'ha construït l'escala amb els 3 ítems originals
<b>FIABILITAT DE L'ESCALA:</b>	alpha Cronbach = .876
<b>TIPUS DE MESURA:</b>	Ordinal
<b>VALORS DE L'ESCALA:</b>	1: Molt sovint

<b>OBSERVACIONS:</b>	4: Rarament o mai Una puntuació baixa indica un nombre elevat de canvis ràpids al lloc de treball.
<b>VARIABLE:</b>	Grau de responsabilitat
<b>IDENTIFICACIÓ:</b>	DEGRESP
<b>LOCALITZACIÓ:</b>	Part V. Pregunta 6
<b>DESCRIPCIÓ:</b>	L'escala mesura el grau en què la persona es sent responsable dels diferents aspectes de la feina.
<b>FONT:</b>	Pròpia
<b>ÍTEMS:</b>	6
<b>ÍTEMS SENTIT INVERS:</b>	No
<b>CONSTRUCCIÓ ESCALA:</b>	S'ha construït l'escala a partir dels 6 ítems originals
<b>FIABILITAT DE L'ESCALA:</b>	$\alpha$ Cronbach's = .742
<b>TIPUS DE MESURA:</b>	Ordinal
<b>VALORS DE L'ESCALA:</b>	1: Quasi gens 5: Molt
<b>OBSERVACIONS:</b>	Una puntuació alta indica un grau elevat de responsabilitat per part del professional respecte a diversos aspectes.
<b>VARIABLE:</b>	Influència professional
<b>IDENTIFICACIÓ:</b>	PROFINFL
<b>LOCALITZACIÓ:</b>	Part V. Pregunta 7
<b>DESCRIPCIÓ:</b>	L'escala mesura el grau d'influència que exerceix el professional en la unitat en la qual treballa.
<b>FONT:</b>	Uppsala
<b>ÍTEMS:</b>	2
<b>ÍTEMS SENTIT INVERS:</b>	No
<b>CONSTRUCCIÓ ESCALA:</b>	S'ha construït l'escala a partir dels ítems originals
<b>FIABILITAT DE L'ESCALA:</b>	$\alpha$ Cronbach's = .651
<b>TIPUS DE MESURA:</b>	Ordinal
<b>VALORS DE L'ESCALA:</b>	1: Poca 3: Bastant
<b>OBSERVACIONS:</b>	Una puntuació alta indica un grau d'influència bastant alt en la mateixa unitat en la qual treballa.
<b>VARIABLE:</b>	Equitat retributiva i a les condicions de treball
<b>IDENTIFICACIÓ:</b>	PWCONDIT
<b>LOCALITZACIÓ:</b>	Part V. Pregunta 8
<b>DESCRIPCIÓ:</b>	L'escala mesura el grau d'acord de la persona amb la distribució de la feina i la seva compensació econòmica.
<b>FONT:</b>	Uppsala
<b>ÍTEMS:</b>	4
<b>ÍTEMS SENTIT INVERS:</b>	No
<b>CONSTRUCCIÓ ESCALA:</b>	S'ha construït l'escala a partir dels ítems originals
<b>FIABILITAT DE L'ESCALA:</b>	$\alpha$ Cronbach's = .698
<b>TIPUS DE MESURA:</b>	Ordinal
<b>VALORS DE L'ESCALA:</b>	1: Rarament 5: Molt sovint
<b>OBSERVACIONS:</b>	Una puntuació alta indica més equitat.
<b>VARIABLE:</b>	Satisfacció professional i organitzativa
<b>IDENTIFICACIÓ:</b>	WOSAT
<b>LOCALITZACIÓ:</b>	Part V. Pregunta 9-13
<b>DESCRIPCIÓ:</b>	L'escala mesura el grau de satisfacció de la persona amb la feina que desenvolupa i l'organització per a la qual treballa.
<b>FONT:</b>	Uppsala
<b>ÍTEMS:</b>	5
<b>ÍTEMS SENTIT INVERS:</b>	Pregunta 9
<b>CONSTRUCCIÓ ESCALA:</b>	S'han mesurat els ítems separats donat que la fiabilitat interna era baixa.
<b>OBSERVACIONS:</b>	Una puntuació alta indica un grau de satisfacció elevat.

<b>VARIABLE:</b>	Promoció interna
<b>IDENTIFICACIÓ:</b>	v_014, v_014b
<b>LOCALITZACIÓ:</b>	Part V. Pregunta 14 i 15
<b>DESCRIPCIÓ:</b>	Es pregunta per l'existència o no d'un sistema de promoció interna a la seva institució. En cas afirmatiu, es demana a la persona que indiqui el nombre de vegades que s'ha beneficiat d'aquest sistema.
<b>FONT:</b>	Pròpia
<b>ÍTEMS:</b>	--
<b>ÍTEMS SENTIT INVERS:</b>	--
<b>CONSTRUCCIÓ ESCALA:</b>	--
<b>FIABILITAT DE L'ESCALA:</b>	--
<b>TIPUS DE MESURA:</b>	Pregunta 14 (escala nominal, dicotòmica). Pregunta 15 (escalar)
<b>VALORS DE L'ESCALA:</b>	
<b>OBSERVACIONS:</b>	
<b>VARIABLE:</b>	Comunicació interna
<b>IDENTIFICACIÓ:</b>	INTHOSPB
<b>LOCALITZACIÓ:</b>	Part V. Pregunta 15
<b>DESCRIPCIÓ:</b>	L'escala mesura la percepció que té la persona sobre com és la comunicació interna al centre a on treballa.
<b>FONT:</b>	
<b>ÍTEMS:</b>	12
<b>ÍTEMS SENTIT INVERS:</b>	v_0159, v_01510, v_01511, v_01512
<b>CONSTRUCCIÓ ESCALA:</b>	S'han emprat els ítems originals un cop recodificats.
<b>FIABILITAT DE L'ESCALA:</b>	<i>alpha Cronbach's = .817</i>
<b>TIPUS DE MESURA:</b>	Ordinal
<b>VALORS DE L'ESCALA:</b>	1: Molt sovint 5: Rarament
<b>OBSERVACIONS:</b>	Una puntuació baixa indica una percepció més favorable respecte al funcionament de la comunicació interna.
<b>VARIABLE:</b>	Motivació intrínseca
<b>IDENTIFICACIÓ:</b>	INTMOTIV
<b>LOCALITZACIÓ:</b>	Part VI. Pregunta 2
<b>DESCRIPCIÓ:</b>	L'escala mesura els motius més freqüents pels quals la persona realitza la feina.
<b>FONT:</b>	Uppsala
<b>ÍTEMS:</b>	13
<b>ÍTEMS SENTIT INVERS:</b>	No
<b>CONSTRUCCIÓ ESCALA:</b>	S'han emprat els ítems originals.
<b>FIABILITAT DE L'ESCALA:</b>	<i>alpha Cronbach's = .953</i>
<b>TIPUS DE MESURA:</b>	Ordinal
<b>VALORS DE L'ESCALA:</b>	1: Molt en desacord 6: Molt d'acord
<b>OBSERVACIONS:</b>	Una puntuació alta indica un elevat grau de motivació intrínseca.



