

Marc Palacín i Palacios

**FACTORS SOCIODEMOGRÀFICS, PSICOLÒGICS I LABORALS
PREDICTORS DEL BENESTAR PSICOLÒGIC EN
PROFESSIONALS DEL SECTOR SANITARI**

TREBALL DE FI DE GRAU

Dirigit pel Dr. Sergi Macip Simó

Facultat de Ciències de l'Educació i Psicologia



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

Curs 2025 - 2026

ÍNDEX

Capítol 1: Introducció	1
Capítol 2: Marc Teòric.....	2
2.1 El treball sanitari com a context d'estudi.....	2
2.1.1 Característiques del treball en el sector sanitari	3
2.1.2 Exigències emocionals, càrrega laboral i responsabilitat assistencial	4
2.1.3 Importància d'estudiar el benestar psicològic en professionals sanitaris	5
2.2 Benestar Psicològic.....	6
2.2.1 Concepte de benestar psicològic.....	6
2.2.2 El model multidimensional de Ryff.....	8
2.2.3 Benestar psicològic en professionals sanitaris	9
2.3 Variables sociodemogràfiques i professionals	10
2.3.1 Gènere i benestar psicològic	11
2.3.2 Edat i benestar psicològic	11
2.3.3 Categoria professional i benestar psicològic	12
2.4 Resiliència i benestar psicològic	13
2.4.1 Concepte de resiliència.....	13
2.4.2 Resiliència en professionals sanitaris.....	14
2.4.3 Relació entre resiliència i benestar psicològic.....	14
2.5 Estratègies d'afrontament i benestar psicològic.....	15
2.5.1 Concepte d'afrontament.....	15
2.5.2 Tipus d'estratègies d'afrontament.....	15
2.5.3 Afrontament en professionals sanitaris.....	16
2.5.4 Relació entre estratègies d'afrontament i benestar psicològic.....	16
2.6 Engagement laboral i benestar psicològic	17
2.6.1 Concepte d'engagement laboral.....	17
2.6.2 Dimensions de l'engagement: vigor, dedicació i absorció.....	18
2.6.3 Engagement en professionals sanitaris.....	18
2.6.4 Relació entre engagement laboral i benestar psicològic.....	19
2.7 Satisfacció laboral i benestar psicològic.....	19
2.7.1 Concepte de satisfacció laboral	19
2.7.2 Factors associats a la satisfacció laboral en l'àmbit sanitari	20

2.7.3 Satisfacció laboral en professionals sanitaris.....	21
2.7.4 Relació entre satisfacció laboral i benestar psicològic.....	21
Capítol 3: Objectius i hipòtesis	22
3.1 Objectiu General.....	22
3.2 Objectius específics	22
3.3 Hipòtesis	22
Capítol 4: Metodologia.....	23
4.1 Participants	23
4.2 Instruments	24
4.3 Procediment.....	29
4.4 Anàlisi de dades.....	29
Capítol 5: Resultats	32
5.1 Fiabilitat	32
5.2 Anàlisis descriptives	33
5.3 Anàlisis comparatives segons les variables sociodemogràfiques.....	35
5.4 Anàlisis correlacional i model de regressió.....	38
Capítol 6: Discussió	42
Capítol 7: Conclusions	49
Capítol 8: Bibliografia	51

ÍNDEX D'ANNEXOS	60
Annex A: Taula resum de les característiques sociodemogràfiques de la mostra	61
Annex B: Qüestionari administrat (Variables sociodemogràfiques)	63
Annex C: Qüestionari administrat (Escala de Benestar Psicològic Ryff)	64
Annex D: Qüestionari administrat (Brief Resilience Scale - BRS)	66
Annex E: Qüestionari administrat (COPE – Estratègies d'afrontament)	67
Annex F: Taula distribució de les subescales del COPE-28	69
Annex G: Qüestionari administrat (UWES – 9 Engagement laboral)	70
Annex H: Qüestionari administrat (Escala de Satisfacció General)	71
Annex I: Full d'informació a la Persona Participant i Consentiment Informat	72
Annex J: Taula dels Criteris d'Interpretació del coeficient rho Spearman	73
Annex K: Taula Estadístics descriptius de les puntuacions totals dels qüestionaris	74
Annex L: Histogrames de les puntuacions totals de les variables d'interès	76
Annex M: Gràfics i Taules relatius als supòsits del model de regressió lineal múltiple	78

Resum

El benestar psicològic dels professionals sanitaris ha rebut tradicionalment menys atenció que el malestar laboral, tot i tractar-se d'un col·lectiu exposat de manera continuada a l'adversitat assistencial i identificat com a prioritari en matèria de salut mental. L'objectiu del present treball de final de grau és determinar quins factors sociodemogràfics, psicològics i laborals prediuen el benestar psicològic d'aquests professionals, així com el pes relatiu de cada bloc de variables. Hi van participar 123 professionals sanitaris en actiu, amb edats compreses entre els 21 i els 72 anys, que han respost voluntàriament un qüestionari administrat a través de Microsoft Forms on es recollen variables sociodemogràfiques i laborals, així com les variables d'interès a partir de cinc instruments estandarditzats: les Escales de Benestar Psicològic (SPWB; Ryff, 1989), l'Escala Breu de Resiliència (BRS; Smith et al., 2008), l'Inventari d'Afrontament (COPE-28; Carver, 1997), L'Escala d'Engagement Laboral (UWES-9; Schaufeli et al., 2006) i l'Escala General de Satisfacció (Warr et al., 1979). Les dades han estat analitzades amb el programa SPSS mitjançant un model de regressió lineal múltiple jeràrquica, que ha explicat el 43 % de la variància del benestar psicològic. La resiliència ha resultat el predictor principal, seguida de les estratègies d'afrontament eficaces, en sentit directe, i de les ineficaces, en sentit invers, mentre que les variables sociodemogràfiques i els factors laborals no hi han una contribució significativa. Tampoc no s'han observat diferències de benestar segons el gènere ni la categoria professional. Aquests resultats subratllen el pes dels recursos psicològics sobre el funcionament psicològic positiu i suggereixen la conveniència de dissenyar intervencions orientades a enfortir la resiliència i l'afrontament eficaç en l'entorn sanitari.

Paraules clau: professionals sanitaris, benestar psicològic, resiliència, engagement, satisfacció laboral, estratègies d'afrontament.

Abstract

The psychological well-being of healthcare professionals has traditionally received less attention than occupational distress, even though this is a group continuously exposed to caregiving adversity and identified as a priority regarding mental health. The aim of this final degree project is to determine which sociodemographic, personal and work-related factors predict the psychological well-being of these professionals, as well as the relative weight of each block of variables. A total of 123 active healthcare professionals, aged between 21 and 72, voluntarily completed a questionnaire administered through Microsoft Forms, which gathered sociodemographic and occupational variables along with the study variables through five standardised instruments: the Scales of Psychological Well-Being (SPWB; Ryff, 1989), the Brief Resilience Scale (BRS; Smith et al., 2008), the Brief COPE (COPE-28; Carver, 1997), the Utrecht Work Engagement Scale (UWES-9; Schaufeli et al., 2006) and the Overall Job Satisfaction Scale (Warr et al., 1979). Data were analysed with SPSS through a hierarchical multiple linear regression model, which explained 43 % of the variance in psychological well-being. Resilience emerged as the main predictor, followed by effective coping strategies, in a direct sense, and ineffective ones, in an inverse sense, whereas sociodemographic variables and work-related factors did not make a significant contribution. No differences in well-being were found according to gender or professional category either. These results underline the weight of personal resources on positive psychological functioning and suggest the value of designing interventions aimed at strengthening resilience and adaptive coping in the healthcare setting.

Keywords: healthcare professionals, psychological well-being, resilience, engagement, job satisfaction, coping strategies

Capítol 1: Introducció

Els professionals sanitaris exerceixen la seva activitat en un dels entorns laborals més exigents, caracteritzat per una elevada càrrega de treball, una gran responsabilitat assistencial i el contacte continuat amb el patiment i la mort. Aquestes condicions, juntament amb unes exigències emocionals específiques i uns factors psicosocials sovint desfavorables, situen aquest col·lectiu en una posició de risc per a la salut mental (Escribà-Agüir i Bernabé-Muñoz, 2002; García-Rodríguez et al., 2015). En aquest context, protegir el benestar dels professionals de la salut s'ha reconegut com una prioritat de salut pública, especialment arran de l'impacte de la pandèmia de COVID-19 (Søvold et al., 2021).

Tradicionalment, la recerca sobre la salut laboral en aquest àmbit s'ha centrat en el pol negatiu del funcionament – l'estrès i el burnout –, mentre que l'atenció al benestar psicològic ha estat més tardana (Sánchez-Uriza et al., 2006). Aquest canvi d'enfocament és necessari perquè els nivells de benestar disten sovint de ser òptims – només un 8 % dels sanitaris estudiats per Amutio et al. (2008) en presentava nivells alts – i perquè el benestar no és una simple alternativa a l'estudi del malestar, sinó una via complementària per comprendre quins recursos protegeixen el funcionament positiu del treballador.

L'interès per aquest constructe s'accentua quan es considera que les seves conseqüències transcendeixen de l'àmbit individual. El benestar dels professionals s'ha vinculat estretament a la qualitat de l'atenció: els treballadors amb més factors de risc psicosocial tendeixen a atendre els pacients de manera més descurada i a cometre més errors de judici (Escribà-Agüir i Bernabé-Muñoz, 2002).

Respecte als factors que expliquen aquest benestar, la literatura assenyala que és el resultat de la combinació de variables sociodemogràfiques, psicològiques i laborals, més que no pas d'una única variable aïllada (Johari i Omar, 2019). La literatura ha establert tres blocs de factors associats a aquest benestar. Els recursos psicològics – especialment la resiliència i les estratègies d'afrontament – hi apareixen com els predictors més robustos (Arrogante et al., 2015, 2016; Hernández-Morante i Reche García, 2023); els factors laborals – l'engagement i la satisfacció laboral – s'hi

associen positivament (Chiang Vega et al., 2021; Giménez-Espert et al., 2020); i l'efecte de les variables sociodemogràfiques, en canvi, és més feble i heterogeni (García-Rodríguez et al., 2015; Gómez-Baya et al., 2018).

Aquesta evidència, tot i ser valuosa, presenta diverses limitacions que justifiquen la realització del present estudi. En primer lloc, els resultats són sovint heterogenis, especialment pel que fa a les variables sociodemogràfiques, la qual cosa reclama més recerca que ajudi a clarificar-ne la contribució. En segon lloc, bona part dels estudis analitzen els factors de manera aïllada, sense integrar-los en un únic model que permeti estimar-ne el pes relatiu i controlar-ne les influències mútues. Aquestes mancances són especialment notables si es té en compte que identificar quins factors tenen més capacitat predictiva és el pas previ per dissenyar intervencions preventives o organitzatives eficaces.

Per tot això, aquest treball es proposa analitzar, des d'un enfocament quantitatiu i predictiu, com un conjunt de variables sociodemogràfiques, psicològiques i laborals contribueix a explicar el benestar psicològic dels professionals sanitaris. Es tracta, en definitiva, d'oferir una visió integrada que superi l'anàlisi de variables aïllades i que pugui orientar futures actuacions dirigides a preservar el benestar d'un col·lectiu clau per al bon funcionament del sistema sanitari.

Capítol 2: Marc Teòric

2.1 El treball sanitari com a context d'estudi

El benestar psicològic dels professionals sanitaris no es pot comprendre al marge de les condicions concretes en què desenvolupen la seva activitat. Abans d'abordar el benestar com a constructe i els factors que hi poden estar associats, convé, doncs, delimitar el context laboral en què s'inscriu aquest treball: un sector caracteritzat per una elevada exigència psicosocial, per unes demandes emocionals específiques i per una responsabilitat assistencial que el diferencia de la majoria d'entorns laborals. Aquest apartat descriu aquestes característiques, n'analitza les exigències més rellevants i

justifica per què l'estudi del benestar psicològic en aquest col·lectiu constitueix una prioritat tant científica com aplicada.

