UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA

TESIS DOCTORAL

LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y SUS PACIENTES. DIMENSIONES PSICOLÓGICAS Y SU INCIDENCIA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL.

Mª GUADALUPE LUCAS MILÁN

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA Y ANTROPOLOGÍA

Conformidad de los Directores:

Fdo: Juan Manuel Moreno Manso **Fdo:** Ángel Suárez Muñoz.

2014

Departamento de Psicología y Antropología
Facultad de Educación

TESIS DOCTORAL

La importancia de la comunicación entre los profesionales sanitarios y sus pacientes. Dimensiones psicológicas y su incidencia en la calidad asistencial.

Mª Guadalupe Lucas Milán

Directores: Dr. Juan Manuel Moreno Manso y
Dr. Ángel Suárez Muñoz.

V. B. para su defensa

UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA
2014

A los pilares de mi vida:

A mis padres, por ser unos magníficos referentes de esfuerzo y superación ante las adversidades del día a día. Por todo lo que siempre me habéis dado a cambio de tan poco.

A mis hermanas, por las risas, las confidencias y por apoyarme siempre.

A mi recién estrenado esposo, quien me lleva apoyando y animando incondicionalmente todos estos años. Por cada uno de esos momentos que no hemos podido disfrutar juntos.

Y por supuesto:

A todas las personas que siempre habéis creído en mí.

Con todo mi cariño.

Agradecimientos

En primer lugar deseo agradecer a la Junta de Extremadura la concesión de mi Beca Predoctoral que me abrió las puertas hacia mi sueño: la investigación.

A la Universidad de Extremadura por haberme concedido una estancia de seis meses de duración en el Servicio Extremeño de Salud que supuso el inicio de este estudio.

A la Gerencia del Servicio Extremeño de Salud, quien nos ha apoyado desinteresadamente y nos ha facilitado los medios y los contactos necesarios para la realización de la presente investigación.

A todos nuestros contactos de las Gerencias, de los Hospitales, de los Centros de Salud, de las Asociaciones y de los pacientes no asociados que nos han facilitado la labor de llevar nuestro estudio a más personas y por acoger el estudio con una actitud muy positiva, prestándonos todo su apoyo y ayuda siempre con gran agrado y predisposición.

A todas las personas que amablemente han aportado su granito de arena a esta Tesis y han dedicado parte de su tiempo y esfuerzo a la cumplimentación y/o difusión del instrumento. Sin su colaboración esta investigación no hubiese sido posible.

Quiero dar las gracias al Departamento de Psicología y Antropología, y muy especialmente a los Directores de mi Tesis Doctoral, el Dr. Juan Manuel Moreno Manso y el Dr. Ángel Suárez Muñoz. Ambos me han apoyado, me han ayudado, me han animado y han dedicado mucho tiempo y esfuerzo a la realización de esta Tesis.

Deseo dar las gracias a mi familia (mis "cinco pilares") por apoyarme en los momentos de bajón, por animarme, por consolarme, por estar ahí siempre que les he necesitado y por mis enfados inesperados. Es un orgullo formar parte de vuestras vidas. Siento no haberos dedicado el tiempo que os merecéis, pero trataré incesantemente de recompensaros.

A todos los que me ayudáis a crecer día a día.

La primera riqueza es la salud.

Ralp W. Emerson

Índice.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....1

PARTE I: MARCO TEÓRICO.....17

CAPÍTULO 1. LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL.....19

1.1. Introducción.....21

1.2. Comunicación eficaz y barreras comunicativas.....34

1.3. La comunicación en algunos contextos laborales: el ámbito sanitario.....38

1.4. Variables personales y psicosociales implícitas en la comunicación.....43

CAPÍTULO 2. LAS EMOCIONES Y SU REPERCUSIÓN EN LA VIDA DE LAS PERSONAS.....47

2.1. Introducción.....49

2.2. Las emociones en el ámbito laboral.....54

2.3. Las emociones en el ámbito sanitario.....59

2.4. Las emociones y la atención al paciente.....67

CAPÍTULO 3. EL BIENESTAR PSICOLÓGICO O GRADO DE SATISFACCIÓN EN LA VIDA.....73

3.1. Introducción.....75

3.2. El bienestar psicológico en el contexto laboral: el ámbito sanitario.....81

CAPÍTULO 4. EL ESTRÉS Y SU RELACIÓN CON EL EQUILIBRIO EMOCIONAL DE LAS PERSONAS.....87

4.1. Introducción.....89

4.2. Modelos explicativos.....94

4.3. El estrés laboral en el ámbito sanitario.....99

CAPÍTULO 5. EL SÍNDROME DE "BURNOUT" O DE "DESGASTE PROFESIONAL" EN EL TRABAJO.....105

5.1. Introducción.....107

5.2. El síndrome de "burnout" en el ámbito sanitario.....118

PARTE II. MARCO EMPÍRICO.....127

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....131

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....137

2.1. Objetivo General.....139

2.2. Objetivos Específicos.....139

3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.....141

4. MÉTODO.....145

4.1. Muestra.....147

4.2. Instrumentos.....154

4.3. Procedimiento.....157

5. RESULTADOS.....161

5.1. Análisis Descriptivo.....165

5.1.1. Análisis descriptivo de las características sociodemográficas.....165

5.1.1.1. Sanitarios.....165

5.1.1.1.1. Sexo.....165

5.1.1.1.2. Edad.....166

5.1.1.1.3. Años de experiencia profesional.....167

5.1.1.1.4. Áreas de Salud.....169

5.1.1.1.5. Localidad de ejercicio de su profesión.....170

5.1.1.1.6. Procedencia.....171

5.1.1.1.7. Nivel de atención.....171

5.1.1.1.8. Categoría profesional. 172

5.1.1.1.9. Especialidad.....173

5.1.1.2. Pacientes.....174

5.1.1.2.1. Sexo.....174

5.1.1.2.2. Edad.....174

5.1.1.2.3. Localidad.....175

5.1.1.2.4. Actividad profesional.....176

5.1.2. Análisis descriptivo de las características profesionales de los sanitarios.....177

5.1.2.1. Global comunicación.....177

5.1.2.2. "Burnout".....179

5.1.2.3. Bienestar psicológico.....181

5.1.3. Análisis descriptivo de la calidad de la *comunicación* en los *sanitario*s.....183

5.1.3.1. Análisis descriptivo de las habilidades comunicativas atendiendo al sexo de los sanitarios.....183

5.1.3.2. Análisis descriptivo de las habilidades comunicativas atendiendo a la edad de los sanitarios.....186

5.1.3.3. Análisis descriptivo de las habilidades comunicativas atendiendo a la categoría profesional de los sanitarios.....190

5.1.3.4. Análisis descriptivo de las habilidades comunicativas atendiendo a los años de experiencia profesional de los sanitarios.....194

5.1.4. Análisis descriptivo del *bienestar psicológico* en los *sanitario*s....198

5.1.4.1. Análisis descriptivo del bienestar psicológico atendiendo al sexo de los sanitarios....198

5.1.4.2. Análisis descriptivo del bienestar psicológico atendiendo a la edad de los sanitarios....202

5.1.4.3. Análisis descriptivo del bienestar psicológico atendiendo a la categoría profesional de los sanitarios....204

5.1.4.4. Análisis descriptivo del bienestar psicológico atendiendo a los años de experiencia profesional de los sanitarios....206

5.1.5. Análisis descriptivo del grado de *"burnout"* en los *sanitario*s....208

5.1.5.1. Análisis descriptivo del "burnout" atendiendo al sexo de los sanitarios....208

5.1.5.2. Análisis descriptivo del "burnout" atendiendo a la edad de los sanitarios....213

5.1.5.3. Análisis descriptivo del "burnout" atendiendo a la categoría profesional de los sanitarios....221

5.1.5.4. Análisis descriptivo del "burnout" atendiendo a los años de experiencia profesional de los sanitarios....223

5.1.6. Análisis de las diferencias en la calidad y fluidez de la *comunicación* en el *paciente*....226

5.1.6.1. Análisis descriptivo de la percepción de los pacientes sobre las habilidades comunicativas de los sanitarios....226

5.1.6.2. Análisis descriptivo de la percepción de los pacientes sobre las habilidades comunicativas de los sanitarios atendiendo al sexo del paciente....228

5.1.6.3. Análisis descriptivo de la percepción de los pacientes sobre las habilidades comunicativas de los sanitarios atendiendo a la edad del paciente....230

5.2. Análisis Inferencial. 232

5.2.1. Análisis de las diferencias en la calidad y fluidez de la *comunicación* en el *sanitario*.....232

5.2.1.1. Comunicación – Sexo.....232

5.2.1.2. Comunicación – Edad.....233

5.2.1.3. Comunicación – Años de experiencia profesional.....234

5.2.1.4. Comunicación – Especialidad.....235

5.2.1.5. Comunicación – Categoría profesional.....242

5.2.2. Análisis de las diferencias en *bienestar psicológico* en el *sanitario*.....244

5.2.2.1. Bienestar psicológico – Sexo.....244

5.2.2.2. Bienestar psicológico – Edad.....245

5.2.2.3. Bienestar psicológico – Años de experiencia profesional.....247

5.2.2.4. Bienestar psicológico – Nivel de atención.....248

5.2.2.5. Bienestar psicológico – Categoría profesional.....250

5.2.3.Análisis de las diferencias en *"burnout"* en el *sanitario*.....251

5.2.3.1. "Burnout" – Sexo.....251

5.2.3.2. "Burnout" – Edad.....252

5.2.3.3. "Burnout" – Años de experiencia profesional.....253

5.2.3.4. "Burnout" – Nivel de atención.....254

5.2.3.5. "Burnout" – Categoría profesional.....256

5.2.4. Análisis de la relación entre la calidad y fluidez de la *comunicación* según el nivel de *bienestar psicológico* del *sanitario*.....257

5.2.4.1. Comunicación – Bienestar psicológico.....257

5.2.4.2. Comunicación – Bienestar psicológico – Sexo.....259

5.2.4.3. Comunicación – Bienestar psicológico – Edad.....262

5.2.4.4. Comunicación – Bienestar psicológico – Años de experiencia profesional.....265

5.2.4.5. Comunicación – Bienestar psicológico – Categoría profesional.....267

5.2.5. Análisis de la relación entre la *comunicación* y el *cansancio emocional (CE)* en el trabajo y la *despersonalización (DP)* en el *sanitario*.....270

5.2.5.1. Comunicación – CE/DP.....270
5.2.5.2. Comunicación – CE/DP – Sexo.....272
5.2.5.3. Comunicación – CE/DP – Edad.....275
5.2.5.4. Comunicación – CE/DP – Años de experiencia profesional.....277
5.2.5.5. Comunicación – CE/DP – Categoría profesional.....280

5.2.6. Análisis de la relación entre la *comunicación* y el grado de *realización personal (RP)* en el trabajo en el *sanitario*.....283

5.2.6.1. Comunicación – RP.....283
5.2.6.2. Comunicación – RP – Sexo.....284
5.2.6.3. Comunicación – RP – Edad.....286
5.2.6.4. Comunicación – RP – Años de experiencia profesional.....287
5.2.6.5. Comunicación – RP – Categoría profesional.....289

5.2.7. Análisis de la relación entre la calidad y fluidez de la *comunicación* percibida por el *paciente* y el nivel de *bienestar psicológico* del *sanitario*.....291

5.2.7.1. Comunicación paciente – Bienestar psicológico sanitario.....291
5.2.7.2. Comunicación paciente – Bienestar psicológico sanitario – Sexo del paciente.....292
5.2.7.3. Comunicación paciente – Bienestar psicológico sanitario – Edad del paciente.....294

5.2.8. Análisis de la relación entre la calidad y fluidez de la *comunicación* percibida por el *paciente* y el *cansancio emocional (CE)* en el trabajo y la *despersonalización (DP)* en el *sanitario*.....297

5.2.8.1. Comunicación paciente – CE/DP sanitario.....297
5.2.8.2. Comunicación paciente – CE/DP sanitario –
Sexo del paciente.....298
5.2.8.3. Comunicación paciente – CE/DP sanitario –
Edad del paciente.....301

5.2.9. Análisis de la relación entre la calidad y fluidez de la *comunicación* percibida por el *paciente* y el grado de *realización personal (RP)* en el trabajo en el *sanitario*.....306

5.2.9.1. Comunicación paciente – RP sanitario.....306
5.2.9.2. Comunicación paciente – RP sanitario –
Sexo del paciente.....306
5.2.9.3. Comunicación paciente – RP sanitario –
Edad del paciente.....308

5.3. Descripción de los principales resultados.....311

5.3.1. Perfiles muestrales obtenidos.....311

5.3.1.1. Perfil de la muestra sanitaria.....311
5.3.1.2. Perfil de la muestra paciente.....313

Discusión y conclusiones.....315
Limitaciones y aportaciones de la investigación.....335

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....341

ANEXOS (Cuestionarios).....375

Introducción

INTRODUCCIÓN.

La salud es un elemento básico en nuestra vida. Gracias a ella podemos vivir y sentir cada nuevo día. Si no gozáramos de una buena salud no podríamos disfrutar del día a día, no podríamos salir a dar un paseo, no podríamos salir: al campo, a bailar, de fiesta o con los amigos, no podríamos viajar, no podríamos ir a hacer la compra ni ir a lavar el coche, etc. La verdad es que, estando enfermo, tampoco nos apetecería realizar este tipo de actividades porque podríamos estar hospitalizados, postrados en una cama o limitados, como consecuencia de la dolencia. Sin embargo, sí que es cierto que cuando estamos enfermos todos nuestros esfuerzos van orientados a un gran deseo: *<sanarnos y ponernos bien>,* para poder volver a disfrutar de todas esas cosas maravillosas de la vida que a cada uno de nosotros nos dan nuestras razones para levantarnos cada mañana, de hacernos sentir que estamos vivos y, en definitiva, de hacernos felices.

Por otra parte, la comunicación es la base de las relaciones sociales. Este acto nos permite intercambiar cualquier información con las demás personas. Cuando nos comunicamos podemos expresar: emociones (ira, alegría, sorpresa, enfado...), lazos afectivos, pensamientos, creencias, opiniones, etc.

Nos comunicamos y nos relacionamos usando un sistema de codificación que somos capaces, a su vez, de descifrar en los demás. Este hecho es la base que nos permite relacionarnos con las demás personas y con el entorno que nos rodea.

Para lograr un dominio de las habilidades lingüísticas se requieren unos determinados niveles de conocimiento expresivo-comprensivos, es decir, tan importante es comunicarnos como que nos entiendan. En el caso del contexto sanitario y más concretamente en el de los pacientes, nos encontramos ante usuarios de los servicios sanitarios con capacidades comunicativas muy dispares debido a que los pacientes pueden pertenecer a cualquier nivel educativo. En el caso de los sanitarios sí tienen un determinado nivel educativo (carreras universitarias o formación profesional), sin embargo, a pesar de poseer unos estudios reglados, no todos los sanitarios aprovechan al máximo todas las posibilidades que ofrece la competencia comunicativa en sus interacciones con los pacientes, por muy obvio que pueda llegar a resultar. La ausencia de habilidades comunicativas en los profesionales sanitarios supone una de las grandes luchas y demandas realizadas por los pacientes. Resulta frecuente que en cualquier conversación o a la salida de una consulta médica un paciente realice afirmaciones del tipo: "no entiendo lo que dice mi médico", "no se ha

molestado en mirarme", "hablaba pero daba la impresión que no lo hacía conmigo", "daba la impresión de que estaba deseando de acabar conmigo para dar paso a otro paciente"....

Jergas, vocabulario típico, escasez de tiempo, rigidez de roles, elitismo, etc. son posibles causas de estos **desencuentros comunicativos** que complican la relación entre el sanitario y el paciente. Por desgracia, como hemos adelantado en líneas anteriores, es demasiado frecuente encontrarnos que si a un paciente al salir de la consulta le preguntas: *-¿qué te ha dicho el médico?* te responda: *-creo que me ha dicho…, no lo sé bien, ¡yo lo que tengo que tomarme es esto y esto!*; lo que pone de manifiesto la ausencia de información recibida por el enfermo (no quiere decir que no se le haya facilitado, si no que puede que, por diferencias en cuanto al nivel comunicativo de ambos, no se hayan comprendido). Esto se debe generalmente al abuso de tecnicismos que usan algunos facultativos y que, aunque se los expliquen, hacen dudar a los pacientes, sobre todo, a aquellos con menores recursos lingüísticos o con niveles educativos más bajos. Éste es solamente uno de los múltiples ejemplos que podemos encontrar sobre las dificultades comunicativas e informativas que presentan los usuarios cuando van a la consulta de su médico y que, por dificultades en la comunicación, son incapaces de comprender y/o asimilar qué les pasa y/o cómo se cura.

En el lado opuesto, encontramos la visión de los sanitarios quienes se quejan de que los enfermos son ***poco colaboradores,*** mientras señalan que perciben una gran barrera comunicativa que, en numerosas ocasiones, les separa de los pacientes, impidiéndoles interactuar apropiadamente y lograr una exitosa relación comunicativa.

Todos estos elementos observables y palpables en cualquier centro sanitario convergen en nuestra investigación, de manera que hemos creído esencial indagar en el modo en el que se producen estos intercambios comunicativos, tratando de conocer la calidad de la comunicación entre pacientes y sanitarios con la finalidad de mejorar la relación comunicativa entre ambos colectivos y concienciar acerca de la importancia de la existencia de una **comunicación adecuada y eficaz** entre ellos. A su vez, tratamos de concienciar sobre la trascendencia de establecer una relación más estrecha entre el profesional de la salud y el usuario sanitario que favorezca unas mayores garantías sanitarias y una mejora de la calidad de vida de la sociedad en general.

Albert J. Jovell (presidente del Foro Español de Pacientes) defiende que todas las personas, independientemente del ejercicio de su profesión, *somos pacientes*, incluyendo por supuesto los sanitarios que, en cualquier momento de su vida, también irán a la consulta

médica como pacientes y demandarán una atención sanitaria con las mayores garantías posibles (al igual que se les exige a ellos) (Guisasola, 2010). En relación a las aportaciones realizadas por el citado autor en relación a buenos hábitos de pacientes y profesionales en el contexto sanitario, extraemos las siguientes conclusiones:

- Se defiende un *"sistema social complementario, que aborde los problemas emocionales o sociales de los pacientes"*.
- Los pacientes deben asistir al médico con la idea de tomar los apuntes necesarios que le resuelvan sus dudas, ir con un acompañante que le aporte seguridad, preparar las cuestiones a plantear, anotar y solicitar información escrita para evitar cortarse ante su médico.
- El paciente debe retroalimentar al médico con las anotaciones realizadas en relación a su dolencia.
- En el caso de un médico que *pase* del paciente, éste debe hacerle ver la incomunicación existente y ante la persistencia de la misma, cambiarse de facultativo.
- Ante patologías crónicas o graves el médico es "el mejor gestor de la salud".
- Un buen médico es aquel que tiene idoneidad de aptitudes técnicas ("conocimiento, experiencia y pericia") y humanas ("empatía, confiabilidad y bondad"). En definitiva, *"Un buen médico, debe ser buena persona, hacer el bien y hacer bien su trabajo"*.
- Los médicos deberían cuidar al paciente como les gustaría que le mimasen o cuidasen a ellos.
- El apoyo socio-familiar del paciente es esencial. Existen estudios que lo relacionan con la supervivencia y el aumento de la calidad de vida. Asimismo, la patología se compone de tres dimensiones que necesitan ser atendidas: la orgánico-física, la emocional y la social.

Por otro lado, y en relación a todo lo anterior, puesto que la **salud es un *elemento clave* en la vida de toda persona** (pues, aunque a veces lo olvidemos, nuestra salud es lo más valioso que tenemos), debido a esta trascendencia se crea la necesidad de que exista un clima comunicativo lo más cercano, respetuoso, cálido, tranquilo, de confianza, clarificador, tierno, comprensible, etc., posible entre el sanitario y el paciente, ya que como venimos comentando, sin salud no se puede vivir, y el sanitario es cuando estamos enfermos una parte importantísima de nuestra vida, porque ella está en sus manos, lo que le convierte en uno de los ejes principales de nuestra recuperación y de nuestra salud.

Durante el desarrollo de nuestra investigación algunos médicos[1] manifestaban cierta añoranza a épocas anteriores en las que la medicina no estaba informatizada y la única relación existente en la consulta era médico-paciente. Pero en la actualidad, y debido a la sociedad de la información en la que nos encontramos inmersos, este vínculo se ha ampliado y se ha convertido en una relación médico-ordenador-paciente, porque están obligados a que toda la información del paciente quede registrada en una aplicación informática destinada a los historiales clínicos de los mismos. Un gran avance para que cualquier médico pueda acceder fácilmente al historial del paciente, pero que a su vez influye muy negativamente en las relaciones comunicativas y humanas que se establecen en este ámbito.

Jurado (2010) sostiene la trascendencia del acto comunicativo en nuestras relaciones sociales y le da tremenda trascendencia a la relación que se establece entre el sanitario y el paciente porque, en base a ella, se establecerá la calidad de la atención sanitaria y se humanizará esta relación (siendo en numerosas ocasiones la humanización la *gran olvidada* en el ámbito sanitario).

En Extremadura, desde el Servicio Extremeño de Salud (SES), se están llevando a cabo propuestas de mejora en la atención sanitaria. Según afirma Martínez de la Concha: *"Los pacientes se quejan, ante todo, del trato y de tener que esperar"*. Este médico es uno de los colaboradores en la elaboración del **"Plan de Humanización de la Medicina"**, este Plan iniciado en el año 2005 por el SES, nació con la finalidad de **"humanizar a los médicos"** buscando la calidad en la atención al paciente, puesto que, como señala el autor, los usuarios del SES se quejan de que no se les atiende de una manera agradable y del tiempo de espera. Con este sistema se han aportado en Extremadura (Reigadas, 2009):

- Recursos de educación para el sanitario y el paciente. Al primero se le ha enseñado a mantener relaciones más humanas con los pacientes, y al segundo, a usar adecuadamente los servicios sanitarios (para evitar la *"hiperfrecuentación"* o el abuso de los servicios de urgencias).
- Intérpretes de Lengua de Signos.
- Traductores para pacientes extranjeros.

[1] Nota aclaratoria: En este estudio se utiliza el *masculino genérico* por tanto, nos referimos al masculino pero incluyendo ambos sexos. Ejemplo: médicos, enfermeros, etc. A no ser que se diferencie explícitamente entre *varón* y *mujer*.

Todos estos motivos que indican la trascendencia de la comunicación paciente-sanitaria y que nos han preocupado tanto como para elaborar una investigación al respecto, han sido objeto de estudio de multitud de investigadores. Un ejemplo de ello es el estudio de Girón, Beviá, Medina y Talero (2002) que analiza la calidad de la relación entre médicos y pacientes de Alicante, y cómo se producen y culminan estos intercambios en atención primaria. Los resultados evidencian que los procesos establecidos en la relación médico-paciente median entre los recursos sanitarios y los desenlaces de los encuentros clínicos. Asimismo, se constata que para fomentar la mejora de la atención y de la relación entre el médico y el paciente en atención primaria se requiere una visión y una intervención multidimensional que va más allá de las actuaciones sobre elementos individuales del médico y del paciente.

Ulla, Arranz, Argüello y Cuevas (2002) analizaron las dificultades comunicativas percibidas por el personal de enfermería hospitalaria y consideraron la importancia de elaborar planes de formación orientados a la mejora comunicativa. Los resultados obtenidos pusieron de manifiesto que las mayores dificultades se habían obtenido en la relación con los familiares de los pacientes. Asimismo, esta investigación aporta novedades importantes, dado que saca a la luz otras dificultades comunicativas muy relevantes, tales como: la incapacidad de estos profesionales para calmar el sufrimiento de pacientes y familiares, y sus complicaciones para comunicarse con otro personal sanitario.

Santana *et al.* (2009) evaluaron el grado de conciencia que los enfermeros de una unidad hospitalaria de cuidados intensivos tenían sobre la calidad de la comunicación con las familias de los pacientes. Los resultados constataron la existencia de una nula actividad comunicativa de los enfermeros hacia los familiares de los pacientes ingresados. La investigación realizada por Ulla *et al.* (2002) también evidencia estos resultados.

Sin embargo, no todas las experiencias entre sanitarios y pacientes son negativas. Existen estudios que señalan que la comunicación médico-paciente es muy adecuada y satisfactoria y goza de una alta calidad, como los resultados obtenidos por González (2012) y Echevarría *et al.* (2004) al analizar la importancia de la comunicación entre el equipo profesional, el paciente y los cuidadores/familiares. En esta misma línea de optimismo, García (2013) destaca la importancia de la comunicación y el trato del facultativo (sanitario) en la mejora y el pronóstico de pacientes oncológicos, con esclerosis múltiple, trasplantados, epilépticos, etc.

Todas estas aportaciones, que suponen un hilo de esperanza en la relación entre el sanitario y el paciente, presentan como común denominador la buena calidad de la comunicación entre sus miembros. Como ya hemos anticipado en líneas anteriores, *sanidad es sinónimo de curar* y si no se ponen a disposición de los pacientes el mayor número de recursos sanitarios posibles (entre ellos un factor esencial que es el comunicativo), las posibilidades de sanación desgraciadamente disminuyen considerablemente.

Debido a la notable preocupación existente y demostrada (a través de estudios en la materia como los citados anteriormente) por ahondar en el por qué de la problemática y por apostar hacia la mejora, surgen propuestas para solventar las carencias comunicativas señaladas. Marín y León (2001) analizaron la eficacia del entrenamiento en habilidades sociales en el área de la atención a pacientes en personal de enfermería. En la investigación utilizaron dos grupos de alumnos de enfermería que presentaban el mismo nivel de comunicación interpersonal (grupo experimental y grupo de control). Al grupo experimental se le entrenó en habilidades sociales para mejorar su capacidad comunicativa. Los resultados obtenidos confirmaron la validez del entrenamiento, ya que consiguieron resultados más favorables los estudiantes de enfermería pertenecientes al grupo experimental, que los del grupo de control.

Aparte de los anteriores, son numerosos los autores que ahondan en la necesidad de analizar la comunicación o relación paciente-sanitaria.

Duarte y Aguirre (2003) señalan que la satisfacción de los pacientes permite conocer la calidad atencional y de la asistencia sanitaria. Estos autores han elaborado un cuestionario (AMABLE) que permite analizar el grado de satisfacción del paciente respecto al personal sanitario de atención primaria, identificando los puntos débiles y susceptibles de mejora en esa calidad percibida.

Lifshitz (2012) analiza algunas características de la relación médico-paciente basándose en la trascendencia del proceso comunicativo durante el acto. La investigación concluye que los cambios sociales han modificado la modalidad relacional entre el paciente y el médico, pasando de una relación inicial basada en la confianza plena en el profesional (a quien se le otorgaba cualidades de omnisapiencia y benevolencia), a una relación actual derivada del consumismo en la que el paciente interviene más activamente en sus enfermedades y el facultativo debe atender las demandas de éste (dando servicios, ejecutando instrucciones,...). Actualmente, el paciente ha adquirido conductas de

consumidor, experto en sus patologías, vigilante crítico y participante activo en su proceso curativo, hasta el punto de que muchos médicos se han convertido en prestadores de servicios, trabajadores de la salud y procesadores de instrucciones. Estas nuevas circunstancias han obligado a los médicos a recordar esos valores y principios ancestrales de la medicina que en ocasiones están tan olvidados y a estar a la altura de sus raíces históricas. La medicina ha tendido siempre a desarrollarse independientemente de los elementos afectivos que afectan a las relaciones humanas y casi ha llegado a ser una labor prácticamente técnica, pero el compromiso del médico con el paciente y su familia demanda una atención integral, más allá de la práctica médica y centrada en la persona. En la actualidad, las tareas de los facultativos son tan variadas que pueden llegar a alejarles de la verdadera labor de su profesión: lograr el bienestar del paciente.

Benbunan-Bentata, Cruz-Quintana, Roa-Venegas, Villaverde-Gutiérrez y Benbunan-Bentata (2007) abogan por la eficacia y trascendencia de los programa de intervención para mejorar la calidad de la atención al paciente. Estos autores analizan el impacto emocional de las experiencias del dolor y la muerte en estudiantes de enfermería y plantean planes de intervención que ayuden a los enfermeros a hacer frente al sufrimiento y la muerte en pacientes para regular el estrés que estos aspectos les ocasionan. Los resultados han evidenciado una disminución de los niveles de ansiedad estado y de estrés global en el grupo sometido a entrenamiento. Las repercusiones positivas del programa avalan la necesidad de hacer hincapié sobre estos aspectos desde la formación universitaria de los enfermeros.

La comunicación entre el sanitario y el paciente se puede centrar en elementos concretos relativos a:

a) La intimidad y los derechos naturales del paciente:

Escribano (2009) analiza y compara la confidencialidad en las relaciones humanas, determinando que, mientras que en las relaciones sociales las confidencias son normalmente bidireccionales, en el ámbito de la salud la confidencia del paciente se produce unidireccionalmente y bajo las garantías de que es una relación de confianza, por lo que, la confidencialidad en los profesionales sanitarios es un deber que requiere una cualificación y un refuerzo, como guardianes de los elementos más íntimos de los pacientes que suponen faltas e infracciones muy graves en caso de incumplimiento; además, desde un estado de vulnerabilidad y dependencia.

Guix, Fernández y Sala (2006) analizan las actitudes y percepciones de médicos, enfermeros y pacientes que han sido dados de alta de los dos hospitales de agudos correspondientes a la red hospitalaria de utilización pública (XHUP) de Reus (Tarragona), en relación a los derechos y deberes del paciente y/o usuario de sus hospitales, para conocerlas y compararlas entre sí. Los resultados obtenidos constataron que las actitudes y las percepciones eran dispares según el colectivo al que nos refiramos: para los ex pacientes y los enfermeros las dimensiones más valoradas eran las relativas a la información y a la autonomía; para los médicos las dos dimensiones principales eran la autonomía y la opinión. Médicos y enfermeros comparten que la extensión de los derechos de los pacientes producirá cambios positivos en la relación entre el profesional sanitario y el paciente; no obstante, aún queda mucho trabajo por realizar en relación a la extensión e interiorización de los derechos de los pacientes en el ámbito sanitario, aunque probablemente una adaptación a la realidad española (y no la alteración de un modelo anglosajón) sería beneficioso para ello.

Heitzmann (2003) analiza las actitudes y toma de decisiones que en relación al secreto profesional tienen los médicos en la práctica clínica diaria en la Comunidad Autónoma de Madrid. Los resultados evidenciaron que la tendencia mostrada entre los médicos es darle mucho valor al secreto como esencia de su actividad profesional; una gran discreción para manejar los datos del paciente en la historia clínica, volantes de pruebas, sesiones clínicas y publicaciones y cuando se les pide información por teléfono. Sin embargo, son muy indiscretos cuando hablan con otros médicos sobre los pacientes; tanto por la información relativa al paciente que comentan, como el sitio elegido para dicha conversación. Suelen tener pocas dificultades para guardar el secreto, pero éstas parecen ser, fundamentalmente, con la institución sanitaria. En la toma de decisiones tienden a priorizar el principio de autonomía. Ante situaciones de riesgos para terceros no suelen facilitar información y buscan otros medios antes de revelar el secreto. Si se les pide información desde terceros, suelen facilitarla a otros médicos sin consentimiento del paciente, pero no dan información sin consentimiento a familiares, policías, empresas y organismos oficiales; en el caso de la policía, los médicos prefieren facilitar la información pero buscando previamente el consentimiento del paciente. En relación a las actitudes y a la toma de decisiones, dependen de algunas variables sociodemográficas y de la práctica médica.

Maldonado (2005) pretende proporcionar una visión global e integral de la información clínica distribuida en numerosos sistemas de información heterogéneos y autónomos abordando el historial clínico electrónico federado basado en la normativa europea; elaborando una aplicación informática para la comunicación de la historia clínica electrónica según la normativa europea EN13606 del CEN. Investigaciones como ésta denotan la preocupación de la comunidad científica, por buscar fórmulas que permitan mejorar la calidad asistencial de los servicios sanitarios.

Sobrín (2006) analiza el cambio que se ha producido en la relación médico-paciente, que ha pasado de afectar únicamente a dos personas, a convertirse en la relación del paciente con un equipo asistencial, lo que puede causar en ocasiones que la confidencialidad se resienta. En base a la información obtenida en este análisis se ha elaborado un documento informativo cuya finalidad es la de proporcionar unas orientaciones para el correcto cumplimiento de la confidencialidad.

Urios (2002) analiza las condiciones de información en la práctica médica relativas al derecho a la información. Los resultados obtenidos pusieron de manifiesto, mediante el análisis de las interacciones, cómo la actuación organizada de pediatras, enfermeras y personal sanitario cambia las experiencias con los pacientes.

b) A elementos no verbales:

Bellido, Carretero y Espíldora (2009) analizan los gestos verbales y no verbales usados por los pacientes pediátricos ventilo-dependientes ingresados en una UCI pediátrica para comunicarse con los sanitarios y con sus familiares. Los datos obtenidos constataron que los gestos comunicativos empleados por los pacientes con dificultades severas motoras eran característicos. La identificación de estos gestos y la difusión entre los enfermeros mejora la atención a estos pacientes. Además, se utilizaron medios de soporte para la comunicación con estos enfermos y se observó que, a través de ellos, se facilitaba la realización de sus cuidados básicos y, a la vez que se fomentaba su empleo entre el personal con menor experiencia, se contribuía a la mejora de la calidad atencional.

c) Al modo de informar y de atender a enfermos terminales:

La preocupación por la atención de los enfermos terminales es una constante por la que autores como García *et al.* (2008) y Montoya, García, Schmidt, Cruz y Muñoz (2009) se han interesado. García *et al.* (2008) analizan las opiniones de diversos médicos y enfermeros en relación a las actividades de cuidado que hay que llevar a cabo con enfermos terminales

y la relación que se establece con sus familiares. Por su parte, Montoya *et al.* (2009) analizan el dilema que supone para el personal médico informar a los pacientes sobre su diagnóstico clínico y el pronóstico de la enfermedad en pacientes terminales y pacientes terminales ancianos.

Es esencial que se produzca una adecuada relación comunicativa entre el paciente y el sanitario para que aumente la calidad asistencial. En relación a este planteamiento Blázquez-Manzano, Feu, Ruiz-Muñoz y Gutiérrez-Caballero (2012) analizan la optimización de los elementos que afectan en la comunicación que se establece entre los profesionales sanitarios de atención primaria (médico y enfermero) en la consulta con el paciente y que inciden en la satisfacción de los enfermos y en el cumplimiento terapéutico. La investigación constató que una apropiada relación comunicativa de los médicos y enfermeros de atención primaria con los pacientes es necesaria para que se pongan en marcha distintas estrategias y acciones que permitan comprender más información, obtener una mayor confianza y así poder responder a las necesidades de los enfermos desde una perspectiva integral, lo que posteriormente permitirá alcanzar unos mayores niveles de satisfacción del paciente y del sanitario, así como una mayor efectividad y eficacia de las intervenciones en atención primaria de salud relativas a promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Según algunos estudios, las nuevas tecnologías pueden mejorar la calidad de la atención al paciente. Un ejemplo de ello, son las investigaciones de González y Medina (2011) y Casado (2012) en relación a los blogs, y las de Sandín, Río y Larraz (2012) y Ziebland *et al.* (2003) en relación a los recursos virtuales. Sobre los blogs, González y Medina (2011) analizan el uso de los blogs para aprender aspectos relativos a la salud y compartir experiencias relacionadas con este ámbito y cómo se han convertido en una nueva fuente de información de salud. Los blogs redactados por pacientes o sanitarios suponen una gran ayuda para promocionar la educación de la sociedad en temáticas sobre salud. Los resultados obtenidos evidenciaron que el blog ha creado un nuevo nexo de unión entre el médico y el paciente, hecho que repercute positivamente en la mejora del servicio de salud que ofrecen los hospitales. Casado (2012) coincide con González y Medina (2011) en la trascendencia que están adquiriendo los blogs en el contexto sanitario y la existencia de blogs destinados a profesionales y a pacientes, a la vez que destaca el papel que está ejerciendo el blog en la relación médico-paciente. En cuanto a los recursos virtuales, Sandín, Río y Larraz (2012) presentan un proceso de elaboración de un catálogo digital de recursos de comunicación online para fomentar con su uso la comunicación entre

el personal sanitario y los usuarios inmigrantes. Los resultados obtenidos han puesto de manifiesto la escasez de recursos comunicativos entre el personal sanitario y el paciente inmigrante en diferentes idiomas en España; además estos recursos se encuentran muy dispersos por la red, lo que hace necesaria la existencia de un catálogo que los vaya aglutinando e incorporando continua y sistemáticamente, para lograr la eficacia y mejora del proceso comunicativo entre ambos colectivos. Ziebland *et al.* (2003) analizan la trascendencia de la utilización de herramientas virtuales para contribuir a la mejora de la calidad asistencial y defienden la importancia de la utilización de la base de datos *DIPEx* (base de datos de experiencias individuales de pacientes sobre su enfermedad) que permite a pacientes y profesionales sanitarios compartir experiencias e información sobre diferentes patologías. Concluyen que esta base de datos es única en el ámbito de la comunicación entre los pacientes y los cuidados de salud y que, para garantizar tanto la independencia como los intereses particulares, DIPEx se ha constituido como una institución benéfica dirigida por asesores independientes.

De Haro (2012), también se ha preocupado por ahondar en las nuevas vías comunicativas que se están abriendo camino en la medicina actual, y que pretenden fomentar un acercamiento entre el ámbito sanitario y los pacientes a través de comunicación como elemento clave de la calidad asistencial mediante los recursos virtuales. Analiza el rol de las tecnologías de la información y la comunicación en la relación entre profesionales sanitarios y pacientes. Concluyendo en la trascendencia emergente que están adquiriendo las nuevas tecnologías junto a Internet en las relaciones sociales y como también las relaciones entre sanitarios y enfermos, a través del uso de estos recursos, también se están viendo influenciadas.

La trascendencia de la relación paciente-sanitaria también ha suscitado gran interés en otros investigadores no afines a las áreas psicológicas o lingüísticas que han estudiado el ámbito sanitario desde las tecnologías, como Martínez (2003) que analiza las repercusiones de la inclusión de sistemas y servicios de comunicación en las condiciones laborales de los profesionales sanitarios y en el sistema de salud de las zonas rurales más aisladas en países en desarrollo. Los resultados obtenidos han evidenciado la elevada aceptabilidad de esta herramienta en gerentes, autoridades sanitarias y en los propios usuarios.

Otros estudios, relacionados con las variables que estamos comentando, se centran en el paciente. Ballesteros, Medina y Caycedo (2006), analizan cómo las personas asumen el concepto de bienestar psicológico y cómo interpretan sus elementos constituyentes. Las

conclusiones más reseñables asocian el bienestar psicológico con las emociones, las dimensiones psicológicas y las condiciones de vida de las personas.

Paralelamente, se están produciendo otros estudios profesionales en otras ramas también relacionadas con el ámbito sanitario. Fernández y de León (2008) señalan que, aunque la relación que se establece entre las habilidades terapéuticas y la relación de ayuda en logopedia, es una temática científica casi sin investigar, paulatinamente el interés de los investigadores por este ámbito está incrementándose por las ventajas que ofrece desde diferentes perspectivas. Asimismo, plantean un modelo teórico de intervención en terapia del lenguaje que fomente una relación cercana entre el terapeuta y el paciente.

Existen investigadores que ahondan más en las perspectivas de los enfermos, dado el interés que suscita conocer los puntos de vista de los pacientes y/o conocer instrumentos de medida que permitan conocer esta relación, Gavilán, Ruiz, Perula y Parras (2010) analizan la validez de un instrumento de medida (la escala CICAA) a través de la evaluación de la relación paciente-sanitario. Los resultados obtenidos evidencian que la escala es una herramienta que permite valorar la comunicación clínica centrada en el paciente y que puede usarse en distintos ámbitos y situaciones clínicas, dada su validez y fiabilidad. Díaz-Sáez, Catalán-Matamoros, Fernández-Martínez y Granados-Gámez (2011) analizan la percepción de las primíparas en relación a la comunicación con el personal sanitario e indagan la satisfacción, las necesidades y las expectativas que tienen de los servicios sanitarios. Los resultados obtenidos constatan que existen determinadas áreas en la comunicación entre las primíparas y el personal sanitario que se deberían mejorar, entre ellas encontramos: información y apoyo en la lactancia materna, y mayor duración del tiempo de hospitalización y de las consultas (sobre todo, el escaso tiempo con el ginecólogo). Estos aspectos deberían ser tenidos en cuenta en los planes de mejora de la satisfacción de las madres.

Pero no sólo los conocimientos y estrategias comunicativas que posea el sanitario son elementos influyentes en todo acto comunicativo, sino que existen otros factores relevantes que debemos tener presentes: las **emociones** del sanitario, así como sus niveles de **bienestar psicológico,** de **estrés** y de **"burnout"** en el trabajo. Todos estos aspectos ("burnout", estrés, etc.) afectan a los procesos subjetivos del sujeto y, como consecuencia, pueden provocar reacciones inadecuadas en el plano laboral. Por ejemplo: si una persona emocionalmente se siente desanimada, no disfrutará ni rendirá en su puesto de trabajo con el mismo ímpetu que una persona que *se sienta bien*; o una persona *quemada* laboralmente, no

tendrá la misma ilusión que alguien que acabe de incorporarse al puesto tras terminar sus estudios… Si estos ejemplos generales, los llevamos al ámbito de la salud, encontramos: médicos *quemados*, auxiliares desmotivados, enfermeros cuyos pacientes les resultan indiferentes... Y en consecuencia, estos sanitarios que psicológicamente pasan por momentos difíciles, sus comunicaciones con los pacientes se resentirán y resultarán: menos cálidas, menos afectuosas, más indiferentes, más escuetas, etc.

La salud emocional del sanitario es básica en la dimensión comunicativa de la relación paciente-sanitario. Por esto, Rodríguez y Moreno (2011) sostienen la trascendencia de que los trabajadores sanitarios tengan recursos emocionales en sus relaciones con los usuarios, siendo la comunicación un importante vehículo de mediación con los pacientes, Marqués y Barrasa (2011) sostienen que, mediante la contención verbal, se evitan las situaciones hostiles generadoras de estrés en los sanitarios.

En relación al *"burnout"* en el contexto sanitario, encontramos numerosos estudios en los que profundizaremos en el marco teórico de la investigación. Un ejemplo de ello es el de Albaladejo *et al.* (2004) relativo a enfermeros y Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga (2009) que ahonda en el *"síndrome de burnout"* en sanitarios hispanoamericanos y españoles.

Toda esta exposición justifica la necesidad de esta Tesis Doctoral, llevándonos a indagar sobre la relación comunicativa entre pacientes y sanitarios, e investigar la influencia de determinadas variables (bienestar psicológico y "burnout") sobre calidad de la comunicación del sanitario hacia el paciente.

Aunque existen multitud de investigaciones que abordan las relaciones comunicativas entre sanitarios y pacientes, y pese a una notable y emergente preocupación por la problemática, no hemos localizado estudios similares ubicados en la Comunidad Autónoma de Extremadura relacionados con la temática expuesta y, menos aún, que abarquen las ocho *Áreas de Salud* del SES. Todo esto, junto a nuestras inquietudes investigadoras, nos ha llevado a indagar sobre esta temática y focalizarla en nuestra Comunidad Autónoma.

Además, con nuestro estudio tratamos de poner en marcha estrategias que favorezcan un cambio de actitudes en el sanitario, para potenciar una mejora de la calidad asistencial y favorecer unas mayores garantías sanitarias. Realmente, el fin de la investigación es conocer las reales percepciones de cada colectivo y, a partir de ahí, sugerir o proponer actuaciones que compensasen estos desequilibrios.

La presente investigación: *"La importancia de la comunicación entre los profesionales sanitarios y sus pacientes. Dimensiones psicológicas y su incidencia en la calidad asistencial"* está vertebrada en torno a dos partes: *Marco Teórico y Marco Empírico.*

El *Marco Teórico* de la investigación, se estructura en torno a cinco capítulos.

En el primer capítulo abordamos la *comunicación interpersonal*, conceptualizándola para resaltar las modalidades, estrategias y estilos comunicativos que fomentan la eficacia en la relación sanitario-paciente. Además, realizamos una incursión a la literatura relativa a la comunicación y aglutinamos investigaciones que vinculan comunicación a otras variables que tenemos bajo estudio en nuestra tesis: emociones, bienestar psicológico, estrés y *"síndrome de burnout"*.

El segundo capítulo titulado, *"Las emociones y su repercusión en la vida de las personas"*, lo destinamos a tratar la temática de las emociones, ahondando en referentes teóricos del componente emocional. A su vez, analizamos la influencia de las emociones en el contexto sanitario y en su incidencia directa en la en la calidad de la atención al paciente.

En el tercer capítulo tratamos el *bienestar psicológico*, sobre el que inicialmente teorizamos e indagamos en sus acciones y reacciones. Se abordan, asimismo, sus repercusiones en el ámbito sanitario.

El cuarto capítulo, se centra en el estudio explicativo del *estrés*, prestando especial atención al estrés laboral y resaltando sus consecuencias en el área de la salud.

El quinto y último capítulo del marco teórico de la Tesis, lo dedicamos a profundizar sobre el *"burnout"*. Para ello, realizamos un recorrido conceptual que nos permita esclarecer esta alteración laboral y resaltar aspectos tan importantes para su entendimiento como sus causas y consecuencias, sus componentes y sus secuelas en el contexto laboral en general y en el sanitario en particular.

La segunda parte de la Tesis, corresponde al *Marco Empírico* de la investigación. En él se abordan los siguientes apartados: planteamiento del problema, objetivos generales y específicos del estudio; las hipótesis; la metodología del estudio, reseñando los sujetos que constituyen la muestra, los instrumentos de medida utilizados y elaborados, así como, el procedimiento para la ejecución de la investigación; finalizamos con los resultados obtenidos, donde se señalan los análisis efectuados a nivel *descriptivo* e *inferencial.*

Para terminar, exponemos la discusión y las conclusiones de nuestro trabajo, comentando las aportaciones y limitaciones del mismo, y planteamos algunas sugerencias y reflexiones orientadas a líneas futuras de investigación.

PARTE I:

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1.

La *comunicación* interpersonal.

1. LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL.

1.1. Introducción.

Tal y como señala Dubois (1991), la comunicación *es "la esencia misma de nuestra existencia en el mundo y del mundo en nosotros: Comunicarse es ante todo creerse entendido y comprendido. Es imaginar que el otro nos responde".*

La comunicación es un acto esencial del ser humano. El hombre es un ser social que se comunica, se relaciona y que por su necesidad de interactuar con su entorno, transmite informaciones con la intencionalidad de crear unos efectos en el objeto de recepción de esa información. A través de nuestros sentidos, somos capaces de percibir e interpretar la multitud de información que recibimos en todo momento.

Martínez (2008) señala que el proceso comunicativo es un acto en el que varios seres vivos interactúan y se adaptan a su ambiente a través de la transmisión de un mensaje constituido por un sistema de signos que ambos conocen y comparten.

Debido a la trascendencia que el acto comunicativo tiene para la vida, existen innumerables definiciones que conceptualizan este proceso y numerosos expertos que se han preocupado por indagar este proceso. No obstante, pese a la variedad de definiciones relativas a la comunicación, todas coinciden en el intercambio de información que se produce durante el acto comunicativo.

La comunicación se caracteriza por la transmisión de información, intercambio de mensajes a través de la interacción entre los usuarios de una lengua con vistas al entendimiento interpersonal, pudiendo llevarse a cabo mediante palabras, gestos, imágenes, sonidos, etc. (Rabazo *et al.*, 2003).

Por su parte, Serón y Aguilar (1992) destacan que la comunicación es la capacidad de realizar conductas intencionadas y significativas, capaces de interactuar con otras ajenas. Por tanto, un acto comunicativo sería cualquier acción dirigida a un receptor y que éste pueda interpretar (y a partir del cual se puede actuar en consecuencia).

La Escuela de Palo Alto (California), entre los que destacan autores tan relevantes como Watzlawick, Weakland o Beavin, hace referencia a la *"nueva comunicación"* basada en la no voluntariedad del acto comunicativo, manteniendo que se produce comunicación cuando hay al menos dos personas *"en situación de relación por limitada que sea"*, por ejemplo, dos personas que comparten su tiempo en la parada del bus, y existe entre ambas una

"situación de relación", produciéndose un encuentro comunicativo entre ellas (Llacuna, 1993).

Una aproximación al concepto de comunicación podría ser el proceso (recíproco o no) a través del que se transmite una idea procedente de un emisor que pretende realizar un efecto o cambio sobre el receptor del mensaje (Rodríguez, Sánchez, Zarco y Martín, 2004).

La comunicación descrita brevemente se refiere a la modalidad de interacción social en la que los sujetos participantes intercambian mensajes con mayor o menor intensidad (Polaino y Martínez, 2002).

En definitiva, podemos considerar que la comunicación es un acto en el que existen unos interactuantes (*emisor* y *receptor*) que comparten una información (*mensaje*) que se transmite de un punto a otro, con carácter bidireccional (en una conversación, el emisor al responder, pasa a ser el receptor), a través de un medio (*canal*) y cuya finalidad es la de compartir emociones, sentimientos, pensamientos, creencias, etc.

En la comunicación intervienen numerosas áreas cerebrales coordinadas por las conexiones inter-hemisféricas, analizando, decodificando y transmitiendo la información al cerebro, así como *"las relaciones que se establecen entre la cognición, la afectividad, la percepción sensorial y la motricidad"* a gran velocidad (Martínez *et al.*, 2001).

Toda comunicación consta de dos elementos básicos: un emisor (persona que codifica o emite un mensaje o comunicación, lingüística o de cualquier tipo) y un receptor (persona que descodifica un mensaje, capta la comunicación enviada por un emisor y la interpreta o descifra).

Estos dos componentes son esenciales para que se produzca el acto comunicativo y, sin la existencia de ambos, no tendría lugar la comunicación (Antúnez, 2008). Sin embargo, hay otros elementos que también forman una parte importante en dicho proceso:

- *Mensaje*: elemento clave en la teoría de la comunicación. Es el resultado final de todo el proceso comunicativo: lo que en definitiva y de manera concreta dice o envía un emisor a un receptor.
- *Canal*: vía por la cual se circulan y se transmiten los mensajes lingüísticos.

▪ *Código*: sistema de señales, reglas y signos que permite la formulación y comprensión de un mensaje.

▪ *Contexto*: aquello estrictamente lingüístico que rodea a una palabra cuyo sentido y valor depende del entorno lingüístico.

▪ *Referente*: es el elemento de la comunicación que hace alusión a la idea que motiva la emisión de un mensaje. Es, en definitiva, lo que el emisor quiere decir. La forma concreta en como finalmente lo diga, dará lugar al mensaje.

▪ *Ruido*: toda fuente de perturbación que afecta a la transmisión o recepción de mensajes. Sus efectos se aprecian en las diferentes condiciones sonoras ambientales.

En algunos contextos (como el sanitario, el educativo, etc.) en los que los trabajadores se relacionan constantemente con otras personas, la comunicación ejerce un papel fundamental; pues en estos ámbitos, la comunicación y los intervinientes reclaman unas condiciones que modifican los resultados finales. Concretamente, en el ámbito de la salud, la comunicación es un elemento esencial, porque gracias a ella los sanitarios y los pacientes pueden interactuar. No obstante, es necesario que esa comunicación que se establezca entre los miembros del sistema sanitario sea de calidad para que la atención al paciente sea lo más apropiada posible. Es esencial para que esa comunicación sea adecuada, que el sanitario tenga adquiridas una serie de estrategias y herramientas comunicativas que fomenten el acercamiento y la empatía con el interlocutor, y que las use. Asimismo, es básico que el sanitario goce de unos adecuados niveles emocionales, y que no sufra elevados niveles de estrés, ni síndrome de "burnout", puesto que todos estos aspectos perjudicarán el acto comunicativo.

Para que la comunicación sea eficaz, el receptor debe interpretar fielmente la información que le que transmitido el emisor.

Watzlawick (1995) distingue entre los siguientes elementos de la comunicación:

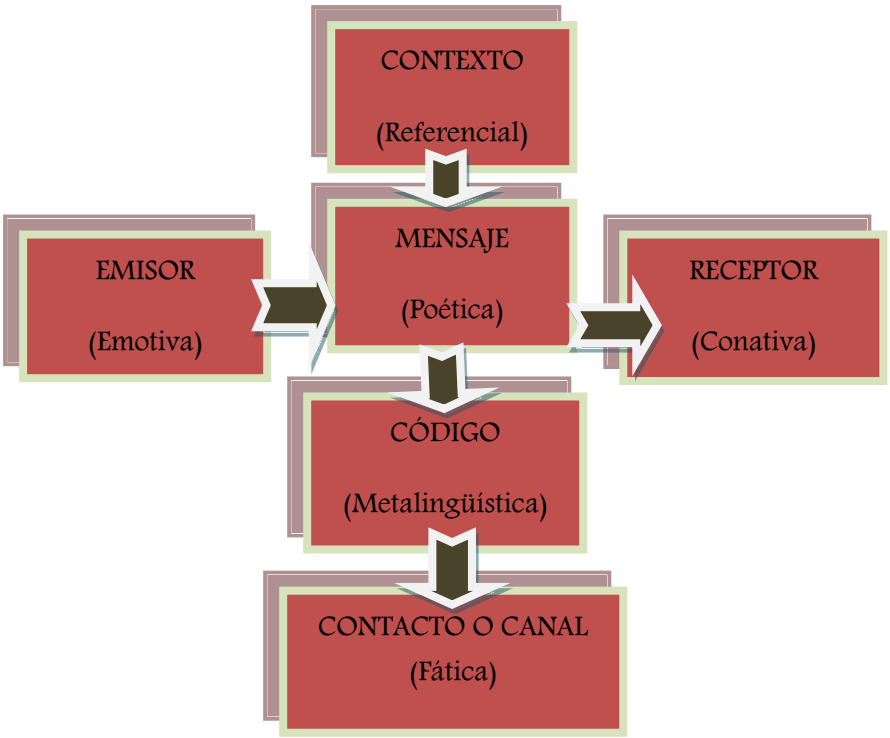
▪ *Noción de función y relación.* Hace referencia a que las variables (que inicialmente carecen de significado) adquieren su significado cuando se relacionan recíproca o mutuamente, estableciéndose así la idea de función. Estudios relativos a los sentidos y el cerebro, han concluido "que sólo se pueden percibir relaciones y pautas de relaciones, y que ellas constituyen en esencia la experiencia". Esto supone que el alma de nuestras percepciones son funciones, las cuales no son elementos aislados, sino signos que interactúan ilimitada y similarmente.

▪ *Información y retroalimentación.* Existen dos tipos de retroalimentación: la positiva y la negativa. La primera se refiere al "cambio", lo que origina un desequilibrio en la información que conteníamos; y la segunda hace referencia a la idea de continuidad, al no cambio, el equilibrio, la no desestabilización…, posibilitando las relaciones perdurables. Las personas que se agrupan en colectivos (parejas, familias, amigos, compañeros, etc.) establecen situaciones de feedback. En ellas, las opiniones, conductas… de otros sobre nosotros, nos atañen, y las nuestras, afectan al resto.

▪ *Redundancia.* Este elemento hace referencia a la probabilidad. En el ámbito pragmático, es la capacidad de analizar, cambiar y anticipar las acciones de respuesta ante determinadas situaciones.

▪ *Metacomunicación* y el concepto de cálculo. Este elemento se refiere a cuando usamos la comunicación para referirnos a ella.

Jakobson (1960) estableció que el acto comunicativo se compone de seis elementos, cada uno de ellos con sus respectivas funciones. Distinguiendo, desde un punto de vista lingüístico, las siguientes funciones del lenguaje (o de la comunicación)[2]:



[2] Éste es el esquema clásico, aceptado por todos los investigadores a pesar de la antigüedad de su postulación.

Estas funciones podemos vincularlas al objeto de nuestro estudio, destacando lo siguiente:

- La función *emotiva* podemos vincularla en nuestra investigación con la expresión de sentimientos y emociones de un paciente ante una determinada dolencia.
- La función *conativa* podemos vincularla con la presencia de un receptor (en nuestro caso el sanitario), que escucha y recibe la información procedente de la patología del usuario. Y sobre quien, el emisor, ejerce unos efectos al explicarle su indisposición.
- La función *referencial* se refiere a las ideas del emisor (paciente) que decide ir a la consulta del especialista sanitario (receptor). También esta función se relaciona con aquello que se dicen recíprocamente paciente y sanitario durante su encuentro comunicativo; es decir, con el contenido de su intercambio comunicativo.

Estas tres funciones de la comunicación suelen darse en cualquier acto comunicativo; no obstante, centrándonos en las funciones propias de la comunicación interpersonal, tendremos en cuenta las siguientes (Zayas, 2010):

1.- *Informativa:* La razón de ser del acto comunicativo es compartir significados. La comunicación es alegórica, los sonidos, gestos, palabras y números se asemejan a lo que se quiere comunicar, pero sólo es eso, una similitud a aquello sobre lo que se quiere informar y sobre el que se pueden introducir distorsiones durante el proceso. Esta función que elabora, emite y recibe información se compone de varios elementos: el contenido, la variedad, la riqueza, la apertura comunicativa, la profundidad y la frecuencia en que aparece.

Mediante la comunicación correspondida o retroalimentación, el emisor cambia de rol y se convierte en receptor y así sucesivamente. A través del diálogo, se comparten ideas, contenidos, sentimientos, opiniones, etc. y se producen los intercambios de roles; sin embargo, este suceso no se produce en el monólogo, puesto que emisor y receptor son la misma persona porque se transmite la información a sí mismo.

La comunicación favorece el intercambio de informaciones, de instrumentos, el reciclaje personal y profesional. Con la función informativa se adquieren conocimientos, se proporciona y se recibe información y se actualizan las personas cognitivamente.

En algunos contextos como el sanitario la función informativa es esencial. En la consulta médica esta función debe ser lo más adecuada posible para que el médico le exponga al enfermo con claridad todo lo relativo a la patología, el tratamiento a seguir, etc. para que el paciente comprenda y sepa a la perfección qué es lo que le pasa y todo lo que implique al proceso de curación.

2.- *Afectiva*: El componente afectivo es esencial en la comunicación humana. Con él toda la información que transmitimos a los demás cobra sentido. El modo de expresarnos condiciona la comunicación, puesto que nos permite transmitir emociones, sentimientos, experiencias, creencias, necesidades… que son recibidas e interpretadas por el receptor. La afectividad se transmite consciente e inconscientemente en nuestros mensajes y tanto a través de la comunicación verbal como la no verbal. Esta función la componen: las necesidades, la motivación y las emociones y los sentimientos.

También la función afectiva es básica en el contexto sanitario porque la comunicación entre el profesional sanitario y el paciente requiere un mínimo de afectividad, ya que es un contexto muy delicado para la vida del sujeto y que conlleva muchas emociones que deben ser canalizadas. Un paciente que percibe un sentimiento de empatía y cariño de su médico, de su enfermero o de los auxiliares tendrá una comunicación mucho más cercana y cálida con estos profesionales. Los pacientes necesitan un sentimiento de apoyo y ayuda por parte de los profesionales sanitarios para asumir su enfermedad y su tratamiento, y aún más en los casos de patologías graves.

3.- *Regulativa*: La comunicación es conducta, es decir, existen unas limitaciones y pautas que en todo acto comunicativo hay que respetar. Esta función hace referencia a las normas y valores que se incluyen y comparten en los grupos sociales según el nivel cultural, el estatus, los intereses, afinidades… posibilitando el intercambio y la participación en el acto comunicativo, pero que a veces puede crear el efecto contrario y reprimir la conducta.

Pretende dar a conocer todos aquellos elementos relacionados con las normas y responsabilidades que hay que cumplir, regulando la conducta sobre las demás personas y autorregulando la propia. Se incluyen en esta categoría: las órdenes, las sugerencias, las instrucciones, las expectativas y controlar el trabajo y revisar la marcha del mismo, con la finalidad de llegar a unos objetivos previamente establecidos y conocer el grado de consecución de los mismos.

Es la típica función que se da en las organizaciones donde existe una gradación de poder, en la que según el estamento se tienen unas funciones y metas que cumplir.

También se producen situaciones de comunicación no formal en la que se comparten bromas, chistes, comentarios sobre el rendimiento de otros.

En definitiva, en el acto comunicativo se producen continuas combinaciones de las funciones descritas anteriormente, aunque según el momento del acto, pueden predominar unas sobre otras. La calidad comunicativa es sinónimo de excelencia y diversidad en las funciones.

Polaino, Ávila y Rodríguez (1991) afirman que, cuando vemos desde la óptica de la persona con la que nos estamos comunicando, podemos anticipar lo que piensa el otro, incluso cuando esté en ventaja sobre nosotros porque posea una mayor información ("predicción cognitiva"); podemos predecir lo que siente el otro, aunque sea diferente de lo que nosotros sentimos, ante un hecho determinado ("predicción afectiva"); y podemos adivinar cómo percibe el otro un acontecimiento concreto, aunque nosotros no lo percibamos del mismo modo ("predicción perceptiva").

Toda comunicación interpersonal supone comunicación entre personas donde la interacción es recíproca. Puede ser una comunicación entre dos personas o puede ser en pequeños o grandes grupos, así como formal o informal, personal o impersonal (Báez, 2000). Es todo proceso por el cual una persona (un emisor) ofrece una serie de contenidos informativos a otra u otras personas (el receptor) utilizando para ello un conjunto de señales (Pérez, 2009). La comunicación interpersonal se materializa en la "conversación cara a cara", lo que supone una interacción social entre personas en la cual se establecen, cimientan, desarrollan y realizan las relaciones interpersonales.

Si hiciéramos una revisión de todas las conceptualizaciones relativas a la comunicación interpersonal, nos daríamos cuenta de que coinciden en la existencia de varios interactuantes, que comparten un mismo espacio en el que se comunican a través de comunicación verbal o no verbal para compartir o satisfacer necesidades.

En la misma línea de Zayas (2010), entre los principales requisitos de la comunicación interpersonal, destacamos los siguientes:

- *Transparencia*: La comunicación debe ser cristalina, sin dobles sentidos, sin ironías, no ambigua. Favorece el acercamiento con el otro, por la sinceridad de la comunicación. La transparencia es defendida por Melendo (1985) como el nivel más íntimo de comunicación interpersonal que se da en las amistades más íntimas y cercanas.

- *Autenticidad*: Se refiere a las características de la personalidad que se reflejan en la comunicación del sujeto. Al igual que la transparencia crea un clima comunicativo positivo por la cercanía e implicación en el acto. Esta condición favorece entre otras: la autoconfianza, la confianza en los demás, que te escuchen, que te crean veraz, que te entiendan. Por su parte, Jiménez (2004) explica que si en la comunicación una persona no se manifiesta de forma muy sincera a nivel emocional el desarrollo personal de la otra persona se ve dificultado. Se deben conocer los comportamientos *negativos* del otro para apreciarlo y aceptarlo en su plenitud, y para que sea una relación realista, cercana, íntima, de confianza entre ambos interactuantes.

- *Aceptación*: Es una característica que podemos considerar *empática*, que fomenta el respeto ante la diversidad de opiniones y perspectivas de los demás.

- *Coherencia*: Relativo a la relación existente entre la idea que el emisor piensa y la que transmite al receptor (o receptores). Un claro ejemplo en el que no existe coherencia es en el caso de las ironías, en las que el emisor del mensaje dice justamente lo contrario de lo que piensa.

- *Congruencia*: Un aspecto parecido al anterior (coherencia) es la *"congruencia"* en la que se refiere a la *coherencia* entre lo que se considera, lo que expresa y cómo se actúa. Fomentando una conducta constante propiciadora del desarrollo de la persona.

- *Consonancia*: Es la *"relación de igualdad o conformidad que tienen algunas cosas entre sí"* (Real Academia Española, 2001). Por lo que aplicándolo al ámbito de la comunicación interpersonal, encontramos dos tipologías: comunicación *"resonante"* y *"disonante"*. *La comunicación "resonante"* basándonos en Acosta (2011) establece que el líder debe fomentar sentimientos positivos en los trabajadores, hecho que se produce cuando hay *resonancia* o lo que es lo mismo, *"un clima emocional positivo que permite movilizar lo mejor de las personas que componen su equipo"*. Por el contrario, *la comunicación "disonante"* se refiere a unas condiciones laborales en las que existe una situación de *rechazo*, en las que los trabajadores experimentan una sensación de incomprensión, logrando que las personas que comparten una misma ocupación se sientan atacadas, rechazadas y ajenas a los demás. Existe una impresión de juicios negativos inapropiados, procedentes del superior y que en muchas

ocasiones la incomodidad en el puesto de trabajo derivada de emociones de angustia, malestar, tristeza… derivan en situaciones de "burnout".

- *Empatía*: Urbano y Toledano (2008) se refieren a la empatía como *"inteligencia interpersonal"*. Hace referencia a "la capacidad cognitiva de sentir en un contexto común lo que un individuo diferente puede percibir", es decir, ponerse en el lugar del otro y entenderle.

Todos estos requisitos de la comunicación interpersonal son necesarios que se produzcan en las relaciones entre pacientes y sanitarios para que se favorezca un clima cercano y cálido que propicie la comunicación entre ambos interactuantes.

También debemos dedicar unas líneas a los tipos de comunicación interpersonal: la *verbal* y la *no verbal (extraverbal)*. A continuación vamos señalar los aspectos esenciales de ambas.

La comunicación verbal se centra en los mecanismos de producción del mensaje vinculados al pensamiento y al lenguaje. Estos elementos son básicos para la inclusión social del sujeto. Los mensajes pueden ser: a) orales: aquellos centrados en la elaboración (codificación) y transmisión del mensaje; b) y escritos: los que requieren de una formación específica y previa que permita la redacción y selección del recurso, a través del que se producirá la emisión del contenido del mensaje. Las destrezas lingüísticas, nos permiten comunicarnos. Distinguiendo cuatro habilidades básicas del lenguaje: hablar y escuchar (orales) y escribir y leer (escritas).

La comunicación no verbal (extraverbal) es la parte comunicativa desde un plano más personal e íntimo. Proporciona una valiosa información adicional durante el acto comunicativo. Se compone de gestos, posturas, miradas, movimientos corporales y pensamientos. Cuando dos personas que han discutido permanecen en silencio, no significa que no se están comunicando, sino todo lo contario, pues sin decir nada, pueden sentir: tensión, disgusto, enfado, etc.

Mediante nuestros gestos, movimientos, posturas, miradas…, transmitimos mensajes a los demás, por lo que (aparentemente) *sin decir nada,* estamos transmitiendo al receptor una información tan valiosa que le está permitiendo completar el mensaje.

También es cierto que con nuestro lenguaje gestual y corporal informamos de si nos estamos comunicando o no, sobre nuestros sentimientos, sobre nuestras emociones, sobre nuestros deseos, sobre nuestros pensamientos.

La comunicación verbal y no verbal en el contexto sanitario es trascendental porque informa a los interactuantes en el proceso comunicativo: un enfermero que muestre mucha brusquedad o antipatía con los pacientes a los que les tenga que realizar una extracción de sangre (hablándoles de una manera muy tajante, cogiéndoles el brazo con fuerza, mirándoles con aversión, mostrando una actitud indiferente, etc.), no provocará por su actitud en los enfermos una relación cercana ni favorecerá la comunicación. Un sanitario que a nivel emocional esté mal, que su grado de bienestar psicológico sea negativo, que sufra estrés o *esté quemado* en su trabajo puede mostrarse: antipático, engreído, distante, desagradable, etc. con los pacientes, transmitiendo toda esta información mediante sus propias herramientas de comunicación verbal y no verbal.

En líneas generales, cuando nos comunicamos, existe congruencia entre lo que decimos oralmente y nuestros gestos; es decir, entre nuestro lenguaje verbal y nuestro lenguaje no verbal. Cuando no se produce esta coherencia entre lo que decimos y cómo nos expresamos, al comunicarnos, el receptor recibe una información que le resulta *chocante* y ambigua por esta inexistente relación lógica entre lo que expresamos oralmente y lo que dice nuestro cuerpo.

Entre los elementos comunicativos no verbales podemos destacar varios:

1. *Kinestésicos*: tales como la postura, los movimientos del cuerpo, la expresión del rostro, los gestos, el contacto visual… (Fournier, 2005).
2. *El uso de la voz*. León (2005) establece que la voz es un aspecto básico en la comunicación oral. Según el modo de usar la voz, potenciamos en el receptor emociones positivas o negativas. Aspectos como la entonación, el énfasis en algunas palabras mientras hablamos u otros como la voz, el tono, el timbre, la magnitud, la sinceridad, las alteraciones, las pausas, los silencios, las repeticiones, las vacilaciones, la articulación y la velocidad son signos que representan respuestas afectivas como resultados del proceso comunicativo (elementos pertenecientes a la paralingüística).
3. *Proxemia:* es la distancia a la que nos ubicamos cuando nos comunicamos con los demás. Varía según el nivel de intimidad, cercanía y confianza que guardamos con el interlocutor (Martínez y García, 2012).

Estos autores, distinguen las siguientes zonas distales en la comunicación interpersonal:

▪ *Distancia íntima:* de 0 (contacto total) a 50 cm. La que compartimos con las personas más cercanas a nosotros, con las que mostramos que estamos a gusto y con las que tenemos relaciones muy íntimas. Es la que tenemos con nuestros familiares, pareja, amigos.

▪ *Distancia personal:* de 50 cm a 1 m (aprox.). La que establecemos con compañeros de trabajo, conocidos y la que mantiene el sanitario con el paciente con el que tiene una mayor cercanía.

▪ *Distancia social:* de 1 a 2 metros. La que establecemos con las personas que no son de nuestro núcleo social más inmediato. Es la que mantenemos con desconocidos y generalmente la que se constituye en la relación paciente-sanitaria.

▪ *Distancia pública:* A partir de 2 metros de distancia. La que instituimos con otros viandantes y con aquellos a los que nos referimos en un momento puntual para una determinada cuestión, pero con el que no pretendemos tener una conversación más allá.

4. *Lenguaje corporal:* A través de los movimientos de nuestro cuerpo, proporcionamos y añadimos información complementaria al mensaje oral. León (2005) indica que los elementos que dan una mayor expresividad al mensaje son:

▪ *Los movimientos faciales.* Encargados de transmitir características de la personalidad del emisor. Es conveniente que sean sinceros y expresivos y no sean nada exagerados o antinaturales.

▪ *La postura corporal.* Es aquella ausente de monotonía. Si el emisor está de pie, debe colocarse en el centro del espacio y moverse por el resto del espacio; y si está sentado, mantener una posición erguida apoyando las manos encima de la mesa. Presentando una postura adecuada y natural.

▪ *Los ademanes.* Hacen referencia a los movimientos de manos y brazos, que deben ser coherentes con las características de la personalidad del emisor, así como muy naturales. Lo idóneo es que sean armónicos. Con respecto a los brazos: nada rígidos, ni repetitivos, ni colocados detrás de las caderas o en el vientre; con respecto a las manos: deben encontrarse libres de objetos y separadas. Son positivos los movimientos de las manos cuyas palmas miran hacia arriba como símbolo de amistad, mientras que las manos en puño

transmiten sensaciones negativas como: violencia o rigidez. Al igual que los brazos cruzados o pegados al cuerpo, comunican: miedo e inseguridad.

▪ *El contacto visual.* El emisor, ante grandes grupos, debe dirigir su mirada por grupos o en *forma de z*, siendo esencial que no olvide ninguna agrupación. A la vez que este transmite mensajes, recibe información de los receptores a través de los asentimientos del auditorio y otras actitudes que le informan sobre si le prestan atención, si comprenden el contenido del mensaje, si les interesa… Es inapropiado que el informador mire hacia *puntos muertos* (techos, ventanas, suelo…) porque denota desinterés o inseguridad.

El hecho de comunicarnos conlleva el compartir elementos que intervienen en el proceso comunicativo. En nuestra vida estamos rodeados de signos.

La ciencia que se encarga de abordar los sistemas de comunicación de las sociedades es la *Semiología*. El suizo Saussure (1915) fue el primero que conceptualizó este saber y lo define como la ciencia que estudia los signos implicados en la sociedad. Pese a que Saussure enunció otros postulados teóricos (como las dualidades *lengua/habla* o *diacronía/sincronía*) su teoría por excelencia en la del *Signo Lingüístico*, donde se encuentra enmarcada la Semiología.

Casi al mismo tiempo en el que Saussure está defendiendo su perspectiva semiológica, surge una corriente americana en base a las ideas de Charles S. Peirce (Barrena y Nubiola, 2007) que promulga una visión parecida a la del primer autor, que denominó *Semiótica*.

Ambos supuestos ideológicos semejantes en un primer momento, presentan rasgos que los distinguen:

- La Semiología defiende el carácter social del signo.
- La Semiótica se centra más en la función lógica del signo.

No obstante, ambas coinciden en ahondar en la esencia de los sistemas autónomos comunicativos y la trascendencia que tiene para el conocimiento humano.

Sea cual fuere el objeto de estudio de estas ciencias, utilizadas indistintamente y que incluso podrían considerarse como una misma disciplina, se suele traducir en preferencias conceptuales; es decir, hay autores que se acogen a la terminología europea (Semiología), y otros que se decantan por la americana (Semiótica).

El estudio del lenguaje se debe considerar como una parte de la semiología. Sin embargo, en ocasiones lenguaje y semiología se han aglutinado erróneamente. De vez en cuando escuchamos o leemos expresiones como: lenguaje de la publicidad, lenguaje del cine, lenguaje musical, etc. cuando lo correcto sería hablar de semiología del cine, semiología de la publicidad, semiología de la música, etc.

Tal y como hemos aludido en líneas superiores, la semiología se encarga de los signos y se interesa por conocer cómo se armonizan, cómo se organización y cómo interactúan.

Un semiólogo de relevancia es el italiano Humberto Eco (1968) quien señala diferentes áreas en las que se centran los investigadores del ámbito comunicativo tomando como punto de partida los sistemas de comunicación.

Las diferentes modalidades semiológicas están presentes en nuestra vida diaria, de ahí su enorme trascendencia que se denota en los estudiosos de esta temática. A través del gusto, del tacto, del gesto, de nuestro vestuario…nos comunicamos y proporcionamos información sobre nosotros mismos a los demás con los que intercambiamos información; igualmente, estos factores que hemos identificado como semiologías nos distinguen a unas personas de otras y provocan reacciones en aquellos con los que nos comunicamos. Si esto lo trasladamos al contexto sanitario, podemos encontrar a sanitarios a los que les puede influir el modo de vestir de sus pacientes para establecer relaciones comunicativas con ellos, a sanitarios que para mostrar apoyo a sus pacientes les dan un abrazo o les tocan un hombro, al argot técnico común que comparten los sanitarios (tan complejo para los pacientes por su inmensa cantidad de tecnicismos), etc.

Así mismo, no queremos finalizar este apartado sin destacar algunos *axiomas exploratorios comunicativos* que se producen en la comunicación interpersonal (Watzlawick, Beavin, y Jackson, 1995):

- *Primer axioma*: *La imposibilidad de no comunicar*. Se refiere a que todos somos incapaces de no comunicarnos.
- *Segundo axioma*: *Los niveles de contenido y relaciones de la comunicación*. Relativo a que toda comunicación transmite contenidos mediante mensajes, lo que a través de las connotaciones de los mensajes, interpretamos la relación entre los interactuantes. En definitiva: *"toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto de relacional tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación"*.

- *Tercer axioma*: *La puntuación de la secuencia de los hechos.* Hace referencia al desacuerdo con respecto a determinados hechos ante conflictos comunicativos. Para los citados autores se basaría en *"la naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes"*.
- *Cuarto axioma*: *Comunicación digital y analógica.* Se refiere a que la comunicación de carácter analógico es la comunicación no verbal (postura, gestos, expresiones faciales, tono de voz, secuencia, ritmo...) y el lenguaje digital presenta una sintaxis cuidada pero ausente de semántica en las comunicaciones con los demás. No obstante, los sujetos se comunican tanto analógica como digitalmente.
- *Quinto axioma*: *Interacción simétrica y complementaria.* Se produce cuando un interactuante se apodera de una postura superior y otro adquiere otra actitud de carácter inferior.

Como hemos visto, y a pesar de que generalmente se le atribuye una mayor relevancia a la comunicación verbal, debemos tomar conciencia que tan importante es la comunicación verbal como la no verbal.

1.2. Comunicación eficaz y barreras comunicativas.

La comunicación no siempre es clara, limpia, transparente… lo que hace que se busquen medidas que establezcan y fomenten una comunicación exitosa y eficaz.

Tal y como plantea Alborés (2005), el acto comunicativo es productivo y exitoso en el momento que existe claridad en el propio mensaje y una comprensión adecuada del mensaje de los otros.

Existe variedad de clasificaciones que analizan los elementos que se deben tener en cuenta para que la comunicación sea efectiva, sin embargo, algunas son más escuetas, otras más específicas, pero todas presentan aspectos que se solapan.

Indagando en los factores que logran que la comunicación sea eficaz, encontramos que Sanz (2005) resume las claves esenciales de la eficacia comunicativa en las siguientes: establecer relaciones de confianza con los oyentes; planificar la actividad comunicativa; y facilitar la comprensión de los mensajes.

Por su parte, Díez (2006) nos proporciona una mayor amplitud y especifica con mayor precisión qué debemos hacer para que la comunicación sea lo más eficaz posible. Sin embargo, comentaremos aquellos aspectos más relacionados con el ámbito comunicativo en general: apropiación del contexto y ausencia de *ruido*; mensaje claro y conocido para los interactuantes; información clara y concisa, sin excesos; lenguaje inteligible para los interactuantes; seguridad del carácter óptimo del canal comunicativo; y observación de los efectos de la comunicación en el receptor.

Así mismo, Alborés (2005) considera que el sujeto que se comunica debe: tener claro lo que quiere transmitir y transmitir justamente eso; querer comprender y comprender la información emitida por los demás, y facilitar el mensaje, de modo que resulte accesible y entendible por todos.

Tan importante es que se produzca una comunicación exitosa como que disminuyamos al máximo los obstáculos que en numerosas ocasiones dificultan una comunicación de calidad. Desafortunadamente, no siempre se produce una comunicación clara, adecuada,… (en definitiva, *eficaz)* como consecuencia de variedad de elementos perturbadores de la comunicación (los llamados *ruidos*).

Díez (2006) categoriza las barreras que dificultan una comunicación eficaz en las siguientes: desinterés del receptor; prejuicios; desconfianza o duda de la verdad; nivel comprensivo inferior; desconocimiento de la temática abordada.

Zayas (2010) añade una mayor variedad de barreras comunicativas (aunque algunas coinciden con las anteriores):

1. *Sujeto de la comunicación:* características emocionales y personales del sujeto (emisor o receptor), escasez de dominio del tema abordado, no confiar en la finalidad del mensaje, ausencia de interés del receptor por la información.

2. *Mensaje*: caracterizado por inadecuación, inexactitud, excesivo o escaso.

3. *Canal*: inadecuación y ausencia de claridad en la selección de los medios usados.

4. *Retroalimentación*: inexistencia de ésta.

5. *Entorno*: ambiente, escasez de tiempo, circunstancias desfavorables.

6. *Barreras físicas*: ruidos en la comunicación producidas en el contexto, son: escasez de tiempo, inatención, ruidos, lejanía entre los interlocutores, obstáculos, los relativos a la calidad de la emisión vocal, exceso informativo.

7. *Barreras culturales*: relacionadas con las diferencias lingüísticas de los interlocutores. El autor, distingue entre *"semánticas"* y *"subculturales"*. Refiriéndose a las primeras como dificultades derivadas del conocimiento e interpretación de las palabras utilizadas en el acto comunicativo, es decir, emisor y receptor deben compartir el mismo código. Con respecto a las segundas, son las peculiares de un determinado grupo que comparte una cultura.

8. *Barreras psicológicas*: son muy relevantes en nuestra investigación, ya que, hacen referencia a cómo se siente el sujeto en el momento en el que se produce el acto comunicativo y cómo su estado durante la comunicación afecta al normal desarrollo del mismo. Están determinadas por las emociones, sentimientos, actitudes, pensamientos, motivaciones, deseos, percepciones, etc. Las personas que se encuentren en un *mal momento emocional*, tenderán: a no tener una plena *lucidez* comunicativa, a malinterpretar y a recibir y transmitir información desajustada.

Es fundamental que tengamos en cuenta todos los impedimentos descritos anteriormente, para: lograr una comunicación exitosa; romper con las barreras que impiden la comunicación; facilitar el proceso expresivo-comprensivo del mensaje; y utilizar técnicas que impidan la existencia de *ruidos* en nuestras comunicaciones y conseguir que sean satisfactorias.

Pero no todas las personas nos comunicamos igual. Podemos hablar de distintos estilos comunicativos.

El estilo comunicativo se caracteriza por ser la forma particular que tiene todo individuo de expresar su conducta a través de las relaciones que establece en la interacción con los demás. Así mismo, el estilo comunicativo determina el grado de afectividad en la comunicación interpersonal. Es un proceso que se encuentra íntimamente relacionado con las características de la personalidad del individuo. De ahí que deba ser adecuado a la personalidad, motivaciones, carencias, hobbies, modalidad de escucha.... Cuando un individuo se ampara en un estilo comunicativo, sus manifestaciones verbales vendrán determinadas por: su modo de articular, de comunicarse y emitir mensajes, su capacidad de escucha, las modalidades conversacionales, su compasión, su humanidad y su ternura. Todos los aspectos anteriores, determinarán los efectos de los diferentes estilos en la comunicación.

Costa (2011) analiza los estilos comunicativos aplicados al contexto sanitario destacando tres estilos comunicativos: *agresivo, pasivo y asertivo.*

El estilo comunicativo agresivo: es típico de sujetos que manifiestan sus derechos, sentimientos, emociones, discernimientos, etc., infravalorando y desestimando los de los demás. Son individuos a los que no les para nada ni nadie y no les importa dañar a la gente para conseguir sus metas. Un ejemplo de este estilo comunicativo en el ámbito sanitario es cuando los pacientes comentan al salir de las consultas que, cuando van el médico, éste no les hace sentir cómodos, ni en confianza mientras les explican qué les sucede; que parece que todo lo que le explican no se lo toma en serio, que parece que el médico les habla en otro idioma cuando le comenta lo relativo a la patología y al tratamiento, etc.

Algunas de sus características personales de los sujetos con estilo comunicativo agresivo son: egocentrismo exacerbado; interrupciones durante el acto comunicativo; órdenes-consejo; inflexibilidad y rigidez en sus juicios; y provocar sentimientos de culpa en los otros, usan palabras malsonantes, vocabulario brusco.

El estilo comunicativo pasivo se caracteriza por ser totalmente opuesto al anterior. Es típico de sujetos a los que les cuesta expresarse ante los demás por lo que se sienten inferiores y menospreciados por el resto. No les gusta enfrentarse a la gente y por complacerles son capaces de anteponer sus derechos. Algunas de sus características personales son: ausencia del uso del *"yo"*; se sienten inferiores y se justifican, piden perdón o permiso; presentan dudas continuamente; y sus necesidades pasan a un segundo plano y no resultan importantes.

Finalmente, *el estilo comunicativo asertivo,* es característico de individuos que manifiestan sus emociones, deseos, necesidades, opiniones… de una forma apropiada y sin dañar a las demás personas. Son sinceras en sus intervenciones y expresan sus sentimientos sin ser influenciados por los demás. Son individuos que respetan sus derechos sin atentar contra los de los otros. Se fundamentan en: la sinceridad (es congruente y coherente en sus intercambios comunicativos); aceptan a las demás personas como son, sin importarles sus aspectos positivos y negativos; son empáticos y tratan de entender al otro a través de la contemplación de otros puntos de vista; y pueden evitar o no la discusión, pero emocionalmente se sienten conformes consigo mismos al haber expresado sus sentimientos.

Este último estilo comunicativo, es el que se debería adoptar por todos los profesionales sanitarios cuando atienden las demandas de los pacientes, para fomentar unas relaciones entre ambos colectivos emocional y comunicativamente equilibrada y apropiada, de manera que se les proporcione a los usuarios del servicio sanitario una atención de calidad.

Cada uno de nosotros, en función de nuestras propias características personales y el contexto en el que nos desenvolvemos, tendemos a utilizar un estilo comunicativo u otro. Un sanitario con un estilo comunicativo agresivo por su brusquedad provocará en sus pacientes una relación y una comunicación más fría; por el contrario, el sanitario con un estilo comunicativo asertivo resultará más cercano y amable a los enfermos.

1.3. La comunicación en algunos contextos laborales: el ámbito sanitario.

En la actualidad, la comunicación con finalidad comercial se encuentra en todos los ámbitos de la vida, incluido el sanitario. Sin embargo, en el campo de la sanidad, la comunicación que se encuentra es de carácter interpersonal y no masiva (Medina, 2012).

Iglesias (2009) sostiene que *"dentro del contexto sanitario, la comunicación juega un papel fundamental desde el punto de vista tanto humano, como técnico"*.

Es básico que exista una buena comunicación entre el paciente y el sanitario porque va a favorecer la mejora del paciente. Se debe llegar a un entendimiento mutuo y total paciente-sanitario, para que las garantías y la calidad del sistema sanitario sean máximas.

Medina (2012) destaca varios <u>aspectos trascendentales en la relación médico-paciente:</u>

- Es cierto que los trabajadores sanitarios deben usar un lenguaje específico de este contexto, sin embargo, su lenguaje debe ser flexible y fácilmente adaptable a las distintas situaciones comunicativas que puedan vivir en él. Encontrando tanta variedad como pacientes.

- *Valor añadido del lenguaje verbal,* es decir, a través de la comunicación el paciente y el sanitario pueden crear un clima de confianza y cercanía que animen al enfermo a superar su dolencia.

- Interés del sanitario por entender el lenguaje no verbal del paciente (sobre todo en el caso de los hospitales porque es donde los pacientes suelen pasar temporadas).

- Consulta médica hospitalaria. Para el citado autor el momento más importante es el que comparten médico y paciente durante la consulta médica, no obstante, esta relación debe asumirse como una interacción entre dos personas, en la que el paciente se queja de su dolencia y le manifiesta al sanitario sus preocupaciones y las emociones que le afloran derivadas de su indisposición.

- Dar respuesta a las necesidades emocionales de los pacientes para cumplir con los requisitos médicos. Por ejemplo, un paciente al que le aterra someterse a alguna prueba diagnóstica, se tranquilizará más y se sentirá más seguro si en vez de explicarle durante un largo período de tiempo en qué consiste la prueba, se le hace un chascarrillo o se le anima con algún gesto.

- Adecuación de la comunicación en función de las características personales de cada paciente (según edad, sexo, características personales…).

Por todo ello es esencial que los profesionales de la salud se formen al respecto. Con la finalidad de proporcionar la mejor atención sanitaria posible, y favorecer emocionalmente al paciente. Por su parte, el paciente también debe saber interpretar la comunicación no verbal que le transmite el sanitario mediante la observación de sus gestos, miradas, entonaciones, expresiones faciales…, de manera que traduzca las manifestaciones de seriedad, alegría, preocupación que exprese el sanitario durante el acto comunicativo.

Para referirse a la comunicación paciente-sanitaria, Gómez-Mascaraque y Corral (2009) señalan que cuando nos referimos a la interacción, estamos haciendo alusión a un proceso comunicativo y como tal será regulado por un *emisor* (sanitario o paciente), un *receptor* (sanitario o paciente), un *canal* (verbal o no verbal), un *código*, un *mensaje* con la información, un *contexto* (la sala de urgencias, la ambulancia, etc.), y principalmente por la naturaleza de la relación establecida entre los intervinientes.

Para estos autores es esencial la comunicación paciente-sanitaria y la consideran *"una habilidad imprescindible para alcanzar una adecuada relación con el paciente"*. Para que el sanitario sea eficiente en su labor, necesita tener ciertas habilidades comunicativas, como las siguientes:

- Adaptación al lenguaje del paciente (edad, nivel socio-cultural, etc.). Usando un lenguaje comprensible y accesible al usuario.
- Mantener una actitud de escucha activa con el paciente.
- Mostrar interés hacia las preocupaciones y dolencias del paciente (preguntándole, mirándole, asintiendo,…).
- Impedir interrupciones inoportunas y ruidos molestos durante la atención al paciente.
- No realizar juicios de valor y respetar en todo momento las creencias, emociones… del paciente.
- Mantener un contacto físico con el paciente en situaciones necesarias.
- Asegurarse de que el paciente ha entendido la información proporcionada y necesaria en relación a su tratamiento y su dolencia.

A modo resumen de todo lo anterior nos sirven las ideas que aporta Clèries (2009) relativas a los procedimientos sociales relacionados con los ciudadanos y que interfieren en la práctica médica y a los factores que intervienen en la comunicación y las repercusiones que presentan para la salud.

En relación a los procedimientos sociales relacionados con los ciudadanos y que interfieren en la práctica médica, se establecen los siguientes procesos:

1. Los valores sociales y sanitarios aparentemente convergen en una predilección por gestionar mejor los recursos disponibles mediante criterios de gestión empresarial y de rendición de cuentas como efecto del crecimiento del poder del ciudadano y de la responsabilidad social (se produce un cambio de perspectiva del Estado del bienestar a la sociedad del bienestar).

2. El parecer del ciudadano se ha convertido en esencial al requerir una apropiada asistencia sanitaria y un tratamiento más humano y personalizado.

3. El respeto hacia los principios éticos básicos (relativos a: la no maleficencia, la beneficencia, la autonomía y la justicia) y hacia la normativa ética básica (relativos a: la confidencialidad, la fidelidad y la veracidad y el consentimiento

válido) han quedado contempladas en diferente legislación del sistema sanitario al respecto.

Estos aspectos nos llevan a reflexionar sobre cómo en base a las demandas y a los cambios sociales que se van produciendo en la sociedad, los servicios que desde las administraciones se tienen que ofrecer a los ciudadanos tienen que adecuarse a los requerimientos de éstos e ir proporcionando cada vez una mayor y mejor calidad de las prestaciones y servicios a la ciudadanía.

Los agentes que intervienen en la comunicación entre el profesional sanitario y el paciente son esenciales para entablar un adecuado clima de confianza ente ambos. Según sea la comunicación establecida, tendrán unos efectos en el paciente u otros y repercutirán en la salud.

En relación a los factores que intervienen en la comunicación y las repercusiones que presentan para la salud, destacamos algunas circunstancias que pueden producirse en las consultas médicas en las que según sea la conducta ante el caso concreto que adquiera el sanitario, así serán los efectos positivos que tendrán en el paciente. Para que se produzcan esos efectos positivos es necesario que el médico sea un comunicador experto que maneje muy bien las estrategias comunicativas para que sus manifestaciones tengan las repercusiones en el paciente esperadas y que el profesional sanitario trate de crear un clima comunicativo cómodo e idóneo con el paciente que potencie su mejora e implicación en su tratamiento.

Las situaciones y/o casuísticas que pueden producirse entre el sanitario y el paciente pueden ser las siguientes (Clèries, 2006a, citado por Clèries, 2009):

- Si el profesional sanitario llega a un acuerdo con el paciente en relación a la naturaleza del problema de salud, los síntomas en el paciente se decidirán pasado un mes desde la primera consulta.
- Si el profesional sanitario llega a un acuerdo con el paciente en relación a la sintomatología y al tratamiento más eficaz a seguir, se producirá una mejora del estado general y de los síntomas en el paciente.
- Si el sanitario presta atención a las demandas del paciente, éste mejorará subjetivamente.
- Si el profesional habla sobre las emociones del paciente, se producirá una mejora en el estado emocional del enfermo.
- Si el sanitario hace partícipe al paciente de su proceso de sanación

compartiendo decisiones y ofreciéndole diferentes posibilidades terapéuticas, se producirá una menor morbilidad psiquiátrica en pacientes.

- Si el profesional sanitario manifiesta interés por la problemática expresada por el paciente, el enfermo presentará una mayor capacitación para el afrontamiento de la dolencia.
- Si el sanitario escucha atentamente al paciente, sin interrumpirle y le saluda y le mira a los ojos durante el acto comunicativo, se potenciará el incremento de la "alianza terapéutica".
- Si el profesional sanitario le ofrece al enfermo una información minuciosa y tranquilizadora antes de una intervención quirúrgica, el paciente presentará un menor miedo a la operación, un menor nivel de dolor en el postoperatorio, y requerirá de menos analgésicos y tendrá antes el alta hospitalaria.

Como venimos viendo, la comunicación es un elemento clave para favorecer las relaciones sociales con el entorno, permitiéndonos intercambiar cualquier información con las demás personas. A través de la comunicación, expresamos y desciframos: emociones (ira, alegría, sorpresa, enfado...), lazos afectivos, pensamientos, creencias, opiniones… para relacionarnos con las demás personas y nuestro entorno.

La salud es esencial para la vida. Muestra de ello es cómo nos resentimos cuando uno mismo o un ser querido sufre alguna dolencia, provocando una mayor sensibilidad y preocupación general. Además, esta situación genera una sensación de angustia que nos alerta: desconfiamos de los médicos por si nos ocultan información, observamos minuciosamente sus gestos y sus movimientos…

La comunicación además de las habilidades de las que disponga el profesional para comunicarse con los pacientes, también se verá afectada por si el sanitario presenta un mal momento emocional, si su bienestar psicológico es adecuado o no, si padece estrés o no y si presenta "burnout" o no, porque en función de cómo se esté sintiendo el profesional sanitario en el momento que tenga lugar la interacción con el paciente el intercambio comunicativo será apropiado en mayor o menor medida.

Por todo esto, algunos investigadores consideran fundamental indagar en el modo en el que se suceden los intercambios comunicativos, tratando de conocer la calidad de la comunicación entre pacientes y sanitarios, para mejorar la relación comunicativa entre ambos colectivos y ayudar a concienciar sobre la importancia de *cuidar la comunicación.* Se

busca además, una relación más estrecha entre profesional y usuario que finalmente desemboque en unas mayores garantías sanitarias y una mejora de la calidad de vida de la sociedad.

Pese a que todo lo anterior es un claro síntoma de la trascendencia de la temática que queremos abordar, para nosotros es muy importante conocer de un modo más cercano la visión sanitaria. Jurado (2010) señala que la comunicación es una necesidad del ser humano que comienza cuando se produce un encuentro con otra persona. En las ocupaciones enmarcadas en el contexto sanitario la relación y la comunicación son aspectos básicos en la interacción entre el profesional y el paciente, de los que depende la calidad de las actuaciones desarrolladas en el ámbito de la salud (indiferentemente de que sean asistenciales o no). El hecho de tomar conciencia de esto inducirá hacia la búsqueda de saberes que mejoren la relación entre ambos, proporcionando la oportunidad de que la relación que se establezca sea lo más fiel, real y humana posible; fomentando que la actitud del sanitario sea lo mejor posible en cada interacción con cada paciente, teniendo en cuenta el respeto hacia su dignidad y manifestando conductas afectuosas y amables por las circunstancias tan delicadas en relación al paciente; teniéndola en cuenta como una persona autónoma e independiente y convirtiéndola en el principal protagonista de su proceso de curación, escuchándole, comprendiéndole y facilitándole todo el apoyo que sea necesario, recordándole al sanitario que únicamente cuando se implantan los cuidados propios procedentes de los saberes científicos, las habilidades técnicas y humanas, se está preparado para atender las necesidades de las personas, para lo que es imprescindible adecuarse completa y totalmente a las mismas.

Estas ideas del responsable de la formación continuada del Hospital de San Juan de Alicante confirman que desde el ámbito sanitario también se es consciente de la importancia de la comunicación para el tratamiento y/o mejoría de los pacientes.

1.4. Variables personales y psicosociales implícitas en la comunicación.

Son numerosas las variables que afectan a la comunicación. Por la trascendencia en nuestro estudio, analizaremos cómo el bienestar psicológico, el "burnout", el estrés, y las emociones afectan al acto comunicativo.

La comunicación es un acto, que como hemos ido describiendo a lo largo de este primer capítulo, es muy complejo. La comunicación es un modo de transmisión de sentimientos, emociones, pensamientos, ideas, valores, motivaciones, etc., y a través de ella nos expresamos y relacionamos con nuestro entorno. Sin embargo, la comunicación no es un proceso aislado, sino que está determinada y tremendamente influenciada por *cómo se siente* el sujeto en el momento de interactuar.

Si todo esto lo llevamos al ámbito sanitario seguramente observemos que la comunicación de un sanitario, que anímicamente se siente "agotado" en su trabajo, es totalmente distinta a la del que se siente feliz y motivado. El sanitario exhausto tendrá posiblemente una mayor apatía durante el acto comunicativo, no reirá, se mostrará más lejano y distante, se mostrará frío, se centrará en el diagnóstico y le costarán más las muestras de apoyo al paciente. Pero el que anímicamente se encuentre feliz y motivado: irradiará felicidad, animará con mayor entusiasmo al paciente, le mostrará mayores muestras de cariño (darle un abrazo, cogerle la mano, darle un toquecito en el brazo, le sonreirá,…), le presentará el cuadro diagnóstico con más esperanza, etc.

El bienestar psicológico es un elemento que se relaciona con la comunicación. Novoa, Ballesteros y Muñoz (2006), han mostrado ciertas inquietudes investigadoras relacionadas con la calidad de vida y el bienestar psicológico. En su proyecto Construcción del Bienestar Psicológico en las condiciones de Conflicto Actual (realizada entre 2002 y 2004), aplicaron una encuesta de doce preguntas abiertas que pretendían conocer cómo las personas interpretan su propio bienestar psicológico. Los resultados que obtuvieron, entre otros, fueron los siguientes:

1. Los sujetos relacionan el bienestar con aspectos individuales y contextuales, y aunque identifican elementos que lo facilitan y dificultan, priorizan la dimensión personal (emociones, aspectos psicológicos, estado general, salud).
2. El mundo exterior como variable moderadora de salud y bienestar.
3. La forma de verse y sentirse consigo mismo y la capacidad de respuesta y relación con el mundo que nos rodea, de conseguir las metas y de solucionar los problemas, se relacionan con el bienestar psicológico.
4. Los sujetos reconocen que los problemas y situaciones adversas interfieren en su bienestar y en su capacidad de hacerles frente.

5. Existe relación entre el bienestar psicológico y las relaciones familiares. La familia en la que existe buena relación comunicativa y afectuosa, favorece el bienestar psicológico.

6. Los sujetos asocian el bienestar psicológico con la consonancia de sus relaciones sociales.

Ballesteros y Caycedo (2003) determinan que el bienestar psicológico está vinculado al aspecto integral del sujeto. Mingote (2008) destaca que el *"bienestar psicológico resulta del predominio de emociones positivas como el placer, la alegría y la felicidad (afectividad positiva) sobre las emociones negativas o productoras de malestar como desesperanza y hostilidad destructiva"*. Estas emociones positivas, mejoran la autopercepción de la persona y fomentan su sensación de pertenencia a un grupo. Cuando las emociones positivas se bloquean por las negativas, la afectividad se resiente y se aleja de la normalidad con la que el sujeto se debería relacionar con su entorno físico y social.

Por todo lo anterior, si una persona por su bloqueo emocional, derivado de los sentimientos negativos que le acechan, se comunica, su comunicación se va a presentar alterada al igual que como comentamos en líneas superiores, se resienten sus relaciones sociales como consecuencia de su negatividad emocional.

Mingote (2008) relaciona el *bienestar* con la calidad de vida. Establece que la calidad de vida se compone de varios elementos (*"percepciones subjetivas"*) esenciales para la vida humanas: bienestar psicobiológico subjetivo (salud, energía, calidad de sueño…); satisfacción en los principales roles sociales (familiares, académicos, laborales, etc.); y satisfacción en las relaciones interpersonales mantenidas con familiares y amigos.

Así mismo, el "burnout" (o síndrome de *estar quemado*) también afecta al ámbito comunicativo. Según Fernández (2010), los afectados presentan cuadros de "trastornos sociales y de relaciones interpersonales", y su sintomatología (vinculada a la comunicación) es la siguiente: *trastornos de actitud* (suelen ser cínicos, apáticos, desconfiados, hostiles, etc. y verbalizar muy poco en las interacciones); *trastornos sociales y de relaciones interpersonales* (suelen tener una visión negativa de la vida, presentar una disminución de la calidad de vida, tener mayores problemas de pareja, familiares y sociales (porque son hostiles, no se comunican, se aíslan…). Todo lo anterior, ocasiona que: el trabajador sea menos empático, disminuya la calidad de los servicios que prestan, incrementen las quejas de los usuarios y exista una mala comunicación e interacción.

Tal y como señala Martínez (2008) el estrés está asociado el exceso de trabajo, la escasez de tiempo, la desorganización, los objetivos a corto plazo, el ser más productivo, la toma de decisiones y la tardanza en asumir las tareas. El exceso de trabajo puede llegar a ocupar todo el tiempo, evitando tener tiempo familiar y de ocio. Lo que puede llevar a situaciones de conflicto familiar, disminución de las relaciones sociales y dificultades en la comunicación interpersonal.

CAPÍTULO 2.

Las *emociones* y su repercusión en la vida de las personas.

2. LAS EMOCIONES Y SU REPERCUSIÓN EN LA VIDA DE LAS PERSONAS.

2.1. Introducción.

Las emociones son otro pilar esencial del ser humano; nos permiten *sentir que estamos vivos*. A través de ellas afloran la alegría, la tristeza, el miedo, la felicidad… ante cualquier experiencia vivida. Las emociones en el contexto sanitario también son muy importantes porque, en función a cómo se sienta y se perciba el profesional sanitario, así establecerá las relaciones con los pacientes; si se encuentra feliz, sus relaciones con los pacientes tenderán a ser más cercanas y afectuosas; pero, si se encuentra mal a nivel emocional, sus relaciones con los enfermos serán más distantes y menos intensas y se verá notablemente afectada la calidad de la comunicación entre ellos.

Existe gran variedad de acepciones que pretenden definir qué son las emociones. Nosotros hemos seleccionado algunas de ellas como punto de partida.

La Real Academia Española (2001) establece que son una *"alteración del ánimo intensa y pasajera, agradable o penosa, que va acompañada de cierta conmoción somática"*.

Bisquerra (2000) define las emociones como las reacciones a las informaciones (conocimiento) que recibimos en nuestras relaciones con el entorno. Así mismo, la intensidad de la reacción está en función de las evaluaciones subjetivas que realizamos sobre cómo la información recibida va a afectar nuestro bienestar. Precisamente, en estas evaluaciones subjetivas intervienen los conocimientos previos, las creencias, los objetivos personales, la percepción del ambiente provocativo y un largo etcétera. Toda emoción dependerá de lo que es importante para nosotros. Si la emoción es muy intensa puede incluso producir disfunciones intelectuales o trastornos emocionales (fobia, estrés, depresión).

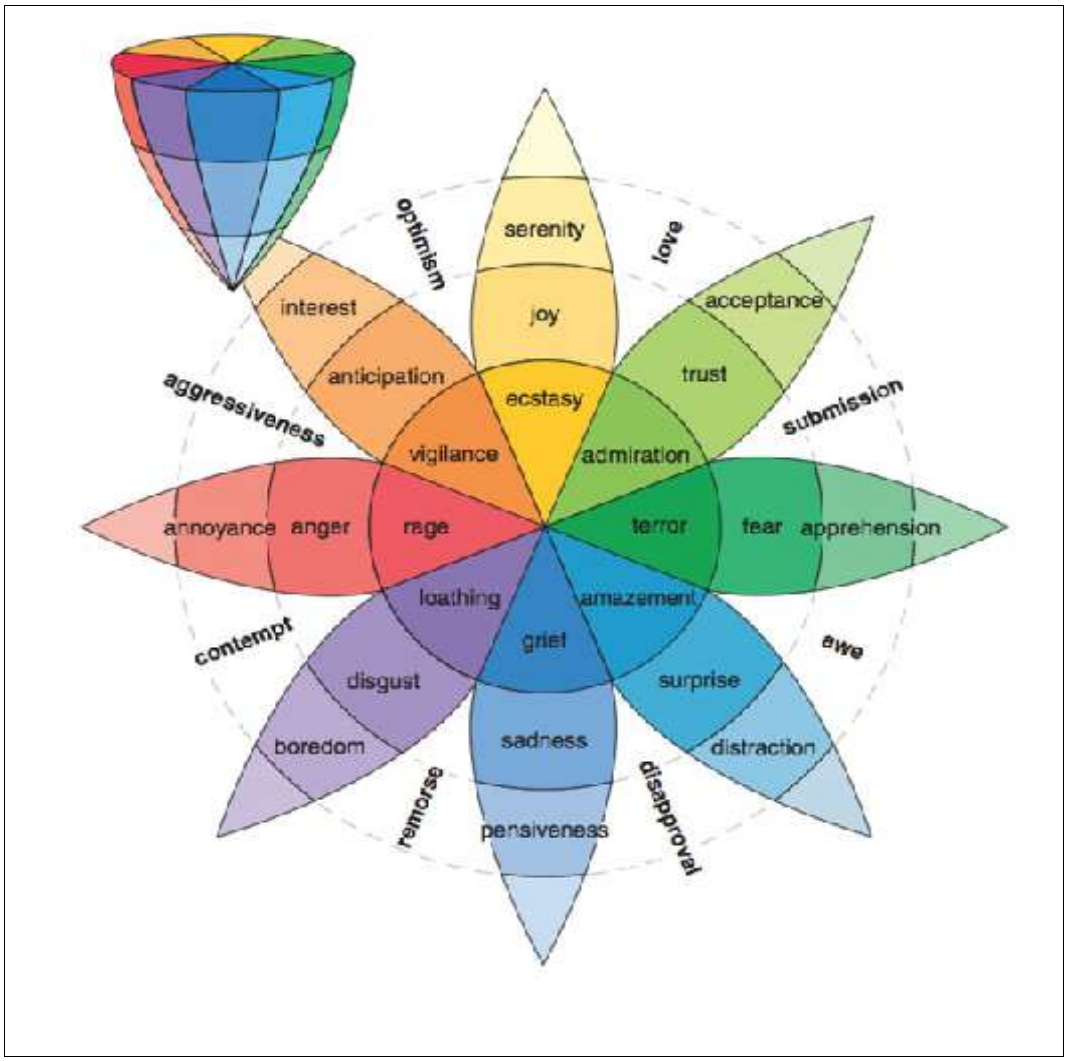
Para Kleinginna y Kleinginna (1981) las emociones son un complejo conjunto de interacciones entre factores subjetivos y objetivos, mediadas por sistemas neuronales y hormonales.

Las emociones pueden: dar lugar a experiencias efectivas como sentimientos de activación, agrado-desagrado; generar procesos cognitivos tales como efectos perceptuales relevantes, valoraciones, y procesos de etiquetado; generar ajustes fisiológicos; y dar lugar a una conducta que es frecuentemente, pero no siempre, expresiva, dirigida hacia una meta y adaptativa.

Fernández-Abascal y Jiménez (2010), en base a la cita anterior, señalan que esta multidimensionalidad nos lleva a entender las emociones como un proceso que implica una serie de condiciones desencadenantes (estímulos relevantes), la existencia de experiencias subjetivas o sentimientos (interpretación subjetiva), diversos niveles de procesamiento cognitivo (procesos valorativos), cambios fisiológicos (activación), patrones expresivos y de comunicación (expresión emocional), que tiene unos efectos motivadores (movilización para la acción) y una finalidad: que es la adaptación de un entorno en continuo cambio.

Ramos, Piqueras, Martínez y Oblitas (2009), al referirse a las emociones, establecen las siguientes distinciones: emoción como sentimiento subjetivo privado: placer o dolor; emoción como manifestación o expresión de respuestas somáticas y autónomas específicas (estado de activación fisiológica); y emoción como respuesta de supervivencia (defenderse o atacar) en una situación de amenaza, a la vez que un sistema de comunicación social.