<b>VARIABLE:</b>	Sentit del treball
<b>IDENTIFICACIÓ:</b>	vi_3
<b>LOCALITZACIÓ:</b>	Part VI. Pregunta 3
<b>DESCRIPCIÓ:</b>	L'escala mesura la importància que té la feina per a la persona.
<b>FONT:</b>	Pròpia
<b>ÍTEMS:</b>	5
<b>ÍTEMS SENTIT INVERS:</b>	ítem 4 ("Quan plego de la feina, habitualment continuo estant preocupat per motius relacionats amb la feina")
<b>CONSTRUCCIÓ ESCALA:</b>	No ha estat possible pels problemes de fiabilitat que presentaven els ítems. No s'ha pogut validar el constructe.
<b>FIABILITAT DE L'ESCALA:</b>	--
<b>TIPUS DE MESURA:</b>	Ordinal
<b>VALORS DE L'ESCALA:</b>	1: Gens important 4: Molt important
<b>OBSERVACIONS:</b>	Una puntuació alta indica un elevat grau de motivació intrínseca.
<hr/>	
<b>VARIABLE:</b>	Manca de suport social
<b>IDENTIFICACIÓ:</b>	LACKSOSU
<b>LOCALITZACIÓ:</b>	Part VI. Pregunta 5 a – 5 d
<b>DESCRIPCIÓ:</b>	L'escala mesura la percepció que té la persona respecte al suport que pot rebre per part del seu superior immediat, altres persones de la feina o l'àmbit familiar.
<b>FONT:</b>	Quebec
<b>ÍTEMS:</b>	12
<b>ÍTEMS SENTIT INVERS:</b>	--
<b>CONSTRUCCIÓ ESCALA:</b>	S'han analitzat per separat els ítems per manca de fiabilitat interna.
<b>FIABILITAT DE L'ESCALA:</b>	--
<b>TIPUS DE MESURA:</b>	Ordinal
<b>VALORS DE L'ESCALA:</b>	0: No aplicable 1: Molt 4: Gens
<b>OBSERVACIONS:</b>	Una puntuació baixa indica un grau elevat de suport social.
<hr/>	
<b>VARIABLE:</b>	Gestió organitzativa de l'estrès
<b>IDENTIFICACIÓ:</b>	
<b>LOCALITZACIÓ:</b>	Part VI. Pregunta 6, 7_a, 7_b
<b>DESCRIPCIÓ:</b>	Es valora l'opinió que té la persona respecte a l'atenció que presta la seva organització a la qualitat de vida dels seus empleats. A més, se li pregunta sobre l'existència o no de mesures per prevenir o tractar problemes d'estrès.
<b>FONT:</b>	Pròpia
<b>ÍTEMS:</b>	12
<b>ÍTEMS SENTIT INVERS:</b>	--
<b>CONSTRUCCIÓ ESCALA:</b>	--
<b>FIABILITAT DE L'ESCALA:</b>	--
<b>TIPUS DE MESURA:</b>	Pregunta 6: escala ordinal. Preguntes 7_a i 7_b: escales nominals
<b>VALORS DE L'ESCALA:</b>	Gens - Molt Sí - No - NS/NC
<b>OBSERVACIONS:</b>	
<hr/>	

**VARIABLE:** Manca de reciprocitat metge-pacient  
**IDENTIFICACIÓ:** LACKRECPATDOC  
**LOCALITZACIÓ:** Part VI. Pregunta 8  
**DESCRIPCIÓ:** Aquesta escala mesura la freqüència amb la qual el professional pateix episodis de manca d'equitat en la relació amb els seus pacients.  
**FONT:** Bakker, 2000  
**ÍTEMS:** 4  
**ÍTEMS SENTIT INVERS:** No  
**CONSTRUCCIÓ ESCALA:** S'han emprat els ítems originals  
**FIABILITAT DE L'ESCALA:** *alpha Cronbach's* = .765  
**TIPUS DE MESURA:** Ordinal  
**VALORS DE L'ESCALA:** 1: Mai  
5: Molt sovint  
**OBSERVACIONS:** Una puntuació alta indica molta manca de reciprocitat entre metge i pacient.

---

**VARIABLE:** Agressions per part de pacients o familiars  
**IDENTIFICACIÓ:**  
**LOCALITZACIÓ:** Part VI. Preguntes 10, 10\_a, 11\_a i 11\_b.  
**DESCRIPCIÓ:** Percepció del nivell d'agressió rebut pel professional per part del seus pacients o dels familiars.  
**FONT:** Pròpia  
**ÍTEMS:** 4  
**ÍTEMS SENTIT INVERS:** No  
**CONSTRUCCIÓ ESCALA:** S'han analitzat per separat els ítems.  
**FIABILITAT DE L'ESCALA:** --  
**TIPUS DE MESURA:** Nominal (preguntes 10 i 11\_a). Ordinal (preguntes 10\_a i 11\_b)  
**VALORS DE L'ESCALA:** 1: Baix  
3: Alt  
**OBSERVACIONS:**