2.1.1 Característiques del treball en el sector sanitari

El treball sanitari s'emmarca dins del sector dels serveis i comparteix amb aquest un tret definitori: el contacte directe i continuat amb altres persones – pacients, usuaris i familiars – durant la major part de la jornada laboral (Serrano Argüeso i Ibáñez González, 2015). A aquesta característica interpersonal s'hi afegeixen un seguit de condicions estructurals i organitzatives que configuren un entorn laboral particularment exigent: el treball a torns i la nocturnitat, els horaris rotatius, la pressió assistencial, l'escassetat de personal, la inseguretat contractual i la necessitat de treballar en equips multidisciplinaris. La recerca sobre l'entorn psicosocial dels professionals sanitaris mostra que aquestes condicions varien de manera notable segons l'àmbit i la categoria, amb diferències significatives en el tipus de contracte, el règim d'horari i els anys d'exercici entre el personal facultatiu i el d'infermeria i entre l'atenció primària i l'hospitalària (García-Rodríguez et al., 2015).

Per analitzar aquestes exigències, la psicologia de la salut ocupacional disposa de dos models clàssics de l'estrès laboral. El model de demanda-control de Karasek (1979) sosté que la tensió laboral (strain) no depèn tant del volum de demandes de la feina com de la combinació d'aquestes amb el grau de control o marge de decisió que el treballador té sobre la seva tasca. D'acord amb aquest model, les situacions més nocives per a la salut són les d'«alta tensió», que impliquen demandes elevades i control escàs. Per la seva banda, el model d'esforç-recompensa de Siegrist (1996) vincula el malestar a un desequilibri entre l'esforç esmerçat i les recompenses obtingudes.

L'aplicació d'aquests marcs a la població sanitària ofereix una imatge coherent: es tracta d'un dels col·lectius més afectats pel seu ambient psicosocial. En un estudi transversal amb mostreig aleatori estratificat de 498 professionals del sistema públic andalús, García-Rodríguez et al. (2015) constaten que l'entorn psicosocial dels treballadors sanitaris és més desfavorable que el de la població assalariada espanyola, amb nivells especialment alts d'exigències psicològiques cognitives, emocionals i sensorials, i amb símptomes elevats d'estrès percebut en tots els grups estudiats.

2.1.2 Exigències emocionals, càrrega laboral i responsabilitat assistencial

Entre les exigències emocionals que caracteritzen el treball sanitari, la sobrecàrrega laboral ocupa un lloc central. En un estudi qualitatiu amb 47 metges especialistes hospitalaris, Escribà-Agüir i Bernabé-Muñoz (2002) identifiquen la sobrecàrrega de treball i la falta de personal com el principal factor de risc psicosocial percebut, i, significativament, els mateixos professionals l'atribueixen més a una organització deficient dels serveis i a la pressió per reduir les llistes d'espera que no pas a un volum objectivament excessiu de feina. Aquesta sobrecàrrega s'agreuja per la necessitat de compatibilitzar la tasca assistencial amb activitats de gestió, docència i recerca, i per la dedicació a tasques administratives que interfereixen en les funcions pròpies del lloc (Escribà-Agüir i Bernabé-Muñoz, 2002). Coherentment, la recerca quantitativa situa el conflicte de rol i la inseguretat laboral entre les variables associades de manera significativa a nivells alts d'estrès percebut en aquest col·lectiu (García-Rodríguez et al., 2015).

Una segona exigència, específica del sector, és el treball emocional: la gestió i la regulació de les emocions pròpies per mostrar aquelles manifestacions que l'organització considera apropiades en la interacció amb l'usuari (Hochschild, 1983), una demanda característica de les professions de contacte com la sanitària. Quan aquesta gestió no es duu a terme adequadament, s'hi han vinculat conseqüències com l'esgotament emocional, la despersonalització, l'estranyament del jo o la fatiga per compassió (Serrano Argüeso i Ibáñez González, 2015). De manera coherent, les exigències emocionals apareixen com un dels predictors més robustos dels símptomes d'estrès en els professionals sanitaris (García-Rodríguez et al., 2015).

A la càrrega de treball i a les demandes emocionals s'hi suma un tercer element que singularitza la feina sanitària: la responsabilitat assistencial i el contacte quotidià amb el patiment i la mort. Sentir-se responsable de vides humanes, la incertesa davant del diagnòstic, la possibilitat de ser demandat per mala praxi o la necessitat de transmetre males notícies constitueixen factors de risc emocional inherents a la professió, l'impacte dels quals es veu modulats per l'edat i l'experiència (Escribà-Agüir i Bernabé-Muñoz, 2002). En conjunt, aquestes exigències delimiten un entorn laboral d'alta intensitat psicològica,

el pol negatiu del qual s'ha estudiat tradicionalment sota la noció de burnout o desgast professional.

2.1.3 Importància d'estudiar el benestar psicològic en professionals sanitaris

L'exposició sostinguda a aquest conjunt de demandes té conseqüències documentades tant com per a la salut dels professionals com per la qualitat del sistema sanitari. En el pla individual, els factors de risc psicosocial s'han associat a alteracions en l'esfera psicològica – ansietat, depressió, esgotament i desconexió emocional – i a un increment de l'absentisme laboral (Escribà-Agüir i Bernabé-Muñoz, 2002), així com a nivells alts de símptomes conductuals, cognitius i somàtics d'estrès (García-Rodríguez et al., 2015). En el pla organitzatiu, la repercussió va més enllà del benestar del treballador: els professionals amb més factors de risc psicosocial tendeixen a atendre els pacients de manera més descurada i a cometre més errors de judici, la qual cosa compromet directament la qualitat assistencial (Escribà-Agüir i Bernabé-Muñoz, 2002). El benestar del professional i la qualitat de la cura apareixen, així, estretament lligats.

Aquesta constatació ha impulsat un canvi d'enfocament rellevant. Durant molt de temps, l'estudi de la salut laboral en el sector sanitari es va centrar gairebé exclusivament en un pol negatiu – l'estrès, el desgast, la malaltia –, mentre que les emocions i el benestar quedaven relegats (Serrano Argüeso i Ibáñez González, 2015). Progressivament, però, s'ha anat consolidant una perspectiva que, sense obviar els riscos, posa l'accent en la promoció del benestar i en la construcció d'organitzacions saludables, capaces de captar, desenvolupar i retenir treballadors sans (Serrano Argüeso i Ibáñez González, 2015). Aquest gir cap al pol positiu no respon només a una preferència teòrica: en contextos d'alta exigència com els viscuts durant la pandèmia de COVID-19, protegir la salut mental dels professionals sanitaris ha esdevingut una prioritat de primer ordre, atesos els elevats nivells d'estrès, ansietat i desgast documentats en aquest col·lectiu (Luceño-Moreno et al., 2020).

Malgrat aquesta rellevància, l'ambient psicosocial i el benestar dels professionals sanitaris han estat històricament poc estudiats en el context espanyol (Escribà-Agüir i Bernabé-Muñoz, 2002), i bona part de la recerca disponible s'ha orientat a descriure els factors de risc més que no pas a modelar de manera integrada els factors que sostenen el benestar.

En aquest sentit, els estudis que apliquen anàlisis multivariades i models predictius per identificar quines variables s'associen a l'estrès o al benestar dels sanitaris (García-Rodríguez et al., 2015) obren una línia especialment fecunda, en la mesura que permeten orientar les intervencions organitzatives i preventives cap als factors amb més capacitat explicativa.

2.2 Benestar Psicològic

2.2.1 Concepte de benestar psicològic

Durant bona part del segle XX, la psicologia va orientar els seus esforços cap a l'estudi del malestar, la psicopatologia i el seu tractament, de manera que el funcionament psicològic òptim i les condicions que afavoreixen una vida plena van romandre en un pla secundari (Castro Solano, 2009). Aquest biaix cap a allò deficitari va començar a corregir-se en les darreres dècades del segle passat, quan la consolidació de la psicologia positiva va reivindicar l'estudi sistemàtic de les fortaleeses humanes i del benestar com a objecte legítim i central de la disciplina, més enllà de la mera absència de trastorn (Seligman et al., 2005). És aquest desplaçament de focus el que permet entendre el benestar psicològic no com l'absència de símptomes, sinó com una manera positiva de funcionar i viure.

Tot i la seva centralitat creixent, el benestar psicològic continua sent un constructe complex i sense una definició unànimement acceptada, en bona part perquè s'ha abordat des de marcs filosòfics i metodològics diferents (Fernández González et al., 2014). La literatura sol ordenar aquesta diversitat al voltant de dues grans tradicions que es remunten a la filosofia grega: la perspectiva hedònica, que identifica el benestar amb l'experiència de plaer i la satisfacció, i la perspectiva eudaimònica, que el vincula a la realització del potencial humà i al funcionament psicològic ple (Ryan i Deci, 2001). Lluny de constituir una mera distinció acadèmica, aquesta dualitat ha donat lloc a dos constructes operativament diferents – el benestar subjectiu i el benestar psicològic – que conviuen en la recerca actual i que convé delimitar amb cura.

La tradició hedònica cristal·litza en el concepte de benestar subjectiu, definit com l'avaluació global que les persones fan de la seva pròpia vida, tant en termes cognitius com afectius (Diener, 1984). Des d'aquesta perspectiva, el benestar subjectiu s'articula en dos components relativament independents: un component cognitiu, referit al judici

de satisfacció amb la vida considerada com un tot, i un component afectiu, que reflecteix l'equilibri entre l'afecte positiu i l'afecte negatiu experimentat per la persona (Diener et al., 1999). Així, una persona presenta nivells alts de benestar subjectiu quan jutja la seva vida com a satisfactòria i, simultàniament, experimenta emocions agradables amb més freqüència que emocions desagradables.

Convé subratllar que la satisfacció vital – o satisfacció amb la vida – no és sinònim de benestar subjectiu, sinó que en constitueix únicament el component cognitiu, és a dir, el judici reflexiu i relativament estable que la persona elabora sobre la seva existència en conjunt (Diener et al., 1999). Aquesta precisió és rellevant perquè, tant en el llenguatge quotidià com de vegades en la recerca, els termes felicitat, satisfacció i benestar s'empren de manera intercanviable, quan en realitat designen nivells d'anàlisi diferents i s'avaluen amb instruments distints. Enfront d'aquesta concepció hedònica, la tradició eudaimònica es desenvolupa a partir de la crítica que Ryff (1989) dirigeix als enfocaments clàssics: identificar el benestar exclusivament amb la presència d'afecte positiu i l'absència d'afecte negatiu suposa una visió reduccionista que ignora aportacions teòriques cabdals sobre l'autorealització, el cicle vital i el funcionament psicològic òptim. Per això, Ryff (1989) qüestiona la unidimensionalitat del constructe i proposa concebre el benestar psicològic com un funcionament psicològic positiu de caràcter multidimensional, centrat en el desenvolupament de les capacitats i el creixement personal.

D'aquesta divergència d'orígens se'n deriva la distinció conceptual fonamental entre tots dos constructes. El benestar subjectiu remet a una avaluació de tipus hedònic – sentir-se bé – i s'operativitza a través de la satisfacció vital i del balanç afectiu; el benestar psicològic, en canvi, remet a un funcionament psicològic òptim de tipus eudaimònic – funcionar bé – i s'operativitza a través de dimensions com l'autonomia, el propòsit vital o el creixement personal (Ryan i Deci, 2001). Es tracta, doncs, de dos angles complementaris d'un mateix fenomen: l'un atén com se sent la persona respecte de la seva vida, i l'altre, com de plenament desenvolupa el seu potencial.

Aquesta distinció no és només teòrica, sinó que té un suport empíric consistent. Tot i que el benestar subjectiu i el benestar psicològic correlacionen de manera moderada, la recerca mostra que constitueixen factors diferenciables i que una persona pot presentar nivells alts en un d'ells i més moderats en l'altre (Keyes et al., 2002).

Diversos autors han intentat integrar ambdues tradicions en marcs més amplis. En aquesta línia, el model PERMA de Seligman (2011) descriu el benestar com a constructe multidimensional format per l'emoció positiva, l'engagement o implicació, les relacions positives, el sentit i l'assoliment, i comparteix amb la perspectiva eudaimònica la idea que el benestar no es redueix a sentir-se bé, sinó que implica també funcionar bé i desplegar el propi potencial.

2.2.2 El model multidimensional de Ryff

El model presentat per Ryff (1989) constitueix l'operativització més influent del benestar psicològic des de la perspectiva eudaimònica (Ryan i Deci, 2001). La seva aportació principal rau a aglutinar en un únic constructe diverses tradicions teòriques que fins aleshores havien restat disperses – com les nocions d'autorealització, de funcionament ple i de salut mental positiva provinents de la psicologia humanista i de les teories del desenvolupament – per oferir-ne una formulació coherent i, sobretot, susceptible de mesura empírica (Vera-Villaruel et al., 2013). Amb aquesta integració, Ryff (1989) supera la concepció del benestar com a simple presència d'afecte positiu i el redefineix com un funcionament psicològic òptim de naturalesa multidimensional.