Plutchik (2001) distingue **ocho *emociones primarias:*** temor, sorpresa, tristeza, disgusto, enojo, anticipación, alegría y aceptación. Así mismo, considera que para crear emociones más complejas, se requiere la mezcla de dos emociones primarias. Estas mezclas de emociones dan lugar a la agresividad, al optimismo, al amor, a la sumisión, al temor, a la decepción, al remordimiento y al desprecio.



Fuente: Plutchik (2001). [3]

Plutchik (1980) señala que cada una de las emociones, tiene su correspondiente función, tal y como detallamos a continuación: el *miedo* tiene una función *protectora*; la función de la *ira* es la *destrucción*; la *alegría* tiene una función *reproductora;* la función de la *tristeza* es la *reintegración;* la *confianza* tiene la función de *afiliación;* la función del *asco* es el *rechazo;* y la *anticipación* y la *sorpresa* tienen la función de la *exploración.*

Nos parece muy apropiada la clasificación sobre las emociones básicas que proponen Quirós y Cabestrero (2008), porque permite clarificar y tener una visión general según los distintos puntos de vista de los diferentes autores referentes en la materia:

> James (1884) establece cuatro emociones básicas: miedo, pena, amor, furia y las relaciona a las implicaciones corporales.

> McDougall (1908) señala siete emociones básicas (ira, asco, asombro, miedo,

[3] Imagen recuperada de http://sites.sinauer.com/animalcommunication2e/chapter10.04.html

sometimiento, entusiasmo y sentimientos de ternura) y las asocia a los instintos.

> Watson (1930) relaciona las tres emociones básicas que señala (miedo, amor y furia) con los circuitos cerebrales preestablecidos.

> Arnold (1960) establece once emociones básicas (ira, aversión, valor, desánimo, deseo, desesperación, miedo, odio, esperanza, amor y tristeza) y las relaciona con las tendencias de acción.

> Mowrer (1960) señala que las emociones básicas se corresponden a estados emocionales no aprendidos y establece dos únicamente: dolor y placer.

> Ekman, Friesen y Ellsworth (1972) establecen seis emociones básicas: ira, asco, miedo, alegría, tristeza y sorpresa y las relacionan a las expresiones faciales universales.

> Izard (1977) distingue las siguientes emociones básicas: ira, desprecio, asco, malestar, miedo, culpa, interés, alegría, vergüenza, sorpresa y las relaciona con los circuitos cerebrales preestablecidos.

> Plutchik (1980) asocia las emociones básicas a los procesos biológicos adaptativos y las categoriza en las siguientes: aceptación, ira, anticipación, asco, alegría, miedo, tristeza, sorpresa.

> Gray (1982) sostiene que las emociones se refieren a los circuitos cerebrales preestablecidos y señala las siguientes: furia y terror, ansiedad, alegría.

> Panksepp (1982) establece cuatro emociones básicas y las relaciona con los circuitos cerebrales preestablecidos.

> Tomkins (1984) señala que las emociones básicas se relacionan con la densidad de la actividad neuronal y las concreta en las siguientes: ira, interés, desprecio, asco, malestar, miedo, alegría, vergüenza, sorpresa.

> Frijda (1986) sostiene que las emociones básicas nos preparan para la acción e indica seis: deseo, felicidad, interés, sorpresa, asombro, pena.

> Oatley y Johnson-Laird (1987) consideran que las emociones básicas no requieren de un contenido proposicional (procesos cognitivos superiores) y distinguen cinco emociones: ira, asco, ansiedad, felicidad, tristeza.

> Weiner y Graham (1989) defiende que las emociones presentan una atribución independiente y las categoriza en felicidad y tristeza.

Nosotros consideramos que todos estos postulados son igualmente válidos, porque nos permiten conocer diferentes puntos de vista sobre las emociones básicas y por tanto, tener una perspectiva más amplia y global al respecto. Sin embargo, si nos tenemos que decantar por una de ellas, nos acogemos a la de Izard (1977) porque es a nuestro parecer la que describe más detalladamente las emociones y la que nos parece más completa de todas.

Existe variedad de perspectivas teóricas relacionadas con las emociones. A continuación señalamos algunas de las más relevantes.

1. *Teoría de James-Lange (1884 y 1885).*

Teoría desarrollada por los autores William James y Carl Lange entre 1884 y 1885 (respectivamente) de los que recibe su nombre. Ambos autores, casi simultáneamente, llegaron a la conclusión de que los sujetos interpretamos las emociones en función de las respuestas fisiológicas que genera nuestro organismo ante los acontecimientos. En esta teoría primero se producirían las interpretaciones en el organismo y, posteriormente, surgirían las emociones.

Este postulado interpreta las emociones fisiológicamente.

2. *Teoría de Cannon-Bard (1927 y 1938).*

Postulado defendido por Walter Cannon y Philip Bard (de los que recibe su nombre) y desarrollada entre los años 1927 y 1938. En 1927 Cannon critica a la perspectiva teórica de James-Lange considerando que las respuestas fisiológicas son demasiado lentas para la rapidez de las emociones. Bard, que era discípulo de Cannon, fue el difusor de esta teoría. Este postulado se basa en defender el carácter simultáneo de los procesos emocionales y fisiológicos. Además, consideran que las emociones se constituían tanto por las respuestas fisiológicas del organismo del sujeto, como por las percepciones y vivencias subjetivas ante un determinado estímulo. Destacan que si nos centrásemos exclusivamente en las respuestas fisiológicas no seremos capaces de diferenciar las emociones. En base a esto, podemos interpretar que lo que a unos les causa miedo, alegría, tristeza…, a otros, según sus experiencias personales no tiene el porqué. Por ejemplo: hay personas a las que les encantan las montañas rusas y otras a las que les aterran; o también hay niños con miedo hacia los animales porque sus padres se lo han inculcado desde pequeños.

Esta segunda visión ilustra las emociones en base a las cogniciones.

3. Teoría de los dos factores de Schachter-Singer (1962).

En 1962 Stanley Schachter y Jerome Singer establecieron este postulado que considera que las emociones son la consecuencia de la evaluación cognitiva que hace el sujeto sobre un determinado acontecimiento y a sus respuestas fisiológicas. Es decir, el sujeto percibe lo que sucede en su entorno y lo valora, categorizando sus emociones, según ambos aspectos.

Esta perspectiva fusiona aspectos fisiológicos y cognitivos.

4. Teoría de la primacía afectiva de Zajonc (1980 y 1984).

Entre 1980 y 1984 Robert Zajonc estableció esta perspectiva de las emociones que señala la mayor rapidez emocional frente a la interpretativa ante los estímulos. Además, concluyó que emociones y cogniciones se encuentran en sistemas separados e independientes, que pueden autoinfluenciarse.

5. Teoría del "appraisal" cognitivo (1981, 1998).

El influyente psicológo Richard S. Lazarus entre los años 1981 y 1998 desarrolló esta perspectiva que defiende que la apreciación o valoración cognitiva ("appraisal") era lo que conformaba la emoción; es decir, es la evaluación e interpretación que el sujeto realiza de los estímulos que le acontecen lo que condiciona su respuesta emocional.

Podemos observar que estas teorías evolucionan desde una consideración basada en las respuestas fisiológicas del sujeto, hasta valorar aspectos cognitivos relacionados con las valoraciones e interpretaciones que hace el individuo de las experiencias que le acontecen.

2.2. Las emociones en el ámbito laboral.

Las emociones nos afectan en nuestro día a día y nos acompañan en todas nuestras vivencias. Es muy común escuchar la expresión *hoy tengo un mal día* porque las personas somos emoción pura y, cuando estamos pasando por un bache emocional, todas nuestras distintas dimensiones de nuestra vida se ven salpicadas. Cuando anímicamente nos sentimos mal, en todo lo que nos rodea no hay nada positivo: creemos que todo lo hacemos mal, que no vamos a superar el obstáculo, que esto es el fin…es decir, cuando nos sentimos mal, en vez de intentar esforzarnos un poco por animarnos, pasa el hecho contrario, tenemos tendencia a entrar en una espiral en la que cada vez todo lo vamos

viendo peor. Esta negatividad, que nos incrementa la apatía, se transmite al contexto laboral y lo perjudica. Los sanitarios que se encuentran en un momento vital adverso transmitirán esos sentimientos negativos en sus relaciones y comunicaciones con los pacientes. El malestar del profesional puede deberse a un acontecimiento vital estresante (ruptura, divorcio, separación, pérdida de un hijo, cambio de destino, fallecimiento de un ser querido…) puesto que los sanitarios, antes que profesionales de la salud, son personas a los que les afectan las mismas circunstancias que a cualquier otro trabajador, repercutiendo esta negatividad en su rendimiento laboral, en sus ganas de comunicarse, en su paciencia, en sus ganas de trabajar, etc. y alterando su interacción con el enfermo. En base a todo lo anterior, comentaremos cómo pueden afectar el estado emocional (por circunstancias personales del sujeto) en el rendimiento laboral de los profesionales.

Garrosa y Carmona (2011) consideran que la personalidad positiva del empleado es esencial para que éste ponga en marcha mecanismos que fomenten unas condiciones apropiadas de salud y bienestar, incrementando así la productividad laboral. Un sujeto que esté emocionalmente sano, seguramente tendrá unos elevados niveles productivos y le rentará mucho a una empresa; sin embargo, el empleado que esté al borde de un cuadro de depresión o de "burnout", su rendimiento será muy inferior, y posiblemente le hará perder dinero a la empresa, porque por su estado anímico en ese instante no le permite tener el máximo rendimiento.

Blanc, Boada, Garrosa y Moreno (2010) afirman que los sujetos que en el ámbito laboral manifiestan emociones positivas como la simpatía, la cordialidad, la alegría, etc. transmiten a los demás (compañeros o usuarios) sentimientos positivos, contagiándolos. El buen humor en el trabajo puede mejorar la relación con los compañeros, fomentando la ayuda entre unos y otros o, incluso, ser un recurso para hacer frente a las distintas situaciones laborales que pueden ser más estresantes. Este punto de vista defiende la trascendencia de las emociones en el ámbito laboral para fomentar el clima laboral positivo y potenciar la mejora de la calidad de los servicios.

Estamos de acuerdo con los autores, al considerar que las emociones positivas fomentan un clima laboral mucho más cálido; por el contrario, el negativismo fomenta el malestar, por lo que si en el ámbito laboral lo que encontramos son enfados, discusiones, desinterés, absentismo… el contexto empresarial se convertirá en una continua guerra y sólo se respirará un ambiente tenso e incómodo entre sus miembros.

Las emociones positivas pueden fomentarse en el contexto laboral a través de una serie de recursos que permiten reducir el impacto de las emociones negativas. A continuación mostramos algunas estrategias para aumentar las emociones positivas en el contexto laboral.

Blanc *et al.* (2010) establecen que en el ámbito laboral se pueden mejorar distintos ámbitos, como las relaciones interpersonales, el espacio de trabajo, el estado físico, la productividad, las experiencias de recuperación y el bienestar psicológico usando las siguientes estrategias: comunicarnos amablemente y con claridad, aprender de los fallos y realizar críticas constructivas, practicar el sentido del humor, cooperar, aprender a reforzar a los compañeros, fomentar el buen clima laboral, mejorar las condiciones ergonómicas del entorno del trabajo, adaptar el puesto de trabajo a la persona, cuidar las condiciones físicas del espacio, humanizar el espacio, cuidar la salud física y psicológica y llevar una alimentación saludable.

Todas las estrategias comentadas pueden aplicarse en el contexto sanitario con la finalidad de fomentar un apropiado clima de trabajo entre los sanitarios, así como mejorar las relaciones entre los profesionales sanitarios y potenciar que se establezca una comunicación eficaz y satisfactoria entre sus miembros. Todo esto, a su vez, repercutirá en las relaciones comunicativas de los sanitarios con los pacientes creando unos vínculos mucho más positivos derivados de la existencia de un adecuado clima laboral entre los profesionales, logrando que los profesionales estén más unidos y que la calidad de la atención al paciente y la calidad comunicativa sean mucho más cálida y estrecha.

Garrosa y Carmona (2011) también consideran que se debe incrementar la salud y el bienestar laboral, planteando para ello una serie de *buenas prácticas organizacionales e individuales*:

> *Cultura organizacional saludable.* Caracterizada por tener unos valores y éticas comunes entre sus miembros, contagiándole un contexto saludable, con unos valores, unos sentimientos positivos, un compañerismo mutuo, colaborativo y competente, con unas satisfactorias relaciones sociales en las que se fomente la ayuda de todos los miembros.

> *La cultura de respeto y saludable contribuye a un clima laboral positivo.* Las relaciones interpersonales, si son amistosas, potenciarán un clima de trabajo más agradable, más positivo, más seguro y de mayor confianza.

> *Clarificación de roles.* Cuando los roles no están definidos ni limitados se producen ambientes enrarecidos y conflictivos, que pueden desembocar en estrés, "burnout", etc. Sin embargo, cuando un trabajador tiene claras sus funciones en la entidad, se siente más seguro en su trabajo porque tiene cierta sensación de control y no le agobia la incertidumbre de la ambigüedad. Es importante no cargar excesivamente al empleado y equilibrar más las actividades a realizar.

> *Liderazgo.* Hace referencia al fomento de sujetos muy habilidosos comunicativamente hablando, motivados, con grandes habilidades para la resolución de conflictos internos. Potencian el surgimiento de equipos, que además deben tener buenas relaciones con sus compañeros y unos apropiados valores éticos. Un liderazgo adecuado (comprensivo y eficiente) puede prevenir serios conflictos, a la vez que puede fomentar la honestidad, el respeto, la fidelidad y conseguir un ambiente feliz, cómodo…de bienestar.

> *Apoyo social por parte de la organización.* Es el eje básico en caso de situaciones de conflicto laboral. Los trabajadores que se sienten respaldados y apoyados por sus compañeros son menos propensos a padecer alteraciones en el ámbito laboral. Además, las relaciones sociales que culminan en relaciones de amistad: disminuyen la aparición de sentimientos de soledad en el trabajo, fomentan la consecución de metas comunes y el sentimiento de pertenencia a un grupo, y de apoyo ante vivencias desagradables.

> *La participación.* Es un factor trascendental que fomenta el crecimiento y desarrollo personal de los cooperantes. Se centra en la utilización de técnicas de solución de problemas, de análisis circunstanciales, de búsqueda de alternativas, de habilidades comunicativas, de trabajo cooperativo, etc.

> *El desarrollo profesional.* Muy relacionada con el aspecto anterior. Se refiere al establecimiento de hasta dónde la empresa fomenta la puesta en práctica de las aptitudes del empleado; es decir, la entidad debe potenciar el desarrollo profesional del trabajador (incrementando sus aptitudes, su cultura, sus destrezas, etc.). También es muy importante hacerle sentir útil para la entidad y para la sociedad.

> *Práctica de recursos emocionales de resistencia.* Los recursos emocionales de resistencia son una serie de dimensiones básicas para saber cuáles son los aspectos que evitan las patologías psicosociales. Las autoras señalan las siguientes: "la personalidad resistente, el optimismo y la competencia emocional". El adoctrinamiento en estos recursos fomentaría en el sujeto el positivismo de las capacidades profesionales y mejoraría el bienestar laboral.

La profesión sanitaria tiene una característica muy peculiar y típica del contexto: los turnos rotatorios y los periodos de nocturnidad. Estos elementos tan propios de este contexto hace que sus trabajadores por estas variaciones horarias puedan padecer insomnio y se vean afectadas sus emociones y, en consecuencia, sus relaciones diarias con los pacientes. Un ejemplo sobre la influencia de la rotación laboral y nocturnidad en las emociones, es el estudio llevado a cabo en la Comunidad Autónoma de Madrid por Pinilla y López (2006).

Esser, Vásquez, Couto y Rojas (2007) señalan la trascendencia de integrar aspectos como la ergonomía y el ambiente positivo de trabajo de una manera globalizada, que permita una mejor calidad de vida y un clima emocional más favorable. Estamos de acuerdo con estos autores en el hecho de que la idoneidad del clima laboral fomenta la adecuación de las relaciones laborales. Todo lo anterior, aplicado a un contexto tan amplio como el sanitario (caracterizado por numerosos cambios horarios y muchos compañeros), hace pensar en la necesidad de fomentar un clima laboral positivo, que favorezca unos vínculos más cercanos con los compañeros de trabajo y más beneficiosos para los pacientes.

Una de las grandes críticas que se realizan desde el ámbito sanitario es la falta de recursos, asociado al exceso de pacientes por médico y al poco tiempo disponible para dedicarle a cada uno de ellos. Todo esto, entorpece la adecuada relación del sanitario con los enfermos y dificulta la comunicación con los pacientes; pues, si hay carestía de profesionales, los sanitarios disponen de menos tiempo para interactuar con los enfermos.

Se deben buscar recursos que potencien las mejoras en el contexto sanitario, ante una población cada vez más envejecida y con escasos recursos sanitarios. Meeusen, van Dam, van Zundert y Knape (2010) decidieron buscar soluciones a esta problemática. Consideraron que si se buscan estrategias que incrementen la satisfacción laboral del personal, existen mayores posibilidades de retenerlo en su ocupación profesional. Para ello,

analizaron los eventos y las emociones en la jornada laboral de enfermeras anestesistas holandesas, así como los efectos de ambas dimensiones en la satisfacción laboral de las mismas; aplicando un cuestionario que medía estos tres aspectos en dos momentos distintos de una jornada laboral normal. Los resultados obtenidos pusieron de manifiesto que los eventos positivos y negativos fueron relevantes en el desarrollo de emociones positivas y negativas al final de la jornada de trabajo. Las emociones positivas al terminar la jornada laboral contribuyeron significativamente en la satisfacción laboral de las enfermeras. Por el contrario, las emociones negativas no fueron significativas para la satisfacción laboral. Por último, se señaló la necesidad de seguir investigando en esta misma línea, indagando en las relaciones entre emociones y eventos, para crear contextos laborales más positivos y, sobre todo, para mejorar la calidad de la sanidad hospitalaria a través de un propicio clima laboral.

Las emociones por mucho que queramos disimularlas, son como una mochila que nos acompañan en nuestro quehacer diario y nos afectan en todos los ámbitos de nuestra vida, y no iba a ser menos el laboral. Por muy profesional que un sujeto sea en su trabajo, si está pasando un mal momento emocional y todo lo ve gris, su negativismo inundará también su ocupación y, como hemos visto anteriormente, puede tener efectos contagiosos y afectar a su entorno inmediato, tanto social como laboral.

2.3. Las emociones en el ámbito sanitario.

Las emociones son parte de nuestra vida y vienen adheridas a nosotros. Pacientes y sanitarios están continuamente emocionándose en este contexto, generalmente debido a la recepción o comunicación de buenas o malas noticias. Así encontramos a sanitarios *felices o tristes*, que trasmiten sus emociones al que le escucha como compañero o como paciente. Los pacientes son un claro ejemplo de lo que significan las emociones en éste ámbito; porque nuestra vida depende de nuestra salud, por lo que en el contexto sanitario encontraremos *pacientes emocionalmente positivos* (mujeres que acaban de dar a luz, altas médicas, etc.) y *pacientes emocionalmente negativos* (aquellos a los que les han diagnosticado una enfermedad, a los que les han intervenido quirúrgicamente, fallecimientos, etc.). Estos pacientes tendrán unas determinadas emociones que se proyectarán en su relación con el sanitario. También encontraremos *sanitarios emocionalmente positivos* (los que animan a los enfermos, les dedican una sonrisa o un gesto de apoyo) y *sanitarios emocionalmente negativos*

(los que siempre ven el lado malo de las cosas, los que empeoran las malas noticias, los que transmiten demasiada negatividad al paciente y se lo muestran todo de color negro).

Autores tales como Breva y Pena (1997), Prados (2004), e incluso de la trascendencia de Lazarus (2000) se han interesado por la interacción entre salud y emoción.

Ortega (2009) señala la importancia que tienen las emociones para la vida de las personas y en la recuperación de los pacientes. Los aspectos principales, los vamos a sintetizar en los siguientes:

- Clasificar sencillamente las emociones en positivas y negativas. Esto no quiere decir que *"unas sean malas y otras sean buenas"*, sino que varias de ellas son sustancialmente favorables para nuestra salud.
- Reafirmación de las emociones negativas ante la vida. Algunas emociones negativas pueden resultarnos al final muy positivas, al habernos hecho más fuertes y habernos ayudado a replantearnos nuestras miras de futuro tras haber sufrido situaciones complejas como una grave enfermedad (aquí vendría bien el dicho de *lo que no te mata, te hace más fuerte*).
- Emociones *mixtas*. Aunque las emociones en líneas generales sean positivas o negativas, habitualmente son mixtas.
- Necesidad de emociones positivas y negativas en nuestra vida.
- Nuestras experiencias emocionales y nuestras relaciones sociales y ambientales, inciden en nuestra salud.
- La literatura científica ha ahondado más en el estudio de las emociones negativas y en los últimos tiempos en mayor medida en las fortalezas y oportunidades de las personas que en sus debilidades y amenazas. Estos estudios se han preocupado por conocer cómo la depresión, la ansiedad, la irritabilidad, la hostilidad, la ira, el miedo y la agresividad inciden negativamente en la salud de las personas y potencian la aparición de enfermedades.
- La negatividad emocional también afecta al proceso de recuperación de los enfermos porque puede alterar la percepción real de de la dolencia e, incluso, fomentar el aspecto negativo de la enfermedad al convertirlo en el centro de atención del paciente.
- Positivizar ante la enfermedad. Podemos intentar que las emociones negativas nos perjudiquen menos, tratando de esforzarnos más por ser positivos ante la

dolencia y evitar los continuos pensamientos negativos que puedan agravar más la enfermedad. Así, el proceso de recuperación puede resultar más efectivo.

- Emociones positivas como la tranquilidad, el optimismo, la felicidad, el entusiasmo, el amor y la alegría, ahuyentan el estrés, disminuyen la obstrucción arterial y potencian el sistema inmunitario.
- Las emociones positivas son muy beneficiosas para nuestro organismo y ayudan a luchar contra las enfermedades. Por esto, a enfermos con patologías severas, se le pretende inculcar una actitud psicológica positiva (como la aceptación de su enfermedad) para propiciar una mayor y rápida recuperación.
- Las emociones positivas estables nos hacen más fuertes ante las enfermedades y potencian el proceso recuperativo del sujeto, mejorando el sistema inmunológico y nuestra calidad de vida.

Las emociones negativas inciden en la salud mental y física de las personas afectando a su calidad de vida, tal como afirman Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas (2009). Estos autores sostienen que el miedo, la tristeza y la ira y el asco, son emociones que, cuando se convierten en usuales, afectan negativamente a las personas y a su calidad de vida. Asocian estas cuatro emociones a los trastornos mentales y a la inmunidad o la aparición de tumores en el organismo.

Ortiz-Acosta y Beltrán-Jiménez (2011) destacan una serie aspectos afectados en el personal sanitario con "desgaste laboral":

En lo referente a *atención emocional*, se ha observado que esta dimensión predice significativamente de forma negativa el agotamiento emocional; es decir, el médico con baja capacidad de atención a sus emociones, presentará mayor agotamiento emocional, ya que no considera importante el reconocimiento de sus estados afectivos y no utilizará esa información para autorregularse emocionalmente, por ende su agotamiento emocional será mayor.

En lo referente a la *claridad emocional,* la investigación destaca que correlaciona positivamente con la realización personal. Esto significa que el médico que reconoce claramente sus emociones, presenta una mayor autorrealización personal y se siente más capaz de comprender sus emociones. En el lado opuesto, los médicos con una menor aptitud para discernir y describir sus emociones se sienten más agotados laboralmente, y sus niveles de despersonalización son más altos. El estudio de Nogueira y Gabari (2005)

precisamente concluye que los sujetos con emociones (poco claras), presentan emociones y actitudes más negativas e insolentes hacia los usuarios.

Y finalmente en lo relativo a la *reparación emocional,* Ortiz-Acosta y Beltrán-Jiménez (2011) señalan que ésta establece una correlación negativa con el agotamiento emocional. Es decir, que cuando al médico le resulta complejo cortar con sus emociones negativas y fomentar las positivas, se aumenta su agotamiento emocional.

En líneas generales, el estudio confirma la transcendencia de la autopercepción de las emociones. Además, señala la existencia de una íntima relación entre el "burnout" y la baja atención emocional, la escasa comprensión de los estados emocionales y las dificultades para eliminar las emociones negativas con el fin de aumentar las positivas.

Tal y como venimos comentando, las emociones son una parte muy importante en nuestra vida. A todos los profesionales las emociones les afectan en todas sus áreas vitales, especialmente a aquellos que desempeñan ocupaciones que tienen un contacto directo con otras personas. Estudios relacionados con las emociones en el ámbito laboral, suelen asociar la afectividad del sujeto, con la percepción de éste sobre sí mismo; apuntando que la autopercepción del individuo sobre sus aptitudes será un factor relevante en el desencadenamiento de alteraciones psicológicas ("burnout", estrés, etc.).

Garrido (2006) teoriza sobre las relaciones entre las tipologías de apego, las emociones características de las distintas modalidades de apego y los recursos emocionales en cada uno de ellos y cómo afectan al bienestar y salud física de las personas. Una de las principales dimensiones que intervienen en la salud emocional de las personas es el *control percibido*. Fernández y Edo (1994) analizan las relaciones que se establecen entre emociones y salud en base a aspectos como el control objetivo, el control percibido y el control personal, concluyendo que los estados emocionales indicen directamente en la salud de las personas, y que, para paliar los efectos negativos del estrés e incrementar las emociones positivas, lo idóneo es cambiar las creencias y adquirir una capacidad de control efectiva. Por lo tanto, los sanitarios con mayor capacidad de control emocional tendrán menos estrés y presentarán actitudes más positivas y cercanas en sus relaciones afectivas con los enfermos.

Tous (2008) señala que la personalidad se basa en la percepción y expresión emocional. Aspectos tales como la *autoeficacia* y *competencia* son algunas dimensiones perceptivas e individuales que inciden directamente en el contexto emocional del trabajador, incluyéndose los profesionales de la salud. El sentimiento de autoeficacia es

esencial en el ámbito laboral, puesto que es un constructo relativo a la creencia de las personas sobre su propia capacidad para manipular operativamente diferentes estresores que intervienen habitualmente en la vida (Pérez, Bermúdez y Sanjuán, 2000), siendo además una variable individual íntimamente relacionada con la motivación. Un sujeto que se perciba como autoeficaz ante las tareas, tendrá un mayor rendimiento ante las mismas. El personal sanitario que se perciba como autoeficaz presentará mayores niveles de motivación y su grado de satisfacción consigo mismo será superior. Esto laboralmente repercutirá en un mayor positivismo ante el desempeño de sus quehaceres y sus relaciones con los pacientes serán más favorables.

Otro constructo íntimamente relacionado con el bienestar físico y psicológico es la *competencia percibida* (Wallston, 1989; 1992; 1997; citado por Rueda, Pérez-García y Bermúdez-Moreno, 2003). La competencia percibida se refiere a la creencia del sujeto sobre su capacidad de interacción con el ambiente, relacionando autoeficacia con motivación intrínseca. Rueda *et al.* (2003) analizaron la relación entre la competencia percibida de Wallston (1992), el afrontamiento, y cómo interviene en las emociones de personas sanas. Los resultados confirmaron que sentirse competente es una gran estrategia psicológica, ya que disminuye los efectos negativos del estrés y es un factor muy eficaz para enfrentarse a las adversidades. Si lo comentado en líneas superiores lo aplicamos al ámbito sanitario (que es el que nos concierne), establecemos que los sanitarios que se perciben como competentes tendrán niveles más bajos de estrés, debido a que tendrán unas emociones generalmente positivas que potenciarán su motivación en el trabajo y repercutirá favorablemente en su atención al paciente. Cabrales (2010) reflexiona sobre el concepto de competencia en las ciencias de la salud y considera la trascendencia de ser un médico competente e integral, pero culpabiliza de esa deshumanización médica a la metodología de enseñanza empleada (demasiados saberes científicos, contenidos que se anticúan velozmente, etc.). Lo que nos lleva a pensar que quizás otro de los problemas de la inadecuación de la calidad entre el paciente y el sanitario tenga su origen al principio de todo: en sus estudios universitarios.

Otra perspectiva sobre la *competencia percibida* es la que proporcionan Rueda y Pérez (2005) en su estudio sobre los estilos de afrontamiento, la competencia percibida en salud y las valoraciones en relación al enfrentamiento ante un supuesto problema cardiovascular. Las autoras concluyen que las valoraciones específicas, la competencia percibida y el estilo de afrontamiento son esenciales en el modo de hacer frente a una enfermedad. En el

contexto sanitario podría suponer que un sanitario que tenga pavor a padecer una enfermedad se sentirá más incómodo ante enfermos que sufran la dolencia que le aterra y le costará más comunicarse con estos enfermos o sus relaciones serán menos fluidas y cálidas. Relacionado con el citado estudio, encontramos la investigación de Rueda *et al.* (2003) quienes abordaron la salud emocional desde la competencia percibida y concluyeron que la competencia que uno tenga sobre sí mismo, es un trascendental recurso psicológico porque disminuye los efectos negativos del estrés y fomenta la eficiencia en la solución de problemas.

Relacionado con las competencias de los futuros médicos encontramos a autores que buscan alternativas que potencien la motivación de los profesionales sanitarios, permitiendo una mayor implicación en su práctica diaria al promoverse su interés y generarle emociones positivas. Mezquita, Mezquita y Mezquita (2010) señalan la transcendencia de transmitirles a los estudiantes de medicina el uso de las nuevas tecnologías. Este tipo de prácticas favorece que los futuros médicos estén más motivados para su posterior desempeño profesional y que se vayan acercando a las nuevas tecnologías (porque actualmente los médicos desempeñan parte de su labor profesional junto a un ordenador porque toda la información relativa a los pacientes y a sus patologías y diagnósticos debe quedar registrada). Un médico motivado desde su inicio tendrá mayor ímpetu por realizar bien su tarea y por mejorar en el cumplimiento de sus ocupaciones por lo que esas ganas por el buen hacer potenciarán que los profesionales tengan mayor entusiasmo por enriquecer su práctica diaria y por conocer estrategias que potencien y faciliten las relaciones con los enfermos.

Hay que buscar los medios para potenciar que los sanitarios mejoren sus niveles de emotividad positiva y reduzcan sus emociones negativas, porque esto fomentará la adecuada comunicación con los pacientes y mejorará la calidad asistencial. Párraga (2007) considera que, debido a la gran presión laboral de los sanitarios, son extremadamente sensibles a cuadros de "burnout" o emocionales (como la ansiedad, la depresión, etc.). Para afrontar este problema se deben establecer medidas que ayuden a identificar el personal en riesgo.

Las emociones en el contexto sanitario no sólo afectan a los profesionales de la salud, sino que otra visión muy trascendental es la que aportan los pacientes (es por esto que son también objeto de estudio de nuestra investigación); por este motivo, hemos creído conveniente incluir literatura que muestre cómo las patologías que padecen los enfermos

están íntimamente relacionadas con las emociones en el contexto sanitario, puesto que los enfermos en función a su patología o a cómo les afecten sus dolencias, sentirán distintas emociones que incidirán directamente en sus relaciones e interacciones con los sanitarios.

Cruzado (2012) aborda el malestar emocional de los pacientes de cáncer y sus familiares, concluyendo que requieren de una atención específica a nivel psicosocial derivada, entre otros motivos, de sus alteraciones emocionales. Por todo ello, se hace necesaria la atención psicológica por parte de expertos hacia el enfermo y a sus seres queridos a través de métodos de "detección temprana" ("screening") del malestar psicológico. Esto, se relaciona con la falta de recursos que en ocasiones demandan los médicos y las posibles soluciones que desde el ámbito clínico se buscan para satisfacer la mayor demanda posible en el menor tiempo y así poder atender al mayor número de enfermos para que su calidad atencional y su proximidad con los sanitarios sea la mejor posible.

Macías (2006) analiza cómo emociones como la ansiedad, la ira y la tristeza-depresión afectan a la enfermedad de Parkinson, concluyendo que los enfermos de Parkinson presentan mayores niveles de ansiedad, ira y tristeza-depresión que los que no la padecen. Al presentar mayores índices emotivos, pueden ser pacientes más conflictivos (aquellos con más ansiedad o ira) u objeto de preocupación del facultativo por temor a que la mayor sensibilidad derive en cuadros añadidos de depresión. Ambos aspectos incidirán en cómo enfoque la comunicación el profesional sanitario.

Chicharro, Pérez y Sanjuán (2012) llevan más allá el tema y lo enfocan hacia la drogodependencia, partiendo de la premisa de que la respuesta emocional de los pacientes drogodependientes es distinta a la de los no consumidores. Como la respuesta emocional de estos pacientes es distinta (pudiendo incluso resultar más agresiva ante determinados estados del toxicómano), los sanitarios deben marcar pautas relacionales y comunicativas diferentes a las que establezca con los no consumidores y considerar el mantenimiento de una mayor cautela preventiva ante estos pacientes.

García y Martín (1994) y Ochoa, Herrera, Lemos, Arango y Rogers (2010) relacionan las emociones de ira y hostilidad con las alteraciones del corazón. Los primeros analizaron las emociones de ira y hostilidad como elementos determinantes para sufrir alguna alteración coronaria. Entre los grupos evaluados se encontraban pacientes con trastornos de corazón, pilotos de aviones en formación, profesores y un último grupo compuesto por

sanitarios de urgencias y personal de una inmobiliaria constructora. En su estudio los autores evidenciaron que, pese a que sus resultados no eran concluyentes, que los enfermos coronarios puntuaban más alto en todos los componentes de ira y hostilidad global que aquellos que no padecían ninguna alteración. Los segundos analizaron un grupo de sujetos con cuadros de cardiopatía isquémica y a un grupo de control y los resultados en este estudio sí confirmaron que los enfermos de cardiopatía presentan mayores índices de ira por su mayor sensibilidad ante las críticas, pero suelen tender a anular la exteriorización de esta emoción. Estos autores además consideran necesario implantar programas destinados al control de la ira.

Consideramos que estos estudios que relacionan emociones con patologías deben ser tenidos en cuenta por los profesionales de la salud, puesto que los enfermos que padecen determinadas patologías (graves o crónicas) suelen tener una manera distinta de sentir y vivir; y, por tanto, una forma diferente de exteriorizar sus emociones. Todas estas variables incidirán directamente en sus expresiones y comunicaciones con los demás y pueden afectar a la relación que se establezca con el sanitario, por lo que éste debe ser consciente de la situación.

Algunas soluciones al respecto propuestas por investigadores suelen estar relacionadas con la implantación de planes y programas. Tal es el caso del trabajo realizado por Miguel-Tobal, Cano, Casado y Escalona (1994), quienes proponen la implantación de un programa cognitivo-conductual en hipertensos atendiendo especialmente a las variables emocionales (con sesiones informativas, de relajación y respiración, etc.). Los resultados de la implementación de este tipo de programas han demostrado mejoras en los constructos psicológicos tratados, a la vez que se ha contribuido a la disminución de niveles en la tensión arterial.

Méndez y Beléndez (1994), señalan que el estrés emocional puede afectar al control de la diabetes, planteando la necesidad de poner en marcha estrategias de intervención para paliar tales alteraciones (relajación, habilidades sociales…) y enseñar a los enfermos de diabetes técnicas que faciliten afrontar el estrés emocional.

Otras líneas de investigación abiertas son las relativas a los trastornos de la conducta alimentaria sobre la que trabajan Quiles y Terol (2008), quienes analizan las estrategias de afrontamiento de las pacientes con trastornos alimentarios y cómo se vinculan a otras variables psicológicas y sociales, teniendo en cuenta sus repercusiones en la salud. Las

autoras concluyen que las pacientes con mayor incapacidad de adaptación psicosocial emplean preferiblemente conductas de evitación y las centradas en los aspectos emocionales, más que en la problemática, presentan mayor adaptación.

Estos estudios comentados en líneas superiores, que relacionan emociones y enfermedades, nos interesan especialmente, puesto que las relaciones humanas son muy complejas y pueden sufrir cambios inesperados; por ejemplo, tras el diagnóstico de una enfermedad. Puede ocurrir que un paciente que antes tenía una relación cordial con su médico, a raíz del diagnóstico de una determinada patología, cambie radicalmente su trato con el sanitario y tema acudir a la consulta médica o muestre sentimientos de ira o enfado con el facultativo o pierda toda la confianza que tenía depositada en su médico por no habérsela diagnosticado antes… En cualquier caso estos cambios pueden afectar a las relaciones comunicativas entre el paciente y el sanitario y provocar tensiones o malestares relacionales en el contexto sanitario, por lo que creemos que deberían ser tenidos en cuenta.

2.4. Las emociones y la atención al paciente.

Las emociones son parte de nuestra vida. Ya hemos comentado que nos *acompañan* y vienen con nosotros siempre; si hemos tenido un mal día o pensamos que vamos a tenerlo, nuestro estado anímico repercutirá en nuestras relaciones personales, ya sean laborales o familiares. Es por esto que el ámbito sanitario no es ajeno a la dimensión emocional; este contexto está lleno de trabajadores que se "emocionan" positiva o negativamente y cuyas emociones afectan directamente en sus relaciones y comunicaciones con sus compañeros y pacientes. Los servicios sanitarios son asistidos por personas que son profesionales de la sanidad pero, como hemos comentado, no están aislados del plano emocional y esto afecta directamente en su relación con los pacientes usuarios del sistema. Anuarbe (2012) señala que numerosas reclamaciones realizadas por los pacientes están basadas en la inapropiada relación con el sanitario. Asimismo, defiende que el personal de enfermería debe reciclarse continuamente y adquirir estrategias que potencien el adecuado desempeño de su ocupación, entre las que sería conveniente incluir formación basada en herramientas centradas en la mejora de la relación de ayuda con el paciente; a la vez, que se adquieran estrategias ligadas a la inteligencia emocional como garantía de éxito, ya que permiten reconocer al enfermo de una forma integral y avalar una apropiada calidad asistencial.

Lenise y Schmidt (2004) defienden que los retos de la enfermería deben partir desde una *perspectiva globalizadora*, teniendo en cuenta las repercusiones de esta profesión sobre la salud individual y colectiva. La enfermería tiene un compromiso con la sociedad a través del acercamiento de la salud a todas las personas; asimismo, el cuidado debe ser sinónimo de implicación, de atención, de buen trato, de ayuda mutua, etc. En enfermería, pese a los avances tecnológicos, los profesionales no deben olvidar que el eje principal es prestar ayuda a los demás, por lo que hay que apartar la competitividad y acrecentar la solidaridad.

La comunicación es un elemento base en nuestras relaciones con los demás y, como hemos señalado en líneas superiores, incide directamente en nuestro contexto social y afecta a las relaciones laborales que establezcamos dentro de la sociedad.

Son muchos los esfuerzos que los investigadores llevan a cabo por lograr avanzar y buscar alternativas que solucionen las dolencias que aquejan a los enfermos, tanto físicas como emocionales. En relación a las emociones, Salazar y Sempere (2012) defienden una nueva perspectiva sobre el tratamiento psicopatológico, planteando una propuesta basada en un tratamiento no farmacológico que pretende sanar el malestar emocional de los pacientes convirtiéndolos en sujetos activos de su propia intervención y potenciando que se comprometan con ella. Además, esta alterativa terapéutica (similar a la medicina de familia) pretende recordar y concienciar a los facultativos sobre la trascendencia que, junto al diagnóstico-tratamiento, presenta el sentimiento de apoyo y acompañamiento al enfermo para su recuperación y mejoría.

Sanz y Modolell (2005) en su estudio detallan los elementos sociales, morales, espirituales y psicológicos que afloran durante el desarrollo de la relación terapéutica. Pacientes, seres queridos y profesionales manifiestan diferentes respuestas psicoemocionales que, a veces, son de índole conflictiva y requieren de un tratamiento clínico óptimo. Destacan la trascendencia de prestar atención al aspecto emocional y subrayan los fructíferos resultados de tenerlo en cuenta para todos los que interactúan en el proceso y para el desarrollo más beneficioso de la patología. Además, resaltan la trascendencia de la comunicación como medio terapéutico para resolver los problemas procedentes de las emociones y de los sentimientos, así como se defienden los procedimientos de salud emocional, planteándose posibles remedios a los que no hemos logrado acceder.

Por otra parte, es muy importante que se investigue para mejorar la atención a los pacientes, pero también es esencial que se tengan presente otros factores que inciden directamente sobre ella: como la seguridad de los profesionales sanitarios. En los sanitarios que se sientan emocionalmente más amenazados por los pacientes, las relaciones serán mucho más frías y distantes que las de otros profesionales que se sientan más protegidos. En esta línea se sitúa la *contención verbal*. Seoane, Alava, Blanco y Díaz (2005) señalan que la contención verbal es una medida terapéutica válida en situaciones de pérdida de control, que permite hacer frente a situaciones en los que se produzca una actitud hostil por parte del enfermo. Esta técnica consiste en que el profesional sanitario debe pasar de ser objeto de amenaza a convertirse en un apoyo más inofensivo. Para ello, ante el acontecimiento hostil, se debe calmar al paciente cuanto antes para evitar que se autolesione o lesione a los que se encuentren a su alrededor estableciendo alianzas con él, negociando posibles soluciones, disminuyendo los niveles de hostilidad y agresividad, etc. Para llevarla a cabo las pautas a seguir son: primeramente, informarse sobre el paciente (antecedentes, estado…) para poder controlar al máximo la situación, situarse fuera del espacio personal del paciente y fuera de su lado dominante, procurar que la vía de salida sea accesible (puerta del despacho abierta o semiabierta) tratando de interponer una mesa entre ambos, a la vez que se debe evitar que el paciente bloquee la puerta o salida y, sobre todo, tratar de que las actuaciones no sean en solitario.

Marqués y Barrasa (2011) realizaron un trabajo en el que describen el síndrome Ira-Hostilidad-Agresividad (IHA), tan frecuentes principalmente en las áreas de salud mental y psiquiatría de los hospitales. En él pretendieron demostrar el día a día de las enfermeras, a la vez que se pretende informar a este colectivo para que sepan reconocer prematuramente el síndrome. Asimismo, pretendieron facilitar estrategias para su intervención en base a las recomendaciones del National Institute for Clinical Excellence (NICE) con la finalidad de garantizar, tanto la seguridad de los propios enfermos como la propia seguridad del profesional y la de su entorno. Además, se identificaron los elementos de la respuesta humana: emoción, cognición y actuación, los cuales, a pesar de que generalmente se automatizan, necesitan ser analizados, detallados y ejercitados para que al afrontar el cuidado de estos enfermos los profesionales cuenten con unos niveles de autocontrol adecuados. Las autoras concluyen que se debe intervenir desde el momento en el que se observa cualquier reacción emocional, porque potenciará una mayor eficacia de la contención verbal; asimismo añaden que la actitud del profesional sanitario es esencial para manejar la contención verbal de un modo competente.

Benito, Arranz y Cancio (2011) indican que en ocasiones los sanitarios endurecen sus respuestas emocionales mostrando cierto pasotismo hacia los pacientes. Elementos como la ausencia de tiempo, el agobio de la consecución de objetivos, las necesidades del paciente, inciden en el sanitario debido a una mala gestión de los recursos. Según la gestión que se realice del impacto emocional, éste puede afectar a las emociones positivas y bienestar del sanitario y la calidad de su atención. Para ello, los autores consideran que es básico asumir las emociones a través del conocimiento de conductas, aptitudes y saberes, para poder encaminarlas. Siendo muy positivo que el sanitario se muestre empático y que apoye emocionalmente al paciente.

Existen otros contextos laborales relacionados con el ámbito de la salud que son muy olvidados, pese a que en ellos también desempeñan su labor personal sanitario. Uno de estos casos es el desarrollo del trabajo de las enfermeras en los centros geriátricos, ocupación que suele ser bastante desconocida e incluso menospreciada por la escasez de recursos personales cualificados. La preocupación ante esta problemática lleva a Abades (2013) a plantear una investigación para analizar la percepción que tienen las enfermeras de los centros geriátricos de Barcelona sobre el desempeño de su labor. Los resultados obtenidos señalan que el cuidado en enfermería geriátrica genera emociones muy positivas (de felicidad y afecto) en las profesionales, a la vez que se incrementa una mayor sensibilidad hacia los valores humanos y se potencia el desarrollo personal a pesar de los obstáculos laborales. En definitiva, el estudio concluye que, aunque el cuidado del anciano está menospreciado por la sociedad y por personal de enfermería de otros ámbitos, las enfermeras de los centros geriátricos sienten y perciben que su trabajo es el verdadero cuidado del enfermo.

En la atención al paciente también intervienen otros profesionales sanitarios que suelen ser menos estudiados por los investigadores, pero con una tremenda trascendencia en los procesos curativos por su apoyo y proximidad con el enfermo: los psicólogos. Fernández-Alcántara, García-Caro, Pérez-Marfil y Cruz-Quintana (2013) analizan las experiencias, los obstáculos y los problemas con los que se encuentran estos profesionales al intervenir con estos pacientes. El estudio concluyó la existencia de variedad de casuísticas y de obstáculos en función del instante de la intervención, del paciente, de la familia del paciente, de las emociones del profesional y del carácter de la organización sanitaria. Destacándose la trascendencia de las emociones del psicólogo en la intervención y la necesidad de formarles ante los procesos de final de vida por su carácter tan delicado.

Consideramos que este tipo de estudio debe tenerse en cuenta para mejorar la calidad de la atención al paciente, porque intervenir en los procesos de final de vida hace que sean situaciones extremadamente duras y complicadas por el dolor que conllevan. Por tanto estamos de acuerdo con los autores en que se debe formar a los psicólogos ante estos tratamientos por su complejidad y dificultades.

Como estamos comentando, la salud emocional del profesional de la salud es clave para la intervención en el tratamiento de los pacientes. Rodríguez y Moreno (2011) defienden que el contexto sanitario exige elevadas demandas en la relación paciente-sanitaria, por lo que es esencial que el profesional domine estrategias de regulación emocional para encauzar las emociones hacia las metas establecidas y reconocer la incidencia de estos recursos en el bienestar, salud y relación del sanitario con el paciente. Además, comparan la validez de estas estrategias y en cómo interfieren en las relaciones sanitario-sanitario y sanitario-paciente.

Finalizamos con las aportaciones de Sanz, Casado y Modolell (2004), quiénes afirman que la comunicación paciente-sanitaria es el eje en la intervención terapéutica, así como la trascendencia de una comunicación cálida, empática, de confianza, de ayuda, emocional, centrada en la escucha.

CAPÍTULO 3.

El *bienestar psicológico* o grado de satisfacción en la vida.

3. EL BIENESTAR PSICOLÓGICO O GRADO DE SATISFACCIÓN EN LA VIDA.

3.1. Introducción.

Salud y bienestar son términos muy asociados. Para que una persona tenga un adecuado nivel de bienestar, es imprescindible que goce de buena salud.

En los últimos años observamos cómo va emergiendo la idea de que tener buena salud no es solamente no padecer una dolencia, sino que se vincula estrechamente a los "procesos positivos" de los estados emocionales. Estos "procesos subjetivos" contienen aspectos emocionales y sentimentales positivos, tan bellos y enriquecedores como la felicidad (Triadó y Villar, 2008).

Es necesario que, para que el profesional sanitario pueda llevar a cabo adecuadamente su labor en su puesto de trabajo, su grado de bienestar psicológico sea lo más elevado y positivo posible. Si es feliz, manifestará y transmitirá esa felicidad tanto en su vida personal como en el desempeño de su ocupación. A mayores niveles de estrés, de ansiedad, de tristeza, de apatía, de indiferencia, etc. que presente el personal de la salud, peores serán sus relaciones con los pacientes a consecuencia de esa negatividad derivada del estrés, del "burnout", etc., y por tanto, se verán tremendamente perjudicadas sus interacciones con los enfermos.

El término *bienestar psicológico* es un concepto complejo. Leturia, Yanguas, Arriola y Uriarte (2001) proponen las siguientes dimensiones del mismo: congruencia, felicidad, afecto negativo y afecto positivo.

Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez (2009) analizan la evolución histórica del concepto de salud, asociando el bienestar psicológico al ámbito de la salud y basándose en una visión centrada en la Psicología Positiva. En relación a todo esto, destacamos las distintas conceptualizaciones de *salud* según su cronología:

- La OMS (1948) señala que la salud es un estado general de bienestar físico, psíquico y social, y no únicamente la carencia de enfermedad o minusvalía.
- La Federación Mundial para la Salud Mental (1962) la define como el mejor estado en el que puede estar una persona en base a sus condiciones concretas.

- WHO (Ottawa Charter for Health Promotion) en 1986, conceptualiza la salud complementando la establecida en 1948 por la OMS y señala que la salud es un estado general de bienestar físico, psíquico y social y no únicamente la carencia de enfermedad o minusvalía. La salud es un recurso presente en la vida diaria, no la finalidad de la vida. Es un concepto positivo que insiste en los medios sociopersonales y las aptitudes físicas.
- La conceptualización más actual la aportan Myers, McCollan y Woodhouse (2005) al resaltar que la salud se refiere a la resiliencia mental y psíquica que nos posibilita para disfrutar de la vida y resistir al dolor, la decepción y la tristeza. En una emoción positiva de bienestar y una convicción latente en uno mismo y en la dignidad de uno mismo y de la de las demás personas.

La palabra *bienestar* se compone de las palabras *bien* y *estar*, por lo que lo podríamos definir que es el estado emocional de una persona caracterizado porque está bien.

La Real Academia Española (2001) lo define como "estado de la persona en el que se le hace sensible el buen funcionamiento de su actividad somática y psíquica".

El estudio del bienestar no es un asunto moderno, sino que a lo largo de la historia se han realizado numerosos esfuerzos tanto por entender la concepción y fundamentación del bienestar (McMahon, 2006).

Diener y Suh (2000) manifiestan que para definir qué es el bienestar nos podemos remontar históricamente a épocas pasadas como la Antigua Grecia donde "la buena vida" era una virtud. Aristóteles, para referirse a este estado, lo denomina el "Sumo Bien" y la "Felicidad Suma" y lo considera como la finalidad de la vida humana. También los discípulos de Confuncio determinaban que el ideal de calidad de vida estaba basado en la existencia de una sociedad ordenada en la que cada habitante tenía sus roles y obligaciones perfectamente limitados y los desempeñaba adecuadamente.

El *bienestar psicológico* se asocia a la calidad de vida de las personas y ha sido el centro de muchos estudios al respecto. La conceptualización se ve afectada por aspectos claves para los sujetos como: su salud fisiológica y emocional, sus relaciones con su contexto y con los demás. La calidad de vida se refiere a las necesidades básicas satisfechas: nivel económico, educativo, el tener un hogar.

Ballesteros, Medina y Caycedo (2006) analizan cómo las personas comprenden el concepto de bienestar psicológico y cómo conceptualizan los elementos que favorecen su elaboración. Las conclusiones más destacables de las obtenidas son las que relacionan el bienestar psicológico, haciendo referencia a los estados emocionales y las competencias psicológicas y las condiciones de vida de las personas.

Coronel (2011) señala que la concepción de bienestar psicológico surge en Estados Unidos y se fue concretando debido al crecimiento de las sociedades industriales y por la emergente preocupación por el estilo de vida. El bienestar se asocia a la satisfacción que las personas tienen en su vida; encontramos a personas más satisfechas que otras, lo que ha dado lugar a numerosos estudios sobre esta cuestión. Asimismo, considera que el estar satisfecho con la vida que uno ha construido y afectividad, son aspectos que están unidos. El balance e interpretaciones que la persona hace sobre su vida en relación a acontecimientos, vivencias, experiencias, etc. inciden de forma directa en la satisfacción vital de la persona y por ende, en su bienestar.

Leturia *et al.* (2001) destaca que el bienestar psicológico está íntimamente relacionado con la calidad de vida de las personas. Este factor que inicialmente podemos atribuir a un componente afectivo (relativo a los sentimientos y las emociones), presenta esporádicamente algunos aspectos de índole cognitivo.

El estar satisfecho y a gusto con tu vida es síntoma de un adecuado nivel de bienestar psicológico. El balance o valoración de tipo cognitivo que las personas hacen sobre su propia vida en relación a lo que se pretendía conseguir y lo que definitivamente han conseguido, es la *"satisfacción vital"*. A mayor consecución de nuestros deseos, mejor será nuestra satisfacción personal.

Triadó y Villar (2008) destacan que hay épocas en la vida de las personas en las que las emociones positivas se ven altamente afectadas. Tal es el caso de las personas mayores, quienes por su edad, suelen presentar una mayor tendencia al padecimiento de dolencias. El envejecimiento tiene una serie de características que alteran el bienestar de las personas. Es esencial que, en esta etapa llena de adaptaciones, se mantengan ilusiones y metas que conviertan este momento en otro periodo más de nuestra vida.

El estudio del bienestar no es una preocupación nueva. Tal y como hemos comentado anteriormente, debemos remontarnos a los grandes filósofos griegos para llegar a los orígenes.

Son numerosos los autores que están de acuerdo con la doble perspectiva que plantea Aristóteles en relación al bienestar: *hedonismo* (bienestar subjetivo) y *eudaimonismo* (bienestar psicológico).

1. *Hedonismo vs. Bienestar subjetivo:*

El hedonismo está centrado en la búsqueda de la felicidad y asociado al bienestar subjetivo. En este modelo de bienestar, el sujeto coteja su situación frente al ideal de felicidad. Si nuestro "yo" no se corresponde al idóneo, nuestro bienestar se verá afectado, disminuyendo. En caso contrario, en el que nuestras metas son sobrepasadas muy exitosamente, nuestro bienestar será muy superior.

El hedonismo fue iniciado por los filósofos griegos y seguido por filósofos de la talla de Hobbes, Sade o utilitaristas del s. XVIII.

2. *Eudaimonismo vs. Bienestar psicológico:*

Basada en que *ser feliz* o tener un bienestar ideal está estrechamente relacionado con la consecución de las metas. Se asocia al bienestar psicológico.

Llegados a este punto, es obligado que hagamos referencia a un claro representante del movimiento eudaimónico, Carol Ryff (1989, 1995), quien se preocupa por distinguir el bienestar psicológico del subjetivo y establece que, en el primer caso, se refiere a que la vida tiene sentido siempre y cuando vayamos superando los obstáculos y consiguiendo las metas propuestas; frente al bienestar subjetivo que se vincula más a los sentimientos de paz interior, de tranquilidad, de felicidad y de positivismo.

La autora Ryff y su colega Keyes (1995) proponen un modelo que abarca varias dimensiones del bienestar psicológico. Ambos establecen las siguientes seis áreas:

1. "Autoaceptación" o valoración positiva de uno mismo.
2. "Relaciones positivas con los otros" o sentimientos empáticos y de relaciones íntimas y exitosas con los demás.
3. "Control ambiental" o moldeamiento del entorno para satisfacer las demandas desiderativas y necesidades.
4. "Autonomía" o autovaloración y libertad personal, ajena a toda presión social.
5. "Propósito en la vida" o sentimiento de meta sobre el que el sujeto orienta todos sus esfuerzos.
6. "Crecimiento personal" o sentimiento de crecimiento y desarrollo con una perspectiva abierta al mundo y hacia nuevos horizontes.

Para ejemplificar las teorías relacionadas con el bienestar comentadas, hemos tomado como referencia a Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez (2009). Estos autores detallan las características más relevantes de las perspectivas "hedónica" e "eduaimónica" en la que se observa la evolución de los autores y de las conceptualizaciones de ambos planteamientos. Estas ideas las concretamos de la siguiente manera:

1.- Con respecto al Bienestar hedónico:

- Los mayores representantes son: Epicuro, Hobbes, Sade, Bentham, Bradburn, Tennen, Watson y Kahnerman.
- Conceptualizan el bienestar hedónico como: Placer; Afecto positivo/negativo; Balance afectivo; Emociones positivas; Afecto neto; Satisfacción vital.

2.- Con respecto al Bienestar eduaimónico:

- Los mayores representantes son: Aristóteles, Frankl, Ryff, Deci y Seligman.
- Conceptualizan el bienestar eduaimónico como: Virtudes; Autorrealización; Crecimiento psicológico; Metas y necesidades; Fortalezas psicológicas.

Así mismo, el *sentirse bien* viene determinado por diferentes aspectos que lo favorecen. A continuación señalaremos qué dimensiones abogan por unas condiciones óptimas de bienestar psicológico, en base a todo lo que ya hemos ido comentando anteriormente.

En función a estas aportaciones descritas anteriormente, hemos establecido *qué causas* originan que un sujeto viva a gusto, sea feliz,…en definitiva, tenga una satisfactoria y positiva sensación de bienestar.

1. *Bienestar es tener buena salud.* El sentirse bien a nivel de salud, favorece sentimientos agradables en las personas, los cuales transmiten a los demás con una actitud más positiva ante la vida (Psicología Positiva).
2. *Bienestar y "procesos positivos de los estados emocionales".* El sentirse bien va relacionado estrechamente con elementos positivos a nivel de emoción y sentimiento. El sentirse bien está íntimamente relacionado con la felicidad (Triadó y Villar, 2008).

3. *Bienestar es calidad de vida.* El sentirse bien hasta hace algún tiempo estaba estrechamente relacionado con el aspecto físico y el nivel económico. Actualmente se asocia también a características subjetivas e individuales (Chávez, 2006).
4. *Bienestar como necesidades altamente satisfechas*. El sentirse bien es tener cubiertas las necesidades básicas (trabajo, educación, vivienda) (Coronel, 2011).
5. *Bienestar es consecución de metas propuestas* (Leturia et *al.*, 2001).

Como podemos observar, el bienestar psicológico a simple vista parece no presentar consecuencias negativas; sin embargo, el no cumplimiento de estos elementos relacionados con la felicidad, darán lugar a:

1. Una persona que no goce de buena salud; puede experimentar sentimientos negativos: de tristeza, ansiedad, de fracaso, de dependencia.
2. Una persona que no sienta que lo que él consideraba como felicidad lo está obteniendo en la vida, no tendrá sensación de bienestar psicológico.
3. Una persona cuya idea era tener un buen puesto de trabajo, ganar un sueldo generoso, viajar mucho por todo el mundo… y no lo consigue; según sus expectativas, su bienestar no sería positivo porque no tendría la calidad de vida esperada.
4. El hecho de no tener un trabajo, una vivienda digna u otras necesidades básicas cubiertas, serán contrarios al bienestar por la sensación de fracaso que puede originar en las personas.
5. La no consecución de las metas preestablecidas supondría la existencia de insatisfacción personal, aflorando sentimientos frustrantes en el sujeto (puede sentirse como un perdedor).

Un enfermero que haya querido ser médico, pero no haya podido lograr su sueño; o un médico que tenga buena salud, pero que no haya logrado la especialidad o el sueldo deseado pese a tener una vivienda y una familia maravillosa, son algunos casos de sanitarios que, debido a su malestar psicológico por no haber logrado unos objetivos planteados inicialmente y que por determinadas circunstancias de la vida no los han

podido alcanzar, pueden presentar elevados niveles de malestar y perjudicar al sistema sanitario no manteniendo la calidad atencional y asistencial que requieren los enfermos.

Básicamente, todo lo anterior lo podíamos concretar en la idea de que el *bienestar psicológico* de cada individuo viene determinado por la autopercepción que tenga uno de sí mismo. Siendo la autovaloración, las comparaciones con los demás sujetos y las atribuciones que se hagan en relación a los éxitos y los fracasos (externos o internos) el resultado de su propio bienestar (Worchel, Cooper, Goethals y Olson, 2002).

3.2. El bienestar psicológico en el contexto laboral: el ámbito sanitario.

En el ámbito laboral, es esencial que gocemos de buena salud, independientemente de la ocupación que desarrollemos. Las personas equilibradas a nivel físico y mental son mucho más rentables para las organizaciones. Si todo esto lo llevamos al contexto de la salud y, concretamente, nos centramos en el tema que nos ocupa, destacaremos la importancia del bienestar psicológico en el sanitario para un óptimo rendimiento en su puesto de trabajo.

Amutio, Ayestaran y Smith (2008) analizaron el bienestar psicológico en sanitarios del País Vasco, procedentes de varios hospitales, centros de salud, y clínicas públicas y privadas. Se trataba de conocer las consecuencias a nivel físico, psicológico, socio-familiar y profesional de dichas variables. Los principales resultados del estudio fueron los siguientes:

- La existencia de variables sociodemográficas y laborales como la sobrecarga, la ausencia de reconocimiento y el desarrollo laboral, están significativamente relacionadas con los bajos índices de bienestar.
- Bienestar psicológico y dureza emocional, se relacionan inversamente con el *"Síndrome de Quemarse por el Trabajo"* (SQT).
- Bienestar psicológico y dureza emocional disminuyen el impacto de las consecuencias en las dimensiones: físicas, psicológicas, socio-familiares y profesionales.
- Destacan la necesidad de que las Administraciones sanitarias pongan en marcha programas de intervención en la organización, y tengan en cuenta los recursos humanos disponibles.

Sánchez (2005) analiza cómo la nocturnidad laboral permanente y la rotación de turnos afectan en el bienestar personal, material, laboral y sexual-afectivo, así como en la satisfacción familiar y el rendimiento perceptivo-visual de los trabajadores. En el estudio participaron 197 sujetos entre policías, vigilantes privados, enfermeros, personal de servicios sociales y maestros, pertenecientes a diferentes turnos: diurno, nocturno y rotativo. Las principales conclusiones obtenidas en la investigación apuntan que la rotación de turnos y la nocturnidad laboral permanente redundan negativamente en el bienestar del sujeto y en la conciliación y satisfacción familiar.

La investigación de Yegler *et al.* (2003) centra su atención en el estrés laboral en los enfermeros de urgencias hospitalarias, analizando las repercusiones que los estresores del puesto de trabajo tienen en el bienestar psicológico. En el estudio concluyen que la presión asistencial, la escasez de recursos personales, los aspectos relativos a no poder prestar el apoyo moral apropiado al paciente son dimensiones que determinan el estrés de este colectivo, derivados del carácter organizativo de la tarea. Así mismo, constatan que los sanitarios que presentan una autovaloración negativa de su bienestar psicológico, tienen niveles más elevados de estrés (percepción similar en personal auxiliar y de enfermería). Otro problema asociado y causante de estrés en este colectivo es el derivado de las dificultades comunicativas con sus compañeros médicos.

Las urgencias médicas también son acontecimientos que causan elevados niveles de estrés y conllevan mucha carga emocional para los pacientes o sus seres queridos. Lopera (2008) estudia las situaciones por las que los enfermos requieren servicios de urgencias desde su domicilio. Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que los enfermos, cuando solicitan los servicios de urgencias, es porque se producen acontecimientos de salud que perturban la cotidianeidad y dan lugar a un significado y requieren de una necesidad de ayuda.

Sánchez-Uriz, Gamo, Godoy, Igual y Romero (2006) señalan que en los últimos tiempos se está produciendo un incremento de patologías psicológicas que presentan importantes secuelas en el contexto laboral (más accidentes laborales, mayor absentismo laboral por enfermedades comunes, bajadas de la producción, descenso de la calidad de los servicios y en la calidad de vida de los empleados (derivados de problemas físicos o psíquicos, descenso de la satisfacción, etc.)). Los sanitarios son uno de los colectivos que más presentan estas problemáticas. Coincidimos con estos autores en la idea de que sobre los trabajadores sanitarios existen muchos estudios relativos a "burnout", a estrés, a

"mobbing", etc. pero sin embargo, apenas existen investigaciones que analicen la apreciación del sanitario en relación a su bienestar psicológico. Por este motivo Sánchez-Uriz *et al.* analizan los elementos sociodemográficos y profesionales de riesgo en casos de posibles alteraciones psicológicas, con la finalidad de localizar probables casos de alteraciones psiquiátricas menores en sanitarios. Igualmente, detallan la sintomatología manifiesta (somática, ansiedad e insomnio, depresión y disfunción social) ante los casos con afectaciones psíquicas. Los resultados de la investigación revelan la existencia de malestar psíquico en el 18.2% de los sanitarios, con diferencias significativas que superan el punto de corte en las variables: lugar de trabajo (hospital), sexo (mujeres), edad (entre 36 y 50 años), categoría profesional (auxiliar de enfermería), contrato (fijo), turno (rotatorio) y llevar trabajando (entre 11 y 15 años). El estudio concluye la necesidad de incorporar cuestionarios de carácter psicosocial para la vigilancia de la salud. Esto proporcionará una visión objetiva de patologías que no puedan ser evaluadas de otro modo y se podrá tener un indicador de salud mental que permita desarrollar medidas adecuadas de prevención; así mismo, otorgará un mayor protagonismo a los procesos organizativos y al arte de "cuidar al cuidador", favoreciendo una reducción de la problemática ascendente de distrés psicológico en el personal sanitario.

Creemos necesario recordar la necesidad de que el sanitario goce de un apropiado nivel de bienestar psicológico, porque este hecho repercutirá en sus relaciones con los pacientes. Así, si un profesional de la salud está feliz y su estado anímico general es positivo, se incrementará la probabilidad de que sus relaciones comunicativas con los pacientes sean exitosas; en caso contrario en el que el profesional se perciba infeliz, desmotivado, desganado…sus relaciones con los enfermos se resentirán y no serán tan fructíferas como deberían.

Existen otras investigaciones y más literatura al respecto entre las que podemos encontrar las que se preocupan por los profesionales sanitarios y las que se encargan del bienestar psicológico del paciente.

Entre la literatura más actual que relaciona el contexto laboral sanitario con el bienestar psicológico, podemos destacar las siguientes. Escribà-Agüir, Más, Cárdenas, Burguete y Fernández (2000) analizan en enfermería hospitalaria el impacto de la relación entre estresores laborales y el bienestar psicológico. García, Llor, León y Ruiz (2006) analizan las variables psicológicas de bienestar relacionadas con el mobbing en trabajadores de los ámbitos sanitario y educativo. Los resultados ponen de manifiesto la

existencia de correlaciones significativas entre mobbing y las demás variables bajo estudio: "burnout", satisfacción laboral y bienestar psicológico.

Ashill, Krisjanous y Carruthers (2004) analizan en profesionales sanitarios de hospitales privados de Nueva Zelanda variables que afectan directamente a la calidad asistencial, tales como: los aspectos organizativos que afectan a la atención al paciente y la satisfacción laboral. Los resultados señalan la existencia de relaciones significativas entre las actitudes percibidas por el equipo directivo, las percepciones del clima laboral, el cumplimiento de los servicios de atención al paciente y el rendimiento. Se concluye que los gerentes sanitarios deben llevar a cabo actuaciones en distintos planos sanitarios, para que se logre optimizar los recursos disponibles y se consiga la excelencia sanitaria que merece la atención a los pacientes.

La investigación de Amutio *et al.* (2008), concluye lo siguiente: es necesario el desarrollo de políticas sanitarias que mejoren el bienestar psicológico de los empleados (entre otras variables) de manera que reduzca el absentismo y mejore el rendimiento laboral de los profesionales sanitarios; habría que reducir el exceso y el carácter monótono de la tarea que normalmente desarrolla el sanitario; sería importante favorecer el reconocimiento de méritos, la promoción interna y el reciclaje profesional; habría que potenciar que los sanitarios formen parte de procesos de toma de decisiones; se debería fomentar "la mejora de la gestión y el liderazgo por parte de la Administración (mejorar la supervisión, coordinación y comunicación)"; sería básico que se desarrollase una intervención sobre el sanitario, en el que se les formase en técnicas que redujeran el impacto de la negatividad derivada de su rol laboral, incrementado el sentimiento de bienestar psicológico en el profesional; y se debe tener en cuenta el factor *económico-inversión.* Es decir, que aunque la aplicación de las políticas descritas, conlleva unos costes, se debe contar con el hecho de que al invertir en la calidad de los servicios sanitarios, se mejora la atención y calidad de vida del paciente, por lo que se genera una apuesta de futuro sobre seguro. Si se tomaran en serio los resultados de investigaciones como ésta y se lograsen todas las mejoras señaladas, el bienestar psicológico del sanitario se vería reforzado, mejorando su rendimiento laboral e incrementándose satisfactoriamente la calidad y buena disposición de los recursos sanitarios disponibles hacia el paciente.

Reig-Ferrer, Cabrero-García y Lizán (2009) señalan que los dominios esenciales del estado de salud y la calidad de vida son la función física y la psicológica (bienestar psicológico y salud mental). Hay certeza de que las medidas de la función física y de la función psicológica pueden mejorar el diagnóstico y la identificación de alteraciones, además de mejorar la comunicación entre el personal sanitario y los enfermos, no obstante, no existen evidencias que respalden su utilización sistemática.

Rodríguez, Feldman, Blanco y Díaz (2011) analizaron la relación entre los distintos estilos de humor con algunos indicadores de salud psicológica en fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales de Venezuela. Los resultados concluyeron que los estilos de humor se relacionan directamente con indicadores de salud psicológica, constatando que el sentido del humor es beneficioso para el bienestar y la salud psicológica

Por otra parte, el contexto sanitario como ámbito de trabajo se ve afectado por otro colectivo con el que se relaciona directamente y sin el que la profesión sanitaria carecería de sentido: los pacientes. En relación a los enfermos, también localizamos investigaciones que ahondan en la relación que se establece entre el paciente y el bienestar psicológico. A continuación resaltamos algunas de ellas.

Novoa, Caycedo, Aguillón y Suárez (2008) analizan la calidad de vida y el bienestar psicológico de enfermos oncológicos de Bogotá con diagnóstico de enfermedad avanzada y que en el instante de la evaluación se encontraban en cuidados paliativos. La investigación concluye que el bienestar psicológico y la calidad de vida de los pacientes adultos oncológicos de cuidados paliativos, se encuentra notoriamente afectada. Soler *et al.* (2007) realizaron una investigación para determinar la prevalencia del dolor neuropático en pacientes con una lesión medular, analizar la relación entre las características clínicas, demográficas y psicológicas con la prevalencia del dolor neuropático posteriormente a la lesión medular y a su vez con las distintas tipologías de dolor neuropático, y examinar el valor de la predicción de los elementos más significativos. Los datos obtenidos concluyen que el dolor neuropático surge asiduamente después de la lesión medular y se produce más comúnmente en pacientes cuya lesión se ha producido en edades más avanzadas. El dolor neuropático afecta negativamente en la percepción del bienestar psicológico.

Victoria y González (2007) analizan varios factores determinantes del bienestar psicológico de pacientes con cáncer de mama, tales como la autoconfianza, la estabilidad emocional, la fortaleza, la afectividad positiva y la autoestima. También analizaron el afrontamiento satisfactorio ante situaciones que generen estrés (entre ellas el estrés producida por la patología) y a los cambios en el estilo de vida derivados de la enfermedad. La investigación concluye que debido a la multitud de factores que afectan al bienestar psicológico, una enfermedad aunque sea crónica y limite al paciente (por ejemplo el cáncer de mama), no tiene el por qué de ser sinónimo de infelicidad. Aspectos como el estadio de la patología, el tiempo de sobrevida, los distintos tratamientos aplicados, la personalidad, los recursos individuales y sociales que intervienen en las estrategias de afrontamiento resultantes, son determinantes en la calidad subjetiva de la vida de estas pacientes. Por todo esto, se requiere que entre las medidas de atención sanitaria a las pacientes con cáncer de mama deben sumarse elementos clínicos y psicológicos que fomenten la mejoría del bienestar psicológico

Otros estudios más generales sobre bienestar psicológico ubicados en el contexto de la salud son los de Díaz y Blanco (2005) y Sanjuán (2007). Ambos estudios analizan las relaciones entre varios tipos de bienestar y sus efectos sobre la salud. Ahondando en la relación entre bienestar subjetivo, bienestar psicológico y bienestar social con la salud.

Los diferentes estudios ponen de manifiesto que la salud es el eje principal de la vida de las personas, al que se le debe otorgar el peso social que conlleva. La preocupación por mejorar la calidad de vida de las personas es un hecho que queda demostrado a través de las investigaciones al respecto.

CAPÍTULO 4.

El *estrés* y su relación con el equilibrio emocional de las personas.

4. EL ESTRÉS Y SU RELACIÓN CON EL EQUILIBRIO EMOCIONAL DE LAS PERSONAS.

4.1. Introducción.

En 1983 la revista *Time,* al referirse al estrés, lo catalogó como *"la epidemia de los ochenta"*, considerándolo la patología más preocupante del momento. En los últimos años el estrés se ha puesto de moda pareciendo algo novedoso y actual, cuando la realidad (como comentaremos en el punto dedicado a los *modelos explicativos*) es que esta alteración presenta ya un amplio corpus de estudio (Casuso, 2009).

Señala Ramírez (2008) que el estudio científico del estrés comenzó en 1925 gracias al fisiólogo austriaco Hans Selye, quien observaba las reacciones en cadena que propinaba el organismo, ante hechos o situaciones que necesitaban una repentina adaptación.

Existen numerosas definiciones de estrés, de las más clásicas a las más actuales. Haciendo un breve repaso por algunas de ellas, encontramos las siguientes:

Selye (1936) considera al estrés como la respuesta fisiológica que activa el organismo al hacer frente a una petición externa, donde los cambios originados para satisfacer esos estímulos, dan lugar al *"Síndrome General de Adaptación"* (que denominaría posteriormente como *reacción de estrés*). El "Síndrome General de Adaptación" se refiere a las reacciones del organismo frente a un "estresor". Es una reacción de ataque y fuga con la que el organismo da respuesta de manera global, para superar o neutralizar al "estresor", alterando todos los sistemas que componen la vida del individuo: el neurovegetativo, el endocrino, el inmunológico y los sistemas metabólicos.

La Real Academia de la Lengua en su vigésima segunda edición (2001) conceptualiza el estrés como *"tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicosomáticas o trastornos psicológicos a veces graves"*.

Yanes (2008) lo define como un conjunto de respuestas automáticas que el cuerpo produce de forma natural ante situaciones que estima que son amenazantes y frente a las cuales la reacción más inmediata es situarnos es un estado de alerta. López (2009), en una conceptualización más amplia del estrés, lo considera un estado de tensión emocional que provoca, entre otras alteraciones, trastornos del sueño, síntomas psicosomáticos,

insatisfacción laboral y conflictos en las relaciones humanas. Así mismo, plantea que se puede estudiar a partir de los factores ambientales y el entorno que rodea al individuo, teniendo en cuenta tanto las características psicológicas y los mecanismos de defensa del sujeto como las condiciones biológicas y las respuestas de éste a las situaciones de riesgo. Y Durán (2010) entiende por estrés una respuesta adaptativa (como un "mecanismo de defensa" que conlleva un conjunto de reacciones de adaptación del organismo), mediada por las características acción, de una situación o un evento externo que plantean a la persona especiales demandas físicas y/o psicológicas.

En base a lo comentado, podemos considerar el estrés como un conjunto de respuestas fisiológicas, psicológicas y cognitivas que activan al sujeto, para afrontar los estímulos externos. En los casos más agravados, por su excesiva frecuencia de hiperalerta, puede generar alteraciones psicológicas y somáticas que interfieran en el normal funcionamiento del sujeto en sus quehaceres habituales.

Inicialmente, las situaciones estresantes puntuales no suponen un riesgo para la salud, pero cuando son más frecuentes, crean en el sujeto un *"estado de alerta"* que puede derivar en alteraciones fisiológicas y psicológicas, debidas al agotamiento. También es cierto que, en ocasiones, es necesario que tengamos cierto estrés (que podíamos llamar *estrés positivo*) para activarnos.

El estrés es una dimensión muy importante en nuestra investigación, porque es una afectación que repercute directamente en la comunicación del sanitario con el paciente, puesto que, si la salud psicológica del sanitario no es la adecuada, éste puede llegar a alterarse emocionalmente, influyendo negativamente sobre la calidad de la atención al paciente. El personal sanitario, debido a los elevados niveles de ansiedad que sufre, no estará en condiciones de prestarle todo el apoyo, atención y ayuda al enfermo.

Yanes (2008) considera que los sujetos que padecen estrés presentan las siguientes manifestaciones: *situación de alerta de nuestro cerebro con finalidad defensiva*. Preparando al cuerpo a actuar frente al estímulo causante del estado de ansiedad; *alerta del sistema nervioso*: liberación de hormonas, sentidos hiperdesarrollados, aceleración del pulso y de la respiración, tensión muscular; y el *estrés*, con frecuencia puede surgir pasado un tiempo de la situación estresante.

Atendiendo a la clasificación de Robbins y Decenzo (2002), el estrés se manifiesta mediante tres síntomas básicos: fisiológicos, psicológicos y conductuales. Con respecto a las manifestaciones *fisiológicas*, consideran que los sujetos muestran alteraciones metabólicas, una alta presión arterial, frecuencia cardiorrespiratoria elevada, dolores de cabeza y tienen mayor tendencia a padecer problemas cardiovasculares. En relación a la sintomatología *psicológica*, los individuos se muestran más tensos, ansiosos, apáticos (rinden menos); y a nivel conductual, suelen sufrir alteraciones alimenticias y un incremento del consumo de sustancias tóxicas. Pueden mostrar su estado de nerviosismo hablando demasiado deprisa y con complicaciones para conciliar el sueño.

Mingote (2003) señala que el personal de enfermería sufre en el desempeño de su labor profesional unos elevados niveles de estrés derivados de los múltiples elementos internos y externos que perturban su estado de salud y generan, a veces, trastornos en todas sus dimensiones: físicas, psicológicas y sociales, llegando a provocar patologías. Sin embargo, no todos los miembros de los servicios de enfermería desarrollan alteraciones, debido al apoyo recibido a través de la existencia de recursos que fomentan la adaptación, y les ayudan a superar circunstancias complejas, evitando el desarrollo de procesos de morbilidad y utilizando apropiadamente su salud.

En cuanto a la población susceptible de estrés, podemos decir que en función de las características personales de cada individuo, habrá una mayor o menor predisposición. Robbins y Decenzo (2002) establecen dos categorías, basadas en los rasgos de la personalidad de los individuos: personalidad tipo A y personalidad tipo B. Los sujetos con una *personalidad tipo A* son aquellos con unos niveles elevados de estrés y ansiedad (todo les abruma), todo les resulta urgente, necesitan ser excesivamente competentes y son incapaces de desconectar para disfrutar de su tiempo de ocio. En el extremo opuesto, encontramos a los sujetos con una *personalidad tipo B*, caracterizados por la tendencia a la tranquilidad, relajación, paciencia, pasividad y adaptación. La dicotomía entre los sujetos con una personalidad de Tipo A o Tipo B es una de las descripciones de rasgos básicos de la personalidad más frecuentes. La ira y la hostilidad, asociadas al comportamiento tipo A, están relacionadas con las secuelas negativas del estrés. Asimismo, las personas tipo B presentan la misma disposición a estos agentes generadores de ansiedad. Es esencial que los directivos y coordinadores sean conscientes que los profesionales, que presentan una personalidad de tipo A, tienen una mayor predisposición a expresar sintomatología típica del estrés, aunque existan escasos estresantes personales y laborales.

El estrés puede originarse por elementos estresantes de *naturaleza personal* o de *naturaleza organizativa*. El estrés se asocia en innumerables ocasiones con el contexto laboral, debido a que en él interactúan e inciden numerosos agentes generadores de estrés tales como: las exigencias de la tarea, del desempeño y de las relaciones personales, la estructura organizativa y el liderazgo. Todos estos estresores laborales son confrontados por los sujetos de distinta manera, influidos en gran medida por los rasgos de la personalidad de los individuos y los estilos de afrontamiento. Las características concretas de cada sujeto, así como las de su personalidad, serán las que regularán la intensidad en la que la persona sufra el estrés y el modo de asumirlo (Lazarus, 1984; López, 2009).

López (2009) destaca los siguientes factores como causantes del estrés: *físicos*: como el "ruido"; *bioquímicos*: como las "infecciones"; *psicosociales*: relativos a las conductas adaptativas o para afrontar las situaciones estresantes.

Robbins y Decenzo (2002), desde una perspectiva de las organizaciones, categorizan los causantes del estrés en cinco dimensiones: *las exigencias de la tarea*. Referidas al trabajo que debe realizar el sujeto y las condiciones que le envuelven; *las exigencias de función*. Relacionadas con las presiones del individuo según el rol que desempeñe en su puesto de trabajo; *las exigencias de las relaciones interpersonales*. Relativo al apoyo social que recibe al sujeto por parte de sus compañeros; *la estructura de la organización*. El exceso de normas, la escasez de oportunidades y la no participación del sujeto en las tomas de decisiones, puede generar gran ansiedad en el sujeto; y el *liderazgo en la organización*. Relativo a las actitudes que establecen los jefes con respecto a los empleados, si los jefes crean mucha tensión en los empleados, se pueden generar sentimientos de temor o ansiedad que deriven en estrés.

Ambos autores consideran la trascendencia de ciertos aspectos personales como causantes del estrés, tales como: *los problemas familiares; las dificultades económicas; y los rasgos de la personalidad de los sujetos.*

Los *estresores* son para Menéndez *et al.* (2009) *"un conjunto de situaciones físicas o psicosociales de carácter estimular que se dan en el trabajo y que con frecuencia producen tensión y otros resultados desagradables para la persona"*. Es decir, los estresores son los factores externos que crean en el sujeto la sensación de presión o ansiedad. Estamos de acuerdo con los citados autores en que los estresores más usuales son los derivados del "ambiente físico", de las "demandas del trabajo", de las "relaciones en el trabajo" y del "desarrollo de la carrera profesional".

Las consecuencias del estrés son muy variadas. Pueden ser *primarias* o *secundarias*, *positivas* o *negativas*. Según Llaneza (2009) desde todas las perspectivas se ha demostrado que los sujetos con altos índices de estrés duplican la tasa de riesgo de sufrir dolencias de tipo cardiovascular y señala las siguientes consecuencias del estrés:

1. Los efectos psicológicos presentan las siguientes repercusiones en el individuo: ansiedad, agresión, apatía, aburrimiento, depresión, fatiga, frustración, culpabilidad, vergüenza, irritabilidad y mal humor, melancolía, poca estima, amenaza y tensión, nerviosismo, soledad.
2. Los efectos conductuales tienen las siguientes secuelas en el sujeto: propensión a sufrir accidentes, drogadicción, arranques emocionales, anorexia, bulimia, consumo excesivo de bebidas o cigarrillos, excitabilidad, conducta impulsiva, habla afectada, risa nerviosa, inquietud, temblor.
3. Los efectos cognitivos presentan las siguientes repercusiones en el individuo: incapacidad para tomar decisiones y concentrarse, olvidos frecuentes, hipersensibilidad a la crítica y bloqueo mental.
4. Los efectos fisiológicos tienen las siguientes secuelas en el sujeto: aumento de las catecolaminas y corticoides en sangre y orina, elevación de los niveles sanguíneos de glucosa, incrementos del ritmo cardíaco y de la presión sanguínea, sequedad de boca, reducción de la salivación, hiperventilación, dificultad para respirar, liberación de glucosa, aumento del colesterol y triglicéridos, etc.
5. Los efectos organizacionales presentan las siguientes repercusiones en el individuo: absentismo, relaciones laborales pobres y baja productividad, alto índice de accidentes y de rotación del personal, mal clima laboral, antagonismo e insatisfacción en el trabajo.

Como podemos observar son numerosos los efectos del estrés, pero mucho más numerosas son aún las consecuencias que produce en el individuo, afectando tanto a su vida personal como profesional.

La comunicación entre los profesionales sanitarios estresados y los pacientes no suelen gozar de buena calidad debido a que el contexto laboral es el causante del estrés y los sanitarios que lo padecen pueden mostrarse ansiosos, aburridos, agresivos, tensos, malhumorados, bloqueados mentalmente, muy exaltados, apáticos, insatisfechos, etc. Ante

este inapropiado panorama en el que, al profesional, su estado anímico no le permite estar concentrado en el paciente, sino que, por el contrario, su mayor presión es el hecho de permanecer en ese contexto, la comunicación no será ni clara, ni fluida, ni cálida, ni cercana, sino más bien todo lo contrario. Los sanitarios estresados también presentarán emociones negativas y su malestar psicológico será latente en todas sus comunicaciones con los enfermos.

El estrés, como venimos comentando, es una respuesta adaptativa y defensiva que activa el individuo para satisfacer la demanda impuesta. Cada individuo tiene su propio nivel idóneo de estrés (Durán, 2010). Según el estímulo causante, así será la respuesta fisiológica del sujeto hacia el acontecimiento estresor (Mason, 1975).

4.2. Modelos explicativos.

Para conocer ampliamente los distintos modelos explicativos del estrés, tomaremos como referencia a Casuso (2009).

1. Finales del siglo XVII (Raíces físicas del "estrés")

Robert Hooke (1635-1703) en su teoría sobre el estrés establece una analogía con su ámbito (ingeniería). Planteando la *"ley de la elasticidad"* (en la que aporta el concepto de *"carga"*) basada en que cuando se hace presión sobre una estructura, ésta se *"estira"* y modifica su forma. Esta modificación es la consecuencia de la relación que se crea entre la *"carga"* (presión) y el estrés.

2. S. XIX (Era de la *"sobrecarga"* social y del inicio *terapéutico*)

George Beard (1839-1883) al referirse al estrés, distingue una patología frecuente en sus pacientes causada por una *"sobrecarga"*, denominándolo *"neurastenia"*. La *"neurastenia"* aparecía en los casos más graves, surgiendo como consecuencia de las nuevas demandas sociales de las nuevas sociedades urbanas. Beard asociaba numerosas patologías fisiológicas y psicológicas (elevada ansiedad, excesivo cansancio, agobio, fobias e incapacidad para conciliar el sueño, problemas atencionales, dolor de cabeza, alteraciones digestivas, impotencia...) a la patología. Aplicaba en el tratamiento la electroterapia.

George Cheyne (1671-1743) en su postulado sobre el estrés, asocia la alteración a una situación social emergente, pero únicamente la vincula a los niveles socioculturales altos.

Kugelmann (1992) en relación al estrés, considera que desde 1880, durante 40 años, se consideró a la neurastenia como una patología causada por una sobrecarga del sistema nervioso. También se le conoció como: "debilidad de los nervios", "agotamiento nervioso", "fatiga patológica" o "irritabilidad mórbida".

Clifford Allbutt (1836-1925) para referirse al estrés, manifestó en Contemporary Review que el sistema nervioso es de gran vitalidad y no se agota por el esfuerzo. Considera que los sujetos más débiles, enmascaran la realidad en estas dolencias. Por otra parte, señala que las consecuencias para la salud, no son tan devastadoras, ni siquiera para los individuos con afectaciones coronarias. Este postulado, se relaciona con otros más modernos que mantienen la existencia de una única tipología de estrés negativo.

Silas Weir Mitchell (1829–1914) fue el creador de la conocidísima terapia denominada *"cura de descanso"* o *"rest cure"*, y padre de la práctica psicológica en el ámbito médico. Para sanar al paciente con estrés, señala en 1877, hay que cambiarlo de contexto, se le debe sacar de su entorno asiduo y aislarlo para que descanse en una cama. El paciente debe llevar una dieta cuidada, practicar ejercicio físico, redactar su autobiografía y recibir masajes.

William James (1842-1910) en base al estrés señala que fomenta la capacidad adaptativa del ser humano, y determina que la fatiga es señal de un "fallo" en la apropiada adaptación a la vida moderna.

3. S. XX (Los inicios de la "medicina psicosomática", el *Padre del estrés* y otros modelos)

Walter Cannon (1932) fue posiblemente el primer científico moderno que adjudicó el término de estrés. Señalaba que toda persona necesita un equilibrio interior (al que denominó *"homeostasis"*) y cuando sufre una modificación importante en su vida, se produce un reajuste mediante los sistemas endocrino y vegetativo. Sus fructíferas investigaciones, dieron a conocer que cuando un organismo se somete prolongadamente a un estresor, puede afectar negativamente sobre su salud. Estos postulados, se confirmaron con estudios sobre los sistemas endocrino e inmunológico. Añade que el estrés se produce cuando agentes ambientales afectan al normal funcionamiento fisiológico. Cuando determinados acontecimientos provocan en una persona: afectación emocional, agotamiento o deterioro físico. La situación se denominaría *"estresor"*.

Pese a las críticas de Weinman (1987), Cannon ha tenido una gran presencia en la psicopatología de los últimos veinte años, porque su *estrés situacional*, permite tener como

punto de referencia algunos hechos universales estresantes y observar las diferentes reacciones de los sujetos ante distintos ambientes.

Weinman (1987) critica el postulado de Cannon sobre el estrés, considerando que desde esa perspectiva, todas las situaciones que rodean nuestra vida diaria, deberían controlarse para tratar al sujeto, lo cual es básicamente, imposible.

Hans Selye (1907-1982), es considerado por muchos como el *"padre del concepto moderno de estrés"* por los hallazgos con respecto a la patología. Selye, tomando como base los estudios de Cannon, en 1936, observó que sus pacientes padecían alteraciones fisiológicas independientemente de la dolencia que presentasen. Desde este descubrimiento, elaboró una conceptualización de estrés basada en la respuesta emitida por los sujetos ante acontecimientos estresantes. También establece que los factores desencadenantes del estrés suelen atentar contra la homeostasis del sujeto. Define el estrés como una respuesta que da el organismo ante una petición externa. Inicialmente, aseguraba que el estrés era simbiótico al estímulo, de manera que el organismo, trataría de defenderse y protegerse para adaptarse, no distinguiendo entre las respuestas del sujeto agradables o desagradables.

La manifestación del estrés, para el autor, era una estereotipia en la que se producía una activación fisiológica del eje hipofisosuprarrenal y del Sistema Nervioso Autónomo. Proceso que denominó "*Síndrome General de Adaptación*" (SGA), que constaba de tres fases:

1. *Fase de alarma.* El organismo del sujeto percibe un elemento que puede provocarle estrés. En ese mismo instante, el organismo se activa provocando determinados síntomas físicos y psicológicos, que le permitirán enfrentarse al acontecimiento amenazante.
2. *Fase de resistencia.* Este segundo momento se caracteriza porque como el período anterior no puede extenderse demasiado en el tiempo, por lo que el organismo del sujeto, se rinde y se adapta a la nueva situación de estrés. En esta etapa, se extingue la sintomatología manifestada en la primera fase.
3. *Fase de agotamiento.* Si no se produce la adaptación y el estresor se prolonga en el tiempo, se entra en este período, en el que se rompe el proceso adaptativo y la sintomatología adquiere un carácter crónico e irreversible, que en los casos más graves puede ser mortal.

Otra figura relevante es Bruce McEwen (1999) fue neuroendocrino que consideró el estrés como *"carga alostática"* (cogiendo el concepto de *"alostasis"* de Sterling and Eyer (1988)). Este autor establece que el estrés forma parte de la vida del individuo y que los estresores temporales, además de proteger al sujeto, lo fortalecen frente a los obstáculos. Cuando los estresores se prolongan demasiado en el tiempo y se hacen crónicos, no permiten la recuperación del sujeto, la *"carga alostática"*, se desagastará (*wear and tear*) y no será posible la *"conexión"* y *"desconexión"* ante los estímulos. Incapacitando incluso al organismo de su protección inmunológica.

Harold G. Wolff (1940 y 1950) establece el estrés como un proceso dinámico en la que se produce una interacción organismo-estresor, que culmina en un proceso de adaptación a las peticiones impuestas.

Richard Stanley Lazarus (1922-2002) teoriza sobre el factor de la interacción en el estrés. Considera al estrés como la consecuencia de las relaciones que establece el individuo con su ambiente, por lo que se tienen más en cuenta los aspectos psicológicos que interceden entre los estresores y las respuestas de estrés.

Su definición de estrés es una de las más seguidas *"(...) relación entre la persona y el ambiente, el cual es cognitivamente evaluado como significativo y que excede a sus recursos (...)"*. Aunque en un primer momento establece la evaluación como exclusiva del estrés psicológico, la mejoró, vinculándola con las emociones concretas de cada sujeto. En base a las aportaciones de este autor, se reafirma que tanto la interpretación que hace el sujeto como la distorsión sobre el estresor, son elementos básicos para el proceso de adaptación al estrés.

Sheldon Cohen (1997) ha estudiado durante más de dos décadas la relación salud-estrés, estableciendo un planteamiento teórico, que incluye las tres visiones más influyentes del estrés hasta nuestros días; y considera que, para que se produzca el estrés, se debe producir el proceso en su conjunto: las vivencias debidas a la influencia ambiental, factores estresantes o acontecimientos vitales; la autopercepción de estar estresado; la activación del organismo…

Segerstrom y Miller (2004), en las tres últimas décadas han realizado más de 300 investigaciones que abordan el estrés y sus efectos sobre el sistema inmunológico. Estos estudios concluyen que el sistema inmunológico puede transformar muchos aspectos a través de retos psicológicos. La psiconeuroinmunología (ciencia que aborda las asociaciones entre el organismo, la salud mental y sus repercusiones sanitarias) actualmente indaga sobre las vinculaciones entre el humor y el sistema inmunológico y las

consecuencias que el plano psicológico tiene en las defensas del organismo y sobre la salud del individuo.

Ambos autores sostienen que, para comprender la relación estresor-sistema inmune, se debe hacer una distinción entre el sistema inmunológico innato del adquirido. El adecuado funcionamiento inmunológico disminuye significativamente el riesgo de padecer una enfermedad, así como el grado de afectación. Por contra, las alteraciones de este sistema, suelen causar enfermedades e incluso la muerte antes de tiempo. Las citoquinas (proteínas encargadas de la comunicación intercelular, separadas por células inmunes básicas para la inmunidad normalizada del organismo), presentan una importante línea investigadora que ayuda a dar a conocer los vínculos existentes entre: estrés, modificación inmunológica y patología.

Esta amplia evolución cronológica nos permite comprobar cómo se desarrolla la interpretación del estrés desde sus inicios, en los que se considera el estrés como una *"carga",* hasta llegar a las investigaciones actuales que buscan conocer las relaciones que el estrés puede tener en los cambios inmunológicos a través de indagaciones sobre células y proteínas.

Esta multitud de autores y modelos nos permite tener una amplia visión acerca del estrés y señalar los elementos más importantes de esta alteración. Veamos para concluir los siguientes aspectos esenciales en relación al estrés: la existencia de una respuesta fisiológica y/o activación del organismo del individuo; el estado de *alerta;* la interpretación del estrés como *algo pesado, una "carga";* la existencia de varios tipos de estrés; la influencia ambiental y las relaciones que establece el sujeto con su contexto; el intento del organismo de defenderse y protegerse de los *ataques* o estresores; las consecuencias destructivas para el individuo que tiene la prolongación excesiva de la situación de estrés; la situación de interacción entre el estrés y el sujeto; la trascendencia del estrés como alteración y su repercusión en la salud psicológica y fisiológica del individuo. Esta importancia queda demostrada por los numerosos investigadores que se han preocupado por estudiar las repercusiones para la vida personal y laboral derivadas de esta afectación.

Partiendo de las investigaciones anteriores, podemos destacar algunos de los aspectos que caracterizan al personal sanitario con estrés. Las relaciones laborales y personales se resienten por la ansiedad excesiva con la que viven el día a día y transmiten a todos los que comparten el espacio físico con ellos. La ansiedad y el elevado estado de alerta provocan que siempre estén a la defensiva y con excesivo agotamiento físico y mental, lo que les

impide desempeñar adecuadamente sus tareas asistenciales. Los intercambios comunicativos con los pacientes son muy breves, indiferentes, fríos, superficiales, poco empáticos, distantes, etc. Sienten una gran "carga" sobre ellos. La situación de estrés prolongada perjudica la calidad de la atención al paciente. El personal sanitario, cada vez más agotado, entrará en una espiral de malestar que afectará en su esfera personal, social y familiar.

4.3. El estrés laboral en el ámbito sanitario.

El estrés laboral es un tema que preocupa a la comunidad científica, tal y como revelan investigaciones al respecto, debido a las repercusiones que tiene para la población en general. Un sanitario con una buena salud mental, satisfará de buen agrado las demandas de los usuarios, sin embargo, el sanitario estresado no podrá ser tan riguroso con sus pacientes, porque su estado de ansiedad no se lo permitirá.

Tal y como indican Martínez, Rosat, Martínez, Martínez y Queipo (2008), el estrés afecta negativamente a los países industriales, y más concretamente, al absentismo laboral. El estrés laboral es un asunto que afecta a toda la Unión Europea y según afirman, en las investigaciones actuales se deduce que un 25% de los europeos sufren este tipo de estrés.

La investigación realizada en Valladolid por Martínez *et al.* (2008) trata de identificar el absentismo laboral en el ámbito sanitario como indicador del estrés sufrido por los profesionales. Los resultados ponen de manifiesto que, las bajas de mayor duración, se deben a problemas de salud mental (82.63%), siendo uno de los agentes con mayores índices de absentismo laboral. Estos datos señalan que el desempeño laboral en el ámbito sanitario supone una gran carga psicológica añadida, que en ocasiones puede provocar trastornos psicológicos como el estrés o el "burnout".

Otro factor que provoca elevados niveles de estrés son las agresiones hacia los sanitarios (Martínez, 2011a). Gascón *et al.* (2008) establecen que las agresiones hacia el personal sanitario crecen cada día, hasta tal punto de convertirse en una inquietud gubernamental en infinidad de países. En España los servicios con mayor índice de agresiones físicas son los servicios de urgencias, junto a cirugía y psiquiatría.

Otro aspecto influyente en los sanitarios que repercute en la calidad atencional de los servicios prestados, es la calidad de vida. Cuanto mejor recompensados se sientan por el desempeño de su ocupación (por ejemplo, económicamente), gozarán de un mejor nivel de vida y tendrán menor tendencia a padecer estrés. Fernández-López, Fernández-Fidalgo, Martín-Payo y Rödel (2007) analizaron en personal sanitario del servicio de atención primaria la relación entre calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y el estrés laboral (entre otros aspectos). Los resultados concluyen la existencia de una relación inversa entre las dimensiones de calidad de vida y las de estrés laboral; es decir, a mayor calidad de vida, menor estrés laboral (y viceversa). Otro estudio similar al anterior es el de Marín-Sánchez e Infante-Rejano (2000), quienes analizaron el desbordamiento del estrés en personal sanitario y su incidencia sobre su calidad de vida. Cuanto mayor sea la calidad de vida y menor estrés padezcan, la atención los pacientes se verá beneficiada. En cambio, cuando la calidad de vida es percibida como negativa, existirá una mayor probabilidad de padecer estrés, afectándose la calidad del servicio.

Los niveles de estrés son variados en función de la unidad en la que se trabaje. Herrero *et al.* (2012) analizaron el nivel de ansiedad de los trabajadores y la influencia de variables sociodemográficas en los profesionales de una unidad de cuidados intensivos neonatales de Madrid. El estudio concluyó que para la mayoría de los sanitarios las situaciones cotidianas en las que se ven envueltos no les generan cargas de ansiedad significativas. La mitad de estos profesionales mostraron unos niveles inferiores a la media de la población. Asimismo, los profesionales se percibían como competentes y cualificados para afrontar sus tareas y manifestaron un elevado nivel de interés y de atención en la labor que desempeñan.

Roldán y Guardia (2007) analizan el estrés de los profesionales sanitarios en el contexto de Urgencias. El personal de este servicio presenta unos niveles muy elevados de estrés por las exigencias que conlleva la premura y rapidez del servicio de urgencias derivadas de circunstancias, tales como: la gran cantidad de llamadas telefónicas que pueden recibir pidiendo auxilio en poco espacio de tiempo; las características extremadamente urgentes de determinadas situaciones graves como accidentes (de tráfico, aéreos…), incendios, inundaciones, etc.; la variedad de pacientes y casuísticas diferentes que requieran del servicio y vayan a la consulta de urgencias; la rapidez con la que debe actuar el servicio de ambulancias para socorrer a los enfermos en su domicilio; etc.

Escribà-Agüir y Burguete-Ramos (2005) investigan los estresores laborales de las enfermeras de sectores de trasplantes y sus fuentes de recompensa en el trabajo. Los resultados concluyeron que los principales estresores eran los relacionados con la sobrecarga en el trabajo, la presión de tiempo, el contacto con la muerte y sufrimiento, la falta de apoyo por parte de los compañeros y otros profesionales sanitarios, los problemas de interrelación con los pacientes y sus familiares. Con respecto a la fuente de recompensa laboral, destacan las muestras de agradecimiento de los pacientes y familiares, y los servicios y cuidados prestados.

En cuanto a los estudios que se centran en el estrés de los pacientes, podemos destacar la investigación de Cano, Rodríguez y Antuña (2005). Estos autores valoraron el nivel de estrés de pacientes con dolor crónico de varios centros de salud públicos sevillanos. Se analizaron las características sensoriales del dolor (intensidad, duración, frecuencia…), así como las variables intervinientes en los cuadros de estrés que suponen las crisis o episodios dolorosos (como el lenguaje interno, las conductas de dolor, el afrontamiento, las expectativas de control, etc.). Los resultados concluyeron que todos los perfiles eran congruentes con la literatura científica al respecto. Se evidenció una relación entre los distintos perfiles de estrés y el modo de afrontamiento de los pacientes con dolor crónico.

Martínez (2011b) considera que la atención al paciente, por parte del sanitario, generalmente provoca elevados niveles de estrés derivados de las experiencias cotidianas. Algunas de las causas pueden derivarse de la patología de los pacientes con los que trabaje. Sobre todo, si sufren patologías muy graves; las relaciones directas con los familiares del paciente; la sobrecarga de trabajo; los posibles conflictos con otros compañeros. Así mismo, la carga emocional es mucho mayor si se trabaja en la UCI, lugar donde el nivel de estrés y esfuerzo tanto físico como psicológico es más elevado. Igualmente, otras situaciones estresantes pueden ser: el ingreso de un paciente que está sufriendo algún ataque psicomotriz, los familiares agresivos que entran donde no deben y a la fuerza, la transmisión de malas noticias a los familiares, las quejas de los usuarios, etc. (Martínez, 2011a).

Burijovich y Pautassi (2005) señalan las siguientes fuentes de estrés en el ámbito sanitario:

- La cantidad y calidad de los contactos con los usuarios: la atención al paciente (a mayor dedicación, mayor riesgos de cansancio emocional); las actitudes (agresivas, negativas…) y emociones (tristeza, temor, ansiedad) de los usuarios; la gravedad de la dolencia del paciente; las dificultades comunicativas con los usuarios.

- La "frustración relativa": disonancia entre las metas propuestas y las logradas; sentimientos como la frustración y el fracaso, así como la desilusión del sanitario.

- La culpabilización: cuando la relación paciente-sanitaria no es la apropiada por distintos aspectos como: no seguir las indicaciones del facultativo, insatisfacción del paciente o del sanitario, se tiende a culpabilizar. El sanitario considera al paciente como el "culpable" de esa mala relación entre ambos y se muestra distante y enfadado con él. En ocasiones, el sanitario se evalúa a sí mismo y cuestiona a nivel general (profesional y personal) sus aptitudes, pudiendo llegar a tener consecuencias como: disminuir su autoconcepto, sufrir alteraciones emocionales, reducir sus habilidades de trabajo en equipo, por culpabilizarse a sí mismo de la mala relación que establece con sus pacientes.

La mayor parte de las investigaciones centradas en el estrés ocasionado como consecuencia de la relación paciente-sanitaria, señalan como elementos estresantes, los siguientes: las exigencias de tener una gran especialización; la escasez de recursos humanos; los horarios obligatorios; la ausencia de reconocimiento remunerado.

Así mismo, los sanitarios pueden padecer un estrés añadido, al tener dificultades para conciliar la vida personal y familiar con la profesional.

El estudio realizado por Pérez, Martín, Gallego, Correa y Pérez (2003) pone de manifiesto que los enfermeros que trabajan en los equipos de trasplantes están sometidos a grandes presiones que se traducen en elevados niveles de estrés. Entre los resultados más relevantes, destaca que el mayor estresor es el "contacto con el dolor y la muerte"; los más depresivos y/o ansiosos son los que más se exaltan ante situaciones de "contacto con el

dolor y la muerte"; se evidencia una correlación positiva entre el estrés laboral y la sintomatología depresiva y/o ansiosa.

Otras investigaciones al respecto analizan otros colectivos profesionales también vinculados al sanitario, como los cuidadores formales de ancianos. Torres (2008) analiza los aspectos psicológicos en los cuidadores formales de ancianos centrados en la carga y el afrontamiento del estrés, destacando la naturaleza de los factores que desencadenan, median y son consecuencia del estrés. Concluye que la carga emocional presenta índices más elevados en cuidadores formales con peor estado de salud general y en los que usan estrategias de afrontamiento pasivas y centradas en las emociones (como la evitación, los distractores situacionales, el humor y el abandono de los esfuerzos de afrontamiento). No obstante, se obtienen índices más bajos de carga emocional en los cuidadores formales que presentan una mayor satisfacción vital y más apoyo social. A su vez, se revelan relaciones de la carga emocional, por un lado positivas con la salud general, y por otro lado, se relacionan negativamente con la salud autopercibida, el apoyo social y el optimismo.

CAPÍTULO 5.

El síndrome de *"burnout"* o de "desgaste profesional" en el trabajo.

5. EL SÍNDROME DE "BURNOUT" O DE "DESGASTE PROFESIONAL" EN EL TRABAJO.

5.1. Introducción.

El "burnout", también conocido como *síndrome de estar quemado*, es una patología cuyo impulsor y pionero en el término fue Herbert Freudenberger en el año 1974. El síndrome de "burnout" es una alteración que cuando afecta al personal del ámbito sanitario genera un desinterés por parte del profesional de la salud hacia el desempeño de las tareas propias de su ocupación. El sanitario *quemado* ha perdido paulatinamente la ilusión y el idealismo con el que se embarcó inicialmente en el contexto de la salud y ha llegado al punto de estar tan exageradamente apático y desmotivado en su labor profesional que, en ocasiones, intenta hasta ausentarse lo máximo posible de su trabajo para no tener que *soportar* nada que se asemeje a su entorno laboral. Estos aspectos negativos pueden hacer mella en las relaciones comunicativas que el sanitario "quemado" establezca con sus pacientes, ocasionando unas relaciones nada sanas y muy distantes con ellos. Por estos motivos, hemos estimado esencial analizar esta dimensión en nuestro estudio.

A continuación pasamos a conceptualizar algunos de los postulados esenciales sobre el "burnout" (Cáceres, 2006).

Freudenberger (1974). Es el autor que describió por primera vez el "burnout" y lo conceptualizó como el *"estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo"*. Los sujetos más inmersos en su trabajo y los que desempeñan labores más relacionadas con ámbitos sociales están más predispuestos a sufrir "burnout", porque sienten psicológicamente la necesidad (en ocasiones desbordante) de ayudar a los demás, a la vez que externamente le exigen esa ayuda. También las personas que desempeñan un trabajo demasiado monótono tienen tendencia a sufrir el síndrome.

El "burnout" se exterioriza mediante signos de carácter "físicos" (como el agotamiento y la fatiga, las cefaleas, las alteraciones gastrointestinales, el insomnio o la dificultad respiratoria) y de carácter "conductuales" (como la frustración, la irritabilidad, la paranoia con tintes prepotentes); todo esto puede desencadenar en adiciones a medicinas, como los tranquilizantes o los barbitúricos. Para el autor, los aquejados de "burnout"

tienen un carácter duro, testarudo e inflexible con los que no se puede reflexionar, obstaculizando su avance o mejoría porque ésta supondría una nueva etapa de adaptación y su organismo, debido a su cansancio y agotamiento, ya no le permite asumir nuevas adaptaciones. Suelen parecer decaídos y sus alteraciones son detectadas por su núcleo familiar. Como medidas de prevención del "burnout" Freudenberger (1974) destaca: los programas de entrenamiento, la alternancia en las tareas, acotar el tiempo de trabajo, el fomento del trabajo en equipo y del apoyo al sujeto que padezca el síndrome.

En 1976, Maslach realiza un estudio en 200 trabajadores de los servicios sociales (abogados, psicólogos, médicos, enfermeras, psiquiatras, etc.) sobre el "burnout" y concluye que la manera con la que estos profesionales afrontan su estrés laboral diario es estableciendo con los usuarios unas relaciones frías y distantes, perjudiciales tanto para el profesional como para el usuario del servicio. Según esta autora, entre otras repercusiones negativas del síndrome destacan: las bajas laborales en el trabajador, las relaciones con el alcoholismo, las enfermedades psíquicas, las disputas familiares y el suicidio. Además según este estudio, la incidencia es mayor en trabajadores que desarrollan su labor directamente con los usuarios y menor en personal administrativo.