---

## VARIABLES DE CONTROL

**VARIABLE:** Gènere  
**IDENTIFICACIÓ:** Sex (i\_1)  
**DESCRIPCIÓ:** Gènere de la persona enquestada  
**FONT:** Dolan, Kannings i Díez (2003)<sup>4</sup>  
**ÍTEMS:** [ ] Home [ ] Dona  
**ÍTEMS SENTIT INVERS:** No  
**CONSTRUCCIÓ ESCALA:** No  
**FIABILITAT DE L'ESCALA:** No  
**TIPUS DE MESURA:** Nominal  
**VALORS DE L'ESCALA:** 1: Home; 2: Dona  
**OBSERVACIONS:**

---

**VARIABLE:** Edat  
**IDENTIFICACIÓ:** Age (i\_2)  
**DESCRIPCIÓ:** Anys de la persona enquestada  
**FONT:** Dolan, Kannings i Díez (2003)  
**ÍTEMS:** --  
**ÍTEMS SENTIT INVERS:** No  
**CONSTRUCCIÓ ESCALA:** No  
**FIABILITAT DE L'ESCALA:** No  
**TIPUS DE MESURA:** Nombre escalar  
**VALORS DE L'ESCALA:** --  
**OBSERVACIONS:**

---

<sup>4</sup> S. DOLAN, K. CANNINGS, M. DíEZ (2003), "Psicotoxicología del trabajo en el personal médico de Suecia", *Revista Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 19(2), 117-133.

## VARIABLES DEPENDENTS

**VARIABLE:** Burnout  
**IDENTIFICACIÓ:** Shirom, Shirom1, Shirom 2 i Shirom 3  
**LOCALITZACIÓ:** Part VII. Pregunta 1 (ítems 1 al 12)  
**DESCRIPCIÓ:** L'escala mesura 3 factors relacionats amb el *burnout*: fatiga física, desgast emocional i despersonalització.  
**FONT:** Shirom, Westman, Shamai, Carel (1997)  
**ÍTEMS:** 12 ítems  
**ÍTEMS SENTIT INVERS:** S'ha recodificat l'escala per tal que el valor més alt impliqui un nivell més alt de *burnout* (el valor 1 s'ha transformat a 7 i viceversa).  
**CONSTRUCCIÓ ESCALA:** S'han generat 4 escales:  
Índex general (SM\_Burnout): 12 ítems (Shirom)  
Fatiga física (PF): ítems 1-2-3 i 4 (Shirom 1)  
Desgast emocional (EE): ítems 5-6-7-8 (Shirom 2)  
Cognitive weariness (Cog): ítems 9-10-11-12 (Shirom 3)

**FIABILITAT DE L'ESCALA:** Reliability *Cronbach's Alpha*

ESCALES	NOMBRE ÍTEMS	Cronbach's Alpha
Fatiga física	4	.835
Desgast emocional	4	.887
Despersonalització	4	.918
Burnout Index	12	.922

**TIPUS DE MESURA:** Ordinal  
**VALORS DE L'ESCALA:** 1: Quasi mai; 7: Quasi sempre  
**OBSERVACIONS:** Una puntuació baixa a l'escala significa un baix nivell de *burnout* i una puntuació alta implica un nivell alt de *burnout*.  
El qüestionari contemplava també un darrer ítem que no s'ha considerat a l'hora de construir l'escala per no formar part dels ítems originals.

**VARIABLE:** Burnout  
**IDENTIFICACIÓ:** Uppsala Burnout  
**LOCALITZACIÓ:** Part VII. Pregunta 2 (ítems 1 a 3)  
**DESCRIPCIÓ:** Mesura unidimensional del grau de desgast emocional que pateix la persona enquestada.  
**FONT:** L'índex de *burnout* va ser validat per investigadors de la Universitat d'Uppsala (Suècia).  
**ÍTEMS:** 3 ítems  
**ÍTEMS SENTIT INVERS:** No  
**CONSTRUCCIÓ ESCALA:** S'ha fet un còmput dels 3 ítems de l'escala.  
**FIABILITAT DE L'ESCALA:** Reliability *Cronbach's Alpha*

ESCALA	NOMBRE ÍTEMS	Cronbach's Alpha
Desgast emocional	3	.871

**TIPUS DE MESURA:** Ordinal  
**VALORS DE L'ESCALA:** 1: Mai; 5: Cada dia

<b>OBSERVACIONS:</b>	Una puntuació baixa indica un baix nivell de desgast emocional i una puntuació alta indica un elevat desgast. Els valors que pren l'escala poden portar a interpretacions confuses a l'emprar termes que poden resultar no excloents (p. ex.: algunes vegades al mes, a l'any o a la setmana).
<hr/>	
<b>VARIABLE:</b>	Estat de salut general
<b>IDENTIFICACIÓ:</b>	SF12M (estat de salut mental) i SF12Ph (estat de salut física)
<b>LOCALITZACIÓ:</b>	Part VIII. Preguntes 1 a 12
<b>DESCRIPCIÓ:</b>	El SF-12 és una versió reduïda del SF-36, que consta de 12 dels 36 ítems del SF-36. Va ser dissenyat per reproduir les dues mesures sumari del SF-36 (PCS i MCS) a partir d'un nombre menor d'ítems. Amb el SF-12 es poden obtenir dues mesures sumari, la Component Sumari Física (PCS-12) i la Component Sumari Mental (MCS-12), que no tenen un rang de 0 a 100, sinó que són puntuacions basades en normes. És a dir, tenen una mitjana de 50 i desviació estàndard de 10 en la població general espanyola.
<b>FONT:</b>	<www.imim.es> (apartat "Qüestionaris qualitat de vida").
<b>ÍTEMS:</b>	12 ítems
<b>ÍTEMS SENTIT INVERS:</b>	No
<b>CONSTRUCCIÓ ESCALA:</b>	<www.imim.es> (descàrrega del programa en SPSS per al càlcul de les dues mesures sumari del SF-12 utilitzant els pesos espanyols — extensió SPSS— i d'un document en pdf que descriu el procediment de càlcul de les escales).
<b>FIABILITAT DE L'ESCALA:</b>	<www.imim.es>
<b>TIPUS DE MESURA:</b>	Ordinal
<b>VALORS DE L'ESCALA:</b>	
<b>OBSERVACIONS:</b>	Copyright© 1994 The health Institute; New England Medical Center. All rights reserved. (SF-12 Spanish (Spain) <u>Standard Version 1.0</u> )