Sobre aquesta base, Ryff i Keyes (1995) formulen un model integrat per sis dimensions que, conjuntament, configuren el benestar psicològic. L'autoacceptació es refereix a una actitud positiva cap a un mateix que inclou l'acceptació dels aspectes propis menys favorables; les relacions positives amb els altres designen la capacitat de mantenir vincles càlids, satisfactoris i de confiança; l'autonomia al·ludeix a la independència del criteri i a la capacitat de resistir les pressions socials; el domini de l'entorn fa referència a l'habilitat per gestionar el propi context i les demandes de la vida; el propòsit a la vida remet al sentit de direcció i de significat vital; i, finalment, el creixement personal expressa el sentiment de desenvolupament continu i de realització del propi potencial (Ryff i Keyes, 1995).

El caràcter multidimensional del model és, precisament, el que en constitueix el valor teòric. Cadascuna de les sis dimensions representa un repte diferent del funcionament psicològic positiu, de manera que el benestar no s'entén com un estat global i indiferenciat, sinó com una configuració de components que poden manifestar-se en graus diversos en una mateixa persona (Ryff, 1989). Aquesta concepció permet copsar perfils de benestar

més matisats – per exemple, el d’una persona amb un propòsit vital sòlid però amb dificultats en el domini de l’entorn – i, per tant, resulta especialment adequada per a estudis que pretenen analitzar quins factors es relacionen amb cada faceta del benestar.

El model de Ryff proporciona, així, un marc conceptual adequat per examinar el benestar en poblacions professionals sotmeses a estrès, i la seva naturalesa multidimensional permet analitzar si els diferents predictors es relacionen de manera desigual amb cadascuna de les facetes del benestar. Per tant, en coherència amb l’objectiu general del present treball, el benestar psicològic – entès a partir d’aquestes sis dimensions – es conceptualitza com a variable criteri, la variabilitat de la qual es pretén explicar mitjançant un conjunt de variables sociodemogràfiques, psicològiques i laborals, que la literatura prèvia assenyalava com a potencials predictors – gènere, edat, categoria professional, resiliència, estratègies d’afrontament, engagement i satisfacció laboral –, que seran abordats al llarg d’aquest marc teòric.

2.2.3 Benestar psicològic en professionals sanitaris

La literatura sobre la salut ocupacional en el col·lectiu sanitari s’ha construït majoritàriament al voltant del malestar – l’estrès laboral i el burnout –, de manera que el coneixement acumulat sobre el seu benestar psicològic és considerablement menor (Sánchez-Uriza et al., 2006). Aquesta asimetria resulta significativa en un col·lectiu que, per l’exposició continuada a l’adversitat assistencial, ha estat identificat com a prioritari en matèria de salut mental (Søvold et al., 2021). Els apartats següents revisen què mostra l’evidència disponible sobre els nivells de benestar psicològic d’aquests professionals i sobre els factors que s’hi associen.

La investigació disponible mostra que els nivells de benestar psicològic entre els professionals sanitaris disten sovint de ser òptims i que aquest constructe manté una relació estreta amb el desgast professional. En un estudi amb 1.275 sanitaris del País Basc, només un 8 % de la mostra presentava nivells alts de benestar psicològic, i aquest es relacionava de manera inversa amb la síndrome de burnout, alhora que n’esmorteïa les conseqüències negatives sobre la salut física, psicològica i sociofamiliar (Amutio et al., 2008). En la mateixa línia, durant la pandèmia de COVID-19 s’ha documentat la coexistència de nivells elevats de burnout amb afectacions del benestar psicològic del

personal de salut, cosa que ha renovat l'interès per aquest constructe com a indicador de salut ocupacional (García-Torres et al., 2021).

El benestar psicològic dels professionals sanitaris s'ha vinculat, així mateix, a un conjunt de variables sociodemogràfiques i professionals – com el gènere, l'edat, l'experiència o la categoria professional –, si bé l'evidència en aquest terreny és heterogènia i no permet establir un patró unívoc. Al costat de les variables sociodemogràfiques, la literatura ha subratllat el pes dels recursos psicològics com a predictors del benestar psicològic dels sanitaris. En el personal d'infermeria, la resiliència i les estratègies d'afrontament adaptatives s'han associat de manera consistent amb un benestar major (Arrogante et al., 2015), i, entre el personal d'urgències durant la pandèmia, l'optimisme i la resiliència van ser les variables que millor van explicar el benestar psicològic percebut (Hernández-Morante i Reche García, 2023). Aquests resultats situen els recursos psicològics com a candidats especialment prometedors a l'hora d'explicar el benestar en aquest col·lectiu.

En conjunt, l'evidència suggereix que el benestar psicològic dels professionals sanitaris és el resultat de la combinació de factors sociodemogràfics, psicològics i laborals, més que no pas d'una única variable aïllada (Johari i Omar, 2019). Bona part d'aquests estudis empenen dissenys correlacionals i models predictius – anàlisis de regressió o d'equacions estructurals – per estimar el pes relatiu de cada factor; la diversitat de mostres, d'instruments i de contextos explica, però, part de l'heterogeneïtat dels resultats obtinguts. Aquesta manca de conclusions unívokes justifica continuar investigant quins factors tenen una capacitat predictiva més gran sobre el benestar en aquest col·lectiu.

2.3 Variables sociodemogràfiques i professionals

Més enllà de les condicions de l'entorn laboral, el benestar psicològic dels professionals sanitaris s'ha relacionat amb un conjunt de variables sociodemogràfiques i professionals que actuen com a possibles factors diferencials. El gènere, l'edat i la categoria professional són, entre aquestes, les que han rebut més atenció en la recerca sobre la salut ocupacional, i constitueixen habitualment el primer bloc de predictors que s'incorpora als models explicatius del benestar (García-Rodríguez et al., 2015). Convé advertir, però, que l'evidència sobre l'efecte d'aquestes variables no és concloent: mentre que alguns estudis identifiquen diferències significatives, d'altres en troben de febles o nul·les, la qual cosa

aconsella un tractament prudent i allunyat de les afirmacions categòriques (López-León et al., 2007).

2.3.1 Gènere i benestar psicològic

El gènere és una de les variables sociodemogràfiques bàsiques en l'estudi del benestar psicològic, i adquireix una rellevància particular en el sector sanitari per la seva marcada feminització: en les mostres de professionals sanitaris, la proporció de dones sol superar clarament la d'homes, situant-se sovint entre el 60 % i el 75 % (Carrillo-García et al., 2015; García-Rodríguez et al., 2015).

Diversos estudis han documentat que les dones professionals de la salut tendeixen a presentar nivells de benestar psicològic inferiors i més problemes de salut que els homes. En una anàlisi comparativa amb professionals sanitaris europeus, Gómez-Baya et al. (2018) troben diferències de gènere en el benestar psicològic i en els problemes de salut, i les expliquen a través de la satisfacció de les necessitats psicològiques bàsiques i de la satisfacció laboral, la qual cosa suggereix que l'efecte del gènere pot ser en part indirecte i estar moderada per altres variables. En una línia similar, Germán Cañavate et al. (2023) constaten que els factors psicosocials incideixen de manera diferent en homes i dones entre el personal hospitalari. Aquestes diferències podrien relacionar-se amb una exposició més elevada de les dones a la doble càrrega familiar i amb desigualtats estructurals en les condicions de treball.

Tanmateix, l'evidència dista de ser unànime. Alguns estudis no troben diferències significatives de gènere en indicadors com el desgast professional: López-León et al. (2007), per exemple, no observen diferències significatives per sexe en cap dels tres dominis del burnout entre metges de família.

2.3.2 Edat i benestar psicològic

L'edat és una segona variable sociodemogràfica de rellevància, sovint entrellaçada amb l'experiència i l'antiguitat professional, de manera que el seu efecte pot reflectir tant processos maduratius com l'acumulació de recursos al llarg de la trajectòria laboral. La literatura sobre professionals sanitaris tendeix a mostrar una relació de signe positiu entre l'edat i diversos indicadors d'ajust i benestar. Així, en l'estudi de García-Rodríguez et al. (2015), els símptomes somàtics d'estrès s'associen de manera inversa amb l'edat, de

manera que els professionals més joves presenten més; en el terreny de la satisfacció laboral, Chiang Vega et al. (2021) troben, mitjançant models de regressió, un efecte positiu i significatiu de l'edat, de manera que més edat correspon a una satisfacció més elevada; i en un pla més qualitatiu, Escribà-Agüir i Bernabé-Muñoz (2002) recullen com els metges de més edat i experiència gestionen millor l'impacte emocional del contacte amb el patiment i la mort. En la mateixa direcció, l'edat i el temps d'exercici s'han vinculat a una implicació més gran dins de l'engagement laboral en professionals d'infermeria (Sanclemente Vinué et al., 2017).

Aquest patró, però, tampoc no és uniforme. López-León et al. (2007) no troben diferències significatives en el desgast professional segons l'antiguitat laboral, la qual cosa suggereix que la relació entre l'edat, l'experiència i el benestar pot estar modulada per altres factors i no ser lineal en tots els indicadors.

2.3.3 Categoria professional i benestar psicològic

La categoria professional constitueix una variable estructural que condensa diferències en el rol, l'autonomia, la responsabilitat, les condicions contractuals i els tipus de demandes a què s'exposa cada col·lectiu, i que, per tant, pot traduir-se en diferències de benestar. La recerca en el sector sanitari ha documentat variacions significatives entre categories en diversos indicadors relacionats amb el benestar. En l'àmbit de la satisfacció laboral, Carrillo-García et al. (2015) constaten diferències estadísticament significatives entre categories, amb els grups de gestió i els metges residents com els més satisfets i els facultatius especialistes d'àrea, el personal d'infermeria i les auxiliars com els menys satisfets. Pel que fa a l'entorn psicosocial, García-Rodríguez et al. (2015) identifiquen els facultatius d'atenció primària com el col·lectiu amb l'ambient psicosocial més desfavorable, amb diferències entre el personal facultatiu i el d'infermeria i entre els àmbits primari i hospitalari.

Ara bé, l'evidència científica sobre quina categoria presenta un millor o pitjor benestar és heterogènia i depèn en bona part de la mostra, del context organitzatiu i dels grups inclosos en la comparació. En l'estudi de López-León et al. (2007), les diferències entre especialistes i no especialistes en medicina de família en els dominis del burnout no van assolir la significació estadística, tot i que sí que s'hi van observar diferències segons el torn de treball. Aquesta variabilitat de resultats suggereix que la categoria professional,

per si sola, pot no ser un predictor consistent del benestar, i que el seu efecte podria dependre de la interacció de les condicions laborals concretes de cada lloc.

2.4 Resiliència i benestar psicològic

2.4.1 Concepte de resiliència

La resiliència s'ha consolidat com un dels constructes centrals de la psicologia positiva i de la psicologia de la salut, tot i que la seva definició continua sent objecte de debat. En una revisió àmpliament citada, Fletcher i Sarkar (2013) conclouen que, malgrat la diversitat de definicions, la majoria comparteixen dos elements nuclears: l'existència d'una adversitat significativa i una adaptació positiva posterior. Dit altrament, no es pot parlar de resiliència sense una amenaça o dificultat prèvia durant la qual la persona aconsegueix mantenir o recuperar un funcionament saludable.

Les definicions de resiliència han evolucionat de manera notable al llarg de les últimes dècades. Des de la psicologia del desenvolupament, Rutter (1987) en va destacar els mecanismes protectors – els factors que atenuen la resposta davant un risc que predisposaria a un desenllaç desadaptatiu –, mentre que Masten et al. (1990) i Luthar et al. (2000) van consolidar una visió processual, entesa com un procés dinàmic d'adaptació positiva en un context d'adversitat significativa. Altres autors n'han accentuat el vessant disposicional, definint-la com el conjunt de qualitats personals que permeten prosperar davant l'adversitat (Connor i Davidson, 2003). Més recentment, Southwick et al. (2014) han subratllat que no es tracta d'un fenomen unitari, sinó d'un procés que varia segons el context i el moment vital.