Para Edelwich y Brodsky (1980), el "burnout" hace referencia a la disminución paulatina del interés del trabajador asistencial por el desempeño de su tarea como consecuencia de las condiciones laborales. Lo definen como *"una pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones de trabajo"*.

Así mismo, distinguen cuatro etapas del "burnout":

1ª. Etapa de idealismo y entusiasmo. El sujeto se encuentra muy motivado en su puesto de trabajo y se plantea metas muy altas. Se implica excesivamente en su trabajo y se recarga voluntariamente. Se sobrevalora su rendimiento, por lo que no establece unos límites, pero esta situación empieza a afectarle a nivel personal. Con unas expectativas tan elevadas (suyas y de su entorno laboral), que al infringirlas, el sujeto se decepciona consigo mismo y pasa a la siguiente fase o <u>etapa de estancamiento.</u>

2ª. Etapa de estancamiento. Ante la comprobación de sus metas tan elevadas, el sujeto pierde la motivación inicial y disminuye su rendimiento. Además, se da cuenta de que necesita cambios vitales, sobre todo en el plano laboral.

3ª. Etapa de apatía. El sujeto se siente fracasado, estanca sus tareas y se muestra

apático e indiferente. Este momento medio es el inicio de alteraciones emocionales, conductuales y físicas; asimismo intenta alejarse del ámbito laboral, mostrándose esquivo con los compañeros, se ausenta del trabajo (o incluso llega a abandonarlo) y en algunos casos el sujeto incluso llega a cambiar de ocupación.

4ª. Etapa de distanciamiento. El individuo, que permanece en el puesto de trabajo, se siente totalmente fracasado y vacío. Se aleja a nivel emocional y se minusvalora laboralmente. Dedica mucho menos tiempo a su ocupación que en la fase de inicio del síndrome. Su apasionamiento ocupacional previo se transforma en esquivar retos y usuarios, ya que considera que, aunque su trabajo es contraproducente, se siente recompensado por otros aspectos como el salario.

Para Pines, Aronson y Kafry (1981) el síndrome se debe a un cansancio a nivel físico y psicológico, producido porque el sujeto ha estado expuesto a acontecimientos emocionales perjudiciales largas temporadas, lo que supone la reiteración de la imposición afectiva.

A partir de los trabajos de Maslach y Jackson (1981), el "burnout" adquiere mayor relevancia. Ambas concretaron la base del síndrome en sus tres dimensiones:

- El *agotamiento emocional y físico:* surge el cansancio en el individuo, quien se siente a su vez carente de motivación, fracasado y tenso por no ser capaz de tener una mayor resistencia.
- La *despersonalización o deshumanización*: el sujeto trata a las personas relacionadas con su ámbito laboral como meros objetos. Se muestra inconmovible, insolente, sin emociones, critica exageradamente todo lo que le rodea y a quienes le rodean.
- La *disminución de la realización personal*: el individuo se autoevalúa negativamente, se siente infeliz, descontento con su trabajo, incompetente y como un fracasado tanto a nivel laboral como socialmente.

Así mismo, Maslach y Jackson elaboran un instrumento de medida del "burnout": Maslach Burnout Inventory (MBI). Destacamos este instrumento por su importancia en nuestra investigación.

Posteriormente, Maslach y su equipo señalaron que el "burnout" era la respuesta psicológica de un sujeto ante situaciones de estrés laboral crónico.

En 1998, Vega y Pérez se refieren al "burnout" como *"síndrome de desgaste profesional"*. Esta conceptualización está muy extendida en investigaciones sobre el síndrome en España.

Para Mingote y Pérez (1999), el *"síndrome de desgaste profesional"* es el resultado de la frustración adaptativa de un individuo, que ha consumido y agotado todos sus medios psíquicos para desempeñar su labor con otros sujetos. Esto provoca una descompensación entre los estresores crónicos y la escasez de aptitudes para enfrentarse a la demanda. Los elementos que caracterizan este síndrome son: irritabilidad emocional, trastornos de la conducta (*"despersonalización"*, se vuelven esquivos, provocan absentismo laboral, desarrollan adicciones), manifestaciones físicas del estrés (agotamiento o malestar). Además, el síndrome se acompaña de un proceso de inadaptación laboral, de una incapacidad de autorrealización, de una disminución del rendimiento laboral y una ausencia de motivación e interés.

Por su parte, Gil-Monte y Peiró (1999) establecen unos modelos psicosociales sobre el "burnout". Para ellos, el "burnout" también es una respuesta ante un estresor laboral, como resultado de una autoevaluación negativa del sujeto a su incapacidad a hacer frente a la demanda. Provocando en el individuo una disminución de su rendimiento laboral a la vez que se siente rendido (muy cansado). La despersonalización que establecen es una táctica que emplean los trabajadores crónicos ante su autopercepción de ineficacia laboral y agotamiento. Esta propuesta añade la influencia cognitiva-emocional como modo de intercesión entre el estrés, derivado de la ocupación, y la respuesta conductual que establece el sujeto.

Para Ferrer (2002) el "burnout" es una respuesta inapropiada al estrés laboral crónico, debido a la ausencia de habilidades de control y de afrontamiento a la tarea impuesta, lo que provoca una aptitud negativa hacia sus compañeros y usuarios, y hacia su papel laboral, que se acompaña de un agotamiento desmedido. Esta alteración suele producirse en trabajos en los que se presta un servicio y se produce entre los tres primeros años de profesión, además suele generarse por aspectos cualitativos y, en menor medida, como derivado del exceso de trabajo, pese a la existencia de una elevada motivación por la tarea. Distingue tres etapas:

1ª Fase o Fase Inicial: Caracterizada por la existencia de un agotamiento general desmesurado.

2ª Fase: Caracterizada por el retraimiento y la ausencia de participación a nivel laboral y en su contexto.

3ª Fase: Período en el que la autoestima personal y laboral se debilita, a la vez que

se aparecen trastornos psicológicos como la ansiedad o la depresión.

En 2003, González establece que el síndrome de "burnout" o de *"desgaste profesional"* es una alteración debida a dificultades adaptativas originadas por una situación de estrés crónico en quien lo padece, alejándole al afectado de su capacidad de reflexión y orden. Y Cebriá (2003) señala que el "burnout" es el resultado del padecimiento de un *"distrés crónico"* laboral. Establece que está compuesto de varios factores interrelacionados: "personales, organizacionales y socioculturales" que se ven afectados por otros elementos como la no potencia, el agotamiento generalizado, la hipocresía, la sumisión y la despersonalización.

Robles (2004), asocia el "burnout" a un estado general del sujeto caracterizado por la debilidad física, la decadencia psicológica, el agotamiento, el desvalimiento, el sentimiento de vacío, la pérdida de la autoestima, el sentimiento de inferioridad e incapacidad y por presentar una conducta desfavorable en relación a la ocupación laboral, la propia existencia y al entorno social. Y Tizón (2004), cuestiona la existencia del "burnout", porque para él es una psicopatología que sufren los trabajadores (su sintomatología se puede relacionar a la depresión, a la ansiedad extrema, a los trastornos de adaptación y de la personalidad) por lo que, añade, quizás lo que se pretenda sea buscar una terminología específica con la que enmascarar estos trastornos psicopatológicos en los trabajadores asistenciales.

De todas estas conceptualizaciones podemos resaltar los siguientes elementos básicos, que nos pueden ayudar a tener una idea generalizada y a clarificar qué es el síndrome de "burnout":

- Unanimidad en las repercusiones negativas que el síndrome tiene tanto para la vida personal como laboral del que lo padece.
- Causado por un "estrés crónico".
- Agotamiento y saturación laboral y generalizada del sujeto.
- Producido en ocupaciones asistenciales.
- Alteraciones psicosomáticas en el individuo.
- Inflexibilidad y rigidez comportamental.
- Incapacidad adaptativa.
- Distanciamiento social.
- Absentismo laboral.
- Relacionado con adicciones.
- Pérdida de entusiasmo e interés por las metas y expectativas iniciales e idealizadas ante la no consecución de las mismas.

- Afloramiento de sentimientos negativos muy perjudiciales para la salud emocional del sujeto (fracaso, autoestima baja, indiferencia, incompetencia, sumisión, vacío).
- Originado en los tres primeros años del desempeño de la ocupación laboral.
- Conductas muy ariscas, descaradas y atrevidas con los demás.
- En España, también denominado en el campo de la investigación como *"síndrome de desgaste profesional"*.

Aunque en la conceptualización, ya hemos hablado de la sintomatología que presentan los individuos que padecen "burnout", vamos a detallarla brevemente a continuación (Bosqued, 2008):

- *Síntomas físicos*: cansancio crónico, estado de vigilia, rigidez muscular, trastornos alimentarios y gastrointestinales, molestias, tensión sanguínea excesivamente elevada y alteraciones sexuales.
- *Síntomas emocionales*: Ira, enfado, actitud negativa, sensación de vacío y de sobreesfuerzo laboral, pérdida del sentido del humor, escasa motivación laboral, alejamiento del entorno social, sentimiento de culpabilidad y desesperanza.
- *Síntomas cognitivos*: Incapacidad atencional y memorística, indiferencia, valoración laboral negativa, ausencia de motivación y ensoñaciones con dejar el puesto de trabajo. En ocasiones, tienen pensamientos suicidas.

Como venimos comentando, los tres ejes esenciales del "burnout" son: cansancio o agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal (García-Carmona y Robles-Ortega, 2011).

En base a las aportaciones de García-Carmona y Robles-Ortega en su estudio realizado en 2011, destacamos que: los sujetos que desempeñan su labor profesional en ámbitos con exceso de trabajo, sin funciones claramente delimitadas o imprecisas, tienen mayor predisposición a sufrir "burnout"; que están relacionados los aspectos laborales y la personalidad del sujeto. Es decir, aunque los factores laborales son básicos para que se produzca el "burnout", para la perspectiva transaccional, la personalidad del sujeto es esencial para que se desarrolle o no el síndrome, y es en este punto donde ambas autoras pretenden hacer hincapié en *"la personalidad resistente y el sentido de coherencia"*.

En base a lo anterior, se constituyen los siguientes modelos de sujetos según los rasgos de su personalidad:

1. La personalidad resistente. Hace referencia a determinados rasgos de la personalidad que presentan algunos individuos que afrontan el estrés de una forma activa, preservándose de los aspectos negativos. Se basa en tres elementos principales:

- Implicación o compromiso: el sujeto suele implicarse activamente en sus experiencias vitales, favoreciendo el reconocimiento de sus metas.
- Reto: Aptitud que hace que el sujeto divise los cambios de forma positiva, como una ocasión para ser más competente y no como una amenaza.
- Control: Creencia del individuo de que se puede actuar en el transcurso de los hechos.

Los sujetos con una elevada personalidad resistente presentan una mejor salud, por lo que se dan menos de baja laboral y son más resistentes al estrés laboral.

2. Sentido de la coherencia. Relativo a los rasgos de la personalidad de los sujetos que presentan cierta predisposición para enfrentarse al mundo al percibirlo como significativo, fácil y manipulable. Se compone de tres aspectos:

- Comprensibilidad: preferencia por recibir todo muy organizado, lógico y predicho.
- Manejabilidad: autopercepción del sujeto sobre sus aptitudes para enfrentarse a las peticiones externas.
- Significatividad: recepción de las demandas externas como si de retos que requiriesen sacrificio y entrega, se tratasen.

Tal y como señalan García-Carmona y Robles-Ortega (2011), un alto sentido de coherencia se ha asociado negativamente con la percepción de estrés laboral, cansancio emocional y "burnout" y positivamente con bienestar físico y psicológico. En su estudio, realizado sobre profesionales sanitarios de la Unidad de Cuidados Intensivos, estas autoras han pretendido establecer si ambos rasgos de la personalidad descritos modulan la relación entre los antecedentes organizacionales y el síndrome de "burnout", concluyendo que:

- Los sanitarios con índices más elevados de "burnout" tienen mayores niveles organizacionales que provocan el "burnout". Además, presentan índices inferiores de personalidad resistente, e índices inferiores de *comprensibilidad.*
- Las dimensiones organizacionales se acentúan sobre el síndrome ante elevados índices de personalidad resistente y comprensibilidad.

- Estos rasgos de la personalidad pueden cambiar las percepciones sobre los estresores y convertirlas en menos desafiantes, es decir, los sujetos *"más "resistentes" tendrían percepciones más positivas ante los estímulos estresantes"*.

En cuanto a los factores que desencadenan el "burnout", Gil-Monte (2006) destaca los siguientes:

- *Factores en el ambiente externo del sujeto*. Pueden ser de dos tipologías:
  - Elementos del *ambiente físico* en el que se incluyen elementos como: el ruido, la climatología, los riesgos de las condiciones laborales, etc.
  - Elementos del *ambiente social* en el que se incluyen los fallecimientos de personas cercanas y/o familiares, las separaciones y/o divorcios, los enfrentamientos con otras personas, los despidos laborales, los cambios bruscos en el estilo de vida, etc.
- *Factores en el ambiente interno del sujeto*. Son los relacionados con: ciertas formas de pensar, determinadas ideas, el padecimiento de algún dolor físico, el hambre, etc.

Para que estos aspectos sean considerados estresores, el sujeto debe percibirlos como tales; es decir, el individuo debe asimilar que estas causas tienen consecuencias negativas para él en caso de que no sufran una adaptación. En definitiva, no es tan importante el estresor si el sujeto no lo interpreta como peligroso o incontrolable.

Fernández (2010) mantiene que el "burnout" es un asunto de salud laboral, pero que también existen otros factores que se ven perjudicados como las empresas y el conjunto de la sociedad. Además, comparte los elementos desencadenantes con el estrés, pues el "burnout" haría referencia a un estrés agravado o *crónico*. Por lo que, sus consecuencias son más severas para el sujeto y su ocupación.

Siguiendo a Fernández (2010), diferenciamos entre las consecuencias para el trabajador y para la empresa.

1. *Consecuencias para el trabajador.*

El síndrome busca la defensa del sujeto trabajador frente a las fuentes de estrés, que son los usuarios y la empresa. Las secuelas que padecen los empleados *"quemados"* son las siguientes:

- Deterioro cognitivo. Caracterizado porque emerge la frustración y el desencanto profesional.
- Deterioro afectivo. Se produce en el sujeto un "desgaste emocional" que en ocasiones aparece asociada a la "culpa".
- Deterioro actitudinal. El empleado se muestra con una actitud cínica, indiferente (pasota) ante los usuarios y la propia empresa.

Todo lo anterior puede provocar que el sujeto se culpe y se reproche su actitud o que justifique su actitud sin perjudicarse a sí mismo, pero afectando considerablemente a la calidad de los trabajos prestados. Las consecuencias de tipo emocional se relacionan con *"la sintomatología ansioso-depresiva"*, con gran tendencia a la autoculpabilización, una gran hostilidad y un negativismo generalizado. Clínicamente, el síndrome *asentado* es motivo de incapacidad laboral.

La sintomatología que presenta a groso modo es: trastornos psicosomáticos, trastornos de la conducta, trastornos emocionales, trastornos de la actitud y trastornos sociales y de relaciones interpersonales. Además, de todas estas alteraciones, se producen una serie de impactos que inciden directamente sobre el empleado *"quemado":*

- El trabajador *"quemado"* es menos empático.
- Manifiesta incapacitación para satisfacer las demandas de los usuarios, ya que, le agobian y le desbordan.
- Recrudecimiento progresivo del síndrome por el agotamiento de la repetición del proceso.
- El empequeñecimiento y cansancio ante las continuas demandas, perjudica negativamente a su persona y a su núcleo familiar.
- Sus frustraciones son debidas a unas metas excesivamente altas.
- Desencanto del *trabajo ideal,* se pierde el entusiasmo ocupacional por ayudar a los demás como consecuencia de las condiciones laborales.
- *"Síndrome de agotamiento"* como resultado de los intentos fallidos por contraatacar las demandas laborales adversas.

2. Consecuencias para la empresa.

Resulta tremendamente perjudicada la comunicación con los compañeros por su indiferencia y pasotismo. Además, se reduce la aptitud laboral, el compromiso, el rendimiento y la calidad de los productos. A la vez que se incrementa el absentismo laboral,

la ausencia de motivación, los abandonos, la desesperanza ante la ocupación, el descontento de los usuarios y la incomunicación.

Todo esto genera unos "costes directos" (la cobertura sanitaria, el pago de sueldos durante la baja, indemnizaciones…) e "indirectos" (las pérdidas de tiempo, las multas, las secuelas empresariales (como la reducción de la cartera de clientes, el perjuicio corporativo, etc.), los accidentes laborales…) añadidos en la empresa.

Como hemos podido observar, el "burnout" conlleva unos nefastos costes, tanto para el que lo padece como para su entorno, ya sea laboral o personal, dañando todo lo que encuentra a su paso.

El *síndrome* tiene unas repercusiones relevantes para la vida en su conjunto de quien lo padece y, como hemos señalado en líneas superiores, así como para la organización en la que desempeña su labor profesional. En el ámbito sanitario los sanitarios con el síndrome suponen pérdidas muy importantes al conjunto de la sociedad, porque este personal *quemado,* además de ausentarse mucho de su trabajo, no rinde cuando asiste (y trata mal a los pacientes). Esto provoca una disminución de la calidad atencional hacia el paciente y perjudica todo lo que conlleva: afecta a la comunicación de los enfermos con cualquier miembro de la entidad sanitaria y se genera un sentimiento de pérdida de confianza en los profesionales que desempeñan allí su labor. Por estas consecuencias tan negativas para la calidad de asistencial, consideramos oportuno el establecimiento de medidas de detección precoz del estrés y del "burnout" (pues para algunos este síndrome es la cronicidad del anterior) en todos los ámbitos sanitarios (centros de salud y hospitales) desde las gerencias y administraciones, que permitan diagnosticar y tomar medidas ante estos casos en el menor tiempo posible para que sus repercusiones sean mínimas para la calidad de la atención al paciente. Con todo esto creemos que se evitaría que la atención sanitaria no disminuyese su nivel de compromiso y de garantías con el resto de la sociedad.

Así mismo, existen varios modelos que pretenden explicar el síndrome de "burnout", lo que ha dado lugar al surgimiento de varias perspectivas o modelos teóricos al respecto. Para explicar los modelos nos basaremos en las aportaciones de Gil-Monte y Peiró (1999). Estos autores distinguen tres agrupaciones de los modelos psicosociales:

1.- Modelos derivados de la teoría sociocognitiva del yo.

Estas perspectivas se fundamentan en las aportaciones de Bandura para explicar las causas del *"burnout"*. Fundamentalmente, están centradas en que los aspectos cognitivos del sujeto inciden en sus percepciones y se modifican por las consecuencias de sus actos en los

demás; y por el hacinamiento de los efectos en los demás y en cómo la convicción del sujeto sobre sus aptitudes marcará el interés por la consecución de sus metas y sus logros o fracasos, lo que provocará respuestas emocionales en el sujeto, que se asociarán al acto.

Entre estos modelos encontramos: el modelo de competencia social de Harrison (1983), el modelo de Cherniss (1993), el de Pines (1993) (en estos tres modelos la autoeficacia percibida es la variable relevante para el desarrollo del síndrome) y el de autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993) (en este modelo es la autoconfianza profesional y su influencia sobre la realización personal en el trabajo la variable que determina el desarrollo del síndrome).

2.- Modelos elaborados desde las teorías del intercambio social.

Estos modelos se centran en la teoría de la equidad (modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli, 1993) y en la teoría de la conservación de recursos (modelo de Hobfoll y Fredy, 1993).

Estos modelos defienden que las causas del "burnout" se deben al sentimiento de no enriquecimiento del sujeto al compararse cuando establece relaciones sociales. Si continuamente los individuos sienten que dan más de lo que reciben, pese a su dedicación y esfuerzo, si no solucionan satisfactoriamente estos sentimientos, desarrollarán el *"síndrome"*.

3.- Modelos elaborados desde la teoría organizacional.

Son los antecesores de los modelos centrados en las alteraciones derivadas de las condiciones laborales: no limitación de los roles y otras carencias importantes en el trabajo como el clima laboral, la organización…

Estos modelos consideran la influencia de los estresores en el ámbito laboral y en las técnicas de defensa para evitar el síndrome. Para estas perspectivas, el "burnout" es la consecuencia del estrés laboral. Los modelos aquí incluidos son: el de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983) centrado en las alteraciones de roles y el exceso o carencia del mismo; el de Cox, Kuk y Leiter (1993) en el que se fomenta la salud en la empresa y el de Winnubst (1993) que defiende el clima y la cultura del contexto laboral.

Gil-Monte y Peiró (1999) y su equipo, tras sus investigaciones (1992, 1993, 1995, 1996, 1997a, 1997b, 1998), concluyen en la importancia de la intervención desde una "perspectiva macroanalítica" y desde una "perspectiva microanalítica".

a) Desde una "perspectiva macroanalítica".

Establecen que la cultura y el clima laboral o de la organización son esenciales para el esclarecimiento de elementos trascendentales del "burnout". En base a las aportaciones de Winnubst (1993), especifican el valor de las relaciones sociales en el puesto de trabajo, siendo una vía de *contagio* de actitudes laborales. Además, consideran la importancia de no aislar el síndrome y de observar así cómo se contagia el síndrome entre los profesionales. También añaden la importancia de investigar el *"clima emocional"* en base a las aportaciones de De Rivera (1992).

b) Desde una "perspectiva microanalítica".

Centran su atención en la investigación de variables relacionadas con las alteraciones de roles y los procesos sociales que se establecen: trabajador-usuario y trabajador-organización.

Para intervenir, además, consideran primordial tomar medidas "competencia profesional percibida" para combatir el síndrome.

5.2. El síndrome de "burnout" en el ámbito sanitario.

El "burnout" afecta también en el ámbito sanitario. En base a las aportaciones de Edelwich y Brodsky (1980) y Tizón (2004) es una de las ocupaciones asistenciales donde mayores índices del síndrome se producen. Es habitual que una persona, que anímicamente se encuentra mal y ya no disfruta en su puesto de trabajo, no tenga las mismas "ganas" para desempeñar su labor, que una persona que acaba de empezar, que no está *"quemada"* o que simplemente, pese a su larga trayectoria, las características de su personalidad fomenten el afrontamiento del síndrome y siga apasionándole su trabajo pese a las *amenazas externas* que puedan surgir (García-Carmona y Robles-Ortega, 2011).

La preocupación por la frecuencia del *"burnout"* en el contexto sanitario se hace patente con investigaciones que ahondan sobre el *síndrome* en este ámbito. Segura *et al.* (2006) realizaron un estudio con la finalidad de determinar si existían diferencias significativas entre los médicos de atención primaria que presentaron niveles altos y bajos de "burnout". Los resultados evidenciaron diferencias significativas entre los dos grupos en variables tales como: altruismo, confidencialidad y abnegación. A su vez, se constató una correlación directa entre las variables inmediatez y cansancio emocional.

Albaladejo *et al.* (2004) se centran en analizar la prevalencia del síndrome de "burnout" y de sus tres componentes (*cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal*) entre el personal del servicio de enfermería del Hospital Clínico Universitario San Carlos de Madrid, y cómo este factor se relacionaba con determinados aspectos sociodemográficos, laborales e institucionales. Los resultados obtenidos constataron que el perfil del individuo que presenta "burnout" se corresponde con un profesional con experiencia laboral, pero que expresa un escaso nivel de reconocimiento a su tarea asistencial y un elevado nivel de insatisfacción con la gestión de su contexto de trabajo.

El "burnout" por sus negativas repercusiones laborales es un tema que causa gran expectación entre los investigadores. Párraga (2005) analiza, entre otros aspectos, las relaciones entre el "burnout" con las disfunciones emocionales producidas en el personal sanitario no facultativo; así mismo, elabora un programa de intervención denominado I.R.I.S. (programa que trabaja cinco áreas de entrenamiento psicológico: estrategias de prevención y control de estrés, estrategias para la mejora de la comunicación y para el desarrollo de actitudes de autoayuda, estrategias para el aprendizaje y aplicación de recursos cognitivos, estrategias de desarrollo y entrenamiento de técnicas instrumentales y adaptativas, y estrategias de entrenamiento en habilidades sociales) y comprueban su eficacia. Los resultados concluyen que el programa I.R.I.S. resulta eficaz para disminuir los niveles del síndrome y para conseguir que los profesionales controlen mejor sus niveles de estrés en el contexto laboral, puesto que permite disminuir la intensidad de las respuestas de estrés, así como los niveles de ansiedad y depresión, además de generar una mejora en sus actitudes psicológicas. Otra investigación al respecto es la de Cáceres (2006), quien analizó la prevalencia del "burnout" y de sus tres dimensiones (*cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal*) en personal sanitario militar; concretamente en médicos y enfermeros destinados en unidades, centros y organismos de la Comunidad de Madrid. Los resultados obtenidos manifestaron que el 59% de los sanitarios militares presentaba niveles elevados de "burnout" y el 23% niveles medios del síndrome. Asimismo, se identificaron niveles altos de cansancio emocional en un 39% de los profesionales y de despersonalización y falta de realización personal en un 35%, respectivamente.

Bernaldo de Quirós y Labrador (2007) señalan que los profesionales sanitarios son uno de los colectivos que presentan índices más elevados de estrés laboral y secuelas negativas. La Agencia Europea para la Salud manifiesta que un 28% de los sanitarios sufre

estrés laboral, siendo una causa elemental en el 50% de las bajas laborales. Según los citados autores, llegado el año 2007 no se habían realizado investigaciones sobre estrés y "burnout" en personal de urgencias sanitarias extrahospitalarias, pese a ser un colectivo sujeto a estresores que aumentan las posibilidades de padecer estrés laboral y "burnout", debido a aspectos tales como: los turnos rotatorios, los horarios nocturnos y los fines de semana, junto a sensaciones de minusvaloración de su labor, a la presión asistencial, a la escasa probabilidad de adivinar o de graduar las demandas asistenciales, a las dificultades de relación con el paciente y familiares, a las situaciones de urgencia y emergencia, etc. Por todas estas problemáticas descritas y por la ausencia de investigaciones al respecto, estos autores analizan el estrés laboral y el "burnout" presente en este personal. Los resultados más significativos que obtuvieron, fueron los siguientes: los médicos presentaban niveles más altos de *estrés laboral*; los médicos presentaban niveles más altos de *cansancio emocional*, mientras que los niveles de esta variable en enfermeras y celadores eran muy bajos; los médicos también puntuaban más alto en *despersonalización*, mientras que los otros dos colectivos, presentaban niveles intermedios; la *realización personal* en todas las categorías profesionales presenta puntuaciones medias. Estos autores abogan por la necesidad de investigar sobre los ejes esenciales del estrés y conocer el por qué de estos elevados niveles de "burnout", para poder establecer recursos preventivos.

Otra investigación que evalúa el síndrome de "burnout" en el ámbito sanitario, pero en este caso se relaciona con otra dimensión psicológica representada por el bienestar psicológico, es la de Amutio *et al.* (2008) quienes analizaron los niveles de "desgaste profesional" y de bienestar psicológico en el trabajo, en una muestra de profesionales sanitarios del País Vasco, así como sus repercusiones físicas, psicológicas, socio-familiares y profesionales. Complementariamente, se midieron otras variables mediadoras como la dureza emocional y el afrontamiento. Los datos obtenidos constataron que la permanencia del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) en la muestra evaluada de personal sanitario no es alta, el porcentaje de profesionales que manifiestan cansancio emocional alcanza niveles considerables, sobre todo en los médicos. Este colectivo se muestra muy vulnerable a sufrir el síndrome.

Otros estudios actuales que ahondan en el síndrome de "burnout" y la asocian a otras dimensiones psicológicas (como el bienestar psicológico) son los siguientes:

De la Fuente y Fernández (2010) también se centran en un servicio concreto, en este caso, el de urgencias de atención primaria. En el que analizaron los niveles de Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) y de bienestar psicológico en personal sanitario del País Vasco. Los niveles generales del "burnout" y del bienestar presentaron niveles medios. El 28.8% de la muestra presentaba niveles altos de cansancio emocional, y únicamente el 8% presentaba niveles altos de bienestar psicológico. También se puso de manifiesto la existencia de una serie de variables sociodemográficas y laborales (sobrecarga, falta de reconocimiento y desarrollo profesional, entre otras) que se relacionan significativamente con altos niveles del síndrome y con bajos niveles de bienestar. El bienestar psicológico y la dureza emocional se relacionan inversamente con el SQT. A su vez, el SQT pronostica significativamente una serie de consecuencias negativas a distintos niveles: físico, psicológico, social y familiar, y profesional. Además, el bienestar psicológico y, sobre todo la dureza emocional, palian las repercusiones de las consecuencias descritas anteriormente. Para finalizar, se destaca la necesidad de que las organizaciones de salud lleven a cabo programas de intervención en las organizaciones y a los profesionales de las mismas.

Las unidades en las que trabajen los sanitarios también son objeto de estudio de los investigadores del "burnout". Ortega, López y Gómez (2008) se han centrado en conocer el efecto de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) sobre el "desgaste profesional" de los sanitarios de la unidad de paliativos, dado que son un colectivo muy vulnerable a los fuertes impactos emocionales y, por tanto, están muy predispuestos a padecer el síndrome. En su estudio concluyeron que la ACT parecía resultar eficaz como medida de intervención psicológica ante el "desgaste profesional", disminuyendo los niveles de despersonalización e incrementando la realización personal de los profesionales sanitarios.

Paredes y Sanabria-Ferrand (2008), debido a que el "burnout" es una de las alteraciones que más perjudica al personal sanitario afectando a sus relaciones sociales, y generadora de repercusiones laborales como el absentismo, la baja calidad de la atención al paciente y de demandas laborales, analizan la prevalencia del "burnout" en los médicos-residentes de la especialidad médico quirúrgica de los hospitales universitarios, además de cómo es su relación con el bienestar psicológico y con otras variables sociodemográficas y laborales. Los resultados obtenidos pusieron de manifiesto que el 12.6% de los médicos-residentes presentaban altos niveles del síndrome; así mismo, se constató una relación negativa entre "burnout" y bienestar psicológico, y entre bienestar psicológico y las largas

jornadas laborales. No se localizaron relaciones significativas con las variables sociodemográficas y laborales.

También hay estudios que comparan el síndrome de "burnout" en España y en otros países. Tal es el caso de Grau *et al.* (2009) que investigan el "burnout" en sanitarios hispanoamericanos y españoles. El estudio concluye que la incidencia del *síndrome* es mayor en España y Argentina, frente a otros países hispanos. Así mismo, también se produce una mayor prevalencia en médicos frente a otros sanitarios.

Tal y como señalan Grazziano y Ferraz (2010), en los últimos años, por el incesante incremento del síndrome, se han realizado numerosos estudios sobre la temática, lo que indica que se debe investigar más sobre esta problemática e intervenir más para reducir el "burnout" en el contexto sanitario.

De Pablo (2007a, 2007b) analiza como repercute el síndrome de "burnout" en el personal sanitario. En relación al sexo, concluye que las mujeres son más vulnerables a padecer *el síndrome;* se cree que ello es debido a diversos factores, como la doble sobrecarga de trabajo (labor profesional más familiar) o la predilección por determinadas profesiones que prolongan el papel de mujer (como la enfermería).

Funes y Barranco (2007) realizan un estudio psicosocial para analizar el estrés laboral y el "burnout" en trabajadores de los centros municipales de los servicios sociales (sanitarios y educativos) de Jaén y determinan que este colectivo es objeto de estudio, debido a que estos profesionales por su ocupación se involucran durante mucho tiempo en las preocupaciones de las personas a las que asisten. Por ende, este personal va acumulando mucho estrés que puede convertirse en crónico ("burnout") generando un deterioro de su calidad de vida laboral y repercutiendo en el conjunto de la sociedad.

Grau (2007) destaca cómo se puede prevenir el síndrome de "burnout", señalando que, para lograr una mayor efectividad en la prevención del síndrome, su monitorización debe formar parte de la práctica diaria. Grau *et al.* (2008) analizaron en personal sanitario, la prevalencia del "burnout" percibido a través de una medida simple autoinformada de "burnout" y midiendo su asociación con las escalas del MBI; así mismo, evaluaron los elementos demográficos y laborales relativos al "burnout" percibido y, la relación entre el "burnout" percibido con aspectos y estimaciones del ámbito personal y profesional. Se constató que el 36.3% de los profesionales se autopercibe como que está quemado. El

"burnout" percibido se relaciona muy íntimamente con el cansancio emocional y es independiente de la despersonalización, a la vez que se relaciona con el sentimiento de desgaste personal y familiar a causa de las condiciones laborales y al planteamiento de abandono de la profesión.

Grau *et al.* (2009) analizan la prevalencia del "burnout" entre personal sanitario perteneciente a países hispanos, así como su relación con las características sociodemográficas y profesionales de los sanitarios y con sus percepciones. Los resultados obtenidos evidenciaron que la prevalencia del "burnout" es mayor en España y en Argentina y que los sanitarios más aquejados son los médicos. Asimismo, se señalaron que otros factores como la edad, el hecho de tener hijos, la percepción de sentirse valorado, el optimismo, la satisfacción laboral y la valoración económica actuaban como variables que protegían del "burnout".

Grau y Suñer (2008) analizan el síndrome de "burnout" en trabajadores sociales y señalan la extrapolación del síndrome desde otros contextos asistenciales, como la salud o la educación. Los estudios han demostrado la prevalencia de "burnout" en estos profesionales.

Miret y Martínez (2010) han analizado las agresiones al personal sanitario y su relación con el "burnout", para poder abordarlos con mayor eficacia a nivel personal e institucional. Los resultados concluyen que los actos violentos contra los sanitarios y el *estar quemado* se han convertido en un problema generalizado que afecta a la salud pública y que cada vez perjudica a más profesionales de la salud, y en definitiva, a los pacientes, que son los que reciben la asistencia sanitaria. Ambos elementos analizados están relacionados entre sí, porque la despersonalización causada por el "desgaste profesional" del sanitario, aumenta el peligro de que el trabajador sufra una agresión. Además, el ambiente hostil contra el sanitario incrementa los niveles de estrés y de "desgaste profesional". En definitiva, si el sanitario se siente mal cuidado, desmotivado, agotado y no observa vías alternativas que mejoren esta situación, todo el sistema sanitario se verá perjudicado.

Ortega, Salas y Correa (2011) destacan la escasez de estudios en Panamá en relación al "burnout". Estos autores analizan la prevalencia del síndrome en los profesionales sanitarios del Hospital Aquilino Tejeira (HAT). Los resultados pusieron de manifiesto que la dimensión más determinante fue la baja realización personal de los sanitarios con 31.4%, seguidamente se obtuvo un 21.2% de la dimensión cansancio emocional, y más distante

(17.2%) de la dimensión despersonalización. Se constató la prevalencia del síndrome que afectaba a un 4.5% de la muestra.

Santamaría, Rodríguez-Salvanés, González-González, Fernández y Redondo (2008) analizan la prevalencia del síndrome de "burnout" en personal sanitario que desempeña su labor en unidades de cuidados paliativos de la Comunidad de Madrid, tanto en el ámbito de la sanidad pública como en la concertada. Los resultados obtenidos concluyen que, los profesionales de cuidados paliativos madrileños presentan niveles bajos de "desgaste profesional" en comparación a otras investigaciones realizadas en España, básicamente en el sector de la atención primaria.

Serrano (2007, 2008) analiza en profesionales sanitarios y en profesores las causas que originan el "burnout" y cómo puede llegar a prevenirse. En 2007, Serrano establece que el trabajador con "burnout" va evidenciando una serie de cambios en su salud, en los niveles cognitivos (desilusión), afectivos (agotamiento e incluso culpa) y actitudinales (indiferencia laboral). El prolongamiento del *síndrome* en el tiempo, conlleva trastornos importantes en la salud del sujeto que lo padece, tales como: problemas cardiorrespiratorios, dolores fuertes de cabeza, alteraciones gastrointestinales, dificultades para conciliar el sueño, etc. A todas estas complicaciones se añaden en el plano laboral, consecuencias como las siguientes: incremento del número de accidentes, disminución del rendimiento y de la calidad asistencial, incremento del absentismo, apatía, dificultades en los turnos rotatorios, etc. Emocionalmente, las personas que padecen "burnout" presentan una sintomatología ansioso-depresiva, culpabilidad, hostilidad, susceptibilidad, negativismo; este deterioro afectivo genera un incremento de las actitudes de indiferencia ante los pacientes. A nivel cognitivo, este agotamiento se manifiesta como frustración y decepción ocupacional, a la vez que genera una crisis tanto laboral como existencial. Todas las dimensiones descritas, provocan en el trabajador que se culpe o se regocije de la baja calidad de los servicios prestada. Sin saber que el "burnout" es un proceso que progresivamente incapacita a quien lo padece de su ocupación profesional. Serrano (2008) argumenta que cuando el sanitario pasa de ser estudiante a un trabajador, por mucho que en esa persona primen actitudes como la humanidad, el altruismo, la empatía, etc.; la realidad es distinta: demandas, ahorro económico, penalizaciones por parte de otros sanitarios que dedican menos tiempo a atender a los pacientes,… Médicos y enfermeros interactúan directa y diariamente con los enfermos y sus familiares, teniendo un continuo acercamiento con el dolor de otras personas; lo que genera un elevado índice de estrés. Los

médicos suelen proteger su salud emocional separando su vida profesional y personal; ya que de no tomar estas medidas, el estar continuamente con personas que sufren y/o mueren tendría numerosas consecuencias en el bienestar psicológico del sanitario. Asimismo, el elevado número de pacientes por médico dificultan poner en práctica todos sus conocimientos, lo que va mermando y frustrando las aptitudes del sanitario. La actualización continua de conocimientos, las campañas de desprestigio, las negligencias, las expectativas económicas no satisfechas, el trato inadecuado o agresivo por parte de los pacientes, las dramas por las enfermedades de los pacientes, la rapidez asistencial, la ausencia del buen clima laboral, el fomento del individualismo por las exigencias del sistema y la turnicidad, son elementos que conllevan unos elevados niveles de estrés en el día a día de médicos y enfermeros que por acumulación derivan en afectaciones como el "burnout".

Una reciente investigación de Domínguez *et al.* (2012) analiza los niveles de "desgaste profesional" en personal de atención a la salud de Ceuta. Las conclusiones obtenidas fueron semejantes a las de otros estudios (como que la prevalencia del "burnout" en los trabajadores de atención a la salud es elevada): el "desgaste profesional" está claramente influenciado por el puesto de trabajo que se desempeñe y la existencia de diferencias significativas entre el personal sanitario y no sanitario en relación al agotamiento emocional, a la despersonalización afectiva y a la realización profesional, con puntuaciones más altas en los sanitarios.

En cuanto a las consecuencias negativas del "burnout" podemos destacar las siguientes:

- Desencanto del *trabajo ideal,* se pierde el entusiasmo ocupacional por ayudar a los demás como consecuencia de las condiciones laborales, insatisfacción de los pacientes y dificultades de comunicación (Fernández, 2010).
- Detrimento de la empatía y del agrado por la asistencia a los pacientes (Encinas, Reyes, Gómez y Dos Santos, 2007).
- Mantenimiento de una relación distante y deshumanizada hacia los pacientes y demás compañeros de trabajo (Encinas, Reyes, Gómez y Dos Santos, 2007).
- Enfrentamientos con los pacientes (Grazziano y Ferraz, 2010).
- Conductas arriesgadas que ponen en peligro la vida del sanitario como el de otras personas (Betancur *et al.*, 2012).

- Disminución de la calidad asistencial (Limonero y Fernández–Castro, 2008).

Todo esto, afecta directamente sobre el usuario-paciente, a la vez que incide sobre la calidad del sistema sanitario y, en definitiva, sobre la sociedad en general, al existir un trascendental desajuste entre los recursos disponibles y la adecuada disposición de los mismos.

Como hemos ido viendo, el "burnout" tiene consecuencias muy negativas tanto para el sujeto que lo sufre, como en el caso concreto del colectivo sanitario, como para la sociedad. De ahí la importancia de la prevención.

Tras haber realizado una amplia exposición de conocimientos teóricos sobre las distintas dimensiones que inciden directamente en nuestra investigación, y con la pretensión de mostrar la relación existente entre las distintas variables que componen nuestro estudio. Podemos elaborar las siguientes conclusiones a modo de resumen:

1.- La comunicación en la relación que se establece entre el sanitario y el paciente se ve tremendamente afectada (y en ocasiones, perjudicada) por la salud psicológica del sanitario.

2.- El sanitario que goce de buena salud psicológica (que sea feliz en su vida laboral y personal) tendrá una mayor predisposición al auxilio y a poner todos los recursos al servicio del paciente. Por el contrario, las relaciones de los sanitarios con "burnout", estrés, etc. con los pacientes, no serán tan satisfactorias por la incidencia directa de estas alteraciones durante las interacciones.

A continuación, pasamos a abordar el *Marco Empírico* de nuestro estudio.

PARTE II:

MARCO EMPÍRICO.

Las ranitas en la crema

Había una vez dos ranas que cayeron en un recipiente de crema. Inmediatamente sintieron que se hundían; era imposible nadar o flotar mucho tiempo en esa masa espesa como arenas movedizas. Al principio, las dos patalearon en la crema para llegar al borde del recipiente pero era inútil, sólo conseguían chapotear en el mismo lugar y hundirse. Sintieron que cada vez era más difícil salir a la superficie a respirar.

Una de ellas dijo en voz alta:

- "No puedo más. Es imposible salir de aquí, esta materia no es para nadar. Ya que voy a morir, no veo para qué prolongar este dolor. No entiendo qué sentido tiene morir agotada por un esfuerzo estéril."

Y dicho esto, dejó de patalear y se hundió con rapidez siendo literalmente tragada por el espeso líquido blanco.

La otra rana, más persistente o quizás más tozuda, se dijo:

- "¡No hay caso!. Nada se puede hacer para avanzar en esta cosa. Sin embargo ya que la muerte me llega, prefiero luchar hasta mi último aliento. No quisiera morir un segundo antes de que me llegue mi hora."

Y siguió pataleando y chapoteando siempre en el mismo lugar, sin avanzar un centímetro. ¡Horas y horas!.

Y de pronto... de tanto patalear y agitar, agitar y patalear... La crema, se transformó en manteca.

La rana sorprendida dio un salto y patinando llegó hasta el borde del pote.

Desde allí, sólo le quedaba ir croando alegremente de regreso a casa.

"Recuentos para Demián"

Jorge Bucay.

1. Planteamiento del problema.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En un contexto tan esencial para la vida humana como el sanitario se hace necesario que exista un clima comunicativo lo más cercano, respetuoso, cálido, tranquilo, de confianza, clarificador, tierno, comprensible… posible. Cuando nuestros allegados, e incluso nosotros mismos, enfermamos pasamos por un momento personal complicado que origina preocupación, infelicidad y tristeza tanto en el que lo padece como en las personas de su entorno.

Es en momentos tan delicados como una enfermedad en los que el ámbito sanitario y los profesionales que allí trabajan se convierten en un referente importante para el enfermo y para sus seres queridos, ya que como bien sabemos todos: *la salud es el valor más preciado en la vida de toda persona* por el valor incalculable e irremplazable que tiene para cualquier ser humano. Los sanitarios con su labor profesional se convierten en un claro referente del que depende la integridad física y sanación de las personas enfermas, llegando a ser un *guía de vida* en la cotidianeidad de los pacientes.

Algunos médicos manifiestan cierta añoranza a épocas anteriores en las que la medicina no estaba informatizada y la única relación existente en la consulta era médico-paciente. Pero, en la actualidad y debido a la sociedad de la información en la que estamos inmersos, este vínculo se ha ampliado y se ha convertido en una relación médico-ordenador-paciente, puesto que toda la información relativa al paciente debe quedar registrada en una aplicación informática. Este importante avance sanitario que pretende facilitar y agilizar la información entre los profesionales de los servicios sanitarios es, a su vez, un gran elemento distractor que influye negativamente en las relaciones interpersonales afectando negativamente a la comunicación entre el paciente y el sanitario.

Investigaciones como las de Blázquez-Manzano *et al.* (2012), Casado (2012), De Haro (2012), González (2012), Lifshitz (2012) y Sandín *et al.* (2012), confirman que existe una preocupación generalizada en la comunidad científica sobre la calidad de la comunicación del sanitario con el paciente, así como de los procesos intervinientes que afectan a esa comunicación y sobre la mejora de la calidad asistencial.

Una adecuada interacción del sanitario hacia el paciente es básica no solamente para exponerle el diagnóstico y el tratamiento al enfermo, sino también para concienciarle sobre su dolencia y de fomentar actitudes positivas en el paciente que le impliquen en la mayor medida posible en su proceso de sanación y así poder alcanzar una rápida mejoría.

Un clima de confianza entre el profesional sanitario y el paciente potenciará un proceso de recuperación más positivo. Además, un adecuado intercambio comunicativo favorece un mejor funcionamiento del sistema sanitario permitiendo tener en cuenta otras demandas y así atender y curar al mayor número de personas en el menor tiempo posible.

En nuestro estudio se ha pretendido conocer cómo es la calidad y la fluidez de la comunicación entre el profesional sanitario y el paciente. Para ello, se ha analizado la conciencia del sanitario sobre su propia práctica comunicativa teniendo en cuenta su *salud emocional* y se ha comparado con la percepción del paciente, con el fin de extraer la realidad sobre dicha relación comunicativa.

Existen otros elementos intervinientes en la comunicación y relación interpersonal en el contexto sanitario. Es indudable que nuestra vida profesional se resiente en momentos personales complicados. Por este motivo hemos considerado trascendental tener en cuenta, para conocer la relación comunicativa entre pacientes y sanitarios, otros factores intrínsecos del profesional de la salud que puedan incidir directamente en el desempeño de su ocupación como: el momento *emocional* en el que se encuentre, su grado de satisfacción en la vida (*bienestar psicológico*), si padece ansiedad o *estrés* y si sufre *síndrome de "burnout"* o de *"desgaste profesional" en el trabajo.*

Por todo lo anterior, otro de los puntos más debatidos en torno a la relación entre el paciente y el sanitario es cómo la salud emocional del sanitario (bienestar, estrés, "burnout", etc.) afectan y alteran sus relaciones interpersonales con los pacientes. En esta línea, encontramos estudios como el de Rodríguez y Moreno (2011), quienes mantienen la importancia de que los profesionales sanitarios posean estrategias emocionales para sus interacciones con los pacientes. Marqués y Barrasa (2011) defienden la adquisición de recursos como la contención verbal como medida de evitación de situaciones hostiles generadoras de estrés en los trabajadores sanitarios. La preocupación por la incidencia del *"burnout"* en el contexto sanitario se hace notable en investigaciones que ahondan sobre el *síndrome* en este ámbito, tanto en nuestro país como en otros extranjeros. Albaladejo *et al.* (2004) analizaron la prevalencia del síndrome de "burnout" en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. Los resultados evidenciaron que los sanitarios con "burnout" eran

profesionales con experiencia laboral, pero que manifestaban un escaso nivel de reconocimiento a su tarea asistencial y un elevado nivel de insatisfacción con la gestión de su contexto de trabajo. Grau *et al.* (2009) analizaron el "burnout" en sanitarios hispanoamericanos y españoles, evidenciando una mayor incidencia del *síndrome* en España y Argentina que en otros países hispanos. Todos estos estudios, destacan la relación del "burnout" con la interacción entre sanitarios y pacientes, a la vez que corroboran una clara preocupación de la comunidad científica por estas relaciones.

Con nuestro estudio pretendemos contribuir a la mejora de la calidad de la atención sanitaria pública, proporcionando propuestas de mejora a las dificultades relacionales y comunicativas que puedan darse en las interacciones entre sanitarios y pacientes, a la vez que se fomente la mejora de las condiciones sanitarias de la sociedad en general.

A pesar de que, como comentamos en la introducción y en el marco teórico, existen multitud de investigaciones que abordan las relaciones comunicativas entre sanitarios y pacientes y una notable preocupación por la problemática, no hemos localizado estudios en la Comunidad Autónoma de Extremadura relacionados con éste ámbito. Es por ello que, junto a nuestras inquietudes investigadoras, nos han llevado a indagar sobre esta temática y a focalizarla en nuestra Comunidad Autónoma.

Si tenemos en cuenta factores como lo positivo de la existencia de otros estudios similares, que aborden partes fragmentadas de nuestra propuesta por separado, estimamos oportuno llevar a cabo una investigación global que analice todos los aspectos descritos anteriormente.

En definitiva, y como hemos dejado entrever anteriormente, el interés de nuestra propuesta radica en establecer la realidad de la calidad de la relación comunicativa entre sanitarios y pacientes, teniendo en cuenta los factores emocionales del sanitario para su adecuado intercambio comunicativo con los pacientes.

2. Objetivos de la investigación.

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

A continuación señalamos los principales objetivos de nuestra investigación.

2.1. Objetivo General.

Aportar un mayor conocimiento sobre la realidad de las relaciones interpersonales y comunicativas entre sanitarios y pacientes, teniendo en cuenta características personales intrínsecas de los sanitarios (estado emocional, grado de satisfacción en la vida, *estrés* y/o "*burnout*") que puedan incidir directamente y afectar tal relación.

2.2. Objetivos Específicos.

En nuestra investigación hemos pretendido contribuir positivamente al ámbito científico a través de los objetivos que citamos a continuación, que fundamentalmente han buscado la mejora de la calidad sanitaria en general, y de los pacientes en particular:

1.- Analizar la calidad y fluidez de los intercambios comunicativos entre sanitarios y pacientes.

2.- Valorar la calidad y fluidez de los procesos comunicativos, diferenciando variables como el sexo, la edad, los años de experiencia profesional, la especialidad sanitaria o la categoría profesional.

3.- Contrastar las distintas variables de la investigación (sexo, edad, años de experiencia profesional, especialidad sanitaria, categoría profesional, bienestar psicológico y "burnout") para comprobar la influencia de unas sobre otras en los pacientes y en los sanitarios.

4.- Determinar cuáles son los déficits comunicativos existentes, si así se constatan.

5.- Comprobar la relación entre la salud emocional del sanitario y sus relaciones interpersonales con los pacientes.

6.-Aportar un mayor conocimiento sobre la calidad y fluidez de la comunicación entre pacientes y sanitarios del SES.

7.- Contrastar los resultados obtenidos en el estudio con otros procedentes de otras Comunidades Autónomas españolas o, incluso, de otros países.

8.- Aportar un mayor conocimiento sobre la realidad de la calidad asistencial.

9.- Contribuir a la mejora del sistema sanitario en lo que respecta a la calidad y seguridad de los pacientes.

10.- Contribuir a la mejora de la calidad de vida de la sociedad.

11.- Poner a disposición de la Administración las conclusiones de la investigación de cara a actuaciones futuras.

3. Hipótesis de la investigación.

3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.

A continuación señalamos las hipótesis de nuestra investigación, teniendo en cuenta los dos puntos de vista analizados: la perspectiva del sanitario y la del paciente.

- **<u>En relación a la percepción del propio sanitario:</u>**

Hipótesis 1. La calidad y fluidez de la comunicación del sanitario hacia el paciente no es la adecuada.

Hipótesis 2. Existen diferencias significativas en la calidad y fluidez de la comunicación del sanitario según el sexo.

Hipótesis 3. Existen diferencias significativas en la calidad y fluidez de la comunicación del sanitario según la edad. A menor edad, los sanitarios manifiestan diferencias significativas en el trato comunicativo con sus pacientes.

Hipótesis 4. Existen diferencias significativas en la calidad y fluidez de la comunicación del sanitario en función de los años de experiencia del sanitario. A mayor número de años de experiencia, menor calidad y fluidez en la comunicación al paciente.

Hipótesis 5. Existen diferencias significativas en la calidad y fluidez de la comunicación del sanitario según la especialidad.

Hipótesis 6. Existen diferencias significativas en la calidad y fluidez de la comunicación del sanitario según la categoría profesional, siendo los enfermeros y técnicos auxiliares los que suelen implicarse más en la mejoría del paciente y resultar más cercanos.

Hipótesis 7. Existen diferencias significativas en el nivel de bienestar psicológico del sanitario en función del sexo, la edad, los años de experiencia profesional, el nivel de atención y la categoría profesional.

Hipótesis 8. Existen diferencias significativas en el nivel de "burnout" del sanitario en el ámbito laboral en función del sexo, la edad, los años de experiencia profesional, el nivel de atención y la categoría profesional.

Hipótesis 9. Existen diferencias significativas en la calidad y fluidez de la comunicación del sanitario, según el nivel de bienestar psicológico (teniendo en cuenta el sexo, la edad, los años de experiencia profesional y la categoría profesional). A menor bienestar psicológico menor calidad y fluidez de la comunicación.

Hipótesis 10. A mayor cansancio emocional en el trabajo y despersonalización en el sanitario, menor calidad y fluidez de la comunicación teniendo en cuenta aspectos como el sexo, la edad, los años de experiencia profesional y la categoría profesional.

Hipótesis 11. A mayor realización personal en el trabajo, aumenta la calidad de la comunicación según el sexo, la edad, los años de experiencia profesional y la categoría profesional.

- **<u>En relación a la percepción del paciente sobre el sanitario:</u>**

Hipótesis 12. La percepción del paciente sobre la calidad y fluidez de la comunicación del sanitario no es la adecuada.

Hipótesis 13. Existen diferencias significativas en la percepción del paciente sobre la calidad y fluidez de la comunicación del sanitario según el sexo.

Hipótesis 14. Existen diferencias significativas en la percepción del paciente sobre la calidad y fluidez de la comunicación del sanitario según la edad.

Hipótesis 15. A menor bienestar psicológico del sanitario, menor percepción del paciente sobre la calidad y fluidez de la comunicación según el sexo y la edad del paciente.

Hipótesis 16. A mayor cansancio emocional en el trabajo y despersonalización en el sanitario, menor percepción del paciente sobre la calidad y fluidez de la comunicación según el sexo y la edad del paciente.

Hipótesis 17. A mayor realización personal en el trabajo, mayor percepción del paciente de la calidad de la comunicación según el sexo y la edad del paciente.

4. Método.

4. MÉTODO.

La propuesta metodológica de esta investigación se desarrolla en el marco de las 8 Áreas de Salud del SES y pretende evaluar la relación comunicativa entre pacientes y sanitarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

La metodología de la investigación desarrollada se fundamenta en un estudio correlacional, dado que ha pretendido analizar primeramente la relación entre el estrés laboral, el bienestar psicológico y la calidad de la comunicación en el colectivo sanitario. Y, partiendo de esta premisa, se ha tratado de comparar los resultados entre los diferentes colectivos sanitarios (médicos, enfermeros y técnicos auxiliares). Los resultados obtenidos proceden de contextos reales en los que no se ha manipulado ninguna de las variables estudiadas.

Creemos conveniente destacar que el objetivo metodológico es que los resultados pudieran generalizarse, por este motivo hemos elegido una muestra representativa de la población basándonos en los datos oficiales proporcionados por el SES, limitándonos a recabar datos sobre lo que sucede normalmente en el contexto natural de estas relaciones interpersonales y comunicativas sin llevar a cabo una intervención sobre este ámbito.

4.1. Muestra.

La muestra se compone de un total de 1.418 sujetos de los cuales 760 son sanitarios y 658 son pacientes, sin grupo de control. Sin embargo, dado que el propósito del estudio es realizar un análisis comparativo, se han establecido dos grupos diferenciados atendiendo a las peculiaridades de los sujetos, es decir, si son profesionales sanitarios o usuarios del SES.

Con la finalidad de poder generalizar los resultados, el número de sanitarios participantes fue obtenido y redondeado del 8% de los datos de población sanitaria facilitados desde la Gerencia General del SES (véase Tabla), y se equipararon con los pacientes para una mayor concordancia en los resultados.

Los investigadores hemos sido conscientes de que 658 pacientes no eran una muestra representativa de la población usuaria extremeña total. Sin embargo, 760 sanitarios sí se correspondían con un porcentaje de profesionales que permitían una generalización de los

resultados. Por este motivo hemos intentado equiparar ambos grupos muestrales.

A continuación mostramos los datos oficiales facilitados por el SES para la puesta en marcha de nuestra investigación:

CATEGORIAS SANITARIAS ÁREAS DE SALUD

ÁREAS DE SALUD	MÉDICOS		ENFERMEROS		AUXILIARES DE ENFERMERÍA		TOTAL
	AE	AP	AE	AP	AE	AP	
BADAJOZ	507	299	850	327	638	31	**2652**
CÁCERES	358	275	573	289	449	39	**1983**
MÉRIDA	241	192	411	176	281	6	**1307**
DON BENITO-VVA. DE LA SERENA	192	204	305	196	201	21	**1119**
LLERENA-ZAFRA	156	149	210	145	185	5	**850**
PLASENCIA	164	169	237	177	154	4	**905**
CORIA	78	80	118	75	86	6	**443**
NAVALMORAL DE LA MATA	78	101	117	105	91	6	**498**
TOTAL	**1774**	**1469**	**2821**	**1490**	**2085**	**118**	**9757**

Datos reales del personal sanitario facilitados por la Gerencia del Servicio Extremeño de Salud actualizados a 05/10/2010.

La investigación que planteamos, como hemos comentado en líneas superiores, se ha desarrollado en todas las Áreas de Salud del SES.

La muestra se ha compuesto de dos perfiles:

A) Pacientes: procedentes de Asociaciones de Pacientes registradas en la Guía de Asociaciones de Pacientes y Familiares en Extremadura 2010-2011 (Junta de Extremadura, 2010) y pacientes no pertenecientes a ninguna Asociación con los que se ha contactado desde distintas fuentes y contextos.

B) Sanitarios: entre los que hemos establecido tres perfiles diferenciados: médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería.

El Instituto de Información Sanitaria (2012), en relación a la Ordenación Sanitaria del Territorio de la Comunidad Autónoma de Extremadura, establece que:

> Su ordenación sanitaria se inicia con la delimitación de Zonas de Salud, mediante Decreto 68/1984, de 6 de septiembre (DOE núm. 72, de 12 de septiembre), parcialmente modificado por los Decretos 55/1985, de 4 de noviembre, 19/1986, de 4 de marzo y 63/1089, de 18 de julio (DOE núm. 58, ed. 25 de julio).
>
> En el Decreto 4/1987, de 27 de enero (DOE núm. 9, de 3 de febrero), se procedió a la delimitación de 8 Áreas de Salud, con especificación de las Zonas de Salud que comprendía cada una de ellas, siendo más tarde modificado por el Decreto 64/1989, de 18 de julio (DOE núm. 58, de 25 de julio). Por Decreto 67/1998, de 5 de mayo (DOE núm. 54 de 14 de mayo), se aprobó el Mapa Sanitario de la Comunidad Autónoma y, mediante los Decretos 189/1999, de 30 de noviembre (DOE núm. 143 de 7 de diciembre) y 94/2001, de 13 de junio (DOE núm. 71 de 21 de junio), se crearon nuevas zonas de salud. La Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura (DOE núm. 76, de 3 de julio), establece la ordenación territorial definida en Áreas y Zonas de Salud; el Área de Salud como estructura básica del Sistema Sanitario Público de Extremadura, y la Zona de Salud como marco territorial y poblacional de la atención primaria. La actual configuración del Mapa Sanitario fue aprobada mediante el Decreto 166/2005, de 5 de julio (DOE núm. 80 de 12 de julio), posteriormente modificada por el Decreto 238/2008, de 7 de noviembre, (DOE núm. 221, de 14 de noviembre).

Las 8 Áreas de Salud[4] en las que se divide el SES en el Gobierno de Extremadura son:

Área de Salud 1. Badajoz.
Área de Salud 2. Mérida
Área de Salud 3. Don Benito – Villanueva de la Serena.
Área de Salud 4. Llerena – Zafra.
Área de Salud 5. Cáceres.
Área de Salud 6. Coria.

[4] En el momento de cerrar la investigación y la Tesis, el cambio administrativo originado por las elecciones políticas, había originado modificaciones en el mapa de las Áreas de Salud.

Área de Salud 7. Plasencia.

Área de Salud 8. Navalmoral de la Mata.

Los centros sanitarios seleccionados para nuestro estudio han sido:

A) Zona urbana:

1.- Hospitales urbanos:

- ✓ Badajoz:
  - Hospital Infanta Cristina.
  - Hospital Perpetuo Socorro – Materno Infantil.
- ✓ Cáceres:
  - Hospital San Pedro de Alcántara.
  - Hospital Ntra. Sra. de la Montaña.

2.- Centros de salud urbanos:

- ✓ Badajoz:
  - C.S. Ciudad Jardín.
  - C.S. El Progreso.
  - C.S. La Paz.
  - C.S. San Fernando.
  - C.S. San Roque.
  - C.S. Valdepasillas.
  - C.S. Zona Centro.
- ✓ Cáceres:
  - C.S. Aldea Moret.
  - C.S. Nuevo Cáceres.
  - C.S. Zona Centro.
  - C.S. Zona Norte "Manuel Encinas".

B) Zona rural:

1.- Hospitales rurales:

- ✓ Coria:
  - Hospital Ciudad de Coria.

- ✓ Don Benito – Villanueva:
  - Hospital Don Benito – Villanueva.
- ✓ Llerena – Zafra:
  - Hospital de Llerena.
  - Hospital de Zafra.
- ✓ Mérida:
  - Hospital de Mérida.
- ✓ Navalmoral de la Mata:
  - Hospital Campo Arañuelo.
- ✓ Plasencia:
  - Hospital Virgen del Puerto.

2.- Centros de salud rurales:

- ✓ Almendralejo:
  - C.S. Roque.
  - C.S. San José.
- ✓ Coria:
  - C.S. Coria.
- ✓ Don Benito – Villanueva:
  - C.S. Don Benito Este.
  - C.S. Don Benito Oeste.
  - C.S. Villanueva De la Serena I Norte.
  - C.S. Villanueva De la Serena II Sur.
- ✓ Llerena – Zafra:
  - C.S. Llerena.
  - C.S. Zafra I.
  - C.S. Zafra II.
- ✓ Mérida:
  - C.S. Mérida Norte.
  - C.S. Mérida Urbano I.
  - C.S. Mérida Urbano II.
  - C.S. Mérida Urbano III "Obispo Paulo".

- ✓ Navalmoral de la Mata:
  - C.S. Navalmoral de la Mata.
- ✓ Plasencia:
  - C.S. Plasencia I – Luis de Toro.
  - C.S. Plasencia II – Sur.
  - C.S. Plasencia III – Norte.

Las treinta y cuatro Asociaciones de Pacientes interesadas y colaboradoras en nuestro estudio procedentes de distintas partes de la geografía extremeña han sido:

1.- Asociaciones de la provincia de Badajoz:

-Asociación Centro de día para Pacientes con Enfermedades Neurológicas Degenerativas (Hornachos).

-Asociación "Cuéntame" de Mérida (Mérida).

-Asociación Cultural de Diabéticos de Badajoz (Badajoz).

-Asociación de Alcohólicos Rehabilitados Extremeños (ALREX – Llerena) (Llerena).

-Asociación de Alcohólicos Rehabilitados Extremeños (ALREX – Villanueva de la Serena) (Villanueva de la Serena).

-Asociación de Celiacos de Extremadura (ACEX) (Badajoz).

-Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer Tierra de Barros (AFA Tierra de Barros) (Almendralejo).

-Asociación de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES – CALMA – Mérida) (Mérida).

-Asociación de Familiares y Personas con Enfermedades Mentales (FEAFES – Mérida) (Mérida).

-Asociación de Fibromialgia y Fatiga Crónica de Olivenza (AFIBROL) (Olivenza).

-Asociación de Fibromialgia y Fatiga Crónica de Talavera La Real (AFITAR) (Talavera La Real).

-Asociación de Fibromialgia Y otras Enfermedades Reumáticas (AFYER) (San

Vicente de Alcántara).

- Asociación de Laringectomizados de Extremadura (ALEX) (Mérida).

-Asociación de Lupus de Badajoz (ALBA) (Guareña).

-Asociación Española Contra el Cáncer, Delegación Provincial de Badajoz (AECC) (Badajoz).

-Asociación Española de Lucha Contra las Hemoglobinopatías y Talasemias (ALHETA) (Badajoz).

-Asociación Española de Stickler (Guareña).

-Asociación Extremeña de Afectados por Retinosis Pigmentaria (ARPEX) (Fuente del Maestre).

-Asociación Extremeña de Trasplantados (ASEXTRAS) (Badajoz).

-Asociación Lucha Contra la Droga (ALUCOD).

-Asociación "Nueva Vida" de Familiares de Enfermos Drogodependientes (Badajoz).

-Asociación Pacense de Alcohólicos Liberados (APAL) (Badajoz).

-Asociación para la Integración de las Personas con Discapacidad Física de la Comarca de Zafra (AIMCOZ) (Zafra).

- Asociación Regional de enfermos de Artritis de Extremadura (ARAEX) (Mérida).

-Asociación Regional de Parkinson de Extremadura (Mérida).

-Asociación Síndrome de Asperger de Extremadura (ASPERGEX) (Badajoz).

-Ayuda a Familias Afectadas de Leucemias, Linfomas, Mielomas y Aplasias (AFAL) (Mérida).

2.- Asociaciones de la provincia de Cáceres:

-Asociación Cacereña de Jugadores de Azar en Rehabilitación (ACAJER) (Cáceres).

-Asociación Cultural de Diabéticos de la Zona de Plasencia (Plasencia).

-Asociación de Ayuda a Personas en Duelo (ALEX) (Hervás).

-Asociación de Ayuda y Formación a Colectivos Excluidos o en Riesgo de Exclusión (Asociación AMAT) (Miajadas).

-Asociación de Fibromialgia de Miajadas (AFIBRO-Miajadas).

-Asociación Extremeña de Fibrosis Quística (AFIBROEX) (Cáceres).

-Asociación para el Estudio de la Lesión Medular Espinal (AESLEME) (Plasencia).

Es destacable señalar que no todas las asociaciones citadas han podido contribuir en el estudio en la medida que les hubiera gustado por motivos muy diversos: sus pacientes eran menores, asociaciones que se disuelven o están en período de cambio, número de cuestionarios inferior al que les gustaría devolvernos completados, dificultad de localización de alguna asociación, etc. No obstante, nosotros agradecemos el interés incondicional que han manifestado en colaborar en nuestro estudio.

Como hemos comentado en líneas superiores, también se han establecido otras vías muy valiosas para obtener cuestionarios de pacientes:

- Pacientes no pertenecientes a ningún movimiento asociacionista de pacientes.
- Servicio de Atención al Usuario del Área (S.A.U.) de los Hospitales de Navalmoral, de Plasencia y de Zafra.

4.2. Instrumentos.

En la investigación hemos utilizado varios instrumentos que nos han permitido evaluar los diferentes aspectos del estudio: los intercambios comunicativos, el bienestar psicológico y el "síndrome de burnout".

Para evaluar la comunicación entre pacientes y sanitarios hemos diseñado **dos cuestionarios** (uno destinado a los sanitarios y otro a los pacientes). Estos cuestionarios han sido elaborados a partir de varios instrumentos de comunicación interpersonal y escalas de habilidades sociales (*Patient-Doctor Relationship Questionnaire* (PDRQ-9) (Van der Feltz-Cornelis, Van Oppen, Van Marwijk, De Beurs y Van Dyck, 2004), Escala de Habilidades Sociales (EHS) de Gismero (2000), versión española del Cuestionario de Relaciones Médico-Paciente (CREM-P) de Mingote-Adán, Moreno-Jiménez, Rodríguez-

Carvajal, Gálvez-Herrer y Ruiz-Lopez, 2009), Cuestionario de la Percepción de la Relación Médico-Paciente (PREMEPA) de Ramos-Rodríguez (2008)…).

El cuestionario dirigido a sanitarios consta de 113 ítems y los aspectos que evalúa son: habilidades sociales, habilidades comunicativas, satisfacción laboral, falta de recursos sanitarios, calidad de atención al paciente y empatía. A continuación ejemplificamos algunas preguntas de este cuestionario (Anexo 1):

1. Miro a los ojos del paciente cuando interacciono con él/ella.
23. Trabajar todo el día con pacientes es un esfuerzo.
46. Considero que mi comunicación con los pacientes es eficaz.
72. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.
86. La masificación de las consultas provoca que no haya una relación más próxima con los pacientes.
100. Considero muy importante una buena comunicación con el paciente para implicarle en su recuperación.

Los otros dos instrumentos utilizados en el estudio, que describimos a posteriori, han sido aplicados exclusivamente a los sanitarios, dado el objetivo de la investigación.

Con el propósito de conocer la influencia del estrés laboral en los sanitarios hemos utilizado el **Inventario "Burnout" de Maslach (MBI)** de Maslach y Jackson (1986), adaptado por Seisdedos en 1997. Este instrumento nos permite la evaluación de tres variables del síndrome de estrés laboral asistencial: el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de autorrealización personal. La variable cansancio emocional (CE) nos permite determinar los sentimientos de una persona exhausta por el propio trabajo; la variable despersonalización (DP) nos ofrece información sobre la respuesta del sanitario (fría y/o impersonal) hacia los usuarios (receptores de sus servicios); y, por último, la variable realización personal (RP) contiene elementos que nos permiten conocer el sentimiento de competencia y éxito del sanitario en su trabajo.

Las cuestiones planteadas con el MBI van dirigidas a identificar aquellos sanitarios que acumulan un estrés crónico que sobrepasa su capacidad de respuesta. El grado en que el sanitario padece el síndrome de estar quemado por estrés laboral se expresa mediante el cansancio emocional y la despersonalización, mientras que una puntuación elevada en realización personal refleja sentimientos de previenen del estrés laboral.

Al estudiar el estrés, debemos considerar las variables contextuales, individuales y consecuentes y, precisamente dentro de los consecuentes, se incluye el "síndrome de burnout". Este estado es una consecuencia psicológica del estrés laboral, caracterizado porque la persona sufre una desmotivación profesional y un abatimiento social, familiar y personal (Vera y Villaplana, 2003). Sobre esta base, nos ha parecido oportuno investigar con mayor detalle la posible relación entre el nivel de estrés laboral y la calidad de la comunicación del sanitario al usuario del servicio. "El estrés laboral ha sido reconocido por diversas instancias europeas (OIT, 2000; FEMCVT, 2001; AESST, 2002) como uno de los fenómenos más indeseables y relevantes de la realidad laboral actual" (Bermúdez, Martínez, Ríus y Esteve, 2004). El estrés se caracteriza por un conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y de comportamiento frente a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno de trabajo. Es un estado caracterizado por elevados niveles de excitación y angustia, con la frecuente sensación de no poder hacer frente a esa situación.

Para evaluar el grado en que el sanitario percibe su propia satisfacción, hemos utilizado la ***Escala de Bienestar Psicológico (EBP)*** de Sánchez-Cánovas (1998). Esta prueba se divide en cuatro subescalas: bienestar subjetivo, bienestar material, bienestar laboral y bienestar en su relación de pareja (aunque nosotros sólo hemos aplicado dos de ellas: el bienestar psicológico subjetivo y el bienestar material). Permite obtener, además de las puntuaciones parciales, una combinada que puede ser interpretada como un índice general de bienestar psicológico y una escala ponderada que se obtiene a partir de los ítems con mayor poder discriminativo. Hemos seleccionado este instrumento por su adecuación a los propósitos de la investigación. La escala de bienestar psicológico subjetivo hace referencia al nivel de *felicidad.* A mayor puntuación mayor percepción subjetiva de bienestar, entendida como el grado de satisfacción por la vida en la etapa del ciclo vital en la que aplicamos la prueba (los sentimientos que experimenta).

Con respecto al cuestionario de los pacientes (Anexo 2):

Hemos utilizado un cuestionario elaborado similar a la parte comunicativa analizada en el sanitario, pero desde la percepción del paciente, por lo que se ha compuesto únicamente de ítems relativos a los distintos elementos que intervienen en el acto comunicativo: *si se mira a los ojos al interlocutor, el nivel de atención, comprensión o escucha, etc.*

Este cuestionario es mucho más sencillo que el de los sanitarios, porque partimos de la premisa de que para ser paciente no se requiere de ningún nivel educativo previo, pues todas las personas independientemente de nuestros estudios somos usuarias de los servicios sanitarios.

4.3. Procedimiento.

Como hemos adelantado en líneas superiores, la distribución de la investigación se ha realizado en *las 8 Áreas de Salud* de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

La aplicación de la prueba se realizó durante el año 2011. El punto inicial de la investigación partió de la división de esas 8 Áreas en dos zonas claramente delimitadas: zona *urbana* y zona *rural*. En la zona *urbana* se incluyeron las dos capitales de provincias de Extremadura: Cáceres y Badajoz. El resto de localidades entraron en la denominada zona *rural* (Mérida, Don Benito, Villanueva, Llerena, Zafra, Coria, etc.).

La elección de los centros se ha basado en los siguientes criterios:

- ✓ Elección de las zonas más amplias y pobladas para garantizar la ejecución del estudio, quedándose algunas localidades de las más pobladas sin evaluar en la primera fase del estudio a modo de reserva por si se necesitaba ampliar el estudio.
- ✓ En la zona urbana se han buscado centros de atención primaria que tuviesen características poblacionales distintas u opuestas con la finalidad de obtener una mayor riqueza y pluralidad en los resultados.
- ✓ En la zona rural los centros de salud seleccionados han sido los existentes en la localidad.
- ✓ Los hospitales encuestados han sido los que había en las localidades en las que se había decidido que se llevase a cabo el estudio.

Una vez seleccionados los centros que iban a participar en el estudio y habiendo diseñado los instrumentos a aplicar, nos reunimos y entrevistamos con la Gerencia General del SES, institución que nos facilitó los contactos en las Gerencias de Área que nos permitiesen acercar el estudio a los centros a investigar y que, por tanto, nos facilitaran la aplicación de los cuestionarios en las entidades colaboradoras.

Tras haber establecido un primer contacto telefónico con las personas facilitadas desde la Gerencia General del SES y haber concertado una cita para explicarles nuestro estudio personalmente, acudíamos a la entrevista pactada (estos enlaces o contactos eran

Directores Médicos o Subdirectores Médicos o de Enfermería de los hospitales, Coordinadores de los centros de salud, etc.) en la que se les explicaba todo lo relativo a la investigación que estábamos llevando a cabo y al finalizar el encuentro, se les proporcionaban los cuestionarios para los sanitarios a encuestar, siendo estos contactos los encargados de distribuir los cuestionarios entre los sanitarios de su centro.

De este modo, gracias a estos enlaces, hemos podido aplicar y llevar a cabo la realización del estudio en varios sitios a la vez, cumpliendo una finalidad que hemos tenido muy presente desde el planteamiento del estudio: llevar a cabo la investigación de un modo que no entorpeciese la labor de los centros sanitarios, pretendiendo no interrumpir en la cotidianeidad de las instituciones sanitarias e intervenir lo menos posible en el desarrollo habitual de los centros sanitarios. Puesto que desde el inicio tuvimos presente que el ámbito sanitario, tanto por los enfermos que asisten, como por los profesionales que velan por la salud de numerosas personas a diario, merecía por nuestra parte un gran respeto y delicadeza durante el proceso de estudio de campo, y acordamos que la mejor opción posible era interrumpir en la menor medida de lo posible para no perjudicar la importante labor profesional que se desempeña en estas entidades.

Cuando los cuestionarios estaban completados, los contactos nos lo hacían saber telefónicamente y nosotros nos encargábamos de planificar los viajes de recogida de los mismos, con la finalidad de conocer personalmente cómo había sido la puesta en marcha y el desarrollo del estudio en cada centro.

En relación a los pacientes, la aplicación del cuestionario se ha realizado del mismo modo que con los centros de salud en el caso de las Asociaciones de Pacientes localizadas en Badajoz (descrito en líneas superiores). El proceso llevado a cabo en el resto de Asociaciones de Pacientes repartidas por toda la geografía extremeña, debido a la amplitud territorial de nuestra Comunidad Autónoma, ha sido distinto. Inicialmente realizamos un primer sondeo contactando con la asociación vía e-mail o telefónica (en el caso de las asociaciones de las que no localizábamos sus correos electrónicos) gracias a la información extraída de la Guía de Asociaciones de Pacientes y Familiares en Extremadura 2010-2011 (Junta de Extremadura, 2010). Posteriormente, a las asociaciones que nos comunicaron su deseo de participar en el estudio, les enviamos por correo postal los cuestionarios de pacientes. Nuevamente el proceso se repetía, ya que los contactos que teníamos en cada sede serían los encargados de distribuirlos entre sus asociados y, cuando tuvieran todos los cuestionarios completados, nos los devolvieran por correo.

Los pacientes no asociados han sido otra vía muy importante en la consecución de cuestionarios y el proceso a seguir ha consistido, igualmente, en la selección de un contacto que distribuyera los cuestionarios a otros pacientes y una vez completados, los recopilaba y nos los devolvía cumplimentados.

Durante todo este proceso de administración de pruebas, pese a la distancia y a la multitud de cuestionarios que teníamos aplicándose en diferentes zonas al mismo tiempo, nos manteníamos en contacto telefónico con nuestros *enlaces* encargados de distribuir y recoger los cuestionarios para estar en todo momento al tanto de cómo se iba produciendo el desarrollo del estudio.

Se organizaron dos periodos para desarrollar el estudio: el primero comprendido en el primer semestre de 2011 y el segundo centrado en el segundo semestre de 2011. La segunda puesta en marcha del estudio se debió a que, en el primer momento, no se consiguieron los cuestionarios necesarios que permitiesen garantizar una muestra representativa, por lo que se decidió reiniciar el estudio en octubre de 2011, incluyendo los centros, asociaciones y otros contactos que nos habían mostrado su interés de colaboración en la primera etapa de la investigación, pero que dejamos de reserva por si necesitábamos relanzar nuevamente el estudio de campo.

Para una mayor claridad en el procedimiento llevado a cabo, resumimos en el siguiente cuadro el proceso de realización del estudio:

Fase	Acción
1ª	Cuantificación de la población susceptible de ser encuestada. Solicitud de los permisos oficiales correspondientes. Selección de centros y población. Elaboración de cuestionarios.
2ª	Entrevista y visita explicativa de los objetivos del proyecto. Entrega de los cuestionarios a nuestros contactos. Distribución de las encuestas por parte de los intermediarios.
3ª	Recogida de los instrumentos. Cuantificación de los cuestionarios conseguidos en el primer periodo. Reinicio de las fases 1ª y 2ª.
4ª	Corrección de los cuestionarios. Tabulación de las respuestas.
5ª	Tratamiento de los datos y análisis de los resultados.
6ª	Elaboración de las conclusiones y de las propuestas de mejoras.

5. Resultados.

5. RESULTADOS.

Con la finalidad de comprobar si se cumplen las hipótesis formuladas, los datos obtenidos a través de los instrumentos se han analizado mediante el paquete estadístico SPSS 18.0 para Windows, que nos ha permitido realizar el tratamiento de los datos.

En cuanto a la elección de las pruebas estadísticas adecuadas a nuestra investigación creemos conveniente reseñar que, en primer lugar, se ha realizado un *Análisis Descriptivo* para establecer la distribución y las características de la muestra de *sanitario*s (atendiendo al *sexo*, *edad*, *años de experiencia profesional, especialidad, categoría profesional*, entre otros) y de *paciente*s (atendiendo al *sexo* y *edad*, entre otros) y se ha analizado la *comunicación* (en la muestra *sanitaria* y *paciente*), y el grado del *bienestar psicológico* y de *"burnout"* en la muestra sanitaria.

Tras este primer análisis, se efectuó un *Análisis Inferencial* en el que inicialmente se realizó un análisis comparativo de la *comunicación* (desde la perspectiva del *sanitario*) con las variables del *sanitario*: *sexo*, *edad*, *experiencia, especialidad* y *categoría profesional* con la finalidad de determinar la existencia de diferencias significativas entre ellas.

Para finalizar el análisis inferencial, se realizó un análisis correlacional, con el propósito de establecer la relación entre la *comunicación* y el nivel de *bienestar psicológico* en el *sanitario* (teniendo en cuenta el *sexo*, la *edad*, los *años de experiencia profesional,* la *especialidad* y la *categoría profesional* del *sanitario*), la relación entre la *comunicación* y el grado de *"burnout"* en el *sanitario*, la relación entre la *comunicación* desde la perspectiva del *paciente* y el nivel de *bienestar psicológico* en el *sanitario* (teniendo en cuenta el *sexo* y la *edad* del *paciente*) y la relación entre la *comunicación* desde la perspectiva del *paciente* y el grado de *"burnout"* en el *sanitario* (teniendo en cuenta el *sexo* y la *edad* del *paciente*).

Creemos conveniente resaltar que, por el elevado número de relaciones significativas establecidas y con el objetivo de clarificar y facilitar la comprensión de los resultados obtenidos, hemos efectuado los gráficos con la variable *global comunicación*, puesto que esta variable es una dimensión que engloba a todas las demás áreas comunicativas analizadas en el estudio. De este modo, hemos podido mostrar figuras que de un vistazo clarifiquen la multitud de información recogida en la tabla y se evita el exceso de gráficos significativos que puedan inducir a error en el lector.

En definitiva, todos los análisis realizados se dirigen a satisfacer los objetivos principales de nuestro estudio: *analizar la calidad y fluidez de la comunicación entre sanitarios y pacientes de la Comunidad Autónoma de Extremadura, evaluar la estrecha relación entre la comunicación del sanitario y varias de las dimensiones que pueden afectar directamente a la misma (síndrome de "burnout" y bienestar psicológico) y conocer el grado de conciencia de los sanitarios sobre el sentimiento general de los pacientes.*

A continuación mostramos los resultados.

5.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO.

5.1.1. Análisis descriptivo de las características sociodemográficas.

5.1.1.1. Sanitarios.

5.1.1.1.1. Sexo.

En la Tabla 1 observamos que la *mujer* representa el *69.6%* de la muestra y el *varón* el *30.4%* restante, apreciándose un desequilibrio de la muestra por un claro predominio femenino. Esto se debe a que las *mujeres* se decantan más por las profesiones sanitarias; de ahí que el colectivo femenino sea mucho más numeroso que el masculino en estos contextos laborales.

	n	%
Varón	231	30.4
Mujer	529	69.6
Total	760	100

Tabla 1. Frecuencias de la variable *Sexo.*

En la Figura 1, aparecen representadas gráficamente las diferencias porcentuales existentes entre ambos *sexo*s.

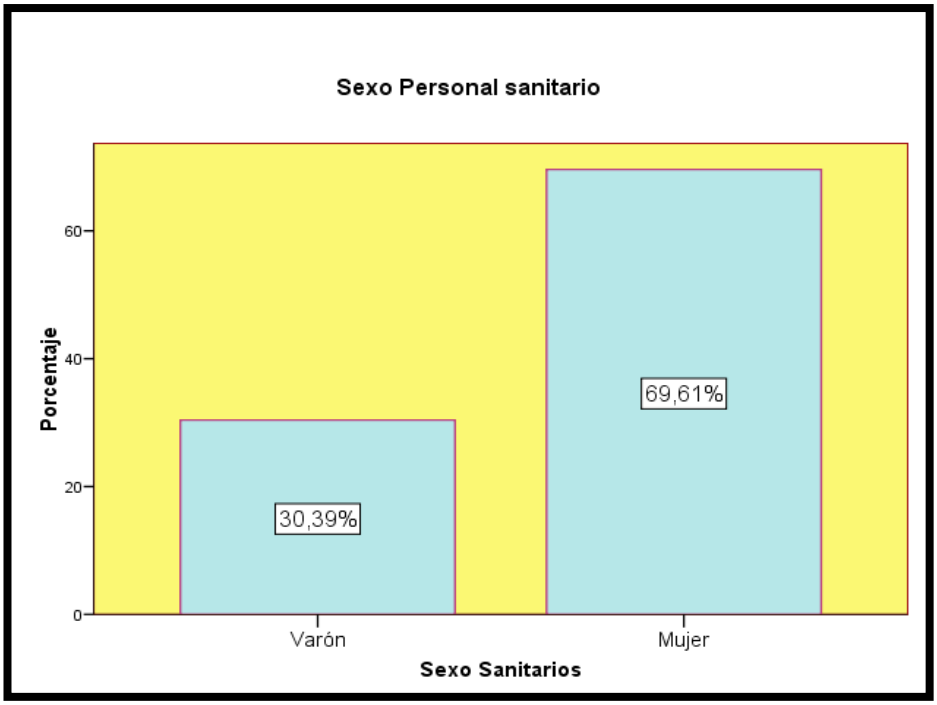


Figura 1. Gráfico de barras de la variable *Sexo.*

5.1.1.1.2. Edad.

	n	%
Menor de 25 años	18	2.4
Entre 25 y 35 años	118	15.5
Entre 36 y 45 años	218	28.7
Mayor de 45 años	406	53.4
Total	760	100

Tabla 2. Frecuencias de la variable *Edad.*

La Tabla 2 nos indica que el 2.4% de la muestra es *menor de 25 años*. Seguidamente, el *15.5%* tienen *entre 25 y 35 años*, el *28.7% entre 36 y 45 años* y el grupo más representativo es el de *mayores de 45 años*, que supone un *53.4%* de la muestra y que engloba a un total de *406* sujetos.

Se observa en torno al intervalo de *edad* una muestra muy irregular, en la que es destacable el intervalo de *edad* de *menores de 25* por la escasa representatividad de esta *edad* en la muestra (*18 sujetos*). Esto se debe a la larga duración de las carreras médicas, a la

posibilidad o no de haberse podido presentar a las oposiciones, etc., por lo que en estas edades no hay sanitarios.

	n	Mínimo	Máximo	Media	Error típico	Desv. típ.
Edad	760	Menor de 25 años	Mayor de 45 años	3.33	.03	.82

Tabla 3. Estadísticos descriptivos de la variable *Edad.*

La Tabla 3 nos indica que la puntuación media es *3.33,* lo que supone que la *edad* media de los *sanitario*s evaluados se encuentra *entre los 36 y 45 años* de *edad.*

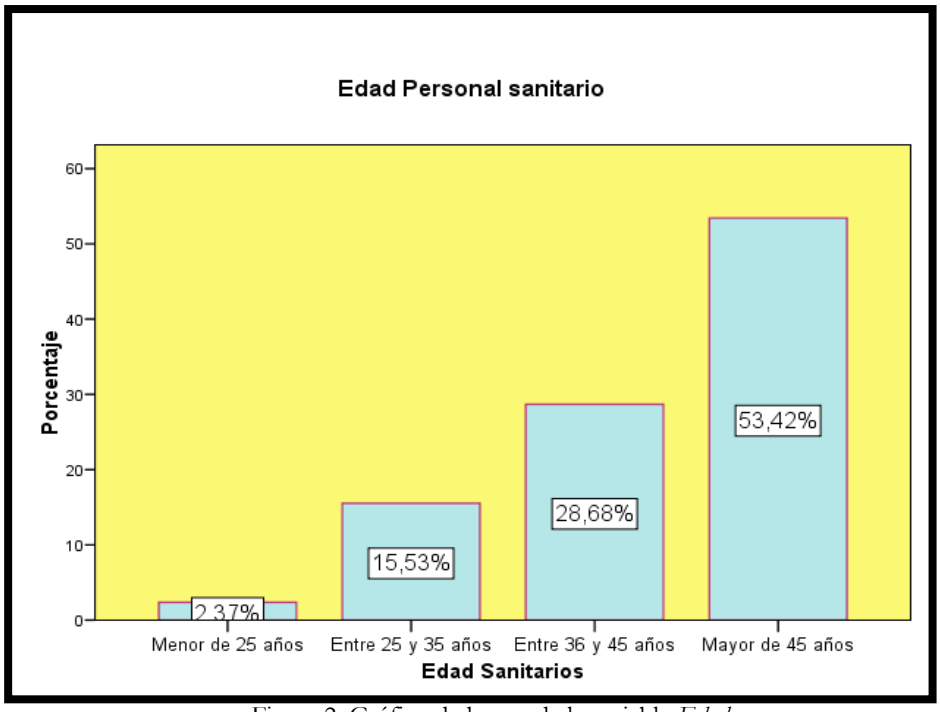


Figura 2. Gráfico de barras de la variable *Edad.*

5.1.1.1.3. Años de experiencia profesional.

En la Tabla 4 se recogen los estadísticos descriptivos de los *años de experiencia profesional* de los *sanitario*s. Los valores de codificación de las distintas edades se ha realizado de 1 a 4, detallamos la clasificación: *1* para los sanitarios *menores de 25 años*, *2* para los sanitarios de *entre 25 y 35 años*, *3* para los profesionales de *entre 36 y 45 años* y de *4* para los sanitarios *mayores de 45 años*. Vemos que la puntuación media es *2.70* de una puntuación

máxima de *3*, lo que indica que los encuestados llevan *más de 5 años* desempeñando su labor profesional como sanitario.

La *experiencia profesional* se relaciona con la *edad*. A mayor *edad*, *más experiencia* o años en la profesión.

	n	Mínimo	Máximo	Media	Error típico	Desv. típ.
Años de Experiencia Profesional	760	Entre 0 y 5 años	Más de 10 años	2.70	.02	.61

Tabla 4. Estadísticos descriptivos de la variable *Años de experiencia profesional.*

El gráfico de barras de la Figura 3 señala que el porcentaje más alto se sitúa en los profesionales que llevan *más de 10 años* (*78.68%*), representando ampliamente la muestra. Observamos que apenas existen diferencias entre los sujetos que llevan *entre 0 y 5 años* (*8.29%*) y los de *entre 6 y 10 años* (*13.03%*). Dado que el mayor porcentaje de encuestados llevan en el ejercicio profesional muchos años tienen, por tanto, más criterios para sentirse *quemados* o presionados en sus trabajos.

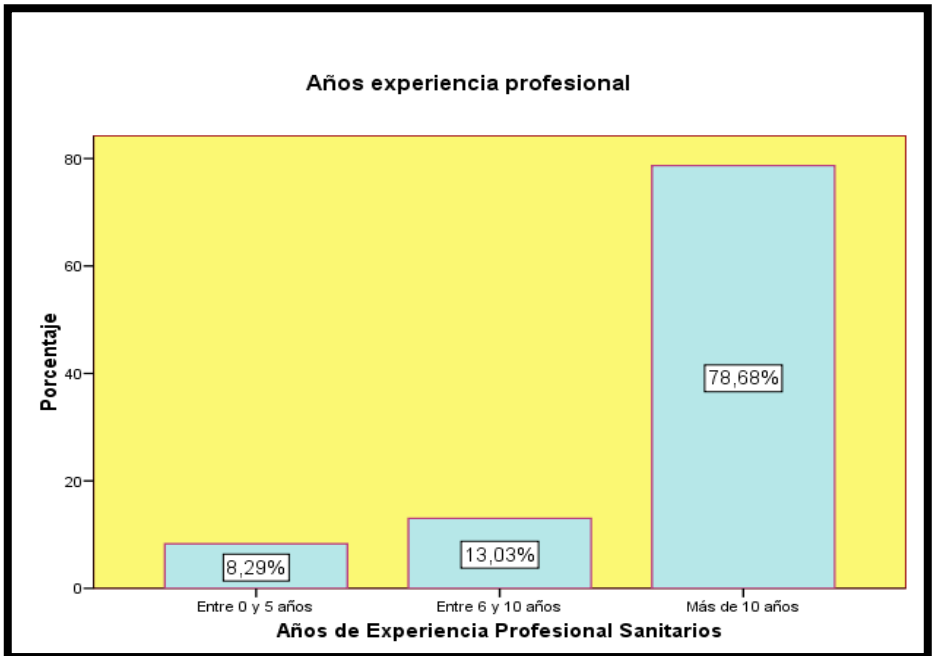


Figura 3. Gráfico de barras de la variable *Años de experiencia profesional.*

5.1.1.1.4. Áreas de Salud.

En la Tabla 5 se recogen las ocho *Áreas de Salud* del SES y los porcentajes de participación en cada una de ellas. Observamos que el *22.8%* procede de *Badajoz*, seguido con los *sanitario*s de *Cáceres* (*17.2%*) y *Mérida* (*16.2%*). Esto se debe a que son los mayores núcleos poblacionales y el nivel de recursos personales es superior.

	n	%
Badajoz	173	22.8
Mérida	123	16.2
Don Benito-Vva. De la Serena	78	10.3
Llerena-Zafra	91	12.0
Cáceres	131	17.2
Plasencia	39	5.1
Coria	39	5.1
Navalmoral de la Mata	86	11.3
Total	760	100

Tabla 5. Frecuencias de la variable *Áreas de Salud.*

Vemos que el número de participantes restantes entre *áreas* está muy equilibrado. Observamos resultados similares entre los *sanitario*s de *Llerena-Zafra* (*11.97%*), *Navalmoral de la Mata* (*11.32%*) y *Don Benito-Vva.* (*10.26%*). En las *Áreas de Salud* de *Plasencia* y *Coria* observamos el mismo índice de participación en el estudio (*5.13%*).

El equilibrio porcentual establecido entre las *Áreas de Salud*, ha permitido que la suma entre ellas alcance casi un 40% de la muestra referida al colectivo rural.

5.1.1.1.5. Localidad de ejercicio de su profesión.

En la Tabla 6 se muestra la localidad en la que ejercen los *sanitario*s que han intervenido en el estudio. El *61.2%* trabaja en algún centro *sanitario* de la provincia de *Badajoz* y el *38.8%* restante, desempeña su labor sanitaria en la provincia de *Cáceres*.

	n	%
Badajoz	465	61.2
Cáceres	295	38.8
Total	760	100

Tabla 6. Frecuencias de la variable *Localidad de ejercicio.*

Como se puede comprobar, el gráfico de barras de la Figura 4 nos confirma la existencia de diferencias significativas en relación al nivel participativo de *Badajoz* y *Cáceres*. *Badajoz* sobresale en la muestra, suponiendo un *61.2%* (*465 sanitario*s) y *Cáceres* representa el *38.8%* (*295* profesionales).

Estos resultados nos parecen lógicos teniendo en cuenta que solamente la ciudad de *Badajoz* cuenta con una mayor población.

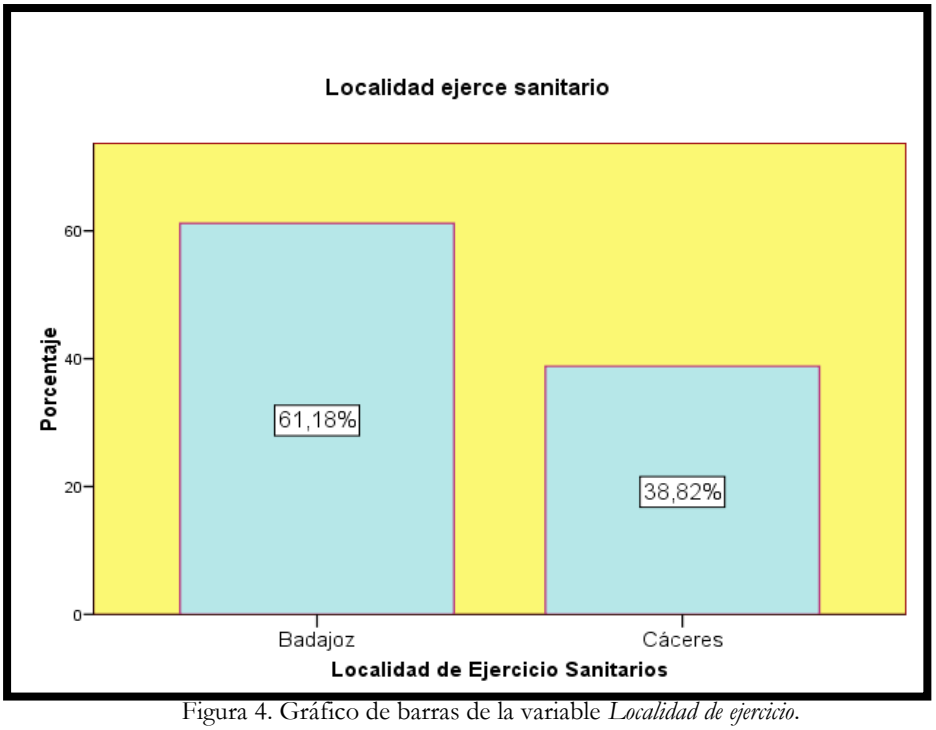


Figura 4. Gráfico de barras de la variable *Localidad de ejercicio.*

5.1.1.1.6. Procedencia.

	n	%
Rural	456	60
Urbano	304	40
Total	760	100

Tabla 7. Frecuencias de la variable *Procedencia.*

En la Tabla 7 se muestra que el *40%* de los sujetos pertenece a los núcleos *urbanos* extremeños de *Cáceres* y/o *Badajoz*. El *60%* restante se corresponde con los *sanitario*s de las distintas poblaciones *rurales* encuestadas (*Don Benito, Villanueva*, *Coria*, etc.).

5.1.1.1.7. Nivel de atención.

El gráfico de barras de la Figura 5 nos indica que el *62.63%* de los *sanitario*s trabaja en *hospitales* (*atención especializada*) y que el *37.37%* restante, desempeña su ocupación en los centros de *atención primaria.*

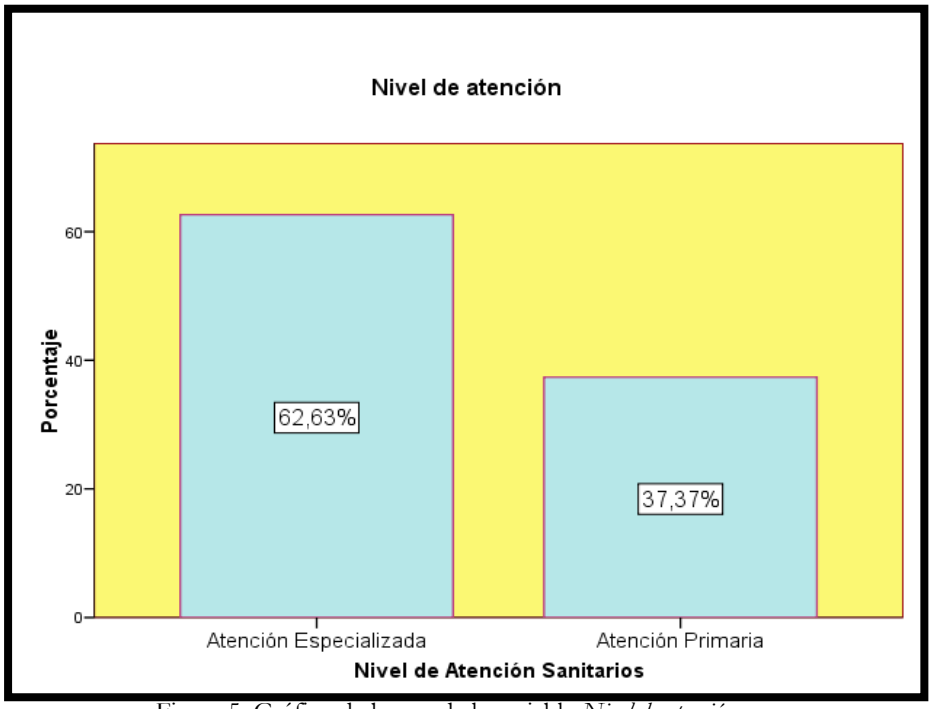


Figura 5. Gráfico de barras de la variable *Nivel de atención.*

5.1.1.1.8. Categoría profesional.

La Tabla 8 recoge la distribución de los *sanitarios* según la *categoría profesional* a la que pertenezcan. Subrayamos que todos los profesionales desempeñan su labor en centros *sanitarios* de la *Comunidad Autónoma de Extremadura*. De forma mayoritaria, el *47.1%* son *enfermeros* constituyendo casi la mitad de la muestra. Seguidamente observamos que el *32.8%* son *médicos* y que el *20.1%* restante, lo constituyen los *técnicos auxiliares*.

	n	%
Medicina	249	32.8
Enfermería	358	47.1
Técnico Auxiliar	153	20.1
Total	760	100

Tabla 8. Frecuencias de la variable *Categoría profesional.*

El gráfico de barras de la Figura 6 corrobora lo comentado anteriormente. Esto se debe a que la distribución de la muestra la hemos equilibrado porcentualmente en función al número total de profesionales presentes en cada *categoría* facilitados por el *SES*.

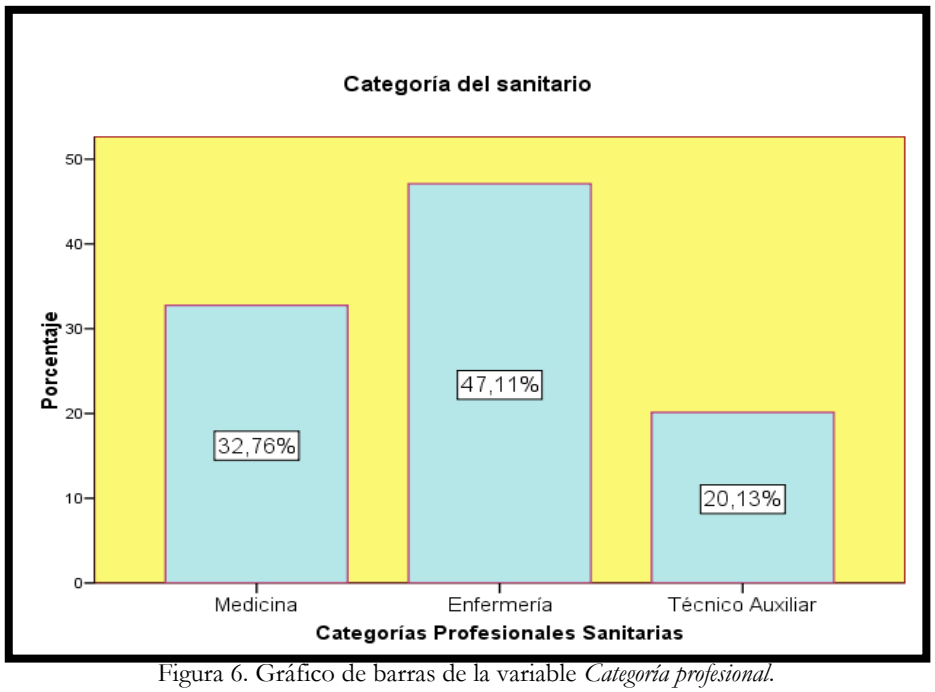


Figura 6. Gráfico de barras de la variable *Categoría profesional.*

5.1.1.1.9. Especialidad.

	N	N válido	Mínimo	Máximo	Media	Error típico	Desv. típ.
Especialidad	760	450	Urgencias	Farmacia	7.25	.35	7.42

Tabla 9. Estadísticos descriptivos de la variable *Especialidad.*

En la Tabla 9 se recogen los estadísticos descriptivos de la *especialidad* de los *sanitario*s evaluados, no obstante, comprobamos que de los *760* sujetos que componen la muestra sólo han respondido a esta cuestión *450 sanitario*s. La puntuación media obtenida es de *7.25*.

Evidenciamos en la Figura 7 la evidente variabilidad de las especialidades de los *sanitario*s de la muestra. Resaltamos la afluencia de *sanitario*s de *medicina general* (*36.89%*), seguidos de los dedicados a *medicina interna* (*12.44%*), de los de *urgencias* (*10.89%*) y de los de *cirugía general* (*8.67%*). Los que trabajan en el *materno infantil* o *neonatología* y los de *pediatría* presentan índices muy similares (*6.67%* y *6.22%*, respectivamente). El resto constatamos que tiene una representación muestral inferior.

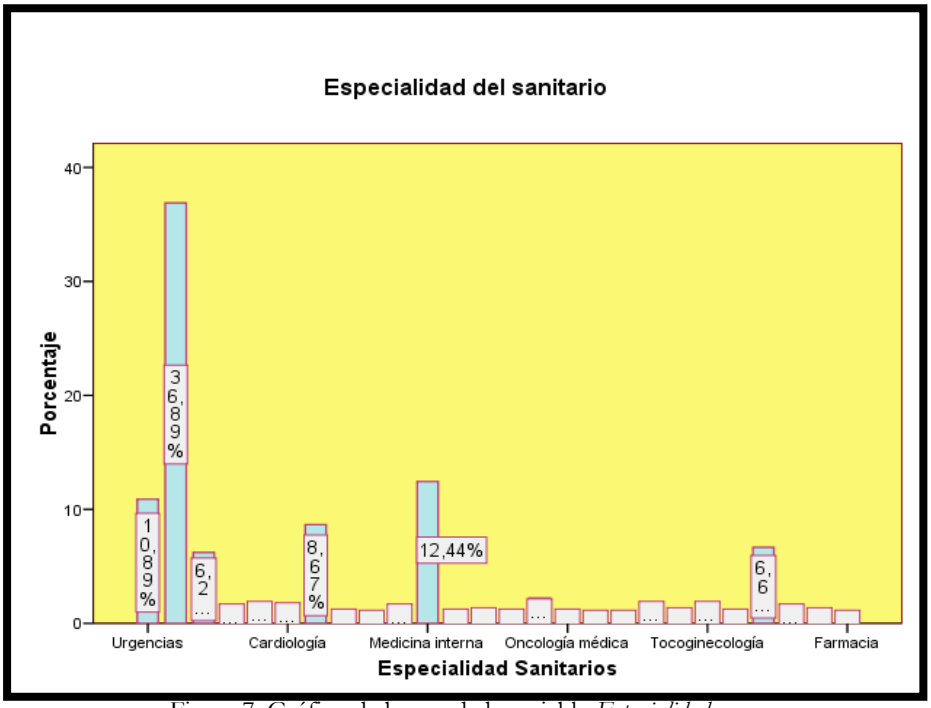


Figura 7. Gráfico de barras de la variable *Especialidad.*

5.1.1.2. Pacientes.

5.1.1.2.1. Sexo.

En la Tabla 10 observamos que la *mujer* representa más de la mitad de la muestra (*59.3%*) y el *varón* el *40.7%* restante, apreciándose un leve desequilibrio de la muestra.

	n	%
Varón	268	40.7
Mujer	390	59.3
Total	658	100

Tabla 10. Frecuencias de la variable *Sexo.*

5.1.1.2.2. Edad.

La Tabla 11 nos indica que la puntuación media asciende a *2.98*, equivalente a una *edad* de *entre 25 y 35 años*. La *edad* mínima de nuestros *pacientes* es de *menos de 25 años* y la máxima de *más de 45 años*.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Error típico	Desv. típ.
Edad	658	Menor de 25 años	Mayor de 45 años	2.98	.04	1.03

Tabla 11. Estadísticos descriptivos de la variable *Edad.*

Teniendo en cuenta la distribución por *edades*, observamos en la Figura 8 que el porcentaje más alto se sitúa en los *mayores de 45 años* de *edad* con un *42.71%*. Seguidamente, aparecen los *pacientes* de *entre 25 y 35 años* de *edad* (*26.60%*), los de *entre 36 y 45 años* (*21.43%*). Destacamos que los *pacientes menores de 25 años* representan sólo el *9.27%* de la muestra.