---

**Annex 2.**  
**Taules amb resultats numèrics de les anàlisis bivariants**  
**portades a terme**

---

ANOVA Table

			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Physical Component Summary (PCS-12) España * Demandas amenazantes pacientes 1	Between Groups	(Combined)	14,399	3	4,800	,125	,945
	Within Groups		8987,462	235	38,245		
	Total		9001,861	238			
Mental Component Summary (MCS-12) España * Demandas amenazantes pacientes 1	Between Groups	(Combined)	328,939	3	109,646	1,155	,328
	Within Groups		22312,221	235	94,946		
	Total		22641,161	238			
Physical fatigue scale * Demandas amenazantes pacientes 1	Between Groups	(Combined)	8,761	3	2,920	2,678	<b>,048</b>
	Within Groups		271,564	249	1,091		
	Total		280,325	252			
Emotional exhaustion scale * Demandas amenazantes pacientes 1	Between Groups	(Combined)	8,565	3	2,855	2,051	,107
	Within Groups		347,933	250	1,392		
	Total		356,497	253			
Cognitive weariness scale * Demandas amenazantes pacientes 1	Between Groups	(Combined)	13,341	3	4,447	2,729	<b>,045</b>
	Within Groups		407,328	250	1,629		
	Total		420,669	253			
SM - Burnout * Demandas amenazantes pacientes 1	Between Groups	(Combined)	9,609	3	3,203	3,354	<b>,020</b>
	Within Groups		237,765	249	,955		
	Total		247,375	252			
Uppsala Burnout Scale * Demandas amenazantes pacientes 1	Between Groups	(Combined)	8,781	3	2,927	3,679	<b>,013</b>
	Within Groups		198,112	249	,796		
	Total		206,893	252			

<b>DEMANDAS AMENAZANTES PACIENTES</b>		Physical fatigue scale	Cognitive weariness scale	SM - Burnout	Uppsala Burnout Scale
Raramente o nunca	Mean	3,8504	2,8142	3,3810	2,3687
	N	112	113	112	113
	Std. Deviation	,94049	1,30409	,88762	,85954
Más o menos a menudo	Mean	3,9936	3,2500	3,6047	2,2991
	N	39	39	39	39
	Std. Deviation	,95195	1,12244	,87750	,77909
A veces	Mean	4,2118	3,2676	3,7765	2,5451
	N	85	85	85	85
	Std. Deviation	1,17736	1,29375	1,11642	1,00112
Muy a menudo	Mean	4,3971	3,3529	3,9118	3,0833
	N	17	17	17	16
	Std. Deviation	1,18605	1,33188	1,01099	,73535
Total	Mean	4,0306	3,0689	3,5840	2,4625
	N	253	254	253	253
	Std. Deviation	1,05470	1,28947	,99078	,90609



**ANOVA Table**

			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Physical Component Summary (PCS-12) España * Patient severity level 2	Between Groups	(Combined)	473,912	4	118,478	2,387	<b>,050</b>
	Within Groups		23721,203	478	49,626		
	Total		24195,115	482			
Mental Component Summary (MCS-12) España * Patient severity level 2	Between Groups	(Combined)	874,385	4	218,596	2,156	<b>,073</b>
	Within Groups		48462,535	478	101,386		
	Total		49336,920	482			
Physical fatigue scale * Patient severity level 2	Between Groups	(Combined)	17,685	4	4,421	3,591	<b>,007</b>
	Within Groups		622,997	506	1,231		
	Total		640,682	510			
Emotional exhaustion scale * Patient severity level 2	Between Groups	(Combined)	13,990	4	3,498	2,026	<b>,090</b>
	Within Groups		877,190	508	1,727		
	Total		891,180	512			
Cognitive weariness scale * Patient severity level 2	Between Groups	(Combined)	7,446	4	1,862	1,122	,345
	Within Groups		841,149	507	1,659		
	Total		848,596	511			
SM - Burnout * Patient severity level 2	Between Groups	(Combined)	11,217	4	2,804	2,512	<b>,041</b>
	Within Groups		562,573	504	1,116		
	Total		573,791	508			
Uppsala Burnout Scale * Patient severity level 2	Between Groups	(Combined)	13,081	4	3,270	3,799	<b>,005</b>
	Within Groups		437,239	508	,861		
	Total		450,320	512			

<b>ATENCIÓ A MALALTS TERMINALS</b>		Physical Component Summary (PCS-12) España	Mental Component Summary (MCS-12) España	Physical fatigue scale	Emotional exhaustion scale	SM - Burnout	Uppsala Burnout Scale
Raramente	Mean	51,5531	46,1170	3,8982	3,5762	3,5441	2,3568
	N	135	135	140	141	138	142
	Std. Deviation	6,88714	10,18774	1,08617	1,29627	1,05703	,91966
Ocasionalmente	Mean	51,0002	49,2094	3,6567	3,4403	3,3856	2,2587
	N	63	63	67	67	67	67
	Std. Deviation	7,00218	8,85204	1,01115	1,26812	,98983	,83851
A veces	Mean	51,5489	47,5541	4,0022	3,4634	3,5377	2,4483
	N	107	107	115	116	115	116
	Std. Deviation	6,47517	10,32816	1,21598	1,31267	1,11799	,98990
Bastante a menudo	Mean	52,6395	44,8125	4,1635	3,6731	3,7179	2,6602
	N	99	99	104	104	104	103
	Std. Deviation	6,81723	10,48322	1,07868	1,30861	1,01574	,99232
Muy a menudo	Mean	49,4282	46,5012	4,2559	3,9353	3,8627	2,7020
	N	79	79	85	85	85	85
	Std. Deviation	8,26366	9,88350	1,10799	1,38559	1,06949	,83416
Total	Mean	51,3552	46,6342	4,0034	3,6121	3,6105	2,4828
	N	483	483	511	513	509	513
	Std. Deviation	7,08501	10,11725	1,12082	1,31931	1,06278	,93783