Aquesta diversitat de definicions posa de manifest una tensió conceptual de fons sobre la naturalesa mateixa del constructe. Fletcher i Sarkar (2013) sistematitzen la qüestió en distingir tres grans maneres d'entendre la resiliència: com un tret estable de personalitat, com un procés dinàmic d'adaptació o com un resultat positiu assolit després de l'adversitat. La concepció processual és avui la predominant, ja que evita reduir la resiliència a una quantitat fixa i permet explicar per què una mateixa persona pot mostrar-se resilient en unes circumstàncies i no en d'altres.

Aquesta pluralitat es reflecteix igualment en la manera de mesurar el constructe. Alguns instruments avaluen els recursos que promouen la resiliència – com l'optimisme, el suport

social o la competència personal –, mentre que d'altres se centren en la capacitat de recuperació pròpiament dita. En aquesta segona línia, Smith et al. (2008) van desenvolupar la Brief Resilience Scale, que defineix la resiliència de manera restringida com la capacitat de recuperar-se o tornar a l'equilibri després de l'estrès i que, per aquest motiu, es distingeix tant dels recursos que la faciliten com de les estratègies d'afrontament amb què sovint es confon (Fletcher i Sarkar, 2013).

Més enllà de les qüestions definitòries, hi ha un ampli consens sobre el paper protector de la resiliència davant l'estrès. La resiliència influeix en la manera com les persones valoren les situacions estressants, regulen les seves emocions i seleccionen les estratègies d'afrontament, i actua així com un recurs que esmorteix l'impacte de l'adversitat sobre la salut (Smith et al., 2008). A diferència d'una concepció purament disposicional, la perspectiva processual sosté que la resiliència es pot desenvolupar i enfortir al llarg del temps, cosa que la converteix en un objectiu especialment interessant per a les intervencions preventives (Connor i Davidson, 2003).

2.4.2 Resiliència en professionals sanitaris

En l'àmbit sanitari, la resiliència ha rebut una atenció creixent perquè els professionals de la salut treballen de manera habitual en entorns d'alta adversitat. Fa temps que s'assenyala que la resiliència personal constitueix una estratègia clau perquè el personal d'infermeria no només sobrevisqui, sinó que prosperi davant l'adversitat laboral (Jackson et al., 2007). Aquesta rellevància s'ha fet especialment visible durant la pandèmia de COVID-19: en una mostra àmplia de personal sanitari espanyol, els nivells de resiliència es van analitzar juntament amb els símptomes d'estrès posttraumàtic, ansietat, depressió i burnout, i es van identificar com un element diferencial en la resposta a la crisi (Luceño-Moreno et al., 2020). En aquest mateix context excepcional, la resiliència s'ha descrit com una de les principals estratègies per combatre els efectes psicològics i emocionals negatius de l'adversitat (Carbone, 2023).

2.4.3 Relació entre resiliència i benestar psicològic

La relació entre la resiliència i el benestar psicològic dels professionals sanitaris compta amb un suport empíric consistent. En el personal d'infermeria, la resiliència s'ha mostrat com un dels determinants del benestar psicològic (Arrogante et al., 2016), i diversos estudis n'han quantificat la capacitat predictiva. Així, en una mostra de personal

d'urgències, un model de regressió que incloïa la resiliència i l'optimisme va explicar prop del 42 % de la variància del benestar psicològic, amb la resiliència com a predictor de més pes, mentre que les variables sociodemogràfiques com l'edat, el sexe o la categoria professional en van quedar excloses (Hernández-Morante i Reche García, 2023). Aquests resultats situen la resiliència entre els predictors psicològics més robustos del benestar en aquest col·lectiu, per damunt de les característiques sociodemogràfiques.

2.5 Estratègies d'afrontament i benestar psicològic

2.5.1 Concepte d'afrontament

El concepte d'afrontament (coping) prové del model transaccional de l'estrès de Lazarus i Folkman (1984), que continua sent el marc de referència en aquest camp. Segons aquests autors, l'afrontament es defineix com el conjunt d'esforços cognitius i conductuals, en constant canvi, que la persona desplega per gestionar les demandes internes o externes que valora com a excessives o que desborden els seus recursos. Aquesta definició situa l'afrontament dins d'un procés transaccional: davant d'una situació potencialment estressant, la persona en fa primer una valoració (appraisal) – de l'amenaça que representa i dels recursos de què disposa –, i en funció d'aquesta valoració, activa determinades estratègies per fer-hi front (Lazarus i Folkman, 1984).

Aquesta concepció processual permet diferenciar l'afrontament d'altres constructes propers. A diferència de la resiliència, que designa una capacitat o un procés d'adaptació de caràcter més ampli i estable, les estratègies d'afrontament són les respostes específiques i situacionals mitjançant les quals la persona gestiona un estressor concret; de fet, l'afrontament s'ha descrit com un dels mecanismes a través dels quals opera la resiliència (Fletcher i Sarkar, 2013). Cal remarcar, a més, que l'afrontament no és intrínsecament adaptatiu: es tracta dels esforços per gestionar l'estrès amb independència del seu resultat, de manera que una mateixa estratègia pot ser eficaç en un context i contraproduent en un altre.

2.5.2 Tipus d'estratègies d'afrontament

La classificació clàssica de les estratègies d'afrontament, proposada per Lazarus i Folkman (1984), distingeix entre l'afrontament centrat en el problema – dirigit a modificar o resoldre la situació estressant – i l'afrontament centrat en l'emoció – orientat a regular les

respostes emocionals que la situació genera -. Aquesta dicotomia, però, ha estat considerada insuficient per capturar la complexitat del constructe, i les revisions posteriors han posat de manifest la convivència de models més detallats i multidimensionals (Skinner et al., 2003). En aquesta línia, Carver (1997) identifica un ventall ampli d'estratègies – com l'afrontament actiu, la planificació, la cerca de suport social, la reinterpretació positiva, l'acceptació, la negació o la desconnexió conductual –, cosa que permet una anàlisi més fina de les respostes davant l'estrès.

Al costat d'aquestes classificacions basades en l'orientació de l'estratègia, la literatura sol distingir entre estratègies adaptatives o eficaces i estratègies desadaptatives o ineficaces, en funció de la seva contribució al benestar de la persona a mitjà i llarg termini. En estudis amb personal sanitari, s'ha observat un predomini de mecanismes eficaços – com la separació entre la vida laboral i la personal, el treball en equip o els hàbits saludables –, tot i que sovint coexisteixen amb respostes desadaptatives (Córdoba Sevilla, 2025). Aquesta coexistència reforça la idea que l'afrontament no és una qüestió de «tot o res», sinó un repertori de respostes que la persona combina de maneres diverses segons la situació.

2.5.3 Afrontament en professionals sanitaris

En el sector sanitari, l'afrontament adquireix una importància especial per l'exposició continuada als estressors d'alta intensitat emocional descrits en apartats anteriors. Una revisió sistemàtica recent sobre la fatiga emocional en aquest col·lectiu n'assenyala com a causes principals l'exposició prolongada a entorns d'alt estrès, la manca de suport social i un temps de recuperació insuficient (Gonçalves i Matos, 2025). Els mateixos autors subratllen, però, que l'afrontament individual, tot i ser necessari, resulta insuficient si no s'acompanya de canvis organitzatius, de manera que la responsabilitat de gestionar l'estrès no pot recaure únicament en el treballador. Alhora, algunes manifestacions de fatiga s'han associat a variables laborals com l'antiguitat, cosa que suggereix que les necessitats d'afrontament poden variar al llarg de la trajectòria professional (Córdoba Sevilla, 2025).

2.5.4 Relació entre estratègies d'afrontament i benestar psicològic

La relació entre les estratègies d'afrontament i el benestar psicològic dels professionals sanitaris compta amb suport empíric, tot i que matisat per la naturalesa multidimensional

del constructe. En el personal d'infermeria, les estratègies d'afrontament adaptatives s'han associat de manera consistent amb nivells superiors de benestar psicològic, juntament amb la resiliència (Arrogante et al., 2015). En aquesta mateixa línia, un model d'equacions estructurals va identificar l'afrontament, al costat del suport social i la resiliència, com un dels determinants del benestar psicològic en aquest col·lectiu (Arrogante et al., 2016). L'efecte de l'afrontament sobre el benestar sembla operar, en bona part, a través de la seva relació amb el pol negatiu de la salut ocupacional: s'ha descrit que les estratègies d'afrontament poden mitigar alguns dels efectes de la fatiga emocional en els professionals sanitaris, per bé que la seva eficàcia és més gran quan s'acompanyen de mesures organitzatives (Gonçalves i Matos, 2025).

2.6 Engagement laboral i benestar psicològic

2.6.1 Concepte d'engagement laboral

L'engagement laboral – sovint traduït com a compromís o vinculació amb la feina – ha esdevingut un dels constructes centrals de la psicologia de la salut ocupacional i de la psicologia positiva aplicada al treball. El seu origen se sol situar en l'obra de Kahn (1990), que va introduir la noció d'engagement personal per descriure el grau en què les persones s'impliquen en els seus rols laborals invertint-hi energia física, cognitiva i emocional, per contraposició als estats de desvinculació en què el treballador es distancia de la seva tasca.

La definició més influent i utilitzada actualment és la que proposen Schaufeli et al. (2002), que conceben l'engagement com un estat mental positiu i de plenitud, relacionat amb la feina. Un dels debats teòrics més rellevants sobre l'engagement fa referència a la seva relació amb el burnout. Maslach i Leiter (1999) van entendre l'engagement com el pol positiu directament oposat al desgast professional, de manera que ambdós constructes es conceben com els extrems d'un mateix continu. Schaufeli et al. (2002), en canvi, sostenen que l'engagement és un constructe amb entitat pròpia i no simplement la cara oposada del burnout, tot i compartir-hi una relació antitètica. Aquesta precisió és rellevant perquè permet diferenciar l'engagement d'altres estats laborals positius, com la satisfacció laboral o el compromís organitzatiu, dels quals es distingeix pel seu caràcter més actiu, persistent i vinculat directament a l'experiència de la tasca.

2.6.2 Dimensions de l'engagement: vigor, dedicació i absorció

La conceptualització de Schaufeli et al. (2002) caracteritza l'engagement a partir de tres dimensions. El vigor fa referència als alts nivells d'energia i resistència mental durant el treball, així com a la disposició a esforçar-s'hi; la dedicació implica una forta implicació en la feina, acompanyada de sentiments d'entusiasme, inspiració, orgull i repte; l'absorció descriu un estat de concentració plena i de gaudi en la tasca, en què el temps sembla passar de pressa (Schaufeli et al., 2002). Aquesta conceptualització tridimensional és la que ha orientat la major part de la recerca posterior sobre el constructe.

Per explicar què afavoreix o dificulta l'engagement, el model de demandes i recursos laborals (Job Demands-Resources, JD-R) s'ha consolidat com el marc teòric de referència. Segons aquest model, les condicions de treball es poden classificar en demandes laborals – aspectes que exigeixen un esforç sostingut i que, en excés, condueixen al burnout – i recursos laborals i personals – aspectes que faciliten l'assoliment d'objectius i estimulen el creixement – (Demerouti et al., 2001). Si el vessant de les demandes s'ha vinculat sobretot al procés de deteriorament de la salut, són precisament els recursos els que actuen com a principals predictors de l'engagement: en la formulació més recent del model, demandes i recursos posen en marxa dos processos diferenciats, un de deteriorament i un de motivacional, en el qual l'engagement ocupa un lloc central (Bakker et al., 2014). Aquest marc resulta especialment útil per a un estudi de caràcter predictiu, ja que ofereix una base teòrica per esperar que determinades variables laborals i psicològiques expliquin els nivells d'engagement i, a través seu, el benestar.

2.6.3 Engagement en professionals sanitaris

En l'àmbit sanitari, l'engagement ha rebut una atenció creixent per la seva relació amb la qualitat i la seguretat assistencial. La literatura el descriu com un estat afavorit tant per recursos organitzacionals com personals (García-Sierra et al., 2016). La revisió sistemàtica de García-Iglesias et al. (2021) identifica que certes demandes laborals, com la sobrecàrrega o el tipus de torn, així com alguns recursos, com el suport social, la capacitat de decisió o el capital psicològic, influeixen en els nivells d'engagement i de burnout, tot i la notable variabilitat entre estudis. En professionals d'infermeria, s'hi han associat també la valoració del clima laboral i variables sociodemogràfiques, com l'edat o l'antiguitat (Sanclemente Vinué et al., 2017).