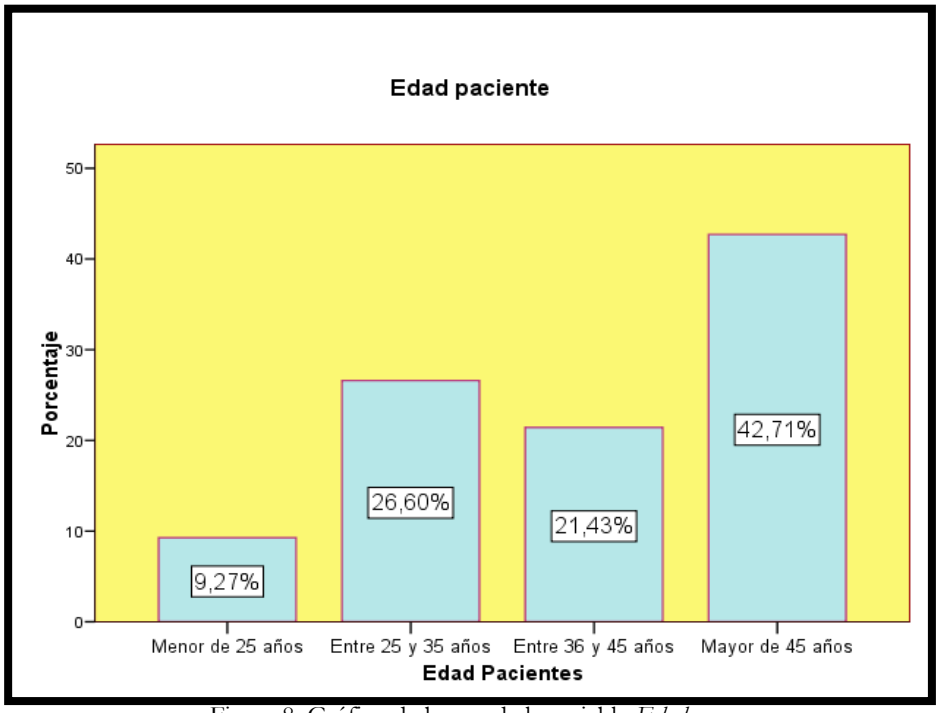


Figura 8. Gráfico de barras de la variable *Edad.*

5.1.1.2.3. Localidad.

A través de los datos de la Tabla 12 constatamos la predominancia de la participación de *pacientes* procedentes de la provincia de *Badajoz*, que supone el *88.6%* de los *pacientes* totales. Observamos una minoría cacereña que representa únicamente a un *11.6%* de los *pacientes* encuestados.

Este desequilibrio muestral es debido, a que, las *asociaciones de pacientes* colaboradoras son generalmente de Badajoz, al igual que los *pacientes no asociados*.

	n	%
Badajoz	582	88.6
Cáceres	76	11.6
Total	658	100

Tabla 12. Frecuencias de la variable *Localidad.*

La Figura 9 representa la gran diferencia de participación existente, lo que nos permite constatar gráficamente las diferencias tan significativas entre ambas provincias comentadas anteriormente en las *frecuencias de la Tabla 12*.

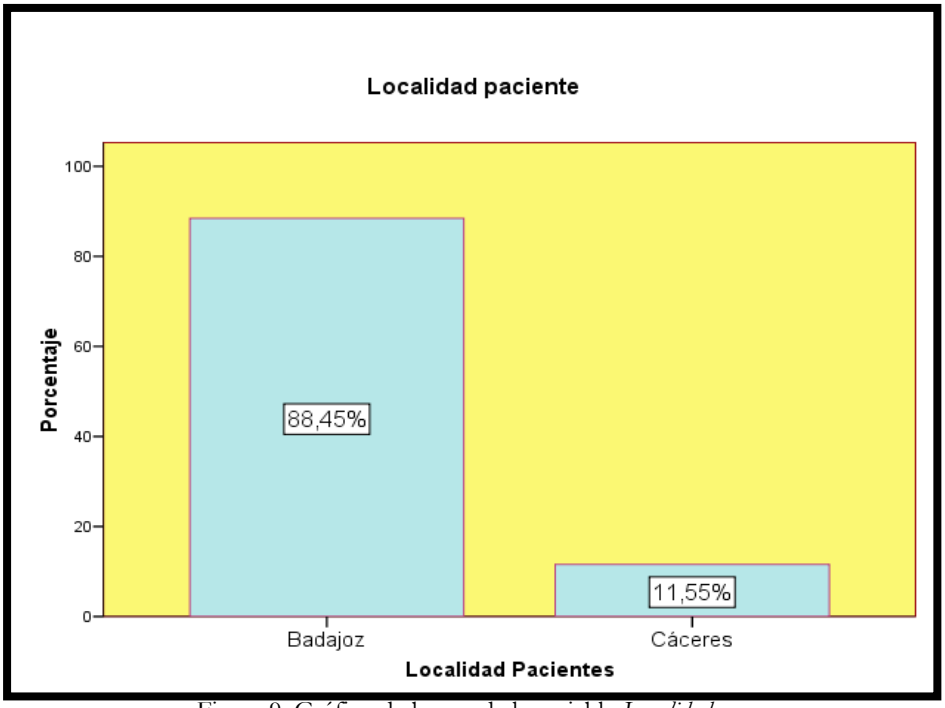


Figura 9. Gráfico de barras de la variable *Localidad.*

5.1.1.2.4. Actividad profesional.

	N	N válido	Mínimo	Máximo	Media	Error típico	Desv. típ.
Actividad Profesional	658	369	Agraria	Pensionista	20.78	.30	7.93

Tabla 13. Estadísticos descriptivos de la variable *Actividad profesional.*

En la Tabla 13 se recogen los estadísticos descriptivos de la *actividad profesional* de los *pacientes* evaluados, no obstante, comprobamos que de los *658 pacientes* que componen la muestra sólo han respondido a esta cuestión *369* sujetos. La puntuación media obtenida es de *20.78*.

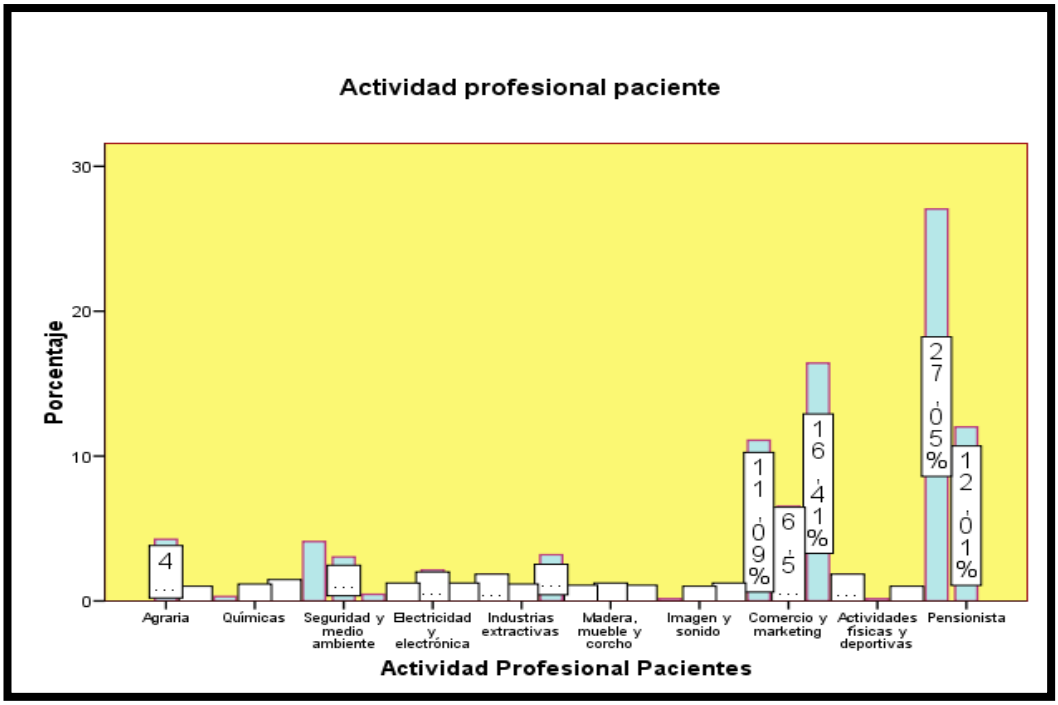


Figura 10. Gráfico de barras de la variable *Actividad profesional.*

Observamos en la Figura 10 la evidente variabilidad de los empleos de los *pacientes* de la muestra. Resaltamos la afluencia de sujetos *en paro* (*27.05%*), seguidos de los dedicados a los *servicios socioculturales y a la comunidad* (*16.41%*), de los *pensionistas* (*12.01%*), de los de *administración y gestión* (*11.09%*) y los de *comercio y marketing* (*6.53%*). El resto observamos que tiene una representación muestral inferior.

5.1.2. Análisis descriptivo de las características profesionales de los *sanitarios*.

5.1.2.1. Global comunicación.

En relación a la percepción global que tienen los *sanitarios* sobre sus *habilidades comunicativas*, comprobamos en la Tabla 14 que, en una puntuación *mínima de 1 punto y máxima de 5 puntos,* las frecuencias muestran unos niveles bastante altos que oscilan entre unas puntuaciones medias de *3.34* y *4.18*, lo que evidencia que la muestra sanitaria se

percibe como *competente* en los diferentes aspectos que se relacionan con una *adecuada calidad y fluidez de la comunicación* hacia el paciente.

	n	Media	Desv. típ.
Habilidades Sociales		4	.61
Habilidades Comunicativas		3.97	.70
Satisfacción Laboral		3.82	.62
Falta de Recursos	760	3.34	.67
Calidad de Atención al Paciente		3.68	.60
Empatía		4.18	.75
Global Comunicación		3.92	.56

Tabla 14. Frecuencias de las dimensiones de la *Comunicación.*

El gráfico de barras de la Figura 11 verifica que la mayoría de los *sanitarios* (*71.05%*) considera que sus *habilidades comunicativas* globales son *elevadas* o *muy elevadas* (*11.18%*). Los resultados indican que la percepción que tiene el sanitario **es adecuada.**

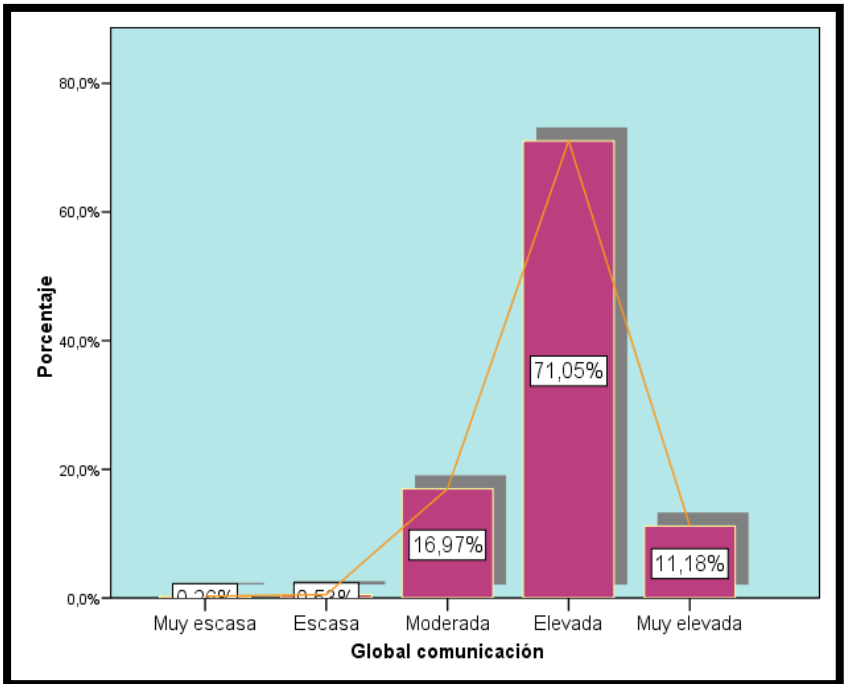


Figura 11. Gráfico de barras de la variable *Global comunicación.*

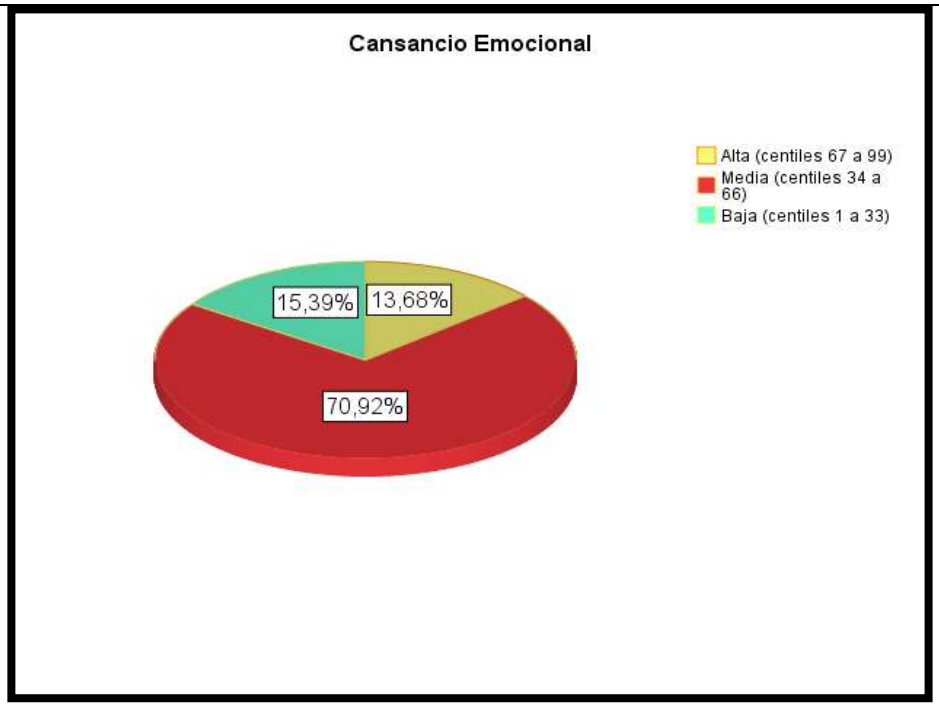
5.1.2.2. "Burnout".

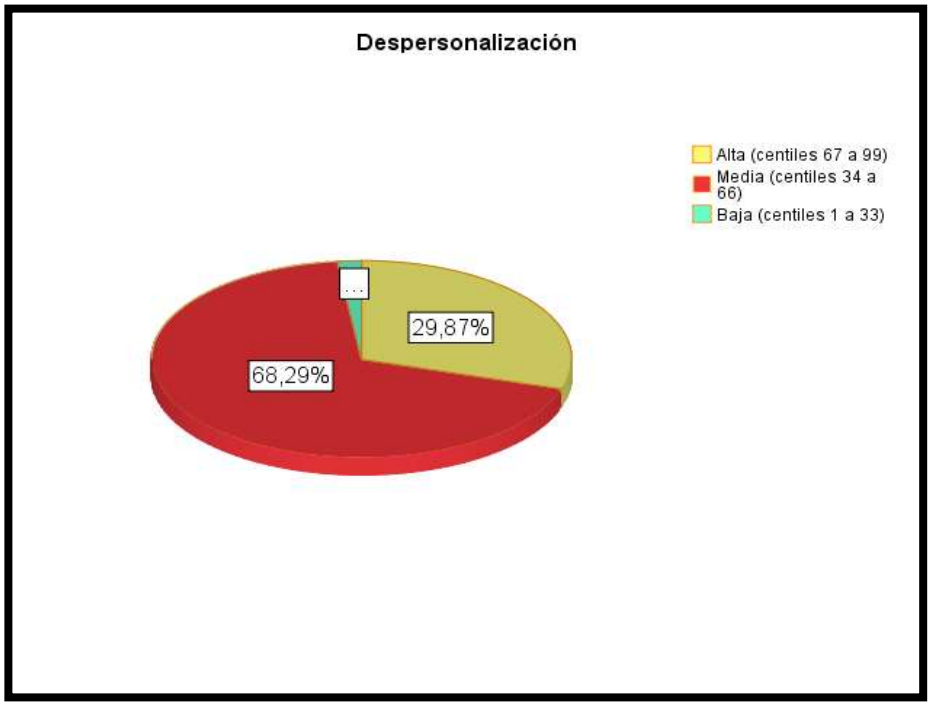
En relación al *síndrome de "burnout"* que presentan los *sanitario*s, se ha medido en una escala de puntuación de valores *(1, 2 y 3)*, considerando que a menor media obtenida, mejores resultados. El valor *(1)* se ha referido a las medias *altas* (centiles entre el *67* y el *99*), el valor *(2)* a las puntuaciones centiles *medias* (entre *34* y *66*) y el valor *(3)* a las medias *bajas* (centiles entre *1* y *33*). En los resultados obtenidos en la Tabla 15 evidenciamos que las medias muestran unas mínimas de *1.72* (*despersonalización*) y unas máximas de *2.68 (falta de autorrealización personal*) lo que indica que la muestra sanitaria presenta ***escasa* predisposición al *"burnout"*.**

	n	Media	Desv. típ.
PC Cansancio Emocional	760	2.02	.53
PC Despersonalización		1.72	.48
PC Falta de Autorrealización Personal		2.68	.47

Tabla 15. Frecuencias de las dimensiones del *"Burnout"*.

Los gráficos de sectores de la Figura 12 nos indican que en *cansancio emocional* y en *despersonalización* los *sanitario*s presentan sus porcentajes *más altos* en los centiles intermedios que oscilan entre los *34* y *66* con un *70.92%* y un *68.29%*, respectivamente. No obstante, los *sanitario*s manifiestan una *falta de autorrealización personal baja (centiles de 1 a 33)* que corresponde al *68.55%* de la muestra sanitaria, lo que nos indica que sí se *sienten autorrealizados* en su puesto de trabajo.


Cansancio Emocional
Alta (centiles 67 a 99)
Media (centiles 34 a 66)
Baja (centiles 1 a 33)
15,39%
13,68%
70,92%


Despersonalización
Alta (centiles 67 a 99)
Media (centiles 34 a 66)
Baja (centiles 1 a 33)
...
29,87%
68,29%

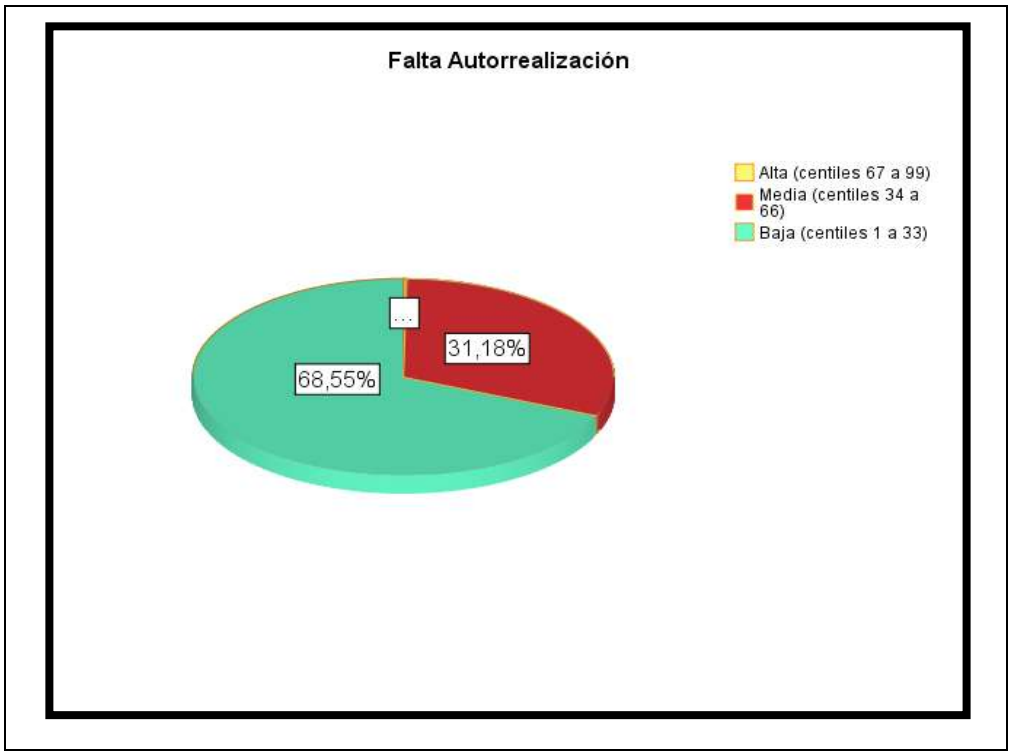


Figura 12. Grupo de gráficos de sectores de las dimensiones del *"Burnout"*.

5.1.2.3. Bienestar psicológico.

En relación al grado de *bienestar psicológico* que presentan los *sanitario*s según los resultados obtenidos, constatamos en la Tabla 16 que las medias muestran unos niveles intermedios con una puntuación media mínima de *65.56* (*bienestar psicológico subjetivo*) y una puntuación media máxima de *66.62* (*bienestar material*) lo que indica que la muestra sanitaria tiene unos niveles no significativos de *bienestar psicológico*.

	n	Media	Desv. típ.
PC Bienestar Psicológico Subjetivo	760	65.56	27.58
PC Bienestar Material		66.62	22.64

Tabla 16. Frecuencias de las dimensiones del *Bienestar psicológico*.

Los gráficos de barras de la Figura 13 nos indican que en el centil más relevante en *bienestar psicológico subjetivo* lo encontramos en el *centil 90* en el que se sitúa alrededor del *15%* (concretamente el *14.74%*) de los *sanitario*s estudiados. En relación al *bienestar material* vemos que el centil más destacado lo localizamos en el *centil 80* que supone aprox. un *11%* (concretamente el *10.79%*). Tanto el *bienestar psicológico subjetivo* como el *bienestar material*

representan valores significativos que señalan un ***apropiado*** **grado de** ***bienestar psicológico.***

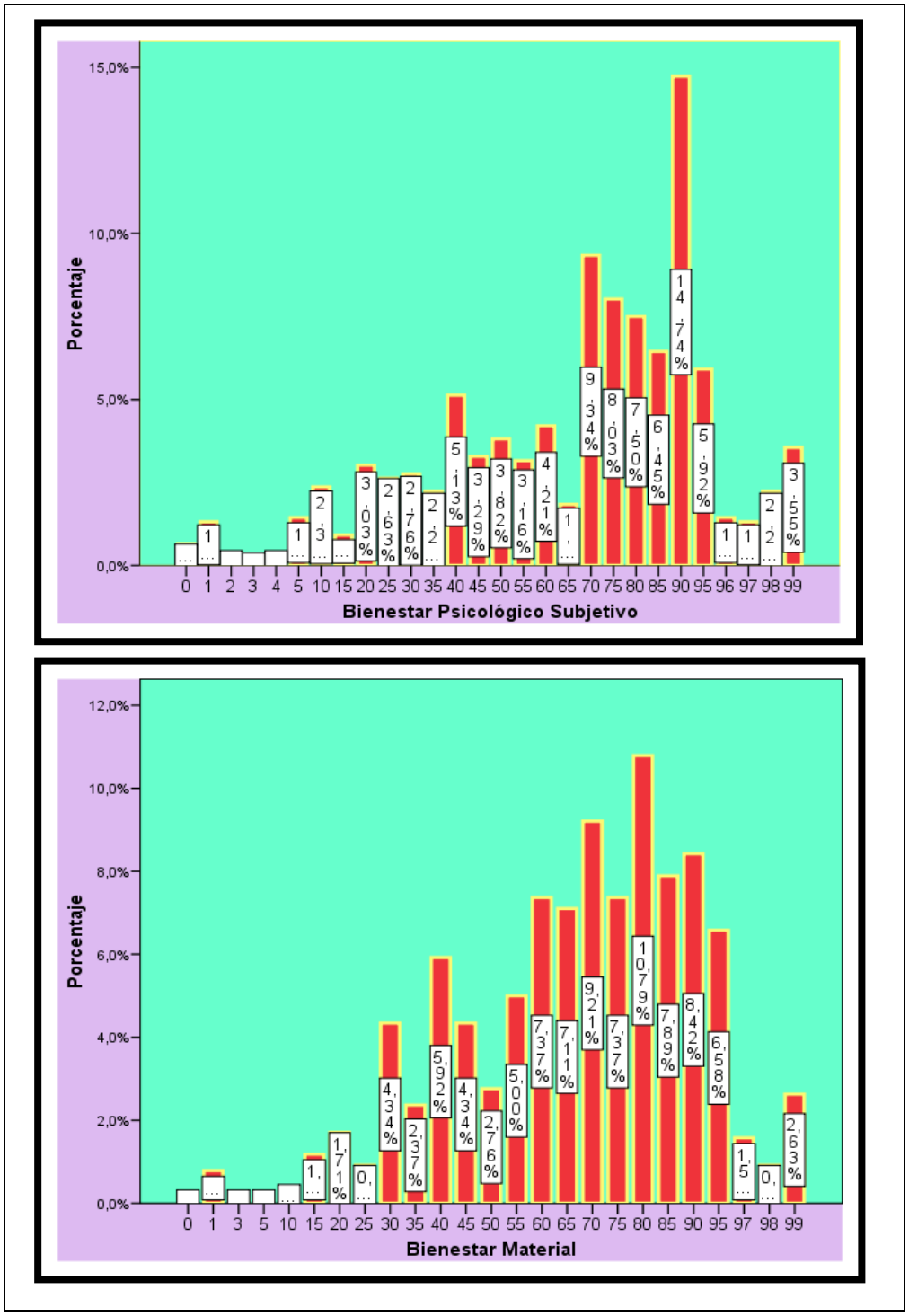


Figura 13. Grupo de gráficos de barras de las dimensiones del *Bienestar psicológico*.

5.1.3. Análisis descriptivo de la calidad de la *comunicación* en los *sanitarios*.

5.1.3.1. Análisis descriptivo de las habilidades comunicativas atendiendo al sexo de los sanitarios.

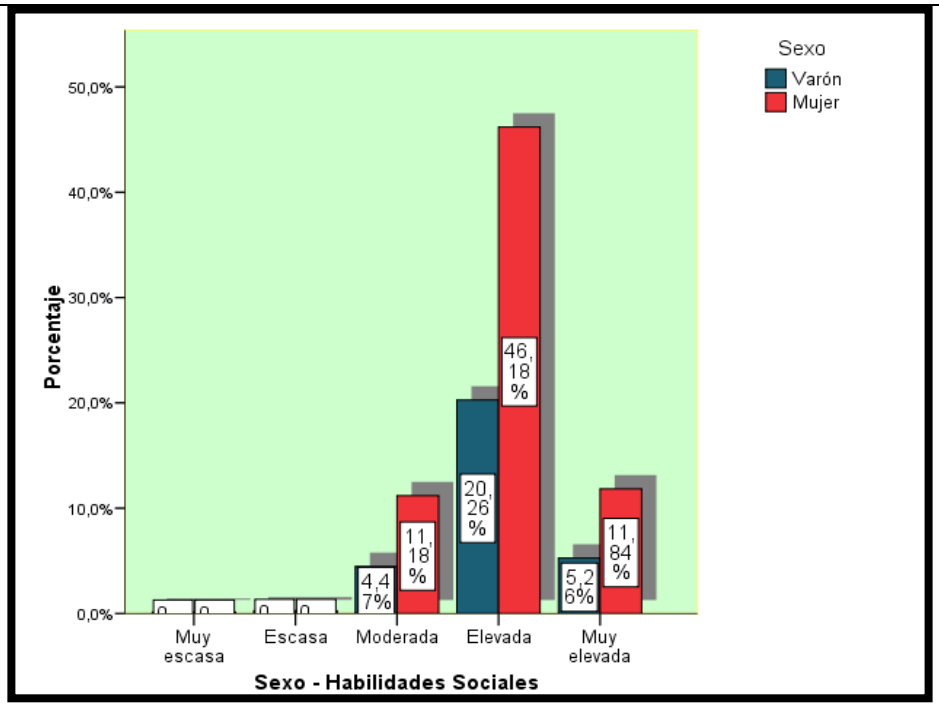
En la Tabla 17 mostramos la relación entre ***habilidades comunicativas y sexo.*** Comprobamos que son las *mujeres* las que tienen mayor representación en la muestra (*529*), frente a *231 varones*. Constatamos que *varones* y *mujeres* consideran que todas sus *habilidades comunicativas* son muy apropiadas porque en una escala de *1 a 5* las medias en ambos *sexos* se localizan con mínimas de *3.68* y máximas de *4.21*. En las medias observamos que las puntuaciones medias más elevadas se ubican en *empatía* tanto en *varones* (*4.10*) como en *mujeres* (*4.21*) y que el resto de puntuaciones obtenidas son prácticamente iguales como en *habilidades comunicativas* (*3.98* en *varones* y *3.96* en *mujeres*) o en el *global comunicación* (*3.93* en *varones* y *3.92* en *mujeres*) e incluso coincidentes como en *habilidades sociales* (que ambos puntúan *4*) y *calidad de atención al paciente* (ambos *sexos* puntúan *3.68*).

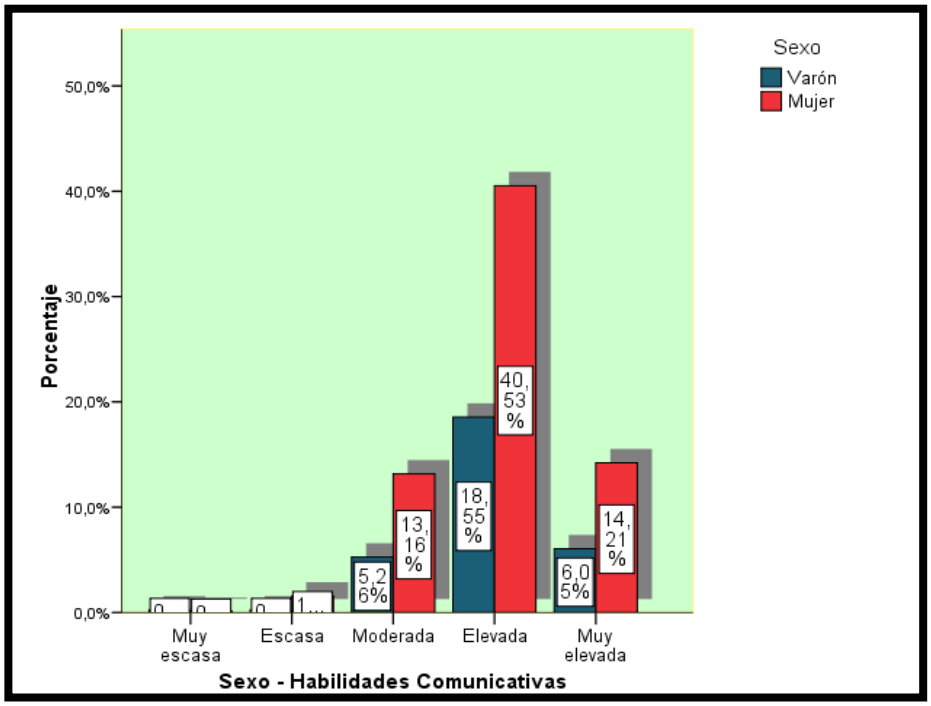
	n	Sexo					
		Varón			Mujer		
		n	Media	Desv. típ.	N	Media	Desv. típ.
Habilidades Sociales			4	.62		4	.60
Habilidades Comunicativas			3.98	.69		3.96	.70
Calidad de Atención al Paciente	760	231	3.68	.62	529	3.68	.59
Empatía			4.10	.76		4.21	.74
Global Comunicación			3.93	.61		3.92	.54

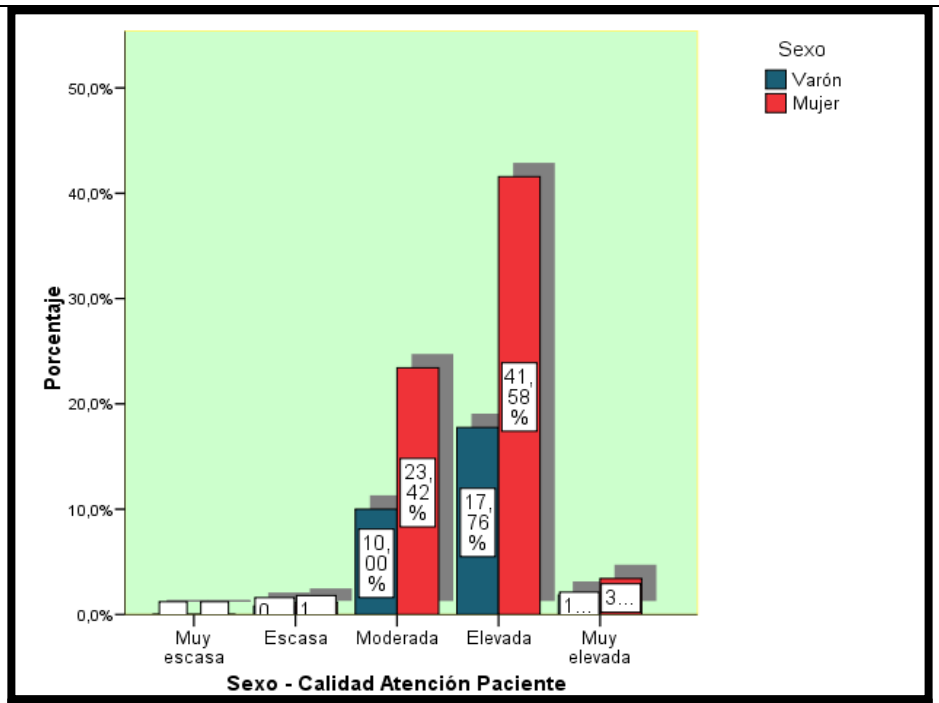
Tabla 17. Tabla de Contingencia *Sexo – Comunicación.*

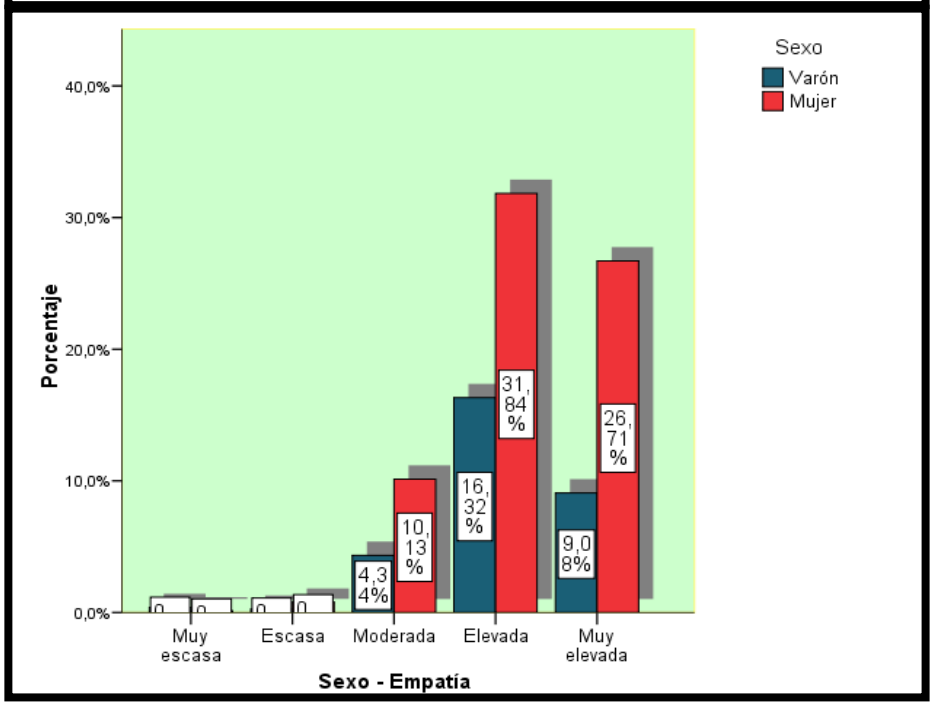
En la Figura 14, se observa que la *mujer* es la que obtiene puntuaciones más elevadas, puesto que señala en todos los aspectos analizados que la *comunicación* con el *sanitario* es *elevada.* Asimismo, las *mujeres* manifiestan los porcentajes más significativos que oscilan entre los *31.84%* de mínimo (*empatía*) y los *49.87%* de máximo (*global comunicación*).

Seguidamente vemos que los *varones* están de acuerdo con las *mujeres*. Sus puntuaciones más altas también se recogen en la consideración de que la *comunicación* en el *sanitario* es *elevada* en todos los parámetros evaluados (*habilidades sociales, habilidades comunicativas, calidad de atención al paciente, empatía y global comunicación*). Sus puntuaciones más elevadas se localizan entre los *13.32%* de mínima en la variable *empatía* y los *28.26%* máxima en la dimensión *habilidades sociales*.






Sexo
Varón
Mujer
Porcentaje
50,0%
40,0%
30,0%
20,0%
10,0%
0,0%
10,00%
23,42%
17,76%
41,58%
Muy escasa
Escasa
Moderada
Elevada
Muy elevada
Sexo - Calidad Atención Paciente


Sexo
Varón
Mujer
Porcentaje
40,0%
30,0%
20,0%
10,0%
0,0%
4,34%
10,13%
16,32%
31,84%
9,08%
26,71%
Muy escasa
Escasa
Moderada
Elevada
Muy elevada
Sexo - Empatía

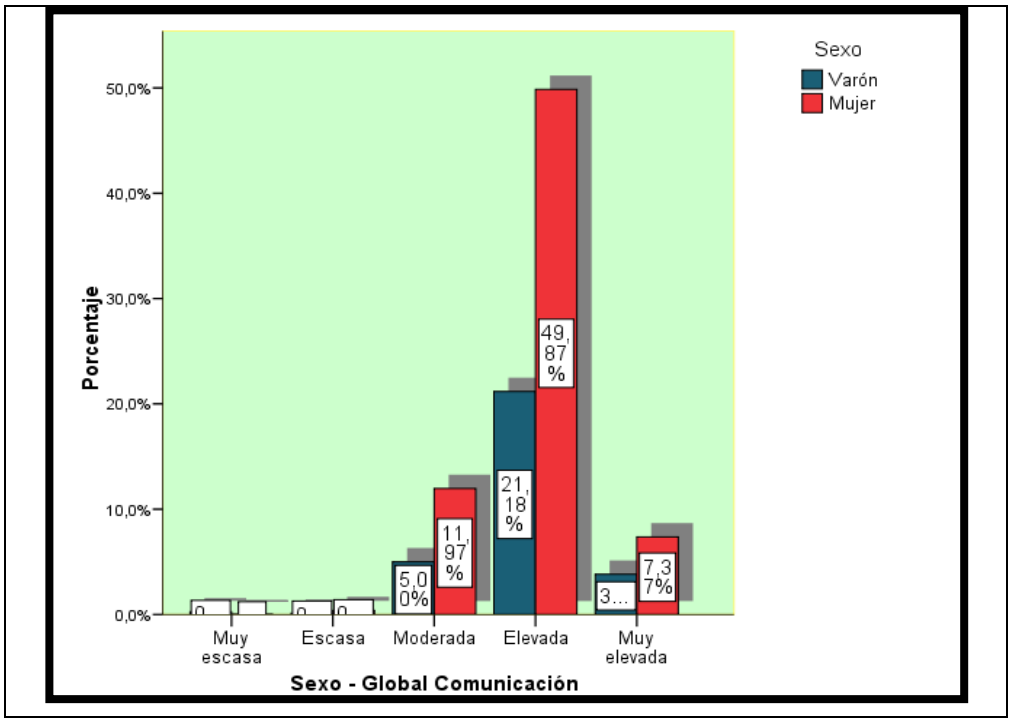


Figura 14. Grupo de gráficos de barras de la relación *Sexo – Comunicación.*

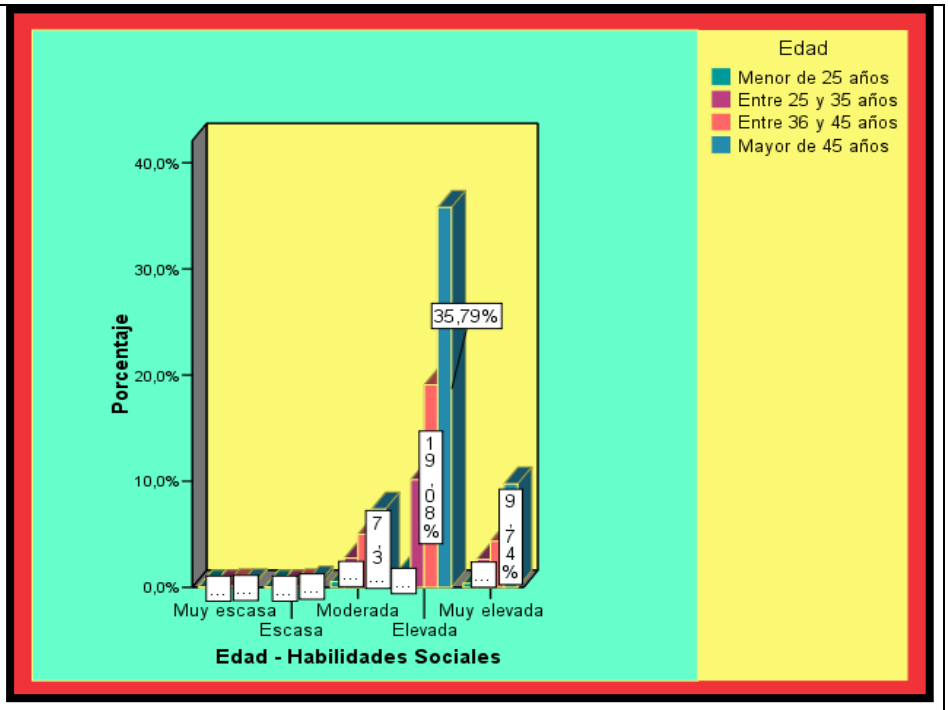
5.1.3.2. Análisis descriptivo de las habilidades comunicativas atendiendo a la edad de los sanitarios.

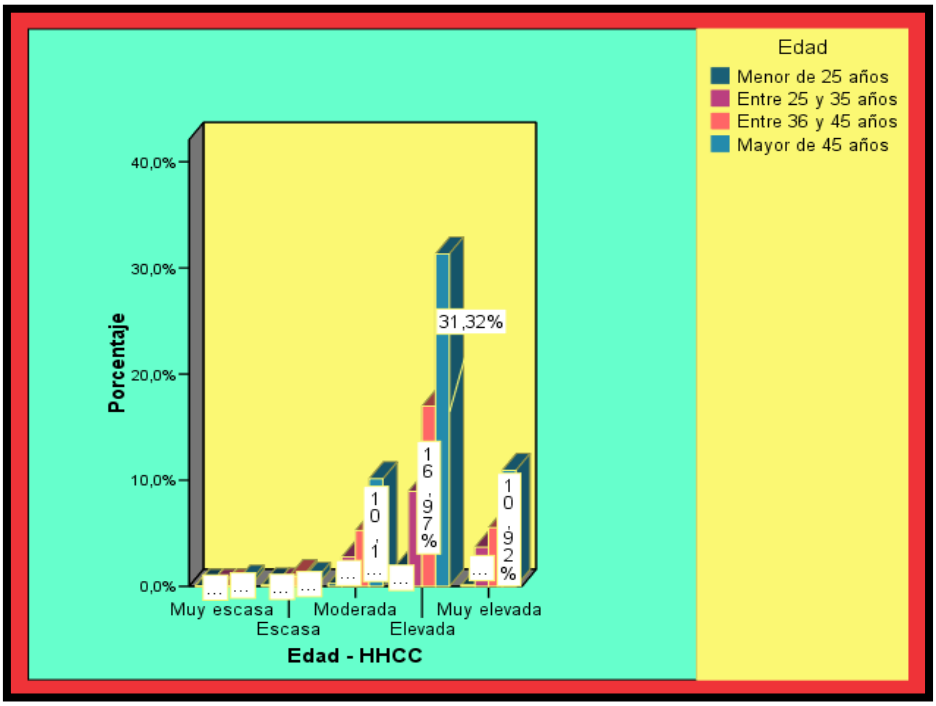
En la Tabla 18 mostramos la relación entre ***habilidades comunicativas y edad.*** Constatamos que son los *mayores de 45 años* los *sanitarios* que tienen mayor representación en la muestra (*406*), seguidos de los de *entre 36 y 45 años* (*218*), de los de *entre 25 y 35 años* (*118*) y de los *menores de 25 años* que son la parte menos representativa de la muestra (*18*). Asimismo, observamos que las medias oscilan entre *3.66* de mínima y *4.19* de máxima, por lo que son puntuaciones muy elevadas que se interpretan como niveles comunicativos muy adecuados en todos los casos.

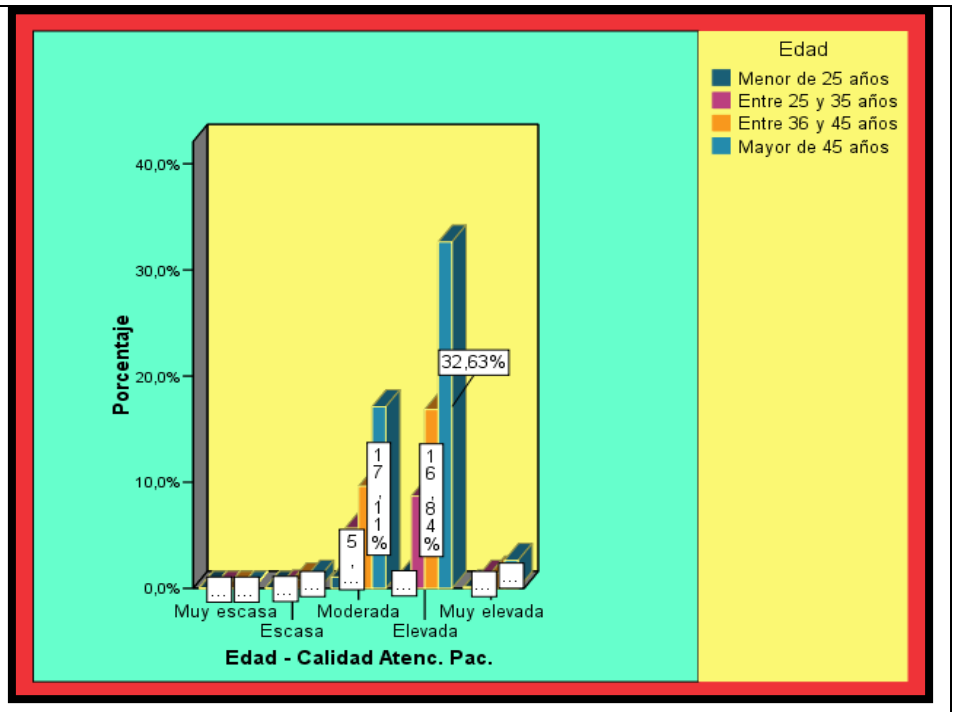
	n	Edad											
		Menor de 25 años			Entre 25 y 35 años			Entre 36 y 45 años			Mayor de 45 años		
		n	Media	Desv. típ.	n	Media	Desv. típ.	n	Media	Desv. típ.	n	Media	Desv. típ.
Habilidades Sociales			3.94	.63		3.99	.59		3.95	.62		4.02	.61
Habilidades Comunicativas			3.83	.61		4.04	.67		3.94	.71		3.97	.71
Calidad de Atención al Paciente	760	18	3.61	.60	118	3.69	.60	218	3.66	.61	406	3.69	.59
Empatía			3.89	.75		4.18	.75		4.17	.74		4.19	.75
Global Comunicación			3.72	.57		4.00	.57		3.89	.54		3.93	.57

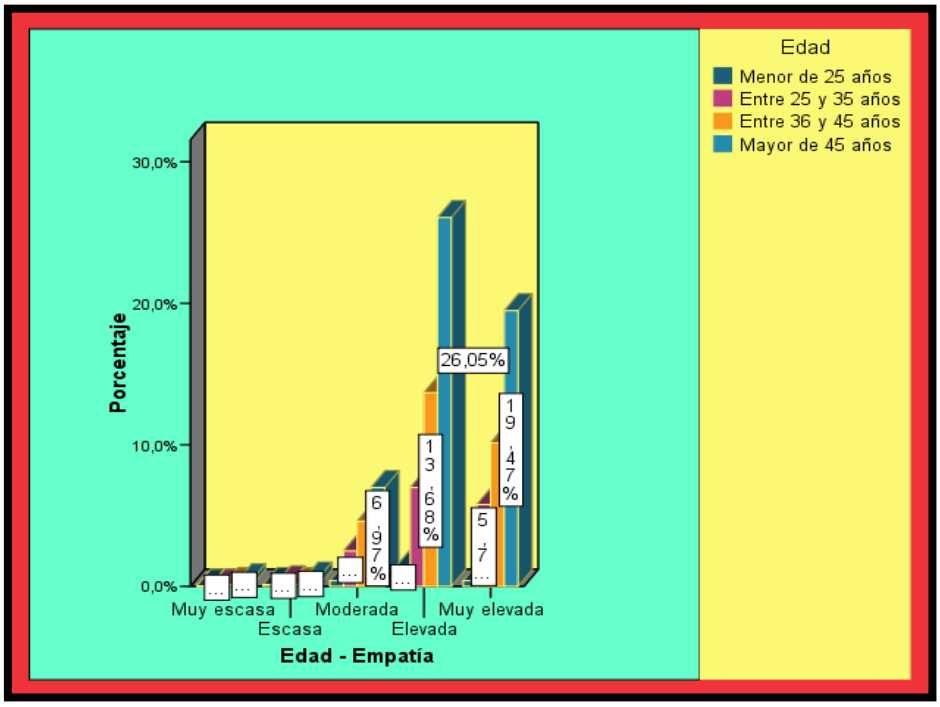
Tabla 18. Tabla de Contingencia *Edad – Comunicación.*

En la Figura 15, evidenciamos que son los *mayores de 45 años* los que consideran que en todas las esferas comunicativas (*habilidades sociales, habilidades comunicativas, calidad de atención al paciente, empatía y global comunicación*) la *comunicación* es *elevada*. Constatamos que comparten la opinión de los *mayores de 45 años* los sujetos de *entre 36 y 45 años* en *habilidades sociales* (*19.08%*), en *habilidades comunicativas* (*16.97%*), *calidad de atención al paciente* (*16.84%*), *empatía* (*13.68%*) *y global comunicación* (*20.26%*). Estos resultados son chocantes, porque la percepción que se tiene por el ciudadano es que cuando el sanitario es más mayor, menos habilidades comunicativas manifiesta o demuestra.


Edad
Menor de 25 años
Entre 25 y 35 años
Entre 36 y 45 años
Mayor de 45 años
Porcentaje
40,0%
30,0%
20,0%
10,0%
0,0%
35,79%
19,08%
7,3
9,74%
Muy escasa
Escasa
Moderada
Elevada
Muy elevada
Edad - Habilidades Sociales


Edad
Menor de 25 años
Entre 25 y 35 años
Entre 36 y 45 años
Mayor de 45 años
Porcentaje
40,0%
30,0%
20,0%
10,0%
0,0%
31,32%
16,97%
10,1
10,92%
Muy escasa
Escasa
Moderada
Elevada
Muy elevada
Edad - HHCC


Edad
Menor de 25 años
Entre 25 y 35 años
Entre 36 y 45 años
Mayor de 45 años
Porcentaje
40,0%
30,0%
20,0%
10,0%
0,0%
32,63%
17,11%
16,84%
5,...
Muy escasa
Escasa
Moderada
Elevada
Muy elevada
Edad - Calidad Atenc. Pac.


Edad
Menor de 25 años
Entre 25 y 35 años
Entre 36 y 45 años
Mayor de 45 años
Porcentaje
30,0%
20,0%
10,0%
0,0%
26,05%
19,47%
13,68%
6,97%
5,7...
Muy escasa
Escasa
Moderada
Elevada
Muy elevada
Edad - Empatía

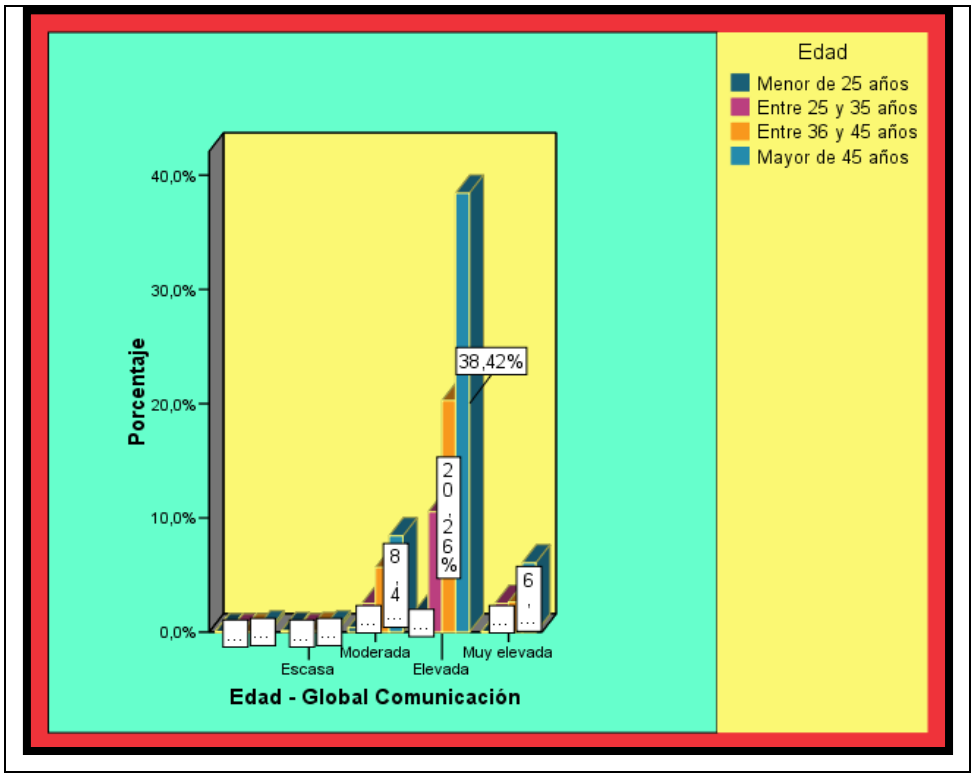


Figura 15. Grupo de gráficos de barras de la relación *Edad – Comunicación.*

5.1.3.3. Análisis descriptivo de las habilidades comunicativas atendiendo a la categoría profesional de los sanitarios.

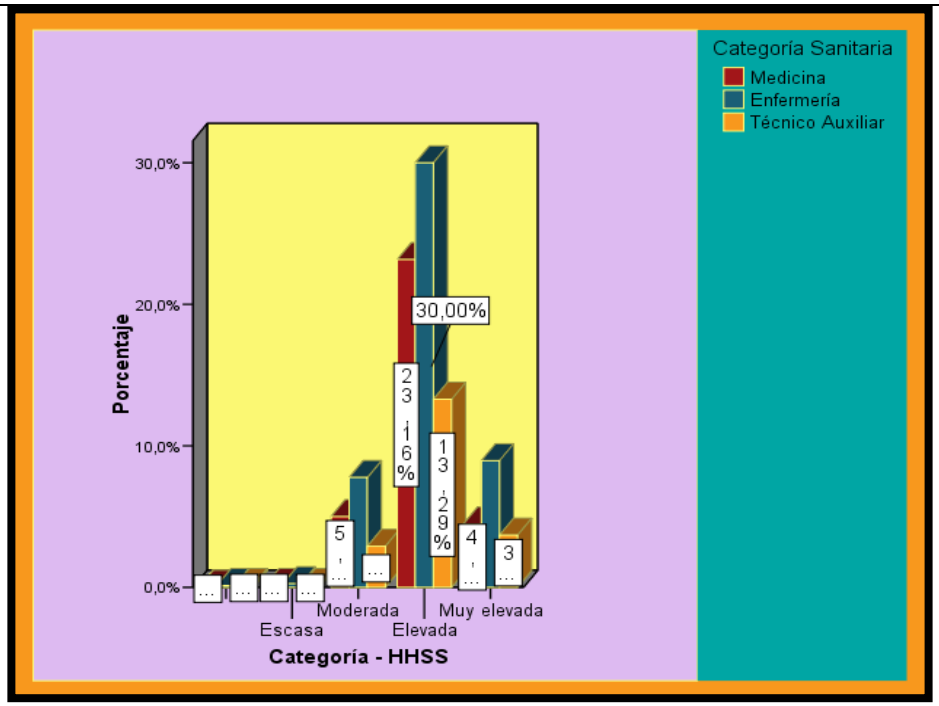
En la Tabla 19 mostramos la relación entre ***habilidades comunicativas*** **y** ***categoría profesional.*** Constatamos que son los *enfermeros* de entre los sanitarios los que tienen mayor representación en la muestra (*358*), seguidos de los *médicos* (*249*) y de los *auxiliares,* que son la parte menos representativa de la muestra (*153*). Asimismo, observamos que las medias oscilan entre *3.63* de mínima y *4.34* de máxima, lo que señala unos *niveles comunicativos muy adecuados* en todos los casos.

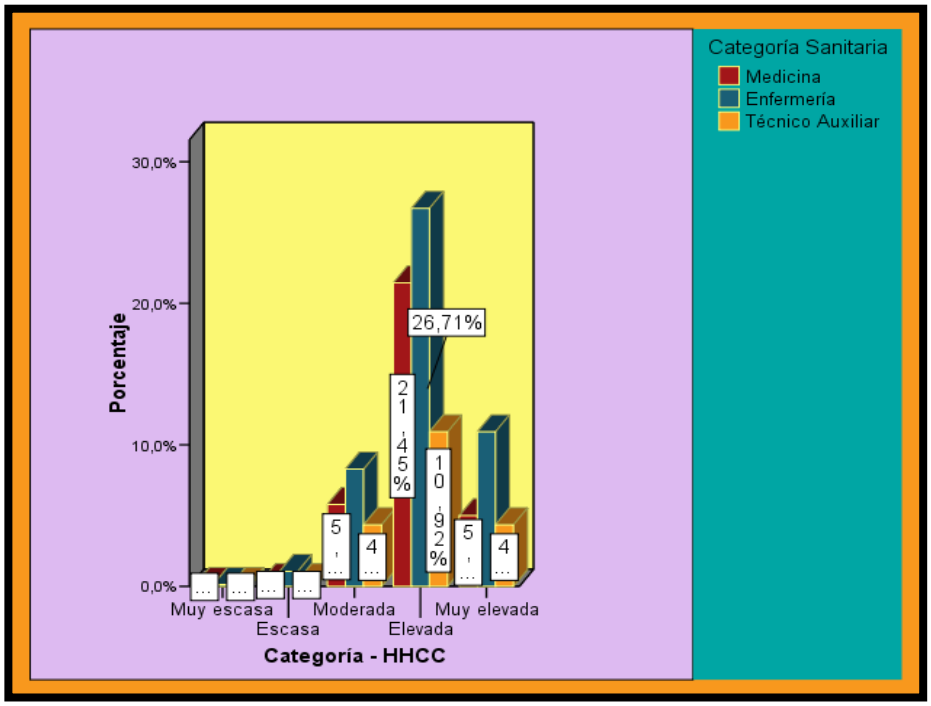
	n	Categoría profesional								
		Médico			Enfermero			Auxiliares		
		n	Media	Desv. típ.	n	Media	Desv. típ.	n	Media	Desv. típ.
Habilidades Sociales	760	249	3.98	.55	358	4.01	.63	153	4.01	0.64
Habilidades Comunicativas			3.94	.64		4	.72		3.94	.75
Calidad de Atención al Paciente			3.66	.55		3.71	.61		3.63	.65
Empatía			4.09	.66		4.16	.80		4.34	.72
Global Comunicación			3.91	.53		3.95	.59		3.88	.56

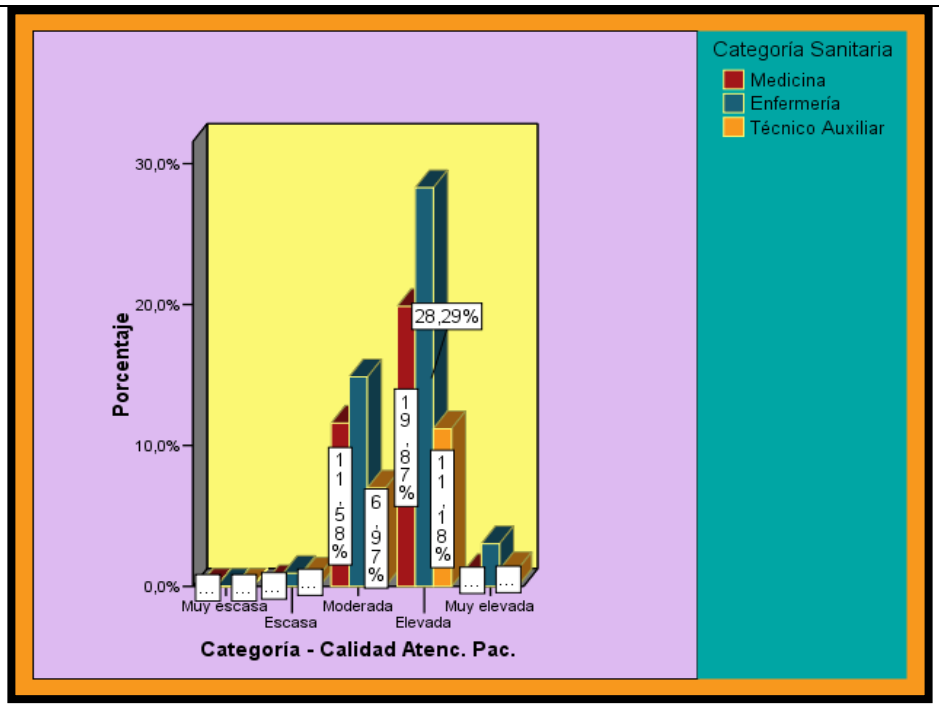
Tabla 19. Tabla de Contingencia *Categoría profesional – Comunicación.*

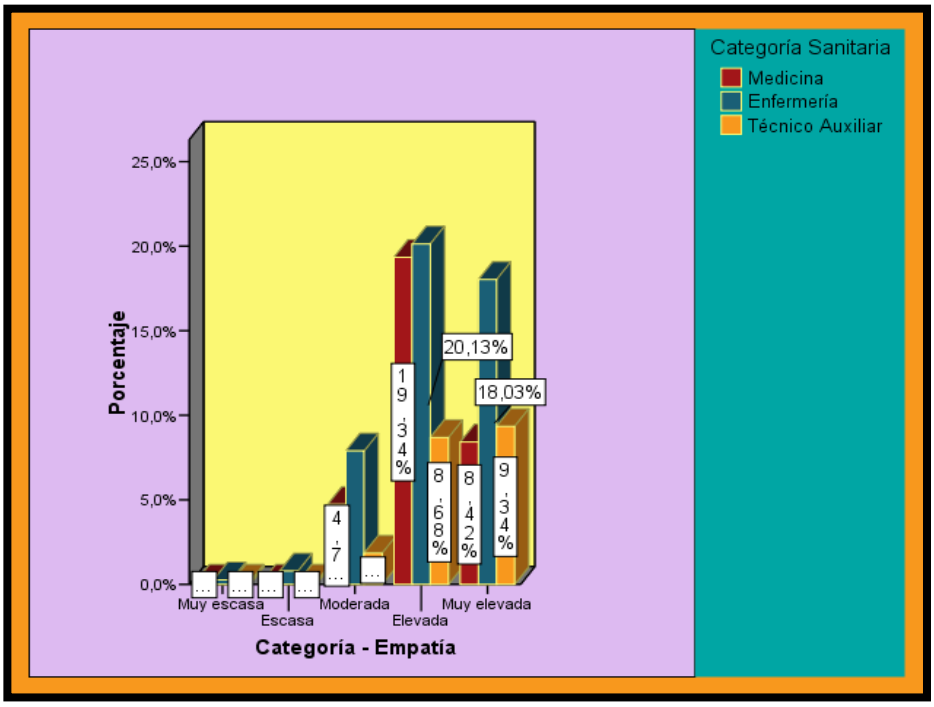
En la Figura 16, vemos que, en líneas generales, las tres *categorías sanitarias* coinciden en considerar que todas las variables comunicativas analizadas: *habilidades sociales, habilidades comunicativas, calidad de atención al paciente, empatía y global comunicación* son *elevadas*. En la variable *calidad* observamos que los tres colectivos puntúan muy alto en *moderada* (un *11.58%* de *médicos*, un *14.87%* de *enfermeros* y un *6.97%* de *auxiliares*). En *empatía* las puntuaciones más altas se localizan en *elevadas* en el caso de *médicos* (*19.34%*) y *enfermeros* (*20.13%*) pero los *auxiliares* la puntúan más alto como *muy elevada* al igual que lo hacen los *enfermeros* en un *18.03%*.

En relación al *global comunicación* constatamos que tanto *médicos* como *enfermeros* y *auxiliares* afirman que la *comunicación* con el *paciente* es *apropiada*. Siendo manifestada por un *24.21%* de *médicos*, un *32.11%* de *enfermeros* y un *14.74%* de *auxiliares*.


Categoría Sanitaria
Medicina
Enfermería
Técnico Auxiliar
30,0%
20,0%
10,0%
0,0%
Porcentaje
30,00%
23,16%
13,29%
5,...
4,...
3...
Escasa
Moderada
Elevada
Muy elevada
Categoría - HHSS


Categoría Sanitaria
Medicina
Enfermería
Técnico Auxiliar
30,0%
20,0%
10,0%
0,0%
Porcentaje
26,71%
21,45%
10,92%
5,...
4...
5,...
4...
Muy escasa
Escasa
Moderada
Elevada
Muy elevada
Categoría - HHCC


Categoría Sanitaria
Medicina
Enfermería
Técnico Auxiliar
Porcentaje
30,0%
20,0%
10,0%
0,0%
28,29%
11,58%
6,97%
19,87%
11,18%
Muy escasa
Escasa
Moderada
Elevada
Muy elevada
Categoría - Calidad Atenc. Pac.


Categoría Sanitaria
Medicina
Enfermería
Técnico Auxiliar
Porcentaje
25,0%
20,0%
15,0%
10,0%
5,0%
0,0%
20,13%
18,03%
4,7
19,34%
8,68%
8,42%
9,34%
Muy escasa
Escasa
Moderada
Elevada
Muy elevada
Categoría - Empatía

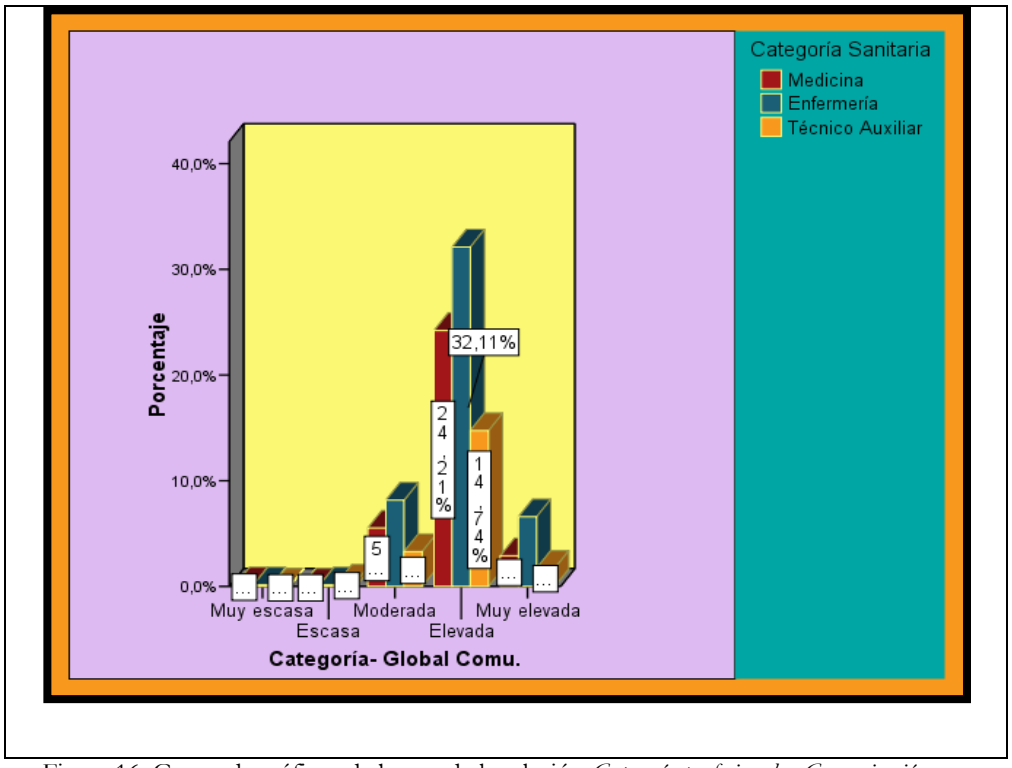


Figura 16. Grupo de gráficos de barras de la relación *Categoría profesional – Comunicación.*

5.1.3.4. Análisis descriptivo de las habilidades comunicativas atendiendo a los años de experiencia profesional de los sanitarios.

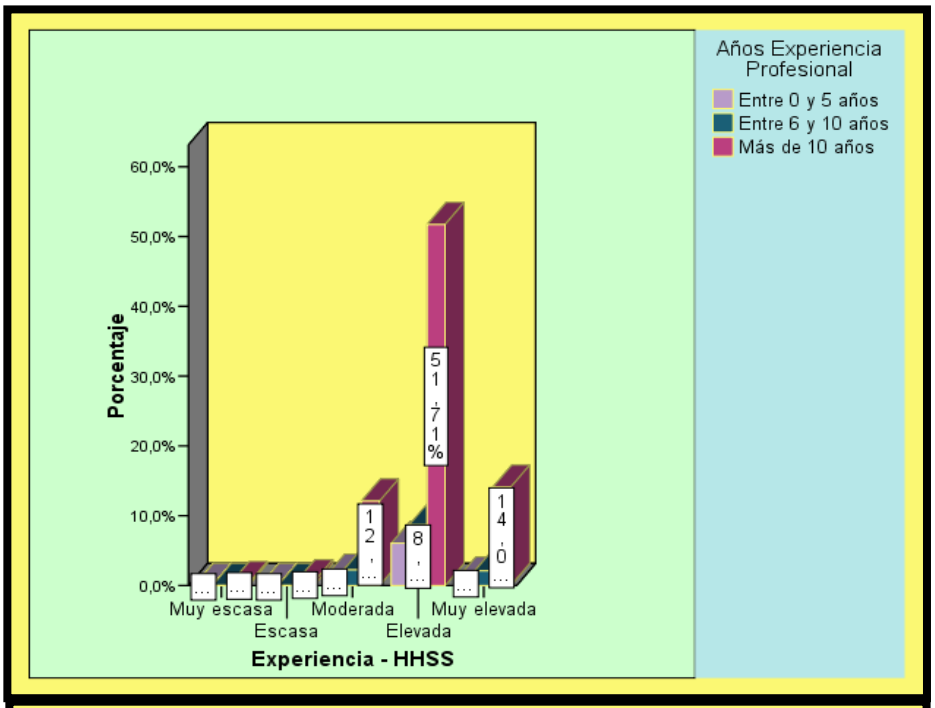
En la Tabla 20 mostramos la relación entre ***habilidades comunicativas*** **y** ***años de experiencia profesional.*** Evidenciamos que quienes tienen una *experiencia profesional* de *más de 10 años* son los *sanitarios* que tienen mayor representación en la muestra (*598*), seguidos de los profesionales *sanitarios* de *entre 6 y 10 años* (*99*) de experiencia y de los que tienen una *experiencia profesional de 0 a 5 años* que son la parte menos representativa de la muestra (*63*). Asimismo, observamos que las medias oscilan entre *3.59* de mínima (en *calidad de atención al paciente* en *sanitarios* con una *experiencia profesional de entre 0 y 5 años*) y *4.24* de máxima (en *empatía* en *sanitarios* con una *experiencia profesional de entre 0 y 5 años*), lo que señala **unos niveles comunicativos** ***muy apropiados*** en todos los casos.

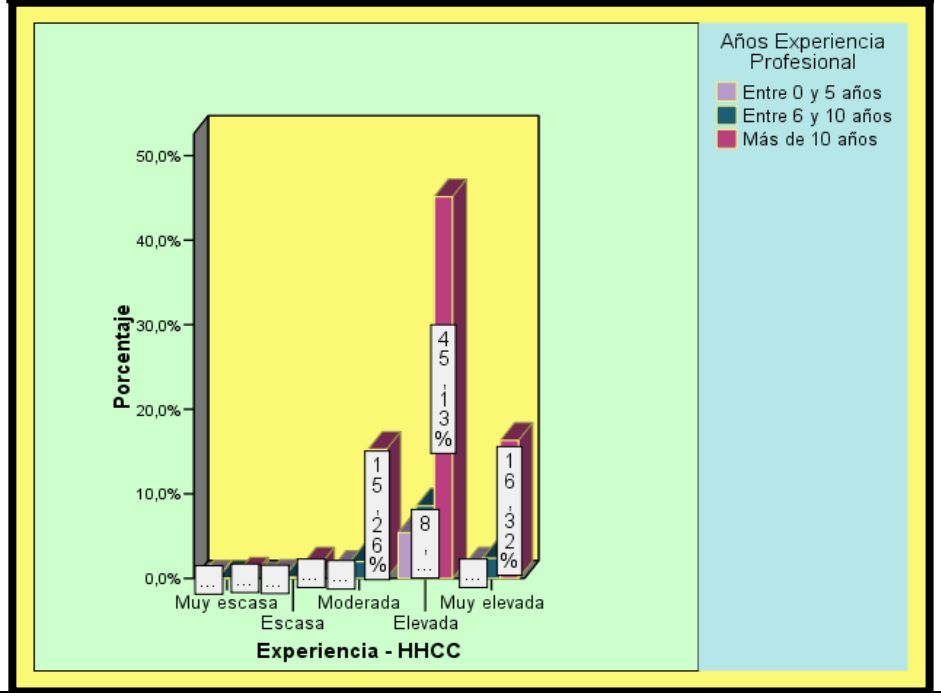
	n	Años de experiencia profesional								
		Entre 0 y 5 años			Entre 6 y 10 años			Más de 10 años		
		n	Media	Desv. típ.	n	Media	Desv. típ.	n	Media	Desv. típ.
Habilidades Sociales	760	63	3.95	.52	99	3.99	.58	598	4	.62
Habilidades Comunicativas			4.02	.63		4.01	.61		3.96	.72
Calidad de Atención al Paciente			3.59	.58		3.66	.57		3.69	.60
Empatía			4.24	.73		4.20	.70		4.17	.76
Global Comunicación			3.89	.47		3.99	.54		3.92	.57

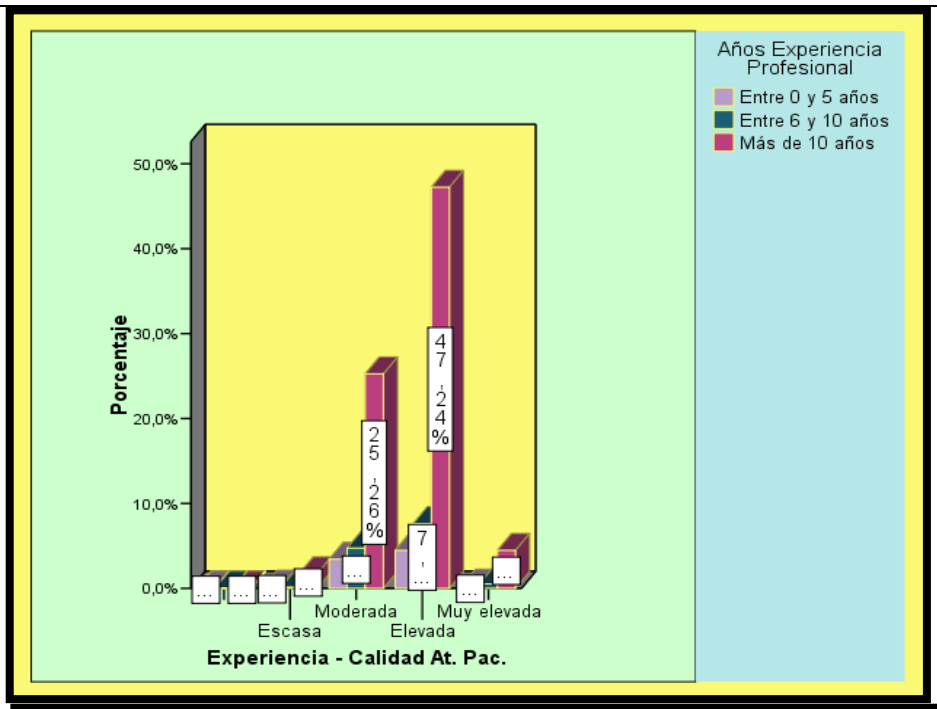
Tabla 20. Tabla de Contingencia *Años de experiencia profesional – Comunicación.*

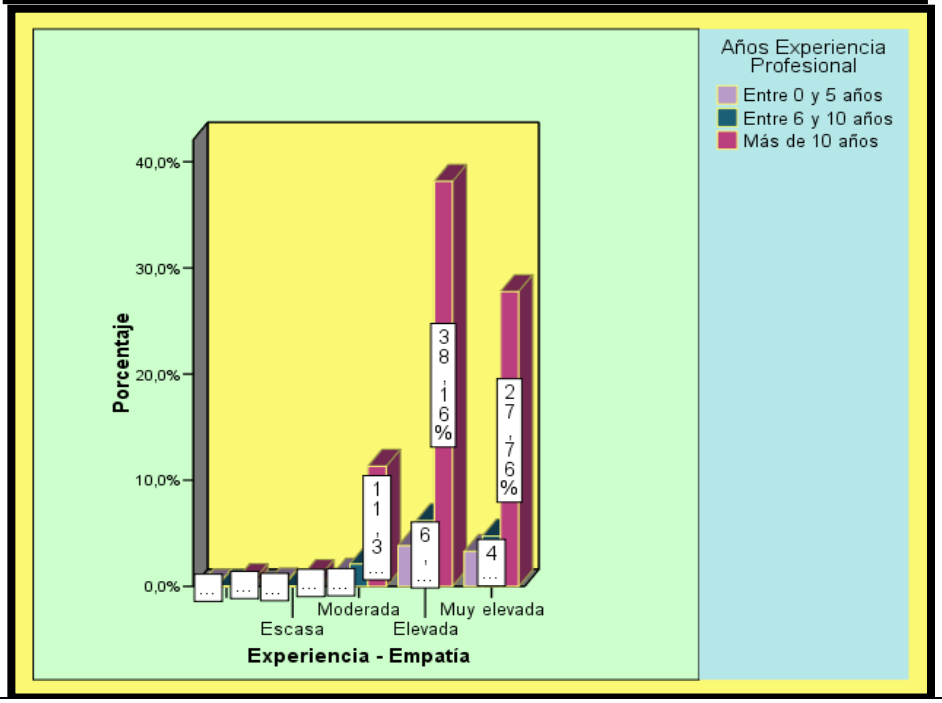
En la Figura 17 observamos que los porcentajes más elevados se localizan en los sujetos que tienen una experiencia profesional de *más de 10 años* y que indican que sus capacidades comunicativas son *elevadas*. Los tres rangos de *experiencia profesional* coinciden en considerar que todas las variables comunicativas analizadas: *habilidades sociales, habilidades comunicativas, calidad de atención al paciente, empatía y global comunicación* son *elevadas*. En *habilidades sociales* los que llevan *más de 10 años* de *experiencia profesional* han representado el mayor porcentaje con un *51.71%*, seguidos de los que llevan *entre 6 a 10 años* (*8.68%*) y los que llevan de *0-5 años* (*6.05%*); en *habilidades comunicativas* los que llevan *más de 10 años de experiencia profesional* también han representado el mayor porcentaje con un *45.13%*, seguidos de los que llevan de *6 a 10 años* (*8.55%*) y los que llevan de *0-5 años* (*5.39%*); en *calidad de atención al paciente* la muestra que lleva *más de 10 años de experiencia profesional* ha seguido representando el mayor porcentaje con un *47.24%*, seguidos de los que llevan de *6 a 10 años* (*7.63%*) y los que llevan de *0-5 años* (*4.47%*); en *empatía* la muestra que lleva *más de 10 años de experiencia profesional* ha continuado representando el mayor porcentaje con un *38.16%*, seguidos de los que llevan de *6 a 10 años* (*6.18%*) y los que llevan de *0-5 años* (*3.82%*); en el *global comunicación* la muestra que lleva *más de 10 años de experiencia profesional* nuevamente ha representado el mayor porcentaje con un *55.13%*, seguidos de los que llevan de *6 a 10 años* (*9.21%*) y los que llevan de *0-5 años* (*6.71%*).

Estos resultados indican que los sanitarios consideran que la experiencia profesional no es un factor que influya en la capacidad comunicativa de los profesionales. Es más, los profesionales independientemente de su experiencia abogan unos niveles comunicativos muy apropiados con los pacientes.






Años Experiencia Profesional
Entre 0 y 5 años
Entre 6 y 10 años
Más de 10 años
Porcentaje
50,0%
40,0%
30,0%
20,0%
10,0%
0,0%
25,26%
47,24%
7,...
Escasa
Moderada
Elevada
Muy elevada
Experiencia - Calidad At. Pac.


Años Experiencia Profesional
Entre 0 y 5 años
Entre 6 y 10 años
Más de 10 años
Porcentaje
40,0%
30,0%
20,0%
10,0%
0,0%
11,3...
38,16%
6,...
27,76%
4...
Escasa
Moderada
Elevada
Muy elevada
Experiencia - Empatía

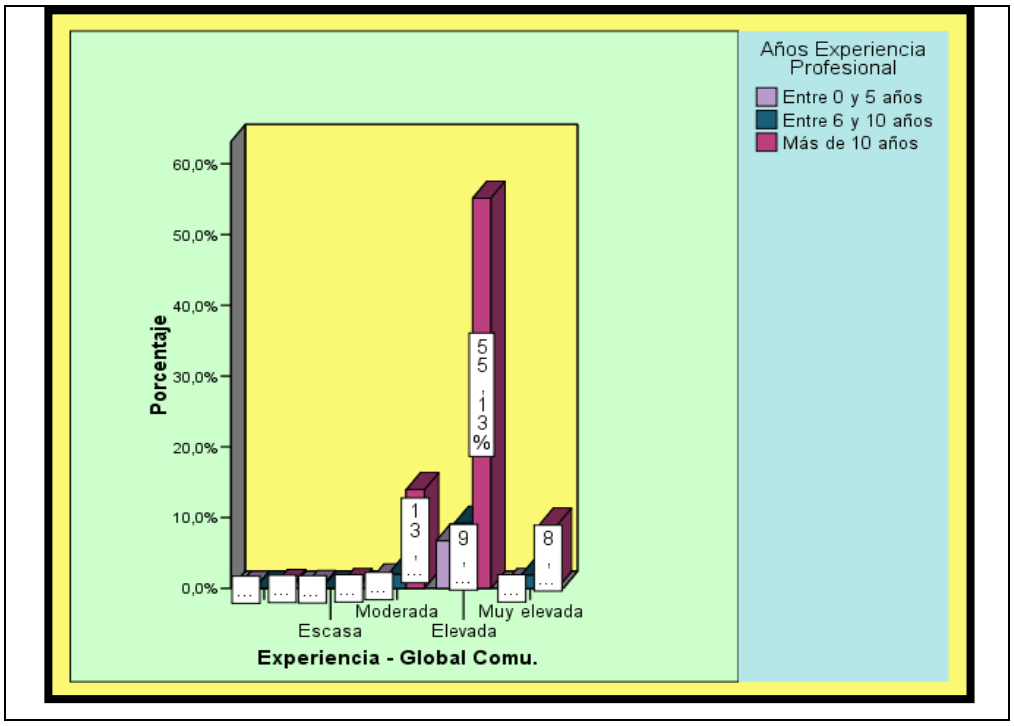


Figura 17. Grupo de gráficos de barras de la relación *Años de experiencia profesional – Comunicación.*

Los resultados confirman que los ***sanitarios*** **consideran que la** ***calidad y la fluidez de la comunicación*** **hacia el** ***paciente*** **son** ***muy adecuadas.***

5.1.4. Análisis descriptivo del *bienestar psicológico* en los *sanitarios*.

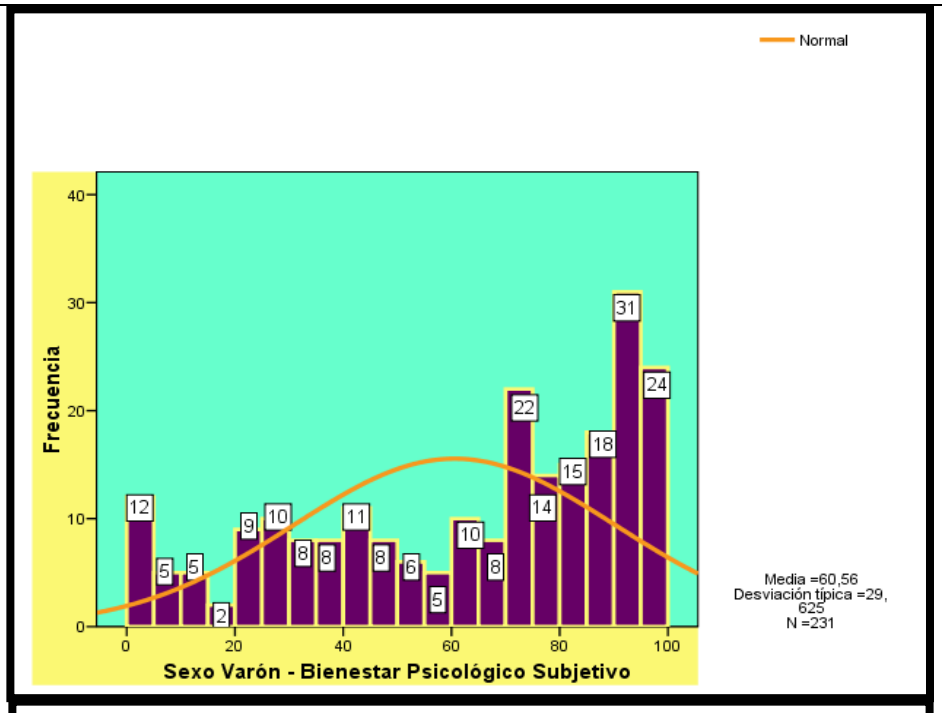
5.1.4.1. Análisis descriptivo del bienestar psicológico atendiendo al sexo de los sanitarios.

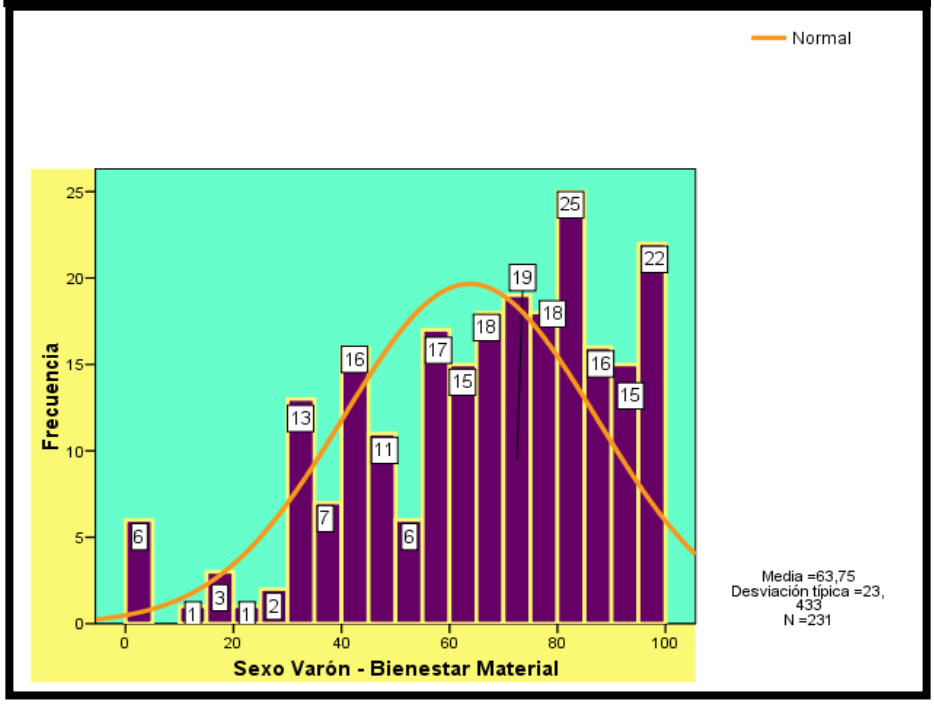
En la Tabla 21 mostramos la relación entre ***bienestar psicológico y sexo.*** Constatamos que son las *mujeres* las que tienen mayor representación en la muestra (*529*), frente a *231 varones*. Evidenciamos la existencia de niveles de *bienestar psicológico* intermedios con unas medias de *60.56* en *varones* y de *67.74* en *mujeres* en *bienestar psicológico subjetivo* y de *63.75* en *varones* y de *67.87* en *mujeres* en *bienestar material.*

	n	Sexo					
		Varón			Mujer		
		n	Media	Desv. típ.	n	Media	Desv. típ.
Bienestar Psicológico Subjetivo	760	231	60.56	29.62	529	67.74	26.38
Bienestar Material			63.75	23.43		67.87	22.19

Tabla 21. Tabla de Contingencia *Sexo – Bienestar psicológico.*

En la Figura 18, observamos que los centiles más significativos son: en el caso de los *varones* de *31 sanitario*s en el *centil 90* en *bienestar psicológico subjetivo*) y *25* en el *centil 85* en *bienestar material* y en el caso de las *mujeres* de *81* sanitarias que presentan un *centil 90 y 57* que se acogen al *centil 80*. Todo esto indica que los niveles de *bienestar psicológico* en los *sanitario*s en función al *sexo* son significativos en todos los casos.


Normal
Frecuencia
Sexo Varón - Bienestar Psicológico Subjetivo
Media =60,56
Desviación típica =29,625
N =231


Normal
Frecuencia
Sexo Varón - Bienestar Material
Media =63,75
Desviación típica =23,433
N =231

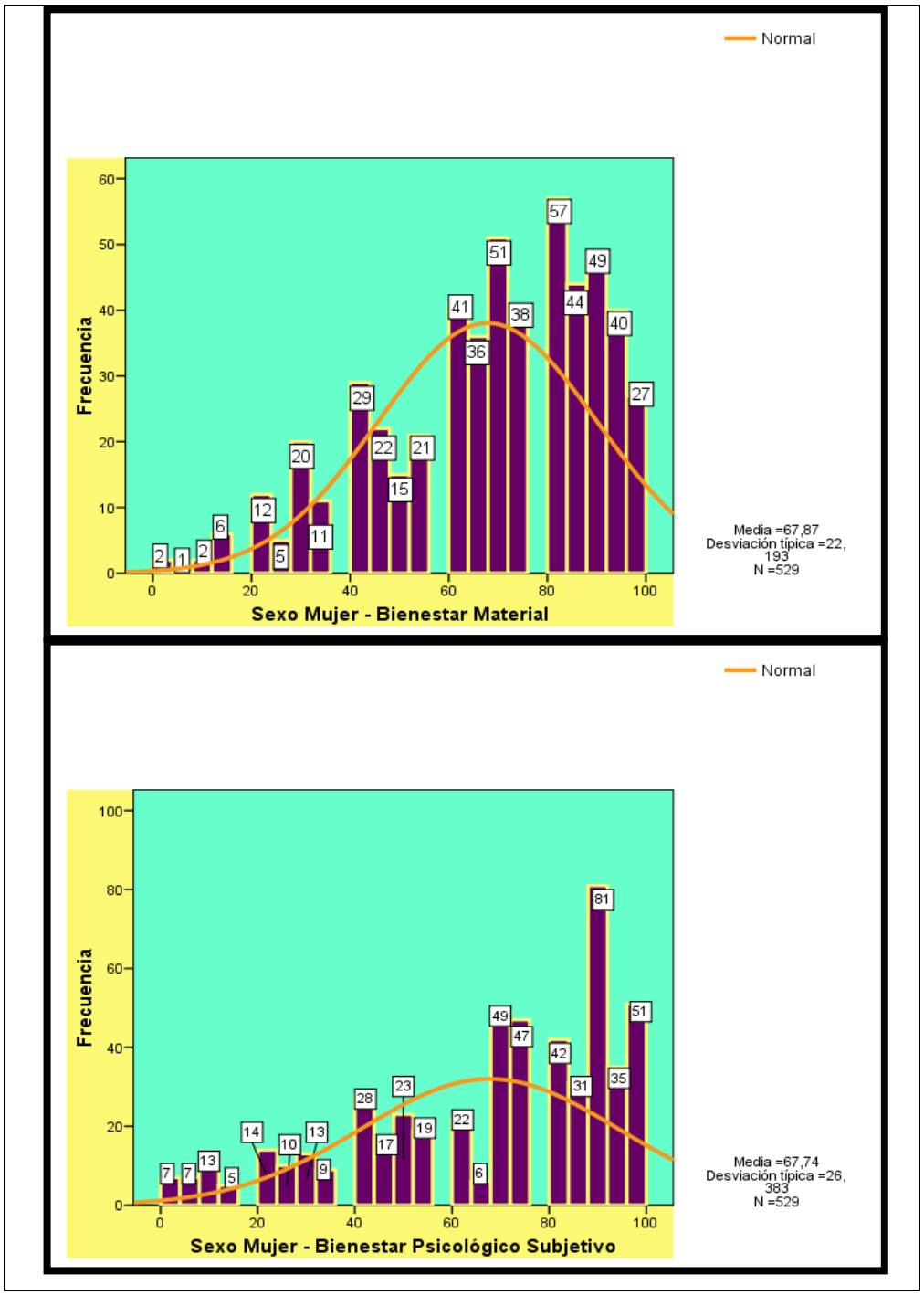


Figura 18. Grupo de gráficos de barras de la relación S*exo - Bienestar psicológico*.

5.1.4.2. Análisis descriptivo del bienestar psicológico atendiendo a la edad de los sanitarios.

En la Tabla 22 mostramos la relación entre ***bienestar psicológico y edad.*** Evidenciamos que son los *mayores de 45 años* los *sanitario*s que tienen mayor representación en la muestra (*406*), seguidos de los de *entre 36 y 45 años* (*218*), de los de *entre 25 y 35 años* (*118*) y de los *menores de 25 años* que son la parte menos representativa de la muestra (*18*).

Observamos que las medias más elevadas se localizan en los *sanitario*s de *entre 25 y 35 años* de *edad* con unas medias de *72.89* en *bienestar psicológico subjetivo* y de *71.94* en *bienestar material*. Estas medias entre *72.89 y 71.94* nos indican que son valores muy significativos que se interpreta como unos niveles *muy adecuados* de *bienestar psicológico*.

En el lugar opuesto, encontramos que las medias más bajas las representan los *sanitario*s *menores de 25 años* con unas medias de *54.83* en *bienestar psicológico subjetivo* y de *49.72* en *bienestar material*, lo que señala también unas medias muy significativas por ser inferiores a las puntuaciones medias.

	n	Edad											
		Menor de 25 años			Entre 25 y 35 años			Entre 36 y 45 años			Mayor de 45 años		
		n	Media	Desv. típ.	n	Media	Desv. típ.	n	Media	Desv. típ.	n	Media	Desv. típ.
Bienestar Psicológico Subjetivo	760	18	54.83	32.18	118	72.89	24.95	218	69.60	26.48	406	61.73	27.97
Bienestar Material			49.72	18.74		71.94	18.35		70.82	20.97		63.56	23.94

Tabla 22. Tabla de Contingencia *Edad – Bienestar psicológico.*

En la Figura 19, evidenciamos que con respecto al *bienestar psicológico subjetivo* los que manifiestan valores significativos son los *sanitario*s de *entre 25 y 35 años* y *de entre 36 y 45 años* con un *centil 73 y 70*, respectivamente. Seguidos de los *mayores de 45* y de los *menores de 25 años* con unos centiles con unos valores medios de *62 y 55*, respectivamente.

En relación al *bienestar material* los que indican valores significativos son nuevamente los *sanitario*s de *entre 25 y 35 años y de entre 36 y 45 años* con un *centil 72 y 71*, respectivamente. Les siguen los *mayores de 45* y de los *menores de 25 años* con unos *centiles medios de 64 y 50*, respectivamente.

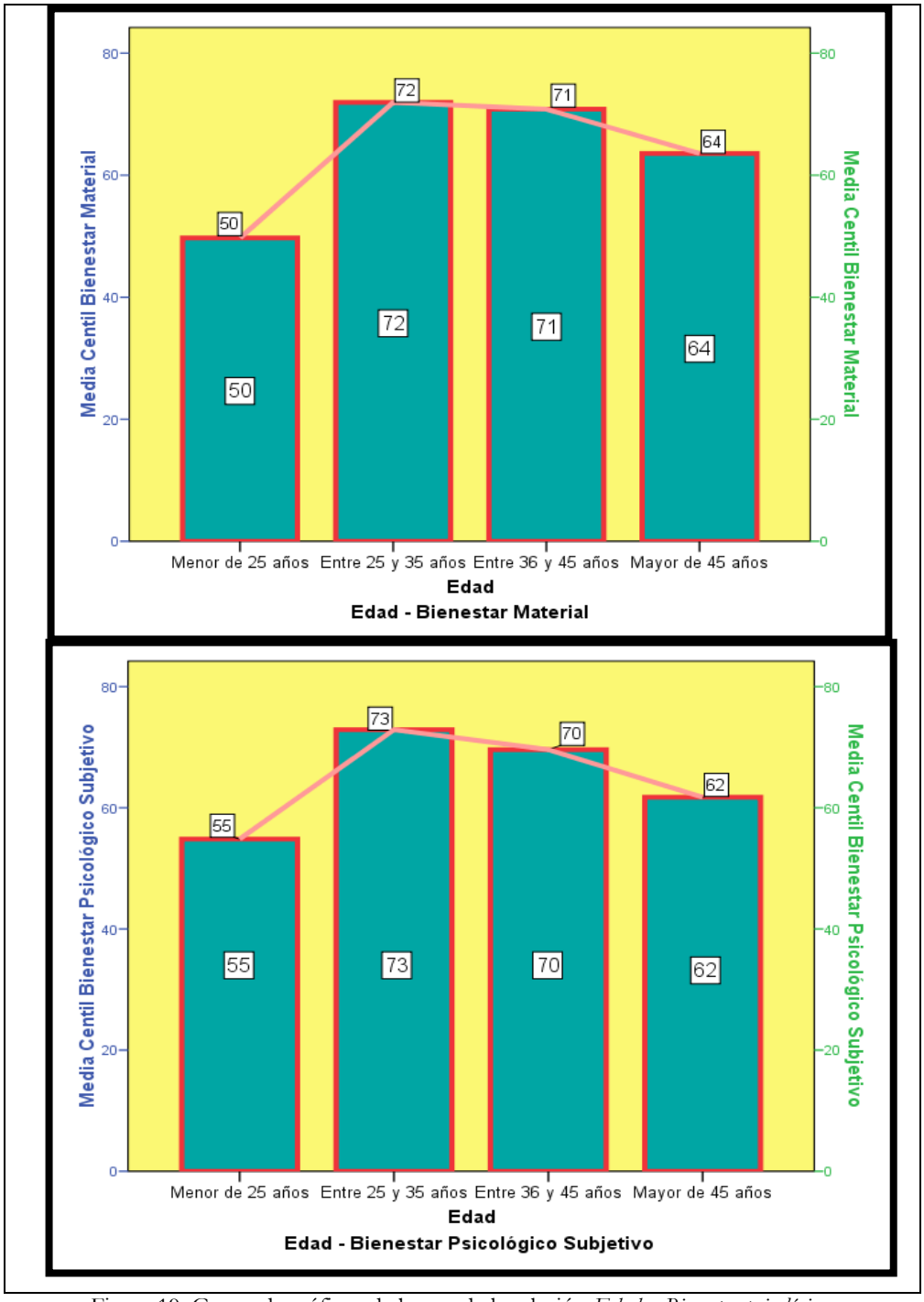


Figura 19. Grupo de gráficos de barras de la relación *Edad – Bienestar psicológico.*

5.1.4.3. Análisis descriptivo del bienestar psicológico atendiendo a la categoría profesional de los sanitarios.

En la Tabla 23 mostramos la relación entre ***bienestar psicológico y categoría profesional.*** Constatamos que son los *enfermeros* los *sanitario*s que tienen mayor representación en la muestra (*358*), seguidos de los *médicos* (*249*) y de los *auxiliares* que son la parte menos representativa de la muestra (*153*).

Las medias obtenidas oscilan entre *60.01* en *bienestar psicológico subjetivo* en *enfermeros* de mínima y *73.31* de máxima en *bienestar psicológico subjetivo* en *auxiliares*. En líneas generales las medias se sitúan en el *centil 60: 60.01* en *bienestar psicológico subjetivo* en *médicos*, *65* en *bienestar material* en *auxiliares*, *66.07* en *bienestar material* en *enfermeros*, *66.10* en *bienestar psicológico subjetivo* en *enfermeros* y *68.39* en *bienestar material* en *médicos*, estas medias señalan *valores medios*.

Se resalta la media de los *auxiliares* en *bienestar psicológico subjetivo* que se sitúa en una puntuación *centil de 73.31* en *bienestar psicológico subjetivo* lo que indica la existencia de valores significativos entre estas variables.

		Categoría Profesional								
	n	Médicos			Enfermeros			Auxiliares		
		n	Media	Desv. típ.	n	Media	Desv. típ.	n	Media	Desv. típ.
Bienestar Psicológico Subjetivo	760	249	60.01	28.68	358	66.10	27.28	153	73.31	24.45
Bienestar Material			68.39	21.98		66.07	22.76		65	23.34

Tabla 23. Tabla de Contingencia *Categoría profesional – Bienestar psicológico.*

En la Figura 20, vemos que con respecto al *bienestar psicológico subjetivo* los que manifiestan valores significativos son los *técnicos auxiliares* con un *centil 73*, seguidos de los *enfermeros* y de los *médicos* con unos centiles con unos valores de *66 y 60* (respectivamente) que se sitúan en la media.

En relación al *bienestar material* ninguna *categoría profesional* ha mostrado valores significativos localizándose sus medias en torno al *centil 60* (*centil 68* en *médicos*, *centil 66* en *enfermeros* y *centil 65* en *auxiliares*).

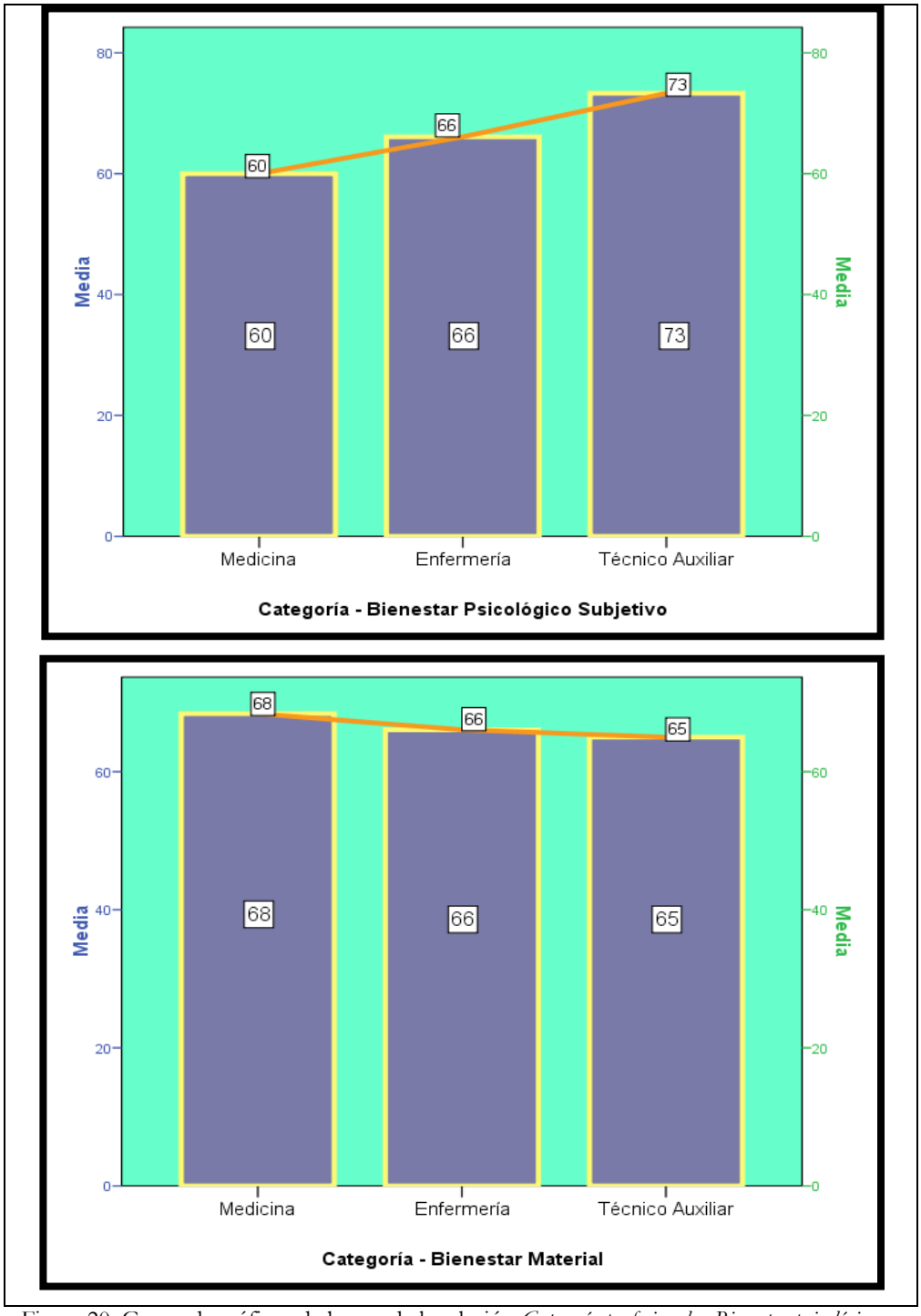


Figura 20. Grupo de gráficos de barras de la relación *Categoría profesional – Bienestar psicológico.*

5.1.4.4. Análisis descriptivo del bienestar psicológico atendiendo a los años de experiencia profesional de los sanitarios.

En la Tabla 24 mostramos la relación entre ***bienestar psicológico y años de experiencia profesional.*** Evidenciamos que los que tienen una *experiencia profesional de más de 10 años* son los *sanitario*s que tienen mayor representación en la muestra (*598*), seguidos de los de *entre 6 y 10 años* (*99*) y de los que tienen una *experiencia profesional* de *0 a 5 años* que son la parte menos representativa de la muestra (*63*).

Las medias obtenidas oscilan entre un centil máximo de *75.57* en *sanitario*s de *0 a 5 años de experiencia profesional* en *bienestar psicológico subjetivo* y un centil mínimo de *63.06* en *bienestar psicológico subjetivo* en *sanitario*s de *más de 10 años de experiencia profesional.*

Los centiles más significativos los manifiestan los *sanitario*s de *0 a 5 años de experiencia profesional* en *bienestar psicológico subjetivo 75.57*, los *sanitario*s de *6 a 10 años de experiencia profesional* en *bienestar psicológico subjetivo* con un centil de *74.29* y de nuevo los *sanitario*s de *6 a 10 años de experiencia profesional* en *bienestar material* con una puntuación centil de *70.79*.

Los centiles que presentan unos valores medios son los relativos a los *sanitario*s de *0 a 5 años de experiencia profesional* en *bienestar material* con una puntuación centil de *67.81*, los relativos a los *sanitario*s de *más de 10 años de experiencia profesional* en *bienestar material* con una puntuación centil de *65.80* y por último, los de *más de 10 años de experiencia profesional* en *bienestar psicológico subjetivo* con un centil de *63.06*.

	n	Años de Experiencia Profesional								
		Entre 0 y 5 años			Entre 6 y 10 años			Más de 10 años		
		n	Media	Desv. típ.	n	Media	Desv. típ.	n	Media	Desv. típ.
Bienestar Psicológico Subjetivo	760	63	75.57	22.73	99	74.29	23.17	598	63.06	28.21
Bienestar Material			67.81	21.60		70.79	19.54		65.80	23.17

Tabla 24. Tabla de Contingencia *Años de experiencia profesional – Bienestar psicológico.*

En la Figura 21, observamos que los *sanitario*s que manifiestan valores significativos son los que tienen una *experiencia profesional de 0 a 5 años* con un *centil 76* en *bienestar psicológico subjetivo*, los que tienen una *experiencia profesional de 6 a 10 años* con un *centil 74* en *bienestar*

psicológico subjetivo y los que tienen de *6 a 10 años de experiencia profesional* con un *centil 71* en *bienestar material.*

Los centiles con unos valores medios se corresponden a los *sanitario*s con una *experiencia profesional de 0 a 5 años* en *bienestar material* y a los que tienen *más de 10 años de experiencia profesional* en *bienestar material* y *bienestar psicológico subjetivo*, con unos *centiles de 68, 66 y 63*, respectivamente.