ANOVA Table

			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Physical Component Summary (PCS-12) España * Conservaré mi trabajo dentro de 5 años	Between Groups	(Combined)	178,415	3	59,472	1,193	,312
	Within Groups		23922,466	480	49,838		
	Total		24100,882	483			
Mental Component Summary (MCS-12) España * Conservaré mi trabajo dentro de 5 años	Between Groups	(Combined)	2238,286	3	746,095	7,644	<b>,000</b>
	Within Groups		46851,566	480	97,607		
	Total		49089,852	483			
Physical fatigue scale * Conservaré mi trabajo dentro de 5 años	Between Groups	(Combined)	20,071	3	6,690	5,378	<b>,001</b>
	Within Groups		631,981	508	1,244		
	Total		652,053	511			
Emotional exhaustion scale * Conservaré mi trabajo dentro de 5 años	Between Groups	(Combined)	15,793	3	5,264	3,007	<b>,030</b>
	Within Groups		892,982	510	1,751		
	Total		908,775	513			
Cognitive weariness scale * Conservaré mi trabajo dentro de 5 años	Between Groups	(Combined)	16,000	3	5,333	3,256	<b>,021</b>
	Within Groups		833,806	509	1,638		
	Total		849,806	512			
SM - Burnout * Conservaré mi trabajo dentro de 5 años	Between Groups	(Combined)	15,978	3	5,326	4,765	<b>,003</b>
	Within Groups		565,563	506	1,118		
	Total		581,541	509			
Uppsala Burnout Scale * Conservaré mi trabajo dentro de 5 años	Between Groups	(Combined)	15,568	3	5,189	6,041	<b>,000</b>
	Within Groups		437,258	509	,859		
	Total		452,826	512			

<b>CONSERVARÉ MI TRABAJO DENTRO DE 5 AÑOS</b>		Mental Component Summary (MCS-12) España	Physical fatigue scale	Emotional exhaustion scale	Cognitive weariness scale	SM - Burnout	Uppsala Burnout Scale
muy seguro	Mean	49,5911	3,7679	3,3452	2,9286	3,3562	2,2682
	N	119	126	126	126	124	128
	Std. Deviation	8,42566	1,16841	1,40280	1,40173	1,12470	,87150
bastante seguro	Mean	46,8806	3,9414	3,5859	3,2313	3,5852	2,4558
	N	217	226	227	227	226	226
	Std. Deviation	10,09285	1,11138	1,27986	1,25791	1,05805	,92497
poco seguro	Mean	45,2592	4,1478	3,7739	3,3871	3,7724	2,6241
	N	84	93	94	93	93	94
	Std. Deviation	10,21482	1,00828	1,29363	1,14773	,93849	,89900
muy poco seguro	Mean	42,6261	4,3955	3,8657	3,4216	3,8943	2,8256
	N	64	67	67	67	67	65
	Std. Deviation	11,13492	1,16706	1,35494	1,28748	1,08057	1,06899
Total	Mean	46,7030	3,9956	3,5978	3,2100	3,6042	2,4867
	N	484	512	514	513	510	513
	Std. Deviation	10,08143	1,12962	1,33097	1,28832	1,06889	,94044

ANOVA Table

			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Physical Component Summary (PCS-12) España * Agresiones pacientes	Between Groups (Combined)		128,658	1	128,658	2,574	,109
	Within Groups		24246,617	485	49,993		
	Total		24375,275	486			
Mental Component Summary (MCS-12) España * Agresiones pacientes	Between Groups (Combined)		1205,824	1	1205,824	11,963	<b>,001</b>
	Within Groups		48886,251	485	100,796		
	Total		50092,075	486			
Physical fatigue scale * Agresiones pacientes	Between Groups (Combined)		11,386	1	11,386	9,147	<b>,003</b>
	Within Groups		637,346	512	1,245		
	Total		648,732	513			
Emotional exhaustion scale * Agresiones pacientes	Between Groups (Combined)		9,836	1	9,836	5,648	<b>,018</b>
	Within Groups		895,061	514	1,741		
	Total		904,897	515			
Cognitive weariness scale * Agresiones pacientes	Between Groups (Combined)		9,516	1	9,516	5,770	<b>,017</b>
	Within Groups		846,083	513	1,649		
	Total		855,600	514			
SM - Burnout * Agresiones pacientes	Between Groups (Combined)		9,759	1	9,759	8,683	<b>,003</b>
	Within Groups		573,188	510	1,124		
	Total		582,947	511			
Uppsala Burnout Scale * Agresiones pacientes	Between Groups (Combined)		5,532	1	5,532	6,331	<b>,012</b>
	Within Groups		448,294	513	,874		
	Total		453,827	514			

<b>AGRESIONES PACIENTES</b>		Mental Component Summary (MCS-12) España	Physical fatigue scale	Emotional exhaustion scale	Cognitive weariness scale	SM - Burnout	Uppsala Burnout Scale
Sí	Mean	44,3114	4,2059	3,7965	3,3910	3,7971	2,6240
	N	154	170	172	172	170	172
	Std. Deviation	10,96798	1,17869	1,33087	1,19182	1,04669	,92443
No	Mean	47,6954	3,8895	3,5036	3,1028	3,5039	2,4043
	N	333	344	344	343	342	343
	Std. Deviation	9,58175	1,08334	1,31396	1,32805	1,06674	,93996
Total	Mean	46,6253	3,9942	3,6013	3,1990	3,6012	2,4777
	N	487	514	516	515	512	515
	Std. Deviation	10,15235	1,12454	1,32555	1,29019	1,06808	,93964