2.6.4 Relació entre engagement laboral i benestar psicològic

Pel que fa a la seva relació amb el benestar, l'engagement s'ha conceptualitzat com a una manifestació relativament estable del benestar dins del context laboral (Schaufeli et al., 2006) i s'ha associat de manera positiva amb la salut i el funcionament dels treballadors. Així, en professionals d'infermeria s'ha observat que nivells més alts d'engagement es relacionen amb un nombre més baix de problemes de salut, especialment de tipus social (Sanclemente Vinué et al., 2017). Durant la pandèmia de COVID-19, l'engagement s'ha estudiat conjuntament amb la satisfacció laboral com a indicador positiu davant els riscos psicosocials del personal d'infermeria (Giménez-Espert et al., 2020).

2.7 Satisfacció laboral i benestar psicològic

2.7.1 Concepte de satisfacció laboral

La satisfacció laboral és un dels constructes més estudiats de la psicologia del treball i de les organitzacions, fins al punt que ha estat descrita com un dels aspectes de la conducta organitzativa que ha concentrat més atenció al llarg del segle XX i que continua vigent (Judge et al., 2017). La seva definició de referència prové de Locke (1976), que la conceptualitza com un estat emocional positiu o plaent que resulta de l'avaluació que la persona fa de la seva feina o de les seves experiències laborals, un estat que sorgeix de la comparació entre allò que la persona espera o desitja de la feina i allò que efectivament n'obté. Aquesta perspectiva de discrepància situa la satisfacció en el terreny valoratiu: no és una propietat objectiva del lloc de treball, sinó el balanç subjectiu que en fa qui l'ocupa. Per aquest motiu, la satisfacció laboral s'ha entès habitualment com una variable indicadora del benestar i de la qualitat de la vida laboral dels treballadors, especialment rellevant en les organitzacions de serveis, on repercuteix directament en la qualitat del servei prestat (Carrillo-García et al., 2015).

Al voltant d'aquesta definició fundacional s'ha desplegat un debat sobre la naturalesa afectiva o cognitiva del constructe. Weiss (2002) proposa desagregar la noció, sovint utilitzada de manera ambigua, i distingir entre les avaluacions – la satisfacció entesa com una actitud o judici valoratiu envers la feina –, les creences sobre el lloc de treball i les experiències afectives que s'hi viuen; des d'aquest punt de vista, la satisfacció laboral és essencialment un judici avaluatiu, positiu o negatiu, sobre la situació laboral pròpia. En una línia complementària, Spector (1997) la caracteritza com una actitud que expressa el

grau en què les persones aprecien o rebutgen la seva feina, i introdueix una distinció metodològicament decisiva entre la satisfacció global i la satisfacció per facetes. Autors com Loitegui (1990), citat per Chiang Vega et al. (2021), havien subratllat ja el caràcter pluridimensional del constructe, en fer-lo dependre de la interacció entre les característiques del treball, els resultats que el treballador n'obté i la percepció que en té d'acord amb la seva personalitat.

Convé, finalment, delimitar la satisfacció laboral respecte de constructes veïns. Respecte a l'engagement, si bé ambdues variables correlacionen, cal remarcar que són diferenciables conceptualment i empíricament, ja que la satisfacció és una actitud avaluativa relativament estable envers la feina, més propera a un estat de contentament, mentre que l'engagement remet a un estat afectivoemocional actiu, caracteritzat per l'energia, la implicació i la concentració (Judge et al., 2017). Respecte del benestar psicològic, la satisfacció laboral pot entendre's com una forma de benestar específica del domini – l'avaluació cognitiva i afectiva aplicada a l'esfera del treball, propera al vessant satisfactori del benestar subjectiu –, però diferent del benestar psicològic global i eudaimònic de Ryff (1989), que remet al funcionament òptim de la persona en el seu conjunt i és transversal a tota la seva existència.

2.7.2 Factors associats a la satisfacció laboral en l'àmbit sanitari

Des del punt de vista teòric, el marc que ha vertebrat bona part de la recerca sobre satisfacció laboral en el sector sanitari és la teoria bifactorial de Herzberg et al. (1959), que distingeix dos conjunts de factors: els higiènics o extrínsecs – relacionats amb el context de la feina, com la remuneració, les condicions físiques o la supervisió –, la presència dels quals evita la insatisfacció, però no genera satisfacció positiva, i els factors motivadors o intrínsecs – vinculats al contingut de la tasca, com el reconeixement, la responsabilitat o el creixement professional –, que són els que produeixen satisfacció genuïna (Carrillo-García et al., 2015). Aquest model continua orientant estudis recents en organitzacions sanitàries (Chiang Vega et al., 2021), si bé les aproximacions contemporànies el complementen amb els components afectius i cognitius del constructe (Weiss, 2002).

Aquesta distinció entre factors intrínsecs i extrínsecs es reflecteix en els perfils empírics de satisfacció observats en el sector. Els perfils per facetes són força consistents entre

estudis: els aspectes més ben valorats solen ser els de caràcter interpersonal i vocacional – els companys de treball, el superior immediat i la competència professional pròpia –, mentre que els més mal valorats són recurrentment les possibilitats de promoció, les relacions entre la direcció i els treballadors, la manera com es gestiona la institució i la tensió associada a la feina (Carrillo-García et al., 2015; Fernández San Martín et al., 2000). Aquest patró suggereix que, en el sector sanitari, la insatisfacció es concentra sobretot en factors organitzatius i extrínsecs, més que no pas en el contingut assistencial de la tasca.

2.7.3 Satisfacció laboral en professionals sanitaris

En el context sanitari, la satisfacció laboral adquireix una rellevància particular perquè s'ha integrat en la mateixa definició de la qualitat assistencial: mesurar la satisfacció dels professionals equival, en bona part, a avaluar la qualitat interna de l'organització, i s'ha descrit que repercuteix positivament en la pràctica laboral i, finalment, en la satisfacció dels usuaris (Carrillo-García et al., 2015; Fernández San Martín et al., 2000). Pel que fa als nivells observats, els estudis en professionals sanitaris tendeixen a descriure una satisfacció mitjana o moderadament alta: Carrillo-García et al. (2015) obtenen una satisfacció general mitjana de 71,37 sobre 105 en una mostra hospitalària, i Fernández San Martín et al. (2000) una mitjana de 3,12 sobre 5 en atenció primària.

Aquesta satisfacció varia, a més, segons la categoria professional, amb els grups de gestió i els metges residents habitualment entre els més satisfets i els facultatius especialistes i el personal d'infermeria entre els menys (Carrillo-García et al., 2015). L'evidència sobre aquest punt, però, no és del tot homogènia, i les diferències entre categories professionals s'analitzen amb més detall en l'apartat 2.3.3.

2.7.4 Relació entre satisfacció laboral i benestar psicològic

La literatura documenta una associació positiva entre tots dos constructes, alhora que insisteix en la distinció: Wright i Cropanzano (2000) mostren que el benestar psicològic i la satisfacció laboral són predictors diferenciats del rendiment i no poden reduir-se l'un a l'altre. En el terreny sanitari, la satisfacció s'ha vinculat a millors indicadors de salut mental i física (Chiang Vega et al., 2021) i s'ha associat de manera inversa al burnout i positiva amb el benestar ocupacional dels professionals (Giménez-Espert et al., 2020). Convé, però, mantenir la prudència: l'associació és robusta, però no equival a una identitat conceptual, i la seva direcció continua sent objecte de discussió.

Capítol 3: Objectius i hipòtesis

3.1 Objectiu General

Analitzar quins factors sociodemogràfics, psicològics i laborals prediuen el benestar psicològic dels professionals sanitaris, i estimar-ne el pes relatiu mitjançant un model predictiu.

3.2 Objectius específics

1. Descriure els nivells de benestar psicològic i de les variables predictores – resiliència, estratègies d'afrontament, engagement laboral i satisfacció laboral – en una mostra de professionals sanitaris.
2. Analitzar les diferències en el benestar psicològic en funció del gènere.
3. Analitzar les diferències en el benestar psicològic en funció de la categoria professional.
4. Examinar la relació entre el benestar psicològic i l'edat dels professionals.
5. Analitzar la relació entre el benestar psicològic i els recursos psicològics, concretament la resiliència i les estratègies d'afrontament.
6. Analitzar la relació entre el benestar psicològic i els factors laborals, concretament l'engagement i la satisfacció laboral.
7. Determinar la capacitat predictiva conjunta de les variables sociodemogràfiques, psicològiques i laborals sobre el benestar psicològic, així com el pes relatiu de cada bloc de factors.

3.3 Hipòtesis

A partir de la revisió teòrica i empírica realitzada, i tenint en compte que en alguns casos l'evidència prèvia no és del tot concloent, es plantegen les hipòtesis següents:

H1. Les dones presentaran nivells de benestar psicològic inferiors als dels homes, si bé aquesta diferència podria ser de magnitud reduïda.

H2. S'observaran diferències en el benestar psicològic en funció de la categoria professional.

H3. El benestar psicològic es relacionarà positivament amb l'edat: els professionals de més edat i experiència presentaran nivells superiors de benestar psicològic.

H4. La resiliència es relacionarà positivament amb el benestar psicològic.

H5. L'ús d'estratègies d'afrontament eficaces es relacionarà positivament amb el benestar psicològic.

H6. L'engagement laboral es relacionarà positivament amb el benestar psicològic.

H7. La satisfacció laboral es relacionarà positivament amb el benestar psicològic.

H8. El conjunt de variables sociodemogràfiques, psicològiques i laborals predirà una proporció significativa de la variància del benestar psicològic, amb una contribució especialment rellevant dels recursos psicològics.

Capítol 4: Metodologia

4.1 Participants

En el present estudi hi van participar 123 professionals que exerceixen actualment la seva activitat en l'àmbit sanitari, els quals han col·laborat de manera voluntària, previ consentiment informat. Els criteris d'inclusió per poder formar part de la mostra han estat els següents: 1) ser major d'edat, 2) exercir, en el moment de respondre el qüestionari, una activitat professional en l'àmbit sanitari, en qualsevol context assistencial, tant públic com privat, 3) tenir prou domini del castellà per poder comprendre els qüestionaris administrats, i 4) haver donat el consentiment informat a l'inici del qüestionari i haver respost a totes les preguntes obligatòries. Qualsevol persona que no complís tots aquests requisits ha quedat automàticament exclosa de l'estudi. En aquest sentit, cal precisar que el qüestionari incorporava un ítem inicial de consentiment informat de resposta obligatòria, de manera que aquelles persones que no l'acceptaven eren dirigides automàticament al final del formulari i les seves respostes no es van registrar. A més, atès que tots els ítems es van configurar com a resposta obligatòria, la base de dades final no presenta cap valor perdut.

Els participants tenen edats compreses entre els 21 anys i els 72 anys ($M = 47,99$; $SD = 12,99$) i acumulen entre 0 i 45 anys d'experiència professional en el sector sanitari ($M = 23,83$; $SD = 12,49$). Pel que fa al gènere, la distribució és clarament desequilibrada,

tal com és habitual en les mostres de professionals sanitaris: 93 són dones (75,6 %), 29 són homes (23,6 %) i 1 persona s'identifica dins de la categoria «altres» (0,8 %).

A l'Annex A es presenta un resum de les principals característiques sociodemogràfiques i laborals dels participants.

4.2 Instruments

Per a la recollida de dades es va elaborar un qüestionari autoadministrat en línia mitjançant la plataforma de Microsoft Forms. El formulari s'iniciava amb una pàgina informativa on es detallaven els objectius de l'estudi, els criteris de participació, el caràcter voluntari, anònim i confidencial de la col·laboració i el tractament de les dades d'acord amb la normativa vigent en matèria de la protecció de dades; per poder accedir al qüestionari, els participants havien de manifestar de manera explícita el seu consentiment informat. A partir d'aquest punt, el protocol es va estructurar en sis seccions: una primera secció dedicada a les variables sociodemogràfiques i laborals, i cinc seccions addicionals corresponents als instruments estandarditzats emprats per avaluar, respectivament, el benestar psicològic, la resiliència, les estratègies d'afrontament, l'engagement laboral i la satisfacció laboral. Tots els ítems s'han redactat en castellà, atès que els instruments estandarditzats estaven en aquest idioma, que s'ha mantingut també als exemples d'ítems que s'ofereixen en aquesta secció. El temps estimat de resposta era d'entre 10 i 15 minuts.