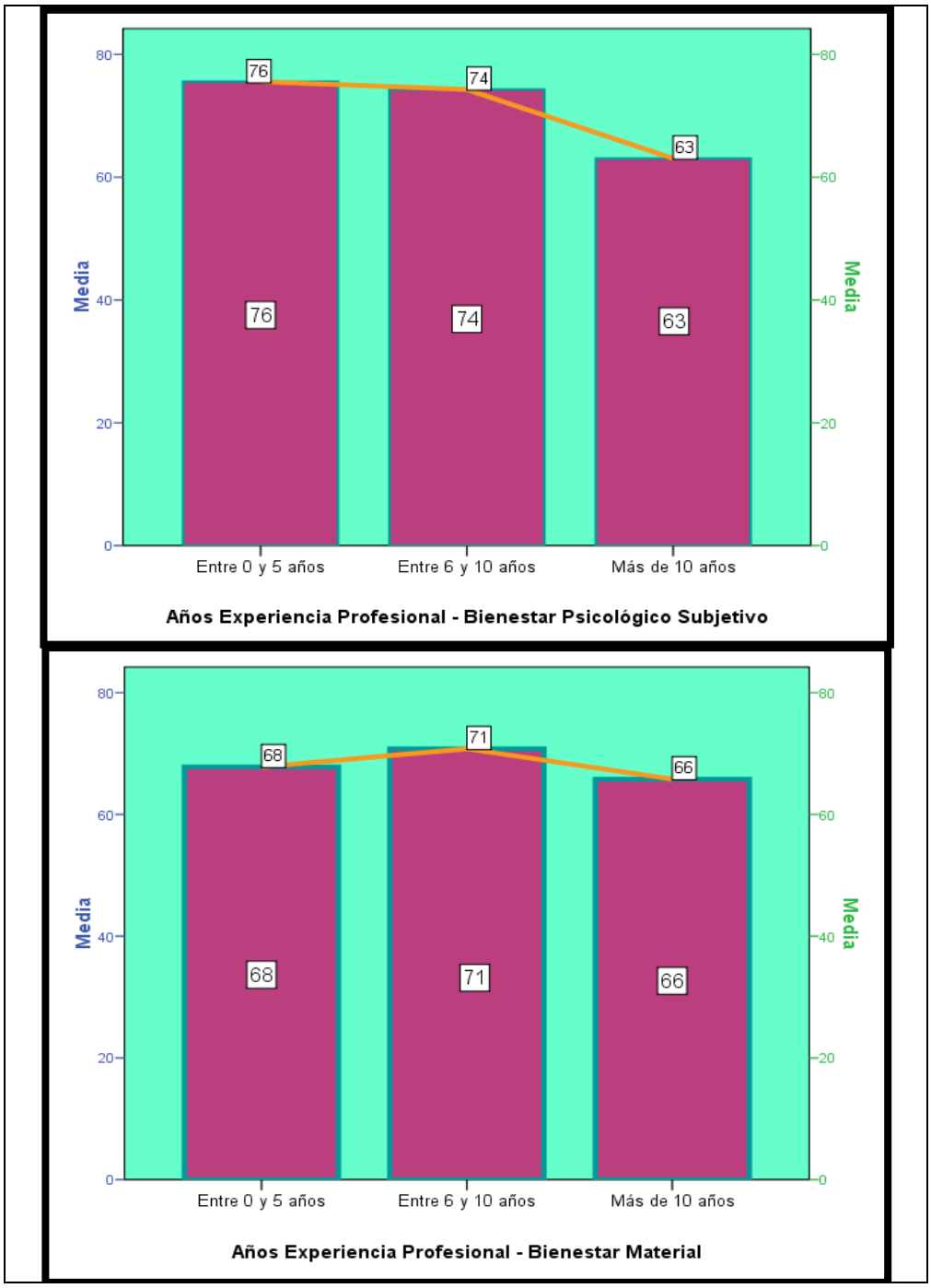


Figura 21. Grupo de gráficos de barras de la relación *Años de experiencia profesional – Bienestar psicológico.*

5.1.5. Análisis descriptivo del grado de *"burnout"* en los *sanitario*s.

5.1.5.1. Análisis descriptivo del "burnout" atendiendo al sexo de los sanitarios.

En la Tabla 25 mostramos la relación entre ***síndrome de "burnout" y sexo.*** Comprobamos que son las *mujeres* las que tienen mayor representación en la muestra (*529*), frente a *231 varones*. Constatamos que las puntuaciones centiles obtenidas presentan unas máximas de *59.88* en *varones* en *despersonalización* y unas mínimas de *24.79* en *falta de autorrealización personal* en *varones*.

Las puntuaciones más significativas las encontramos en los valores más bajos de los centiles: *24.79* en *varones* en *falta de autorrealización personal* y *27.45* en *mujeres* en *falta de autorrealización personal* lo que indica que los *sanitario*s no se sienten poco realizados en su trabajo. Seguidamente encontramos los siguientes valores centiles bajos y significativos: *47.82* en *cansancio emocional* en *mujeres* y *49.74* en *cansancio emocional* en *varones*, lo que indica que los *sanitario*s en función al *sexo* no se perciben como cansados a nivel emocional.

Los valores medios de los centiles se localizan en la variable *despersonalización*, en la que *varones* y *mujeres* presentan unos *centiles* de *59.88* y *59.55*, respectivamente.

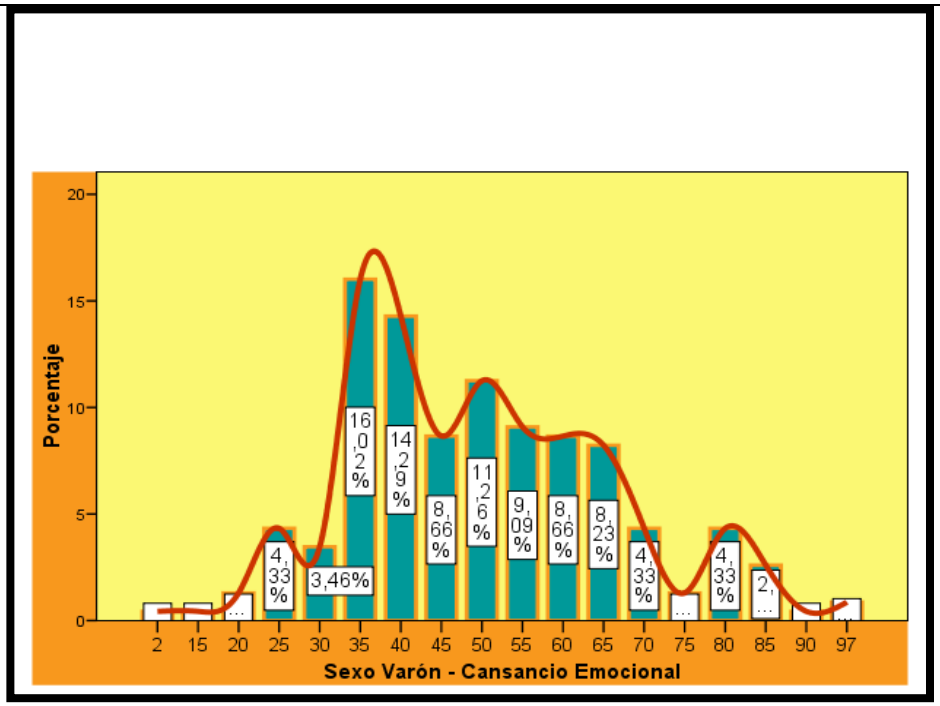
	n	Sexo					
		Varón			Mujer		
		n	Media	Desv. típ.	n	Media	Desv. típ.
Cansancio Emocional	760	231	49.74	16.52	529	47.82	17.11
Despersonalización			59.88	17		59.55	15.64
Falta de Autorrealización Personal			24.79	14.19		27.45	15.34

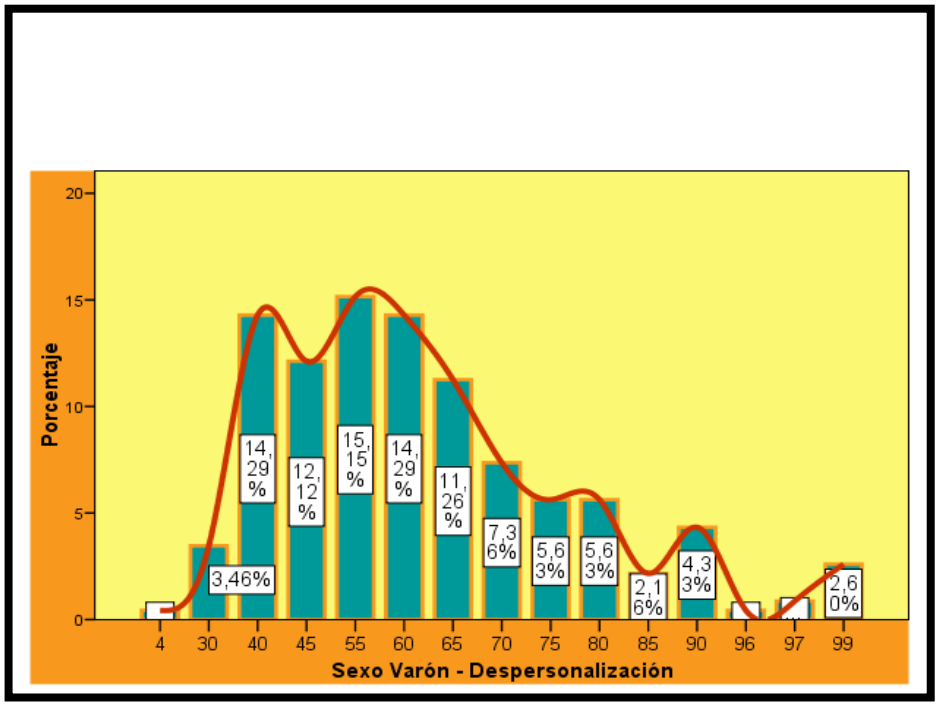
Tabla 25. Tabla de Contingencia *Sexo – "Burnout"*.

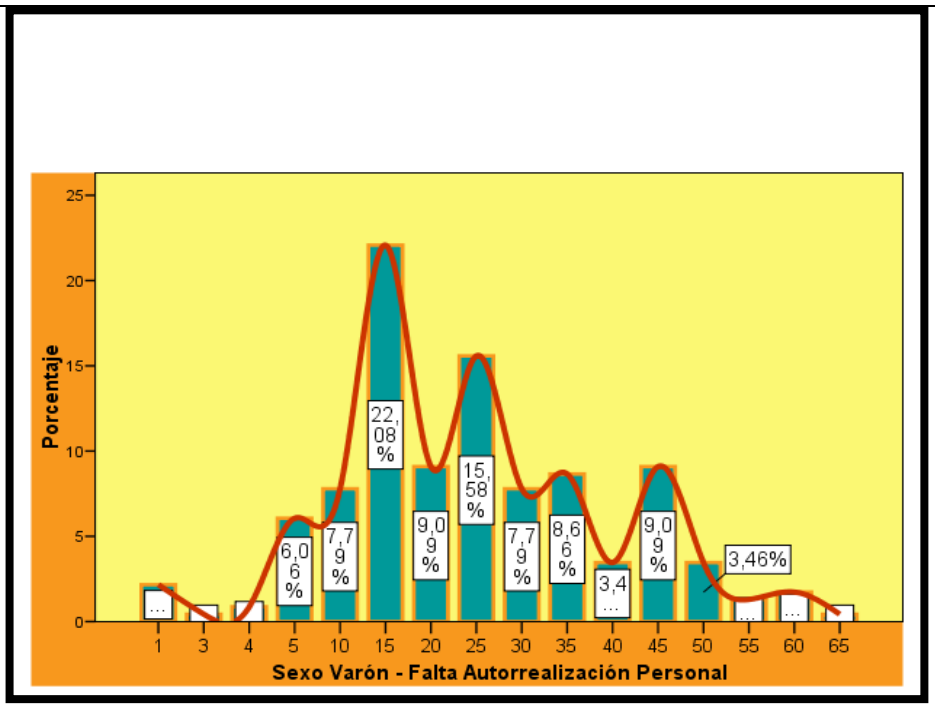
En la Figura 22, se observa que ambos *sexo*s manifiestan puntuaciones similares. Los porcentajes más elevados en ambos casos se sitúan en la variable *falta de autorrealización personal* con unos porcentajes con unas máximas porcentuales de *22.08%* en los *varones* en el *centil 15* y de *19.28%* en las *mujeres* también localizadas en el *centil 15*. Estos datos evidencian que los *varones* presentan una mayor *falta de autorrealización personal* que las *mujeres*.

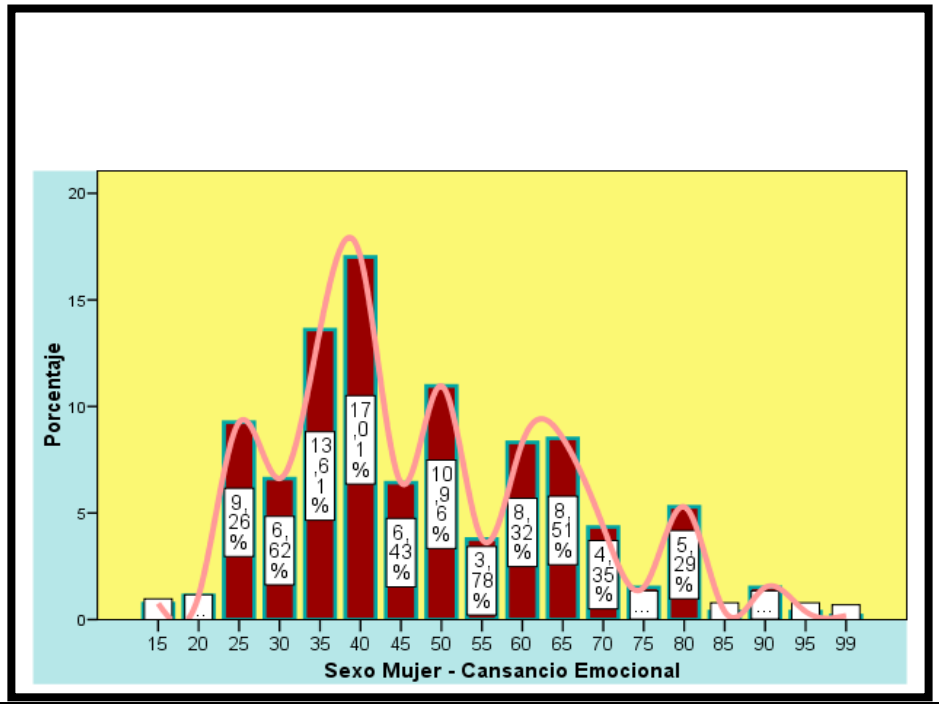
Seguidamente vemos que las puntuaciones más elevadas en relación a las otras dos variables relativas al *"burnout"* se localizan en el *sexo femenino*, que representan unas máximas de *17.01%* en *cansancio emocional* localizadas en el *centil 40* y un *16.45%* en *despersonalización* situadas en el *centil 45*. En el caso del *sexo masculino*, sus puntuaciones más elevadas se sitúan en el *centil 35* con un *16.02%* en *cansancio emocional* y un *15.15%* en *despersonalización* correspondiente al *centil 55*.

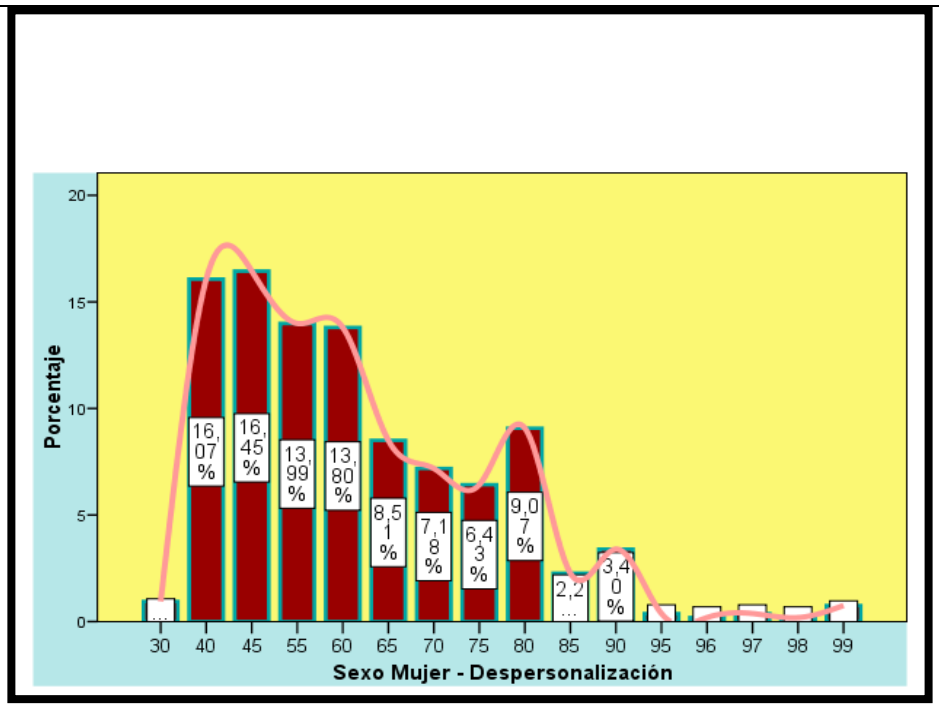
Varones y *mujeres* manifiestan que la variable *despersonalización* es la que presenta unos centiles más elevados (*55* en *varones* y *45* en *mujeres*). Estos centiles representan los porcentajes más elevados en dicha variable del síndrome pero sus valores, pese a ser los más elevados, son unos valores intermedios que indican que el índice de *despersonalización* que se produce hacia los *pacientes* es muy escaso.


Porcentaje
20
15
10
5
0
4,33%
3,46%
16,02%
14,29%
8,66%
11,26%
9,09%
8,66%
8,23%
4,33%
4,33%
2,
2 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 97
Sexo Varón - Cansancio Emocional


Porcentaje
20
15
10
5
0
3,46%
14,29%
12,12%
15,15%
14,29%
11,26%
7,36%
5,63%
5,63%
2,16%
4,33%
2,60%
4 30 40 45 55 60 65 70 75 80 85 90 96 97 99
Sexo Varón - Despersonalización


Porcentaje
25
20
15
10
5
0
6,06 %
7,79 %
22,08 %
9,09 %
15,58 %
7,79 %
8,66 %
3,4 ...
9,09 %
3,46%
1 3 4 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65
Sexo Varón - Falta Autorrealización Personal


Porcentaje
20
15
10
5
0
9,26 %
6,62 %
13,61 %
17,01 %
6,43 %
10,96 %
3,78 %
8,32 %
8,51 %
4,35 %
5,29 %
15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 99
Sexo Mujer - Cansancio Emocional



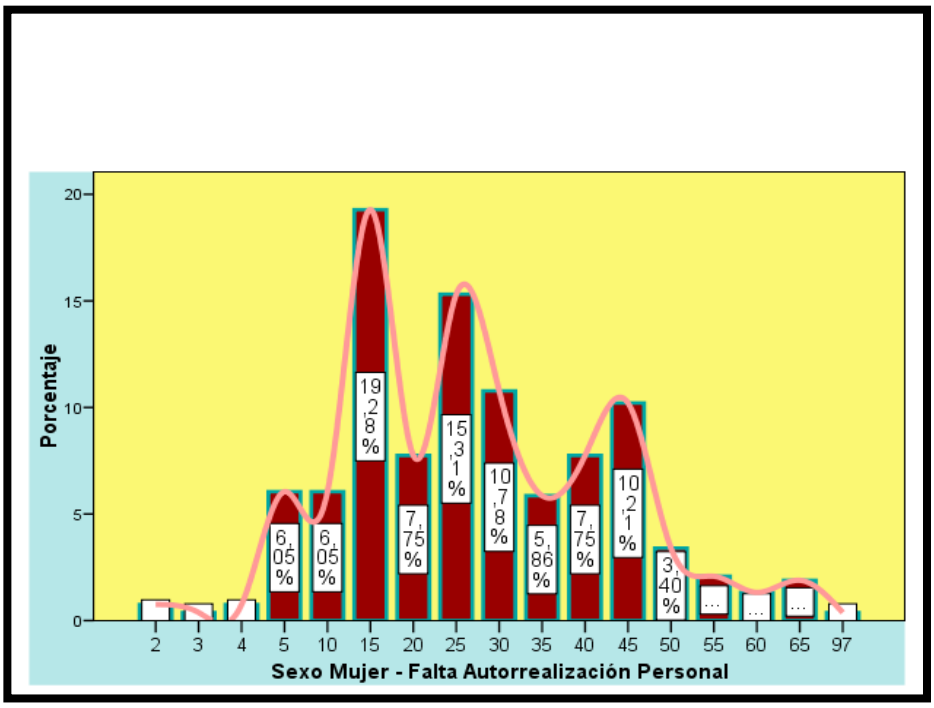


Figura 22. Grupo de gráficos de barras de la relación *Sexo – "Burnout"*.

5.1.5.2. Análisis descriptivo del "burnout" atendiendo a la edad de los sanitarios.

En la Tabla 26 mostramos la relación entre ***"burnout" y edad.*** Nuevamente evidenciamos que son los *mayores de 45 años* los *sanitario*s que tienen mayor representación en la muestra *(406)*, seguidos de los de *entre 36 y 45 años (218)*, de los de *entre 25 y 35 años (118)* y de los *menores de 25 años* que son la parte menos representativa de la muestra *(18)*.

Constatamos que las puntuaciones centiles más elevadas se localizan en *despersonalización* en todos los rangos de *edad* con unos *centiles de 69.78* en los *menores de 25 años*, de *60.39* en los *sanitario*s de *entre 36 y 45 años*, de *60.31* en los profesionales de *entre 25 y 35 años* y de *58.62* en el personal *mayor de 45 años*.

Las puntuaciones más significativas las encontramos en los valores más bajos de los centiles relativos a *falta de autorrealización personal*: *25.65* en el personal *mayor de 45 años*, *27.17* en los *sanitario*s de *entre 36 y 45 años*, *27.89* en los *menores de 25 años* y de *28.86* en los *sanitario*s de *entre 25 y 35 años* de *edad*.

Los valores medios de los centiles se localizan en la variable *cansancio emocional* en la que el centil más bajo es de *45.56* en los *menores de 25 años* y el más alto es de *49.14* en los *sanitario*s de *entre 36 y 45 años*.

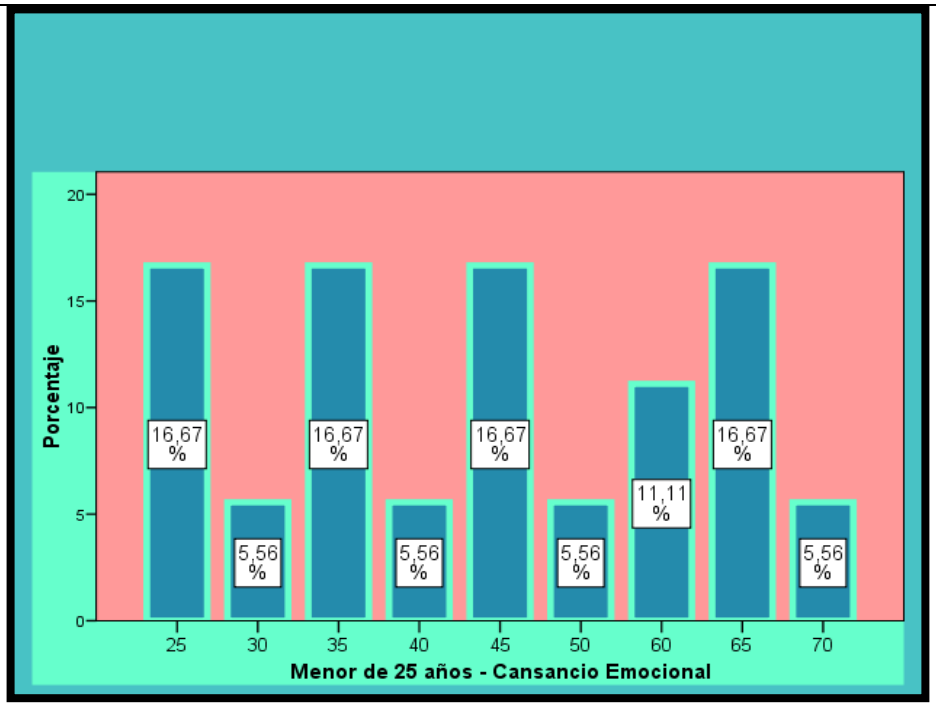
Estos resultados nos indican que los *sanitario*s se encuentran generalmente autorrealizados en su puesto de trabajo y que la variable más afectada directamente es la *despersonalización*, seguida del la variable *cansancio emocional*.

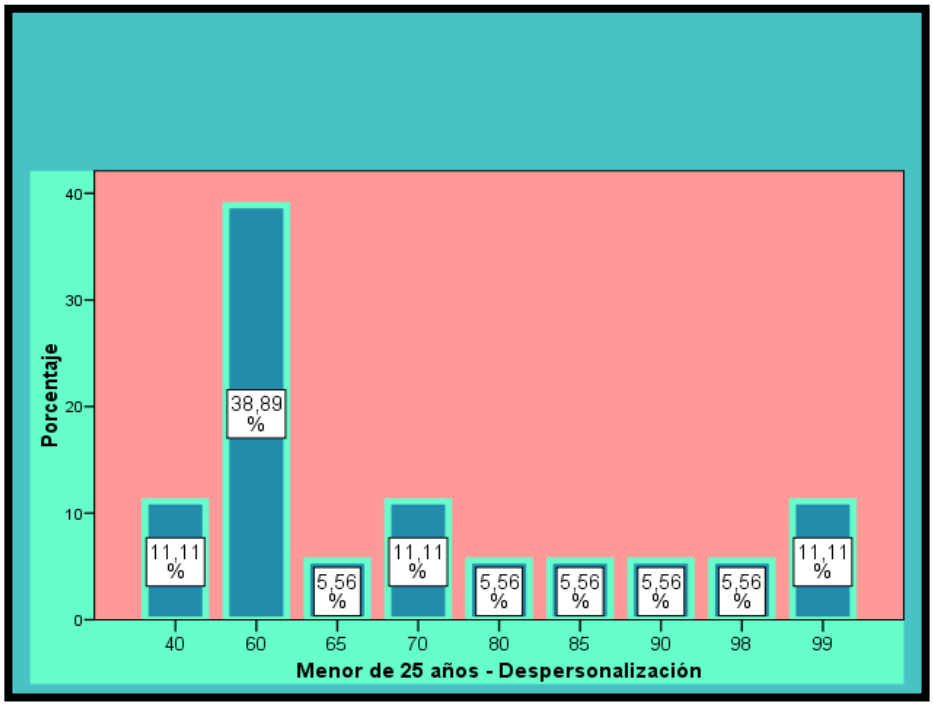
	n	Edad											
		Menor de 25 años			Entre 25 y 35 años			Entre 36 y 45 años			Mayor de 45 años		
		n	Media	Desv. típ.	n	Media	Desv. típ.	n	Media	Desv. típ.	n	Media	Desv. típ.
Cansancio Emocional			45.56	15.42		45.91	15.42		49.14	17.95		48.87	16.85
Despersonalización	760	18	69.78	18.33	118	60.31	16.06	218	60.39	17.21	406	58.62	15.16
Falta de Autorrealización Personal			27.89	13.51		28.86	15.54		27.17	14.33		25.65	15.29

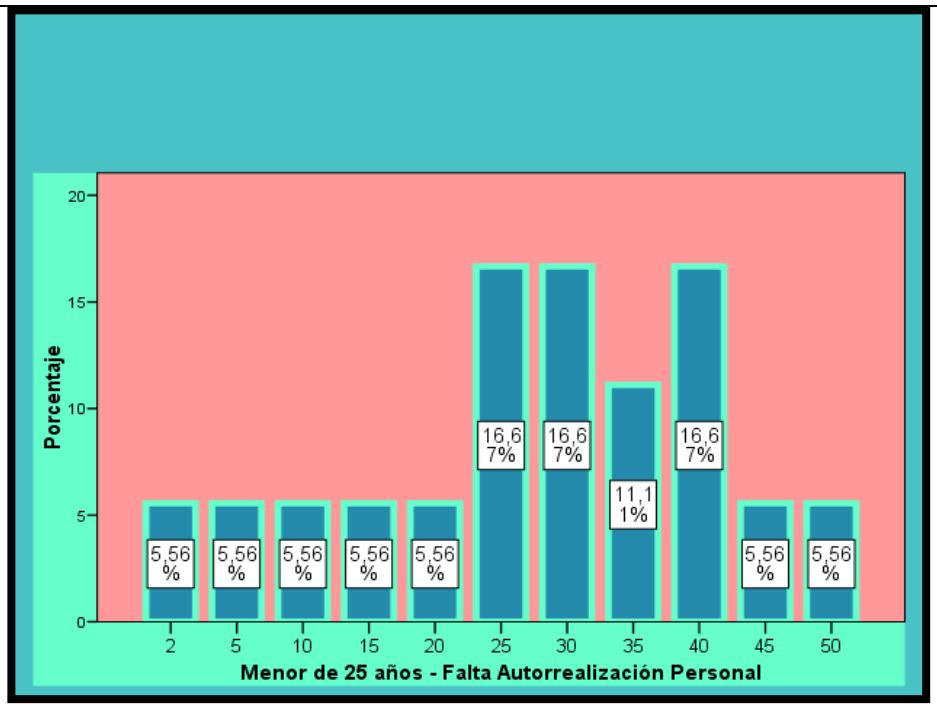
Tabla 26. Tabla de Contingencia *Edad – "Burnout"*.

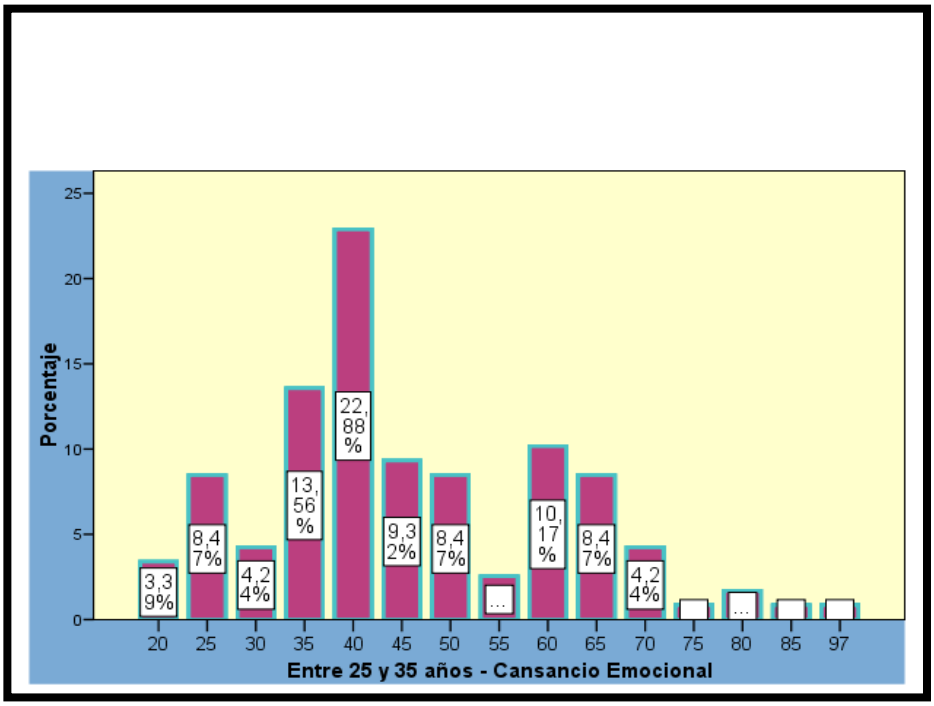
En la Figura 23, evidenciamos que son los *menores de 25 años* los que manifiestan unos porcentajes más elevados, situándose el *38.39%* de los *sanitario*s en el *centil 60* en *despersonalización*. Le siguen con un *22.88%* los profesionales de *25 a 35 años* que se sitúan en el *centil 40* en *cansancio emocional* y de un *centil 15* en *falta de autorrealización personal* en los *mayores de 45 años* que suponen el *21.18%* del rango de *edad*.

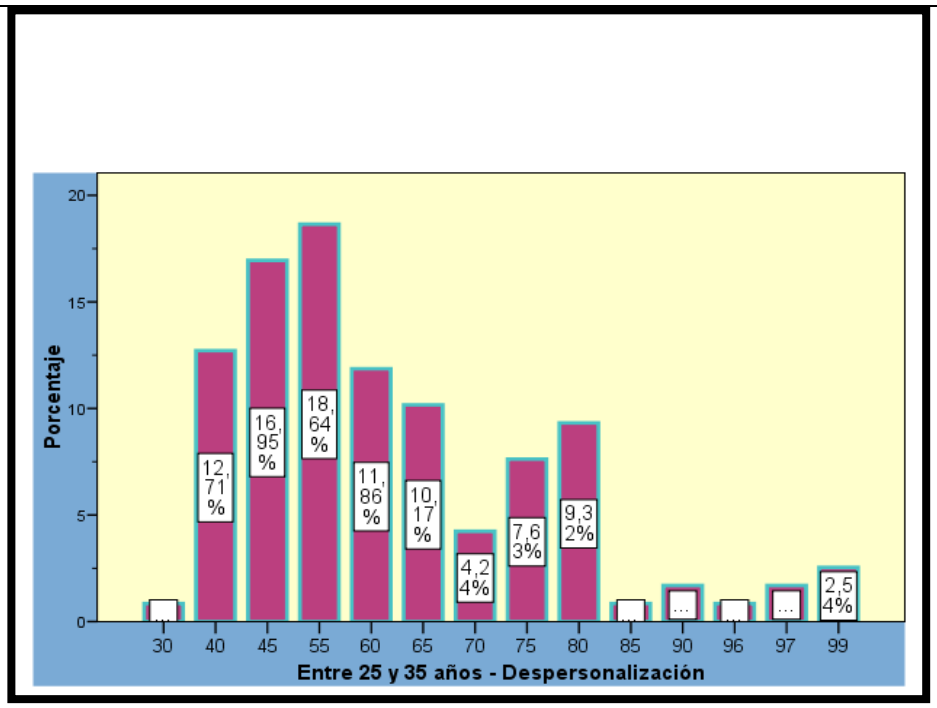
Asimismo, observamos en el conjunto de resultados obtenidos que en líneas generales los *sanitario*s, independientemente de su *edad*, presentan unos ***niveles bastante bajos de "burnout"***.

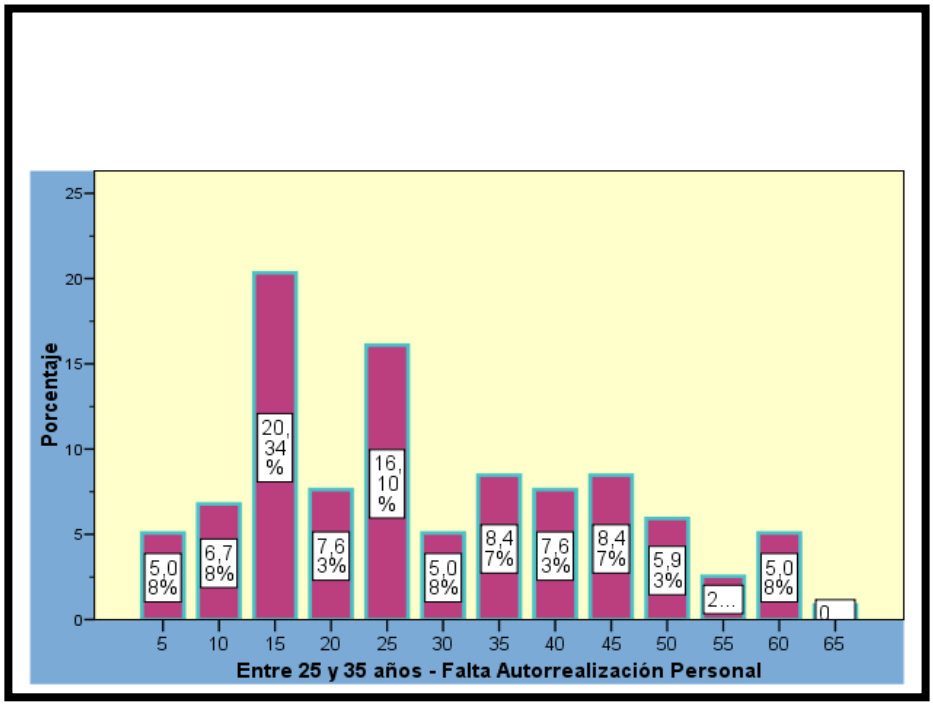

Porcentaje
20
15
10
5
0
16,67 %
5,56 %
16,67 %
5,56 %
16,67 %
5,56 %
11,11 %
16,67 %
5,56 %
25
30
35
40
45
50
60
65
70
Menor de 25 años - Cansancio Emocional

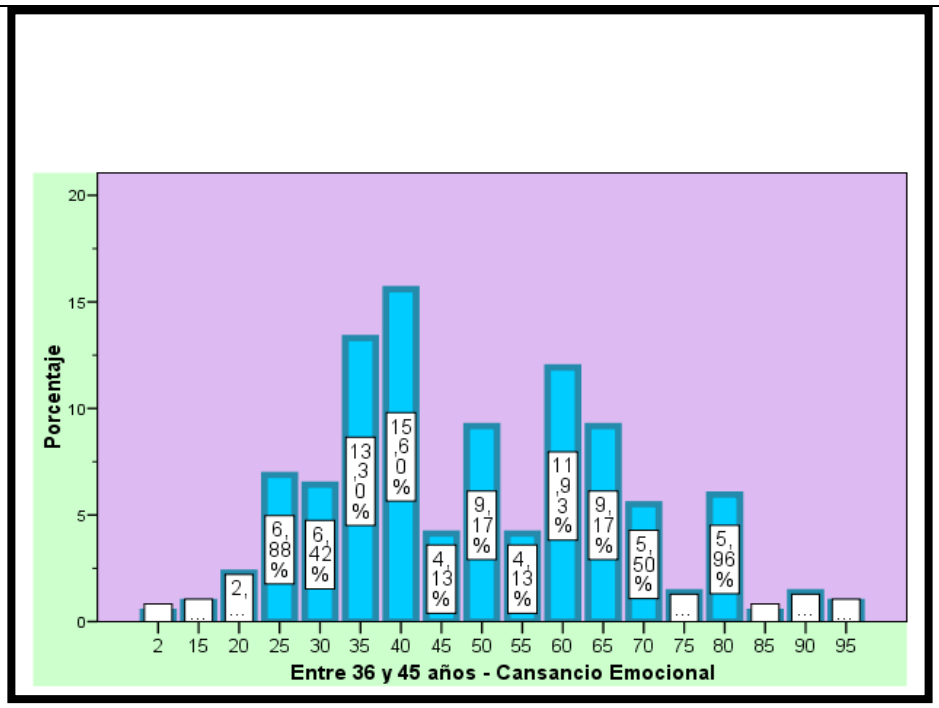

Porcentaje
40
30
20
10
0
11,11 %
38,89 %
5,56 %
11,11 %
5,56 %
5,56 %
5,56 %
5,56 %
11,11 %
40
60
65
70
80
85
90
98
99
Menor de 25 años - Despersonalización

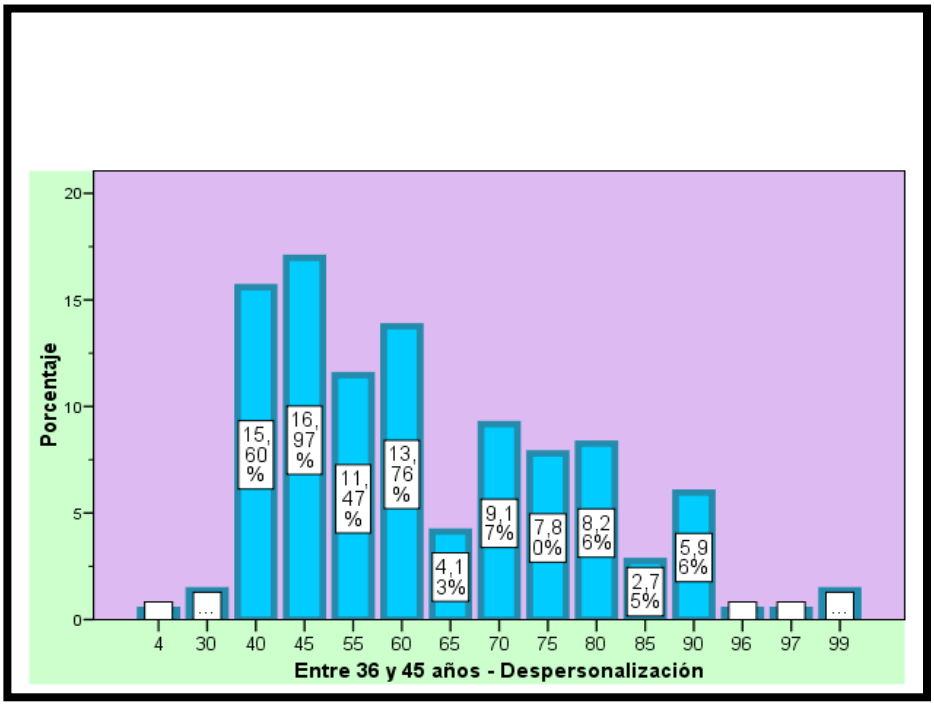

Porcentaje
20
15
10
5
0
5,56 %
5,56 %
5,56 %
5,56 %
5,56 %
16,67%
16,67%
11,11%
16,67%
5,56 %
5,56 %
2
5
10
15
20
25
30
35
40
45
50
Menor de 25 años - Falta Autorrealización Personal

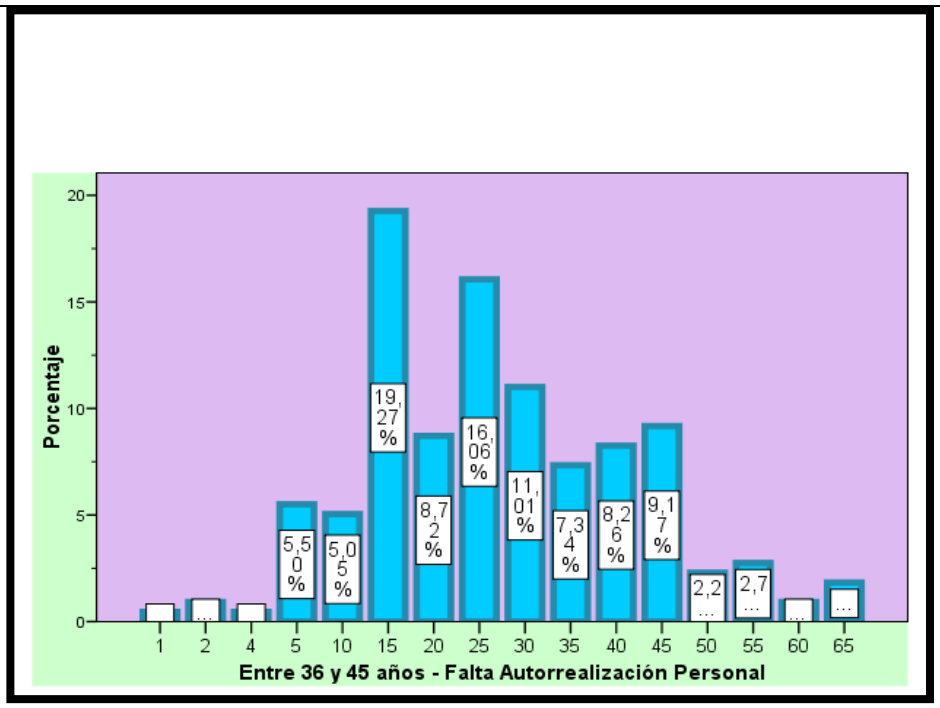

Porcentaje
25
20
15
10
5
0
3,39%
8,47%
4,24%
13,56 %
22,88 %
9,32%
8,47%
...
10,17 %
8,47%
4,24%
...
20
25
30
35
40
45
50
55
60
65
70
75
80
85
97
Entre 25 y 35 años - Cansancio Emocional

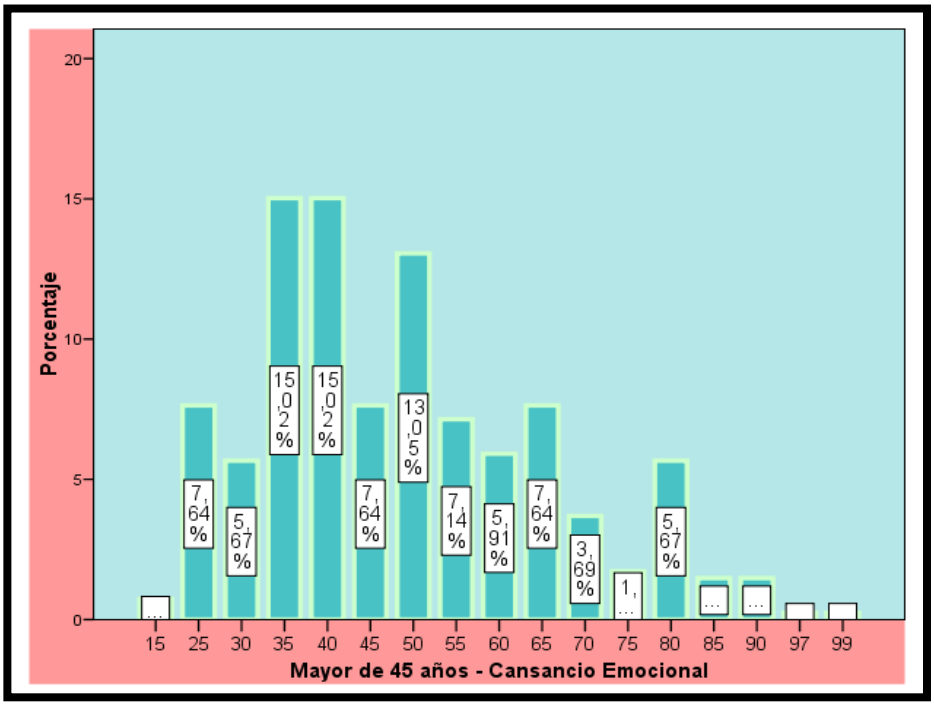

Porcentaje
20
15
10
5
0
12,71%
16,95%
18,64%
11,86%
10,17%
4,24%
7,63%
9,32%
2,54%
30
40
45
55
60
65
70
75
80
85
90
96
97
99
Entre 25 y 35 años - Despersonalización


Porcentaje
25
20
15
10
5
0
5,08%
6,78%
20,34%
7,63%
16,10%
5,08%
8,47%
7,63%
8,47%
5,93%
5,08%
5
10
15
20
25
30
35
40
45
50
55
60
65
Entre 25 y 35 años - Falta Autorrealización Personal


Porcentaje
20
15
10
5
0
2,...
6,88%
6,42%
13,30%
15,60%
4,13%
9,17%
4,13%
11,93%
9,17%
5,50%
...
5,96%
...
...
2 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95
Entre 36 y 45 años - Cansancio Emocional


Porcentaje
20
15
10
5
0
...
15,60%
16,97%
11,47%
13,76%
4,13%
9,17%
7,80%
8,26%
2,75%
5,96%
...
4 30 40 45 55 60 65 70 75 80 85 90 96 97 99
Entre 36 y 45 años - Despersonalización


Porcentaje
20
15
10
5
0
5,50 %
5,05 %
19,27 %
8,72 %
16,06 %
11,01 %
7,34 %
8,26 %
9,17 %
2,2 ...
2,7 ...
1
2
4
5
10
15
20
25
30
35
40
45
50
55
60
65
Entre 36 y 45 años - Falta Autorrealización Personal


Porcentaje
20
15
10
5
0
7,64 %
5,67 %
15,02 %
15,02 %
7,64 %
13,05 %
7,14 %
5,91 %
7,64 %
3,69 %
1, ...
5,67 %
15
25
30
35
40
45
50
55
60
65
70
75
80
85
90
97
99
Mayor de 45 años - Cansancio Emocional

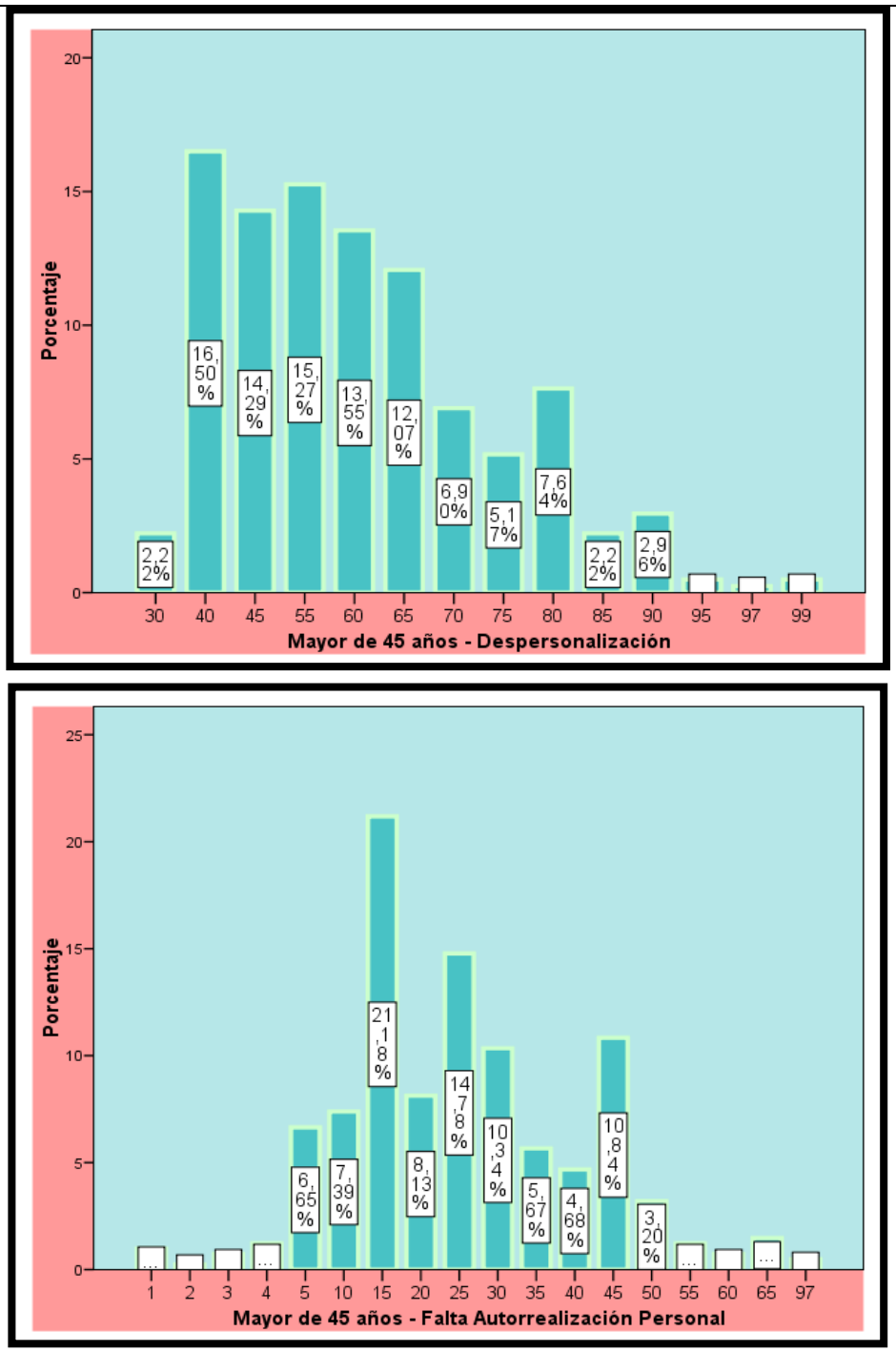


Figura 23. Grupo de gráficos de barras de la relación *Edad – "Burnout"*.

5.1.5.3. Análisis descriptivo del "burnout" atendiendo a la categoría profesional de los sanitarios.

En la Tabla 27 mostramos la relación entre ***"burnout" y categoría profesional.*** Evidenciamos que entre los sanitarios, son los *enfermeros* los que tienen mayor representación en la muestra (*358*), seguidos de los *médicos* (*249*) y de los *auxiliares* que son la parte menos representativa de la muestra (*153*). Asimismo, observamos que las medias oscilan entre unos centiles mínimos de *23.50* en *falta de autorrealización personal* en *médicos* y unos centiles máximos de *61.40* en *despersonalización* en *auxiliares*.

Vemos que las tres *categoría*s sanitarias presentan sus centiles máximos en la variable *despersonalización* (*61.40* en *auxiliares*, *59.83* en *enfermeros* y *58.33* en *médicos*).

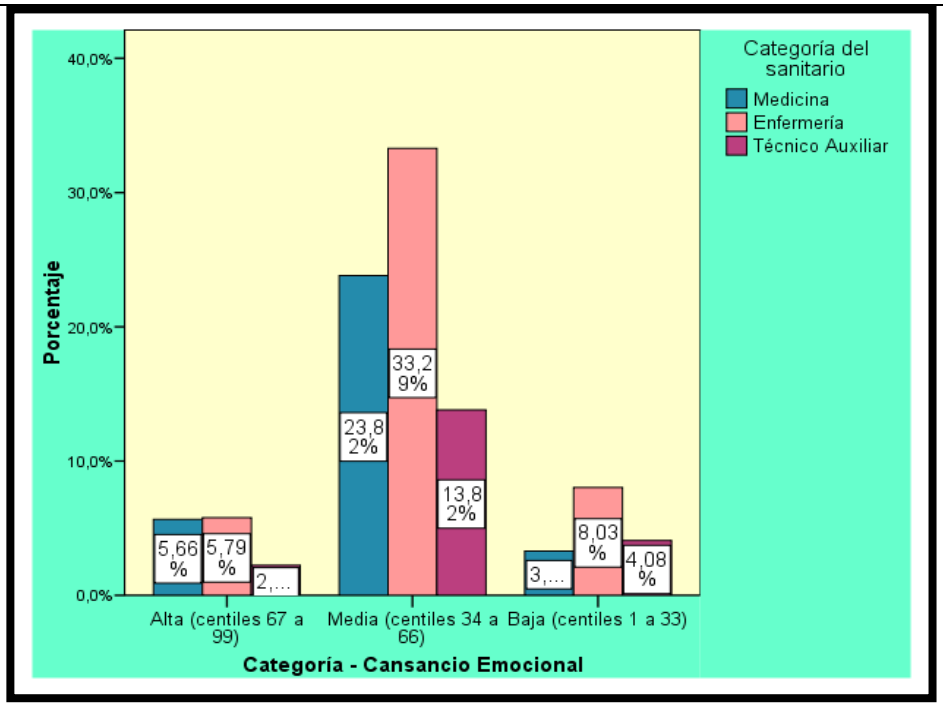
		Categoría Profesional								
		Médicos			Enfermeros			Auxiliares		
		n	Media	Desv. típ.	n	Media	Desv. típ.	n	Media	Desv. típ.
Cansancio Emocional			51	16.87		47.14	16.89		47.16	16.82
Despersona-lización	760	249	58.33	16.07	358	59.83	16.23	153	61.40	15.52
Falta de Autorrealiza-ción Personal			23.50	13.53		27.34	15.27		30.10	15.96

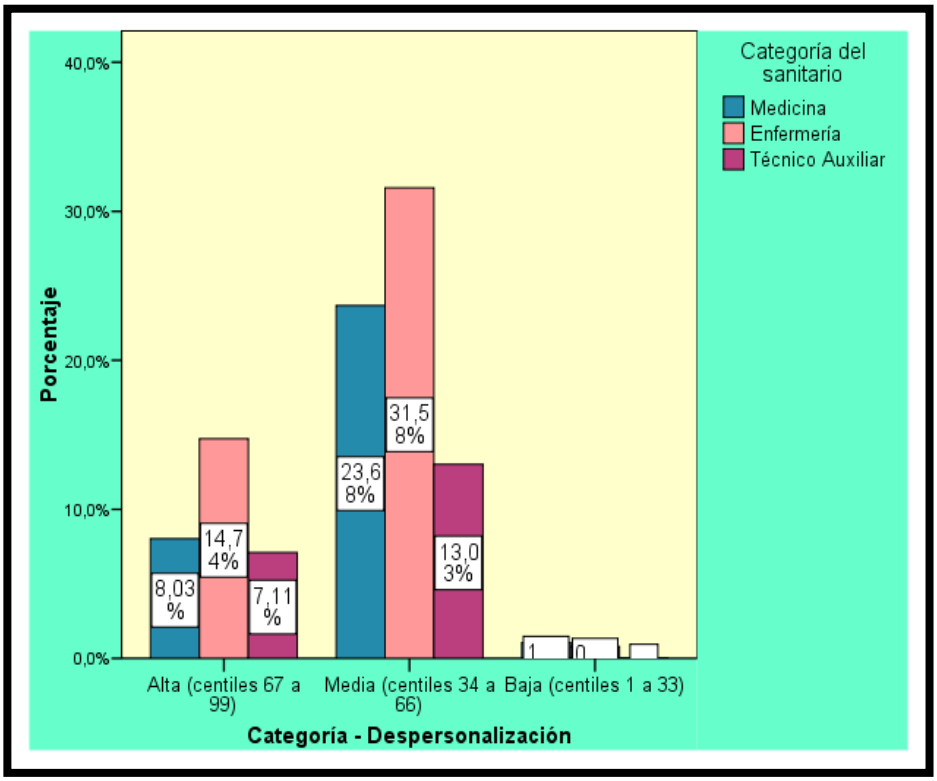
Tabla 27. Tabla de Contingencia *Categoría profesional – "Burnout".*

En la Figura 24 evidenciamos que los *enfermeros* son la *categoría profesional* que presenta unos porcentajes más elevados en las tres variables bajo estudio relativas al *síndrome.* Observamos que los *enfermeros* tanto en *cansancio emocional* (*33.29%*) como en *despersonalización* (*31.58%*) presentan unos niveles de *"burnout"* medios (relativos a centiles de 34 a 66). Además, esta *categoría profesional* también representa el mayor porcentaje muestral en la variable *falta de autorrealización personal,* señalando unos niveles *bajos* (centil de 1 a 33) en esta dimensión, lo que indica que se encuentran *muy realizados* en su ocupación laboral.

Vemos que los porcentajes más elevados de las tres *categoría*s sanitarias coinciden en las tres dimensiones analizadas. Señalando la existencia de unos niveles medios en *cansancio emocional* y *despersonalización* (centiles entre *34 y 66 puntos*) y bajos en *falta de autorrealización*

personal. Todo esto se resume en que los *sanitario*s presentan unos niveles de *"burnout"* medios (o no significativos) y que **se sienten realizados en su puesto de trabajo.**





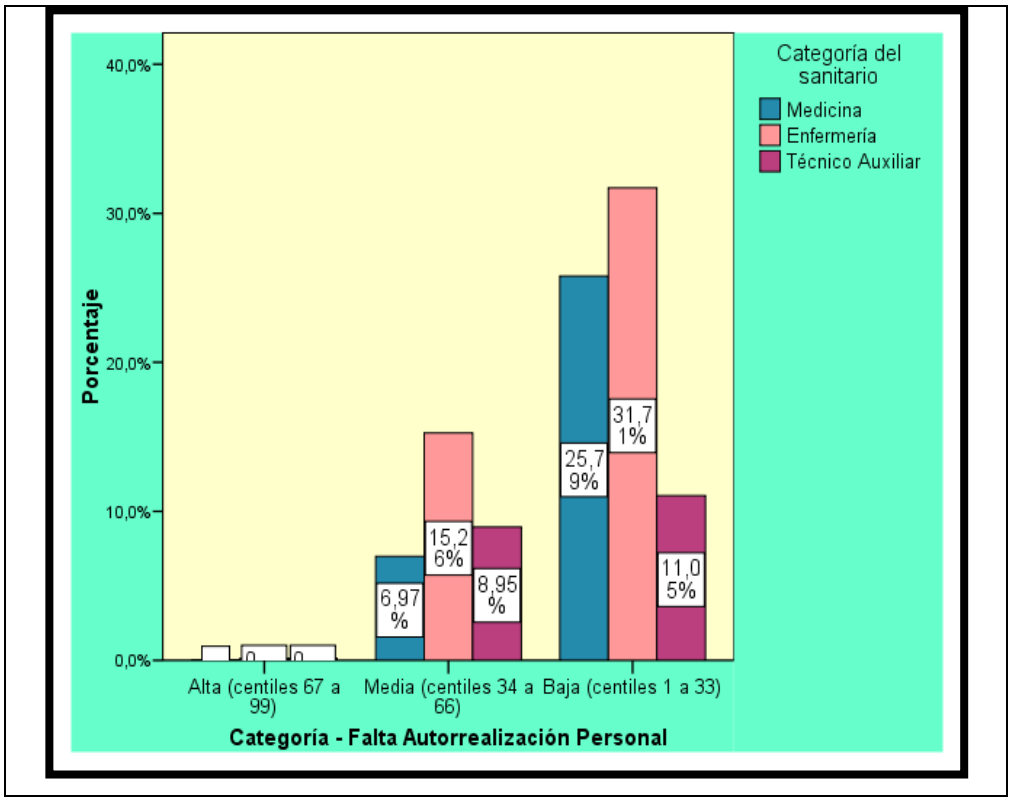


Figura 24. Grupo de gráficos de barras de la relación *Categoría profesional – "Burnout"*.

5.1.5.4. Análisis descriptivo del "burnout" atendiendo a los años de experiencia profesional de los sanitarios.

En la Tabla 28 mostramos la relación entre el ***"burnout" y los años de experiencia profesional.*** Evidenciamos que son los *mayores de 10 años* los *sanitario*s que tienen mayor representación en la muestra (*598*), seguidos de *entre 6 y 10 años* (*99*) y de los que tienen una *experiencia profesional de 0 a 5 años* que son la parte menos representativa de la muestra (*63*). Asimismo, observamos que las puntuaciones centiles medias oscilan entre *25.85* de mínima (*falta de autorrealización personal* en *sanitario*s con *más de 10 años de experiencia profesional*) y de *62.46* de máxima (en *despersonalización* en *sanitario*s con una *experiencia profesional* de *entre 0 y 5 años*).

Observamos que las dimensiones estudiadas presentan puntuaciones centiles muy similares en los diferentes rangos de *experiencia profesional*. En base a los resultados obtenidos, vemos nuevamente que las puntuaciones más elevadas se sitúan en la variable *despersonalización* (siendo la dimensión más afectada en los profesionales *sanitario*s), seguida de *cansancio emocional*. Finalmente, contemplamos que *falta de autorrealización personal* es la

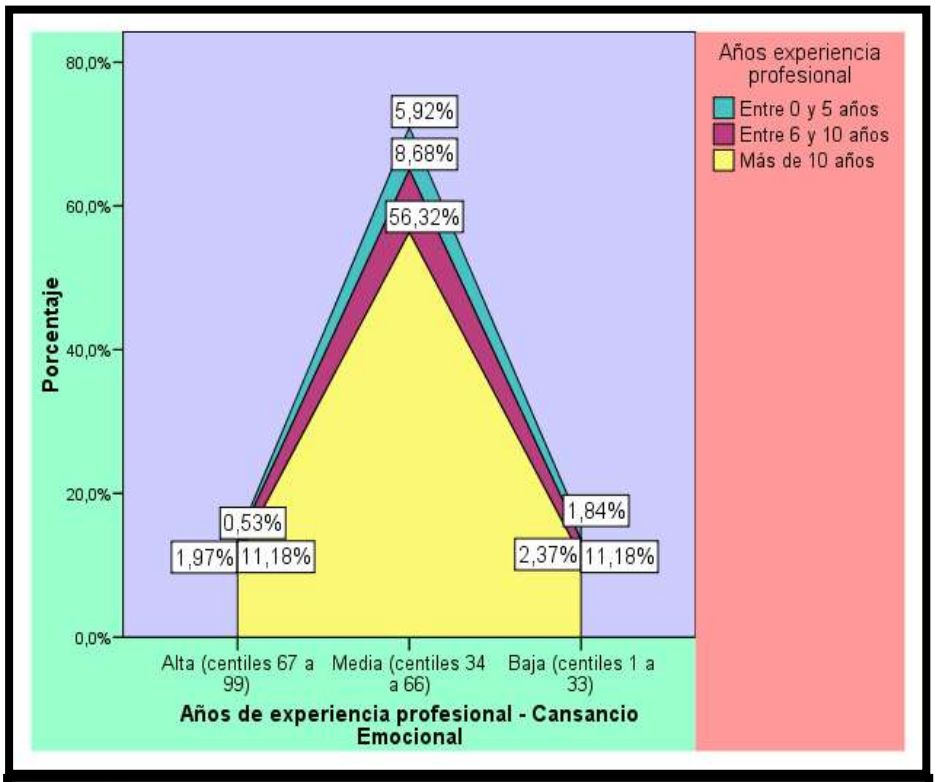
dimensión que vuelve a puntuarse más bajo, lo que señala que los *sanitario*s (independientemente de su experiencia laboral) se sienten *muy realizados* en su puesto de trabajo.

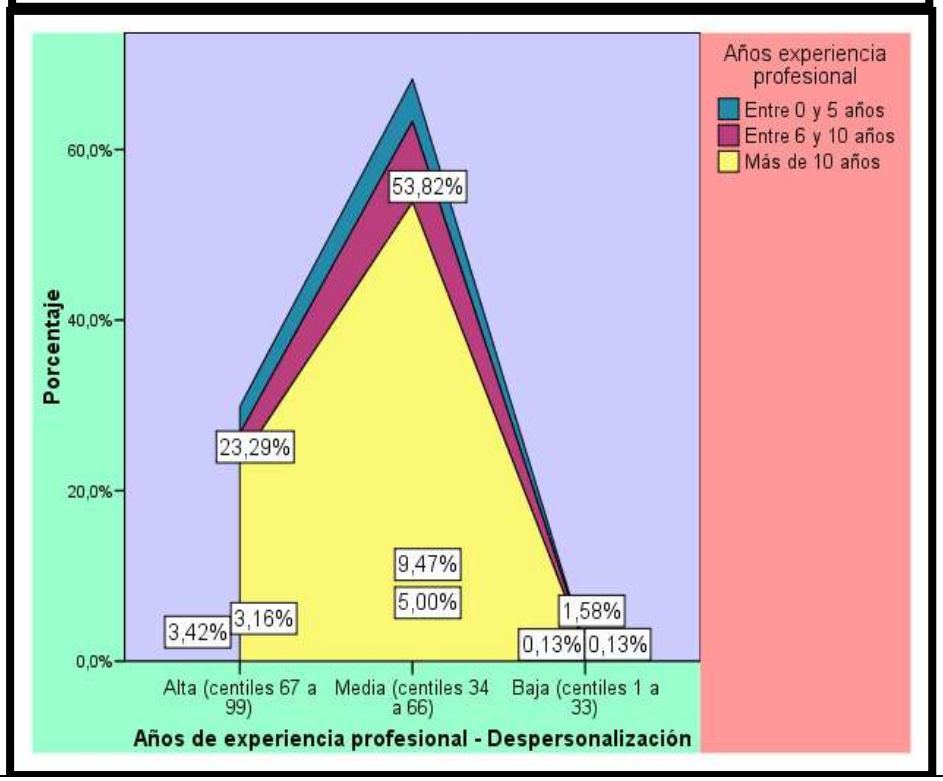
	n	Años de Experiencia Profesional								
		Entre 0 y 5 años			Entre 6 y 10 años			Más de 10 años		
		n	Media	Desv. típ.	n	Media	Desv. típ.	n	Media	Desv. típ.
Cansancio Emocional	760	63	45.95	15.55	99	47.55	17.86	598	48.81	16.93
Despersonalización			62.46	14.94		60.10	16.89		59.28	16.02
Falta de Autorrealización Personal			29.40	14.14		29.64	14.09		25.85	15.21

Tabla 28. Tabla de Contingencia *Años de experiencia profesional – "Burnout"*.

En la Figura 25, observamos que en las dimensiones *cansancio emocional* y de *despersonalización* los porcentajes más elevados los representan los *sanitario*s de *más de 10 años de experiencia profesional* con un *58.32%* y un *53.82%*. Estos profesionales manifiestan unos niveles de *cansancio emocional* y de *despersonalización medios* (centiles de 34 a 66).

En relación a la dimensión *falta de autorrealización personal*: el porcentaje más elevado lo representan los *sanitario*s con una *experiencia profesional* de *más de 10 años*, quienes muestran unos niveles centiles *bajos* (de 1 a 33), indicando que se sienten *muy realizados* en su trabajo.


Años experiencia profesional
Entre 0 y 5 años
Entre 6 y 10 años
Más de 10 años
Porcentaje
80,0%
60,0%
40,0%
20,0%
0,0%
5,92%
8,68%
56,32%
0,53%
1,97%
11,18%
1,84%
2,37%
11,18%
Alta (centiles 67 a 99)
Media (centiles 34 a 66)
Baja (centiles 1 a 33)
Años de experiencia profesional - Cansancio Emocional


Años experiencia profesional
Entre 0 y 5 años
Entre 6 y 10 años
Más de 10 años
Porcentaje
60,0%
40,0%
20,0%
0,0%
53,82%
23,29%
9,47%
5,00%
3,42%
3,16%
1,58%
0,13%
0,13%
Alta (centiles 67 a 99)
Media (centiles 34 a 66)
Baja (centiles 1 a 33)
Años de experiencia profesional - Despersonalización

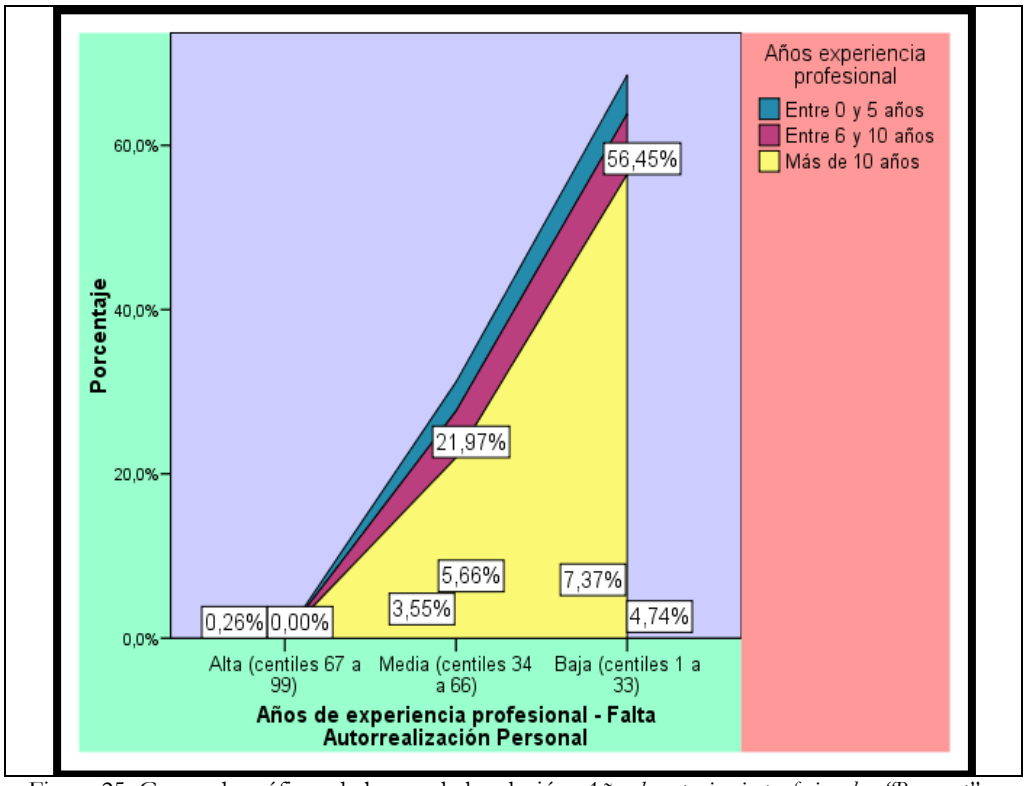


Figura 25. Grupo de gráficos de barras de la relación *Años de experiencia profesional – "Burnout"*.

5.1.6. Análisis de las diferencias en la calidad y fluidez de la *comunicación* en el *paciente*.

5.1.6.1. Análisis descriptivo de la percepción de los pacientes sobre las habilidades comunicativas de los sanitarios.

	n	Media	Desv. típ.
Habilidades Sociales		1.31	.57
Habilidades Comunicativas		1.31	.54
Satisfacción Laboral		1.12	.44
Falta de recursos	658	1.34	.57
Calidad de Atención al Paciente		1.01	.50
Empatía		1.18	.69
Global Comunicación		1.19	.50

Tabla 29. Frecuencias de las dimensiones de la *Comunicación*.

En relación a la percepción global que tienen los *pacientes* sobre sus *habilidades comunicativas*, comprobamos en la Tabla 29 que en una puntuación mínima de 1 punto y máxima de 3 puntos, las frecuencias muestran unos *niveles bastante bajos* que oscilan entre los *1.01* y *1.34* puntos, lo que evidencia que **la muestra de *pacientes* considera que la *calidad y fluidez de la comunicación* con los *sanitarios* *no es muy adecuada.***

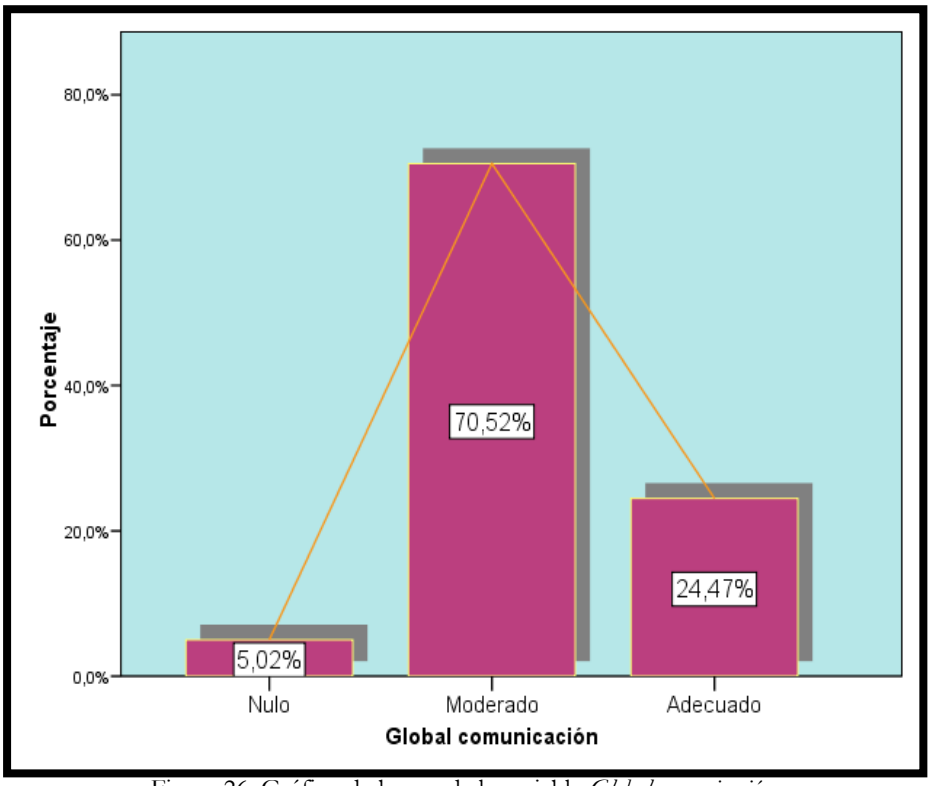


Figura 26. Gráfico de barras de la variable *Global comunicación.*

El gráfico de barras de la Figura 26 evidencia que la mayoría de los *pacientes* (*70.52%*) considera que la calidad y fluidez de la comunicación con los *sanitarios* es *moderada.*

Observamos que únicamente un *24.47%* considera que la calidad y fluidez de la *comunicación* con el *sanitario* es *adecuada.*

Las puntuaciones obtenidas evidencian que la percepción del *paciente* sobre la *calidad y fluidez de la comunicación* del *sanitario* alcanza unos niveles intermedios (con tendencia a los valores bajos), por lo que ***no hay adecuación* de la *comunicación* entre el *paciente* y el *sanitario*** desde la perspectiva del *paciente.*

5.1.6.2. Análisis descriptivo de la percepción de los pacientes sobre las habilidades comunicativas de los sanitarios atendiendo al sexo del paciente.

	n	Sexo					
		Varón			Mujer		
		n	Media	Desv. típ.	n	Media	Desv. típ.
Habilidades Sociales			1.39	.54		1.26	.59
Habilidades Comunicativas			1.35	.52		1.27	.56
Calidad de Atención al Paciente	658	268	1.07	.48	390	.96	.51
Empatía			1.30	.64		1.09	.72
Global Comunicación			1.24	.47		1.17	.52

Tabla 30. Tabla de Contingencia *Sexo – Comunicación.*

En la Tabla 30 mostramos la relación entre ***habilidades comunicativas y sexo.*** Comprobamos que son las *mujeres* las que tienen mayor representación en la muestra (*390*), frente a *268 varones*. Constatamos que *varones* y *mujeres* consideran que las *habilidades comunicativas* de los *sanitario*s son *muy poco adecuadas*, ya que vemos que las puntuaciones oscilan entre unas mínimas de *.96* (en *calidad de atención al paciente* en *mujeres*) y unas máximas de *1.39* (en *habilidades sociales* en *varones*).

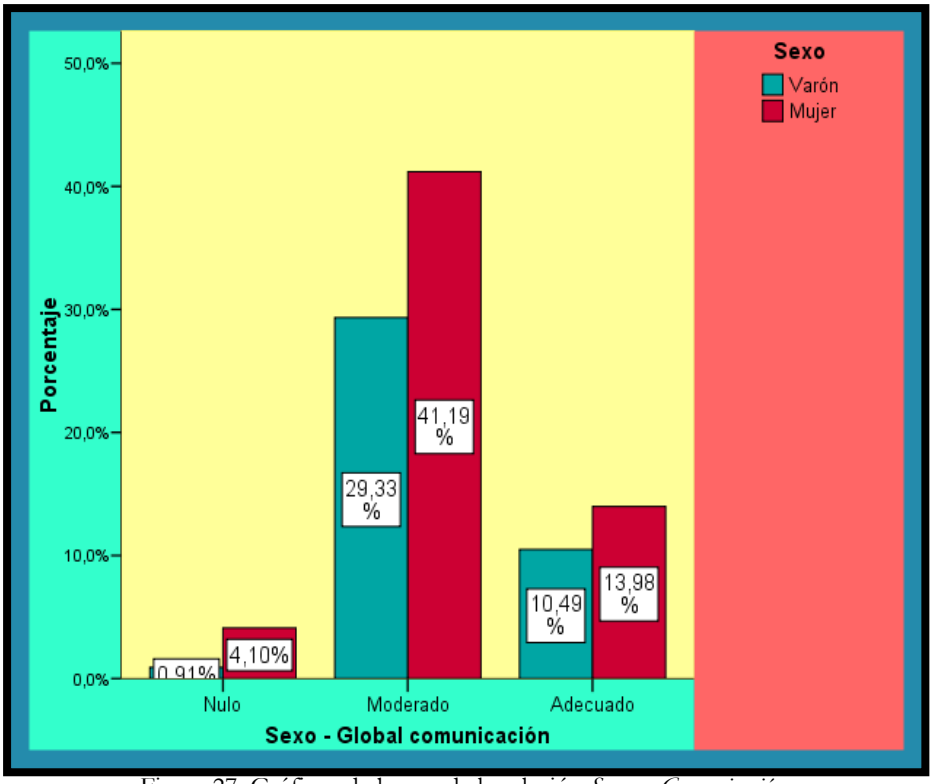


Figura 27. Gráficos de barras de la relación *Sexo – Comunicación.*

En la Figura 27 se observa que la *mujer* es la que expresa las puntuaciones *más elevadas.* Además, este gráfico de barras evidencia que los porcentajes más elevados se sitúan en la opción *moderado* (*41.19%* de *mujeres* y *29.33%* de *varones*) lo que indica que la mayoría de los *pacientes* considera que las *habilidades comunicativas* de los *sanitarios* son *medianamente apropiadas.*

Observamos que únicamente un *13.98%* de *mujeres* y un *10.49%* de *varones* considera que la calidad de la *comunicación* con el *sanitario* es *adecuada.*

Los resultados obtenidos constatan que ***no existen diferencias*** **en la percepción del** ***paciente*** *sobre la calidad y fluidez de la* ***comunicación*** *del sanitario* ***según el sexo***; es más, ambos colectivos coinciden en sus valoraciones.

5.1.6.3. Análisis descriptivo de la percepción de los pacientes sobre las habilidades comunicativas de los sanitarios atendiendo a la edad del paciente.

	n	Edad											
		Menor de 25 años			Entre 25 y 35 años			Entre 36 y 45 años			Mayor de 45 años		
		n	Media	Desv. típ.	n	Media	Desv. típ.	n	Media	Desv. típ.	n	Media	Desv. típ.
Habilidades Sociales			1.41	.58		1.37	.54		1.32	.53		1.25	.61
Habilidades Comunicativas			1.36	.48		1.39	.48		1.35	.50		1.22	.60
Calidad de Atención Paciente	658	61	1.20	.54	175	1.03	.48	141	.96	.51	281	.98	.49
Empatía			1.21	.71		1.18	.67		1.13	.70		1.20	.70
Global Comunicación			1.26	.44		1.29	.47		1.21	.43		1.12	.55

Tabla 31. Tabla de Contingencia *Edad – Comunicación.*

En la Tabla 31 mostramos la relación entre ***habilidades comunicativas*** **y** ***edad.*** Constatamos que son los *mayores de 45 años* los *pacientes* que tienen mayor representación en la muestra (*281*), seguidos de los de *entre 25 y 35 años* (*175*), de los de *entre 36 y 45 años* (*141*), y de los *menores de 25 años* que son la parte menos representativa de la muestra (*61*). Asimismo, observamos que las medias obtenidas manifiestan valores muy bajos que oscilan entre los *.96* puntos de mínima y los *1.41* puntos de máxima, por lo que son puntuaciones *muy bajas* que se interpretan como la existencia de niveles comunicativos *poco adecuados* con los *sanitarios* en todas las dimensiones comunicativas analizadas.

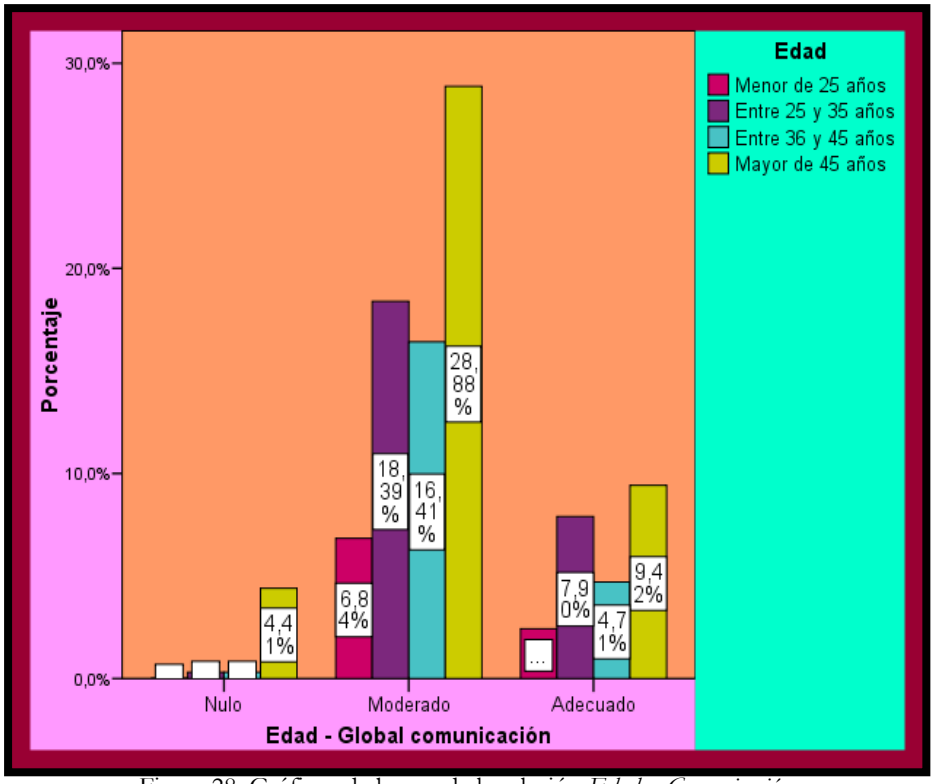


Figura 28. Gráficos de barras de la relación *Edad – Comunicación*.

En la Figura 28 se observa que todos los rangos de *edad* coinciden y consideran que la *comunicación* con el *sanitario* es de carácter *moderada*. Esto pone de manifiesto que la *calidad* de la *comunicación* con el *sanitario* es de un carácter *medio,* por lo que se aleja de la adecuación esperada en tal relación interpersonal.

Los resultados obtenidos señalan que *no existen diferencias en la percepción del paciente sobre la calidad y fluidez de la* ***comunicación*** *del sanitario según la* ***edad***, pues los resultados son muy parejos entre los distintos rangos de *edad*. Por lo que tampoco se evidencia que a menor *edad*, los *sanitario*s manifiesten diferencias significativas en el trato comunicativo con sus *pacientes*.

5.2. ANÁLISIS INFERENCIAL.

En este epígrafe se presenta el *Análisis Inferencial* que nos va a permitir establecer posibles *diferencias significativas* entre las variables analizadas.

5.2.1. Análisis de las diferencias en la calidad y fluidez de la *comunicación* en el *sanitario.*

5.2.1.1. Comunicación – Sexo.

Tras efectuar la prueba *T de Student* para dos muestras independientes comprobamos que ***no existen diferencias significativas*** entre los *varones* y las *mujeres* en relación a la calidad y fluidez de la relación del *sanitario*, ya que el estadístico de significación siempre es ***superior a .05*** (véase la Tabla 32).

	t	gl	Sig. (bilateral)
Habilidades Sociales	-.01	758	.99
Habilidades Comunicativas	.33	758	.73
Calidad de Atención al Paciente	-1.73	168	.08
Empatía	-1.86	758	.06
Global Comunicación	.08	758	.93

Tabla 32. Prueba T de Student de muestras independientes: *Comunicación – Sexo.*

Nota: *P<.05; **P<.01; ***P<.001.

Los resultados obtenidos manifiestan que ***no existen diferencias significativas*** **en la calidad y fluidez de la *comunicación* del *sanitario* según el *sexo*.**

5.2.1.2. Comunicación – Edad.

Efectuada la prueba ANOVA de un factor para determinar la relación entre la *comunicación* del *sanitario* y la *edad*, evidenciamos que ***no existen diferencias significativas*** en ninguna de las variables, pues el estadístico de significación que obtenemos es ***superior a .05*** (véase la Tabla 33).

	F	Sig.
Habilidades Sociales	.63	.59
Habilidades Comunicativas	.73	.53
Calidad de Atención al Paciente	.19	.90
Empatía	.94	.41
Global Comunicación	1.83	.13

Tabla 33. Prueba ANOVA de un factor entre la relación *Comunicación – Edad.*

*Nota: *P<.05; **P<.01; ***P<.001.*

En el gráfico de la Figura 29 vemos la existencia de unas *medias muy altas* (las máximas son 5). Las puntuaciones más elevadas se sitúan en los sujetos de *entre 25 y 35 años* de *edad* (*4*), seguidos de los *mayores de 45* (*3.93*) y de los de *entre 36 y 45 años* (*3.88*). Las puntuaciones más bajas se corresponden a los sujetos más jóvenes de la muestra que son los *menores de 25 años* (*3.72*).

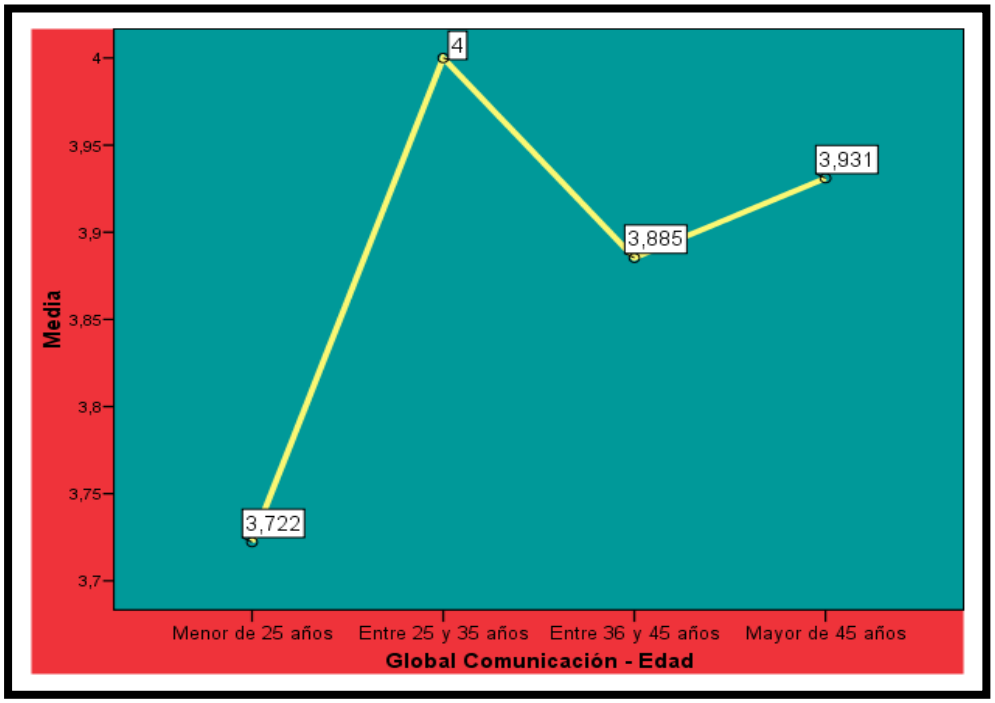


Figura 29. Gráfico de medias de la relación *Comunicación – Edad.*

Los resultados evidencian que ***no existen diferencias significativas en la calidad y fluidez de la comunicación* del *sanitario* según la *edad.*** Por lo que, *a menor edad*, los *sanitarios no manifiestan diferencias significativas* en el trato comunicativo con sus *pacientes*.

5.2.1.3. Comunicación – Años de experiencia profesional.

	F	Sig.
Habilidades Sociales	.19	.82
Habilidades Comunicativas	.37	.68
Calidad de Atención al Paciente	.94	.39
Empatía	.33	.71
Global Comunicación	.84	.43

Tabla 34. Prueba ANOVA de un factor entre la relación *Comunicación – Años de experiencia profesional.*

Nota: *P<.05; **P<.01; ***P<.001.

Efectuada la prueba ANOVA de un factor para determinar la relación entre la *comunicación* del *sanitario y los años de experiencia profesional*, evidenciamos que ***no existen diferencias significativas*** en ninguna de las variables, pues el estadístico de significación que obtenemos es ***superior a .05*** (véase la Tabla 34).

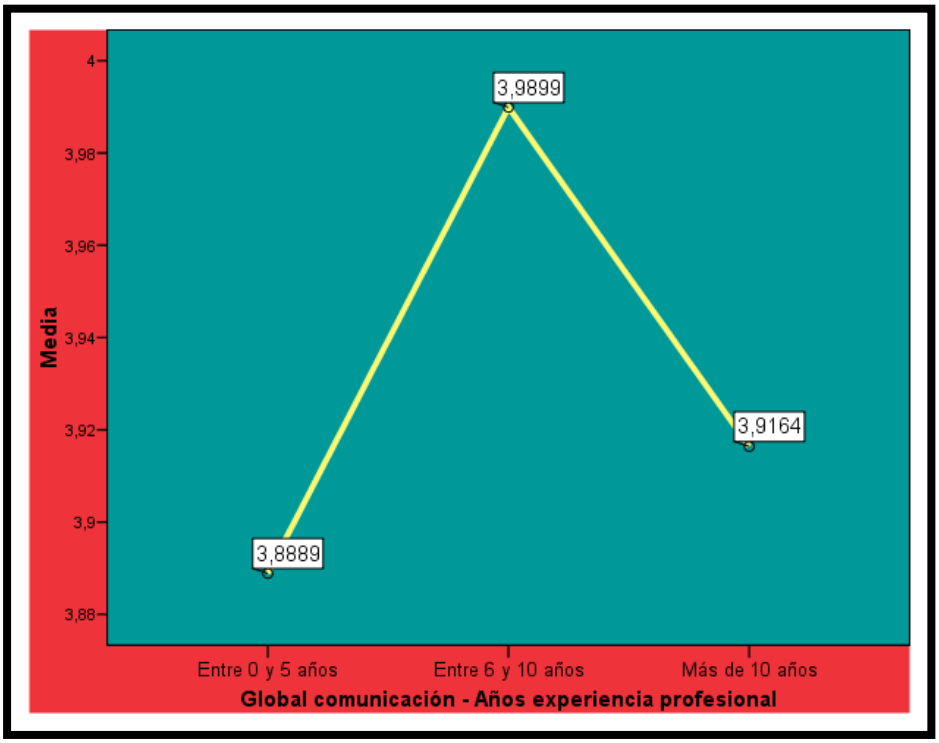


Figura 30. Gráfico de medias de la relación *Comunicación – Años de experiencia profesional.*

En el gráfico de la Figura 30 constatamos la existencia de unas *medias muy altas* que oscilan los *4* puntos sobre unas máximas de *5* puntos. Las puntuaciones *más elevadas* se sitúan en los sujetos de *entre 6 y 10 años de experiencia profesional* (*3.98*), seguidos de los que llevan *más de 10 años de experiencia profesional* (*3.91*). Las *puntuaciones más bajas* se corresponden a los profesionales con menor experiencia laboral, siendo representada por los que tienen una *experiencia profesional de 0-5 años* (*3.88*).

Los resultados obtenidos constatan que ***no existen diferencias significativas* en la calidad y fluidez de la *comunicación* del *sanitario* en función de los *años de experiencia profesional* del *sanitario***, por lo que a mayor experiencia, no es menor la calidad ni la fluidez en la *comunicación* al *paciente*.

5.2.1.4. Comunicación – Especialidad.

La amplia Tabla 35 (que ocupa un total de seis páginas) nos muestra los estadísticos de grupo de **la relación entre *comunicación* y *especialidad.*** En primer lugar, observamos que de los *760 sanitario*s de la muestra global, sólo han respondido al ítem de la especialidad *450* sujetos. Asimismo, vemos la *variabilidad del número de sanitarios por especialidad*, encontrando especialidades que tienen una muestra muy representativa como en el caso de *medicina general* con *166 sanitario*s y otras que no son nada representativas como en *endocrinología y nutrición, otorrinolaringología, psiquiatría o farmacia* que sólo las constituyen un *único sanitario*.

En todos los casos seguimos evidenciando la existencia de medias muy elevadas que incluso alcanzan la puntuación máxima (*5 puntos*).

En *habilidades sociales* vemos que la puntuación *más baja* se localiza en los *sanitario*s de *urgencias* (*3.98*) y la *máxima* en *farmacia* alcanzando los *5 puntos* de máxima.

En el caso de las *habilidades comunicativas* observamos que en algunos casos las medias bajan un poco y oscilan entre unas *máximas de 5* (nuevamente en *farmacia*) *y unas mínimas de 3* (en *endocrinología y nutrición*).

En *calidad de atención al paciente* las medias obtenidas en líneas generales son elevadas con unas *mínimas de 3* (en *endocrinología y nutrición*, nuevamente) y unas *máximas de 4.5* en *neurología*. Los que indica que los *sanitario*s consideran que la *calidad de atención al paciente* es *bastante adecuada*.

En *empatía* de nuevo encontramos que los *sanitario*s consideran que la *empatía* que se establece con el *paciente* es *muy apropiada*. Localizando unas medias mínimas de *3.83* (en *alergología*) y unas *máximas de 5* en varias especialidades (*médico-quirúrgica y venerología, nefrología, otorrinolaringología, psiquiatría y farmacia*).

En la variable aglutinadora *global comunicación* constatamos nuevamente la existencia de *medias muy elevadas* que oscilan entre unas mínimas de *3* (en *endocrinología y nutrición*) y unas máximas que alcanzan los *5 puntos* de media en las especialidades de *psiquiatría y farmacia*.

En el cómputo de todas las variables por especialidades, a pesar de que la muestra que responde al ítem especialidad es *310 sanitario*s menos que la muestra total, vemos que los *sanitario*s en función de su especialidad señalan que su *comunicación* con el *paciente* es en líneas generales *muy adecuada*.

	Especialidad	N	Media	Desviación típica	Error típico
Habilidades Sociales	Urgencias	49	3.98	.59	.08
	Medicina general	166	4.01	.60	.04
	Pediatría	28	4.14	.59	.11
	Alergología	6	3.83	.40	.16
	Anestesiología	8	4.13	.35	.12
	Cardiología	7	4.00	.57	.21
	Cirugía General	39	4.15	.63	.10
	Dermatología Médico-Quirúrgica y Venerología	2	4.50	.70	.50
	Endocrinología y Nutrición	1	3		
	Hematología y Hemoterapia	6	4.17	.40	.16
	Medicina interna	56	4.09	.54	.07
	Nefrología	2	4.50	.70	.50

	Neumología	3	4	.00	.00
	Neurología	2	4	.00	.00
	Oftalmología	10	3.90	.31	.10
	Oncología médica	2	4	.00	.00
	Otorrinolaringología	1	4		
	Psiquiatría	1	5		
	Traumatolología y Cirugía Ortopédica	8	4	.00	.00
	Fisioterapia	3	4.33	.57	.33
	Tocoginecología	8	4.25	.46	.16
	Geriatría/ Gerontología	2	4.00	.00	.00
	Materno Infantil/ Neotatología	30	4.07	.64	.11
	Cuidados intensivos	6	4.00	.63	.25
	Cuidados paliativos	3	4.33	.57	.33
	Farmacia	1	5.00		
	Total	450	4.06	.57	.02
Habilidades Comunicativas	Urgencias	49	4.02	.62	.09
	Medicina general	166	4.01	.67	.05
	Pediatría	28	4.07	.46	.08
	Alergología	6	3.50	.54	.22
	Anestesiología	8	4.13	.64	.22
	Cardiología	7	4.00	.81	.30
	Cirugía General	39	4.15	.58	.09
	Dermatología Médico-Quirúrgica y Venerología	2	4.50	.70	.50
	Endocrinología y Nutrición	1	3.00		
	Hematología y Hemoterapia	6	4.00	.89	.36
	Medicina interna	56	4.14	.61	.08

	Nefrología	2	5	.00	.00
	Neumología	3	4.33	.57	.33
	Neurología	2	4	.00	.00
	Oftalmología	10	3.80	.78	.24
	Oncología médica	2	4	.00	.00
	Otorrinolaringología	1	4		
	Psiquiatría	1	5		
	Traumatolología y Cirugía Ortopédica	8	4	.75	.26
	Fisioterapia	3	4	.00	.00
	Tocoginecología	8	4.50	.75	.26
	Geriatría/ Gerontología	2	4.50	.70	.50
	Materno Infantil/ Neotatología	30	4.10	.66	.12
	Cuidados intensivos	6	3.50	.54	.22
	Cuidados paliativos	3	4.67	.57	.33
	Farmacia	1	5		
	Total	450	4.06	.64	.03
Calidad de Atención al Paciente	Urgencias	49	3.69	.54	.07
	Medicina general	166	3.77	.61	.04
	Pediatría	28	3.89	.49	.09
	Alergología	6	3.50	.54	.22
	Anestesiología	8	3.88	.64	.22
	Cardiología	7	3.86	.69	.26
	Cirugía General	39	3.74	.75	.12
	Dermatología Médico-Quirúrgica y Venerología	2	4	.00	.00
	Endocrinología y Nutrición	1	3		
	Hematología y Hemoterapia	6	4	.63	.25
	Medicina interna	56	3.75	.58	.07
	Nefrología	2	3.50	.70	.50
	Neumología	3	3.33	.57	.33
	Neurología	2	4.50	.70	.50
	Oftalmología	10	3.80	.42	.13
	Oncología médica	2	3.50	.70	.50
	Otorrinolaringología	1	4		
	Psiquiatría	1	4		

	Traumatolología y Cirugía Ortopédica	8	3.38	.51	.18
	Fisioterapia	3	4	.00	.00
	Tocoginecología	8	3.75	.46	.16
	Geriatría/ Gerontología	2	3.50	.70	.50
	Materno Infantil/ Neotatología	30	3.60	.72	.13
	Cuidados intensivos	6	4	.00	.00
	Cuidados paliativos	3	3.67	.57	.33
	Farmacia	1	4		
	Total	450	3.75	.60	.02
Empatía	Urgencias	49	4.29	.73	.10
	Medicina general	166	4.19	.71	.05
	Pediatría	28	4.32	.61	.11
	Alergología	6	3.83	.75	.30
	Anestesiología	8	4.38	.51	.18
	Cardiología	7	4.14	.69	.26
	Cirugía General	39	4.33	.62	.09
	Dermatología Médico-Quirúrgica y Venerología	2	5	.00	.00
	Endocrinología y Nutrición	1	4		
	Hematología y Hemoterapia	6	4.33	.51	.21
	Medicina interna	56	4.39	.67	.09
	Nefrología	2	5	.00	.00
	Neumología	3	4.33	.57	.33
	Neurología	2	4	.00	.00
	Oftalmología	10	4	.66	.21
	Oncología médica	2	4	.00	.00
	Otorrinolaringología	1	5		
	Psiquiatría	1	5		
	Traumatolología y Cirugía Ortopédica	8	4	.53	.18
	Fisioterapia	3	4.67	.57	.33
	Tocoginecología	8	4.75	.46	.16
	Geriatría/ Gerontología	2	4	.00	.00
	Materno Infantil/ Neotatología	30	4.37	.61	.11
	Cuidados intensivos	6	4.00	.63	.25

	Cuidados paliativos	3	4.67	.57	.33
	Farmacia	1	5.00		
	Total	450	4.27	.67	.03
Global Comunicación	Urgencias	49	3.92	.44	.06
	Medicina general	166	3.96	.61	.04
	Pediatría	28	4	.27	.05
	Alergología	6	3.67	.51	.21
	Anestesiología	8	4.25	.46	.16
	Cardiología	7	3.86	.37	.14
	Cirugía General	39	4.10	.55	.08
	Dermatología Médico-Quirúrgica y Venerología	2	4.50	.70	.50
	Endocrinología y Nutrición	1	3		
	Hematología y Hemoterapia	6	4.17	.40	.16
	Medicina interna	56	4.05	.48	.06
	Nefrología	2	4.50	.70	.50
	Neumología	3	4.33	.57	.33
	Neurología	2	4	.00	.00
	Oftalmología	10	4	.47	.14
	Oncología médica	2	4	.00	.00
	Otorrinolaringología	1	4		
	Psiquiatría	1	5		
	Traumatolología y Cirugía Ortopédica	8	3.75	.46	.16
	Fisioterapia	3	4	.00	.00
	Tocoginecología	8	4.25	.46	.16
	Geriatría/ Gerontología	2	4	.00	.00
	Materno Infantil/ Neotatología	30	3.97	.49	.08
	Cuidados intensivos	6	3.83	.40	.16
	Cuidados paliativos	3	4.33	.57	.33
	Farmacia	1	5		
	Total	450	4	.53	.02

Tabla 35. Estadístico de grupo de las variables *Comunicación – Especialidad.*

Efectuada la prueba ANOVA de un factor para determinar la relación entre la *comunicación* del *sanitario y la especialidad*, evidenciamos que ***no existen diferencias significativas*** en ninguna de las variables, pues el estadístico de significación que obtenemos es ***superior a .05*** (véase la Tabla 36).

	F	Sig.
Habilidades Sociales	.77	.77
Habilidades Comunicativas	1.36	.11
Calidad de Atención al Paciente	.76	.78
Empatía	1.11	.32
Global Comunicación	1.22	.21

Tabla 36. Prueba ANOVA de un factor entre la relación *Comunicación – Especialidad.*

Nota: *P<.05; **P<.01; ***P<.001.

En el gráfico de la Figura 31 comprobamos la existencia de unas medias *muy altas* que oscilan los *4 puntos* sobre unas máximas de *5 puntos* (excepto en *endocrinología y nutrición*). Las puntuaciones más elevadas se sitúan en los sujetos que pertenecen a las especialidades de *psiquiatría y farmacia*. Estos resultados corroboran nuevamente que los *sanitario*s, independientemente de la especialidad a la que pertenezcan, estiman que la calidad y la fluidez de su *comunicación* con el *paciente* son *muy adecuadas*.

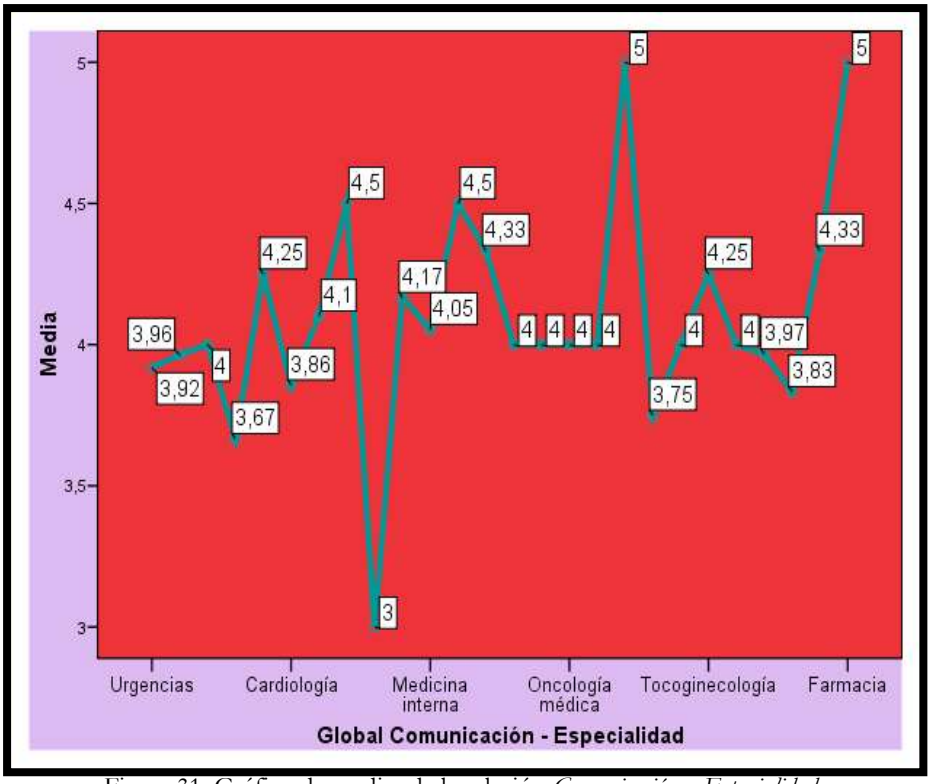


Figura 31. Gráfico de medias de la relación *Comunicación – Especialidad.*

Los resultados evidencian que ***no existen diferencias significativas*** **en la calidad y fluidez de la *comunicación* del *sanitario* según la especialidad** del *sanitario.*

5.2.1.5. Comunicación – Categoría profesional.

Efectuada la prueba ANOVA de un factor para determinar la relación entre la *comunicación* del *sanitario* y la *categoría* (véase la Tabla 37), evidenciamos que *no existen diferencias significativas* en ninguna de las variables, excepto en el caso de ***empatía*** **(*F=5.30; Sig.: .00*)** que es la única variable en la que encontramos **diferencias significativas** porque el estadístico de significación que obtenemos es ***inferior a .05.***

En el caso de la variable *empatía* en las Pruebas Post Hoc encontramos que existen diferencias significativas entre *médicos* y *técnicos auxiliares,* pero entre *médicos* y *enfermeros* no existen diferencias significativas.