## Correlations

		Professional influence	PAY AND WORK CONDITION EQUITY	Professional appretiation 1	Professional appretiation 2	Professional appretiation 3
Physical Component Summary (PCS-12) España	Pearson Correlation	,132(**)	,055	,022	,072	-,027
	Sig. (2-tailed)	,004	,229	,625	,120	,557
	N	480	481	480	471	479
Mental Component Summary (MCS-12) España	Pearson Correlation	,193(**)	,244(**)	,247(**)	,226(**)	,114(*)
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,013
	N	480	481	480	471	479
Physical fatigue scale	Pearson Correlation	-,203(**)	-,361(**)	-,175(**)	-,145(**)	-,085
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,001	,054
	N	508	509	508	499	508
Emotional exhaustion scale	Pearson Correlation	-,205(**)	-,413(**)	-,223(**)	-,245(**)	-,136(**)
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,002
	N	509	511	510	500	510
Cognitive weariness scale	Pearson Correlation	-,187(**)	-,260(**)	-,210(**)	-,207(**)	-,117(**)
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,008
	N	508	509	508	500	508
SM - Burnout	Pearson Correlation	-,234(**)	-,402(**)	-,238(**)	-,236(**)	-,133(**)
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,003
	N	506	507	506	497	506
Uppsala Burnout Scale	Pearson Correlation	-,316(**)	-,400(**)	-,226(**)	-,197(**)	-,101(*)
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,022
	N	507	509	508	499	508

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

ANOVA Table

			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Emotional exhaustion scale * Salas atención familias	Between Groups	(Combined)	9,481	1	9,481	5,414	<b>,020</b>
	Within Groups		866,807	495	1,751		
	Total		876,288	496			
Cognitive weariness scale * Salas atención familias	Between Groups	(Combined)	8,595	1	8,595	5,143	<b>,024</b>
	Within Groups		825,503	494	1,671		
	Total		834,098	495			
SM - Burnout * Salas atención familias	Between Groups	(Combined)	5,272	1	5,272	4,605	<b>,032</b>
	Within Groups		562,034	491	1,145		
	Total		567,305	492			
Uppsala Burnout Scale * Salas atención familias	Between Groups	(Combined)	3,380	1	3,380	3,819	<b>,051</b>
	Within Groups		437,286	494	,885		
	Total		440,666	495			

SALAS ATENCIÓN FAMILIAS		Emotional exhaustion scale	Cognitive weariness scale	SM - Burnout	Uppsala Burnout Scale
Sí	Mean	3,4557	3,0557	3,4920	2,4072
	N	220	220	219	221
	Std. Deviation	1,35085	1,35043	1,07360	,94659
No	Mean	3,7338	3,3207	3,7001	2,5733
	N	277	276	274	275
	Std. Deviation	1,30103	1,24480	1,06692	,93621
Total	Mean	3,6107	3,2031	3,6077	2,4993
	N	497	496	493	496
	Std. Deviation	1,32918	1,29809	1,07381	,94352



**ANOVA Table**

			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Mental Component Summary (MCS-12) España * Salas descanso	Between Groups (Combined)		287,438	1	287,438	2,804	,095
	Within Groups		48392,747	472	102,527		
	Total		48680,185	473			
Emotional exhaustion scale * Salas descanso	Between Groups (Combined)		9,327	1	9,327	5,405	,020
	Within Groups		868,050	503	1,726		
	Total		877,377	504			

SALAS DESCANSO		Mental Component Summary (MCS-12) España	Emotional exhaustion scale
Sí	Mean	47,3190	3,4856
	N	258	278
	Std. Deviation	9,99319	1,30390
No	Mean	45,7554	3,7588
	N	216	227
	Std. Deviation	10,28156	1,32556
Total	Mean	46,6064	3,6084
	N	474	505
	Std. Deviation	10,14485	1,31940

ANOVA Table

			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig
Physical Component Summary (PCS-12) España * Sistema promoción interno	Between Groups (Combined)		375,364	1	375,364	7,826	<b>,005</b>
	Within Groups		22975,052	479	47,965		
	Total		23350,416	480			
Mental Component Summary (MCS-12) España * Sistema promoción interno	Between Groups (Combined)		39,563	1	39,563	,391	,532
	Within Groups		48503,611	479	101,260		
	Total		48543,174	480			
Physical fatigue scale * Sistema promoción interno	Between Groups (Combined)		3,828	1	3,828	3,031	<b>,082</b>
	Within Groups		637,729	505	1,263		
	Total		641,556	506			
Emotional exhaustion scale * Sistema promoción interno	Between Groups (Combined)		,358	1	,358	,204	,651
	Within Groups		888,352	507	1,752		
	Total		888,710	508			
Cognitive weariness scale * Sistema promoción interno	Between Groups (Combined)		5,085	1	5,085	3,044	<b>,082</b>
	Within Groups		845,316	506	1,671		
	Total		850,401	507			
SM - Burnout * Sistema promoción interno	Between Groups (Combined)		2,542	1	2,542	2,235	,136
	Within Groups		571,947	503	1,137		
	Total		574,488	504			
Uppsala Burnout Scale * Sistema promoción interno	Between Groups (Combined)		1,396	1	1,396	1,570	,211
	Within Groups		449,987	506	,889		
	Total		451,383	507			

<b>SISTEMA PROMOCIÓN INTERNO</b>		Physical Component Summary (PCS-12) España	Physical fatigue scale	Cognitive weariness scale
Sí	Mean	52,7966	3,8644	3,0422
	N	145	153	154
	Std. Deviation	5,80938	1,13192	1,33908
No	Mean	50,8716	4,0537	3,2599
	N	336	354	354
	Std. Deviation	7,35359	1,12022	1,27180
Total	Mean	51,4519	3,9965	3,1939
	N	481	507	508
	Std. Deviation	6,97472	1,12601	1,29511

ANOVA Table

			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig
Physical Component Summary (PCS-12)	Between Groups	(Combined)	12,168	2	6,084	,126	,882
España * La institución ofrece a los empleados formación en gestión del estrés	Within Groups		23121,855	479	48,271		
	Total		23134,023	481			
Mental Component Summary (MCS-12)	Between Groups	(Combined)	1266,345	2	633,172	6,359	<b>,002</b>
España * La institución ofrece a los empleados formación en gestión del estrés	Within Groups		47697,443	479	99,577		
	Total		48963,788	481			
Physical fatigue scale * La institución ofrece a los empleados formación en gestión del estrés	Between Groups	(Combined)	13,928	2	6,964	5,642	<b>,004</b>
	Within Groups		627,071	508	1,234		
	Total		641,000	510			
Emotional exhaustion scale * La institución ofrece a los empleados formación en gestión del estrés	Between Groups	(Combined)	29,367	2	14,684	8,634	<b>,000</b>
	Within Groups		867,394	510	1,701		
	Total		896,762	512			
Cognitive weariness scale * La institución ofrece a los empleados formación en gestión del estrés	Between Groups	(Combined)	11,669	2	5,834	3,541	<b>,030</b>
	Within Groups		838,588	509	1,648		
	Total		850,257	511			
SM - Burnout * La institución ofrece a los empleados formación en gestión del estrés	Between Groups	(Combined)	18,473	2	9,237	8,369	<b>,000</b>
	Within Groups		558,431	506	1,104		
	Total		576,904	508			
Uppsala Burnout Scale * La institución ofrece a los empleados formación en gestión del estrés	Between Groups	(Combined)	11,748	2	5,874	6,753	<b>,001</b>
	Within Groups		442,748	509	,870		
	Total		454,497	511			