Variables sociodemogràfiques i laborals

La primera secció del qüestionari, elaborada ad hoc per als objectius d'aquest estudi, està formada per nou ítems destinats a caracteritzar la mostra i a operacionalitzar les variables sociodemogràfiques i professionals incloses en el model predictiu. Concretament, s'hi recull l'edat (en anys), el gènere (home, dona, no binari o altres) i la categoria professional (medicina, infermeria, tècnic/a en cures auxiliars d'infermeria, psicologia, fisioteràpia, teràpia ocupacional, treball social sanitari o altres), que constitueixen les tres variables sociodemogràfiques i professionals analitzades de manera específica en els objectius del treball. A més, s'hi inclouen cinc ítems que permeten descriure el context dels participants: el tipus de centre on treballen actualment (hospital públic, privat o concertat, centre d'atenció primària, centre sociosanitari, residència o altres), el servei o àrea assistencial

principal (atenció primària, urgències, hospitalització, unitat de cures intensives, quiròfan, salut mental, pediatria, geriatría, consultes externes, rehabilitació o altres), els anys d'experiència professional en l'àmbit sanitari, el tipus de jornada laboral (completa o parcial), el torn habitual de treball (matí, tarda, nit, torn rotatiu o altres) i l'ocupació o no d'un càrrec de coordinació o responsabilitat. Tots els ítems que configuren el protocol es poden consultar a l'Annex B.

Benestar psicològic

El benestar psicològic s'ha mesurat amb la *Scale of Psychological Well-Being (SPWB)* de Ryff (1989), a partir de la seva adaptació a l'espanyol publicada per Díaz et al. (2006) (Vegeu Annex C). Es tracta d'una escala d'autoinforme formada per 29 ítems distribuïts en sis dimensions: l'autoacceptació (4 ítems), referida al fet de mantenir una actitud positiva envers un mateix i de ser capaç de reconèixer els aspectes positius i negatius de la vida passada («En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo»); el creixement personal (4 ítems), que fa referència a la percepció de la pròpia evolució al llarg del temps, així com l'obertura a noves experiències («Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de aprendizaje, desarrollo y crecimiento»); el propòsit a la vida (5 ítems), que recull la creença que la pròpia vida té un sentit i una direcció, amb unes fites ben establertes («Tengo clara la dirección y objetivo de mi vida»); l'autonomia (6 ítems), que avalua la capacitat d'autodeterminació i de regulació de la pròpia conducta davant les pressions externes («Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general»); les relacions positives amb els altres (5 ítems), referides a la capacitat de mantenir vincles de qualitat amb altres persones, basats en la confiança, l'empatia i l'afecte («Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí»); i, finalment, el domini de l'entorn (5 ítems), relatiu a l'habilitat per escollir entorns favorables, que s'ajustin a les necessitats i als valors personals («En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo»).

Els participants han de valorar cada afirmació en funció del que han pensat o sentit durant el darrer mes, mitjançant una escala ordinal de tipus Likert de 5 punts, que oscil·la entre 1 (*totalment en desacord*) i 5 (*totalment d'acord*). Del conjunt d'ítems, n'hi ha 10 de redactats de forma inversa, de manera que han de ser revertits a l'hora d'obtenir les

puntuacions, per tal que tots vagin en una mateixa direcció: puntuacions més altes són indicatives de nivells superiors de benestar psicològic.

L'escala de 29 ítems elaborada per Díaz et al. (2006) presenta un bon ajustament a l'estructura proposada per Ryff, amb sis factors de primer ordre i un sol factor de segon ordre (benestar psicològic), així com valors de consistència interna acceptables per al seu ús en recerca en els diferents factors, amb valors que fluctuen entre $\alpha = ,70$ per a la dimensió de propòsit a la vida i $\alpha = ,84$ per a la dimensió d'autoacceptació.

Resiliència

La resiliència s'ha avaluat amb l'adaptació espanyola de la *Brief Resilience Scale (BRS)* de Smith et al. (2008), que va ser publicada per Rodríguez-Rey et al. (2016) (Vegeu Annex D). Es tracta d'una escala d'autoinforme de 6 ítems (per exemple, «Tiendo a recuperarme rápidamente después de haberlo pasado mal») amb un format de resposta de tipus Likert de 5 punts, que oscil·la entre 1 (*totalment en desacord*) i 5 (*totalment d'acord*). Una puntuació més alta indica un grau superior de resiliència.

Les puntuacions de la versió espanyola van mostrar una consistència interna adequada ($\alpha = ,83$), en línia amb els valors obtinguts per la versió anglesa (amb valors α entre ,80 i ,91). Les anàlisis factorials confirmatòries van indicar que la versió en espanyol de la BRS és monofactorial, igual que l'escala anglesa original. També s'han aportat evidències d'una adequada validesa convergent, concurrent i predictiva de les puntuacions. En resum, la versió espanyola de la BRS constitueix un instrument fiable i vàlid per avaluar la resiliència entesa com a capacitat de recuperació (Rodríguez-Rey et al., 2016).

Estratègies d'afrontament

Les estratègies d'afrontament s'han avaluat amb la COPE-28, que és la versió espanyola del *Brief COPE* de Carver (1997), elaborada per Morán et al. (2010) (Vegeu Annex E). Es tracta d'un inventari de 28 ítems amb 14 subescales (2 ítems per subescala), que s'han de respondre mitjançant una escala ordinal de tipus Likert amb quatre alternatives de resposta, puntuacions de 0 a 3, on el 0 significa *No, en absolut / no ho faig mai* i el 3 significa *Molt / ho faig sempre*. Puntuacions més altes impliquen un ús més freqüent d'aquella estratègia en concret.

La meitat de les subescales representen un estil d'afrontament eficaç i l'altra meitat, un estil ineficaç. L'estil d'afrontament eficaç està format per les subescales d'afrontament actiu, planificació, suport instrumental, suport emocional, reinterpretació positiva, acceptació i humor; per exemple, un ítem d'afrontament actiu seria «Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy». L'estil d'afrontament ineficaç, en canvi, integra les subescales d'autodistracció, desfogament emocional, desconnexió conductual, negació, religió, consum de substàncies i autoinculpació; un exemple d'ítem de desconnexió conductual seria «Renuncio a intentar ocuparme de ello». A l'Annex F, es presenta la distribució completa de les subescales dins de cada estil d'afrontament.

En relació amb la fiabilitat, l'escala total presenta una consistència interna acceptable per al seu ús en l'àmbit de la recerca ($\alpha = ,78$) (Mate et al., 2016), mentre que les subescales se situen amb valors més moderats, en què la subescala d'acceptació presenta el nivell més baix ($\alpha = ,30$) i la subescala de consum de substàncies, el més alt ($\alpha = ,93$) (Morán et al., 2010). A l'hora d'interpretar aquests resultats convé tenir present que les subescales només consten de dos ítems, cosa que dificulta l'obtenció de valors elevats de fiabilitat. D'altra banda, l'escala total presenta una adient validesa concurrent, a partir de la relació directa i significativa obtinguda en les puntuacions de les estratègies ineficaces i les puntuacions en qüestionaris d'agressió activa i reactiva (Mate et al., 2016).

Finalment, convé remarcar que les anàlisis factorials realitzades amb la versió espanyola no han pogut replicar l'estructura de 14 factors comentada anteriorment i han obtingut solucions d'entre 8 i 11 factors (Mate et al., 2016; Morán et al., 2010). Tot i aquestes discrepàncies, en el present estudi s'ha decidit mantenir l'estructura de l'instrument original, amb les 14 dimensions, per respectar-ne el plantejament teòric inicial i, al mateix temps, facilitar la correcció i la interpretació dels resultats obtinguts, atès que els criteris de correcció establerts es basen en aquesta estructura.

Engagement laboral

L'engagement laboral s'ha avaluat mitjançant la *Utrecht Work Engagement Scale UWES-9* (Schaufeli et al., 2006), a partir de la versió espanyola elaborada per Benevides-Pereira et al. (2009) (Vegeu Annex G). Aquesta versió abreujada està formada per 9 ítems distribuïts en tres dimensions: l'escala de vigor (3 ítems), que avalua els nivells d'energia, vitalitat i resistència mental a la feina («En mi trabajo me siento lleno de energía»);

l'escala de dedicació (3 ítems), que mesura el nivell d'implicació laboral, incloent-hi sentiments d'entusiasme, inspiració i repte («Estoy entusiasmado con mi Trabajo»); i l'escala d'absorció (3 ítems), que fa referència a l'estat mental de concentració plena, amb la impressió que el temps vola quan la persona està treballant («Estoy inmerso en mi Trabajo»). Les respostes es registren mitjançant una escala de tipus Likert de 7 punts, des de 0 (*mai*) fins a 6 (*sempre*). Puntuacions més altes indiquen nivells superiors d'engagement.

Les tres dimensions presenten valors de fiabilitat adequats per al seu ús en l'àmbit de la recerca α entre ,75 i ,91 per a l'escala de vigor, α entre ,83 i ,93 per a l'escala de dedicació i α entre ,75 i ,94 per a l'escala d'absorció. Si s'atén a l'instrument complet, format pels 9 ítems, els seus valors de consistència interna són molt bons, amb α entre ,89 i ,97 en funció dels estudis. En referència a les possibles relacions amb altres variables, cal destacar que les puntuacions d'engagement han mostrat correlacions inverses significatives amb els nivells de burnout, i han estat les més rellevants les obtingudes amb la baixa realització personal (Benevides-Pereira et al., 2009).

Satisfacció laboral

La satisfacció laboral s'ha avaluat mitjançant l'adaptació espanyola de l'*Overall Job Satisfaction* de Warr et al. (1979), realitzada per Pérez-Bilbao i Fidalgo-Vega (1995) (Vegeu Annex H). Consisteix en un instrument de 15 ítems que permet explorar tant factors intrínsecs de la feina – per exemple, l'autonomia («Libertad para elegir tu propio método de Trabajo»), el reconeixement o les possibilitats de promocionar – com extrínsecs, entre els quals trobaríem el salari, l'horari («Tu horario de Trabajo») o les condicions físiques en què es desenvolupa el treball, entre d'altres. En aquest sentit, l'escala permet obtenir tres puntuacions de satisfacció: general, intrínseca i extrínseca. Els ítems es responen amb una escala de tipus Likert, puntuada de 0 a 6, on el 0 significa *molt insatisfet* i el 6, *molt satisfet*. Puntuacions més altes són indicatives de nivells més elevats de satisfacció laboral.

En referència a la fiabilitat, les puntuacions generals presenten valors de consistència interna bons, amb coeficients α entre ,85 i ,88; les subescales de satisfacció intrínseca i extrínseca mostren valors més moderats, però igualment adequats per a l'ús de recerca: α entre ,79 i ,85 per a la intrínseca i α entre ,74 i ,78 per a l'extrínseca. D'altra banda, les

puntuacions en satisfacció laboral també han mostrat correlacions significatives amb diferents aspectes psicosocials de la feina, com les relacions personals o la definició de rol (Pérez-Bilbao i Fidalgo-Vega, 1995).

4.3 Procediment

Un cop obtingut el permís del Comitè d'Ètica de la Investigació en Persones, Societat i Medi Ambient (CEIPSA) de la Universitat Rovira i Virgili (URV) de Tarragona, es va elaborar el qüestionari, descrit a l'apartat d'instruments, en format Microsoft Forms. Abans de la seva administració definitiva, l'instrument es va pilotar amb una petita mostra de subjectes voluntaris (n=5) amb l'objectiu de verificar que totes les preguntes s'entenien correctament i que el temps de resposta no superava els 15 minuts.

Un cop verificats aquests aspectes, el qüestionari es va difondre a través de xarxes socials i aplicacions de missatgeria (WhatsApp, LinkedIn i Instagram) entre el dia 12 i el dia 19 de juliol del 2026, adreçat a diferents grups de contacte de l'investigador. S'ha seguit, per tant, un mostreig de conveniència (no probabilístic), intentant arribar al màxim de participants a partir d'un grup reduït de contactes de l'investigador que, al seu torn, n'han fet difusió entre els seus coneguts. A l'inici del qüestionari s'informava els participants de l'objectiu de l'estudi, dels criteris de participació – tenir 18 anys o més i exercir una activitat professional en l'àmbit sanitari, en qualsevol context assistencial, públic o privat – i del caràcter voluntari, confidencial i anònim de les dades recollides. La participació quedava condicionada a l'acceptació prèvia d'un ítem de consentiment informat, de manera que, en cas de no atorgar-lo, el qüestionari finalitzava sense registrar cap resposta (Vegeu Annex I).