	F	Sig.
Habilidades Sociales	.20	.81
Habilidades comunicativas	.74	.47
Calidad de Atención al Paciente	.97	.37
Empatía	5.30(***)	**.00**
Global Comunicación	.97	.37

Tabla 37. Prueba ANOVA de un factor entre la relación *Comunicación – Categoría profesional.*

Nota: *P<.05; **P<.01; ***P<.001.

En el gráfico de la Figura 32 constatamos la existencia de unas *medias bastante altas* que oscilan los *4* puntos ante unas máximas posibles de *5*. Las puntuaciones más elevadas se sitúan en los *técnicos auxiliares* (*4.34*), seguidos de *enfermeros* (*4.16*) y de los *médicos* (*4.09*).

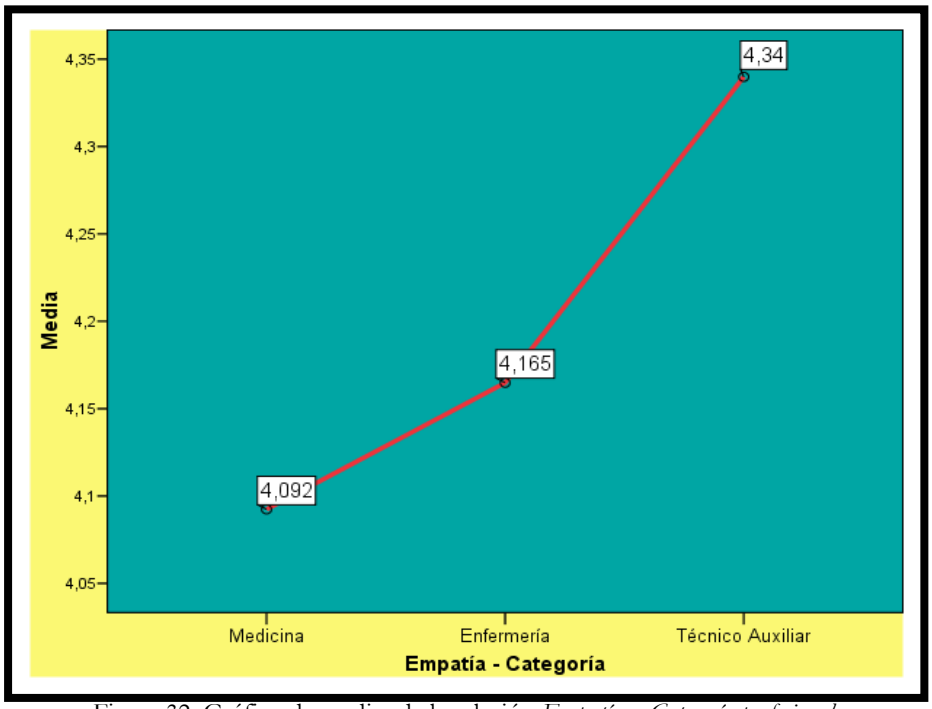


Figura 32. Gráfico de medias de la relación *Empatía – Categoría profesional.*

Estas medias nos indican que todos se consideran muy empáticos, pero los que se perciben como los más empáticos son los *auxiliares*.

Los resultados obtenidos evidencian que no existen diferencias significativas en la calidad y fluidez de la ***comunicación*** del *sanitario* según la ***categoría profesional***. Encontramos que, en relación a la ***empatía,*** **existen diferencias significativas entre**

médicos* y *técnicos auxiliares, pero entre *médicos* y *enfermeros no existen diferencias significativas*. Los tres colectivos se perciben como muy empáticos, pero quienes se autoperciben como más empáticos son los *auxiliares,* por eso son los que más suelen implicarse en la mejoría del *paciente* y resultar más cercanos son éstos últimos.

5.2.2. Análisis de las diferencias en *bienestar psicológico* en el *sanitario.*

5.2.2.1. Bienestar psicológico – Sexo.

Tras efectuar la prueba *T de Student* para dos muestras independientes (véase la Tabla 38) evidenciamos que **sí existen diferencias significativas entre los *varones* y las *mujeres* en relación al *bienestar psicológico subjetivo***, ya que el estadístico de significación es ***inferior a .05 (t= -3.32; Sig.: .00).***

En el caso del *bienestar material* constatamos que *no existen diferencias significativas* entre los *varones* y *mujeres*, ya que el estadístico de significación siempre es *superior a .05 (Sig.: .34).*

	t	gl	Sig. (bilateral)
Bienestar Psicológico Subjetivo	-3.32(***)	758	**.00**
Bienestar Material	-2.31	758	.34

Tabla 38. Prueba T de Student de muestras independientes: *Bienestar psicológico – Sexo.*

Nota: *P<.05; **P<.01; ***P<.001.

En el gráfico de la Figura 33 vemos la existencia de unas medias *muy similares* entre ambos *sexos: 68* en *mujeres* y *61* en *varones.*

Estas medias constatan que los *sanitarios* de ambos *sexos* tienen unos niveles *muy adecuados* de *bienestar psicológico subjetivo.*

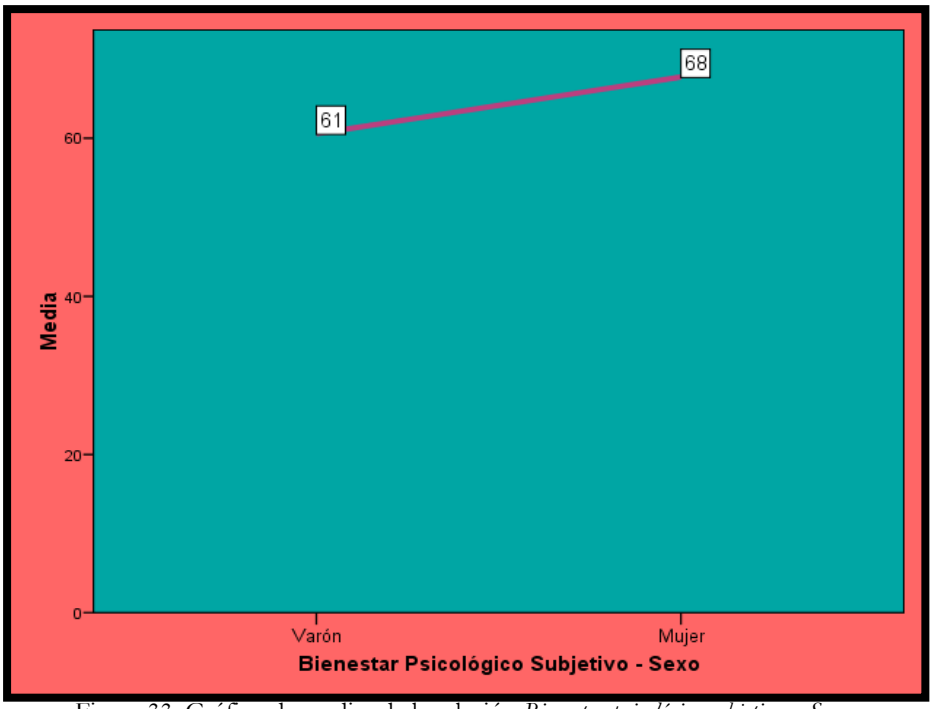


Figura 33. Gráfico de medias de la relación *Bienestar psicológico subjetivo – Sexo.*

5.2.2.2. Bienestar psicológico – Edad.

Efectuada la prueba ANOVA de un factor para determinar la relación entre el *bienestar psicológico* del *sanitario* y la *edad* (véase la Tabla 39), evidenciamos que ***sí existen diferencias significativas entre el bienestar psicológico y la edad***, ya que el estadístico de significación en todos los casos (*bienestar psicológico subjetivo* y *bienestar material*) es ***inferior a .05*** (***F= 8.06, Sig.: .00***; ***F=10.88, Sig.: .00***, respectivamente).

	F	Sig.
Bienestar Psicológico Subjetivo	8.06(***)	**.00**
Bienestar Material	10.88(***)	**.00**

Tabla 39. Prueba ANOVA de un factor entre la relación *Bienestar psicológico – Edad.*

Nota: *P<.05; **P<.01; ***P<.001.

En el gráfico de la Figura 34 vemos que las medias más altas se corresponden con los *sanitarios* de *entre 25 y 35 años* de *edad* (*72.89* en *bienestar psicológico subjetivo* y *71.9* en *bienestar material*), seguidos de los *sanitarios* de *entre 36 y 45 años* de *edad* (*69.6* en *bienestar psicológico subjetivo* y *70.8* en *bienestar material*).

Las puntuaciones más intermedias se sitúan en los *mayores de 45 años* y *menores de 25 años*, ya que puntúan *61.73* y *54.83* en *bienestar psicológico subjetivo* y *63.6* y *49.7* en *bienestar material*, respectivamente.

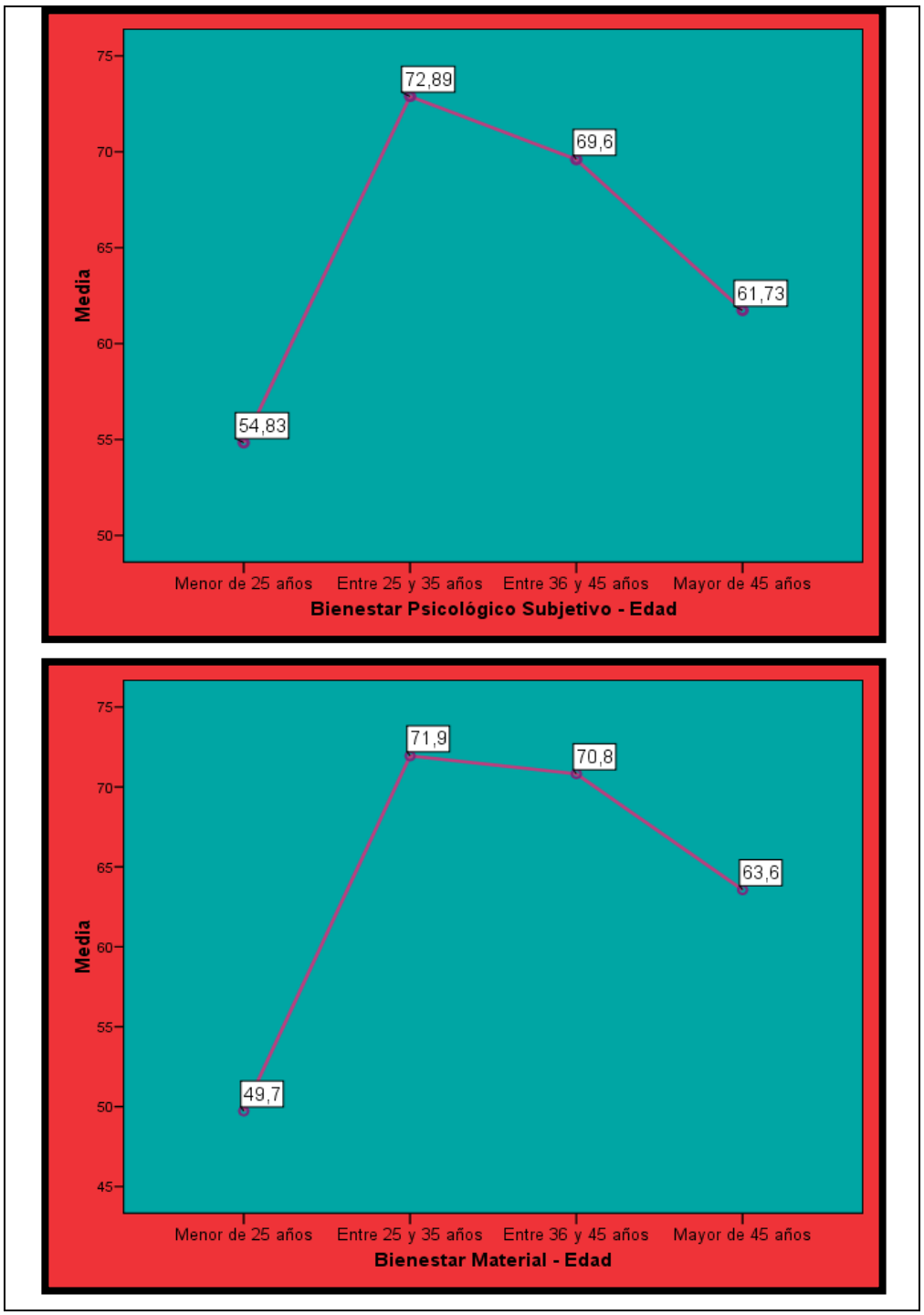


Figura 34. Gráfico de medias de la relación *Bienestar psicológico – Edad.*

5.2.2.3. Bienestar psicológico – Años de experiencia profesional.

Efectuada la prueba ANOVA de un factor para determinar la relación entre el *bienestar psicológico* del *sanitario* y los *años de experiencia profesional* (véase la Tabla 40), constatamos que **sí existen diferencias significativas entre el *bienestar psicológico subjetivo* y los *años de experiencia profesional* (*F= 11.89*; *Sig. .00*)** pero que *no* existen *diferencias significativas entre* el *bienestar material* y los *años de experiencia profesional.*

	F	Sig.
Bienestar Psicológico Subjetivo	11.89(***)	**.00**
Bienestar Material	2.16	.11

Tabla 40. Prueba ANOVA de un factor entre la relación *Bienestar psicológico – Años de experiencia profesional.*

Nota: *P<.05; **P<.01; ***P<.001.

En el gráfico de la Figura 35 vemos que las *medias son significativas* en casi todos los casos y que las más altas se corresponden con los *sanitarios menos experimentados* (*75.57*), seguidos por los profesionales con una *experiencia profesional de entre 6 y 10 años* (*74.29*). En último lugar se sitúan los *sanitarios* con mayor antigüedad laboral con unas media de *63.06*.

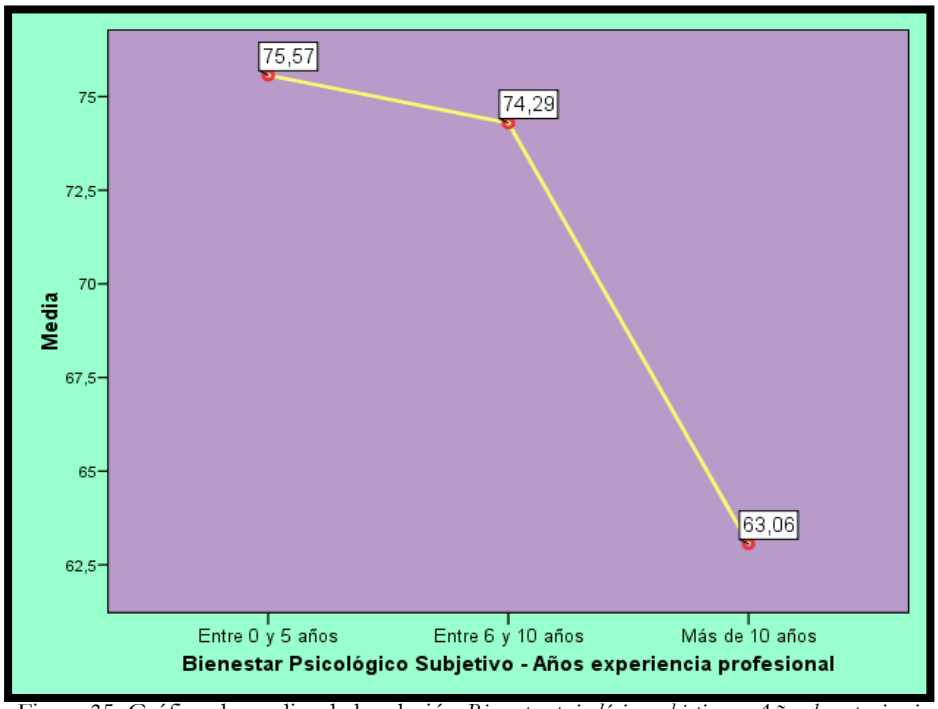


Figura 35. Gráfico de medias de la relación *Bienestar psicológico subjetivo – Años de experiencia profesional.*

5.2.2.4. Bienestar psicológico – Nivel de atención.

La Tabla 41 nos muestra los estadísticos de grupo de **la relación entre el *nivel de atención* y el *bienestar psicológico* de los *sanitario*s.** Constatamos que la muestra más representativa se corresponde a los *sanitario*s procedentes de la *atención especializada* (*476*) frente a los *284* de *atención primaria*.

Constatamos que las *medias más significativas* las obtienen los *sanitario*s procedentes de la *atención especializada* (*69.11* en *bienestar psicológico subjetivo y 67.40* en *bienestar material*).

Los resultados obtenidos en *bienestar psicológico subjetivo* y en *bienestar material* indican que los *sanitario*s tienen un adecuado nivel de *bienestar psicológico* en su puesto de trabajo.

El error típico observamos que no es significativo y oscila entre los *.99* puntos de mínima (en *bienestar material* en los *sanitario*s en los *sanitario*s de *atención especializada*) y los *1.72* puntos de máxima (en *bienestar psicológico subjetivo* en los profesionales de *atención primaria*) por lo que no resulta significativo en relación a las medias.

	Nivel de Atención	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Bienestar Psicológico Subjetivo	Atención Especializada	476	69.11	26.06	1.19
	Atención Primaria	284	59.61	29.05	1.72
Bienestar Material	Atención Especializada	476	67.40	21.74	.99
	Atención Primaria	284	65.30	24.04	1.42

Tabla 41. Estadístico de grupo de las variables *Bienestar psicológico – Nivel de atención.*

Efectuada la prueba ANOVA de un factor para determinar la relación entre el *bienestar psicológico* del *sanitario* y *nivel de atención* (véase la Tabla 42), constatamos que **sí existen diferencias significativas entre el *bienestar psicológico subjetivo* y el *nivel de atención* (*F*= 21.*66*; *Sig. .00*)**, pero que *no existen diferencias significativas entre el bienestar material y el nivel de atención.*

	F	Sig.
Bienestar Psicológico Subjetivo	21.66(***)	**.00**
Bienestar Material	1.52	.21

Tabla 42. Prueba ANOVA de un factor entre la relación *Bienestar psicológico – Nivel de atención.*

Nota: *P<.05; **P<.01; ***P<.001.

En el gráfico de la Figura 36 evidenciamos que las *medias no son significativas* en ninguno de los casos. Las puntuaciones más altas se corresponden con los *sanitarios* procedentes de la *atención especializada* (*69.11*), frente a los pertenecientes a la *atención primaria* que puntúan *59.61* puntos.

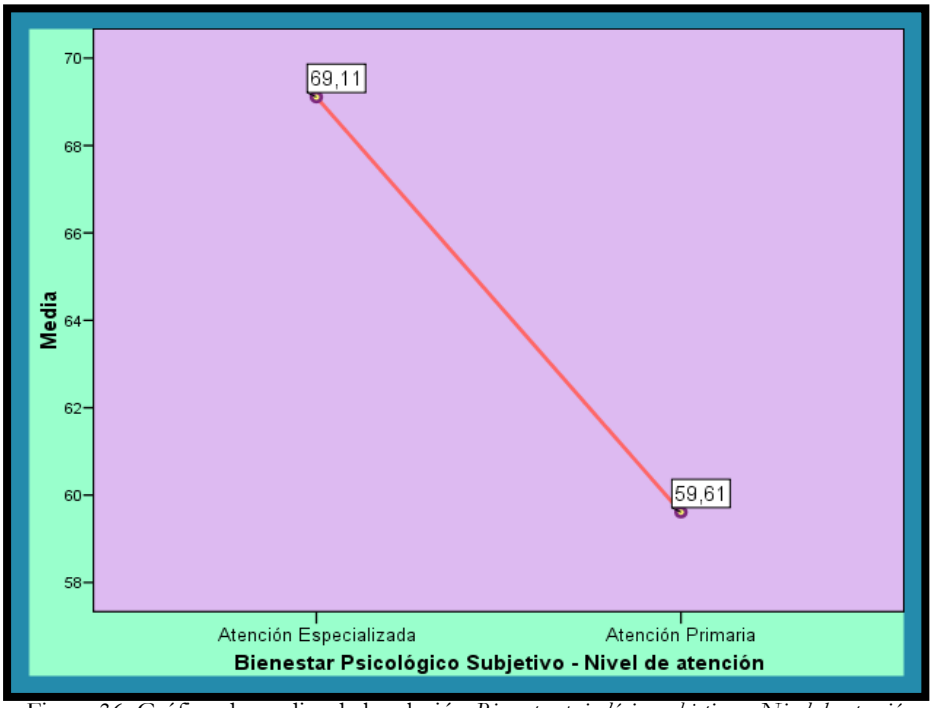


Figura 36. Gráfico de medias de la relación *Bienestar psicológico subjetivo – Nivel de atención.*

5.2.2.5. Bienestar psicológico – Categoría profesional.

Efectuada la prueba ANOVA de un factor para determinar la relación entre el *bienestar psicológico* del *sanitario* y la *categoría profesional* (véase la Tabla 43), evidenciamos que **sí existen diferencias significativas entre el *bienestar psicológico subjetivo* y la *categoría profesional* (*F= 11.45*; *Sig.* .00**) pero que *no existen diferencias significativas* entre el *bienestar material* y la *categoría profesional*.

	F	Sig.
Bienestar Psicológico Subjetivo	11.45(***)	**.00**
Bienestar Material	1.26	.28

Tabla 43. Prueba ANOVA de un factor entre la relación *Bienestar psicológico – Categoría profesional.*

Nota: *P<.05; **P<.01; ***P<.001.

En el gráfico de la Figura 37 evidenciamos que las *medias son significativas* en los *técnicos auxiliares* (*73.31*).

En relación a las otras dos *categoría*s observamos que las puntuaciones *más altas* se corresponden a los *enfermeros* (*66.1*) y las *más bajas* a los *médicos* (*60.01*).

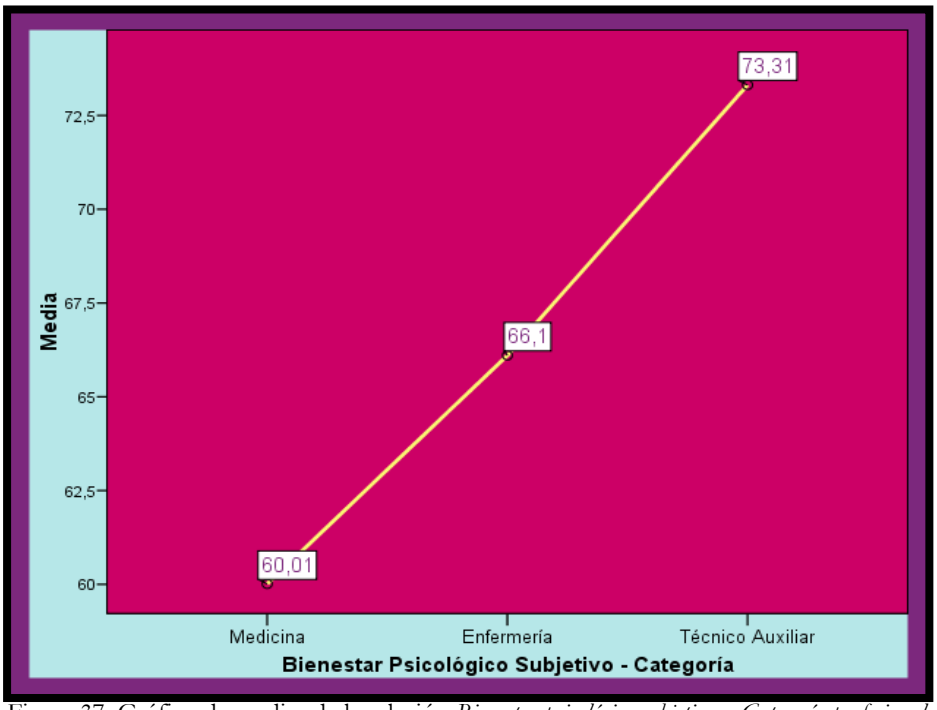


Figura 37. Gráfico de medias de la relación *Bienestar psicológico subjetivo – Categoría profesional.*

Los resultados obtenidos constatan la existencia de **diferencias significativas entre el nivel de *bienestar psicológico subjetivo* y material según la *edad* del *sanitario*.** También se evidencia la existencia de diferencias significativas entre el nivel de ***bienestar psicológico subjetivo* y el *sexo*, los *años de experiencia profesional*, el *nivel de atención* y la *categoría profesional*.**

5.2.3. Análisis de las diferencias en *"burnout"* en el *sanitario*.

5.2.3.1. "Burnout" – Sexo.

Tras efectuar la prueba *T de Student* para dos muestras independientes (véase la Tabla 44) evidenciamos que *no existen diferencias significativas* entre los *varones* y *mujeres* en relación al nivel de *"burnout"*, ya que el estadístico de significación resultante siempre es *superior a .05*.

	t	gl	Sig. (bilateral)
Cansancio Emocional	1.43	758	.23
Despersonalización	.26	758	.57
Falta de Autorrealización Personal	-2.24	758	.15

Tabla 44. Prueba T de Student de muestras independientes: *"Burnout" – Sexo.*

Nota: *P<.05; **P<.01; ***P<.001.

En el gráfico de la Figura 38 constatamos que las medias más altas se sitúan en ambos *sexo*s en la variable *falta de autorrealización personal*, lo que indica que esta es la dimensión *menos afectada* por el síndrome, es decir, los *sanitario*s, independientemente de su *sexo, se sienten autorrealizados en su puesto de trabajo.*

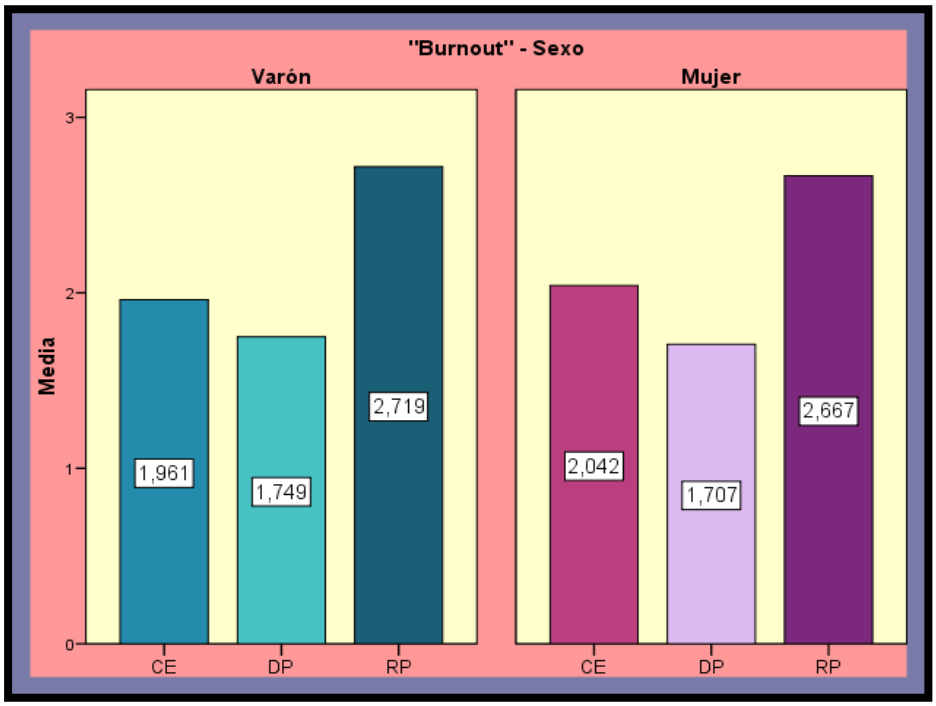


Figura 38. Gráfico de barras de las medias de la relación *"Burnout" – Sexo.*

5.2.3.2. "Burnout" – Edad.

Efectuada la prueba ANOVA de un factor para determinar la relación entre el síndrome de *"burnout"* del *sanitario* y la *edad* (véase la Tabla 45), evidenciamos que **sí existen diferencias significativas entre la variable *despersonalización* y la *edad***, ya que el estadístico de significación es ***inferior a .05* (*F= 3.18; Sig.: .02*)**. Asimismo, vemos que *no existen diferencias significativas entre las otras dos variables y la edad* ya que el estadístico de significación es *superior a .05* en ambos casos.

	F	Sig.
Cansancio Emocional	1.26	.28
Despersonalización	3.18(*)	**.02**
Falta de Autorrealización Personal	1.57	.19

Tabla 45. Prueba ANOVA de un factor entre la relación *"Burnout" – Edad.*

Nota: *P<.05; **P<.01; ***P<.001.

En el gráfico de medias de la Figura 39 relativo a la variable *despersonalización* vemos que las *medias más altas* se corresponden con los *sanitarios más jóvenes* (*68.78*). Por el contrario, las puntuaciones *más bajas* se sitúan en los *sanitarios de mayor edad* de la muestra (*58.62*).

Las puntuaciones más intermedias (ambas muy similares) se sitúan en los rangos intermedios de *edades* (*sanitarios* de *entre 25 y 35 años* de *edad* y de *entre 36 y 45 años*), con una media de *60 puntos*.

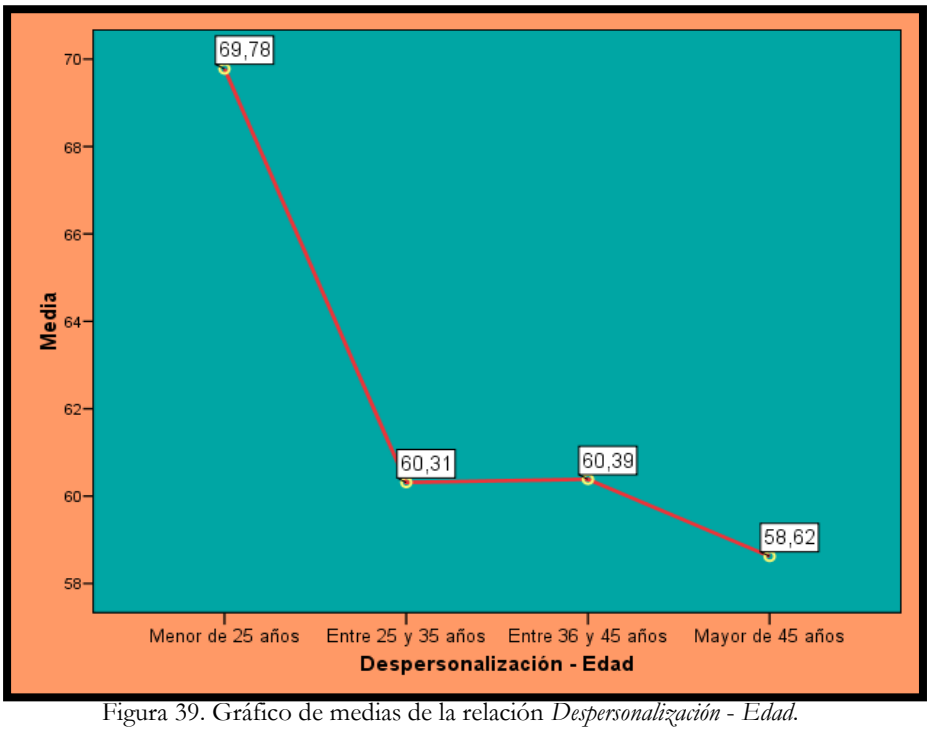


Figura 39. Gráfico de medias de la relación *Despersonalización - Edad*.

5.2.3.3. "Burnout" – Años de experiencia profesional.

Realizada la prueba ANOVA de un factor para determinar la relación entre el *"burnout"* del *sanitario* y la experiencia profesional (véase la Tabla 46), evidenciamos que **sí existen diferencias significativas entre la variable *falta de autorrealización personal* y la *experiencia profesional***, ya que el estadístico de significación es *inferior a .05* (***F= 3.87; Sig.: .02***). Asimismo, advertimos que *no existen diferencias significativas entre las otras dos variables y la experiencia*.

	F	Sig.
Cansancio Emocional	.95	.38
Despersonalización	1.15	.31
Falta de Autorrealización Personal	3.87(*)	**.02**

Tabla 46. Prueba ANOVA de un factor entre la relación *"Burnout" – Años de experiencia profesional.*

Nota: *P<.05; **P<.01; ***P<.001.

En el gráfico de la Figura 40 observamos que las medias más significativas se sitúan en la dimensión *falta de autorrealización personal*, ya que *supera los 20 puntos* de media en los tres rangos relativos a la experiencia evaluados.

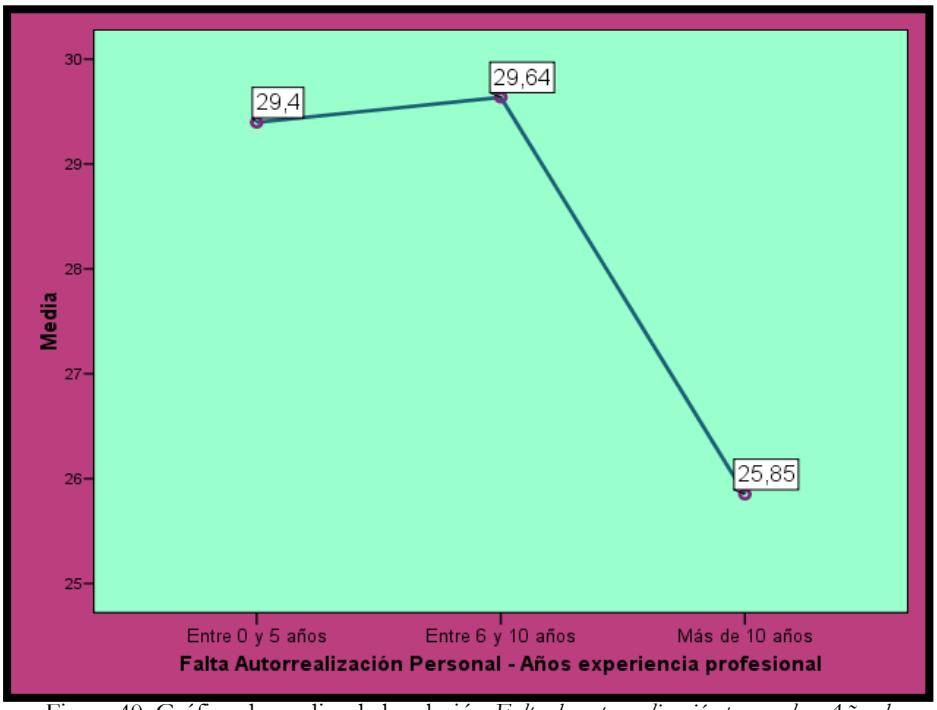


Figura 40. Gráfico de medias de la relación *Falta de autorrealización personal – Años de experiencia profesional.*

5.2.3.4. "Burnout" – Nivel de atención.

En la Tabla 47 mostramos los estadísticos de grupo de la **relación entre el *nivel de atención* y el *"burnout".*** Evidenciamos nuevamente que las *medias más bajas y significativas* se sitúan en la variable *falta de autorrealización personal*, lo que indica que los *sanitarios se sienten muy realizados en su puesto de trabajo*. Por el contrario, las medias más altas se sitúan en la variable *despersonalización* y las medias intermedias las encontramos en *cansancio emocional*, todo lo anterior señala que *la dimensión del "burnout" que más afecta a los sanitarios en su quehacer diario es la despersonalización*.

	Nivel de Atención	N	Media	Desviación típ.	Error típ.
Cansancio Emocional	Atención Especializada	476	48.94	17.56	.80
	Atención Primaria	284	47.52	15.85	.94
Despersonalización	Atención Especializada	476	60.25	16.45	.75
	Atención Primaria	284	58.66	15.35	.91
Falta de Autorrealización Personal	Atención Especializada	476	28.01	15.75	.72
	Atención Primaria	284	24.35	13.49	.80

Tabla 47. Estadístico de grupo de las variables *"Burnout" – Nivel de atención.*

Realizada la prueba ANOVA de un factor para determinar la relación entre el *"burnout"* del *sanitario* y el *nivel de atención* (véase la Tabla 48), constatamos que **sí existen diferencias significativas entre la variable *falta de autorrealización personal* y el *nivel de atención***, ya que el estadístico de significación es *inferior a 0.05* **(*F= 10.66;* Sig.: .00)**. Igualmente, observamos que *no existen diferencias significativas entre las otras dos variables y el nivel de atención*, puesto que el estadístico de significación es *superior a .05* en ambas variables.

	F	Sig.
Cansancio Emocional	1.24	.26
Despersonalización	1.73	.18
Falta de Autorrealización Personal	10.66(***)	**.00**

Tabla 48. Prueba ANOVA de un factor entre la relación *"Burnout" – Nivel de atención.*

Nota: *P<.05; **P<.01; ***P<.001.

En el gráfico de la Figura 41 observamos que *las medias de la dimensión falta de autorrealización personal son significativas* en ambos casos, puesto que *superan los 20 puntos de media* en ambos contextos analizados.

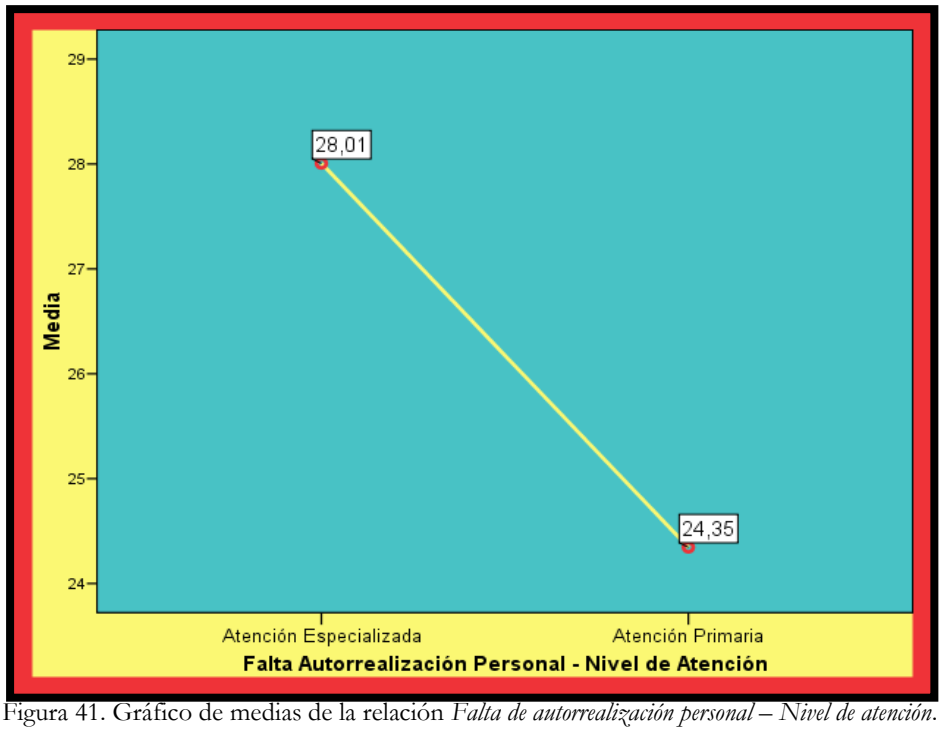


Figura 41. Gráfico de medias de la relación *Falta de autorrealización personal – Nivel de atención.*

5.2.3.5. "Burnout" – Categoría profesional.

Ejecutada la prueba ANOVA de un factor para determinar la relación entre el *"burnout"* del *sanitario* y la *categoría profesional* (véase la Tabla 49), evidenciamos que **sí existen diferencias significativas entre la variables *cansancio emocional* y la *categoría profesional* y entre la *falta de autorrealización personal* y la *categoría profesional***, ya que el estadístico de significación es en ambos casos *inferior a .05* **(*F= 4.37; Sig.: .01 y F= 10.07*; *Sig.: .00*,** respectivamente). Asimismo, observamos que *no existen diferencias significativas ente la despersonalización y la categoría profesional* del *sanitario*, puesto que el estadístico de significación es *superior a .05*.

	F	Sig.
Cansancio Emocional	4.37(**)	**.01**
Despersonalización	1.78	.16
Falta de Autorrealización Personal	10.07(***)	**.00**

Tabla 49. Prueba ANOVA de un factor entre la relación *"Burnout" – Categoría profesional.*

Nota: *P<.05; **P<.01; ***P<.001.

En el gráfico de la Figura 42 observamos que *las medias* de la dimensión *cansancio emocional no son significativas* en ninguna de las tres *categorías*, sin embargo los *médicos* son los que alcanzan unas medias más elevadas (*51*).

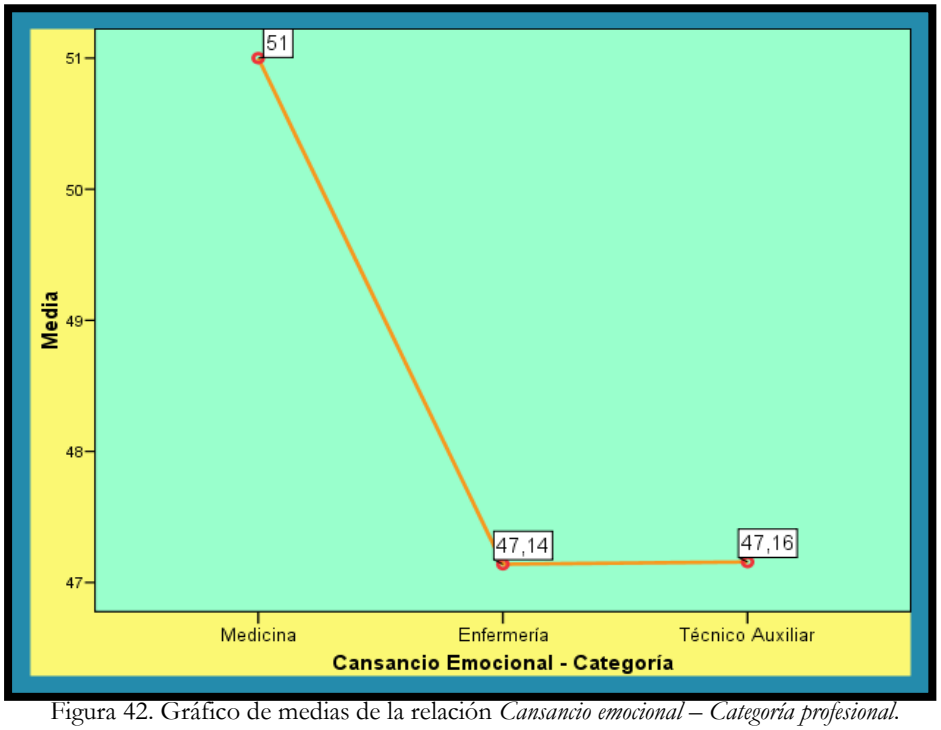


Figura 42. Gráfico de medias de la relación *Cansancio emocional – Categoría profesional.*

Los resultados obtenidos evidencian que *no existen diferencias significativas entre el nivel de* ***"burnout"*** *y el* ***sexo. Sí existen diferencias significativas entre: la despersonalización en el sanitario y la edad; entre*** **la** ***categoría profesional y el nivel de atención, y la falta de autorrealización personal; y entre la categoría profesional y el cansancio emocional en el trabajo y la falta de autorrealización personal en el sanitario.***

5.2.4. Análisis de la relación entre la calidad y fluidez de la *comunicación* según el nivel de *bienestar psicológico* del *sanitario.*

5.2.4.1. Comunicación – Bienestar psicológico.

La Tabla 50 muestra los resultados obtenidos tras realizar la **correlación de Pearson entre los componentes de la *comunicación* y las dos dimensiones del *bienestar psicológico*** analizadas.

Los resultados obtenidos evidencian la existencia de una clara y fuerte relación entre la *comunicación* y el *bienestar psicológico*, ya que como podemos observar **existen correlaciones significativas entre *todas* las dimensiones comparadas.**

			Comunicación				
			Habilidades Sociales	Habilidades Comunicativas	Calidad de Atención al Paciente	Empatía	Global Comunicación
Bienestar Psicológico	Bienestar Psicológico Subjetivo	r	.50(***)	.55(***)	.17(***)	.52(***)	.50(***)
		Sig.	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**
	Bienestar Material	r	.33(***)	.44(***)	.10(***)	.44(***)	.40(***)
		Sig.	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**

Tabla 50. Correlaciones entre *Comunicación – Bienestar psicológico.*

Nota: *P<.05; **P<.01; ***P<.001.

El gráfico de dispersión de la Figura 43 nos indica la **relación existente entre el *bienestar psicológico* y la *comunicación***, representada por la variable *global comunicación*.

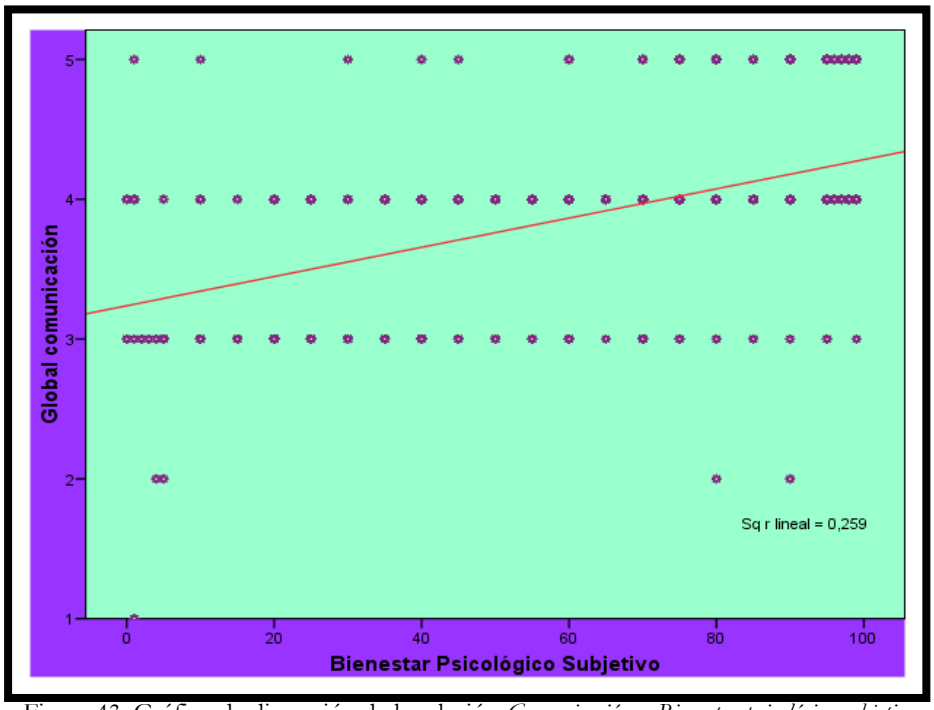


Figura 43. Gráfico de dispersión de la relación *Comunicación – Bienestar psicológico subjetivo.*

Esta figura nos indica que existe una **correlación positiva** entre el *bienestar psicológico subjetivo* y la *comunicación* en el *sanitario*. Cuando la puntuación centil en *bienestar psicológico subjetivo* es baja, también lo es en *global comunicación* y, cuando la puntuación es alta en una, también lo es en la otra.

El gráfico de dispersión de la Figura 44 nos indica **la relación existente entre el *bienestar material* y la *comunicación***, representada por la variable *global comunicación*.

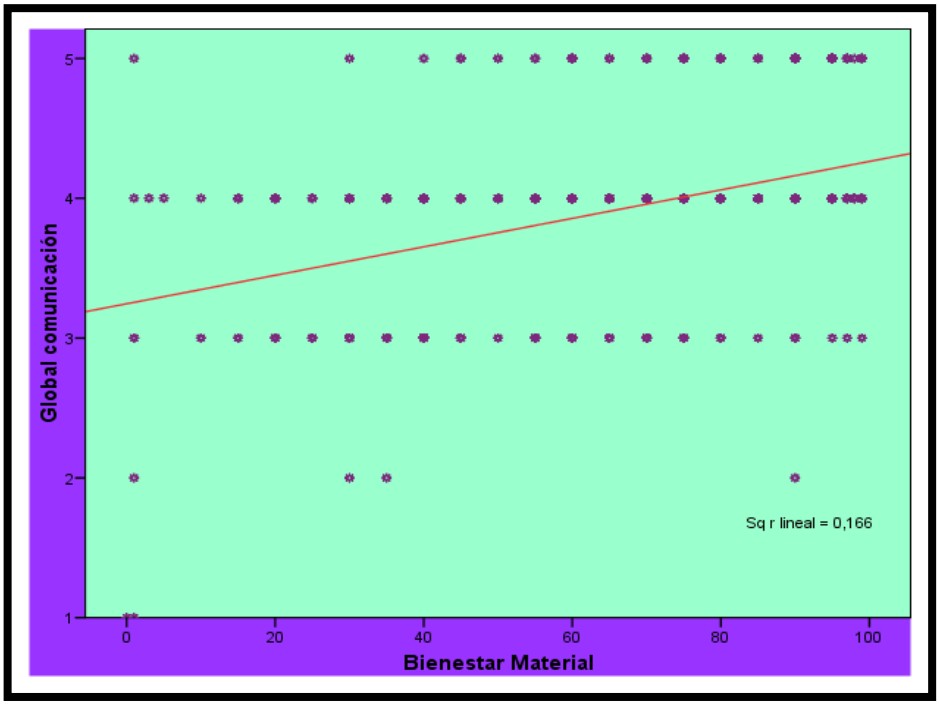


Figura 44. Gráfico de dispersión de la relación *Comunicación – Bienestar material.*

Esta figura evidencia que existe una **correlación positiva** entre el *bienestar material* y la *comunicación* en el *sanitario.*

5.2.4.2. Comunicación – Bienestar psicológico – Sexo.

La Tabla 51 muestra los resultados obtenidos tras realizar la **prueba de Pearson entre las variables comunicativas y el *bienestar psicológico subjetivo* y el *bienestar material.***

Los resultados indican que **existen correlaciones significativas en *todos los casos*** independientemente del *sexo* y de las variables.

En el caso de los *varones* y en relación al *bienestar psicológico subjetivo* encontramos relaciones entre *habilidades sociales* y *bienestar psicológico subjetivo* (*r= .49; P= .00*), entre *habilidades comunicativas* y *bienestar psicológico subjetivo* (*r= .54*; *P= .00*), entre *calidad de atención al paciente* y *bienestar psicológico subjetivo* (*r= .24*; *P= .00*), entre *empatía* y *bienestar psicológico subjetivo* (*r= .47*; *P= .00*) y entre *global comunicación* y *bienestar psicológico subjetivo* (*r= .52*; *P= .00*).

Siguiendo con los *varones* y en relación al *bienestar material encontramos relaciones entre habilidades sociales y bienestar material (r= .40; P= .00), entre habilidades comunicativas y bienestar material (r= .43; P= .00), entre calidad de atención al paciente y bienestar material (r= .14; P= .03), entre empatía y bienestar material (r= .43; P= .00) y entre global comunicación y bienestar material (r= .46; P= .00).*

En el caso de las *mujeres* y en relación al *bienestar psicológico subjetivo* encontramos relaciones entre *habilidades sociales* y *bienestar psicológico subjetivo* (*r= .51*; *P= .00*), entre *habilidades comunicativas* y *bienestar psicológico subjetivo* (*r= .57*; *P= .00*), entre *calidad de atención al paciente* y *bienestar psicológico subjetivo* (*r= .14*; *P= .00*), entre *empatía* y *bienestar psicológico subjetivo* (*r= .55*; *P= .00*) y entre *global comunicación* y *bienestar psicológico subjetivo* (*r= .50*; *P= .00*).

Siguiendo con el *sexo femenino* y en relación al *bienestar material* encontramos relaciones entre *habilidades sociales y bienestar material (r= .30; P= .00), entre habilidades comunicativas y bienestar material (r= .44; P= .00), entre calidad de atención al paciente y bienestar material (r= .08; P= .03), entre empatía y bienestar material (r= .43; P= .00) y entre global comunicación y bienestar material (r= .37; P= .00).*

				Comunicación				
				HHSS	HHCC	Calidad de Atención al Paciente	Empatía	Global Comunicación
Bienestar Psicológico	Bienestar Psicológico Subjetivo	Varón	r	.49(***)	.54(***)	.24(***)	47(***)	.52(***)
			Sig.	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**
		Mujer	r	.51(***)	.57(***)	.14(***)	.55(***)	.50(***)
			Sig.	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**
	Bienestar Material	Varón	r	.40(***)	.43(***)	.14(*)	.43(***)	.46(***)
			Sig.	**.00**	**.00**	**.03**	**.00**	**.00**
		Mujer	r	.30(***)	.44(***)	.08(*)	.43(***)	.37(***)
			Sig.	**.00**	**.00**	**.04**	**.00**	**.00**

Tabla 51. Correlaciones entre *Comunicación – Bienestar psicológico* según el *sexo.*

Nota: *P<.05; **P<.01; ***P<.001.

El gráfico de dispersión de la Figura 45 indica la **relación existente entre el *bienestar psicológico* y la *comunicación*** (representada por la variable *global comunicación*), **según el *sexo* de los *sanitario*s.**

Esta figura nos indica que existe una **correlación positiva** entre el *bienestar psicológico subjetivo* y la *comunicación* en base al *sexo* del *sanitario.* Cuando la puntuación centil en *bienestar psicológico subjetivo* es baja, también lo es en *global comunicación* y, cuando la puntuación es alta en *global comunicación*, también lo es en la otra variable.

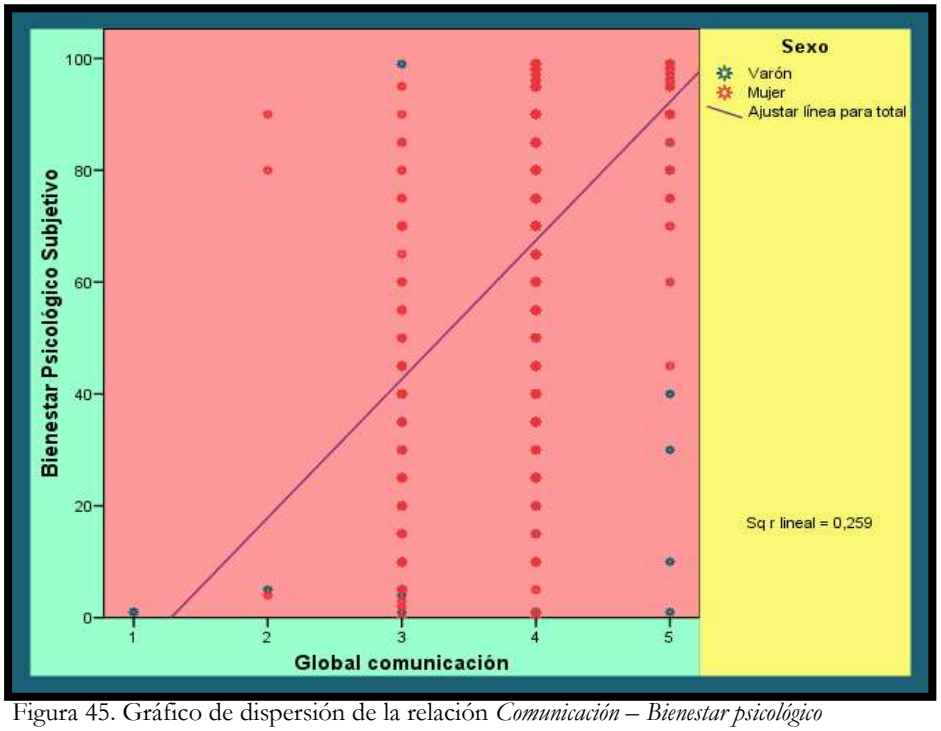


Figura 45. Gráfico de dispersión de la relación *Comunicación – Bienestar psicológico subjetivo –Sexo.*

El gráfico de dispersión de la Figura 46 indica la **relación existente entre el *bienestar material* y la *comunicación*** (representada por la variable *global comunicación*), en base al *sexo* de los *sanitario*s.

Esta figura nos indica que existe una **correlación positiva** entre el *bienestar psicológico subjetivo* y la *comunicación* en base al *sexo* del *sanitario.* Cuando la puntuación centil en *bienestar material* es baja, también lo es en *global comunicación* y, cuando la puntuación es alta en *global comunicación*, también lo es en *bienestar material.*

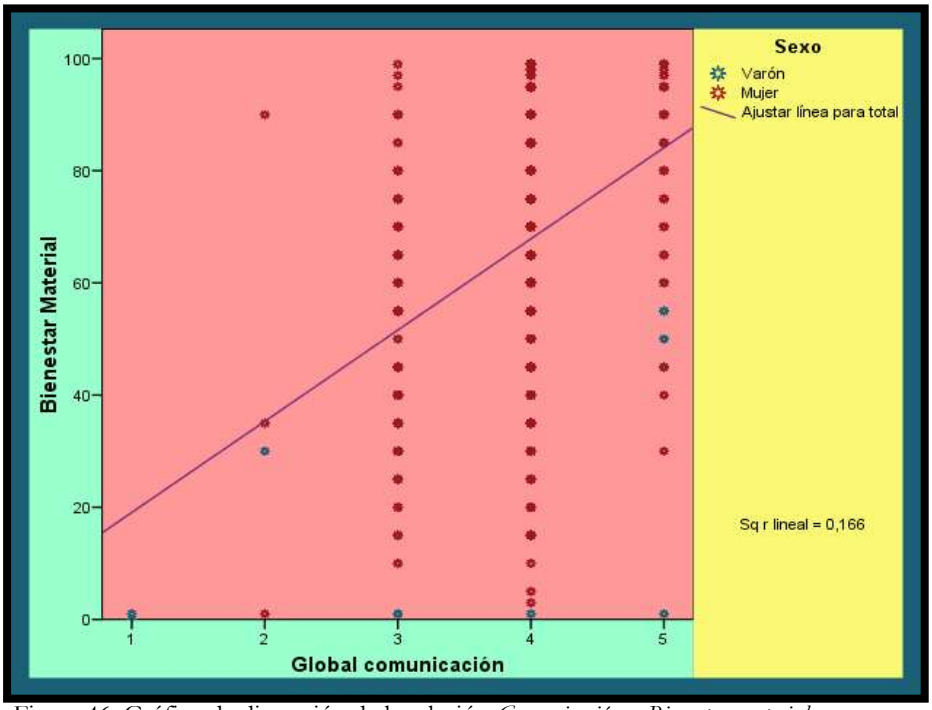


Figura 46. Gráfico de dispersión de la relación *Comunicación – Bienestar material – Sexo.*

5.2.4.3. Comunicación – Bienestar psicológico – Edad.

En la Tabla 52 mostramos las **correlaciones obtenidas en los componentes de la *comunicación* y el *bienestar psicológico* atendiendo a la *edad* del *sanitario*.**

Observamos a priori que **existen correlaciones significativas en *todos* los rangos de *edad*** excepto en los *menores de 25 años*. Tampoco se producen correlaciones significativas en la relación *calidad de atención al paciente* con *bienestar psicológico subjetivo* y *bienestar material* en los *sanitario*s de *entre 25 y 35 años* de *edad* (*P= .20*, en ambos casos).

				Comunicación				
				HHSS	HHCC	Calidad de Atención al Paciente	Empatía	Global Comunicación
Bienestar Psicológico	Bienestar Psicológico Subjetivo	Menor de 25 años	r	.37	.08	-.28	.22	.07
			Sig.	.12	.73	.24	.36	.76
		Entre 25 y 35 años	r	.30(***)	.44(***)	-.11	.42(***)	.37(***)
			Sig.	**.00**	**.00**	.20	**.00**	**.00**
		Entre 36 y 45 años	r	.59(***)	.65(***)	.20(***)	.61(***)	.58(***)
			Sig.	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**
		Mayor de 45 años	r	.51(***)	.54(***)	.21(***)	.52(***)	.51(***)
			Sig.	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**
	Bienestar Material	Menor de 25 años	r	.29	.47(*)	-.01	.32	.26
			Sig.	.23	**.04**	.96	.18	.28
		Entre 25 y 35 años	r	.30(***)	.44(***)	-.11	.42(***)	.37(***)
			Sig.	**.00**	**.00**	.20	**.00**	**.00**
		Entre 36 y 45 años	r	.46(***)	.50(***)	.14(*)	.52(***)	.49(***)
			Sig.	**.00**	**.00**	**.03**	**.00**	**.00**
		Mayor de 45 años	r	.31(***)	.41(***)	.14(***)	.42(***)	.38(***)
			Sig.	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**

Tabla 52. Correlaciones entre *Comunicación – Bienestar psicológico* según la *edad.*

Nota: *P<.05; **P<.01; ***P<.001.

La Figura 47 nos muestra la **relación entre el *bienestar psicológico subjetivo* y la *comunicación* en relación a la *edad* del *sanitario.***

Esta figura nos indica que existe una **correlación positiva** entre el *bienestar psicológico subjetivo* y la *comunicación* en el *sanitario* según la *edad* del profesional de la sanidad. Cuando la puntuación centil en *bienestar psicológico subjetivo* es baja, también lo es en *global comunicación* y, cuando la puntuación es alta en una, también lo es en la otra.

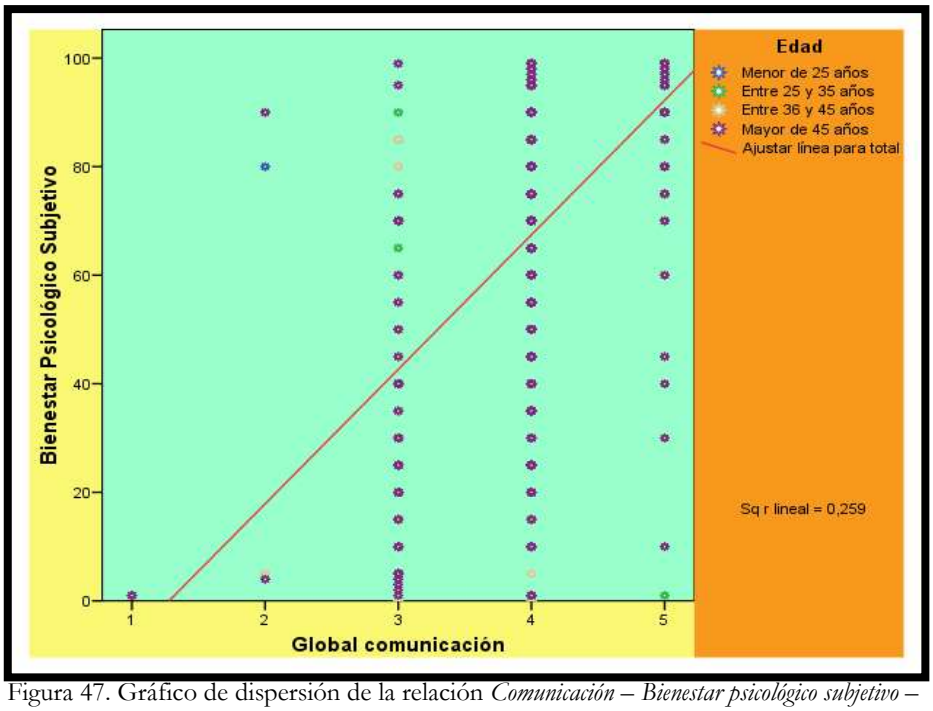


Figura 47. Gráfico de dispersión de la relación *Comunicación – Bienestar psicológico subjetivo – Edad.*

La Figura 48 nos muestra la **relación entre el *bienestar material* y la *comunicación*** (representada por la variable *global comunicación*) **según la *edad* del *sanitario*.**

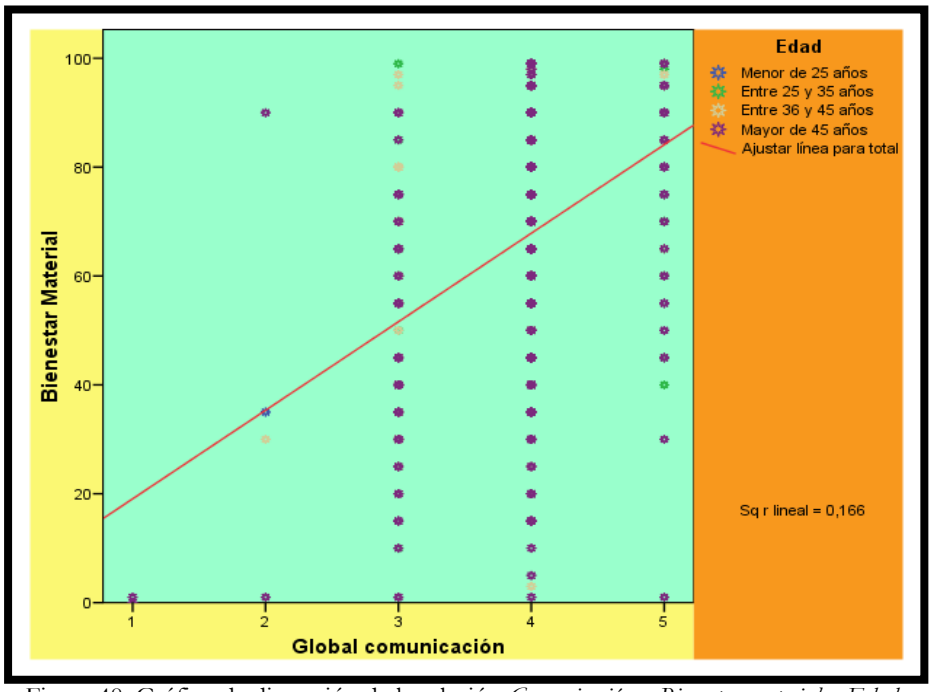


Figura 48. Gráfico de dispersión de la relación *Comunicación – Bienestar material – Edad.*

Esta figura nos indica que existe una **correlación positiva** entre el *bienestar material* y la *comunicación* en el *sanitario* en base a la *edad* del profesional de la sanidad. Cuando la puntuación centil en *bienestar material* es baja, también lo es en *global comunicación* y, cuando la puntuación es alta en *bienestar material*, también lo es en *global comunicación*.

5.2.4.4. Comunicación – Bienestar psicológico – Años de experiencia profesional.

En la Tabla 53 mostramos las **correlaciones obtenidas en los componentes de la *comunicación* y el *bienestar psicológico*, atendiendo a los *años de experiencia profesional* del *sanitario*.**

				Comunicación				
				HHSS	HHCC	Calidad de Atención al Paciente	Empatía	Global Comunicación
Bienestar Psicológico	Bienestar Psicológico Subjetivo	0-5 años	r	.43(***)	.36(***)	-.11	.39(***)	.42(***)
			Sig.	**.00**	**.00**	.36	**.00**	**.00**
		Entre 6 y 10 años	r	.42(***)	.52(***)	.12	.48(***)	.49(***)
			Sig.	**.00**	**.00**	.22	**.00**	**.00**
		Más de 10 años	r	.53(***)	.57(***)	.22(**)	.54(***)	.52(***)
			Sig.	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**
	Bienestar Material	0-5 años	r	.23	.42(***)	.01	.47(***)	.29(**)
			Sig.	.06	**.00**	.93	**.00**	**.01**
		Entre 6 y 10 años	r	.19(*)	.30(***)	-.04	.21(*)	.22(*)
			Sig.	**.04**	**.00**	.64	**.03**	**.02**
		Más de 10 años	r	.36(***)	.45(***)	.13(***)	.46(***)	.43(***)
			Sig.	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**

Tabla 53. Correlaciones entre *Comunicación – Bienestar psicológico* según los *años de experiencia profesional.*
Nota: *P<.05; **P<.01; ***P<.001.

Observamos a priori que **existen correlaciones significativas en la *mayoría* de las variables analizadas**, a excepción de las siguientes relaciones: *calidad de atención al paciente-bienestar psicológico subjetivo* y *calidad de atención al paciente-bienestar material* en profesionales de *0 a 5 años de experiencia profesional* y en *sanitario*s de *entre 6 y 10 años de*

experiencia profesional. Tampoco se producen correlaciones significativas entre *bienestar material-habilidades sociales* en los *sanitarios* de *0 a 5 años de experiencia profesional* (*P= .06*).

La Figura 49 nos muestra **la relación entre el *bienestar psicológico* y la *comunicación* atendiendo a los *años de experiencia profesional* del *sanitario*.**

Esta figura nos indica que existe **una correlación positiva** entre el *bienestar psicológico subjetivo* y la *comunicación* en el *sanitario*. Cuando la puntuación centil en *bienestar psicológico subjetivo* es baja, también lo es en *global comunicación* y, cuando la puntuación es alta en una, también lo es en la otra, independientemente de los *años de experiencia profesional* del *sanitario*.

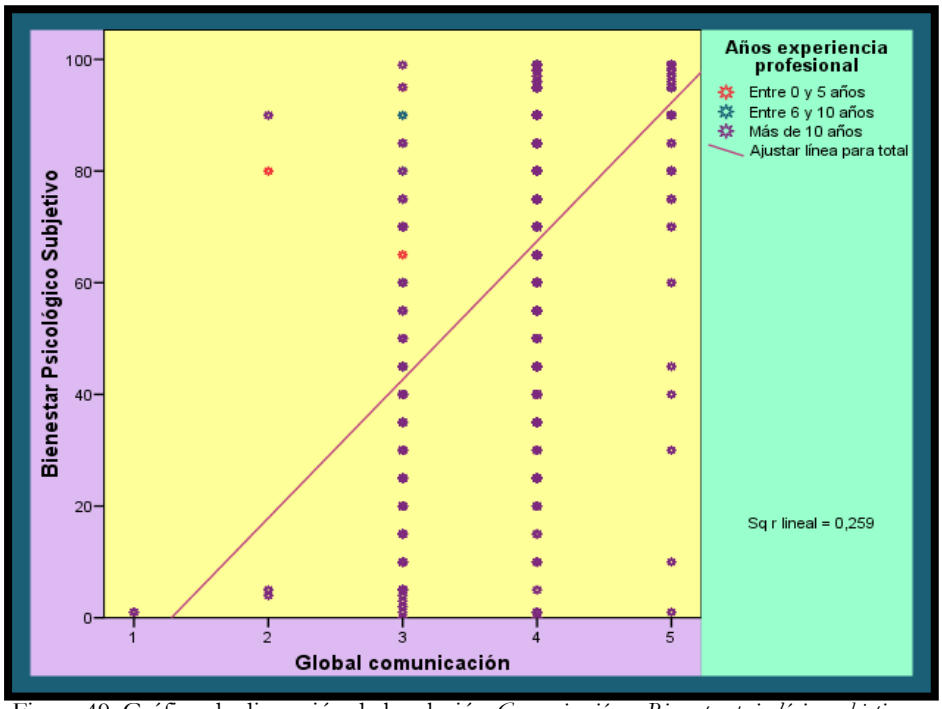


Figura 49. Gráfico de dispersión de la relación *Comunicación – Bienestar psicológico subjetivo – Años de experiencia profesional.*

La Figura 50 nos muestra la **relación entre el *bienestar material* y la *comunicación*** (representada por la variable *global comunicación*) **en relación a los *años de experiencia profesional* del *sanitario*.**

Esta figura nos indica que existe una **correlación positiva** entre el *bienestar material* y la *comunicación* en el *sanitario* en base a los *años de experiencia profesional* del *sanitario.* Cuando la puntuación centil en *bienestar material* es baja, también lo es en *global comunicación* y, cuando la puntuación es alta en *bienestar material,* también lo es en *global comunicación*.

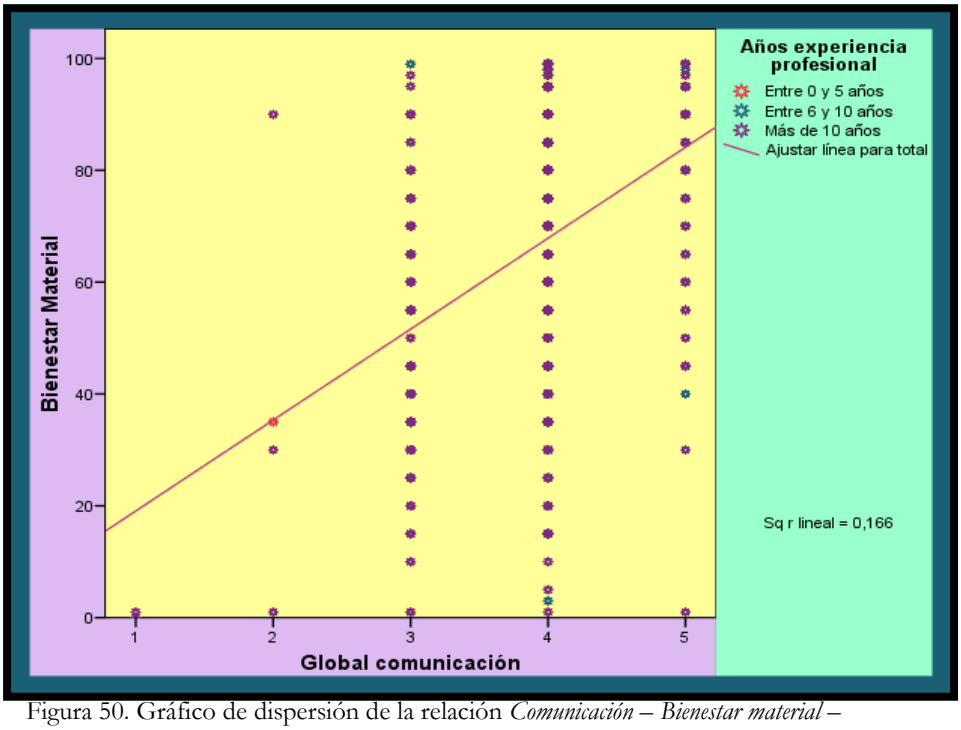


Figura 50. Gráfico de dispersión de la relación *Comunicación – Bienestar material – Años de experiencia profesional.*

5.2.4.5. Comunicación – Bienestar psicológico – Categoría profesional.

En la Tabla 54 mostramos **las correlaciones obtenidas en los componentes de la *comunicación* y el *bienestar psicológico* atendiendo a la *categoría profesional* del *sanitario.***

Constatamos que **existen correlaciones significativas entre *prácticamente* todas las variables analizadas y en *prácticamente* todas las *categoría*s**, a excepción de la variable *calidad de atención al paciente*, donde no existen correlaciones significativas ni en *bienestar psicológico subjetivo* ni en *bienestar material,* tanto en *médicos* como en *auxiliares.*

				Comunicación				
				HHSS	HHCC	Calidad de Atención al Paciente	Empatía	Global Comunicación
Bienestar Psicológico	Bienestar Psicológico Subjetivo	Médicos	r	.46(***)	.56(***)	.09	.48(***)	.45(***)
			Sig.	**.00**	**.00**	.14	**.00**	**.00**
		Enfermeros	r	.60(***)	.63(***)	.28(***)	.59(***)	.60(***)
			Sig.	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**
		Auxiliares	r	.37(***)	.41(***)	.08	.38(***)	.40(***)
			Sig.	**.00**	**.00**	.28	**.00**	**.00**
	Bienestar Material	Médicos	r	.35(***)	.38(***)	.10	.42(***)	.36(***)
			Sig.	**.00**	**.00**	.11	**.00**	**.00**
		Enfermeros	r	.38(***)	.52(***)	.12(**)	.50(***)	.49(***)
			Sig.	**.00**	**.00**	**.01**	**.00**	**.00**
		Auxiliares	r	.21(***)	.33(***)	.06	.34(***)	.26(***)
			Sig.	**.00**	**.00**	.45	**.00**	**.00**

Tabla 54. Correlaciones entre *Comunicación – Bienestar psicológico* según la *categoría profesional.*

Nota: *P<.05; **P<.01; ***P<.001.

La Figura 51 nos muestra **la relación entre el *bienestar psicológico subjetivo* y la *comunicación*** (representada por la variable *global comunicación*) **en relación a la *categoría profesional*** del *sanitario*.

Esta figura nos indica que existe una **correlación positiva** entre el *bienestar psicológico subjetivo* y la *comunicación* en el *sanitario* en todas las *categorías profesionales*. Cuando la puntuación centil en *bienestar psicológico subjetivo* es baja, también lo es en *global comunicación* y, cuando la puntuación es alta en una, también lo es en la otra.

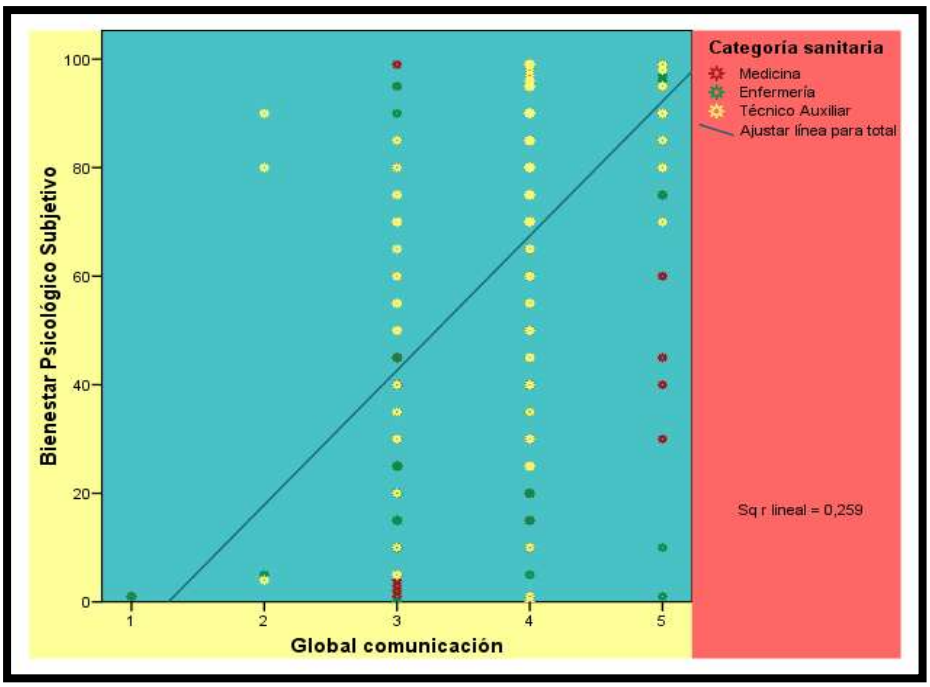


Figura 51. Gráfico de dispersión de la relación *Comunicación – Bienestar psicológico – Categoría sanitaria.*

La Figura 52 nos muestra la **relación entre el *bienestar material* y la *comunicación*** (representada por la variable *global comunicación*) **según la *categoría profesional*** del *sanitario*.

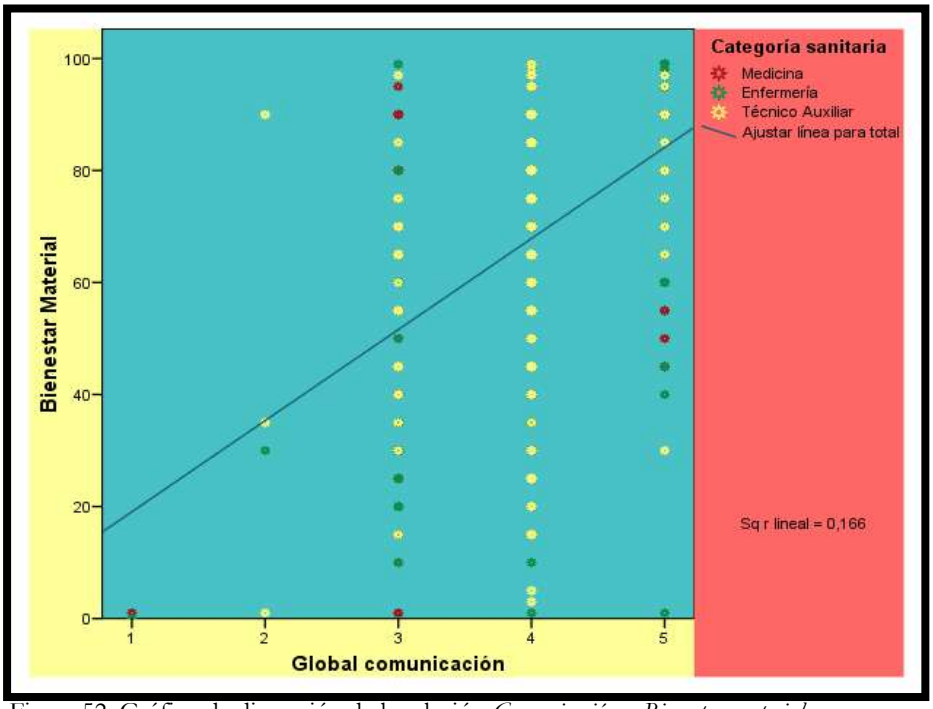


Figura 52. Gráfico de dispersión de la relación *Comunicación – Bienestar material – Categoría sanitaria.*

Esta figura nos indica que existe una **correlación positiva** entre el *bienestar material* y la *comunicación* en el *sanitario* en todas las *categorías profesionales*. Cuando la puntuación centil en *bienestar material* es baja, también lo es en *global comunicación* y, cuando la puntuación en *bienestar material* es alta en una, también lo es en *global comunicación*.

Los resultados obtenidos constatan que **existen diferencias significativas *parciales* entre la calidad y fluidez de la *comunicación* del *sanitario*, según el nivel de *bienestar psicológico, ya que estas relaciones no se cumplen en todos los casos***. Se evidencia que a menor *bienestar psicológico*, menor calidad y fluidez de la *comunicación*.

5.2.5. Análisis de la relación entre la *comunicación* y el *cansancio emocional (CE)* en el trabajo y la *despersonalización (DP) en el sanitario.*

5.2.5.1. Comunicación – CE/DP.

En la Tabla 55 mostramos las **correlaciones obtenidas en los componentes de la *comunicación* y dos de las dimensiones del síndrome de *"burnout"*: el *cansancio emocional* y la *despersonalización*.**

Constatamos que **existen correlaciones significativas entre las dos dimensiones del *"burnout"* analizadas y los componentes de la comunicación en *todas* las *categorías*.** Los resultados manifiestan, por tanto, que existe una clara correlación significativa entre la *comunicación* y el *cansancio emocional* y entre la *comunicación* y la *despersonalización* puesto que *en todos los casos observamos que el estadístico de significación es* ***.00***.

			Comunicación				
			HHSS	HHCC	Calidad de Atención al Paciente	Empatía	Global Comunicación
"Burnout"	Cansancio Emocional	r	-.25(***)	-.19(***)	-.32(***)	-.19(***)	-.25(***)
		Sig.	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**
	Despersonalización	r	-.23(***)	-.19(***)	-.27(***)	-.19(***)	-.24(***)
		Sig.	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**

Tabla 55. Correlaciones entre *Comunicación – "Burnout"*.

Nota: *P<.05; **P<.01; ***P<.001.

El gráfico de dispersión de la Figura 53 muestra la **relación negativa entre el *cansancio emocional* y la *comunicación*** (representada por la variable *global comunicación*).

Esta figura nos indica que existe una **correlación negativa** entre el *cansancio emocional* y la *comunicación* en el *sanitario*. A mayor *cansancio emocional*, la calidad de la *comunicación* del sanitario al paciente disminuye (por tanto es menor). Y viceversa.

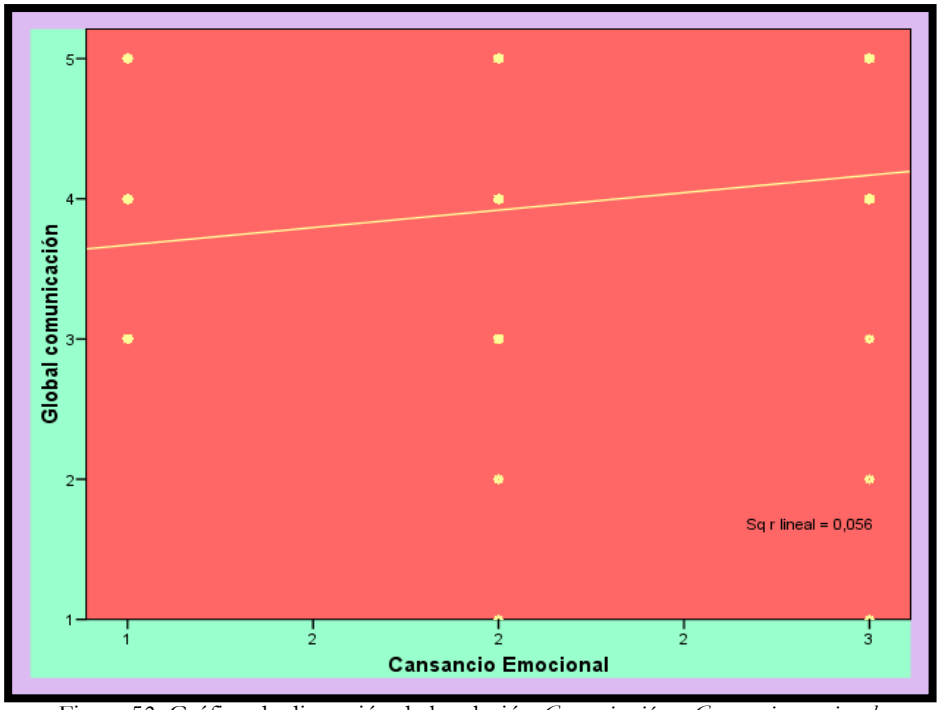


Figura 53. Gráfico de dispersión de la relación *Comunicación – Cansancio emocional.*

El gráfico de dispersión de la Figura 54 evidencia la **relación negativa entre la *despersonalización* y la *comunicación*** (representada por la variable *global comunicación*).

Esta figura nos indica que existe una **correlación negativa** entre la *despersonalización* y la *comunicación* en el *sanitario*. A mayor *despersonalización*, la calidad de la *comunicación* del sanitario al paciente disminuye (por tanto es menor). Y viceversa.

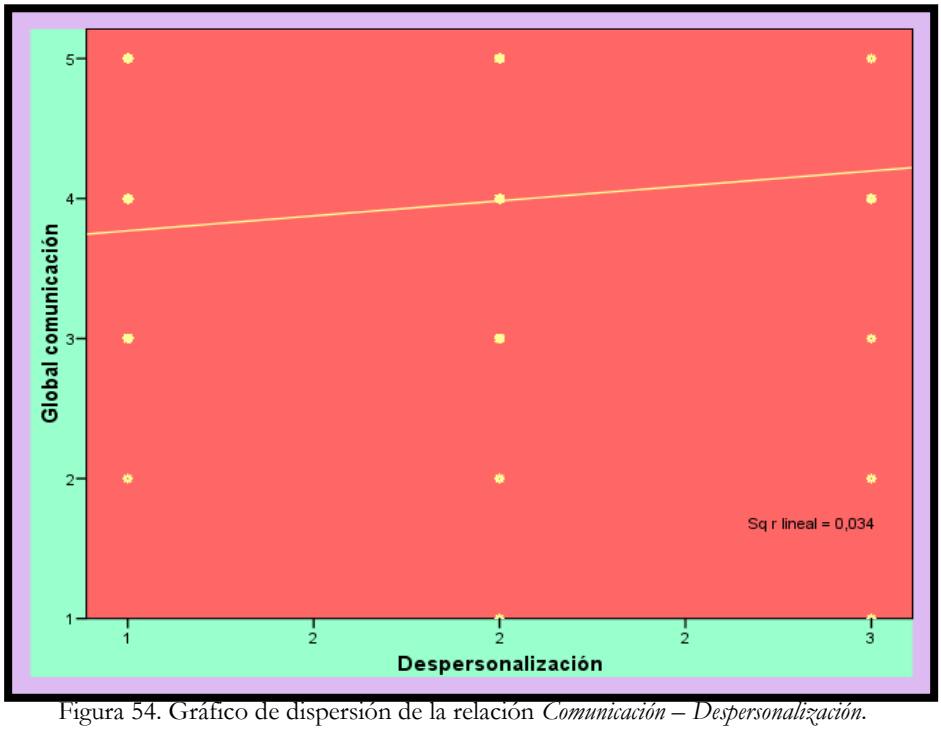


Figura 54. Gráfico de dispersión de la relación *Comunicación – Despersonalización.*

5.2.5.2. Comunicación – CE/DP – Sexo.

En la Tabla 56 mostramos las **correlaciones obtenidas en los componentes de la *comunicación* y dos de las dimensiones del síndrome de *"burnout"*: el *cansancio emocional* y la *despersonalización* según el *sexo* del *sanitario.***

Evidenciamos la *existencia de diferencias en función al sexo* del *sanitario*. **Las *mujeres* sí manifiestan que existen correlaciones significativas entre el *cansancio emocional* y la *despersonalización* en *todas* las variables analizadas**, puesto que en todos los casos observamos que *el estadístico de significación es* ***.00***. En el caso de los *varones* observamos que, a nivel global, *no existen correlaciones significativas* entre el *cansancio emocional* y la *despersonalización,* a excepción de la ***correlación cansancio emocional – calidad de atención al paciente*** (*r= -.321; P= .00*) *y despersonalización – calidad de atención al paciente* (*r= -.29; P= .00*) *en la que vemos que los resultados sí indican la existencia de correlaciones significativas entre estas dos variables.*

				Comunicación				
				HHSS	HHCC	Calidad de Atención al Paciente	Empatía	Global Comunicación
"Burnout"	CE	Varón	r	-.09	-.09	-.32(***)	-.07	-.12
			Sig.	.17	.17	**.00**	.26	.05
		Mujer	r	-.32(***)	-.24(***)	-.33(***)	-.24(***)	-.32(***)
			Sig.	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**
	DP	Varón	r	-.11	-.07	-.29(***)	-.10	-.12
			Sig.	.08	.24	**.00**	.09	.05
		Mujer	r	-.29(***)	-.25(***)	-.27(***)	-.23(***)	-.30(***)
			Sig.	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**

Tabla 56. Correlaciones entre *Comunicación – "Burnout"* según el *sexo*

Nota: *P<.05; **P<.01; ***P<.001.

El gráfico de dispersión de la Figura 55 expresa la **relación negativa entre el *cansancio emocional* y la *comunicación*** (representada por la variable *global comunicación*) **en las *mujeres*.**

Esta figura nos indica que existe una **correlación negativa** entre el *cansancio emocional* y la *comunicación* en el *sanitario*. A mayor *cansancio emocional* en el personal sanitario *femenino*, menor calidad en la *comunicación* con el paciente. En el *sexo masculino* vemos, que a mayor *cansancio emocional*, menor *calidad de la atención al paciente*.

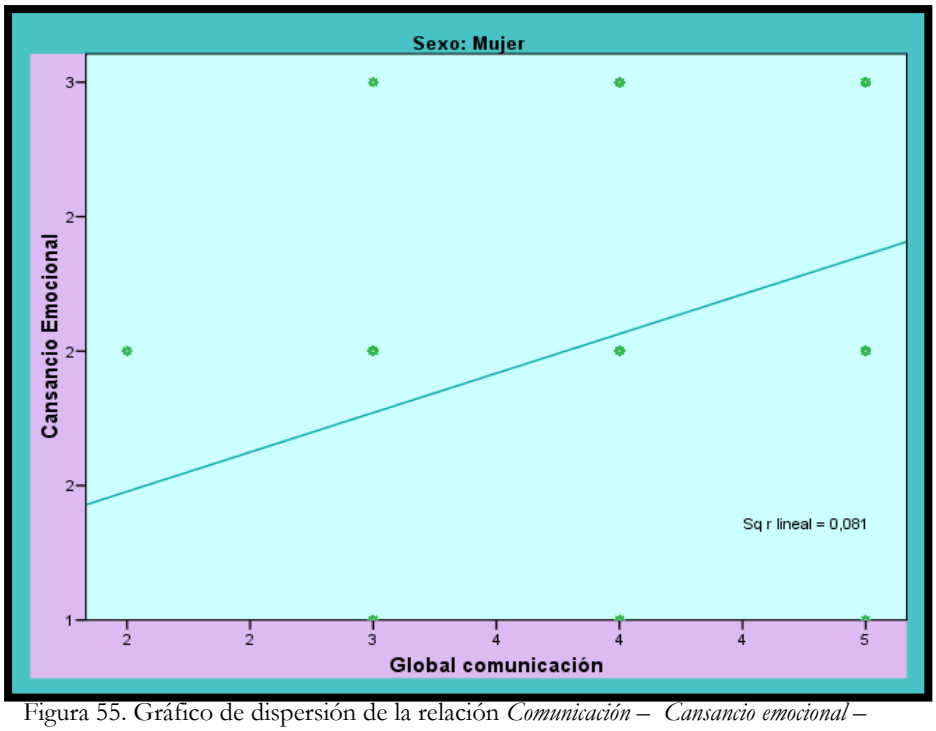


Figura 55. Gráfico de dispersión de la relación *Comunicación – Cansancio emocional – Sexo femenino.*

El gráfico de dispersión de la Figura 56 muestra la **relación negativa establecida entre la *despersonalización* y la *comunicación*** (representada por la variable *global comunicación*) **en el *sexo femenino.*** En *las sanitarias* vemos que, a mayor *despersonalización*, la calidad de *comunicación* del sanitario al paciente disminuye (por tanto es menor). Y viceversa.

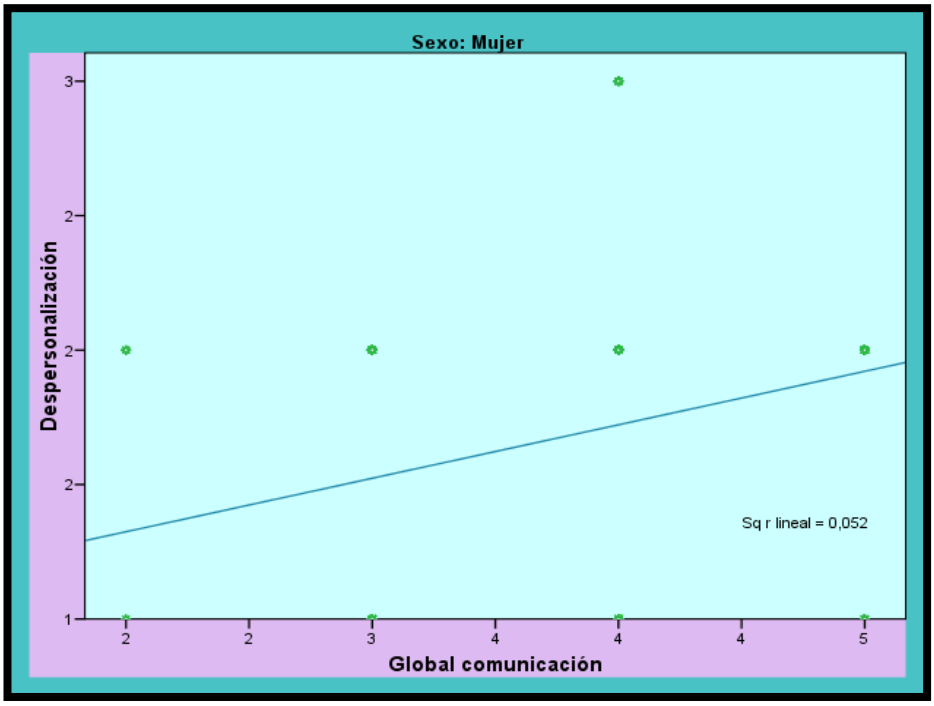


Figura 56. Gráfico de dispersión de la relación *Comunicación – Despersonalización – Sexo femenino.*

5.2.5.3. Comunicación – CE/DP – Edad.

En la Tabla 57 mostramos las **correlaciones obtenidas en los componentes de la *comunicación* y dos de las dimensiones del síndrome de *"burnout"*: el *cansancio emocional* y la *despersonalización*, atendiendo a la *edad* del *sanitario*.**

Observamos a priori que existen correlaciones significativas en *todos* los rangos de *edad* excepto en los *menores de 25 años*. Tampoco se producen correlaciones significativas en la relación *habilidades comunicativas* en *despersonalización* en los *sanitario*s de *entre 25 y 35 años* de *edad* (*r= -.15; P= .08*).

				Comunicación				
				HHSS	HHCC	Calidad de Atención al Paciente	Empatía	Global Comunicación
"Burnout"	CE	Menor de 25 años	r	-.26	-.39	.18	-.29	-.21
			Sig.	.28	.10	.47	.23	.39
		Entre 25 y 35 años	r	-.34(***)	-.26(***)	-.29(***)	-.35(***)	-.34(***)
			Sig.	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**
		Entre 36 y 45 años	r	-.28(***)	-.28(***)	-.46(***)	-.25(***)	-.34(***)
			Sig.	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**
		Mayor de 45 años	r	-.21(***)	-.12(**)	-.27(***)	-.11(**)	-.19(***)
			Sig.	**.00**	**.01**	**.00**	**.01**	**.00**
	DP	Menor de 25 años	r	-.27	-.08	.09	-.19	.02
			Sig.	.26	.74	.71	.44	.93
		Entre 25 y 35 años	r	-.27(***)	-.15	-.24(***)	-.22(**)	-.23(**)
			Sig.	**.00**	.08	**.00**	**.01**	**.01**
		Entre 36 y 45 años	r	-.26(***)	-.30(***)	-.26(***)	-.23(***)	-.28(***)
			Sig.	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**
		Mayor de 45 años	r	-.20(***)	-.14(***)	-.31(***)	-.15(***)	-.23(***)
			Sig.	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**

Tabla 57. Correlaciones entre *Comunicación – "Burnout"* según la *edad.*

Nota: *P<.05; **P<.01; ***P<.001.

La Figura 57 manifiesta la **relación negativa entre el *cansancio emocional* y la *comunicación* en relación a la *edad* del *sanitario*.**

Esta figura nos indica que existe una **correlación negativa** entre el *cansancio emocional* y la *comunicación* en el *sanitario* en base a la *edad* del profesional de la sanidad. A mayor *edad*, mayor *cansancio emocional* y peor calidad de *comunicación* al paciente.

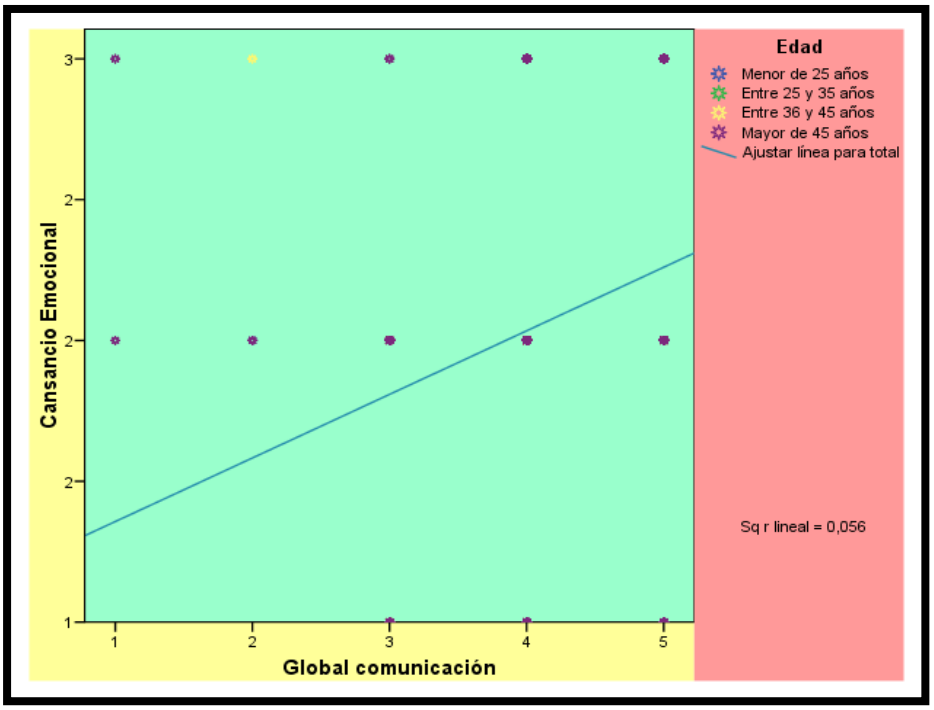


Figura 57. Gráfico de dispersión de la relación *Comunicación – Cansancio emocional – Edad.*

La Figura 58 muestra la **relación negativa establecida entre la *despersonalización* y la *comunicación* en relación a la *edad* del *sanitario*.**

Esta figura nos indica que existe una **correlación negativa** entre la *despersonalización* y la *comunicación* en el *sanitario* en función a la *edad* del profesional de la sanidad. A mayor *edad*, mayor *despersonalización* y peor calidad de *comunicación* al paciente.

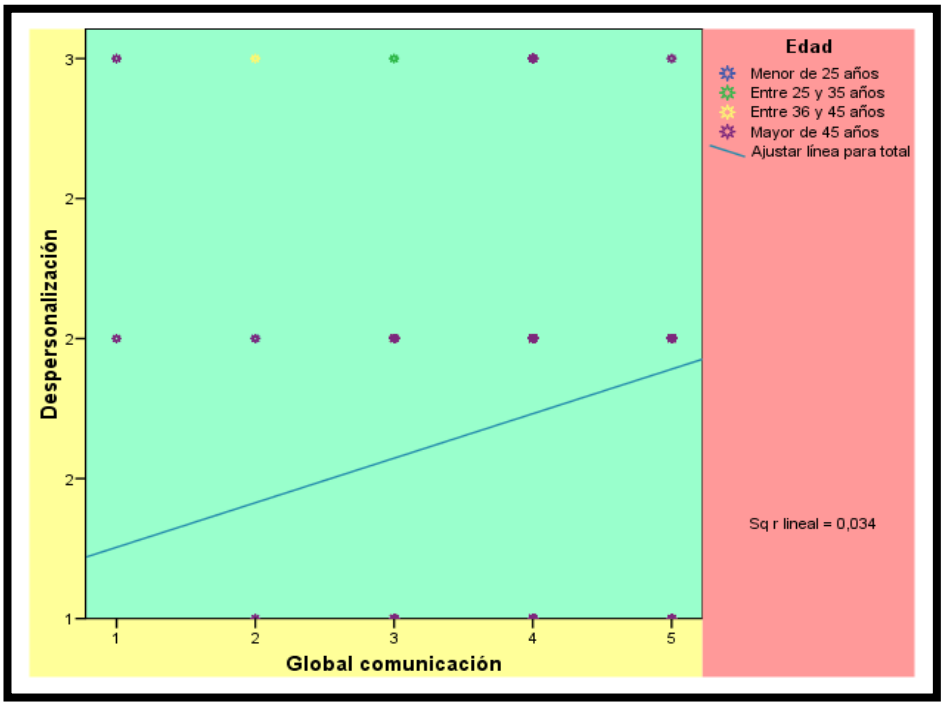


Figura 58. Gráfico de dispersión de la relación *Comunicación – Despersonalización – Edad.*

5.2.5.4. Comunicación – CE/DP – Años de experiencia profesional.

En la Tabla 58 mostramos **las correlaciones obtenidas en los componentes de la *comunicación* y dos de las dimensiones del síndrome de *"burnout"*: el *cansancio emocional* y la *despersonalización*, atendiendo a los *años de experiencia profesional*** del *sanitario.*

Vemos a priori que **existen correlaciones significativas en los intervalos de *sanitario*s con una experiencia de *entre 6 y 10 años* y de *más de 10 años***, pero en los profesionales con una *experiencia profesional* de *0 a 5 años únicamente se encuentran correlaciones significativas entre la relación* ***calidad de atención al paciente* y *despersonalización* (*r=-.34; P= .00*).**

				Comunicación				
				HHSS	HHCC	Calidad de Atención al Paciente	Empatía	Global Comunicación
"Burnout"	CE	0-5 años	r	-.24	-.01	-.20	-.04	-.13
			Sig.	.05	.94	.10	.74	.28
		Entre 6 y 10 años	r	-.34(***)	-.29(***)	-.29(***)	-.32(***)	-.36(***)
			Sig.	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**
		Más de 10 años	r	-.23(***)	-.19(***)	-.34(***)	-.18(***)	-.25(***)
			Sig.	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**
	DP	0-5 años	r	-.09	.16	-.34(***)	-.00	.03
			Sig.	.44	.19	**.00**	.98	.76
		Entre 6 y 10 años	r	-.28(***)	-.31(***)	-.34(***)	-.22(*)	-.29(***)
			Sig.	**.00**	**.00**	**.00**	**.02**	**.00**
		Más de 10 años	r	-.23(***)	-.21(***)	-.26(***)	-.20(***)	.57(***)
			Sig.	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**

Tabla 58. Correlaciones entre *Comunicación – "Burnout"* según los *años de experiencia profesional.*

Nota: *P<.05; **P<.01; ***P<.001.

La Figura 59 nos muestra la **relación negativa entre el *cansancio emocional* y la *comunicación*** (representada por *global comunicación*) **en relación a los *años de experiencia profesional* del *sanitario*.**

Esta figura nos indica que existe una **correlación negativa** entre el *cansancio emocional* y la *comunicación* en el *sanitario* en relación a los *años de experiencia profesional*. Esto indica que a mayor *cansancio emocional*, la calidad de la *comunicación* del sanitario es peor; y se observa sólo en aquellos que tienen más años de experiencia profesional.

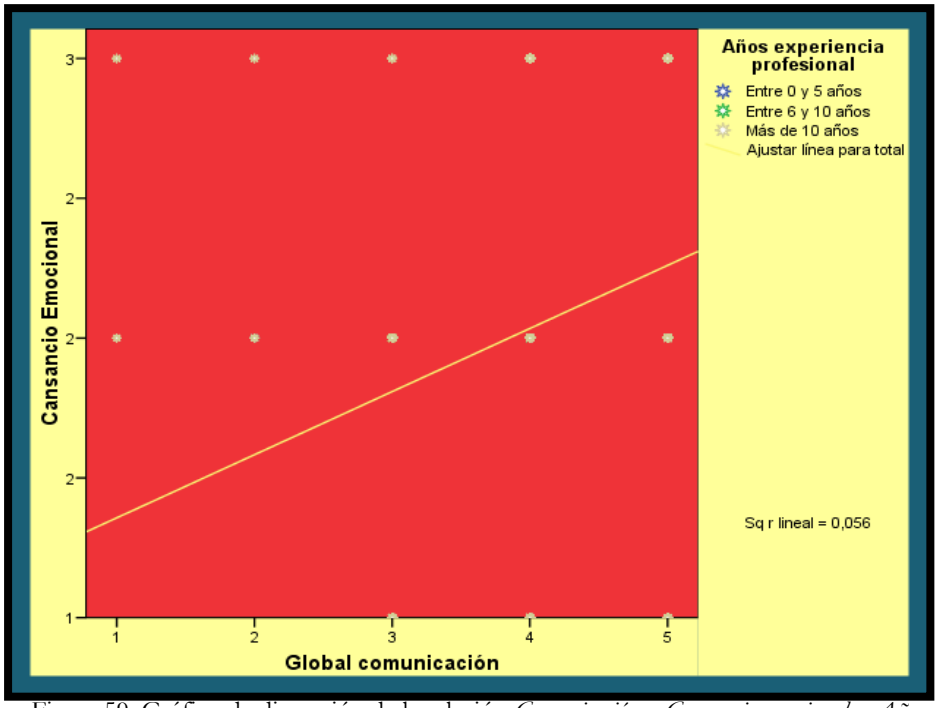


Figura 59. Gráfico de dispersión de la relación *Comunicación – Cansancio emocional – Años de experiencia profesional.*

La Figura 60 nos muestra la **relación negativa entre la *despersonalización* y la *comunicación*** (representada por *global comunicación*) **en relación a los *años de experiencia profesional* del *sanitario*.**

Esta figura nos indica que existe una **correlación negativa** entre la *despersonalización* y la *comunicación* en el *sanitario* según los *años de experiencia* del profesional. Esto significa que a mayor *despersonalización,* la calidad de la *comunicación* del sanitario es peor. Vemos que esto sucede sólo en aquellos que tienen más *años de experiencia profesional*, a excepción de la *calidad de atención al paciente*, que también se produce en los *más jóvenes*.