LA INSTITUCIÓN OFRECE A LOS EMPLEADOS FORMACIÓN EN GESTIÓN DEL ESTRÉS		Mental Component Summary (MCS-12) España	Physical fatigue scale	Emotional exhaustion scale	Cognitive weariness scale	SM - Burnout	Uppsala Burnout Scale
Sí	Mean	49,3654	3,7705	3,2664	3,0323	3,3497	2,3065
	N	59	61	61	62	61	62
	Std. Deviation	8,70613	,99927	1,42293	1,34704	1,09574	,86692
No	Mean	45,7283	4,0897	3,7386	3,2844	3,7104	2,5615
	N	370	393	394	392	391	393
	Std. Deviation	10,53239	1,14414	1,29819	1,29334	1,05972	,96199
NS/NC	Mean	49,7748	3,6360	3,0905	2,8491	3,1827	2,1228
	N	53	57	58	58	57	57
	Std. Deviation	6,74762	,98206	1,21097	1,13838	,92989	,78080
Total	Mean	46,6185	4,0010	3,6092	3,2046	3,6081	2,4818
	N	482	511	513	512	509	512
	Std. Deviation	10,08939	1,12110	1,32344	1,28993	1,06566	,94309

**ANOVA Table**

			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig
Physical Component Summary (PCS-12) España * Torn rotatiu	Between Groups (Combined)		162,637	1	162,637	3,244	<b>,072</b>
	Within Groups		23616,389	471	50,141		
	Total		23779,026	472			
Mental Component Summary (MCS-12) España * Torn rotatiu	Between Groups (Combined)		118,707	1	118,707	1,169	<b>,280</b>
	Within Groups		47821,733	471	101,532		
	Total		47940,440	472			
Physical fatigue scale * Torn rotatiu	Between Groups (Combined)		2,979	1	2,979	2,361	,125
	Within Groups		632,230	501	1,262		
	Total		635,210	502			
Emotional exhaustion scale * Torn rotatiu	Between Groups (Combined)		6,340	1	6,340	3,626	<b>,057</b>
	Within Groups		879,583	503	1,749		
	Total		885,923	504			
Cognitive weariness scale * Torn rotatiu	Between Groups (Combined)		11,366	1	11,366	6,927	<b>,009</b>
	Within Groups		823,654	502	1,641		
	Total		835,021	503			
SM - Burnout * Torn rotatiu	Between Groups (Combined)		6,585	1	6,585	5,861	<b>,016</b>
	Within Groups		560,612	499	1,123		
	Total		567,197	500			
Uppsala Burnout Scale * Torn rotatiu	Between Groups (Combined)		3,540	1	3,540	4,039	<b>,045</b>
	Within Groups		439,998	502	,876		
	Total		443,538	503			

Torn rotatiu		Physical Component Summary (PCS-12) España	Mental Component Summary (MCS-12) España	Emotional exhaustion scale	Cognitive weariness scale	SM - Burnout	Uppsala Burnout Scale
Sí	Mean	49,7978	4,1944	3,8810	3,5992	3,9005	2,6979
	N	58	63	63	63	62	64
	Std. Deviation	6,72724	1,26239	1,44025	1,33240	1,19471	,90797
No	Mean	51,5855	3,9619	3,5419	3,1451	3,5524	2,4462
	N	415	440	442	441	439	440
	Std. Deviation	7,12836	1,10231	1,30495	1,27349	1,03979	,94019
Total	Mean	51,3663	3,9911	3,5842	3,2019	3,5955	2,4782
	N	473	503	505	504	501	504
	Std. Deviation	7,09784	1,12488	1,32581	1,28844	1,06508	,93903

ANOVA Table

			Sum of Squares	Df	Mena Square	F	Sig
Physical Component Summary (PCS-12) España * Baja laboral (últimos 2 años)	Between Groups (Combined)		573,703	1	573,703	11,656	<b>,001</b>
	Within Groups		23772,553	483	49,219		
	Total		24346,255	484			
Mental Component Summary (MCS-12) España * Baja laboral (últimos 2 años)	Between Groups (Combined)		1080,139	1	1080,139	10,673	<b>,001</b>
	Within Groups		48880,313	483	101,201		
	Total		49960,452	484			
Physical fatigue scale * Baja laboral (últimos 2 años)	Between Groups (Combined)		16,044	1	16,044	12,935	<b>,000</b>
	Within Groups		635,073	512	1,240		
	Total		651,117	513			
Emotional exhaustion scale * Baja laboral (últimos 2 años)	Between Groups (Combined)		31,780	1	31,780	18,755	<b>,000</b>
	Within Groups		870,967	514	1,694		
	Total		902,747	515			
Cognitive weariness scale * Baja laboral (últimos 2 años)	Between Groups (Combined)		20,066	1	20,066	12,302	<b>,000</b>
	Within Groups		836,730	513	1,631		
	Total		856,796	514			
SM - Burnout * Baja laboral (últimos 2 años)	Between Groups (Combined)		22,774	1	22,774	20,814	<b>,000</b>
	Within Groups		558,031	510	1,094		
	Total		580,805	511			



Uppsala Burnout Scale * Baja laboral (últimos 2 años)	Between Groups (Combined)	11,856	1	11,856	13,689	<b>,000</b>
	Within Groups	444,320	513	,866		
	Total	456,176	514			