Les respostes obtingudes es van descarregar en format Excel per a la seva posterior depuració i anàlisi.

4.4 Anàlisi de dades

Les dades s'han analitzat mitjançant el programa estadístic SPSS, versió 22. En primer lloc, es van calcular les puntuacions totals de cada qüestionari, així com les de les seves corresponents dimensions, tenint en compte la necessitat de revertir prèviament els ítems formulats en sentit invers presents en alguns dels instruments.

En segon lloc, s'han estimat les fiabilitats dels instruments de mesura en la mostra del present treball mitjançant el coeficient alfa de Cronbach (α). Per a la interpretació dels valors obtinguts, s'ha aplicat la proposta de Nunnally (1978), segons la qual es poden considerar acceptables per a la recerca de les fiabilitats iguals o superiors a ,70.

En tercer lloc, es van calcular els estadístics descriptius (de tendència central, dispersió i forma) de les puntuacions totals i de les diferents dimensions dels qüestionaris administrats. De manera complementària, s'han obtingut els histogrames corresponents i s'ha dut a terme la prova de Kolmogorov-Smirnov (amb correcció de Lilliefors) per avaluar l'ajustament a la distribució normal de les distribucions empíriques d'aquestes variables. El compliment del supòsit de normalitat condiona l'aplicació de tècniques paramètriques o no paramètriques en les anàlisis posteriors. En aquest sentit, convé remarcar que el benestar psicològic ha presentat un bon ajustament a la normalitat, però no així a altres variables, com l'engagement, la satisfacció laboral o les estratègies d'afrontament ineficaces. Cal tenir present que amb $N > 100$ la prova de Kolmogorov-Smirnov és molt sensible a petites desviacions de la normalitat, per això es presenten també els estadístics de forma i els histogrames, per oferir una visió més completa de les distribucions de les variables d'interès.

En quart lloc, s'ha analitzat la possible relació entre el benestar psicològic i tres de les variables sociodemogràfiques considerades en l'estudi. En el cas del gènere, atès que el benestar psicològic s'ajusta a la normalitat, s'ha aplicat la prova t de Student per a mostres independents, per comparar les mitjanes aritmètiques de les dimensions del benestar psicològic entre dones i homes. La magnitud de les diferències s'ha estimat amb l'estadístic d de Cohen. L'opció de resposta «altres» només va ser escollida per un únic participant, motiu pel qual no s'ha tingut en compte en aquesta anàlisi, atesa la seva manca de representativitat. Pel que fa a la categoria professional, es va decidir recodificar-la en tres categories – metge/essa, infermer/a i altres –, de manera que dins la categoria «altres» s'inclouen els professionals de la psicologia, la fisioteràpia, el diagnòstic per la imatge, la infermeria auxiliar (TCAE), entre d'altres. Aquesta decisió es va prendre atesa la reduïda mida mostral de les categories alternatives a metge/essa i infermer/a, que en dificultava la comparació si s'inclouen com a grups independents. Un cop establerta aquesta recodificació, es van obtenir tres grups relativament equilibrats, que es van poder

comparar mitjançant una anàlisi de variància (ANOVA) unifactorial o d'una via; en cas d'incompliment del supòsit d'homoscedasticitat, s'ha emprat la prova de Welch, considerada robusta en aquesta situació. La mida de l'efecte s'ha estimat mitjançant l'estadístic eta quadrat (η^2). Finalment, quant a l'edat, atès que es tracta d'una variable quantitativa amb una distribució asimètrica, s'ha optat per aplicar la correlació rho de Spearman; aquestes correlacions es van calcular tant per a la mostra total com segmentant l'arxiu en funció del gènere.

Per interpretar la magnitud o la força de les correlacions obtingudes mitjançant el coeficient rho de Spearman, s'han utilitzat els criteris proposats per Schober et al. (2018) (Vegeu Annex J).

En cinquè lloc, s'han avaluat les relacions entre el benestar psicològic i la resta de possibles predictors considerats en l'estudi: la resiliència, l'engagement laboral, la satisfacció laboral i les estratègies d'afrontament. Atesa la marcada asimetria d'alguns d'aquests predictors, s'ha optat per la utilització de la correlació rho de Spearman, en comptes de la correlació de Pearson, que té com a supòsit la normalitat de les distribucions.

Finalment, s'ha elaborat un model de regressió lineal múltiple amb l'objectiu d'establir quins són els predictors significatius del benestar psicològic en els professionals sanitaris. S'ha emprat una regressió jeràrquica en tres passos. En el primer pas, s'han introduït les variables sociodemogràfiques gènere, edat i categoria professional. Atès que el gènere i la categoria professional no són variables quantitatives sinó categòriques, s'han convertit prèviament en dummy. Per al gènere, s'ha establert únicament la codificació «dona = 1» i «home = 0», de manera que el subjecte que havia escollit «altres» ha quedat exclòs. En el segon pas, s'han introduït les variables psicològiques, incloent-hi la resiliència i estratègies d'afrontament eficaces i ineficaces. En el tercer i últim pas, s'han introduït les variables laborals, és a dir, l'engagement (vigor, dedicació i absorció) i la satisfacció laboral (factors intrínsecs i extrínsecs). De forma complementària, s'han dut a terme les anàlisis que permeten verificar els supòsits del model (normalitat, homoscedasticitat i independència) i s'ha avaluat la possible existència de col·linealitat mitjançant el càlcul dels estadístics VIF i tolerància. S'han considerat indicatius d'absència de problemes rellevants de col·linealitat valors de VIF < 5 i tolerància > ,20 i col·linealitat moderada amb valors VIF entre 3 i 5 (Tabachnick i Fidell, 2019).

Cal remarcar finalment que s'han considerat significatius els resultats amb una $p < ,05$ i que a les taules on s'ha treballat amb un plantejament unilateral (correlacions) s'ha indicat amb una anotació a peu de taula. S'ha treballat amb 2 decimals excepte en aquells casos en què s'ha considerat necessari guanyar precisió (significacions, correlacions i estadístics del model de regressió), on s'han fet servir 3 decimals.

Capítol 5: Resultats

5.1 Fiabilitat

A la Taula 1, es mostren els coeficients alfa de Cronbach obtinguts a la mostra del present estudi, així com el nombre d'ítems de cada escala i la mitjana de les correlacions entre ítems, amb l'objectiu de verificar el correcte funcionament dels instruments utilitzats. Com es pot observar, totes les escales assoleixen o superen el valor de ,70 habitualment establert com a criteri mínim per emprar un qüestionari en l'àmbit de la recerca, de manera que els instruments presenten una consistència interna adequada. Destaquen especialment les escales de satisfacció laboral ($\alpha = ,91$), engagement laboral ($\alpha = ,90$), i benestar psicològic ($\alpha = ,89$), amb valors propers a ,90 que indiquen una fiabilitat molt bona. Les escales de resiliència i d'estratègies d'afrontament presenten coeficients satisfactoris ($\alpha = ,77$ en ambdós casos), mentre que la d'estratègies d'afrontament ineficaces se situa just al límit del criteri establert ($\alpha = ,70$), resultat esperable si es té en compte l'heterogeneïtat de les conductes que agrupa i el reduït nombre d'ítems que integren cadascuna de les subescales de la COPE-28. En conjunt, aquests resultats indiquen que els instruments presenten una adequada precisió i donen suport a la utilització de les puntuacions obtingudes en les anàlisis posteriors.

Taula 1

Coeficients alfa de Cronbach dels qüestionaris a la mostra de l'estudi

Escales	Nº ítems	Coeficient α	Mitjana correlacions ítems
Benestar Psicològic (SPWB)	29	,89	,23
Resiliència (BRS)	6	,77	,37
Estratègies d'afrontament eficaces (COPE-28)	14	,77	,19
Estratègies d'afrontament ineficaces (COPE-28)	14	,70	,14
Engagement laboral (UWES-9)	9	,90	,51
Satisfacció laboral (EGS)	15	,91	,38

Font: Elaboració pròpia

5.2 Anàlisis descriptives

A la Taula 2 es presenten els estadístics descriptius de les puntuacions totals de les variables d'interès. La versió ampliada de la taula, que inclou també les puntuacions de cadascuna de les subescales, es presenta a l'annex (vegeu Annex K), juntament amb els histogrames obtinguts (vegeu Annex L).

Pel que fa al benestar psicològic, les puntuacions se situen entre 2,76 i 4,97 punts, amb una mitjana de 3,95 ($SD = 0,43$) i una mediana de 3,93. És la variable que presenta la dispersió més baixa de totes les estudiades ($IQR = 0,62$). Les puntuacions de resiliència mostren un rang més ampli (1,17-5,00), amb una major desviació típica ($SD = 0,67$) i uns estadístics de tendència central inferiors, amb una mitjana de 3,20 i una mediana de 3,33.

En relació amb les estratègies d'afrontament, les puntuacions en estratègies eficaces oscil·len entre 1,43 i 5,71 punts, amb una mitjana de 4,08 ($SD = 0,77$), mentre que les estratègies ineficaces se situen entre 0,43 i 5,57, amb una dispersió interquartílica reduïda ($IQR = 0,71$) i un nivell mitjà clarament inferior en comparació amb les eficaces, amb una mitjana que no arriba als 2 punts ($M = 1,85$; $SD = 0,68$).

Respecte a l'engagement laboral, les puntuacions cobreixen la totalitat del rang possible de l'escala (0-6), amb una mitjana de 4,37 ($SD = 0,97$) i una mediana de 4,56. Finalment, les puntuacions de satisfacció laboral oscil·len entre 0,93 i 5,73, amb una mitjana de 3,95

($SD = 1,09$) i una mediana de 4,20; es tracta de la variable amb una dispersió més alta ($IQR = 1,53$).

Tal com es mostra a la Taula 2, els coeficients d'asimetria del benestar psicològic, la resiliència, la satisfacció laboral i les estratègies d'afrontament eficaces es troben dins dels valors moderats. En canvi, l'engagement laboral i les estratègies d'afrontament ineficaces presenten asimetries més pronunciades, que poden comprovar-se gràficament als histogrames (vegeu Annex L). En el cas de l'engagement, l'asimetria negativa (-1,51) evidencia l'existència d'un marcat efecte sostre, amb predomini de puntuacions altes; en canvi, en les estratègies d'afrontament ineficaces, l'asimetria positiva (1,53) indica l'existència d'un marcat efecte terra, amb predomini de puntuacions baixes.

Taula 2

Estadístics descriptius de les puntuacions totals dels qüestionaris

Escales	Rang (Mín-Max)	<i>IQR</i>	<i>Md</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Coeficient d'asimetria
Benestar Psicològic	2,76-4,97	0,62	3,93	3,95	0,43	-0,08
Resiliència	1,17-5	0,83	3,33	3,20	0,67	-0,51
Engagement laboral	0-6	1	4,56	4,37	0,97	-1,51
Satisfacció laboral	0,93-5,73	1,53	4,20	3,95	1,09	-0,66
Estratègies d'afrontament eficaces	1,43-5,71	1,14	4,14	4,08	0,77	-0,21
Estratègies d'afrontament ineficaces	0,43-5,57	0,71	1,86	1,85	0,68	1,53

Nota. Les puntuacions dels estils d'afrontament corresponen a la mitjana de les set subescales que integren cada estil, calculada com la suma dels seus dos ítems; per aquest motiu el seu rang possible se situa entre 0 i 6, tot i que els ítems individuals es responen en una escala de 0 a 3.

Font: Elaboració pròpia

A la Taula 3 es presenten els resultats de la prova de Kolmogorov-Smirnov, que permet avaluar l'ajustament a la normalitat de les distribucions. Com es pot observar, només el benestar psicològic ($K-S = ,06; p = ,20$) i les estratègies d'afrontament eficaces ($K-S = ,08; p = ,062$) han mostrat un resultat no significatiu i, per tant, un ajustament adequat a la distribució normal. La resta d'escala – resiliència, engagement laboral, satisfacció laboral i estratègies d'afrontament ineficaces – s'allunyen significativament de la normalitat.

Taula 3.