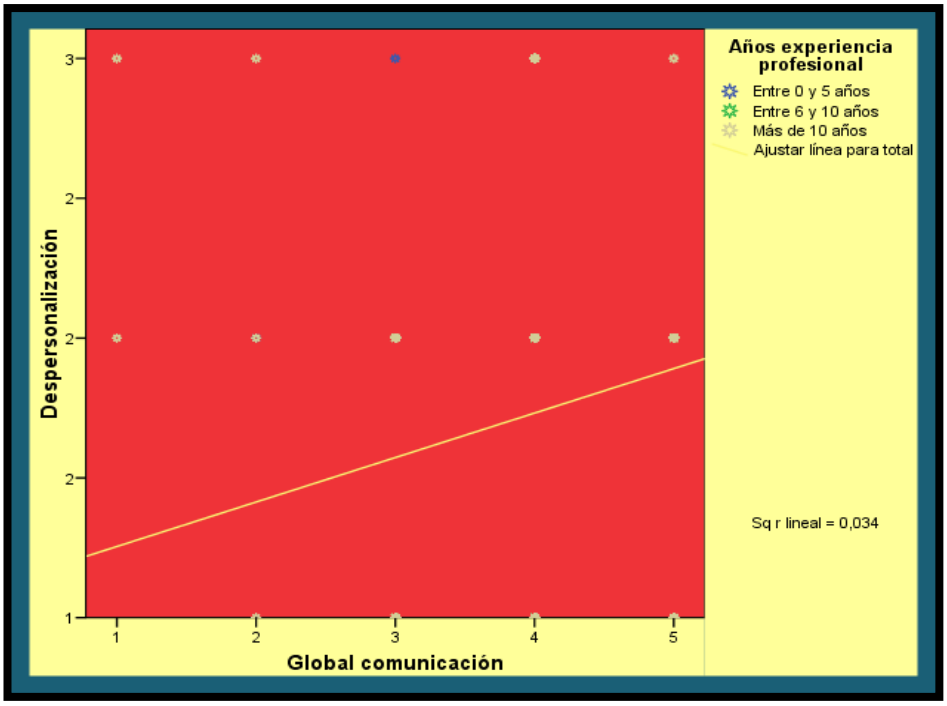


Figura 60. Gráfico de dispersión de la relación *Comunicación – Despersonalización – Años de experiencia profesional.*

5.2.5.5. Comunicación – CE/DP – Categoría profesional.

En la Tabla 59 mostramos las **correlaciones obtenidas en los componentes de la *comunicación* y dos de las dimensiones del síndrome de *"burnout"*: el *cansancio emocional* y la *despersonalización*, atendiendo a la *categoría profesional* del *sanitario*.**

Observamos que en el caso de los ***enfermeros* existen correlaciones significativas entre *todas* las áreas estudiadas de la *comunicación* y las dimensiones *cansancio emocional* y *despersonalización*.**

En lo referente a los *médicos*, vemos que ***todas* las áreas comunicativas correlacionan con la dimensión *cansancio emocional*** pero en el caso de la *despersonalización* comprobamos que no se producen correlaciones con la variable *habilidades comunicativas*.

En los ***auxiliares*** **constatamos correlaciones significativas** entre *cansancio emocional* con *habilidades sociales,* con *calidad de la atención al paciente* y con *global comunicación*. Asimismo, vemos correlaciones significativas entre *despersonalización* y *calidad de la atención al paciente*.

				Comunicación				
				HHSS	HHCC	Calidad de Atención al Paciente	Empatía	Global Comunicación
"Burnout"	CE	Médicos	r	-.20(***)	-.13(*)	-.24(***)	-.14(*)	-.21(***)
			Sig.	**.00**	**.03**	**.00**	**.02**	**.00**
		Enfermeros	r	-.29(***)	-.26(***)	-.38(***)	-.24(***)	-.31(***)
			Sig.	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**
		Auxiliares	r	-.21(***)	-.12	-.32(***)	-.11	-.18(**)
			Sig.	**.00**	.14	**.00**	.17	**.01**
	DP	Médicos	r	-.23(***)	-.12	-.31(***)	-.17(***)	-.22(***)
			Sig.	**.00**	.05	**.00**	**.00**	**.00**
		Enfermeros	r	-.31(***)	-.29(***)	-.30(***)	-.28(***)	-.32(***)
			Sig.	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**
		Auxiliares	r	-.06	-.08	-.18(*)	-.01	-.07
			Sig.	.43	.29	**.02**	.81	.35

Tabla 59. Correlaciones entre *Comunicación – "Burnout"* según la *categoría profesional.*

Nota: *P<.05; **P<.01; ***P<.001.

La Figura 61 nos muestra la **relación negativa entre el *cansancio emocional* y la *comunicación*** (representada por *global comunicación*) **atendiendo a la *categoría* sanitaria.**

Esta figura nos indica que existe una **correlación negativa** entre el *cansancio emocional* y la *comunicación* en el *sanitario* en función a la *categoría* sanitaria del profesional de la salud. A mayor *cansancio emocional*, peor *comunicación* en todas las *categorías*, y viceversa.

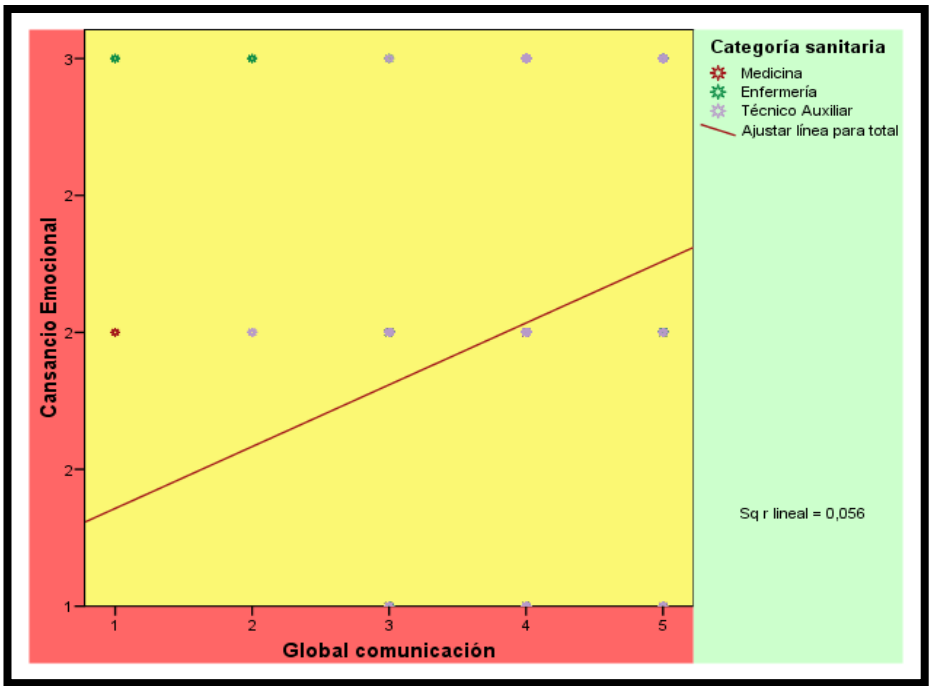


Figura 61. Gráfico de dispersión de la relación *Comunicación – Cansancio emocional – Categoría profesional.*

La Figura 62 nos muestra la **relación negativa entre la *despersonalización* y la *comunicación*** (representada por *global comunicación*) **en función a la *categoría* sanitaria.**

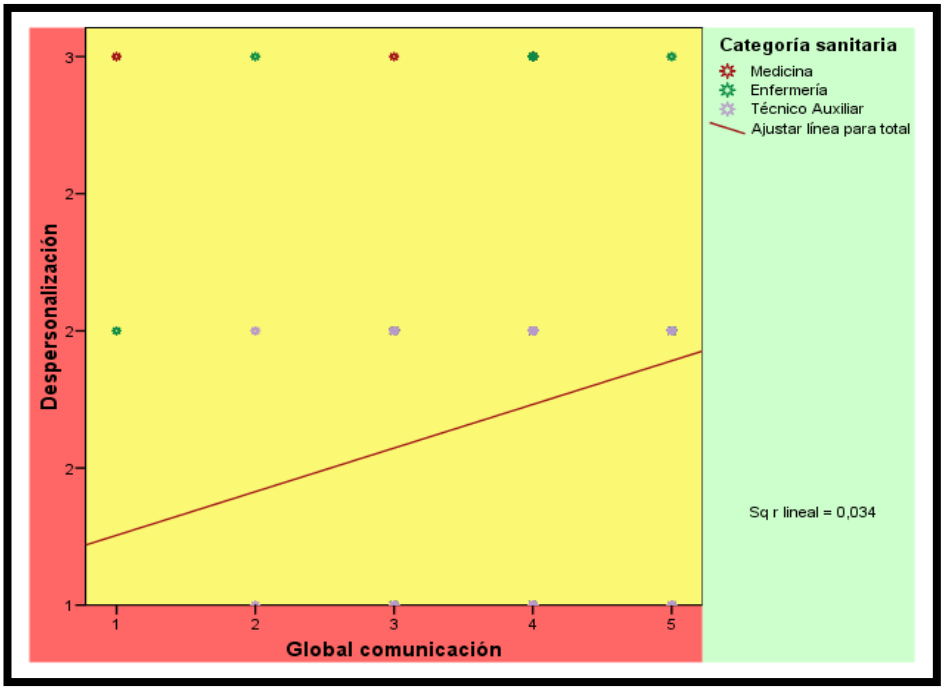


Figura 62. Gráfico de dispersión de la relación *Comunicación – Despersonalización – Categoría profesional.*

Esta figura nos indica que existe una **correlación negativa** entre la *despersonalización* y la *comunicación* en el *sanitario* en base a la *categoría* sanitaria del profesional de la salud. A mayor *despersonalización*, peor *comunicación* en todas las *categorías*, y viceversa.

Los resultados manifiestan la existencia de relaciones significativas entre la *comunicación* y el ***cansancio emocional*** y la ***despersonalización*** a nivel global. Asimismo, se comprueban relaciones parcialmente significativas entre el ***cansancio emocional*** y la ***despersonalización*** con las variables ***sexo***, ***edad***, **años de experiencia** y ***categoría profesional.***

Evidenciamos que a mayor ***cansancio emocional*** en el trabajo y ***despersonalización*** en el *sanitario*, se produce una **menor calidad y fluidez de la *comunicación***. Constatando la existencia de una relación *muy directa* entre ambas dimensiones.

5.2.6. Análisis de la relación entre la *comunicación* y el grado de *realización personal* (RP) en el trabajo en el *sanitario.*

5.2.6.1. Comunicación – RP.

En la Tabla 60 mostramos las **correlaciones obtenidas en los todos los componentes de la *comunicación* y la dimensión del síndrome de *"burnout"*: *realización personal.***

			Comunicación				
			Habilidades Sociales	Habilidades comunicativas	Calidad de Atención al Paciente	Empatía	Global Comunicación
"Burnout"	RP	r	.53(**)	.64(**)	.21(**)	.59(**)	.58(**)
		Sig.	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**

Tabla 60. Correlaciones entre *Comunicación – Realización personal.*

Nota: *P<.05; **P<.01; ***P<.001.

Observamos que existen **correlaciones significativas entre *todas* las áreas de la *comunicación*** (*habilidades sociales, habilidades comunicativas, calidad de atención al paciente, empatía y global comunicación*) **y la dimensión *realización personal.***

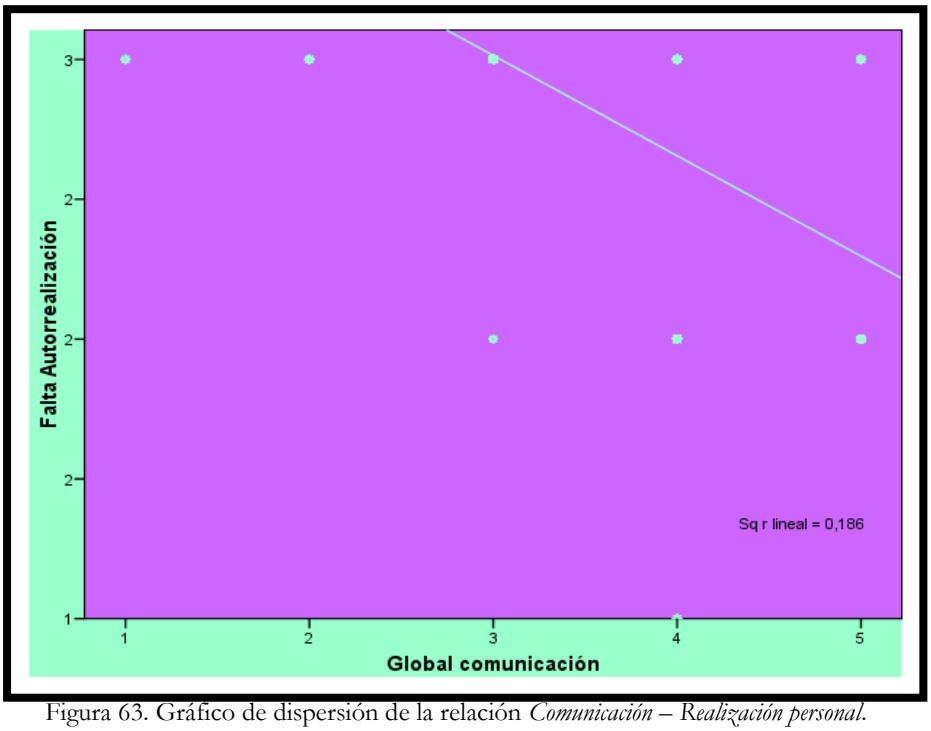


Figura 63. Gráfico de dispersión de la relación *Comunicación – Realización personal.*

La Figura 63 nos muestra la **relación entre la *realización personal* y la *comunicación*** (representada por *global comunicación*).

En esta figura vemos que existe una **correlación positiva** entre *realización personal* y *global comunicación* en los *sanitario*s. A mayor *realización personal*, mayor calidad de la *comunicación* con el paciente. Y viceversa.

5.2.6.2. Comunicación – RP – Sexo.

En la Tabla 61 mostramos las **correlaciones obtenidas en los *todos* los componentes de la *comunicación* y la dimensión del síndrome de *"burnout"*: *realización personal* teniendo en cuenta el *sexo* del *sanitario.***

Constatamos que **existen correlaciones significativas entre todas las áreas de la *comunicación*** (*habilidades sociales, habilidades comunicativas, calidad de atención al paciente, empatía y global comunicación*) **y la dimensión *realización personal* tanto en *mujeres* como en *varones.***

				Comunicación				
				HHSS	HHCC	Calidad de Atención al Paciente	Empatía	Global Comunicación
"Burnout"	Realización Personal	Varón	r	.60(***)	.68(***)	.31(***)	.65(***)	.62(***)
			Sig.	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**
		Mujer	r	.51(***)	.63(***)	.17(***)	.56(***)	.56(***)
			Sig.	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**

Tabla 61. Correlaciones entre *Comunicación – Realización personal* según el *sexo.*

Nota: *P<.05; **P<.01; ***P<.001.

La Figura 64 nos muestra la **relación entre la *realización personal* y la *comunicación*** (representada por *global comunicación*) **teniendo en cuenta el *sexo* del *sanitario.***

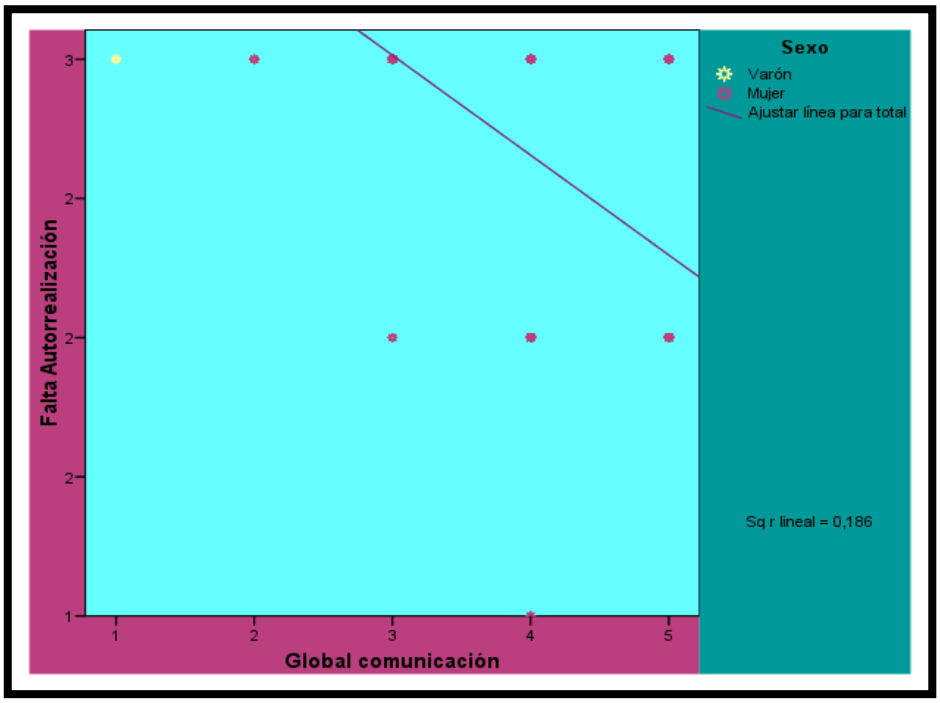


Figura 64. Gráfico de dispersión de la relación *Comunicación – Realización personal – Sexo.*

Esta figura nos indica que existe una **correlación positiva** entre *realización personal* y *global comunicación* en los *sanitarios* atendiendo al *sexo* de los mismos. A mayor *realización personal*, mayor calidad de la *comunicación*. Y viceversa. Esta situación se produce, independientemente del *sexo* del personal sanitario.

5.2.6.3. Comunicación – RP – Edad.

				Comunicación				
				HHSS	HHCC	Calidad de Atención al Paciente	Empatía	Global Comunicación
"Burnout"	Realización Personal	Menor de 25 años	r	.68(***)	.52(*)	.23	.67(***)	.68(***)
			Sig.	**.00**	**.02**	.34	**.00**	**.00**
		Entre 25 y 35 años	r	.55(***)	.73(***)	.32(***)	.69(***)	.70(***)
			Sig.	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**
		Entre 36 y 45 años	r	.57(***)	.69(***)	.19 (***)	.58(***)	.62(***)
			Sig.	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**
		Mayor de 45 años	r	.51(***)	.60(***)	.19(***)	.57(***)	.52(***)
			Sig.	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**

Tabla 62. Correlaciones entre *Comunicación – Realización personal* según la *edad.*

Nota: *P<.05; **P<.01; ***P<.001.

En la Tabla 62 mostramos las **correlaciones obtenidas en los todos los componentes de la *comunicación* y la dimensión del síndrome de *"burnout"*: *realización personal,* teniendo en cuenta la *edad* del *sanitario.***

Evidenciamos que a priori **existen correlaciones significativas entre prácticamente *todas* las áreas de la *comunicación*** (*habilidades sociales, habilidades comunicativas, empatía y global comunicación*) **y la dimensión *realización personal* en los diferentes rangos de *edad,*** a excepción de la inexistencia de correlación entre las variables *calidad de atención al paciente* y *realización personal* en los *menores de 25 años*.

La Figura 65 nos muestra **la relación entre la *realización personal* y la *comunicación*** (representada por *global comunicación*) **teniendo en cuenta la *edad* del *sanitario.***

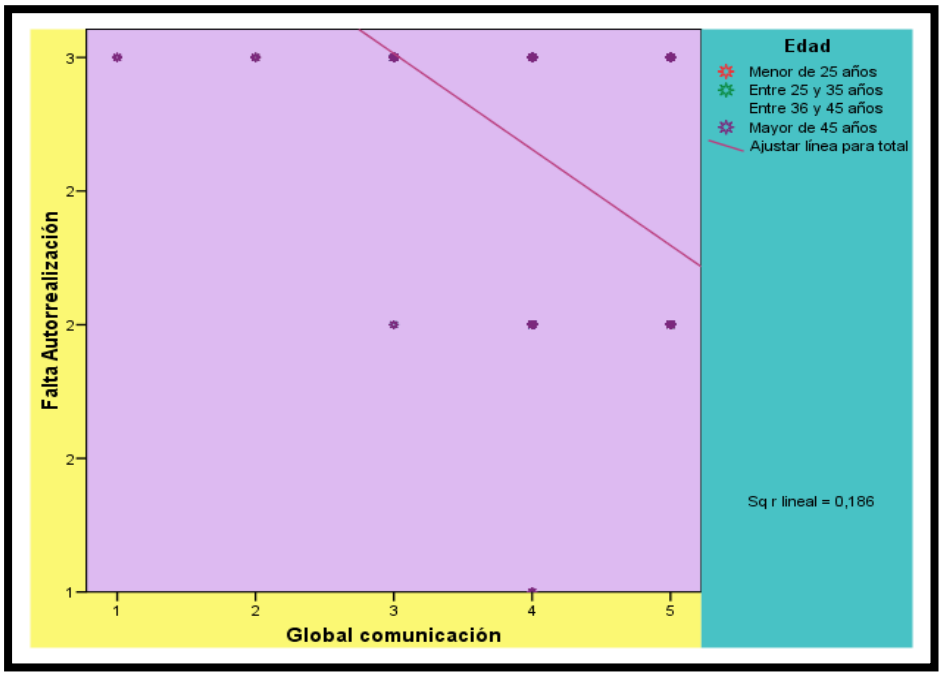


Figura 65. Gráfico de dispersión de la relación *Comunicación – Realización personal – Edad.*

Esta figura nos indica que existe una **correlación positiva** entre *realización personal* y *global comunicación* en los *sanitarios* atendiendo a la *edad* de los profesionales. A mayor *realización personal,* mejor calidad de la *comunicación*. Y viceversa. Esta situación se produce, independientemente de la *edad* del personal sanitario.

5.2.6.4. Comunicación – RP – Años de experiencia profesional.

				Comunicación				
				HHSS	HHCC	Calidad de Atención al Paciente	Empatía	Global Comunicación
"Burnout"	Realización Personal	0-5 años	r	.51(**)	.48(**)	-.02	.56(**)	.54(**)
			Sig.	**.00**	**.00**	.84	**.00**	**.00**
		Entre 6 y 10 años	r	.48(**)	.69(**)	.24(*)	.64(**)	.65(**)
			Sig.	**.00**	**.00**	**.01**	**.00**	**.00**
		Más de 10 años	r	.55(**)	.65(**)	.24(**)	.58(**)	.57(**)
			Sig.	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**

Tabla 63. Correlaciones entre *Comunicación – Realización personal* según los *años de experiencia profesional.*

Nota: *P<.05; **P<.01; ***P<.001.

En la Tabla 63 mostramos las **correlaciones obtenidas en los todos los componentes de la *comunicación* y la dimensión del síndrome de *"burnout"*: *realización personal,* teniendo en cuenta los *años de experiencia profesional* del *sanitario.***

Evidenciamos que a priori **existen correlaciones significativas entre *casi todas* las áreas de la *comunicación*** (*habilidades sociales, habilidades comunicativas, empatía y global comunicación*) **y la dimensión *realización personal* en los diferentes rangos de *experiencia profesional*,** a excepción de la inexistencia de correlación entre las variables *calidad de atención al paciente* y *realización personal* en los *sanitarios* con una *experiencia profesional de 0 a 5 años.*

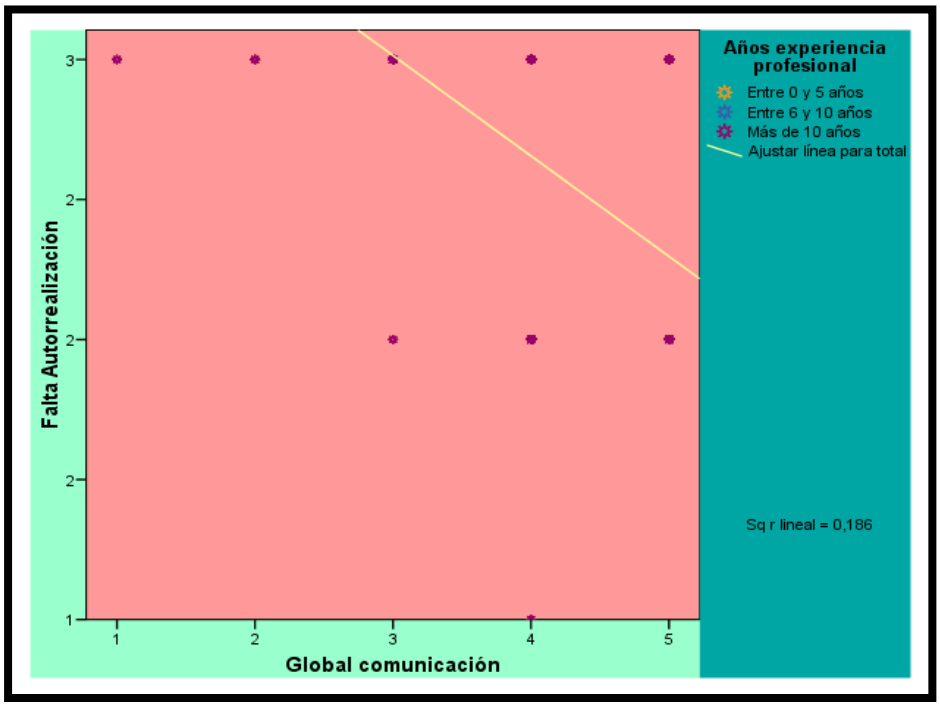


Figura 66. Gráfico de dispersión de la relación *Comunicación – Realización personal – Años de experiencia profesional.*

La Figura 66 muestra la **relación entre la *realización personal* y la *comunicación*** (representada por *global comunicación*) **atendiendo a los *años de experiencia profesional* del *sanitario.***

Esta figura nos indica que existe una **correlación positiva** entre *realización personal* y *global comunicación* en los *sanitario*s, atendiendo a los *años de experiencia profesional* del *sanitario*. A mayor *realización personal,* mejor calidad de la *comunicación*. Y viceversa. Esta situación se produce, independientemente de los *años de experiencia profesional* del personal sanitario.

5.2.6.5. Comunicación – RP – Categoría profesional.

En la Tabla 64 mostramos las **correlaciones obtenidas en los todos los componentes de la *comunicación* y la dimensión del síndrome de *"burnout"*: *realización personal,* atendiendo a la *categoría profesional* del *sanitario.***

Evidenciamos que **existen correlaciones significativas entre *todas* las áreas de la *comunicación*** (*habilidades sociales, habilidades comunicativas, calidad de atención al paciente*, *empatía* y *global comunicación*) **y la dimensión *realización personal* en *médicos* y *enfermeros*.**

En el caso de los ***auxiliares*** vemos que también **se producen correlaciones significativas entre *casi todas* las áreas comunicativas y la dimensión *realización personal*,** excepto en la relación *calidad de atención al paciente* y *realización personal.*

				Comunicación				
				HHSS	HHCC	Calidad de Atención al Paciente	Empatía	Global Comunicación
"Burnout"	RP	Médicos	r	.52(***)	.67(***)	.13(*)	.58(***)	.55(***)
			Sig.	**.00**	**.00**	**.03**	**.00**	**.00**
		Enfermeros	r	.60(***)	.68(***)	.30(***)	.62(***)	.64(***)
			Sig.	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**	**.00**
		Auxiliares	r	.42(***)	.56(***)	.12	.48(***)	.50(***)
			Sig.	**.00**	**.00**	.11	**.00**	**.00**

Tabla 64. Correlaciones entre *Comunicación – Realización personal* según la *categoría profesional.*

Nota: *P<.05; **P<.01; ***P<.001.

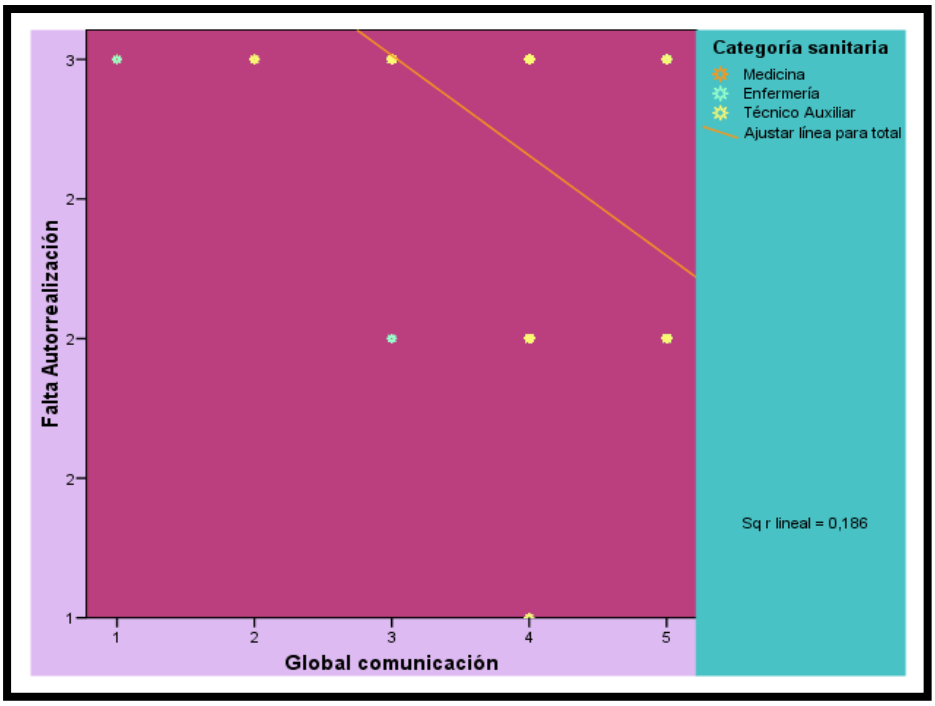


Figura 67. Gráfico de dispersión de la relación *Comunicación – Realización personal – Categoría profesional.*

La Figura 67 nos muestra la **relación entre la *realización personal* y la *comunicación*** (representada por *global comunicación*) **atendiendo a la *categoría profesional.***

Esta figura nos indica que existe una **correlación positiva** entre *realización personal* y *global comunicación* en los *sanitarios* en función a su *categoría* sanitaria. A mayor *realización personal,* mayor calidad de la *comunicación*. Y viceversa. Esta situación se produce, independientemente de la *categoría sanitaria* del profesional sanitario.

Los resultados manifiestan la existencia de ***relaciones significativas*** **entre la *comunicación* y la *realización personal*** en el trabajo, **atendiendo al cómputo de la *comunicación* y al *sexo***. Asimismo, se observan **relaciones *parcialmente* significativas entre la *realización personal* con las variables *edad*, años de experiencia profesional y *categoría profesional.*** Vemos que a mayor **realización personal,** mayor calidad de la ***comunicación***.

5.2.7. Análisis de la relación entre la calidad y fluidez de la *comunicación* percibida por el *paciente* y el nivel de *bienestar psicológico* del *sanitario.*

5.2.7.1. Comunicación paciente – Bienestar psicológico sanitario.

			Comunicación				
			Habilidades Sociales	Habilidades Comunicativas	Calidad de Atención al Paciente	Empatía	Global Comunicación
Bienestar Psicológico	Bienestar Psicológico Subjetivo	r	-.01	.00	.06	-.04	-.03
		Sig.	.80	.86	.11	.20	.36
	Bienestar Material	r	.00	.02	.08(*)	-.01	.02
		Sig.	.96	.47	**.02**	.68	.52

Tabla 65. Correlaciones entre *Comunicación paciente – Bienestar psicológico del sanitario.*

Nota: *P<.05; **P<.01; ***P<.001.

La Tabla 65 muestra los **resultados obtenidos tras realizar la prueba de Pearson entre los componentes de la *comunicación* desde la perspectiva del *paciente* y las dos dimensiones del *bienestar psicológico del sanitario* analizadas.**

Los resultados obtenidos evidencian que **sólo existe correlación entre las variables *calidad de atención al paciente* y *bienestar material* (*r= .08; P= .02*).**

El gráfico de dispersión de la Figura 68 nos indica la **relación entre el *bienestar material* del *sanitario* y la *calidad de atención al paciente* desde la perspectiva del *paciente.***

Esta figura nos indica que existe una **correlación positiva** entre el *bienestar material* y la *calidad de atención al paciente* desde la perspectiva de *paciente.* Cuando la puntuación centil en *bienestar material* es baja, también lo es en *calidad de atención al paciente*, y cuando la puntuación es alta en una también lo es en la otra.

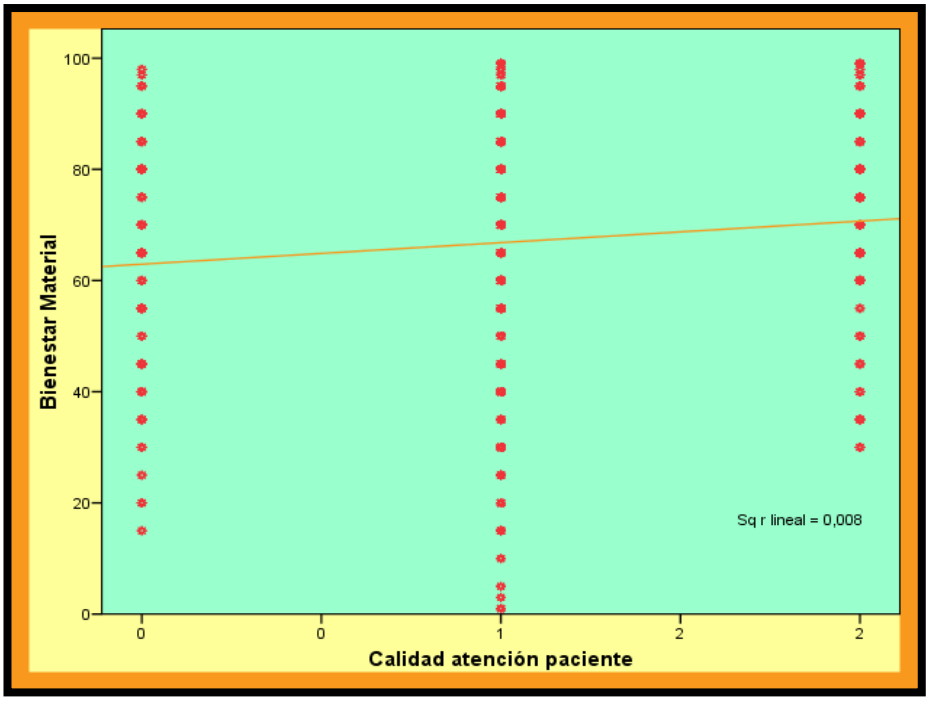


Figura 68. Gráfico de dispersión de la relación *Calidad de atención al paciente* (desde la perspectiva del *paciente*) – *Bienestar material del sanitario.*

5.2.7.2. Comunicación paciente – Bienestar psicológico sanitario – Sexo del paciente.

				Comunicación				
				HHSS	HHCC	Calidad de Atención al Paciente	Empatía	Global Comunicac.
Bienestar Psicológico	Bienestar Psicológico Subjetivo	Varón	r	-.00	.03	.12(*)	-.05	.00
			Sig.	.87	.52	**.03**	.35	.88
		Mujer	r	-.02	-.01	.01	-.06	-.06
			Sig.	.66	.70	.80	.22	.17
	Bienestar Material	Varón	r	.00	.03	.08	-.00	.07
			Sig.	.90	.52	.18	.88	.22
		Mujer	r	-.00	.02	.09	-.02	-.00
			Sig.	.93	.69	.07	.64	.88

Tabla 66. Correlaciones entre *Comunicación paciente – Bienestar psicológico* del *sanitario* según el *sexo del paciente.*

Nota: *P<.05; **P<.01; ***P<.001.

La Tabla 66 muestra los resultados obtenidos **tras realizar la prueba de Pearson entre los componentes de la *comunicación* desde la perspectiva del *paciente* y las dos dimensiones del *bienestar psicológico del sanitario* analizadas atendiendo al *sexo* de los *pacientes*.**

Los resultados obtenidos constatan que sólo **existen correlaciones significativas entre *calidad de atención al paciente* y *bienestar psicológico subjetivo* en el *sexo masculino*.**

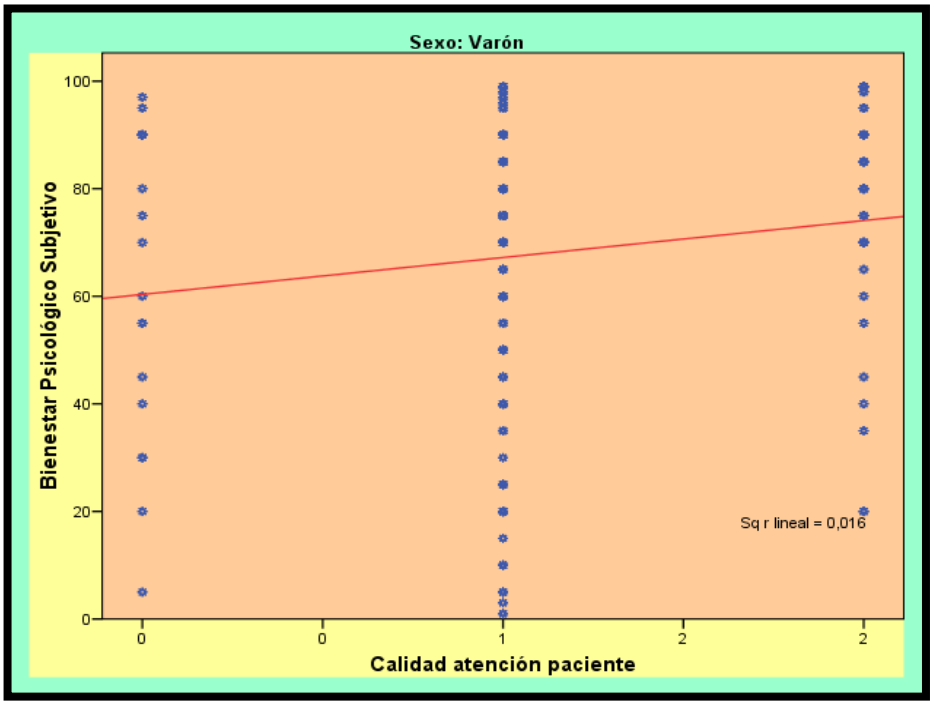


Figura 69. Gráfico de dispersión de la relación *Calidad de atención al paciente* (desde la perspectiva del *paciente*) – *Bienestar psicológico subjetivo del sanitario – Pacientes de sexo masculino.*

El gráfico de dispersión de la Figura 69 señala la **relación entre el *bienestar psicológico subjetivo* del *sanitario* y la *calidad de atención al paciente* en los *pacientes* de *sexo masculino*.**

Esta figura nos indica que existe una **correlación positiva** entre el *bienestar psicológico subjetivo* y la *calidad de atención al paciente* en los *pacientes varones*. Cuando la puntuación centil en *bienestar psicológico subjetivo* es baja, también lo es en *calidad de atención al paciente* y, cuando la puntuación es alta en *bienestar psicológico subjetivo*, también lo es en la otra variable según la apreciación de los *varones*.

5.2.7.3. Comunicación paciente – Bienestar psicológico sanitario – Edad del paciente.

				Comunicación				
				Habilidades Sociales	Habilidades comunicativas	Calidad de Atención al Paciente	Empatía	Global Comunic.
Bienestar Psicológico	Bienestar Psicológico Subjetivo	Menor de 25 años	r	-.04	-.11	.25(*)	-.06	-.00
			Sig.	.73	.37	**.04**	.61	.98
		Entre 25 y 35 años	r	.03	.01	.00	.06	-.03
			Sig.	.68	.88	.96	.37	.65
		Entre 36 y 45 años	r	-.05	-.02	.05	-.13	-.04
			Sig.	.53	.77	.50	.11	.60
		Mayor de 45 años	r	-.01	.03	.04	-.07	-.04
			Sig.	.82	.56	.50	.20	.45
	Bienestar Material	Menor de 25 años	r	.08	.02	.30(*)	.04	.07
			Sig.	.50	.83	**.01**	.71	.59
		Entre 25 y 35 años	r	.03	.03	.06	.08	.04
			Sig.	.65	.60	.39	.28	.52
		Entre 36 y 45 años	r	-.09	-.08	.05	-.10	-.02
			Sig.	.27	.31	.55	.23	.81
		Mayor de 45 años	r	-.00	.05	.05	-.05	.00
			Sig.	.88	.37	.38	.38	.94

Tabla 67. Correlaciones entre *Comunicación paciente – Bienestar psicológico del sanitario* según la *edad del paciente.*

Nota: *P<.05; **P<.01; ***P<.001.

La Tabla 67 muestra los resultados obtenidos tras realizar la **correlación de Pearson entre los componentes de la *comunicación,* desde la perspectiva del *paciente,* y las dos dimensiones del *bienestar psicológico* analizadas atendiendo a la *edad* de los *pacientes*.**

Vemos que los resultados obtenidos evidencian que sólo **existen correlaciones significativas entre *calidad de atención al paciente* y *bienestar psicológico subjetivo* y entre *calidad de atención al paciente* y *bienestar material* en los *pacientes menores de 25 años* (r= .25; *P*= .04 y r= .30; *P*=.01,** respectivamente**).**

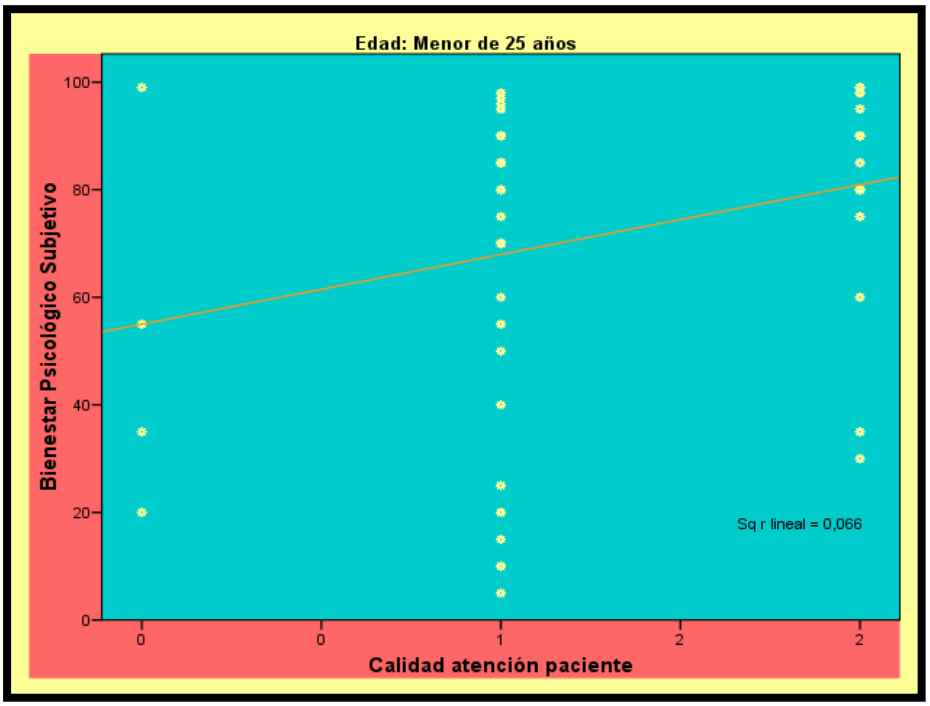


Figura 70. Gráfico de dispersión de la relación *Calidad de atención al paciente* (desde la perspectiva del *paciente*) – *Bienestar psicológico subjetivo del sanitario – Pacientes menores de 25 años.*

El gráfico de dispersión de la Figura 70 señala la **relación entre el *bienestar psicológico subjetivo* en el *sanitario* y la *calidad de atención al paciente* en los *pacientes menores de 25 años.***

Esta figura nos indica que existe una **relación positiva** entre el *bienestar psicológico subjetivo* y la *calidad de atención al paciente* en los *pacientes menores de 25 años*. Cuando la puntuación centil en *bienestar psicológico subjetivo* es baja, también lo es en *calidad de atención al paciente* y, cuando la puntuación es alta en una, también lo es en la otra.

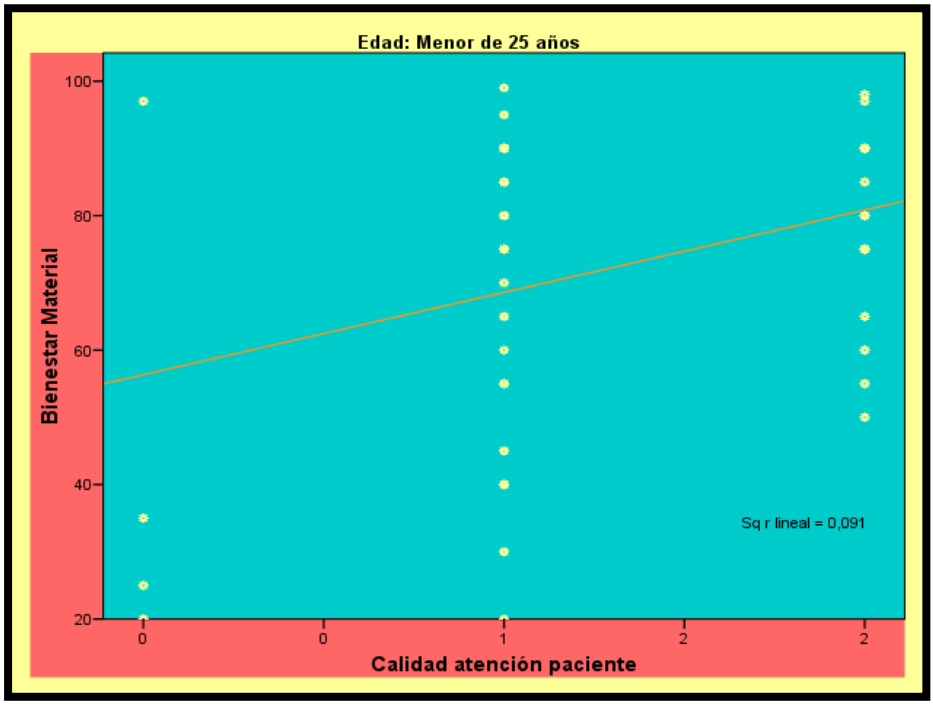


Figura 71. Gráfico de dispersión de la relación *Calidad de atención al paciente* (desde la perspectiva del *paciente*) – *Bienestar material del sanitario – Pacientes menores de 25 años*.

El gráfico de dispersión de la Figura 71 señala la **relación entre el *bienestar material* en el *sanitario* y la *calidad de atención al paciente* en los *pacientes menores de 25 años.***

Esta figura nos indica que existe una **relación positiva** entre el *bienestar psicológico material* y la *calidad de atención al paciente* en los *pacientes menores de 25 años*. Cuando la puntuación centil en *bienestar material* es baja, también lo es en *calidad de atención al paciente* y, cuando la puntuación es alta en una, también lo es en la otra.

Los resultados obtenidos evidencian *parcialmente* la existencia de relaciones significativas entre el *bienestar psicológico* del *sanitario* y la percepción del *paciente* sobre la calidad y fluidez de la *comunicación*, pues sólo existen correlaciones significativas entre las variables *calidad de atención al paciente* y *bienestar material*; entre *calidad de atención al paciente* y *bienestar psicológico subjetivo* en el *sexo* masculino; entre *calidad de atención al paciente* y *bienestar psicológico subjetivo* y entre *calidad de atención al paciente* y *bienestar material* en los *pacientes menores de 25 años.*

5.2.8. Análisis de la relación entre la calidad y fluidez de la *comunicación* percibida por el *paciente* y el *cansancio emocional (CE)* en el trabajo y la *despersonalización (DP)* en el *sanitario.*

5.2.8.1. Comunicación paciente – CE/DP sanitario.

			Comunicación				
			HHSS	HHCC	Calidad de Atención al Paciente	Empatía	Global Comunicac.
"Burnout"	Cansancio Emocional	r	.01	-.05	.01	.03	.01
		Sig.	.71	.15	.71	.37	.70
	Despersonalización	r	.02	.01	.06	.01	.06
		Sig.	.45	.68	.10	.72	.10

Tabla 68. Correlaciones entre *Comunicación paciente – "Burnout"* del *sanitario.*

Nota: *P<.05; **P<.01; ***P<.001.

La Tabla 68 muestra los resultados obtenidos **tras realizar la correlación de Pearson entre los componentes de la *comunicación* desde la perspectiva del *paciente* y dos de las dimensiones del *"burnout"*: *cansancio emocional* y *despersonalización.***

Observamos que los resultados constatan la ***inexistencia de correlaciones*** entre las cinco áreas de la *comunicación* y las dimensiones del síndrome de *"burnout" cansancio emocional* y *despersonalización.*

5.2.8.2. Comunicación paciente – CE/DP sanitario – Sexo del paciente.

				Comunicación				
				HHSS	HHCC	Calidad de Atención al Paciente	Empatía	Global Comunicac.
"Burnout"	Cansancio Emocional	Varón	r	.06	.03	-.01	.09	.03
			Sig.	.30	.54	.80	.13	.57
		Mujer	r	-.01	-.11(*)	.03	.00	.00
			Sig.	.78	**.02**	.44	.94	.94
	Despersonalización	Varón	r	.00	.04	.00	-.00	.01
			Sig.	.90	.45	.94	.94	.84
		Mujer	r	.05	.00	.11(*)	.03	.09
			Sig.	.30	.92	**.02**	.46	.05

Tabla 69. Correlaciones entre *Comunicación paciente – "Burnout"* del *sanitario* según el *sexo del paciente.*

Nota: *P<.05; **P<.01; ***P<.001.

La Tabla 69 muestra los resultados obtenidos **tras realizar la correlación de Pearson entre los componentes de la *comunicación* desde la perspectiva del *paciente* y las dos de las dimensiones del *"burnout"*: *cansancio emocional* y *despersonalización* teniendo en cuenta el *sexo* del *paciente*.**

Observamos que los resultados constatan la **existencia de correlaciones significativas** en el *sexo femenino* entre *habilidades comunicativas* y *cansancio emocional* (*r= -.11*; *P*=.02) y *calidad de atención al paciente* y *despersonalización* (*r= -.11; P*=.02).

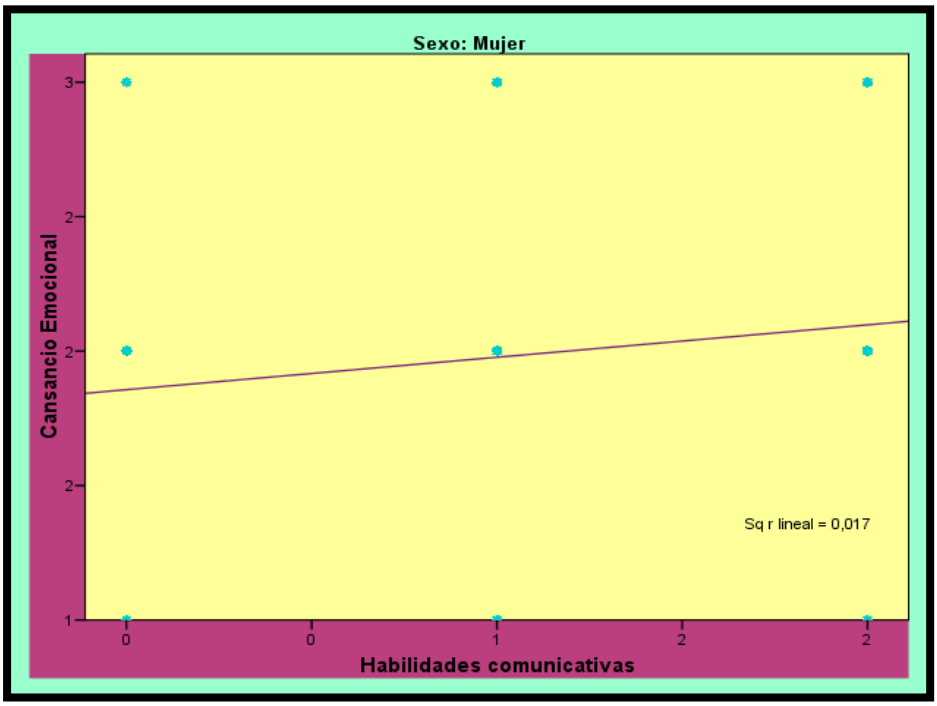


Figura 72. Gráficos de dispersión de la relación *Habilidades comunicativas* (desde la perspectiva del *paciente*) – *Cansancio emocional del sanitario – Pacientes de sexo femenino.*

El gráfico de dispersión de la Figura 72 señala la **relación negativa entre el *cansancio emocional* en el *sanitario* y las *habilidades comunicativas* en las *pacientes* de *sexo femenino*.**

Esta figura nos indica que existe una **correlación negativa** entre el *cansancio emocional* y las *habilidades comunicativas* en las *pacientes*. A mayor *cansancio emocional*, los pacientes de *sexo femenino* indican que la calidad de *comunicación* del sanitario al paciente disminuye (por tanto es menor). Y viceversa.

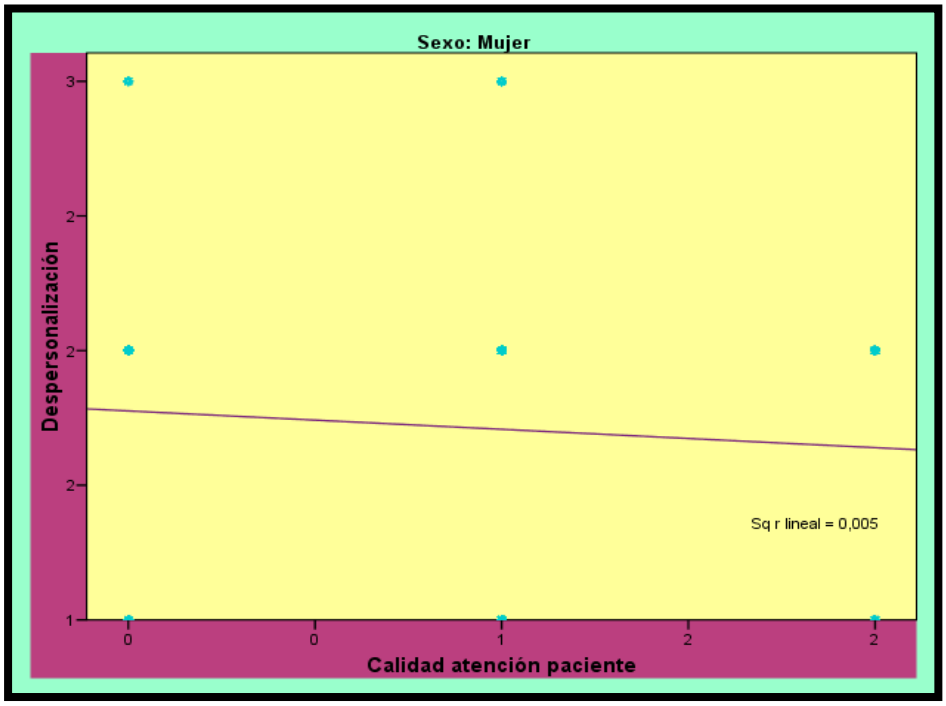


Figura 73. Gráficos de dispersión de la relación *Calidad de atención al paciente* (desde la perspectiva del *paciente*) – *Despersonalización del sanitario* – *Pacientes de sexo femenino.*

El gráfico de dispersión de la Figura 73 señala la **relación entre la *despersonalización* en el *sanitario* y la *calidad de atención al paciente* en las *pacientes* de *sexo femenino*.**

Esta figura nos indica que existe una **correlación positiva** entre la *despersonalización* y la *calidad de atención al paciente* en las *pacientes*.

5.2.8.3. Comunicación paciente – CE/DP sanitario – Edad del paciente.

				Comunicación				
				HHSS	HHCC	Calidad de Atención al Paciente	Empatía	Global Comunic.
"Burnout"	Cansancio Emocional	Menor de 25 años	r	.08	-.13	-.00	.10	-.04
			Sig.	.53	.29	.99	.42	.75
		Entre 25 y 35 años	r	-.01	-.02	-.03	-.01	-.00
			Sig.	.83	.72	.64	.81	.93
		Entre 36 y 45 años	r	-.12	-.18(*)	.08	-.08	-.07
			Sig.	.13	**.02**	.32	.33	.38
		Mayor de 45 años	r	.08	.00	.00	.11(*)	.07
			Sig.	.15	.98	.98	**.04**	.21
	Despersonalización	Menor de 25 años	r	.33(***)	.14	.11	.01	.17
			Sig.	**.00**	.25	.37	.89	.16
		Entre 25 y 35 años	r	-.05	.02	-.08	-.01	.00
			Sig.	.45	.74	.28	.79	.95
		Entre 36 y 45 años	r	-.09	-.13	.05	-.12	-.01
			Sig.	.29	.11	.55	.12	.88
		Mayor de 45 años	r	.05	.04	.14(**)	.10	.09
			Sig.	.36	.49	**.01**	.07	.11

Tabla 70. Correlaciones entre *Comunicación paciente – "Burnout"* del *sanitario* según la *edad* del *paciente.*

Nota: *P<.05; **P<.01; ***P<.001.

La Tabla 70 muestra los **resultados obtenidos tras realizar la prueba de Pearson entre los componentes de la *comunicación*** (*habilidades sociales*, *habilidades comunicativas*, *calidad de atención al paciente*, *empatía* y *global comunicación*) **desde la perspectiva del *paciente* y dos de las dimensiones del *"burnout"*: *cansancio emocional* y *despersonalización* teniendo en cuenta la *edad* del *paciente*.**

Los resultados evidencian la **existencia de correlaciones significativas** entre *habilidades comunicativas* y *cansancio emocional* en los *pacientes* de *entre 36 y 45 años* de *edad* (*r= -.18; P=* .02); entre *empatía* y *cansancio emocional* en los *pacientes mayores de 45 años* (*r= .11; P=* .04); entre *habilidades sociales* y *despersonalización* (*r= .33; P=*.00) en los *menores de 25 años*; y entre *calidad de atención al paciente* y *despersonalización* en los *mayores de 45 años* (*r= .14; P=*.01).

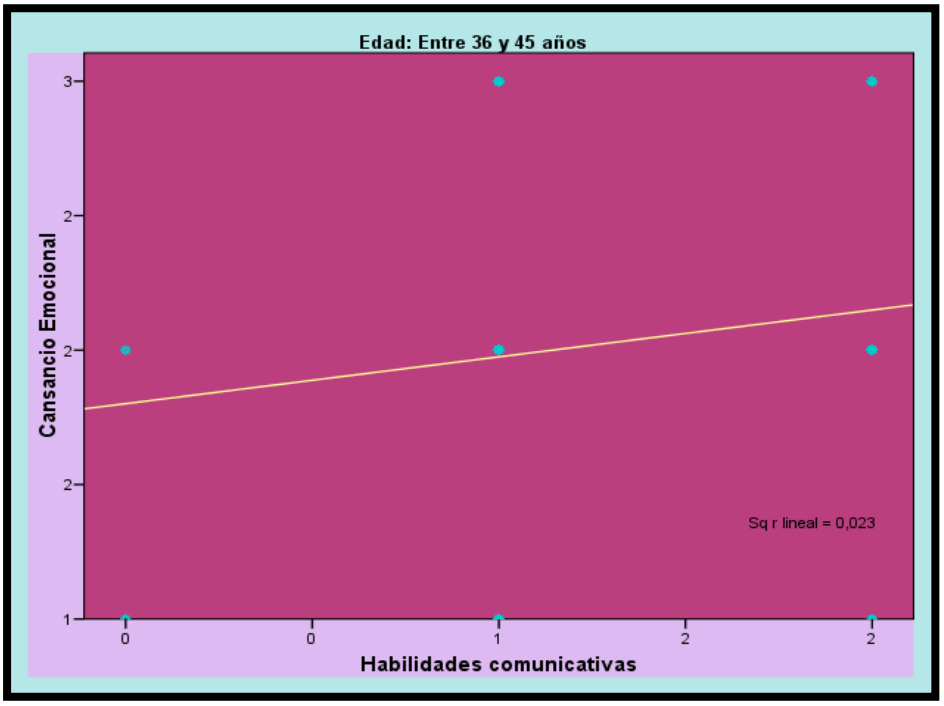


Figura 74. Gráficos de dispersión de la relación *Habilidades comunicativas* (desde la perspectiva del *paciente*) – *Cansancio emocional del sanitario – Pacientes de entre 36 y 45 años.*

El gráfico de dispersión de la Figura 74 señala la **relación entre el *cansancio emocional* en el *sanitario* y las *habilidades comunicativas* en los *pacientes* de *entre 36 y 45 años* de *edad*.**

Esta figura nos indica que existe una **correlación negativa** entre el *cansancio emocional* de los *sanitarios* y las *habilidades comunicativas* en los *pacientes*. Los pacientes *mayores de entre 36 y 45 años* indican que a mayor *cansancio emocional*, la calidad de *comunicación* del sanitario, o de sus *habilidades comunicativas*, al paciente disminuyen (por tanto es menor). Y viceversa.

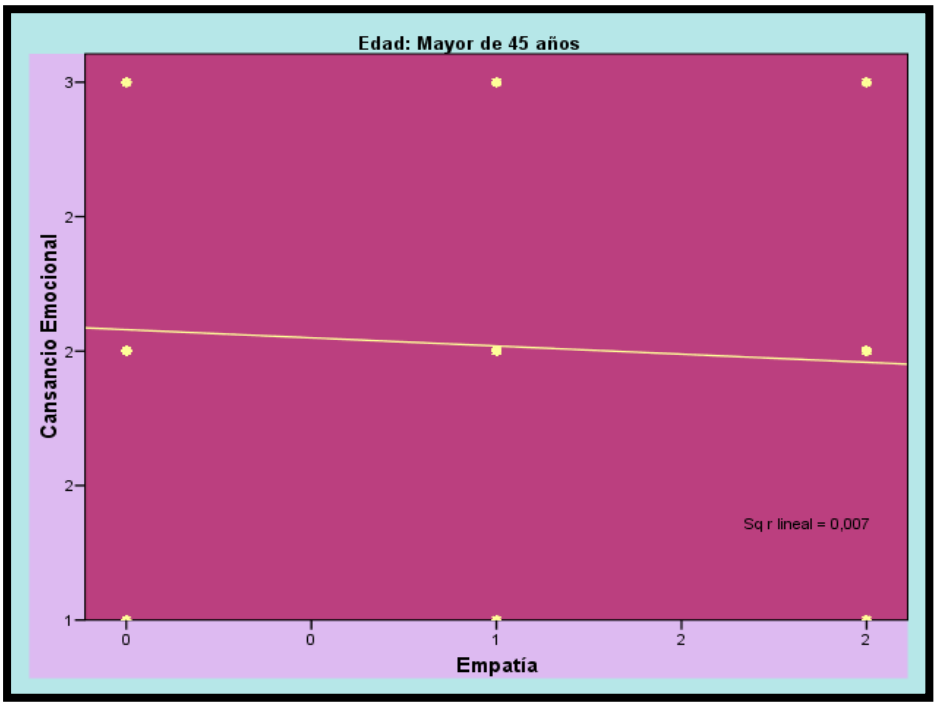


Figura 75. Gráficos de dispersión de la relación *Empatía* (desde la perspectiva del *paciente*) – *Cansancio emocional del sanitario – Pacientes mayores de 45 años.*

El gráfico de dispersión de la Figura 75 señala la **relación entre el *cansancio emocional* en el *sanitario* y la *empatía* en los *pacientes* mayores de 45 *años* de *edad*.**

Esta figura nos indica que existe una **correlación positiva** entre el *cansancio emocional* de los *sanitarios* y la *empatía* en los *pacientes* mayores de *45 años* de *edad*.

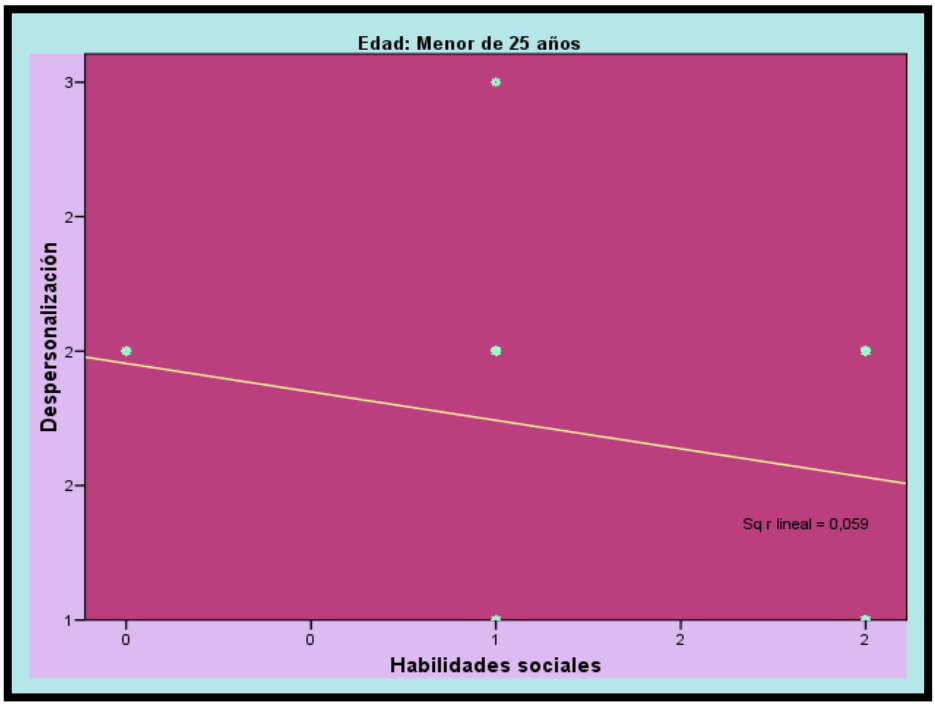


Figura 76. Gráficos de dispersión de la relación *Habilidades sociales* (desde la perspectiva del *paciente*) – *Despersonalización del sanitario – Pacientes menores de 25 años.*

El gráfico de dispersión de la Figura 76 señala la **relación entre la *despersonalización* en el *sanitario* y las *habilidades sociales*** (según la visión del *paciente*) **en los *pacientes* menores de 25 *años* de *edad*.**

Esta figura nos indica que existe una **correlación positiva** entre la *despersonalización* en el *sanitario* y las *habilidades sociales* (según la visión del *paciente*) en los *pacientes menores de 25 años de edad.*

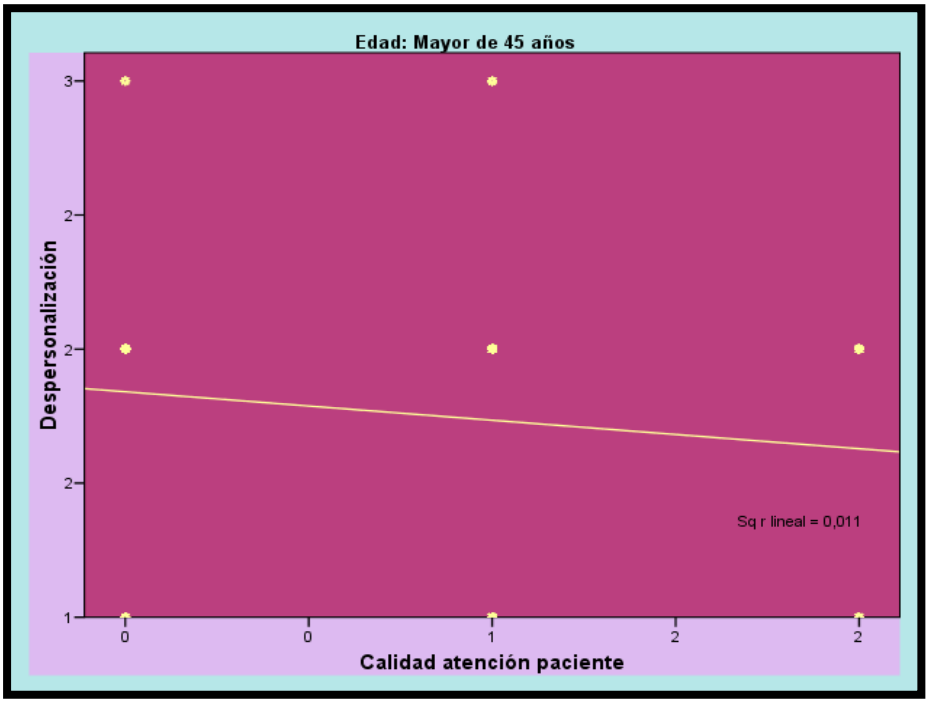


Figura 77. Gráficos de dispersión de la relación *Calidad de atención al paciente* (desde la perspectiva del *paciente*) – *Despersonalización del sanitario – Pacientes mayores de 45 años.*

El gráfico de dispersión de la Figura 77 señala la **relación entre la *despersonalización* en el *sanitario* y la *calidad de atención al paciente*** (según la visión del *paciente*) **en los *pacientes mayores de 45 años* de *edad*.**

Esta figura nos indica que existe una **correlación positiva** entre la *despersonalización* en el *sanitario* y la *calidad de atención al paciente* (según la visión del *paciente*) en los *pacientes mayores de 45 años* de *edad*.

Los resultados constatan la existencia de relaciones significativas entre el *sexo* femenino entre *habilidades comunicativas* y *cansancio emocional* y *calidad de atención al paciente* y *despersonalización*. Además, vemos correlaciones significativas entre *habilidades comunicativas* y *cansancio emocional* en los *pacientes* de *entre 36 y 45 años* de *edad*; entre *empatía* y *cansancio emocional* en los *pacientes mayores de 45 años*; entre *habilidades sociales* y *despersonalización* en los *menores de 25 años*; y entre *calidad de atención al paciente* y *despersonalización* en los *mayores de 45 años*.

Vemos que se **verifica *parcialmente* la premisa a mayor *cansancio emocional* en el trabajo y *despersonalización* en el *sanitario*, menor percepción del *paciente* sobre la calidad y fluidez de la *comunicación*.**

5.2.9. Análisis de la relación entre la calidad y fluidez de la *comunicación* percibida por el *paciente* y el grado de *realización personal (RP)* en el trabajo en el *sanitario.*

5.2.9.1. Comunicación paciente – RP sanitario.

			Comunicación				
			HHSS	HHCC	Calidad de Atención al Paciente	Empatía	Global Comunicación
"Burnout"	Realización Personal	r	-.07	-.01	-.01	-.07	-.04
		Sig.	.07	.68	.71	.05	.25

Tabla 71. Correlaciones entre *Comunicación paciente – "Burnout"* del *sanitario.*

Nota: *P<.05; **P<.01; ***P<.001.

La Tabla 71 muestra los resultados obtenidos tras realizar la **correlación de Pearson entre los componentes de la *comunicación* desde la perspectiva del *paciente* y la dimensión del *"burnout": realización personal.***

Observamos que los resultados evidencian la **ausencia de correlaciones** entre las cinco áreas de la *comunicación* y el área del *"burnout" realización personal.*

5.2.9.2. Comunicación paciente – RP sanitario – Sexo del paciente.

La Tabla 72 muestra los resultados obtenidos tras realizar la **correlación de Pearson entre los componentes de la *comunicación*** (*habilidades sociales*, *habilidades comunicativas*, *calidad de atención al paciente*, *empatía* y *global comunicación*) **desde la perspectiva del *paciente* y la dimensión del *"burnout": realización personal* teniendo en cuenta el *sexo* del *paciente.***

Los resultados evidencian la **existencia de correlaciones significativas** entre *habilidades sociales* y *realización personal* en los *pacientes varones* (*r= -.13; P*= .03).

				Comunicación				
				HHSS	HHCC	Calidad de Atención al Paciente	Empatía	Global Comunicación
"Burnout"	Realización Personal	Varón	r	-.13(*)	.00	.10	-.11	-.02
			Sig.	**.03**	.89	.09	.05	.71
		Mujer	r	-.03	-.03	-.08	-.05	-.05
			Sig.	.44	.54	.09	.26	.25

Tabla 72. Correlaciones entre *Comunicación paciente –"Burnout"* del *sanitario* según el *sexo* del *paciente*.

Nota: *P<.05; **P<.01; ***P<.001.

El gráfico de dispersión de la Figura 78 señala la **relación entre la *realización personal* en el *sanitario* y las *habilidades sociales*** (según la perspectiva del *paciente*) **en los *pacientes varones*.**

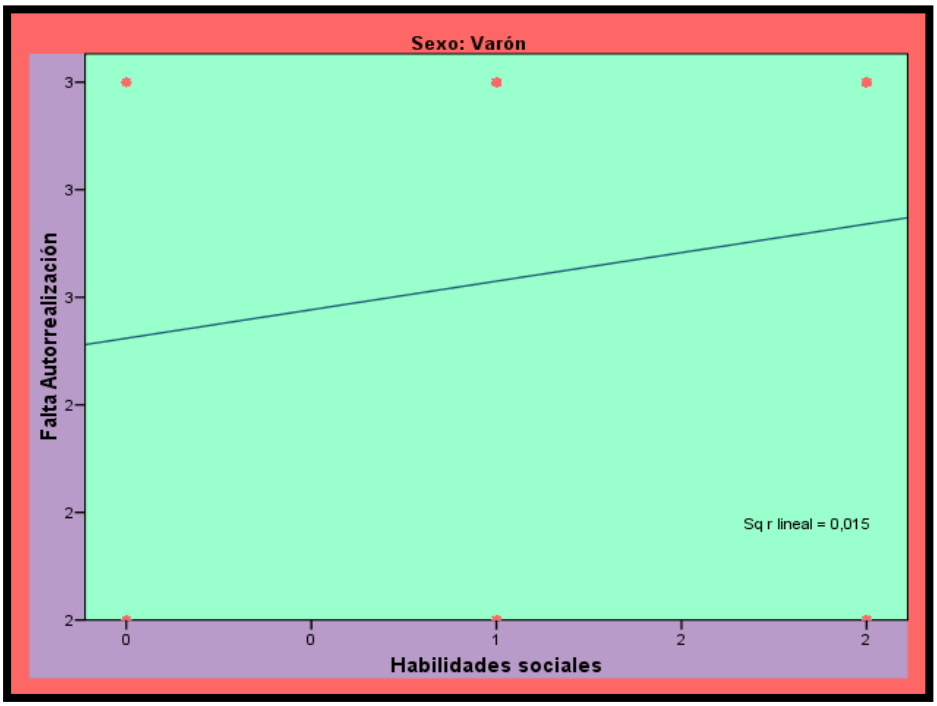


Figura 78. Gráfico de dispersión de la relación *Habilidades sociales* (desde la perspectiva del *paciente*) – *Realización personal del sanitario – Pacientes de sexo masculino.*

Esta figura nos indica que existe una **correlación negativa** entre la *realización personal* de los *sanitarios* y las *habilidades sociales* (según la perspectiva del *paciente*) en los *pacientes varones*.

5.2.9.3. Comunicación paciente – RP sanitario – Edad del paciente.

La Tabla 73 muestra los resultados obtenidos tras realizar la **correlación de Pearson entre los componentes de la *comunicación*** (*habilidades sociales*, *habilidades comunicativas*, *calidad de atención al paciente*, *empatía* y *global comunicación*) **desde la perspectiva del *paciente* y la dimensión del *"burnout"*: *realización personal,* teniendo en cuenta la *edad* del *paciente*.**

Los resultados evidencian la **existencia de correlaciones significativas** entre *empatía* y *realización personal* en los *pacientes* de *entre 36 y 45 años (r=-.1; P= .03*) y en los *pacientes mayores de 45 años* (*-.14; P= .01*).

				Comunicación				
				HHSS	HHCC	Calidad de Atención al Paciente	Empatía	Global Comunicación
"Burnout"	Realización Personal	Menor de 25 años	r	.06	-.00	.07	.09	.11
			Sig.	.61	.96	.56	.45	.39
		Entre 25 y 35 años	r	-.00	.02	-.03	.05	.01
			Sig.	.94	.77	.60	.44	.86
		Entre 36 y 45 años	r	-.16	-.00	-.06	-.17(*)	-.12
			Sig.	.05	.98	.41	**.03**	.13
		Mayor de 45 años	r	-.10	-.05	-.00	-.14(**)	-.08
			Sig.	.06	.34	.88	**.01**	.14

Tabla 73. Correlaciones entre *Comunicación paciente – "Burnout"* del sanitario según la *edad del paciente*.

Nota: *P<.05; **P<.01; ***P<.001.

El gráfico de dispersión de la Figura 79 señala la **relación entre la *realización personal* en el *sanitario* y la *empatía*** (según la perspectiva del *paciente*) **en los *pacientes* de *entre 36 y 45 años* de *edad.***

Esta figura nos indica que existe una **correlación negativa** entre la *realización personal* de los *sanitarios* y la *empatía* (según la perspectiva del *paciente*) en los *pacientes* de *entre 36 y 45 años* de *edad*.

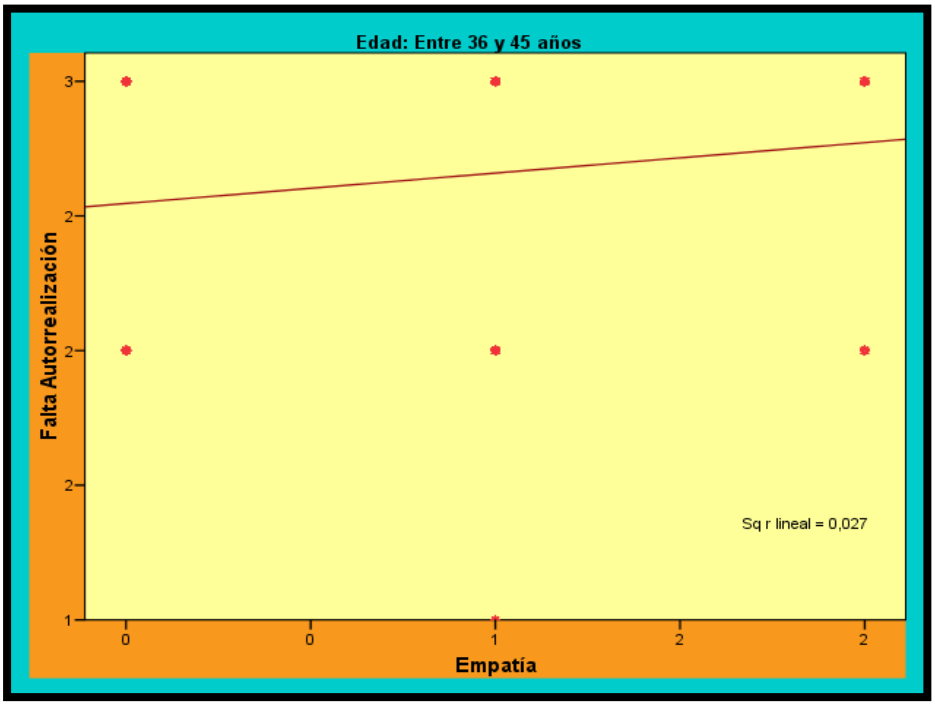


Figura 79. Gráfico de dispersión de la relación *Empatía* (desde la perspectiva del *paciente*) – *Realización personal del sanitario – Pacientes de entre 36 y 45 años.*

El gráfico de dispersión de la Figura 80 señala la **relación entre la *realización personal* en el *sanitario* y la *empatía* (según la perspectiva del *paciente*) en los *pacientes mayores de 45 años* de *edad.***

Esta figura nos indica que existe una **correlación negativa** entre la *realización personal* de los *sanitarios* y la *empatía* (según la perspectiva del *paciente*) en los *pacientes mayores de 45 años* de *edad*.

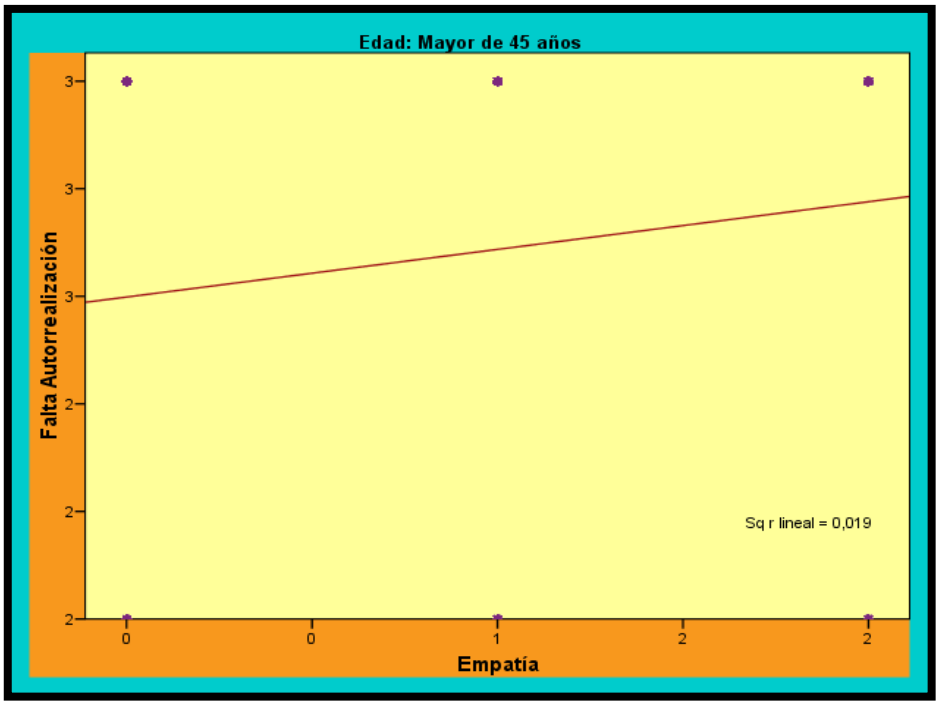


Figura 80. Gráfico de dispersión de la relación *Empatía* (desde la perspectiva del *paciente*) – *Realización personal del sanitario – Pacientes mayores de 45 años.*

Los resultados evidencian la **existencia de relaciones significativas** entre *habilidades sociales* y *realización personal* en los *pacientes varones* y entre *empatía* y *realización personal* en los *pacientes* de *entre 36 y 45 años* y en los *pacientes mayores de 45 años*.

Por todo lo anterior, podemos señalar que la **percepción que tiene el *paciente* sobre la calidad de la *comunicación* del sanitario poco tiene que ver con la percepción que tiene el sanitario sobre su *realización personal***. No obstante, vemos que en algunas variables en particular, existe una correlación positiva.

5.3. DESCRIPCIÓN DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS.

5.3.1. Perfiles muestrales obtenidos.

Antes de proceder al contraste de las hipótesis de nuestro estudio y en vista a la multitud de resultados obtenidos, hemos estimado conveniente extraer los perfiles de los sujetos estudiados con la finalidad de permitir una mayor claridad en la lectura e interpretación de los resultados.

5.3.1.1. Perfil de la muestra sanitaria.

Nuestra muestra se compone de ***760*** **profesionales sanitarios.**

En los resultados obtenidos, en relación al *sexo*, hemos encontrado una mayor presencia femenina, pues casi las dos terceras partes de la muestra la constituyen ***mujeres*** (n= 529). En cuanto a la *edad* tienen más representación los ***mayores de 45 años*** (53.4%) y los sanitarios de *entre 36 y 45 años* (28.7%).

Respecto a la *experiencia profesional* los resultados conseguidos revelan que la mayoría de los sanitarios tiene una experiencia profesional de ***más de 10 años*** (n=598). A gran distancia le siguen los sanitarios de *entre 6 y 10 años de experiencia* y los de *entre 0 y 5 años*.

Teniendo en cuenta la localización de los sanitarios de nuestra muestra, hemos evidenciado que las *áreas* con una mayor participación sanitaria se corresponden con las zonas más pobladas: ***Badajoz*** (n=173), ***Cáceres*** (n=131) **y** ***Mérida*** (n=123). El resto de áreas no supera en ninguno de los casos los 100 profesionales.

El hecho de que en nuestro estudio aparezca una muestra mayor de la provincia de Badajoz, es porque ésta es la más poblada de Extremadura (61.2% frente a 38.8%). Asimismo, los resultados obtenidos constatan una mayor participación de **profesionales *en el ámbito rural*** (60%) que *urbanos*. Además, la mayor parte de nuestra muestra sanitaria desempeña su labor profesional en ***hospitales*** (n=476) frente a centros de atención primaria (n=284).

En cuanto a la *categoría profesional* los datos evidencian que casi la mitad de la muestra sanitaria la componen los **profesionales de *enfermería*** (47.1%), siendo los *auxiliares de enfermería* la categoría profesional menos representada en nuestra muestra, aunque debemos aclarar que *todas* las categorías profesionales están dentro de los porcentajes de representatividad necesarios para generalizar nuestros resultados.

Teniendo en cuenta la *especialidad* sanitaria hay que señalar que no hemos encontrado que sea un elemento relevante en nuestro estudio, a pesar de que hayan respondido a esta cuestión *450* de los *760* profesionales analizados. Y decimos que no es relevante porque existe una gran variabilidad de especialidades sanitarias (hemos distinguido 27 especialidades diferentes), que nos lleva a errar más que a esclarecer los resultados obtenidos. La especialidad sanitaria predominante en nuestro estudio es la *medicina general*; no olvidemos que 284 profesionales sanitarios ejercen su actividad en centros de atención primaria.

En contra de lo esperado en relación a la *calidad y fluidez de la comunicación*, al "*burnout*" y al *bienestar psicológico*, y en base a los resultados obtenidos, la percepción de los sanitarios respecto de de sus *habilidades comunicativas*, evidencian unos valores muy elevados que revelan que nuestra muestra sanitaria se percibe como ***muy competente* en** lo que a la calidad y fluidez de la **comunicación** hacia el paciente respecta (en una escala de 1 a 5 encontramos puntuaciones muy altas como: 4.18 en la variable *empatía* ó 4 en la dimensión *habilidades sociales*). Por otra parte, los sanitarios de nuestra muestra, confirman que **no padecen *"burnout"* y** que **se sienten *muy realizados*** en su puesto de trabajo, como señalan los bajos niveles encontrados de *cansancio emocional* y *despersonalización* (trato inadecuado hacia los demás) y los elevados niveles de *realización personal*. Además, en esta misma línea, los sanitarios sostienen que poseen un nivel apropiado de *bienestar psicológico*.

- El **perfil medio** de los sanitarios participantes en nuestra investigación es:

Mujer, mayor de 45 años, con una experiencia profesional de más de 10 años, que desempeña su ocupación en el área de enfermería de un hospital de la provincia de Badajoz, que considera que posee unas habilidades comunicativas y un bienestar psicológico muy apropiados, que no sufre "burnout" en su puesto de trabajo y que, por el contrario, se siente muy realizada en su labor profesional.

5.3.1.2. Perfil de la muestra paciente.

La muestra de usuarios de nuestra investigación se compone de ***658*** **pacientes.**

Al igual que sucede en la muestra sanitaria hemos encontrado una **mayoría *femenina*** (n=390). A diferencia de lo que ocurría en la muestra de sanitarios, los pacientes *menores de 45 años* son los más representados en nuestro estudio: los pacientes de *entre 25 y 35 años* representan el 26.60% y los de *entre 36 y 45 años* un 21.43%; total un 47.03% frente al 42.71% que corresponde a los ***mayores de 45 años***.

Los pacientes, según revelan los resultados obtenidos, se ubican mayoritariamente **en la provincia de *Badajoz*** (88.6%). El desequilibrio que estos datos demuestran se debe a que las *asociaciones de pacientes* que han colaborado con nuestro estudio pertenecen mayoritariamente a la provincia pacense; además, los *pacientes no asociados* que han participado también son de la provincia de *Badajoz*.

Pese a la diversidad de empleos que alegan los pacientes de la muestra (hemos distinguido 28 actividades profesionales diferentes), una cuarta parte la componen los pacientes que se encuentran ***en situación de desempleo*** (27.05%). Les siguen los usuarios que se dedican a los *servicios socioculturales y a la comunidad*, los *pensionistas*, los que trabajan en la *administración* y los que se dedican al *comercio y marketing*.

En lo relativo a la *calidad y fluidez de la comunicación*, los datos obtenidos constatan que el punto de vista del usuario ***no coincide*** con la percepción del sanitario, puesto que, pese a que el personal sanitario percibe que sus habilidades comunicativas con los pacientes son muy apropiadas, los usuarios consideran que la comunicación con los sanitarios **no es la adecuada** y que su comunicación con los sanitarios no es eficaz, ya que no utilizan un lenguaje claro, sencillo, ni comprensible.

En relación a si el bienestar psicológico del sanitario influye en la calidad de la comunicación con el paciente, únicamente los usuarios varones *menores de 25 años* consideran que ambos aspectos están relacionados. Estos pacientes perciben que los profesionales **más felices y positivos emocionalmente** tienen **mejores competencias comunicativas.**

Sin embargo, los usuarios **no aprecian que el síndrome de *"burnout"***, que puede sufrir el sanitario, sea un factor influyente en sus relaciones comunicativas e interpersonales. Da la impresión de que no comprenden que un profesional de la salud que se sienta cansado emocionalmente, no pueda desarrollar su ocupación laboral con normalidad y que eso afecte a sus aptitudes comunicativas.

- En base a estos datos obtenemos el **perfil promedio** de los pacientes participantes en nuestra investigación:

Mujer, menor de 45 años, procedente de la provincia de Badajoz y en situación de desempleo, que no percibe que su comunicación con el personal sanitario sea apropiada, que aprecia que el bienestar psicológico del sanitario repercute directamente en la comunicación entre ambos, pero que no entiende que el "estar quemado" del sanitario influya en su capacidad para comunicarse.

Discusión y conclusiones.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

A raíz de los resultados obtenidos en la investigación, estamos en condiciones de plantear algunas conclusiones relevantes que confirman varias de las hipótesis de nuestro estudio.

Antes de comenzar, es preciso señalar que varias hipótesis han sido agrupadas siguiendo dos criterios:

- ✓ Su similitud en el planteamiento con la premisa de partida y con los resultados obtenidos.
- ✓ El contraste de la percepción del sanitario con la del paciente para permitir una mayor claridad en la lectura e interpretación de los resultados obtenidos.

Asimismo, es importante destacar que varias de las conclusiones de nuestro estudio coinciden *parcialmente* con los resultados de investigaciones nacionales e internacionales que han analizado uno o varios de los aspectos que hemos tratado en esta investigación. Es preciso señalar que existen muchos estudios sobre el fenómeno del "burnout", otros tantos sobre el bienestar psicológico y pocos referidos a la calidad de la comunicación entre sanitarios y pacientes pero ninguno que combine las tres dimensiones. Por este motivo, creemos conveniente también matizar que nuestro estudio puede compararse con otras investigaciones solo parcialmente; ya que no hemos localizado ningún estudio idéntico al nuestro; aunque sí hemos encontrado otras investigaciones que coinciden en alguna de las dimensiones: comunicación desde la visión del paciente, comunicación desde la percepción del sanitario, "burnout", bienestar psicológico, etc.

A continuación pasamos a detallar las conclusiones más relevantes obtenidas.

En relación a la primera de las hipótesis (H1), comprobamos que la percepción que tiene el personal sanitario respecto a la calidad de la atención al paciente es adecuada, dato que contrasta con la visión que tiene el usuario respecto a la atención que recibe por parte del profesional (H12).

Los sanitarios perciben que la *calidad y fluidez de su comunicación* en las interacciones con los pacientes se adecúa a la demanda del usuario. Se perciben *empáticos* y *competentes*, tanto social como emocionalmente. A su modo de ver, se preocupan por su estado emocional, intentando en la medida de lo posible ponerse en el lugar del paciente, procurando que se sientan bien atendidos, mostrando cercanía y comprensión en las interacciones e intentando transmitirles tranquilidad.

Esta apreciación no varía ni en función del sexo ni de la edad del personal sanitario. Tampoco influyen los años de experiencia ni la categoría profesional. Médicos, enfermeros y auxiliares de clínica hacen una valoración positiva de la calidad de la atención al usuario.

Los profesionales de la salud perciben la *empatía* como la competencia que destaca en mayor medida en ellos. A su modo de ver, entienden que su reacción emocional se ajusta al estado emocional del paciente, adoptando una perspectiva desde un punto de vista cognitivo y mostrando preocupación e interés por su dolencia.

Por su parte **el paciente** considera que la atención que recibe por parte del personal sanitario no es adecuada y se muestra crítico en sus apreciaciones respecto a *la calidad de la comunicación* que recibe por parte de éstos. Los pacientes se quejan del lenguaje poco claro y comprensible que utiliza el personal sanitario, de la escasa cercanía e información que proporciona durante la interacción, del poco tiempo de dedicación y de la falta de cordialidad y contacto ocular. En esta misma línea, Martín-Fernández *et al.* (2010), en un estudio realizado sobre la satisfacción del paciente con la atención recibida de su médico de familia, concluye que solo 4 de cada 10 pacientes se sienten satisfechos.

Asimismo, García (2002) en un estudio realizado con médicos especialistas en pediatría, destaca varias barreras generadoras de la insatisfacción del paciente en su relación con el médico. Entre ellas señala: la ausencia de un clima cálido y cercano, la falta de habilidad del médico para percatarse de las preocupaciones del paciente, la escasa claridad en la información relativa al diagnóstico y a los factores desencadenantes de la dolencia o enfermedad y el uso de una terminología poco adaptada al paciente. Estos resultados también se evidencian en los trabajos de Forchuk y Reynolds (2001), Gutiérrez, Jiménez, Pérez, Gallego y Linares (1997), Loayssa, Ruiz y Campayo (2009).

La mayoría de estos estudios destacan las diferentes percepciones que tienen los profesionales y los usuarios del servicio sanitario.

Por una parte, los trabajos de Arroyo-Valerio *et al.* (2013), Carvalho, Tigre y Costa (2008), Díaz-Sáez *et al.* (2011), Girón *et al.* (2002), Sifuentes, Parra, Marquina y Oviedo (2010), Alves, Fraxe, Soares y Pinto (2002), destacan igualmente que el profesional sanitario se manifiesta distante e impersonal en sus interacciones con el paciente, que los médicos son poco comunicativos, que los sanitarios deben mejorar las estrategias comunicativas e informativas con los pacientes, que la comunicación y la relación interpersonal entre sanitarios y pacientes debería ser más efectiva y que determinadas actitudes en el personal de enfermería (tales como el distanciamiento, la indiferencia y la inadecuación en la comunicación hacia el paciente) ponen de manifiesto repercusiones negativas en el proceso terapéutico.

Sin embargo, hay estudios en los que los pacientes señalan que su comunicación con el personal sanitario es la adecuada. Marques, Paes y Motta (2009) analizan la comunicación entre profesionales sanitarios (médicos y enfermeros) y los familiares de pacientes de terapia intensiva. El trabajo concluye que, aunque algunos familiares demandaban la necesidad de una mayor claridad sobre las informaciones básicas de la dolencia del familiar enfermo, por lo general estimaban la atención del personal sanitario como satisfactoria. También la investigación llevada a cabo por Schwenk, Evans, Laden y Lewis (2005) sobre la comunicación médico–paciente en enfermos con depresión crónica (en el contexto de atención primaria), destaca que la mayoría de los pacientes están satisfechos con la atención recibida por su médico; aunque destacan escasez de información en lo relativo a la sintomatología y las reacciones adversas del tratamiento.

Es necesario resaltar que, nuestro estudio se ha realizado sobre pacientes afectados con dolencias habituales que no requieren ni una terapia intensiva, ni padecen depresión crónica porque la muestra se ha obtenido en centros de atención primaria y hospitales; centros en los que sus rutinas habituales apenas se ocupan de terapias intensivas o depresiones crónicas. Esta circunstancia creemos conveniente comentarla, puesto que entendemos que si un paciente recibe una terapia más intensiva o padece una depresión crónica, el sanitario tendrá un mayor contacto y seguimiento más continuado de su dolencia; y como consecuencia, potenciarán en el profesional una mayor empatía y un mayor acercamiento que será percibido por el paciente.

Las conclusiones obtenidas en estas dos hipótesis claves en nuestro estudio demuestran una gran incongruencia en la percepción de la realidad de la relación interpersonal y comunicativa entre pacientes y sanitarios, lo que hace preguntarnos en qué grado los sanitarios son conscientes de dicha situación.

Todo parece indicar que se precisa una "humanización médica" (Girón *et al.*, 2002). Pérez, Najarro, Dulce, Gallardo y Fernández (2009) también señalan la necesidad de fomentar estrategias de mejora de la atención sanitaria. La importancia del entrenamiento y de la formación en habilidades sociales o habilidades comunicativas en los sanitarios son una constante que se hace patente con otros estudios (Blázquez-Manzano *et al.*, 2012; González, 2007; Marín y León, 2001; Moore, Gómez y Kurtz, 2012; Ramón-García, Segura-Sánchez, Palanca-Cruz y Román-López, 2012; Sogi, Zavala, Oliveros y Salcedo, 2006). Por su parte, Moore *et al.* (2012) sostienen la trascendencia de potenciar la puesta en práctica de las habilidades comunicativas en la relación clínica, así como la adquisición de estas destrezas durante los estudios universitarios de los sanitarios (Baile *et al.*, 2000). González (2007), Marín y León (2001), Queiroz, Watanabe, Vieira y De Oliveira (1998), Ramón-García *et al.* (2012), igualmente destacan la necesidad de formar a estos profesionales en el manejo y desarrollo de competencias que faciliten la calidad de la atención al paciente.

Las hipótesis 2, 3, 4 y 5, que analizan la existencia de diferencias significativas en la calidad y fluidez de la comunicación en la percepción del sanitario respecto al paciente según el sexo (H2), según la edad (H3), en función de los años de experiencia del sanitario (H4) y según la especialidad (H5), no se confirman. Tampoco se confirma la existencia de relaciones significativas desde la perspectiva del paciente en lo relativo al sexo (H13) y a la edad (H14).

Los sanitarios perciben, como hemos señalado en párrafos anteriores, que su comunicación con los pacientes es muy apropiada, no evidenciándose diferencias en la apreciación de esta competencia atendiendo al sexo, a la edad, a los años de experiencia profesional y a la especialidad.

Los resultados obtenidos evidencian que, tanto varones como mujeres, se perciben igual de *habilidosos* y *competentes* para comunicarse con sus pacientes, no constatándose la presencia de diferencias significativas según el sexo. En esta misma línea, la investigación llevada a cabo por Marín y León (2001) sobre las habilidades comunicativas del personal de

enfermería, tampoco constata diferencias significativas atendiendo al sexo. Este estudio concluye que el personal de enfermería (tanto varones como mujeres) se percibe como competente y habilidoso en sus interacciones con los usuarios del servicio (la comunicación efectiva les permite mantener la calma y solucionar problemas con los pacientes conflictivos).

Nuestro trabajo tampoco evidencia diferencias significativas en la percepción de la comunicación del sanitario en los distintos grupos de edad. Todos los sanitarios, independientemente de su edad, se perciben competentes en sus intercambios comunicativos con los pacientes. Por lo general, los sanitarios de todos los grupos de edad tratan de dedicar más tiempo a los pacientes más graves y señalan que siempre tienen muy en cuenta el estado emocional del usuario para no hacerle daño con informaciones relativas a su patología.

A diferencia de nuestro estudio existen otros donde se concluye que los sanitarios se perciben poco competentes en sus intercambios comunicativos con los usuarios. Casares *et al.* (2007) analizan los problemas comunicativos percibidos por el personal de enfermería del Complejo Hospitalario de Ourense, con los pacientes, los familiares y el equipo de trabajo. La investigación concluye que estos profesionales perciben dificultades para comunicarse con los pacientes y familiares, aunque con la edad se aprecia una mejora en la percepción de la comunicación.

Por el contrario, nuestra investigación nos indica que los años de experiencia profesional no influyen en *la calidad de la comunicación* con los pacientes, ya que no evidenciamos que los profesionales más expertos sean más competentes en comunicación que los jóvenes, ni al contrario.

Por último, los resultados de nuestro estudio señalan que no existen diferencias significativas en la comunicación del sanitario con el paciente en relación a la especialidad. Sin embargo, los especialistas en *farmacia* son los que se perciben como más competentes para la interacción interpersonal, puesto que son los que dicen mantener un clima de confianza recíproco, además son los que más perciben que usan un lenguaje sencillo y fácil de entender por el paciente y, por último, los que más se ponen en el lugar del paciente.

En cuanto a la percepción del paciente, los datos evidencian que los usuarios de los servicios sanitarios perciben como inadecuada la calidad y fluidez de la comunicación con el sanitario, como ya hemos comentado en párrafos anteriores. Esta apreciación no varía según el sexo del paciente, dado que varones y mujeres coinciden en sus valoraciones. Según los pacientes, apenas hay contacto ocular por parte del sanitario, la comunicación con los sanitarios no es eficaz, no les describen detalladamente los aspectos relacionados con su dolencia de cara a fomentar una mejor y más rápida recuperación, ni los profesionales les explican adecuadamente todo lo relativo a la enfermedad y/o convalecencia.

En relación a la edad del paciente, tampoco aprecian que la calidad de la comunicación mejore en ninguno de los intervalos de edad analizados. En general, la percepción del usuario es muy negativa. Los pacientes señalan que para los sanitarios sólo son "uno más" de los muchos que tienen que atender. Asimismo, destacan la dificultad del sanitario para "ponerse en el lugar del paciente" y la escasa preocupación que muestran por el estado anímico del usuario en el momento que deben proporcionarle información.

En la línea de nuestros resultados, los escasos estudios al respecto también confirman la existencia de percepciones diferentes en la comunicación entre sanitarios y pacientes. Steine, Finset y Laerum (2001) en su trabajo sobre las experiencias de los pacientes en las consultas de atención primaria, señalan que el 50% de éstos perciben que su comunicación con el sanitario es poco adecuada. Asimismo, 1/4 de los pacientes señala que, al salir de la consulta, se marcha con emociones negativas.

La investigación de Mas *et al.* (2009) sobre las causas y la prevalencia de los *encuentros difíciles* (ED) en consultas de atención primaria entre médicos y pacientes, concluye que una de las causas del malestar en los usuarios se debe a una actitud poco empática por parte del facultativo (28%). Algunos de los sentimientos, opiniones y actitudes que describen los pacientes en sus interacciones con los médicos son las siguientes: sentimientos de haber sido ignorados (3.7%), plantearse solicitar un cambio de médico por el malestar con la relación (5.1%), haber cambiado de médico por la misma razón (15.1%) y considerar a su médico como un *profesional de trato difícil* (3.1%).

En lo que respecta a la hipótesis 6, donde planteamos que existen diferencias significativas en la calidad y fluidez de la comunicación del sanitario según la categoría profesional, podemos decir que nuestra hipótesis se cumple parcialmente, dado que únicamente existen diferencias significativas en la dimensión *empatía*.

Encontramos que, en relación a la variable *empatía,* sólo existen diferencias significativas entre médicos y técnicos auxiliares. Los técnicos auxiliares se perciben como los que más procuran que los pacientes se sientan relajados cuando son atendidos y los que más cercanos y comprensivos se muestran con los pacientes.

Los médicos y los enfermeros tienen una visión similar sobre su calidad empática en relación a las interacciones con los pacientes. Asimismo, ambos colectivos afirman que intentan transmitir tranquilidad al paciente durante la atención al mismo.

A pesar de que la *empatía* es una dimensión muy valorada por los profesionales sanitarios, como venimos comprobando a lo largo de nuestro estudio, no hemos encontrado investigaciones con las que poder contrastar los resultados que nosotros hemos obtenido en lo que a categorías sanitarias se refiere; sí, en cambio, hemos encontrado algunos trabajos que relacionan la categoría de los sanitarios (médicos) con el sexo y la edad. Es el caso del estudio realizado por Remón-Torres, Remón-Torres y Tataje-Lavanda (2013) que analiza el nivel de empatía en médicos internos de dos hospitales nacionales de Perú. Sus datos no evidenciaron diferencias en cuanto al sexo, aunque sí constataron medias más altas en las mujeres. La empatía era también más elevada en los internos con mayor edad.

En cuanto a la hipótesis referente a las diferencias significativas en el nivel de bienestar psicológico del sanitario en función del sexo, la edad, los años de experiencia profesional, el tipo de atención al paciente (atención especializada y/o primaria) y la categoría profesional (H7) encontramos que esta hipótesis se cumple parcialmente.

Al analizar la **percepción del sanitario**, los resultados indican la existencia de diferencias entre el nivel de *bienestar psicológico subjetivo* y *material* según la edad del sanitario y diferencias sólo en el nivel de *bienestar psicológico subjetivo* en relación con el sexo, los años de experiencia profesional, el nivel de atención y la categoría profesional.

Las diferencias encontradas en nuestros resultados entre *bienestar psicológico subjetivo* y sexo evidencian que las mujeres son las que acostumbran a tener una visión más positiva de las cosas y a las que les gusta más transmitir su felicidad a los demás. Estos resultados coinciden con los obtenidos en la investigación realizada por Renuncio *et al.* (2000).

En cuanto a la edad del sanitario, nuestro trabajo concluye que los profesionales que mejor se sienten consigo mismo y los que consideran que viven con mayor desahogo y bienestar son los de los grupos de edad comprendidos entre los 25 y 35 años y entre 36 y 45 años.

Por otra parte, los resultados obtenidos en relación a las diferencias en el *bienestar psicológico* de los profesionales atendiendo a la experiencia profesional han revelado que los profesionales que muestran mayores niveles de bienestar psicológico son los que más recientemente se ha incorporado al ámbito laboral y los de entre 6 y 10 años de experiencia profesional; por contra, los sanitarios con más experiencia, son los que presentan menores índices de bienestar psicológico. Nuestros datos coinciden con los resultados obtenidos por Sánchez-Uriz *et al.* (2006). En su trabajo dirigido a conocer el bienestar psicológico de los sanitarios se afirma que los profesionales que presentan un mayor malestar psicológico son los de entre 11 y 15 años de experiencia profesional. Llama mucho nuestra atención estos resultados con los que nosotros hemos obtenido pues sorprende que en un año un profesional pase de tener un bienestar psicológico muy adecuado (sanitarios de entre 6 y 10 años de experiencia) a manifestar malestar psicológico.

En lo relativo al nivel de atención los profesionales de atención especializada son los que se sienten mejor consigo mismo y, según la categoría profesional, los auxiliares son los sanitarios que más se interesan por todo.

Con la hipótesis 8 nos planteamos analizar la existencia de diferencias significativas en el nivel de "burnout" del personal sanitario en el ámbito laboral en función del sexo, la edad, los años de experiencia profesional, el tipo de atención al paciente (atención especializada y/o primaria) y la categoría profesional.

Tras nuestra investigación podemos afirmar que esta hipótesis se cumple parcialmente, puesto que existen diferencias significativas, pero no siempre. No se evidenció la existencia de diferencias significativas entre el nivel de "burnout" y el sexo;

coincidimos parcialmente con Moreno, González y Garrosa (2002) al considerar la escasa relación establecida entre los factores sociodemográficos (sexo, edad, etc.) con el "*burnout*" del personal sanitario. En esta misma línea, la investigación de Jorge, Blanco, Issa, Romero y Galloso (2005) tampoco evidencia la existencia de diferencias significativas entre "burnout" y sexo.

Sin embargo, hay investigaciones que sí evidencian diferencias significativas en el nivel de "burnout" entre varones y mujeres. De ahí que ésta fuera nuestra premisa de partida en nuestra hipótesis. Mientras que los trabajos de De Pablo (2007a, 2007b) concluyen que hay una mayor predisposición de la mujer para padecer este síndrome; los estudios de Caballero, Bermejo, Nieto y Caballero (2001) y Rodríguez, Oviedo, Vargas, Hernández y Pérez (2009) evidencian niveles más elevados de *"burnout"* en varones. Asimismo, la investigación de Caballero *et al.* (2001), destaca a su vez, que los varones puntúan más alto en la dimensión *cansancio emocional.*

En cuanto a la *despersonalización* (respuesta fría e impersonal hacia el paciente) en el sanitario y la edad sí hemos encontrado diferencias significativas. Nuestro estudio concluye que el personal sanitario más joven puntúa más alto en *despersonalización* presentando mayor "burnout". Siendo estos profesionales los que más admiten actitudes de frialdad, indiferencia, impersonalidad, insensibilidad y distanciamiento hacia los pacientes. En cambio, los mayores de 45 años son los que puntúan en *despersonalización* en menor medida. Estos datos coinciden con los encontrados por Quintanilla (2004), quien en su trabajo sobre el personal de enfermería de una unidad de pacientes críticos concluye, que a mayor edad del sanitario menor prevalencia de despersonalización y del nivel general de "burnout". Este estudio concluye, al igual que el de Rodríguez *et al.* (2009) que a mayor edad del sanitario, mayor seguridad en el ejercicio de sus tareas y menor tendencia al estrés laboral y despersonalización.

En cuanto a la <u>experiencia profesional</u>, evidenciamos que los sanitarios que se perciben como los que más fácilmente comprenden los sentimientos de los pacientes son los que tienen una mayor antigüedad laboral. Estos resultados de nuestro trabajo se contraponen a los del estudio epidemiológico del nivel de "burnout" del personal sanitario, llevado a cabo por Atance (1997).