Baja laboral (últimos 2 años)		Physical Component Summary (PCS-12) España	Mental Component Summary (MCS-12) España	Physical fatigue scale	Emotional exhaustion scale	Cognitive weariness scale	SM - Burnout	Uppsala Burnout Scale
Sí	Mean	49,7018	44,2729	4,2662	3,9790	3,5065	3,9259	2,7165
	N	142	142	154	155	153	153	154
	Std. Deviation	8,44715	11,11673	1,19629	1,41449	1,27796	1,09710	1,01891
No	Mean	52,0920	47,5524	3,8806	3,4377	3,0746	3,4652	2,3850
	N	343	343	360	361	362	359	361
	Std. Deviation	6,33185	9,59033	1,07661	1,25039	1,27678	1,02357	,89050
Total	Mean	51,3922	46,5922	3,9961	3,6003	3,2029	3,6029	2,4841
	N	485	485	514	516	515	512	515
	Std. Deviation	7,09240	10,15992	1,12660	1,32397	1,29109	1,06612	,94207

**ANOVA Table**

			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Physical Component Summary (PCS-12) España * Psicofármacos	Between Groups (Combined)		808,648	1	808,648	16,670	<b>,000</b>
	Within Groups		23430,491	483	48,510		
	Total		24239,140	484			
Mental Component Summary (MCS-12) España * Psicofármacos	Between Groups (Combined)		7511,091	1	7511,091	85,523	<b>,000</b>
	Within Groups		42419,679	483	87,825		
	Total		49930,770	484			
Physical fatigue scale * Psicofármacos	Between Groups (Combined)		61,555	1	61,555	53,398	<b>,000</b>
	Within Groups		590,213	512	1,153		
	Total		651,769	513			
Emotional exhaustion scale * Psicofármacos	Between Groups (Combined)		103,716	1	103,716	66,397	<b>,000</b>
	Within Groups		802,895	514	1,562		
	Total		906,611	515			
Cognitive weariness scale * Psicofármacos	Between Groups (Combined)		72,891	1	72,891	47,835	<b>,000</b>
	Within Groups		781,708	513	1,524		
	Total		854,600	514			
SM - Burnout * Psicofármacos	Between Groups (Combined)		79,462	1	79,462	80,810	<b>,000</b>
	Within Groups		501,493	510	,983		
	Total		580,955	511			
Uppsala Burnout Scale * Psicofármacos	Between Groups (Combined)		52,371	1	52,371	66,496	<b>,000</b>
	Within Groups		404,027	513	,788		
	Total		456,398	514			

Psicofármacos		Physical Component Summary (PCS-12) España	Mental Component Summary (MCS-12) España	Physical fatigue scale	Emotional exhaustion scale	Cognitive weariness scale	SM - Burnout	Uppsala Burnout Scale
Sí	Mean	48,8149	38,7168	4,6820	4,4786	3,9515	4,3819	3,1143
	N	96	96	103	105	103	103	105
	Std. Deviation	8,18427	10,76007	1,09488	1,30048	1,14674	1,01208	,95947
No	Mean	52,0556	48,5935	3,8175	3,3650	3,0109	3,3991	2,3228
	N	389	389	411	411	412	409	410
	Std. Deviation	6,63231	8,99895	1,06832	1,23664	1,25523	,98644	,86819
Total	Mean	51,4141	46,6385	3,9908	3,5916	3,1990	3,5968	2,4841
	N	485	485	514	516	515	512	515
	Std. Deviation	7,07678	10,15691	1,12717	1,32680	1,28944	1,06625	,94230

ANOVA Table

			Sum of Squares	Df	Mena Square	F	Sig
Physical Component Summary (PCS-12) España * Baja laboral (últimos 2 años)	Between Groups (Combined)		573,703	1	573,703	11,656	<b>,001</b>
	Within Groups		23772,553	483	49,219		
	Total		24346,255	484			
Mental Component Summary (MCS-12) España * Baja laboral (últimos 2 años)	Between Groups (Combined)		1080,139	1	1080,139	10,673	<b>,001</b>
	Within Groups		48880,313	483	101,201		
	Total		49960,452	484			
Physical fatigue scale * Baja laboral (últimos 2 años)	Between Groups (Combined)		16,044	1	16,044	12,935	<b>,000</b>
	Within Groups		635,073	512	1,240		
	Total		651,117	513			
Emotional exhaustion scale * Baja laboral (últimos 2 años)	Between Groups (Combined)		31,780	1	31,780	18,755	<b>,000</b>
	Within Groups		870,967	514	1,694		
	Total		902,747	515			
Cognitive weariness scale * Baja laboral (últimos 2 años)	Between Groups (Combined)		20,066	1	20,066	12,302	<b>,000</b>
	Within Groups		836,730	513	1,631		
	Total		856,796	514			
SM - Burnout * Baja laboral (últimos 2 años)	Between Groups (Combined)		22,774	1	22,774	20,814	<b>,000</b>
	Within Groups		558,031	510	1,094		
	Total		580,805	511			

Uppsala Burnout Scale * Baja laboral (últimos 2 años)	Between Groups (Combined)	11,856	1	11,856	13,689	<b>,000</b>
	Within Groups	444,320	513	,866		
	Total	456,176	514			

Baja laboral (últimos 2 años)		Physical Component Summary (PCS-12) España	Mental Component Summary (MCS-12) España	Physical fatigue scale	Emotional exhaustion scale	Cognitive weariness scale	SM - Burnout	Uppsala Burnout Scale
Sí	Mean	49,7018	44,2729	4,2662	3,9790	3,5065	3,9259	2,7165
	N	142	142	154	155	153	153	154
	Std. Deviation	8,44715	11,11673	1,19629	1,41449	1,27796	1,09710	1,01891
No	Mean	52,0920	47,5524	3,8806	3,4377	3,0746	3,4652	2,3850
	N	343	343	360	361	362	359	361
	Std. Deviation	6,33185	9,59033	1,07661	1,25039	1,27678	1,02357	,89050
Total	Mean	51,3922	46,5922	3,9961	3,6003	3,2029	3,6029	2,4841
	N	485	485	514	516	515	512	515
	Std. Deviation	7,09240	10,15992	1,12660	1,32397	1,29109	1,06612	,94207