Al igual que en el estudio de Bernaldo de Quirós y Labrador (2007) los datos obtenidos en nuestra investigación han revelado que teniendo en cuenta la <u>categoría</u>

profesional, los médicos son los profesionales que presentan niveles más elevados de *cansancio emocional*. Siendo éste colectivo el que se siente más agotado emocionalmente por su labor profesional, el que más desmotivado y fracasado en su quehacer diario se percibe y el que más tenso se considera por no ser capaz de tener una mayor resistencia.

En esta misma línea, Jorge *et al.* (2005) evidenciaron niveles altos de *cansancio emocional, despersonalización y realización personal* en un estudio realizado con médicos de atención primaria y así como menor *realización personal,* a mayor antigüedad en el puesto de trabajo. Martínez, Centeno, Sanz-Rubiales y Del Valle (2009), a partir de un estudio en el que analizan el nivel de "burnout" del personal de enfermería, concluyen que todo parece indicar que la experiencia profesional protege ante el agotamiento emocional.

Con respecto al nivel de atención (especializada o primaria), los resultados obtenidos evidencian la existencia de diferencias en *realización personal* entre los sanitarios de atención especializada en comparación con los de atención primaria. Los datos obtenidos han constatado que los primeros se consideran los más eficaces, los que más positivamente se evalúan, los que se sienten más felices y los que más competentes laboral y socialmente se perciben.

La hipótesis 9, relativa a la existencia de diferencias significativas en la calidad y fluidez de la comunicación del sanitario según su nivel de bienestar psicológico, se confirma parcialmente. También se confirma parcialmente la hipótesis 15, acerca de si el bienestar psicológico del sanitario influye en Lo que percibe el paciente sobre la calidad y fluidez de la comunicación del profesional.

Son varios los estudios que relacionan el bienestar psicológico del sanitario con la calidad de la comunicación al paciente (Hernández-Torres, Fernández-Ortega, Irigoyen-Coria y Hernández-Hernández, 2006; Korsch, Gozzi y Francis, 1968; Levinson, Roter, Mullooly, Valiery y Frankel, 1997; Ronald *et al.*, 1993; Torío y García, 1997; Ruiz, Rodríguez, Perula y Prados, 2002).

Los resultados obtenidos **en los sanitarios** evidencian que existen diferencias significativas entre *la calidad y fluidez de la comunicación* según el nivel de *bienestar psicológico*, aunque estas relaciones no se cumplen en todos los casos. En relación con nuestros datos, el trabajo de Reig-Ferrer *et al.* (2009) destaca que un adecuado bienestar psicológico mejora

la comunicación entre el sanitario y el enfermo. En esta misma línea, Ronald *et al.* (1993) constata la existencia de una relación muy directa entre la comunicación óptima del médico y la satisfacción del paciente, además de la propia satisfacción del profesional.

Entre los datos recogidos, vemos que se relacionan todas las variables analizadas (*habilidades sociales, habilidades comunicativas, calidad de atención al paciente, empatía* y la *comunicación a nivel global*) con las de *bienestar psicológico* (*bienestar psicológico subjetivo* y *material*). Se evidencia que los sanitarios que se sienten felices y bien consigo mismos y que tienen una visión más optimista de la vida, son más eficaces en sus interacciones comunicativas con los pacientes. Este dato se confirma tanto en los varones como en las mujeres y en todas las variables relativas a la comunicación. Asimismo, se evidencia en ambos sexos que los profesionales que se sienten más optimistas, tienen una mayor conciencia de que su comunicación con los pacientes es eficaz; además, los que más afortunados se sienten, son los que más usan un lenguaje claro, sencillo y comprensible para hacerse entender por el paciente.

Cuando analizamos la relación entre la edad del sanitario y la *calidad y fluidez de la comunicación* y su *bienestar psicológico*, nuestros datos muestran la existencia de relaciones entre el bienestar psicológico de los profesionales comprendidas entre los 36 y los 45 años y los mayores de 45 años en todas las dimensiones de la comunicación analizadas. Observamos que los sanitarios de mayor edad son los que muestran un mayor bienestar psicológico (son más optimistas, más positivos, se sienten más capaces, etc.) y los que se perciben como más competentes en comunicación. En los sanitarios comprendidos entre los 25 y 35 años se han evidenciado correlaciones entre su bienestar psicológico (subjetivo y material) en todas las dimensiones comunicativas excepto en la variable *calidad de atención al paciente*. Este personal sanitario más joven y con una economía más holgada se muestra más competente y habilidoso en las interacciones comunicativas con los pacientes.

En estos tres niveles de edad analizados se ha evidenciado que, a menor bienestar psicológico, la percepción del sanitario sobre su calidad y fluidez de la comunicación con el paciente disminuye. De ahí que el personal sanitario que más infeliz se percibe, que cree tener peor suerte y que considera que tiene menos recursos, utilice menos estrategias comunicativas en su interacción con el paciente y se muestre menos competente, con indiferencia de la edad que tenga.

Los sanitarios con una mayor experiencia profesional son los que evidencian una mayor relación entre su bienestar psicológico y su calidad y fluidez de la comunicación. Así en los profesionales de entre 6 y 10 años de experiencia laboral, el *bienestar psicológico* se relaciona con todas las dimensiones analizadas de la comunicación, con excepción de la variable *calidad de atención al paciente*. Por lo que respecta a los sanitarios de 0 a 5 años de experiencia, se han encontrado correlaciones entre algunos factores: *bienestar psicológico subjetivo* y *habilidades sociales, habilidades comunicativas, empatía* y la *dimensión comunicación a nivel global*; y entre *bienestar material* y *habilidades comunicativas, empatía* y la *dimensión comunicación a nivel global*. Igualmente, los resultados obtenidos han evidenciado que, teniendo en cuenta los años de experiencia profesional del sanitario, se percibe más eficaz a la hora de proporcionar explicaciones al paciente en lo relativo a su dolencia. Mientras mayor es la percepción subjetiva de bienestar y felicidad del sanitario, mejor percibe su competencia comunicativa hacia el paciente y en mayor medida estima que le explica al enfermo todo lo que requiere su enfermedad y/o convalecencia.

Al establecer la relación entre la calidad y fluidez de la comunicación y bienestar psicológico del sanitario, según la categoría profesional a la que pertenece, los resultados revelan que en todas las categorías profesionales el *bienestar psicológico* y la *comunicación* se relacionan. Únicamente es en la variable relativa a la *calidad de atención al paciente* en la que no se evidencia correlación en *médicos* y *auxiliares*.

Por su parte, **los datos obtenidos para este análisis en los pacientes** evidencian algunas correlaciones entre el *bienestar psicológico* del sanitario y la percepción del paciente sobre la *calidad y fluidez de la comunicación*, atendiendo al sexo y a la edad del usuario.

Según el sexo, sólo se han encontrado relaciones entre las dimensiones *calidad de atención al paciente* y *bienestar psicológico subjetivo* en los varones. Estos resultados indican en los pacientes varones que, mientras mayor es la creencia de los sanitarios de que son útiles y necesarios para la gente, mayor es la percepción de los pacientes de que sólo son un número más que tienen que "despachar".

Al analizar los grupos de edad de los pacientes, debemos señalar que sólo en los usuarios *más jóvenes* (los menores de 25 años) se evidencia la relación entre el *bienestar psicológico* del sanitario y su *competencia comunicativa* en lo que respecta al paciente. Estos pacientes consideran que el personal sanitario que tiene un mayor *bienestar psicológico* es más *competente y habilidoso comunicativamente*.

En definitiva, podemos interpretar que los profesionales que mejor se sienten consigo mismos, que son más felices, que se sienten más dichosos y que perciben su situación económica más desahogada, son percibidos por los pacientes como los que más tiempo les dedican.

En lo que respecta a la hipótesis 10 y 11 relativas a la relación que se establece entre el *síndrome de "burnout"* y la *competencia comunicativa* atendiendo al sexo, a la edad, a los años de experiencia profesional y a la categoría profesional desde la perspectiva del sanitario, comprobamos que se confirman parcialmente estas hipótesis, aunque no se cumplen en todos los casos contrastados. También se confirman parcialmente las hipótesis desde la percepción de los usuarios (hipótesis 16 y 17), relativas a la relación entre el "*burnout*" del sanitario y la influencia que ejerce este síndrome en la percepción del paciente sobre la *calidad y fluidez de la comunicación*.

En líneas generales los resultados de nuestro estudio concluyen que **los sanitarios** perciben la existencia de relación entre la comunicación y el *cansancio emocional*, la *despersonalización* y la *realización personal* (sin la influencia de variables tales como el sexo, la edad, los años de experiencia profesional y la categoría profesional).

Al analizar la comunicación y el *cansancio emocional* y la *despersonalización,* y relacionarla con el *sexo* del sanitario, los resultados constatan que existen diferencias. Tanto mujeres como varones evidencian que, a mayor *cansancio emocional* y a mayor *despersonalización*, sus competencias comunicativas y, la *calidad de atención al paciente* son peores. También ambos sexos evidencian la existencia de unas relaciones muy claras entre la *realización personal* y sus aptitudes comunicativas. Varones y mujeres perciben que a mayor autoevaluación y estimulación positiva sobre sus capacidades laborales, más eficaz es su comunicación con los pacientes.

Contrastando la edad del sanitario con su percepción de la *calidad y fluidez de la comunicación* y el "*burnout*", observamos diferencias en los distintos grupos de edad. Los profesionales menores de 25 años no evidencian relaciones entre la *competencia comunicativa* y el *cansancio emocional* y la *despersonalización*, sin embargo, sí encuentran relaciones entre la *realización personal* y prácticamente todas las dimensiones comunicativas analizadas (excepto con relación a la *calidad de atención al paciente*). Estos profesionales evidencian que cuanto más

competentes y satisfechos se encuentran, mejores son sus relaciones comunicativas con los pacientes (empatizan más con ellos, les explican de un modo más fácil y comprensible todo lo relativo a su dolencia, mantienen un mayor contacto ocular con ellos y les prestan una mayor atención).

Los sanitarios de entre 25 y 35 años, los de entre 36 y 45 y los mayores de 45 perciben unas relaciones muy directas entre *cansancio emocional* y la *competencia comunicativa*; para estos profesionales, a mayor "quemazón" en el trabajo, peor es su capacidad de comprender al paciente, de prestarle atención o de aclararle las dudas que le surjan. En lo relativo a la relación entre *calidad y fluidez de la comunicación* y *despersonalización*, los sanitarios de entre 36 y 45 y los mayores de 45 consideran que existe una relación muy directa entre ambas dimensiones. Evidenciamos que a mayor edad, los sanitarios perciben que manifiestan mayores actitudes de impersonalidad, de frialdad e indiferencia, peor atienden a los usuarios y son quienes menos dejan hablar sin interrumpirles, menos animan y menos explican a los pacientes todo lo relativo a su dolencia. Estos tres niveles de edad evidencian que a mayor "*burnout*" o sentimiento de *"estar quemado"* del sanitario, peores son sus competencias y habilidades comunicativas con los pacientes.

Todos los rangos de edad consideran que la realización personal es un factor que guarda una relación muy directa con la competencia comunicativa. Se han evidenciado relaciones entre todas las edades y estas variables; únicamente en los menores de 25 años no se evidencia la relación entre la *realización personal* y la variable *calidad de atención al paciente*. Los sanitarios consideran que a mayor estimulación y satisfacción con su desempeño laboral, más facilitan a los pacientes que les puedan preguntar dudas.

Al correlacionar los años de experiencia profesional del sanitario con la *calidad y fluidez de la comunicación* y su *cansancio emocional* y *despersonalización*, concluimos que tanto los sanitarios entre los 6 y 10 años como los de más de 10 años de experiencia perciben una relación muy directa entre estas variables. No obstante, los sanitarios de menos años de experiencia únicamente contemplan relaciones entre la *calidad de atención al paciente* y la *despersonalización*. Los profesionales consideran que aspectos tales como la mayor sensación de fatiga y el esfuerzo diario por enfrentarse a la jornada laboral, intervienen negativamente en el clima y la calidad de la comunicación que establece con el paciente.

Igualmente, los sanitarios perciben una relación directa entre la *realización personal* y *la calidad y fluidez de la comunicación* con el paciente. Nuevamente en los profesionales menos

experimentados (0 a 5 años de experiencia profesional) es donde no se evidencia la relación entre la *realización personal* y la variable *calidad de atención al paciente*. Estos datos revelan que para los sanitarios, independientemente de sus años de experiencia profesional, a mayor sensación de estimulación personal después de trabajar en contacto con los pacientes, mejores y más variadas son las técnicas de comunicación que utiliza con ellos.

Teniendo en cuenta la categoría profesional del sanitario, los resultados han revelado la existencia de diferencias en las percepciones de los tres colectivos estudiados (*médicos*, *enfermeros* y *auxiliares*). Los enfermeros perciben de forma muy clara la existencia de relaciones entre las dimensiones *cansancio emocional* y *despersonalización* y la *competencia comunicativa*. Por su parte, los médicos perciben también esta relación, a excepción de la relación entre las *variables comunicativas* y la *despersonalización*. Por último, el colectivo de auxiliares únicamente percibe la existencia de relaciones entre *cansancio emocional* y *habilidades sociales*, *calidad de atención al paciente* y la variable *comunicación a nivel global*, y entre la *despersonalización* y la *calidad de atención al paciente*. Los datos obtenidos en las tres categorías sanitarias evidencian que a mayor agotamiento emocional y anímico por parte del sanitario, peor es su calidad y fluidez de la comunicación con el paciente.

En esta misma línea, diferentes estudios relacionan la presión asistencial con niveles elevados de *cansancio emocional* y repercusiones en la *calidad de la atención al paciente* (Matía *et al.*, 2012; Matía, Cordero, Mediavilla y Pereda, 2006; Molina, García, Alonso y Cermeño, 2003; Prieto, Robles, Salazar y Daniel, 2002).

Al igual que nuestros datos, Sánchez-Saldivar, Aguirre-Gas, Córdoba-Ávila, Campos-Castolo y Arboleya-Casanova (2009) en su estudio sobre la calidad de la comunicación enfermera-paciente, realizado en los centros de salud de Benito Juárez (México D. F.), también evidenciaron que un aspecto que influye directa y negativamente en la comunicación con los pacientes es la sobrecarga laboral.

En lo que a la *realización personal* respecta, apenas hemos encontrado diferencias entre los tres colectivos. Médicos, enfermeros y auxiliares consideran que existe una relación directa entre la *realización personal* y la *competencia comunicativa*. Únicamente los auxiliares no perciben vinculación entre la variable *calidad de atención al paciente* y *realización personal*. Estos tres colectivos sanitarios evidencian que los profesionales que se perciben más competentes en su labor profesional son más cercanos y comprensivos con los pacientes.

Por su parte, **los pacientes** no consideran que el síndrome de "burnout" que puede sufrir el sanitario sea un factor influyente en sus relaciones comunicativas e interpersonales. Es más, los usuarios no entienden que el hecho de que un profesional se encuentre "quemado" en su puesto de trabajo, repercuta en la calidad de la comunicación con los pacientes. Tampoco conciben que un sanitario "que desarrolla su labor con personas a diario", con los años se vuelva más insensible en el trato con los pacientes y disminuya su nivel de empatía y la calidad de su comunicación.

Atendiendo al sexo de los pacientes, son las mujeres las que consideran que existe relación entre las distintas *variables comunicativas* y el *cansancio emocional del sanitario* y entre la variable *calidad de atención al paciente* y *despersonalización del sanitario*. Las usuarias perciben que a mayor fatiga y mayor agotamiento emocional del personal sanitario, menos les miran a los ojos durante la interacción, menos eficaz es la comunicación entre ambos, menos tiempo les dedican y menos cercanos y comprensivos son con los pacientes. Por su parte, los varones perciben correlaciones entre las *habilidades sociales* y la *realización personal del sanitario.* Los usuarios evidencian que los profesionales que más fracasados se sienten, son menos comprensivos y escuchan y animan menos a los pacientes.

Los pacientes de las diferentes edades perciben escasas relaciones entre la incidencia del *síndrome de "burnout"* en el sanitario y la *competencia comunicativa*. Únicamente se han constatado relaciones entre *habilidades comunicativas* y *cansancio emocional* en los pacientes de entre 36 y 45 años de edad; entre *empatía* y *cansancio emocional* y también entre *calidad de atención al paciente* y *despersonalización* en los mayores de 45 años; entre *habilidades sociales* y *despersonalización* en los menores de 25 años. En la variable *realización personal* se ha hallado la correlación con la variable *empatía* en los pacientes de entre 36 y 45 años y en los mayores de 45 años. Los pacientes de entre 36 y 45 años evidencian que los sanitarios más agotados emocionalmente, tienen peores competencias comunicativas con los pacientes. Además, al grupo de edad de los pacientes de entre 36 y 45 años y el de los mayores de 45 años aprecian que a menor sentimiento de logro por parte del sanitario, menos se ponen en el lugar del paciente y menos se preocupan por el estado emocional del paciente cuando le tienen que informar en relación a su dolencia.

Desde el punto de vista del paciente, todo parece indicar que a mayor "burnout" en el sanitario, menor cercanía y comprensividad. Además, los resultados obtenidos demuestran que la percepción que tiene el paciente sobre la *calidad de la comunicación* del sanitario poco tiene que ver con la visión del sanitario sobre su *realización personal.*

Recordemos que los sanitarios perciben la existencia de unas relaciones muy claras y muy directas entre la realización personal y la competencia comunicativa, estableciendo que a mayor *realización personal*, mayor es la calidad de la *comunicación* con el paciente. Sin embargo, los usuarios apenas evidencian que la realización personal del sanitario afecte a su competencia comunicativa, o lo que es lo mismo, que los profesionales que más orgullosos se sientan de sus logros, sean más cercanos, les dediquen más tiempo, les escuchen con mayor atención y que mantengan un mayor contacto ocular con los pacientes.

A modo de conclusión, consideramos que la principal aportación de este estudio se centra en la **incoherencia entre la perspectiva del paciente y la del sanitario.** El profesional de la salud percibe una óptima comunicación con los pacientes, pero esta visión nada tiene que ver con la de los pacientes. Aunque para los sanitarios las interacciones comunicativas diarias con los enfermos son inmejorables, el resultado de nuestra investigación junto al de numerosos estudios avala que esa realidad no es así (como ha quedado reflejado en el descontento generalizado manifestado por los pacientes). Igualmente, ha quedado patente otra problemática añadida: cómo la salud emocional repercute en la labor profesional de los sanitarios y altera la calidad de la atención y comunicación entre los pacientes y los profesionales.

En definitiva, podemos concluir diciendo que la investigación nos ha permitido constatar la complejidad de la relación comunicativa entre los sanitarios y los pacientes en nuestra Comunidad Autónoma situación que se debería de abordar desde las Administraciones con una mayor profundidad de cara a mejorar la calidad asistencial de los pacientes.

La comunicación puede resultar una buena terapia preventiva en los profesionales de la salud. En esta línea, Cebrià, Palma, Segura, Gracia y Pérez (2006) analizaron los efectos del entrenamiento en habilidades comunicativas sobre el "burnout" en médicos de familia. Su trabajo evidencia que los médicos entrenados en habilidades comunicativas presentan una disminución en el nivel de cansancio emocional y despersonalización. De ahí la relevancia del mencionado entrenamiento como medida para la prevención de la aparición del *síndrome*.

Es importante destacar que el fomento de una comunicación emotiva y participativa, potencia la autorregulación afectiva del paciente e interviene en la re-conceptualización de la calidad de vida del paciente y del resto de personas implicadas (Cunill y Serdà, 2011).

Para Travaline, Ruchinskas y D´Alonzo (2005) en la medicina, un aspecto básico es la comunicación verbal y no verbal que se establece con el paciente. Para nosotros, el fruto de una apropiada comunicación con el paciente será la mejora de la calidad de vida de la sociedad del mañana.

Limitaciones y aportaciones.

LIMITACIONES Y APORTACIONES.

No queremos finalizar la investigación sin comentar algunas de las limitaciones y aportaciones del trabajo.

En primer lugar, debemos señalar que la principal dificultad que hemos tenido en el estudio ha sido la extensión de nuestra Comunidad Autónoma. Esta circunstancia ha sido determinante para tomar decisiones metodológicas que favoreciesen en la mayor medida de lo posible nuestra investigación, como ha sido la delegación de la administración de pruebas en presidentes y otros miembros de las asociaciones de pacientes, en subdirectores médicos y de enfermería o en pacientes de confianza; además, esta distancia también nos ha limitado en el tiempo, ya que la lejanía entre los distintos puntos de la geografía extremeña a evaluar dificultaba agrupar varios viajes en una sola jornada.

En líneas generales, los sanitarios han recibido de buen agrado nuestro estudio; sin embargo, en ciertas circunstancias algunos *delegados* (sobre los que nos hemos referido en líneas superiores), pese a que nos han argumentado en mayor o menor medida su interés en colaborar en la investigación, no nos han devuelto las pruebas completadas, perjudicando y alargando el estudio debido a la espera por la consecución de las mismas.

Otra limitación importante fue el cambio político en la administración regional que cogió el estudio a mitad de su desarrollo. Esto ha ralentizado el proceso. Hubo que presentar a los nuevos responsables los objetivos del estudio, pedir nuevamente los permisos correspondientes, etc. En muchas zonas de salud hemos debido esperar a que se nombrasen a los coordinadores para, a su vez, presentarles el proyecto y solicitar su colaboración. La tarea no ha sido fácil ni grata, pues con estos cambios el colectivo sanitario estaba más preocupado de su `realidad´ y los cambios que estaba experimentando que de un proyecto. Algunas zonas o áreas sanitarias se reagruparon.

Otra de las dificultades ha sido que, en algunas ocasiones, se han perdido cuestionarios debido a que se enviaban por correo postal. También la distancia y las comunicaciones nos ha dificultado el estudio, pues a veces no nos cogían el teléfono porque comunicaba, dejábamos notas a la espera de devoluciones de llamadas, etc. lo que conjuntamente a la ampliación de los plazos de devolución de cuestionarios rellenos nos hacía demorar el estudio.

Una autocrítica a nuestro estudio es que la muestra de pacientes es muy limitada y no representa la totalidad de los pacientes extremeños; en caso de réplica del estudio se debería ampliar el tamaño muestral de los usuarios. Además, la inmensa mayoría de los pacientes son naturales de la provincia de Badajoz, hecho que también sesga nuestra investigación. A pesar de esto, estimamos conveniente recordar que, la presencia de los pacientes en nuestro estudio, únicamente estaba motivada por el deseo de `cuestionar´ y controlar las percepciones de los sanitarios

También somos conscientes de que uno de los aspectos a mejorar ante posibles réplicas de nuestro estudio es la validación de los cuestionarios de comunicación elaborados para pacientes y para sanitarios. Puesto que creemos que ambos instrumentos han limitado nuestro estudio al no ser tan fiables como las otras dos pruebas utilizadas (MBI y EBP).

Debido a la peculiaridad de nuestro estudio, nos ha resultado bastante difícil localizar investigaciones similares a la nuestra con la que contrastar nuestros resultados y con las que establecer un marco de discusión fundamentado.

Como aportación, consideramos que con nuestro estudio **hemos contribuido a un mayor conocimiento sobre la calidad de la comunicación entre el paciente y el sanitario en Extremadura,** puesto que es el primer estudio científico que se realiza al respecto en la Comunidad Autónoma.

Por otra parte, debemos señalar que otros estudios tratan la comunicación en la relación paciente-sanitario de forma global, sin tener en cuenta los distintos aspectos que están implícitos en el proceso comunicativo. Nosotros, sin embargo, hemos tratado en la medida de lo posible de analizar varias de las dimensiones que definen la competencia comunicativa.

Como fortaleza consideramos oportuno destacar que la Administración competente en materia de sanidad de la Comunidad Autónoma de Extremadura (Gerencia General del SES) nos ha permitido trabajar con una muestra representativa del total de los sanitarios, y con datos reales de los recursos personales disponibles.

Tal y como hemos comentado, la comunicación se encuentra relacionada con el desarrollo cognitivo, social y personal de las personas. De ahí que a la hora de su estudio, hayamos tenido en cuenta los factores relacionados con la salud emocional del sanitario.

Son precisos estudios longitudinales que permitan conocer la evolución de las habilidades comunicativas desde la formación de base universitaria hasta que el personal sanitario se ubica laboralmente en las instituciones.

Confiamos que la presente investigación pueda servir para alentar el estudio en mayor profundidad sobre la calidad de dicha relación asistencial en nuestra Comunidad Autónoma, puesto que por todos es bien sabido que la salud es un valor básico e irremplazable para la vida humana, y que, por lo tanto, los profesionales encargados de velar por la salud de las personas deben trabajar por garantizar y prestar la máxima calidad de estos servicios al usuario. Asimismo, esperamos que sirva para que los profesionales sanitarios se conciencien de ésta problemática y se tomen medidas de mejora al respecto.

Afortunadamente, podemos observar que van aumentando los estudios en la línea de los citados en nuestra investigación, en concreto, los referidos a concienciar de que la comunicación es una de las principales barreras que existen entre el personal sanitario y el paciente.

Sin embargo, la realidad es que aún queda mucho por hacer para conseguir la excelencia en la calidad de la atención asistencial. Estamos en condiciones de afirmar que, para evitar una inapropiada calidad asistencial y llegar a la excelencia que merecen los ciudadanos, se deben de llevar a cabo medidas que permitan la detección precoz del estrés y del "burnout", así como medios que permitan incrementar el bienestar psicológico del personal sanitario. Estas estrategias se deberían de llevar a cabo obligatoriamente en todos los ámbitos sanitarios (atención primaria y especializada) desde las gerencias y administraciones, para diagnosticar y tomar medidas ante estos casos en el menor tiempo posible; de este modo las repercusiones serían mínimas y no perjudicarían a la calidad de la atención al paciente. Con todo esto consideramos que se evitaría que la atención sanitaria no disminuyese su nivel de compromiso y de garantías con el resto de la sociedad.

En la actualidad la entrevista clínica es un diálogo entre el médico y el paciente. Esta modalidad es la forma más adecuada de acertar con el diagnóstico y de intervenir. Sin un intercambio comunicativo eficaz, el tratamiento tiene una mayor predisposición al fracaso (Duffy, 1998).

Tal y como señalan Fones, Heock y Lee (1998) las habilidades humanísticas y comunicativas del médico, son muy valoradas por los pacientes. Un paciente aprecia el clima: cálido, cercano, empático, de confianza, confidencial, humano, personal, transparente, familiar, entendible, de apoyo… con el personal sanitario; pues necesita sentir

que se está dirigiendo a alguien a quien realmente le preocupa e importa lo que le ocurre y que le va a ayudar a mejorar su situación y/o a salir adelante. Mejorar las habilidades de comunicación por parte de los sanitarios, implica incrementar la satisfacción de trabajadores y enfermos y fomentar una mayor calidad de la salud.

Pues todas las personas somos pacientes y usuarias de los servicios sanitarios, y como tal, todas nos merecemos las mayores garantías posibles y disponibles cuando de nuestra salud se trata.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Abades, M. (2013). Percepciones de las enfermeras en centros geriátricos de Barcelona: un análisis desde la teoría fundamentada. *Enfermería Clínica, 23*(January), doi: 10.1016/j.enfcli.2012.11.005

Acosta, J.M. (2011). *Dirigir. Liderar, motivar, comunicar, delegar, dirigir reuniones… [Cuarta edición]*. Pozuelo de Alarcón – Madrid: ESIC Editorial.

AESST (Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo). (2002). El cambiante mundo del trabajo. Tendencias y repercusiones en materia de salud y seguridad en el trabajo en la Unión Europea. *Forum, 5*, 1-12.

Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M.E. y Domínguez, V. (2004). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública, 78*(4), 505-516.

Alborés, P. (2005). *Comunicaciones interpersonales. Cómo obtener óptimos resultados profesionales gracias a una comunicación eficaz*. Vigo: Ideas propias Editorial.

Alves, R., Fraxe, S.M., Soares, M.M. y Pinto, M.A. (2002, mayo). *A comunicação durante a visita ao leito como fator de qualidade da assistência de enfermagem.* Anais do 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem. Ribeirão Preto (SP) del 2 al 3 de mayo, EERP/USP. Brasil.

Amutio, A., Ayestaran, S. y Smith, J.C. (2008). Evaluación del burnout y bienestar psicológico en los profesionales sanitarios del País Vasco. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, *24* (2), doi: 10.4321/S1576-59622008000200006

Antúnez, A.M. (2008, junio). La comunicación interpersonal. *Revista digital Innovación y experiencias educativas, 7*. Recuperado el 2 de diciembre de 2012, de http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_7/ANTONIA_ANTUNEZ_2.pdf

Anuarbe, M. (2012). *Las emociones en la relación de ayuda.* Trabajo académico, Universidad de Cantabria, España.

Arnold, M.B. (1960). *Emotion and personality.* New York, NY, US: Columbia University Press.

Arroyo-Valerio, A.G., Cortés-Poza, D., Aguirre, R., Fuentes, R., Ramírez, O.F. y Hamui, A. (2013). Las relaciones interpersonales: percepción de la comunicación, trato y experiencias adversas en los usuarios de las unidades médicas pertenecientes a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE). *Gaceta Médica de México, 149*, 134-142.

Ashill, N.J., Krisjanous, J. y Carruthers, J. (2004). Antecedents and outcomes of service recovery perfomance in private healthcarean empirical investigation. *Revista Internacional de Marketing Público y No Lucrativo = International Review on Public and Non Profit Marketing, 1*(2), 57-74.

Atance, J.C. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública, 71*(3), 293-303.

Báez, C.J. (2000). *La comunicación efectiva.* Santo Domingo, R.D.: Editora BÚHO.

Baile, W.F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beaqle, E. y Kudelka, A. (2000). SPIKES. A six step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist, 5*, 302-311.

Ballesteros, B. P. y Caycedo, C. (2003). *El bienestar psicológico en el marco del análisis del comportamiento.* Documento de trabajo para el proyecto construcción del bienestar psicológico bajo las condiciones de conflicto actual. Facultad de Psicología, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

Ballesteros, B.P., Medina, A. y Caycedo, C. (2006). El bienestar psicológico definido por asistentes a un servicio de consulta psicológica en Bogotá, Colombia. *Universitas Psychologica Bogotá (Colombia), 5*(2), 239-258.

Barrena, S. y Nubiola, J. (2007).Charles Sanders Peirce. En F. Fernández y J. A. Mercado (Eds.), *Philosophica: Enciclopedia filosófica on line.* Recuperado el 3 de abril de 2013, de http://www.philosophica.info/archivo/2007/voces/peirce/Peirce.html

Bellido, M.V., Carretero, A. y Espíldora, M.J. (2009). La comunicación con pacientes pediátricos en la unidad de cuidados intensivos. *Cultura de los Cuidados, 25*, 21-28.

Benbunan-Bentata, B., Cruz-Quintana, F., Roa-Venegas, J.M., Villaverde-Gutiérrez, C. y Benbunan-Bentata, B.R. (2007). Afrontamiento del dolor y la muerte en estudiantes de enfermería: una propuesta de intervención. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 7*(1), 197-205.

Benito, E., Arranz, P. y Cancio, H. (2011). Herramientas para el autocuidado del profesional que atiende a personas que sufren. *FMC: Formación Médica Continuada en Atención Primaria, 18*(2), 59-65.

Bermúdez, R., Martínez, G., Ríus, F. y Esteve, J.M. (2004). Relaciones entre el uso de la voz y el *burnout* en los docentes de Educación Infantil y Primaria de Málaga. *Revista Española de Pedagogía, 227*(enero-abril), 85-102.

Bernaldo de Quirós, M. y Labrador, F.J. (2007). Evaluación del estrés laboral y burnout en los servicios de urgencia extrahospitalaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 7*(2), 323-335.

Betancur, A., Guzmán, C., Lema, C., Pérez, C., Pizarro, M.C., Salazar, S., Uribe, L. y Vásquez, T. (2012). Síndrome de Burnout en trabajadores del sector salud. *Revista CES Salud Pública, 3*(2), 184-192.

Bisquerra, R. (2000). *Educación emocional y bienestar.* Barcelona: Praxis.

Blanc, L.M., Boada, M., Garrosa, E. y Moreno, B. (2010). Emociones positivas y bienestar laboral. *Revista Gestión Práctica de Riesgos Laborales,* 74. Recuperado el 26 de enero de 2013, de http://riesgoslaborales.wke.es/articulos/emociones-positivas-y-bienestar-laboral

Blázquez-Manzano, A., Feu, S., Ruiz-Muñoz, E. y Gutiérrez-Caballero, J.M. (2012). Importancia de la comunicación interpersonal en relación médico-paciente en atención primaria. *Revista Española de Comunicación en Salud, 3*(1), 51-65.

Bosqued, M. (2008). *Quemados: El síndrome del burnout, qué es y cómo superarlo.* Barcelona: Paidós.

Breva, A. y Pena, J. (1997). Emoción y salud. En E. García, M. Chóliz, F. Palmero y F. Martínez, *Cuaderno de prácticas de motivación y emoción* (pp. 231-251). Madrid: Ediciones Pirámide.

Burijovich, J. y Pautassi, L.C. (2005). *Calidad del empleo y calidad de la atención en la salud en Córdoba, Argentina. Aportes para políticas laborales más equitativas.* Santiago de Chile: Naciones Unidas-CEPAL.

Buunk, B. P. y Schaufeli, W. B. (1993). Burnout: A per- spective from social comparison theory. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 53- 69). London: Taylor & Francis.

Caballero, M.A., Bermejo, F., Nieto, R. y Caballero, F. (2001). Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Atención Primaria, 27*(5), 313- 317.

Cabrales, R.A. (2010). Competencia: Variaciones y fuga: Hacia la noción de ser competente. *Revista Médica de Risaralda, 16*(1), 53-61.

Cáceres, G.G. (2006). *Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal sanitario militar.* Tesis de Doctorado para la obtención del título de Doctor. Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.

Cannon, W. B. (1927). The James-Lange theory of emotions: a critical examination and an alternative theory. *American Journal of Pshychology, 39*, 106-124.

Cannon W. B. (1932). The Wisdom of the Body. New York: W. W. Norton.

Cano, F.J., Rodríguez, L. y Antuña, M.A. (2005). Perfiles de estrés y afrontamiento en dolor crónico. *Iberpsicología: Revista Electrónica de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, *10*(2).

Carvalho, A., Tigre, I.M. y Costa, I. (2008). Comunicaçao terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn, 61*(3), 312-318.

Casado, S. (2012). El papel del blog en la relación médico-paciente. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria, 19*(6), 318-320.

Casares, B., Lomba, A., Vidal, N., Guerra, M., García, H., Pérez, M. González, J. y Baliño, A. (2007). Problemas de comunicación percibidos por las enfermeras. *Metas de Enfermería, 10*(5), 26-30.

Casuso, L. (2009). *Estrès, un producto del s.XX. Breve recorrido por la historia del diagnóstico y tratamiento del estrés.* Recuperado el 7 de enero de 2013, de http://www.acapsi.com/estres_historia_del_diagnostico_y_tratamiento.html

Cebriá, J. (2003). Distrés crónico y desgaste profesional: algunas hipótesis etiológicas y nosotáxicas. *Atención Primaria, 31*(9), 572-574.

Cebriá, J., Palma, C, Segura, J., Gracia, R y Pérez, J. (2006). El entrenamiento en habilidades de comunicación podría ser un factor preventivo del síndrome de *burnout* en médicos de familia. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 33*(1), 34-40.

Chávez, A. (2006). *Bienestar psicológico y su influencia en el rendimiento académico de estudiantes de nivel medio superior.* Tesis de Doctorado para la obtención del título de Doctor. Facultad de Psicología, Universidad de Colima, Colima, México.

Cherniss, C. (1993). The role of professinal self-efficacy in the etiology of burnout. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 135-149). London: Taylor & Francis.

Chicharro, J., Pérez, A.M. y Sanjuán, P. (2012). Respuesta emocional en adictos a sustancias en tratamiento ambulatorio. *Adicciones: Revista de Socidrogalcohol, 24*(1), 59-68.

Clèries, X. (2009). Importancia de la comunicación en el ámbito de la salud. En X. Clèries, *El paciente tiene la palabra* (pp. 7-22). Barcelona: Viguera Editores.

Cohen, S., Kessler, C. y Gordon, L. (1997). *Measuring Stress: A guide for health and social scientists.* New York: Oxford University Press.

Coronel, C.P. (2011). *Bienestar Psicológico. Consideraciones teóricas.* Recuperado el 8 de enero de 2012, de http://www.psicologia.unt.edu.ar/index.php?option=com_docmanytask=cat_viewygid=13yItemid=253ylimitstart=20

Costa, C. (2011). *La comunicación en el hospital. La gestión de la comunicación en el ámbito sanitario.* Zamora: Comunicación Social ediciones y publicaciones.

Cox, T., Kuk, G. y Leiter, M. (1993). Burnout, health, work stress, and organizational healthiness. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 177- 193). London: Taylor & Francis.

Cruzado, J.A. (2012). Screning del malestar emocional en pacientes de cáncer y sus familiares. *Psicooncología, 9*(2-3), 231-232.

Cunill, M. y Serdà, B.C. (2011). Características de la comunicación con enfermos de cáncer en el contexto sanitario y familiar. *Psicooncología, 8*(1), 65-79, doi: 10.5209/rev_PSIC.2011.v8.n1.6

De Haro, L. (2012). Papel de las tecnologías de la información y la comunicación entre profesionales sanitarios y pacientes. *FMC: Formación Médica Continuada en Atención Primaria, 19*(2), 55-57.

De la Fuente, A. y Fernández, M.J. (2010). Servicio de urgencias de Atención Primaria: síndrome de desgaste profesional, un riesgo laboral. *Revista de la Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo*, *5*(3) 129-142.

De Pablo, C. (2007a). El síndrome de "burnout" y los profesionales sanitarios. *Nursing, 25*(8), 60.

De Pablo, C. (2007b). El síndrome de Burnout y los profesionales sanitarios. *PW Magazine: Prevention World Magazine: Prevención de Riesgos, Seguridad y Salud Laboral, 18*, 32-38.

De Rivera, J. (1992). Emotional climate: Social structure and emotional dynamics. *International Review of Studies on Emotion, 2*, 197-218.

Díaz, D. y Blanco, A. (2005). La relación del bienestar subjetivo, bienestar psicológico y bienestar social (coherencia social) con la salud. En J. Romay, R.A. García y J.E. Real (comp.), *Psicología social y problemas sociales* (*Vol. 4, Psicología de las organizaciones, del trabajo y recursos humanos y de la salud*) (pp. 561-566). Madrid: Biblioteca Nueva.

Díaz-Sáez, J., Catalán-Matamoros, D.J., Fernández-Martínez, M.M. y Granados-Gámez, G. (2011). La comunicación y la satisfacción de las primíparas en un servicio público de salud. *Gaceta Sanitaria: Órgano oficial de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, 25*(6), 483-489.

Diener, E. y Suh, E. (2000). (Eds.). *Culture and Subjective Well-being.* Cambridge: Massachusetts Institute of Technology.

Díez, S. (2006). *Técnicas de comunicación. La comunicación en la empresa.* Vigo: Ideaspropias Editorial.

Domínguez, J.M., Herrera, F., Villaverde, C., Padilla, I., Martínez, M.L. y Domínguez, J. (2012). Síndrome de desgaste profesional en trabajadores de atención a la salud en el área sanitaria de Ceuta. *Atención Primaria: Publicación Oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria, 44*(1), 30-35.

Duarte, G. y Aguirre, A. (2003). Enfermera amable, paciente satisfecho. Validación de una nueva escala de la satisfacción de los usuarios. *Enfermería Clínica, 13*(1), 7-15.

Dubois, G. (1991). *Lenguaje y comunicación.* Barcelona: Masson.

Duffy, F.D. (1998). Dialogue. The core clinical skill [Editorial]. *Annals of Internal Medicine, 128*(2), 139-141.

Durán, M.M. (2010). Bienestar psicológico: el estrés y la calidad de vida en el contexto laboral. *Revista Nacional de Administración*, *1*(1), 71-84.

Echevarría, C., García, I., Palomo, J.M., Pérez, J.C., Sánchez, C. y Cayuela, A. (2004). La importancia de la comunicación entre el equipo profesional, el paciente y los cuidadores/familiares. *Rehabilitación*, *38*(6), 296-305.

Eco, H. (1968). *La struttura assente.* Milán: Bompiani.

Edelwich, J. y Brodsky, A. (1980). *Burnout: stages of disillusioment in helping proffesions.* Nueva York: Human Services Press.

Ekman, P., Friesen, W. V., y Ellsworth, P. (1972). *Emotion in the human face: guide-lines for research and an integration of findings.* New York: Pergamon Press.

Encinas, C.A., Reyes, J.M., Gómez, K.A. y Dos Santos, L. (2007). El síndrome de burnout en personal médico y de enfermería del hospital de la localidad de San Luis del Palmar, Corrientes, Argentina. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina, 174*(Octubre), 5-11.

Escribà-Agüir, V. y Burguete-Ramos, D. (2005). ¿Cómo perciben las enfermeras de transplantes las causas del estrés laboral?. *Index de Enfermería: Información Bibliográfica, Investigación y Humanidades, 14*(50), 15-19.

Escribà-Agüir, V., Mas, R., Cárdenas, M., Burguete, M. y Fernández, R. (2000). Estresores laborales y bienestar psicológico. Impacto en la enfermería hospitalaria. *Revista ROL de Enfermería, 23*(7-8), 506-511.

Escribano, I. (2009). La confidencialidad en el ámbito sanitario. *Datospersonales.org: La revista de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid*, *41*. Recuperado el 28 de noviembre de 2012, de http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Revista_FPycid=1142563269547yesArticulo=trueyidRevistaElegida=1142562709442ylanguage=esypag=1ypagename=RevistaDatosPersonales%2FPage%2Fhome_RDPysiteName=RevistaDatosPersonales

Esser, J., Vásquez, N., Couto, M.D. y Rojas, M. (2007). Trabajo, ergonomía y calidad de vida: Una aproximación conceptual e integradora. *Salud de los Trabajadores, 15*(1), 51-58.

FEMCVT (Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo). (2001). *Tercera encuesta europea sobre las condiciones de trabajo*. Dublín: Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y del Trabajo.

Fernández, A. y de León, M. (2008). Habilidades terapéuticas en terapia de lenguaje. Relación terapeuta-paciente. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología, 28*(1), doi: 10.1016/S0214-4603(08)70044-5.

Fernández, J. y Edo, S. (1994). ¿Cómo influye el control percibido en el impacto que tienen las emociones sobre la salud?. *Anales de psicología, 10*(2)[Ejemplar dedicado a: Emoción y salud: desarrollos en psicología básica y aplicada], 127-133.

Fernández, R. (2010). *La productividad y el riesgo psicosocial o derivado de la organización del trabajo.* Alicante: Editorial Club Universitario.

Fernández-Abascal, E.G. y Jiménez, M.P. (2010). Psicología de la Emoción. En E. G. Fernández-Abascal, B. García, M.P. Jiménez, M.D. Martín y F.J. Domínguez, *Psicología de la Emoción* (pp. 17-74). Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces-UNED.

Fernández-Alcántara, M., García-Caro, M.P., Pérez-Marfil, M.N. y Cruz-Quintana, F. (2013). Experiencias y obstáculos de los psicólogos en el acompañamiento de los procesos de fin de vida. *Anales de Psicología, 29*(1), 1-8.

Fernández-López, J.A., Fernández-Fidalgo, M., Martín-Payo, R. y Rödel, A. (2007). Estrés laboral y calidad de vida en sanitarios de atención primaria: una prueba de la validez del cuestionario PECVEC. *Atención Primaria: Publicación Oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria*, *39*(8), 425-431.

Ferrer, R. (2002). Burn out o síndrome de desgaste profesional. *Medicina Clínica (Barcelona), 119*(13), 495-496.

Fones, C., Heock, K., Lee, G. (1998). What makes a good doctor: Defining the ideal end-product of medical education". *Academic Medicine, 73*(5).

Forchuk, C. y Reynolds, M. (2001). Client's reflections on relationships with nurses: comparisons from Canada and Scotland. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 8*(1), 45-51.

Fournier, C. (2005). *Comunicación verbal.* México: Thomson.

Freudenberger, H. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues, 30*(1), 159-166.

Fridja, N.H. (1986). The place of appraisal in emotion. *Cognition and Emotion, 7,* 357-388.

Funes, E. y Barranco, A. (2007). Estudio psicosocial del estrés laboral y el síndrome de Burnout en los trabajadores de los centros municipales de servicios sociales, dependientes del Patronato Municipal de Asuntos Sociales, Excmo. de Jaén. *Documentos de Trabajo Social: Revista de Trabajo y Acción Social, 40-42,* 77-113.

García, B. (2013, 30 de Marzo). Mi médico salvó mi vida. *Mujer Hoy.com.* Recuperado el 30 de marzo de 2013, de http://www.mujerhoy.com/Hoy/medico-salvo-vida-720212032013.html

García, E. y Martín, M.D. (1994). Ira y hostilidad en los trastornos coronarios. *Anales de psicología, 10*(2), 177-188.

García, J. (2002). Comunicación pediátrica: relación médico-paciente. *Revista Mexicana de Puericultura y Pediatría, 9*(53), 152-156.

García, M., Llor, B., León, A., y Ruiz, J.A. (2006). Bienestar psicológico y mobbing en una muestra de profesionales de los sectores educativo y sanitario. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, *22*(3), 381-396.

García, M.P., Cruz, F., Schmidt, J., Prados, D., Muñoz, A. y Pappous, A. (2008). Enfermedad terminal: muerte... en palabras de los profesionales (y II): un estudio cualitativo de entrevistas en profundidad a profesionales de la salud. *Revista ROL de Enfermería, 31*(5), 54-58.

García-Carmona, R.M. y Robles-Ortega, H. (2011). Personalidad resistente y sentido de coherencia como predictores del Burnout en personal sanitario de cuidados intensivos. *Ansiedad y Estrés, 17*(2-3), 99-112.

Garrido, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional: Implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología, 38*(3), 493-507.

Garrosa, E. y Carmona, I. (2011). Salud laboral y bienestar. Incorporación de modelos positivos a la comprensión y prevención de los riesgos psicosociales del trabajo. *Medicina y Seguridad del Trabajo, 57*(supl.1), 224-238, doi: 10.4321/S0465-546X2011000500014

Gascón, S., Martínez, M.B., López, M.A., Diana, I., López-Torres, J., Castellano, M. (2008). Respuestas desadaptativas al estrés derivadas de agresiones a profesionales sanitarios. *Revista de la Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo, 3*(3), 103-105.

Gavilán, E., Ruiz, R., Perula, L.A. y Parras, J.M. (2010). Valoración de la relación clínica centrada en el paciente: análisis de las propiedades psicométricas de la escala CICAA. *Atención Primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria, 42*(3), 162-168.

Gijswijt-Hofstra, M. (2001). Introduction: Cultures of Neurasthenia from Beard to the First World War. En M. Gijswijt-Hofstra y R. Porter, *Cultures of Neurasthenia from Beard to the First World War.* (pp. 1-30). Amsterdam-New York: Rodopi.

Gil-Monte, P.R. (2006, octubre). *La evaluación y diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout).* Taller impartido en el Primer Foro de las Américas en Investigación sobre Factores Psicosociales, Estrés y Salud Mental en el Trabajo, Cuernavaca (Morelos), México.

Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. M. (1996). Un estudio sobre antecedentes significativos del "síndrome de quemarse por el trabajo" ("burnout") en trabajadores de centros ocupacionales para discapacitados psíquicos. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, 12*(1), 67-80.

Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. M. (1997a). A longitudinal study on burnout syndrome in nursing professionals. *Quaderni di Psicologia del Lavoro, 5(Feelings work in Europe),* 407-414.

Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. M. (1997b). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse.* Madrid: Síntesis.

Gil-Monte, P. R. y Peiró, J.M. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología, 15*(2), 261-268.

Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M. y Valcárcel, P. (1993). Estrés de rol y autoconfianza como variables antecedentes en el síndrome de burnout en profesionales de Enfermería. En L. Munduate y M. Barón (Comp.), *Gestión de Recursos Humanos y Calidad de Vida Laboral* (pp. 231- 241). Madrid: Eudema.

Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M. y Valcárcel, P. (1996). Influencia de las variables de carácter sociodemográfico sobre el síndrome de burnout: un estudio en una muestra de profesionales de enfermería. *Revista de Psicología Social Aplicada, 6*(2), 43-63.

Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M. y Valcárcel, P. (1998). A model of burnout process development: An alternative from appraisal models of stress. *Comportamento Organizacional e Gestao, 2*(2), 211-220.

Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M., Valcárcel, P. y Grau, R. (1996). La incidencia del síndrome de burnout sobre la salud: Un estudio correlacional en profesionales de enfermería. *Psiquis, 17*(4), 37-42.

Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M., Valcárcel, P. y Martí, C. (1992, julio). La experiencia de burnout en enfermería: un análisis de antecedentes y consecuencias relevantes. *Congreso Iberoamericano de Psicología*. Madrid del 6 al 10 de Julio. España.

Gil-Monte, P. R., Valcárcel, P. y Zornoza, A. (1995). Role stress: Burnout antecedent in nursing professionals. En J.M. Peiró, F. Prieto, J. L. Meliá, y O. Luque (Eds.), *Work and Organizational Psychology: European contributions of the nineties* (pp. 77-87). Hove: Erlbaum (UK) Taylor & Francis.

Girón, M., Beviá, B., Medina, E. y Talero M.S. (2002). Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en Atención Primaria de Alicante: un estudio con grupos focales. *Revista Española de Salud Pública, 76*, 561-575.

Gismero, E. (2000). *EHS. Escala de Habilidades Sociales*. Madrid: TEA.

Golembiewski, R. T., Munzenrider, R. y Carter, D. (1983). Phases of progressive burnout and their work site co- variants: Critical issues in OD research and praxis. *Journal of Applied Behavioral Science, 19*(4), 461-481.

Gómez-Mascaraque, F.J. y Corral, E. (2009).*Técnico en emergencias sanitarias 7. Apoyo psicológico en situaciones de emergencia.* Madrid: Arán Ediciones, S.L.

Gónzalez, Ramón. (2003). Síndrome de burn-out: una oportunidad para aprender y reflexionar. *Semergen, 29*(1), 2-3.

González, Raquel. (2012). Más allá de las manos. *Archivos de la Memoria,* 9(2), 15.

González, T. y Medina, P. (2011). Blogs para pacientes como nueva fuente de información de salud. *El Profesional de la Información, 20*(6), 652-658.

González, Y. (2007). La enfermera experta y las relaciones interpersonales. *Aquichan, 7*(2), 130-138.

Grau, A. (2007). Cómo prevenir el burnout: Diferentes definiciones e interpretaciones. *Gestión Práctica de Riesgos Laborales: Integración y Desarrollo de la Gestión de la Prevención, 43*, 18-27.

Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Font-Mayolas, S., Prats, M. y Braga, F. (2008). El burnout percibido o sensación de estar quemado en profesionales sanitarios: prevalencia y factores asociados. *Informació Psicològica, 91-92*, 64-79.

Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M. y Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Revista Española de Salud Pública, 83*(2), 215-230.

Grau, A. y Suñer, R. (2008). El síndrome de burnout en los trabajadores sociales. *Agathos: Atención Sociosanitaria y Bienestar, 1*(Año 8), 16-22.

Gray, J.A. (1982). Précis of the neuropsychology of anxiety: An enquiry into the functions of the septo-hippocampal system. *Behavioral and Brain Sciences, 5*(3), 469-534.

Grazziano, E.S. y Ferraz, E.R. (2010).Impacto del estrés ocupacional y burnout en enfermeros. *Enfermería Global, 18*(feb.), doi: 10.4321/S1695-61412010000100020

Guisasola, M. (2010, 2 al 8 de Octubre). [Entrevista con Albert J. Jovell, Presidente del Foro Español de Pacientes: "Todos acabamos siendo pacientes". ¿Conoces tus derechos y obligaciones cuándo vas al médico?. Este experto nos lo explica]. *Mujer Hoy,* pp. 48-49.

Guix, J., Fernández, J. y Sala, J. (2006). Pacientes, médicos y enfermeros: tres puntos de vista distintos sobre una misma realidad. Actitudes y percepciones ante los derechos de los pacientes. *Gaceta Sanitaria: Órgano oficial de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, 20*(6), 465-472.

Gutiérrez, J., Jiménez, M., Pérez, M.L., Gallego, M. y Linares, M. (1997). ¿Por qué reclaman los usuarios?. *Revista ROL de Enfermería, 230*(octubre), 12-16.

Harrison, W. D. (1983). A social competence model of burnout. En B. A. Farber (Ed.), *Stress and burnout in the human services professions* (1985, 20 Ed., pp. 29-39). New York: Pergamon Press.

Heitzmann, M.T. (2003). *El secreto médico: actitudes y toma de decisiones en la práctica clínica.* Tesis de Doctorado para la obtención del título de Doctor. Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.

Hernández-Torres, I., Fernández-Ortega, M.A., Irigoyen-Coria, A. y Hernández-Hernández, M.A. (2006). Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. *Medigraphic, 8*(2), 137-143.

Herrero, H., Caserío, S., Morante, M.A., Montero, M.A., de la Cruz, J. y Pallás, C.R. (2012). Estudio de los niveles de ansiedad en los profesionales de una unidad neonatal. *Anales de Pediatría: Publicación Oficial de la Asociación Española de Pediatría (AEP), 77*(1), 22-27.

Hobfoll, S. E. y Freedy, J. (1993). Conservation of re-sources: A general stress theory applied to burnout. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 115-129). London: Taylor & Francis.

Iglesias, J.A. (2009).*Técnico en emergencias sanitarias 8. Teleemergencias.* Madrid: Arán Ediciones, S.L.

Instituto de Información Sanitaria. (2012). *Ordenación Sanitaria del Territorio en las comunidades autónomas. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).* Año 2012 [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Disponible en: http://www.mspsi.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm

Izard, C.E. (1977). *Human emotions.* New York: Plenum.

Jakobson, R. (1960). Linguistics and Poetics. En T. Sebeok (Ed.), *Style in Language* (pp. 350-377). Cambridge, MA: M.I.T. Press.

James, W. (1884). What is an emotion?. *Mind, 9*, 188-205.

Jiménez, F. (2004). *La práctica del consejo psicológico.* San Vicente (Alicante): ECU (Editorial Club Universitario).

Jorge, F., Blanco, M.A., Issa, S., Romero, L. y Gayoso, P. (2005). Relación de la calidad de vida profesional y el burnout en médicos de atención primaria. *Atención Primaria, 36*(8), 442-447.

Junta de Extremadura. (2010). *Guía de Asociaciones de Pacientes y Familiares en Extremadura 2010-2011.* Badajoz: Consejería de Sanidad y Dependencia. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Jurado, J.L. (2010). Prólogo a la segunda edición. En L. Cibanal, M.C. Arce y M.C. Carballal. *Técnicas de Comunicación y relación de ayuda en Ciencias de la Salud (segunda edición)* (p. 9). Barcelona: Elsevier.

Kleinginna, P.R. y Kleinginna, A.M. (1981). A categorized list of emotion definitions, with a suggestions for a consensual definition. *Motivation and Emotion, 5*, 345-379.

Korsch, B.M., Gozzi, E.K. y Francis, V. (1968). Gaps in doctor-patient communication I. Doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Pediatrics, 42*(5), 855-871.

Kugelmann, R. (1992). Stress: The Nature and History of Engineered Grief. Westport: Praeger.

Lange, C.G. (1885).*The Emotions*. Baltimore: Williams & Wilkins.

Lazarus, R.S. (1981). The stress and coping paradigm. En C. Eisdorfer, D. Cohen, A. Kleinman y P. Maxim (Eds.). *Models for clinical pshychopathology* (pp. 177-214). New York: Spectrum.

Lazarus, R.S. (1993). From Psychological Stress to the Emotions: A History of Changing Outlooks. *Annual Review of Psychology, 44*, 1-21.

Lazarus, R.S. (1998). *The life and work of an eminent psychologist*. New York: Springer.

Lazarus, R.S. (2000). *Estrés y emoción: manejo e implicaciones en nuestra salud.* Bilbao: Editorial Desclée De Brouwer.

Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping.* Nueva York: Springer.

Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1985). If it Changes it Must be a Process: Study of Emotion and Coping During Three Stages of a College Examination. *Journal of Personality and Social Psychology, 48*, 150-170.

Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos.* Barcelona: Martínez Roca.

Lenise, M. y Schmidt, K. (2004). Salud y globalización: retos futuros para el cuidado de Enfermería. *Investigación y Educación en Enfermería, 22*(2), 104-112.

León, A.B. (2005). *Estrategias para el desarrollo de comunicación profesional.* México: Limusa.

Leturia, F.J., Yanguas, J.J., Arriola, E. y Uriarte, A. (2001). *La valoración de las personas mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir. Manual práctico.* Madrid: Cáritas Española.

Levinson, W., Roter, D., Mullooly, J., Valieri, T. y Frankel, R. (1997). Physician patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA*, *277*, 553-559.

Lifshitz, A. (2012). La comunicación en la relación médico-paciente. *Medicina interna de México*, *28*(2), (no paginado).

Limonero J.T., Fernández–Castro J. (2008). Etiología. Del estrés al "burnout" un modelo etiológico del Síndrome de quemarse en el trabajo. En M. González–Barón, M.A. Lacasta, A. Ordóñez (Eds.), *El síndrome de agotamiento profesional en oncología* (pp. 19-33). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Llacuna, J. (1993). *NTP 312: Comunicación interpersonal: el efecto Palo Alto.* Recuperado el 2 de diciembre de 2012, de http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp_312.pdf

Llaneza, F.J. (2009). *Ergonomía y psicosociología aplicada. Manual para la formación del especialista (12.ª edición).* Valladolid: LEX NOVA.

Loayssa, J.R., Ruiz, R. y Campayo, J. (2009). ¿Por qué algunos médicos se vuelven poco éticos (¿malvados?) con sus pacientes?. *Atención Primaria, 41*(11), 646-649.

Lopera, M.A. (2008).La llamada por la vida: necesidades de cuidado urgente en la casa. *Investigación y Educación en Enfermería, 26*(1), 78-84.

López, M.J. (2009).*Consecuencias psicosociales del trabajo en personal de enfermería como indicadores subjetivos del rendimiento desde el enfoque de la gestión de recursos humanos.* Tesis de Doctorado para la obtención del título de Doctor. Universidad de Murcia, Murcia, España.

Macías, Y. (2006). *Ansiedad, ira y tristeza-depresión en la enfermedad de parkinson.* Tesis de Doctorado para la obtención del título de Doctor. Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.

Maldonado, J.A. (2005). *Historia clínica electrónica federada basada en la norma europea cen/tc251 en13606.* Tesis de Doctorado para la obtención del título de Doctor. Universidad Politécnica de Valencia, Valencia, España.

Marín, M. y León, J.M. (2001). Entrenamiento en Habilidades Sociales: Un método de enseñanza-aprendizaje para desarrollar las habilidades de comunicación interpersonal. *Psicothema*, *13*(2), 247-251.

Marín-Sánchez, M. y Infante-Rejano, E. (2000). Evidencias empíricas del desbordamiento de estrés en trabajadores sanitarios e incidencias sobre su calidad de vida. *Revista de Psicología de la Salud, 12*(1), 109.

Marques, R. C., Paes, M.J. y Motta, F.O. (2009). Comunicaçao entre profissional de saúde e familiares de pacientes em terapia intensiva. *Revista Enfermagem UERJ, 17*(1), 91-95.

Marqués, S. y Barrasa, L. (2011). Contención verbal: prevención primaria de la hostilidad. *Metas de Enfermería, 14*(7), 14-18.

Martínez, A. (2003). *Evaluación de impacto del uso de tecnologías apropiadas de comunicación para el personal sanitario rural de países en desarrollo.* Tesis de Doctorado para la obtención del título de Doctor. Universidad Politécnica de Madrid, Madrid, España.

Martínez, J.D., Moreno, J.M., Pérez, C., Rabazo, M.J., Sánchez, I. y Suárez, A. (2001). *Manual de Audición y Lenguaje. Enfoque multidisciplinar.* Cáceres: Universidad de Extremadura Servicio de Publicaciones.

Martínez, J.F. (2011a). *El celador en el Área de Urgencias (2ª. edición).* Málaga: Editorial Vértice.

Martínez, J.F. (2011b). *TCAE en la Unidad de Cuidados Intensivos (2ª. edición).* Málaga: Editorial Vértice.

Martínez, J.F. y García, M.L. (2012). *Promoción de la Salud.* Madrid: Paraninfo.

Martínez, J.M. (2008). *Manual de comunicación persuasiva para juristas (2ª edición).* Las Rozas (Madrid): La Ley.

Martínez, M., Centeno, C., Sanz-Rubiales, A. y Del Valle, M.L. (2009). Estudio sobre el Síndrome de Burnout en Profesionales de Enfermería de Cuidados Paliativos del País Vasco. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra, 53*(1), 3-8.

Martínez, M.C. (2008). *El protocolo como herramienta estratégica de comunicación. Una constante histórica y estudio de casos actuales.* Tesis de Doctorado para la obtención del título de Doctor. Facultad de Comunicación, Universidad de Sevilla, Sevilla, España.

Martínez, M.M., Rosat, E., Martínez, C., Martínez, P. y Queipo, D. (2008). Absentismo laboral hospitalario del área sanitaria este de Valladolid como indicador del estrés de los profesionales sanitarios ("síndrome de burn-out"). *Revista de la Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo*, *3*(1), 5-12.

Martín-Fernández, J., del Cura-González, M.I., Gómez-Gascón, T., Fernández-López, E., Pajares-Carabajal, G. y Moreno-Jiménez, B. (2010). Satisfacción del paciente con la relación con su médico de familia: un estudio con el Patient-Doctor Relationship Questionnaire. *Atención Primaria, 42*(4), 196-205.

Mas, X., Navarro, M., Vázquez, J., Delso, C., Mahfouz, T. y Almeda, J. (2009). <<Encuentros difíciles>> en consultas de atención primaria: una perspectiva de pacientes y médicos. *Atención Primaria,* 41(*1*), doi: 10.1016/j.aprim.2008.05.006

Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior, 9*(5), 16-22.

Maslach, C. y Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour, 2*(2), 99-113.

Maslach, C. y Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory.* Palo Alto CA: Consulting Psychlogists Press.

Mason, J.W. (1975). Psychological strees and endocrine function. En E.J. Sachar (Ed.), *Topics in psychoendoocrinology*. New York: Grune Stratton.

Matía, A.C., Cordero, J., Mediavilla, J., Pereda, M.J. (2006). Prevalencia de burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria de Burgos. *Atención Primaria, 38*(1), 58-60.

Matía, A.C., Cordero, J., Mediavilla, J.J., Pereda, M.J., González, M.L. y González, A. (2012). Evolución del burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria. *Atención Primaria, 44*(9), 532-539.

McDougall, W. (1908). *An introduction to social Psychology.* Londres: Methuen.

McEwen, B.S. (1999a). Permanence of brain sex differences and structural plasticity of the adult brain. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA, 96*, 7128-7130.

McEwen, B.S. (1999b). The molecular and neuroanatomical basis for estrogen effects in the central nervous system. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 84*, 1790-1797.

McMahon, D.M. (2006). *Una historia de la felicidad.* Madrid: Taurus.

Medina, P. (2012).*Comunicar y curar. Un desafío para pacientes y profesionales sanitarios (primera edición en lengua castellana: junio 2012).* Barcelona: Editorial UOC.

Meeusen, V., van Dam, K., van Zundert, A. y Knape, J. (2010). Satisfacción laboral entre enfermeras anestesistas holandesas. La influencia de las emociones en los eventos. *International Nursing Review en Español: Revista Oficial del Consejo Internacional de Enfermeras, 57*(1), 90-96.

Melendo, M. (1985). *Comunicación e integración personal.* Maliaño: Sal Terrae.

Méndez, F.X. y Beléndez, M. (1994). Variables emocionales implicadas en el control de la diabetes: estrategias de intervención. *Anales de Psicología, 10*(2), 189-198.

Menéndez, F., Fernández, F., Llaneza, F.J., Vázquez, I., Rodríguez, J.A. y Espeso, M. (2009). *Formación superior en prevención de riesgos laborales. (Parte obligatoria y común, 4ª edición).* Valladolid: LEX NOVA.

Mezquita, B., Mezquita, J. y Mezquita, C. (2010). Cómo mejorar el razonamiento causal y la motivación científica en la educación intelectual de los estudiantes de medicina: utilización de nuevas tecnologías en la metodología docente. *Teoría de la Educación: Educación y Cultura en la Sociedad de la Información, 11*(2), 194-213.

Miguel-Tobal, J.J., Cano, A., Casado, M.I. y Escalona, A. (1994). Emociones e hipertensión: implantación de un programa cognitivo-conductual en pacientes hipertensos. *Anales de Psicología, 10*(2), 199-216.

Mingote, C. (2008). El Bienestar-malestar de los jóvenes. En C. Mingote y M. Requena (Eds.), *El malestar de los jóvenes. Contextos, raíces y experiencias* (pp. 3-40). Madrid: Díaz de Santos.

Mingote, J.C. y Pérez, F. (1999). Síndrome del "burnout" o de desgaste profesional. En J.C. Mingote y F. Pérez (Eds.), *El estrés del médico. Manual de autoayuda* (p. 43). Madrid: Díaz de Santos.

Mingote, J.C. y Pérez, S. (2003). *Estrés en la enfermería. El cuidado del cuidador.* Madrid: Díaz de Santos, *1*, 11-12.

Mingote-Adán, J., Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Carvajal, R., Gálvez-Herrer, M., Ruiz-Lopez, P. (2009). Validación psicométrica de la versión española del Cuestionario de Relaciones Médico-Paciente (CREM-P). *Actas Españolas de Psiquiatría, 37*(2), 94-100.

Miret, C. y Martínez, A. (2010). El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 33*(Extra 1), 193-201.

Molina, A., García, M.A., Alonso, M. y Cermeño, C. (2003). Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. *Atención Primaria, 31*(9), 564-71.

Montoya, R., García, M.P., Schmidt, J., Cruz, F. y Muñoz, A. (2009, octubre). El dilema de la información sobre el diagnóstico/pronóstico del enfermo terminal y del enfermo terminal anciano:¿protección/beneficencia o protección/autonomía?. En M.J. Pérez, *La protección de las personas mayores apoyo familiar y prestaciones sociales: ponencias y comunicaciones del Congreso Internacional "La Protección de las personas mayores".* Córdoba del 7 al 9 de Octubre. España.

Moore, P., Gómez, G. y Kurtz, S. (2012). Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas pero diferente. *Atención Primaria, 44*(6), 358-365.

Moreno, B., González, J.L. y Garrosa, E. (2002). Variables sociodemográficas en el proceso de desgaste profesional de enfermería. *Revista de ROL de Enfermería, 25*(11), 18-26.

Mowrer, O.H. (1960). *Learning theory and behavior.* Hoboken, NJ, US: John Wiley y Sons Inc.

Myers, F., McCollan, A. y Woodhouse, A. (2005). *National Programme for Improving Mental Health and Well-Being Adressing Mental Health Inequalities in Scotland. Equal minds.* Edinburgh: Scottish Executive/ Scottish Development Centre dos Mental Hearth.

Nogueira, R. y Gabari, J.M. (2005, diciembre). Relación entre inteligencia emocional, asertividad y burnout. *Congreso Universitario de Psicología y Logopedia.* Málaga del 30 de Noviembre al de 2 de Diciembre. España.

Novoa, M., Ballesteros, B. y Muñoz, M. (2006). Psicología y salud: nociones de un campo fundamental de investigación y desarrollo profesional. En H. Escobar (Ed.), *Saber, sujeto y sociedad una década de investigación en psicología* (pp. 99-135). Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.

Novoa, M.M., Caycedo, C., Aguillón, M. y Suárez, R.A. (2008). Calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes adultos con enfermedad avanzada y en cuidado paliativo en Bogotá. *Pensamiento Psicológico, 10*, 177-195.

Oatley, K. y Johnson-Lair, P.N. (1987). Towards a cognitive theory of emotions. *Cognition and Emotion, 1*, 29-50.

Ochoa, A., Herrera, C.I., Lemos, M., Arango, J.C. y Rogers, H.L. (2010). Análisis de la ira en pacientes con cardiopatía isquémica de la ciudad de Medellín (Colombia). *Psicología desde el Caribe: Revista del Programa de Psicología de la Universidad del Norte, 26,* 86-102.

OIT (Oficina Internacional del Trabajo). (2000). *Mental health in the workplace: Introduction.* Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo.

Ortega, C., López, F. y Gómez, S. (2008). Intervención psicológica sobre el desgaste profesional de los profesionales sanitarios de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Universitario Gregorio Marañón. *Medicina Paliativa, 15*(2), 93-97.

Ortega, C., Salas, R. y Correa, R. (2011). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en el personal sanitario. Hospital Aquilino Tejeira. Febrero-marzo 2011. *Archivos de Medicina,* 7(*2*), doi: 10:3823/072

Ortega, C., Salas, R. y Correa, R. (2011). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en el personal sanitario. Hospital Aquilino Tejeira. Febrero-marzo 2011. *Archivos de Medicina,* 7(*2*), doi: 10:3823/072

Ortega, M.C. (2009). La educación emocional: un factor determinante de la salud. En R. Perea (Dir.), *Promoción y educación para la salud. Tendencias innovadoras* (pp. 27-46). Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

Ortiz-Acosta, R. y Beltrán-Jiménez, B.E. (2011). Inteligencia emocional percibida y desgaste laboral en médicos internos de pregrado. *Educación Médica, 14*(1), 49-55.

Panksepp, J. (1982). Toward a general psychobiological theory of emotions. *The Behavioral and Brain Sciences, 5*, 407–467.

Paredes, O.L. y Sanabria-Ferrand, P.A. (2008). Prevalencia del Síndrome de Burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. *Revista Med, 16*(1), 25-32.

Párraga, J.M. (2005). *Eficacia del programa I.R.I.S. para reducir el síndrome de burnout y mejorar las disfunciones emocionales en profesionales sanitarios.* Tesis de Doctorado para la obtención del título de Doctor. Universidad de Extremadura, Cáceres, España.

Párraga, J.M. (2007). Cómo intervenir en las disfunciones emocionales de los profesionales sanitarios. *Gestión práctica de riesgos laborales: Integración y desarrollo de la gestión de la prevención, 42,* 32-42.

Pearse, J.M.S. (2004). Silas Weir Mitchell and the "rest cure". *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 75*, 381.

Pérez, A.M., Bermúdez, J. y Sanjuán, P. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema, 12*(Nº Extra 2), 509-513.

Pérez, M. (2009). *Los procesos de comunicación [(Spanish Edition) [Kindle edition]*. Barcelona: UOC/Digitalia.

Pérez, M.A., Martín, A., Gallego, A., Correa, E. y Pérez, J. (2003). Repercusiones psicológicas del estrés laboral en los profesionales sanitarios que trabajan en los Equipos de Trasplantes. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiátrica de Enlace, 66*, 19-31.

Pérez, M.C., Najarro, F.R., Dulce, M.A., Gallardo, N. y Fernández, A. (2009). Comunicación: Una necesidad para el Paciente-Familia. Una competencia de Enfermería. *Revista Páginasenferurg.com, 1*(3), 15-20.

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

Pines, A.M. (1993). Burnout: An existential perspective. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 33-52). Washington, DC: Taylor & Francis.

Pinilla, F. y López, A. (2006). Condiciones de trabajo, flexibilidad y riesgos laborales en la economía tecnológica avanzada: el trabajo rotatorio a turnos y nocturnos en la Comunidad de Madrid. *Sociología del Trabajo, 57*(Ejemplar dedicado a: Emoción y trabajo), 65-94.

Piqueras, J.A, Ramos, V., Martínez, A.E. y Oblitas, L.A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica, 16*(2), 85-112.

Plutchik, R. (1980). *Emotion: A Psychoevolutionary synthesis.* New York: Harper Row.

Plutchik, R. (2001). The nature of emotions. *American Scientist, 89*, 344-350.

Polaino, A., Ávila, C. y Rodríguez, M. (1991). *Tratado de educación personalizada (dirigido por Víctor García Hoz). Educación especial personalizada.* Madrid: Ediciones Rialp.

Polaino, A. y Martínez, P. (2002). *La comunicación en la pareja. Errores Psicológicos más frecuentes.* Madrid: Ediciones Rialp, S.A.

Prados, J.M. (2004). Cultura, emoción y salud: la obra de Caleb Williams Saleeby (1878-1940). *Revista de Historia de la Psicología, 25*(4), 241-250.

Prieto, L., Robles, E., Salazar, L.M., Daniel, E. (2002). Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. *Atención Primaria, 29*(5), 294-302.

Queiroz, A.l., Watanabe, L., Vieira, M.N y De Oliveira, V.F (1998). Gestos e posturas do enfermeiro durante a orientaçao a familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva (UTI). *Revista da Escola de Enfermagem USP, 32*(2), 134-139.

Quiles, Y. y Terol, M.C. (2008). Afrontamiento y trastornos de la conducta alimentaria: un estudio en revisión. *Revista Iberoamericana de Psicología, 40*(2), 259-280.

Quintanilla, M. (2004). Prevalencia del síndrome de Burnout en las enfermeras de la Unidad de Paciente Crítico del Hospital del Trabajador Santiago de Chile y una propuesta de intervención. *Revista Chilena de Medicina Intensiva, 19*(1), 33-38.

Quirós, P. y Cabestrero, R. (2008). Definición y conceptos básicos de emoción. En P. Quirós y R. Cabestrero, *Funciones activadoras: principios básicos de la motivación y la emoción* (pp. 135-165). Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces, S.A.

Rabazo, M.J., Martínez, J.D., Pérez, C., Sánchez, I., Moreno, J.M. y Suárez, A. (2003). *Diccionario de Audición y Lenguaje. Una revisión terminológica.* Salamanca: Amarú Ediciones.

Ramírez, M.E. (2008). *Del estrés a la enfermedad.* Recuperado el 12 de abril de 2013, de http://www.monografias.com/trabajos88/del-estres-enfermedad/del-estres-enfermedad.shtml

Ramón-García, R., Segura-Sánchez, M.P., Palanca-Cruz, M.P. y Román-López, P. (2012). Habilidades sociales en enfermería. El papel de la comunicación centrado en el familiar. *Revista Española de Comunicación en Salud, 3*(1), 49-61.

Ramos, V., Piqueras, J.A., Martínez, A.E. y Oblitas, L.A. (2009). Emoción y Cognición: Implicaciones para el Tratamiento. *Terapia Psicológica, 27*(2), 227-237, doi: 10.4067/S0718-48082009000200008

Ramos-Rodríguez, C. (2008). Percepción de las relaciones médico paciente, por parte de los usuarios externos de un departamento de medicina. *Anales de la Facultad de Medicina, 69*(1),12-16.

Real Academia de la Lengua. (2001). *Diccionario de la Lengua Española [Vigésima segunda edición]*. Madrid: Espasa-Calpe.

Reigadas, N. (2009, 23 de Noviembre). [Entrevista con Manuel Martínez De la Concha, médico: Plan de humanización de la medicina <Los pacientes se quejan, ante todo, del trato y de tener que esperar>. El Servicio Extremeño de Salud tiene en marcha desde hace cuatro años un programa para "humanizar" a los médicos]. *Diario Hoy,* p.7.

Reig-Ferrer, A., Cabrero-García, J. y Lizán, L. (2009). La valoración de la capacidad funcional, el bienestar psicológico y la salud mental en la atención primaria de salud. *Atención Primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria, 41*(9), 515-519.

Remón-Torres, M.A., Remón-Torres, M.M. y Tataje-Lavanda, M.K. (2013). Características del nivel de empatía hacia el paciente en internos de medicina de dos hospitales nacionales. *Revista Médica Panacea, 3*(1), 2-5.

Renuncio, M., Saiz, L., García, A.I., Ortiz, J.L., Susinos, M.B., Sanz, P., García, M.S., Palacios, N., García, M.J., Iglesias, M. (2000). La salud mental en el personal laboral del Hospital Militar de Burgos. *Metas de Enfermería, 23*, 11-15.

Robbins, S.P. y Decenzo, D.A. (2002). *Fundamentos de administración (3ª ed.)*. México: Pearson Educación.

Robles, J.I. (2004). El Síndrome de Burnout. *Medicina Militar Revista de Sanidad de las Fuerzas Armadas de España*, *60*(1), 13-21.

Rodríguez, A., Sánchez, E., Zarco, V. y Martín, M.A. (2004). El grupo como unidad de análisis. En A. Rodríguez (Coord.), F. Díaz, F. Fuertes, M.A. Martín, M. Montalbán, E. Sánchez y V. Zarco, *Psicología de las organizaciones* (pp. 167-229). Barcelona: Editorial UOC.

Rodríguez, C., Oviedo, A.M., Vargas, M.L., Hernández, V. y Pérez, M.S. (2009). Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de dos Hospitales del Estado de México. *Fundamentos en Humanidades, 1*(19), 179-193.

Rodríguez, R. y Moreno, B. (2011). Recursos Personales Positivos en la Relación con el Paciente. Las estrategias de Regulación Emocional. *Norte de Salud Mental, 41,* 38-48.

Rodríguez, V.J., Feldman, L., Blanco, G., y Díaz, A. (2011). Sentido del humor y salud psicológica en fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales venezolanos. *Anales de la Universidad Metropolitana, 11*(1), 91-102.

Roldán, G. y Guardia, R. (2007). El estrés en los profesionales sanitarios en el contexto de urgencias. En J. Ortiz (Coord.), *Manual de urgencias para los profesionales de medicina de atención primaria* (pp. 603-608). Granada: Universidad de Granada.

Ronald, M., Epstein, T., Campbell, L., Steven, A., Cohen-Cole, R., McWhinney, I. y Smilkstein, G. (1993). Perspectives on Patient-Doctor Communication. *Journal of Family Practice, 37*(4), 377-387.

Rueda, B. y Pérez, A.M. (2005). Competencia percibida, procesos de valoración y afrontamiento ante un supuesto problema cardiovascular. *Revista de psicopatología y psicología clínica: revista oficial de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología AEPCP, 10*(3), 193-204.

Rueda, B., Pérez-García, A.M. y Bermúdez-Moreno, J., (2003). La salud emocional desde la perspectiva de la competencia percibida. *Acción Psicológica, 2*(1), 41-49.

Ruiz, R., Rodríguez, J.J., Pérula, L., Prados, J.A. (2002). Evolución del perfil comunicacional de los médicos residentes de medicina de familia. *Atención Primaria, 29*(3), 132-134.

Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of phychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57,* 1069-1081.

Ryff, C.D. (1995). Phychological well-being in adult life. *Current Directions in Pshychological Science,* 4 (*4*), 99-104.

Ryff, C.D. y Keyes, C.L.M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Pshychology*, *69*, 719-727.

Salazar, J. y Sempere, E. (2012). *Malestar emocional. Manual práctico para una respuesta en atención primaria.* Valencia: Generalitat. Conselleria de Sanitat.

Sánchez, J.M. (2005). *Análisis de los efectos de la nocturnidad laboral permanente y de la rotación de turnos en el bienestar, la satisfacción familiar y el rendimiento perceptivo-visual de los trabajadores.* Tesis de Doctorado para la obtención del título de Doctor. Facultad de Psicología, Universitat de les Illes Balears, Palma, España.

Sánchez-Cánovas, J. (1998). *EBP, Escala de Bienestar Psicológico.* Madrid: TEA.

Sánchez-Saldivar, P., Aguirre-Gas, H., Córdoba-Ávila, M.A., Campos-Castolo, M. y Arboleya-Casanova, H. (2009). La calidad de la comunicación enfermera-paciente en los Centros de Salud de la Jurisdicción Sanitaria Benito Juárez en México D. F. *Revista CONAMED, 14*(Suplemento 1), 20-28.

Sánchez-Uriz, A., Gamo, M.F., Godoy, F.J., Igual, J. y Romero, A. (2006). ¿Conocemos el bienestar psicológico de nuestro personal sanitario?. *Revista de Calidad Asistencial, 21*(4), 194-198.

Sandín, M., Río, I. y Larraz, R. (2012). Diseño de un catálogo de recursos online para la mejora de la comunicación sanitario-paciente inmigrante. *Revista Española de Comunicación en Salud, 3*(1), 38-48.

Sanjuán, P. (2007). Estilos explicativos, bienestar psicológico y salud. *Ansiedad y Estrés, 13*(2-3), 203-214.

Santamaría, E.M., Rodríguez-Salvanés, F., González-González, R., Fernández, M.J. y Redondo, A. (2008). Síndrome de "burnout" en profesionales sanitarios de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid. *Medicina Paliativa, 15*(5), 273-278.

Santana, L., Yañez, B., Martín, J., Ramírez, F., Roger, I., y Susilla, A. (2009). Actividades de comunicación del personal de enfermería con los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Clínica,* doi:10.1016/j.enfcli.2009.02.007.

Sanz, G. (2005). *Comunicación efectiva en el aula: Técnicas de expresión oral para docentes.* Barcelona: Editorial Graó.

Sanz, J., Casado, S. y Modolell, E. (2004). Las emociones en la entrevista en psicooncología. *Psicooncología: Investigación y Clínica Biopsicosocial en Oncología, 1*(2-3) [Ejemplar dedicado a: Control de Síntomas en Cáncer], 205-210.

Sanz, J. y Modolell, B. (2005). Aspectos psicológicos de los cuidados en la fase terminal. *Revisiones en Cáncer, 19*(6) [Ejemplar dedicado a: Tratamiento de apoyo en el paciente canceroso I], 280-287.

Saussure, F. (1915). *Langage et psychanalyse, linguistique et inconscient.* Pichon (Lacan): Editorial S. XXI.

Schachter, S. y Singer, J. (1962). Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Pshychological Review, 69*(5), 379-399.

Schwenk, T.L., Evans, D.L., Laden, S.K. y Lewis, L. (2005). Resultado terapéutico y comunicación médico-paciente en los pacientes de atención primaria con depresión crónica recurrente. *American Journal of Pshychiatry (Edición en Español), 8*(1), 44-53.

Segerstrom, S. y Miller, G. (2004). Psychological stress and the Human Immune System: A Meta-Analytic Study of 30 Years of Inquiry. *Psychological Bulletin, 130*(4), 601-630.

Segura, J., Ferrer, M., Palma, C., Ger, S., Doménech, M. Gutiérrez, I. y Cebrià, J. (2006). Valores personales y profesionales en médicos de familia y su relación con el síndrome del burnout. *Anales de Psicología, 22*(1), 45-51.

Seisdedos, N. (1997). *Manual MBI, Inventario Burnout de Maslach.* Madrid: TEA.

Selye, H. (1936). A syndrome produced by Diverse Nocuous Agents. *Nature*, *138*, 32-36.

Selye, H. (1983). The Stress Concept: Past, Present, and Future. En C. L. Cooper (Ed.), *Stress Research. Issues for the Eighties* (pp. 1-20). New York: Wiley.

Seoane, A., Alava, T., Blanco, M. y Díaz, H. (2005). *Protocolo de contención de pacientes*. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Recuperado el 6 de abril de 2013, de http://www.fundacionmanantial.org/ssm_area_3/programas/guias/guia_contencion.pdf

Serón, J.M. y Aguilar, M. (1992). *Psicopedagogía de la comunicación y el lenguaje*. Madrid: Editorial EOS.

Serrano, P. (2007). Sanitarios y profesores, colectivos especialmente sensibles al burnout (I). *Gestión Práctica de Riesgos Laborales: Integración y Desarrollo de la Gestión de la Prevención, 44*, 38-45.

Serrano, P. (2008). Sanitarios y profesores, colectivos especialmente sensibles al burnout (II). *Gestión Práctica de Riesgos Laborales: Integración y Desarrollo de la Gestión de la Prevención, 45*, 46-53.

Sifuentes, A., Parra, F.M., Marquina, M. y Oviedo, S. (2010). Relación terapéutica del personal de enfermería con los padres de neonatos en la unidad terapia intensiva neonatal. *Enfermería Global, 1*9(2), 1-6.

Sobrín, M.P. (2006). Confidencialidad: orientaciones para su correcto cumplimiento. *Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG*, *3*. Recuperado el 9 de noviembre de 2012, de http://www.revistatog.com.

Sogi, C., Zavala, S., Oliveros, M. y Salcedo, C. (2006). Autoevaluación de formación en habilidades de entrevista, relación médico paciente y comunicación en médicos graduados. *Anales de la Facultad de Medicina, 67*(1), 30-37.

Soler, M.D., Saurí, J., Curcoll, M.L., Benito, J., Opisso, E., Chamarro, A. y Vidal, J. (2007). Características del dolor neuropático crónico y su relación con el bienestar psicológico en pacientes con lesión medular. *Revista de Neurología, 44*(1), 3-9.

Steine, S., Finset, A. y Laerum, E. (2001). A new, brief questionnaire (PEQ) developed in primary health care for measuring patient´s experience of interacion, emotion and consultation outcome. *Family Practice, 18*, 410-418.

Sterling, P. y Eyer, J. (1988). Allostasis: A new paradigm to explain arousal pathology. En S. Fisher y J. T. Reason, *Handbook of life stress, cognition, and health.* Chicester, NY: Wiley.

Thompson, M. S., Page, S. L., Cooper, C. L. (1993). A test of Caver and Scheier's self-control model of stress in exploring burnout among mental health nurses. *Stress Medicine, 9*, 221-235.

Tizón, J.L. (2004). ¿Profesionales "quemados", profesionales "desengañados" o profesionales con trastornos psicopatológicos?. *Atención Primaria, 33*(6), 326-330.

Tomkins, S.S. (1984). Affect theory. En K. Scherer y P. Ekman (Eds.), *Approaches to Emotion.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Torío, J. y García, M.C. (1997).Relación médico-paciente y entrevista clínica (I): opinión y preferencia de los usuarios. *Atención Primaria, 19*(1), 44-60.

Torres, J. (2008). *Aspectos psicológicos en cuidadores formales de ancianos: carga y afrontamiento del estrés : (un estudio en población sociosanitaria).* Tesis de Doctorado para la obtención del título de Doctor. Departamento de Psicología, Universidad de Huelva, Huelva, España.

Tous, J.M. (2008). Personalidad, desarrollo y conducta anormal. *Papeles del Psicólogo: Revista del Colegio Oficial de Psicólogos, 29*(3), 316-322.

Travaline, J.M., Ruchinskas, R., y D´Alonzo G. (2005). Patient-physician communication: Why and how. *Journal of the American Osteopathic Association, 105*(1), 13-18.

Triadó, C. y Villar, F. (2008). *Envejecer en positivo.* Girona: Editorial Aresta SC.

Ulla, S., Arranz, P., Argüello, T. y Cuevas, C. (2002). Dificultades de comunicación percibidas por profesionales de enfermería en un hospital general. *Enfermería Clínica, 12*(5), 217-223.

Urbano, D. y Toledano, N. (2008). *Invitación al emprendimiento. Una aproximación a la creación de empresas.* Barcelona: Editorial UOC.

Urios, C. (2002). *Las condiciones de información en la práctica médica. El derecho a la información.* Tesis de Doctorado para la obtención del título de Doctor. Facultat de Dret, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España.

Van der Feltz-Cornelis, C.M, Van Oppen, P., Van Marwijk, H.W., De Beurs, E., Van Dyck, R. (2004). A patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-9) in primary care: Development and psychometric evaluation. *General Hospital Psychiatry*, *26*, 115-120.

Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J.J. y Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *APCS - Anuario de Psicología Clínica y de la Salud/Annuary of Clinical and Health Psychology*, *5*, 15-28.

Vega, E.D. y Pérez, A. (1998). *El síndrome de burnout en el médico.* Madrid: Smith Kline Beecham.

Vera, J.J. y Villaplana, M. D. (2003). Revisión de los métodos de evaluación inicial de riesgos psicosociales en el trabajo desde la perspectiva de la Estrategia Comunitaria de Salud y Seguridad 2002-2006. *Encuentros en Psicología Social, 1,* 6.

Victoria, C.R. y González, M. (2007). Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana, 25*(1), 72-80.

Wallston, K.A. (1989). Assessment of control in health-care settings. En A. Steptoe y A. Appels (Eds.), *Stress, personal control and health* (pp. 85- 105). Chichester, UK: John Wiley & Sons.

Wallston, K.A. (1992). Hocus-pocus, the focus is not strictily on locus: Rotter´s social learning theory modified for health. *Cognitive Therapy and Research, 16*, 183-199.

Wallston, K.A. (1997). Perceived control and health behavior. En A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West y C. McManus (Eds.), *Cambridge handbo- ok of psychology, health and medicine* (pp.151- 154). Cambridge University Press.

Watson, J.B. (1930). *Behaviorism.* Chicago University of Chicago Press.

Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D.D. (1995). *Teoría de la Comunicación Humana. Interacciones, patologías y paradojas* (Décima edición). Barcelona: Editorial Herder.

Watzlawick, P., Weakland, J.H. y Fish, R. (1994). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos.* Barcelona: Editorial Herder.

Weiner, B. y Graham, S. (1989). Understanding the motivational role of affect: Live-span research from an attributional perspective. *Cognition and Emotion, 3*(4), 401-419.

Weinman, J. (1987). *An Outline of Psychology as Applied to Medicine.* Londres: Bristol.

Winnubst, J. A. (1993). Organizational structure, social support, and burnout. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 151-162). London: Taylor y Francis.

Worchel, S., Cooper, J., Goethals, G.R. y Olson, J.M. (2002). *Psicología social.* México, D.F.: Editorial Thomson.

World Health Organization. (1948). Preamble to the constitution of the World Health Organization. En *Official records of the World Health Organization, 2.* Ginebra: World Health Organization.

Yanes, J. (2008). *El control del estrés y del mecanismo del miedo.* Madrid: EDAF.

Yegler, M.C., Diez, T., Gómez, J.L., Carrasco, B., Miralles, T. y Gómez, J.A. (2003). Identificación de los estresores laborales en el personal sanitario enfermero de una urgencia hospitalaria. *Ciber Revista enfermeriadeurgencias.com,* 16. Recuperado el 2 de enero de 2013, de http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/PRIMERA_EPOCA/2003/octubre/estresores.htm

Zajonk, R.B. (1980). Feeling and thinking: Preferences need no inferences. *American Pshychologist, 35*(2), 151-175.

Zajonk, R.B. (1984). On the primacy of affect. *American Pshychologist, 39*(2), 117-123.

Zayas, P.M. (2010). *La comunicación interpersonal.* (*Edición electrónica gratuita*). Recuperado el 2 de diciembre de 2012, de www.eumed.net/libros/2010f/879/

Ziebland, S., Miller, R., Shepperd, S., Herxheimer, A., Chapple, A., Sanz, E. y McPherson, A. (2003). DIPEx (base de datos de experiencias individuales de pacientes sobre su enfermedad): una propuesta multimedia para compartir experiencias e información sobre enfermedades entre pacientes y profesionales sanitarios. *Atención Primaria: Publicación Oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria*, *31* (6), 386-388.

Otra bibliografía consultada de interés:

Blanca, J.J., Blanco, A.M., Luque, M. y Ramírez, M.A. (2008). Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enfermería Global, 12*(febrero), 1-14.

Bosch, J.M. (2009). Encuentros difíciles médico-paciente: ¿un problema inevitable?. *Atención Primaria, 41*(1), 15-17.

Chimeno, S. (1992). *La información en el ámbito sanitario.* Tesis de Doctorado para la obtención del título de Doctor. Facultad de Ciencias de la Información, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.

Escobar, H. (2006). *Saber, sujeto y sociedad una década de investigación en psicología.* Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.

Ferré-Grau, C., Sevilla-Casado, M., Boqué-Cavallé, M., Aparicio-Casals, M.R., Valdivieso-López, A. y Lleixá-Fortuño, M. (2012). Efectividad de la técnica de resolución de problemas aplicada por enfermeras: disminución de la ansiedad y la depresión en cuidadoras familiares. *Atención Primaria, 44*(12), 695-702.

Fugueiredo-Ferraz, H., Grau-Alberola, E., Gil-Monte, P.R. y García-Juesas, J.A. (2012). Síndrome de quemarse por el trabajo y satisfacción laboral en profesionales de enfermería. *Psicothema, 24*(2), 271-276.

Grau-Alberola, E., Gil-Monte, P.R., García-Juesas, J.A. y Figueiredo-Ferraz, H. (2010). Incidence of burnout in Spanish nursing professionals: A longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies, 47,* 1013-1020.

Lomas, C., Osoro, A. y Tusón, A. (1993). *Ciencias del lenguaje, competencia comunicativa y enseñanza de la lengua (1ª ed.).* Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.

López, Soriano, F. y Bernal, L. (2002). Prevalencia y factores asociados con el síndrome de burnout en enfermería de atención hospitalaria. *Revista de Calidad Asistencial, 17*(4), 201-205.

Mas, X., Solé, M., Licerán, M. y Riera, D. (2006). Pacientes de trato difícil en atención primaria: ¿están satisfechos con la atención recibida en su centro de salud?. *Atención Primaria, 38*(6),192-199.

Mingote, C. y Requena, M. (2008). *El malestar de los jóvenes. Contextos, raíces y experiencias (Eds.).* Madrid: Díaz de Santos.

Mira, J.J., Llinás, G., Lorenzo, S. y Aibar, C. (2009). Uso de internet por médicos de primaria y hospitales y percepción de cómo influye en su relación con los pacientes. *Atención Primaria, 41*(6), 308-314.

Pease, A. (1989). *El lenguaje del cuerpo. Cómo leer el pensamiento de los otros a través de sus gestos (3ª edición).* Barcelona: Ediciones Paidós.

Pérez-Vilar, P.S., Azzollini, S. (2012). La relación entre el rol del empleado, la satisfacción familiar y la satisfacción laboral. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología, 12*(2), 25-34.

Ríos, M.I., Sánchez, J. y Godoy, C. (2010). Personalidad resistente, autoeficacia y estado general de salud en profesionales de Enfermería de cuidados intensivos y urgencias. *Psicothema, 22*(4), 600-605.

Rufino, M., Blasco, T., Güell, E., Ramos, A. y Pascual, A. (2010). Comunicación y bienestar en paciente y cuidador en una unidad de cuidados paliativos. *Psicooncología, 7*(1), 99-108.

Von Frisch, K. (1967). *The Dance Language and Orientation of Bees.* Cambridge, Mass.: The Belknap Press of Harvard University Press.

Von Frisch, K. (1976). *Bees: Their Vision, Chemical Senses, and Language.* Ithaca, N.Y.: Cornell University Press.

Wainwright, G.R. (1998). *El lenguaje del cuerpo.* Madrid: Ediciones Pirámide.

Watzlawick, P. (1992). *El lenguaje del cambio. Nueva técnica de la comunicación terapeútica.* Barcelona: Editorial Herder.

Watzlawick, P. (1994). *¿Es real la realidad?. Confusión, desinformación, comunicación.* Barcelona: Editorial Herder.

Watzlawick, P., Weakland, J.H. y Fish, R. (1994). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos.* Barcelona: Editorial Herder.

ANEXOS.

Anexo 1.

Cuestionario de Sanitarios.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

¿ESTÁN NUESTROS PACIENTES BIEN INFORMADOS? LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y SUS PACIENTES

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y FLUIDEZ DE LA COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES DEL SISTEMA DE SALUD Y LOS PACIENTES

El presente cuestionario, de carácter anónimo, tiene como objetivo evaluar la relación entre los profesionales sanitarios y pacientes del SES para conocer la calidad y fluidez de la comunicación entre ambos, dada su importancia de cara al tratamiento.

Por favor, responda a cada pregunta poniendo una "X" en la casilla que personalmente considere más adecuada en función de la siguiente leyenda y desde el punto de vista de sus valoraciones reales, por ello pedimos la mayor sinceridad posible al responder, teniendo en cuenta que 1 indica `ningún valor´ y 5 `mucho valor´.

¡Muchas gracias por su colaboración!

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL SANITARIO

Sexo: ☐ **H** ☐ **M**
Edad: ☐ **<25** ☐ **25-35** ☐ **36-45** ☐ **>45**
Localidad donde ejerce su profesión:
Categoría profesional: ☐ **Medicina** ☐ **Enfermería** ☐ **Técnico Auxiliar**
Especialidad o sección en la que desempeña su labor:
Años de experiencia profesional: ☐ **< 5 años** ☐ **6-10 años** ☐ **> 10 años**

(1) ***Nunca o casi nunca*** **(2)** ***Algunas veces*** **(3)** ***Bastantes veces*** **(4)** ***Casi siempre*** **(5)** ***Siempre***

	COMPORTAMIENTO DURANTE LA INTERACCIÓN	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
1	Miro a los ojos del paciente cuando interacciono con él/ella.					
2	Acostumbro a ver el lado favorable de las cosas.					
3	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.					
4	Mi trabajo da sentido a mi vida.					
5	Mi atención es más breve y concisa con los pacientes problemáticos o difíciles.					
6	Me gusta transmitir mi felicidad a los demás.					
7	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.					
8	Mi trabajo me exige aprender cosas nuevas.					
9	Me muestro comprensivo cuando el nivel comunicativo del paciente es inferior a lo deseado.					
10	Me siento bien conmigo mismo.					
11	Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo.					
12	Mi trabajo es interesante.					
13	Ante un paciente conflictivo, sabría solucionar la situación.					
14	Todo me parece interesante.					
15	Fácilmente comprendo cómo se sienten los/as pacientes.					
16	Mi trabajo es monótono, rutinario, aburrido.					
17	Me pongo en lugar del paciente.					
18	Me gusta divertirme.					
19	Creo que trato a algunos/as pacientes como si fuesen objetos impersonales.					
20	En mi trabajo he encontrado apoyo y afecto.					
21	Sigo tan motivado en mi puesto de trabajo como el primer día.					
22	Me siento jovial.					
23	Trabajar todo el día con pacientes es un esfuerzo.					
24	Mi trabajo me ha proporcionado independencia.					

25	Considero que tengo un número demasiado elevado de pacientes que atender en muy poco tiempo.					
26	Busco momentos de distracción y descanso.					
27	Trato muy eficazmente los problemas de los/as pacientes.					
28	Estoy discriminado/a en mi trabajo.					
29	Cuando tengo tiempo, asisto a seminarios o cursos de formación para mejorar mi atención al paciente.					
30	Tengo buena suerte.					
31	Me siento “quemado” por mi trabajo.					
32	Mi trabajo es lo más importante para mí.					
33	Me preocupo por aclarar todas las dudas de los pacientes.					
34	Estoy ilusionado/a.					
35	Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de los demás.					
36	Disfruto con mi trabajo.					
37	Dedico más tiempo a unos pacientes que a otros, en función de la gravedad de su patología.					
38	Se me han abierto muchas puertas en mi vida.					
39	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.					
40	Escucho con atención a los pacientes mientras les observo.					
41	Me siento optimista.					
42	Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.					
43	Hago algo para que el paciente tenga ganas de mejorar.					
44	Me siento capaz de realizar mi trabajo.					
45	Me siento muy activo.					
46	Considero que mi comunicación con los pacientes es eficaz.					
47	Creo que tengo buena salud.					
48	Me siento frustrado en mi trabajo.					
49	Uso un lenguaje claro, sencillo y comprensible para hacerme entender por el paciente.					
50	Duermo bien y de forma tranquila.					

51	Creo que estoy trabajando demasiado.					
52	Los pacientes son sólo un número que tengo que “despachar”.					
53	Me creo útil y necesario/a para la gente.					
54	No me preocupa realmente lo que le ocurre a algunos/as pacientes a los que doy servicio.					
55	Creo que existe baja calidad en los servicios sanitarios disponibles.					
56	Creo que me sucederán cosas agradables.					
57	Trabajar directamente con pacientes me produce estrés.					
58	Detallo lo máximo posible las enfermedades para favorecer una mejor y más rápida recuperación.					
59	Creo que como persona (madre/padre, esposa/esposo, trabajador/trabajadora) he logrado lo que quería.					
60	Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con los/as pacientes a los que doy servicio.					
61	Utilizo técnicas de comunicación diversas en mis contactos con los pacientes.					
62	Creo que valgo tanto como cualquier otra persona.					
63	Me siento estimulado después de trabajar en contacto con pacientes.					
64	Atiendo rápido y con prisas a los pacientes.					
65	Creo que puedo superar mis errores y debilidades.					
66	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.					
67	Dedico más tiempo a unos pacientes que a otros, en función de la empatía que se establezca.					
68	Creo que mi familia me quiere.					
69	Me siento acabado.					
70	Dejo hablar al paciente sin interrumpirle.					
71	Me siento «en forma».					
72	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.					
73	Animo al paciente para superar su enfermedad.					
74	Tengo muchas ganas de vivir.					
75	Creo que las/ los pacientes que trato me culpan de algunos de sus problemas.					
76	Le explico al paciente bien todo lo que requiera su enfermedad y/o convalecencia.					

77	Me enfrento a mi trabajo y a mis tareas con buen ánimo.					
78	Facilito que los pacientes puedan preguntar cualquier duda.					
79	Me gusta lo que hago.					
80	Tiendo a hacer un trabajo rutinario.					
81	Disfruto de las comidas.					
82	Suelo dedicar el mismo tiempo a cada paciente.					
83	Me gusta salir y ver a la gente.					
84	Utilizo algún tipo de saludo cuando inicio la comunicación con los pacientes.					
85	Me concentro con facilidad en lo que estoy haciendo.					
86	La masificación de las consultas provoca que no haya una relación más próxima con los pacientes.					
87	Creo que, generalmente, tengo buen humor.					
88	Adoro mi trabajo igual o más que cuando decidí dedicarme a la sanidad.					
89	Siento que todo me va bien.					
90	Influye el estado de ánimo para dedicarle más o menos tiempo a los pacientes.					
91	Tengo confianza en mí mismo/a.					
92	La apariencia personal del paciente me influye a la hora de tratarlo.					
93	Vivo con cierto desahogo y bienestar.					
94	Ayudo a eliminar los miedos de los pacientes.					
95	Puedo decir que soy afortunado/a.					
96	Cuando se tiene que informar a un paciente, me preocupo por su estado emocional para no dañarle.					
97	Tengo una vida tranquila.					
98	Procuro que los pacientes se sientan relajados/as cuando son atendidos.					
99	Tengo lo necesario para vivir.					
100	Considero muy importante una buena comunicación con el paciente para implicarle en su recuperación.					
101	La vida me ha sido favorable.					
102	Conozco técnicas de comunicación.					

103	Creo que tengo una vida asegurada, sin grandes riesgos.					
104	Tengo intenciones de mejorar en mi puesto de trabajo.					
105	Creo que tengo lo necesario para vivir cómodamente.					
106	Intento ser cercano y comprensivo con el paciente.					
107	Las condiciones en que vivo son cómodas.					
108	Intento transmitirles tranquilidad.					
109	Mi situación es relativamente próspera.					
110	Le doy mucha importancia a que se pueda establecer un clima de confianza recíproco.					
111	Estoy tranquilo/a sobre mi futuro económico.					
112	Intento adaptar mi forma de hablar al nivel de lenguaje del paciente, según su nivel cultural.					
113	Mi trabajo es creativo, variado, estimulante.					

PLAN DE INICIACIÓN A LA INVESTIGACIÓN EN LA UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA

ACCIÓN V: AYUDAS PARA LA COLABORACIÓN CON HOSPITALES, EMPRESAS Y CENTROS TECNOLÓGICOS

Anexo 2.

Cuestionario de Pacientes.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

¿ESTÁN NUESTROS PACIENTES BIEN INFORMADOS? LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y SUS PACIENTES

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y FLUIDEZ DE LA COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES DEL SISTEMA DE SALUD Y LOS PACIENTES

El presente cuestionario, de carácter anónimo, tiene como objetivo evaluar la relación entre los profesionales sanitarios y pacientes del SES para conocer la calidad y fluidez de la comunicación entre ambos, dada su importancia de cara al tratamiento.

Por favor, responda a cada pregunta poniendo una "X" en la casilla que personalmente considere más adecuada en función de la siguiente leyenda y desde el punto de vista de sus valoraciones reales, por ello pedimos la mayor sinceridad posible al responder, teniendo en cuenta que sólo hay tres opciones de respuesta: Sí – No – A veces.

¡Muchas gracias por su colaboración!

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Sexo:	☐ **H**	☐ **M**		
Edad:	☐ **<25**	☐ **25-35**	☐ **36-45**	☐ **>45**
Localidad:				
Actividad profesional que desarrolla:				

	COMPORTAMIENTO DURANTE LA INTERACCIÓN	SÍ	NO	A VECES
1	Me miran a los ojos cuando interacciono con el sanitario.			
2	La atención que recibo es más breve y concisa si me comporto de manera problemática o difícil.			
3	El profesional de la salud se muestra comprensivo cuando mi nivel comunicativo es inferior a lo esperado.			
4	Ante una situación conflictiva, saben solucionar la situación.			
5	Se ponen en mi lugar.			
6	No creo que sigan tan motivados en su puesto de trabajo como el primer día.			
7	Considero que tienen un número demasiado elevado de pacientes que atender en muy poco espacio de tiempo.			
8	Cuando tengan tiempo, deberían asistir a seminarios o cursos de formación para mejorar la atención al paciente.			
9	Se preocupan por aclarar todas las dudas de los pacientes.			
10	Noto que me dedican más tiempo que a otros pacientes, en función de la importancia de mi enfermedad.			
11	Soy escuchado con atención mientras me exploran y atienden.			
12	Noto que el profesional de la salud intenta hacer algo para que tenga ganas de mejorar.			
13	La comunicación con los profesionales de la salud es eficaz.			
14	Usan un lenguaje claro, sencillo y comprensible para que pueda entenderles.			
15	Los pacientes somos sólo un número que tienen que “despachar”.			
16	Creo que existe baja calidad en los servicios sanitarios disponibles.			
17	Me describen con detalle los aspectos relacionados con mi dolencia de cara a favorecer una mejor y más rápida recuperación.			
18	Utilizo técnicas de comunicación diversas en mis contactos con los profesionales de la salud.			
19	Atienden rápido y con prisas a los pacientes.			
20	Me dedican más tiempo que a otros pacientes, sí se produce empatía.			

21	Puedo hablar al profesional de la salud sin que me interrumpan.			
22	Me animan a superar mi enfermedad.			
23	Me explican bien todo lo que requiera mi enfermedad y/o convalecencia.			
24	Me facilitan que pueda preguntarles cualquier duda.			
25	Tienden a hacer un trabajo rutinario.			
26	Suelen dedicar el mismo tiempo a cada paciente.			
27	Utilizan algún tipo de saludo cuando inician la comunicación conmigo.			
28	La masificación de las consultas provoca que no haya una relación más próxima.			
29	No creo que valoren su trabajo igual o más que cuando decidieron dedicarse a la sanidad.			
30	Según el estado de ánimo en el que se encuentre el profesional de la salud, me dedica más o menos tiempo.			
31	Mi apariencia personal como paciente influye a la hora de ser tratado.			
32	Me ayudan a eliminar mis miedos.			
33	Cuando me tienen que informar, se preocupan por mi estado emocional para no dañarme.			
34	Procuran que me sienta relajado/a cuando soy atendido.			
35	Considero muy importante lograr una buena comunicación con el profesional de la salud.			
36	Conozco técnicas de comunicación.			
37	Pienso que no tienen intenciones de mejorar en su puesto de trabajo.			
38	Intentan ser cercanos y comprensivos conmigo.			
39	Intentan transmitirme tranquilidad.			
40	Contribuyo a establecer un clima de confianza recíproco.			
41	Aprecio que el profesional de la salud adapta su forma de hablar a mi nivel de lenguaje, según mi nivel cultural.			

PLAN DE INICIACIÓN A LA INVESTIGACIÓN EN LA UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA

ACCIÓN V: AYUDAS PARA LA COLABORACIÓN CON HOSPITALES, EMPRESAS Y CENTROS TECNOLÓGICOS