Prova Kolmogorov-Smirnov per avaluar l'ajustament a la Normalitat

Escales	Estadístic K-S	gl	<i>p</i>
Benestar psicològic	,06	123	,20
Resiliència	,10	123	,007**
Engagement Laboral	,13	123	<,001**
Satisfacció Laboral	,13	123	<,001**
Estratègies d'afrontament eficaces	,08	123	,062
Estratègies d'afrontament ineficaces	,13	123	<,001**

* La prova és significativa al 5 %

** La prova és significativa al 1 %

Nota. les significacions reportades han aplicat la correcció de Lilliefors.

Font: Elaboració pròpia

5.3 Anàlisis comparatives segons les variables sociodemogràfiques

A la Taula 4 es presenten els resultats de la prova *t* student per a mostres independents, que analitza les diferències en les mitjanes de les dimensions del benestar psicològic en

funció del gènere dels participants (dones vs. homes). Com es pot observar, no s'han obtingut diferències estadísticament significatives en cap de les comparacions ($p > ,05$).

Taula 4

Prova t d'Student per comparar el benestar psicològic entre dones i homes

Dimensió del Benestar psicològic	Grup	N	M	t	gl	p	d
Autoacceptació	Dones	93	4,02	-0,88	120	,380	-0,18
	Homes	29	4,12				
Relacions positives	Dones	93	4,15	1,33	120	,186	0,29
	Homes	29	3,98				
Autonomia	Dones	93	3,56	-0,36	120	,716	-0,07
	Homes	29	3,61				
Domini de l'entorn	Dones	93	3,92	0,67	120	,503	0,14
	Homes	29	3,84				
Creixement personal	Dones	93	4,17	0,92	120	,361	0,20
	Homes	29	4,07				
Propòsit a la vida	Dones	93	4,10	0,93	120	,358	0,20
	Homes	29	3,99				
Puntuació total	Dones	93	3,96	0,55	120	,586	0,12
	Homes	29	3,91				

Nota. en totes les comparacions es compleix el supòsit d'homoscedasticitat.

Font: Elaboració pròpia

A la Taula 5, es presenten els resultats de l'ANOVA per comparar el nivell de benestar psicològic en funció de la categoria professional dels participants (medicina, infermeria i altres professionals sanitaris). Com es pot observar, no s'han detectat diferències estadísticament significatives en cap de les dimensions del benestar psicològic ni tampoc en la puntuació total ($p > ,05$).

Taula 5

Prova ANOVA per comparar el benestar psicològic en funció de la categoria professional

Dimensió del Benestar psicològic	Grup	N	M	F/Welch	gl	p	η^2
Autoacceptació	Metge/essa	46	4,15	2,15	2, 120	,118	,035
	Infermer/a	41	4,04				
	Altres	36	3,90				
Relacions positives	Metge/essa	46	4,08	0,09	2, 120	,912	,002
	Infermer/a	41	4,10				
	Altres	36	4,14				
Autonomia	Metge/essa	46	3,66	0,84	2, 120	,437	,014
	Infermer/a	41	3,48				
	Altres	36	3,56				
Domini de l'entorn	Metge/essa	46	3,97	0,72	2, 120	,489	,012
	Infermer/a	41	3,91				
	Altres	36	3,81				
Creixement personal	Metge/essa	46	4,16	0,41	2, 73	,667	,009
	Infermer/a	41	4,18				
	Altres	36	4,07				
Propòsit a la vida	Metge/essa	46	4,15	1,52	2, 120	,222	,025
	Infermer/a	41	4,08				
	Altres	36	3,94				
Puntuació total	Metge/essa	46	4	0,82	2, 120	,442	,014
	Infermer/a	41	3,94				
	Altres	36	3,88				

Nota. A la dimensió creixement personal es reporta l'estadístic de Welch per l'incompliment del supòsit d'homoscedasticitat

Font: Elaboració pròpia

Finalment, a la Taula 6 es presenten els coeficients de correlació rho de Spearman entre la variable edat i els nivells de benestar psicològic. Aquestes correlacions es van calcular

tant per a la mostra total com separant-les en funció del gènere (dones i homes). Es posa de manifest que, treballant amb el conjunt de la mostra (N=123), només s'han obtingut dues correlacions estadísticament significatives, ambdues d'intensitat dèbil, ja que se situen per sota de ,20. En concret, s'observa una relació directa entre l'edat i la dimensió d'autonomia ($\rho = ,158$; $p = ,040$) i una relació inversa entre l'edat i el creixement personal ($\rho = -,190$; $p = ,015$). Si s'atén a la mostra segmentada en funció del gènere, per al grup d'homes (N = 29), s'observen també correlacions estadísticament significatives en les mateixes dimensions i en idèntic sentit, però en aquest cas són de més intensitat, especialment l'observada amb l'autonomia, que es pot considerar moderada ($\rho = ,402$; $p = ,015$). Per contra, en el cas del grup de dones (N = 93), no s'observen correlacions estadísticament significatives entre edat i benestar psicològic.

Taula 6

Coeficients de correlació rho d'Spearman entre el benestar psicològic i l'edat.

	Grup	BP_ AA	BP_ RP	BP_ AUTO	BP_ DE	BP_ CP	BP_ PV	BP_ total
Edat	Dones	,051	-,067	,077	-,060	-,153	-,055	-,014
	Homes	,075	-,228	,402*	,149	-,323*	,160	,099
	Mostra total	,045	-,108	,158*	-,004	-,190*	-,003	,022

BP_AA: benestar psicològic_autoacceptació * correlació significativa al 5 % unilateral

BP_RP: benestar psicològic_relacions positives ** correlació significativa a l'1 % unilateral

BP_AUTO: benestar psicològic_autonomia

BP_DE: benestar psicològic_domini de l'entorn.

BP_CP: benestar psicològic_creixement personal.

BP_PV: benestar psicològic_propòsit a la vida.

Font: Elaboració pròpia

5.4 Anàlisis correlacional i model de regressió

A la Taula 7 es presenten els coeficients de correlació rho de Spearman obtinguts entre els nivells de benestar psicològic (les sis dimensions i la puntuació total) i els possibles predictors (resiliència, engagement, satisfacció laboral i estratègies d'afrontament). S'han

obtingut nombroses correlacions significatives, de diversa magnitud, de les quals es destaquen aquelles que impliquen una relació més intensa amb el benestar psicològic.

La variable que ha mostrat una relació més forta amb el benestar psicològic ha estat la resiliència, que presenta correlacions directes i significatives amb totes les dimensions del benestar psicològic. En destaquen, per la seva magnitud moderada, les relacions amb el propòsit a la vida ($\rho = ,428$; $p < ,001$), l'autoacceptació ($\rho = ,496$; $p < ,001$), la puntuació total del benestar ($\rho = ,533$; $p < ,001$) i el domini de l'entorn ($\rho = ,557$; $p < ,001$).

Pel que fa a l'engagement laboral, les seves dimensions mostren correlacions directes, però de magnitud predominantment feble amb el benestar psicològic, llevat de l'absorció, que pràcticament no s'hi relaciona. Les associacions més rellevants s'observen amb el propòsit a la vida, especialment per part del vigor ($\rho = ,409$; $p < ,001$).

La satisfacció laboral és la variable amb una relació més feble amb el benestar psicològic: la puntuació total en satisfacció només correlaciona de manera significativa, i sempre de forma dèbil, amb l'autoacceptació, el propòsit a la vida i el benestar total ($\rho = ,152$; $p < ,05$); els factors intrínsecs correlacionen amb les mateixes dimensions, amb valors lleugerament superiors, però mantenint-se com a correlacions dèbils, mentre que els factors extrínsecs no mostren cap correlació significativa amb cap dimensió.

Les estratègies d'afrontament eficaces mostren correlacions directes i significatives amb la majoria de les dimensions del benestar psicològic. En destaquen, per la seva magnitud moderada, les relacions amb el creixement personal ($\rho = ,435$; $p < ,001$) i les relacions positives ($\rho = ,412$; $p < ,001$), a més de les correlacions dèbils amb el propòsit a la vida ($\rho = ,379$; $p < ,001$) i amb la puntuació total de benestar ($\rho = ,317$; $p < ,001$).

Finalment, les estratègies d'afrontament ineficaces són les úniques que presenten correlacions de signe negatiu i, per tant, de caràcter invers: un ús més elevat d'aquestes estratègies s'associa a nivells inferiors de benestar psicològic. Aquestes relacions inverses són significatives i de magnitud dèbil amb l'autonomia ($\rho = -,381$; $p < ,001$), la puntuació total del benestar ($\rho = -,344$; $p < ,001$), el domini de l'entorn ($\rho = -,320$; $p < ,001$) i l'autoacceptació ($\rho = -,307$; $p < ,001$).

Taula 7

Coeficients de correlació rho d'Spearman entre els nivells de benestar psicològic i les variables predictores

	BP_ AA	BP_ RP	BP_ AUTO	BP_ DE	BP_ CP	BP_ PV	BP_ total
Resiliència	,496**	,269**	,369**	,557**	,196*	,428**	,533**
Engagement	,307**	,214**	,266**	,286**	,084	,409**	,317**
Vigor							
Engagement	,296**	,282**	,215**	,273**	,162*	,346**	,341**
Dedicació							
Engagement	-,001	-,014	,034	,095	,169*	,118	,077
Absorció							
Engagement	,200*	,172*	,182*	,252**	,139	,314**	,284**
Total							
Satisfacció laboral_FI	,176*	,122	,071	,112	,068	,234**	,183*
Satisfacció laboral_FE	,147	,088	,020	,078	-,028	,132	,113
Satisfacció laboral_total	,171*	,099	,040	,101	,029	,199*	,152*
Estratègies afrontament eficaces	,228**	,412**	-,050	,204*	,435**	,379**	,317**
Estratègies afrontament ineficaces	-,307**	-,128	-,381**	-,320**	-,056	-,196*	-,344**

BP_AA: benestar psicològic_autoacceptació

* correlació significativa al 5 % unilateral

BP_RP: benestar psicològic_relacions positives

** correlació significativa a l'1 % unilateral

BP_AUTO: benestar psicològic_autonomia

BP_DE: benestar psicològic_domini de l'entorn.

BP_CP: benestar psicològic_creixement personal.

BP_PV: benestar psicològic_propòsit a la vida.

Font: Elaboració pròpia

Per concloure l'apartat de resultats, es presenta a la Taula 8 el model de regressió lineal múltiple obtingut fent servir la regressió jeràrquica en tres passos que s'ha descrit a la Metodologia. Els gràfics i taules que han permès la verificació dels supòsits i l'avaluació de la possible col·linealitat dels predictors es presenten als annexos (Vegeu Annex M). Convé remarcar que 4 predictors (escala de vigor i dedicació de l'Engagement i les dues escales de Satisfacció) presenten valors de VIF entre 3 i 5, indicatius de col·linealitat moderada, però cap variable arriba a superar el llindar de 5 punts, de manera que no existeix un problema greu de col·linealitat al model.

Com es pot observar a la Taula 8, el model final, un cop incorporades les variables sociodemogràfiques, psicològiques i laborals, permet explicar un 43 % de la variabilitat de les puntuacions en benestar psicològic ($R^2_{\text{ajustat}} = ,430$; $p < ,001$) i presenta tres predictors significatius: la resiliència ($\beta = ,472$; $p < ,001$), les estratègies d'afrontament eficaçes ($\beta = ,360$; $p < ,001$) i les estratègies d'afrontament ineficaçes ($\beta = -,231$; $p = ,011$). Convé remarcar que el gènere s'ha situat al límit de la significació ($p = ,05$), resultat que es pot considerar tendencial, de manera que en mostres més grans podria assolir la significació i suggerir que ser dona podria incrementar el benestar psicològic respecte a ser home. També és destacable el fet que els factors vinculats a la satisfacció, tant intrínsecs com extrínsecs, presenten betes negatives ($\beta = -,149$ i $\beta = -,095$ respectivament), tot i que les correlacions bivariades amb el benestar psicològic, reportades a la Taula 7, eren positives. Aquest canvi de signe podria estar relacionat amb la moderada col·linealitat que s'ha assenyalat anteriorment que presenten aquestes dues variables o amb un fenomen de supressió.

Si s'atén al canvi en la variabilitat explicada en cada pas del model, la introducció exclusiva de les variables sociodemogràfiques (edat, gènere i categoria professional) no mostra capacitat predictiva ($R^2_{\text{ajustat}} = -,017$), mentre que la incorporació de les variables psicològiques (resiliència i estratègies d'afrontament) implica un canvi significatiu (canvi en $R^2 = ,426$; $p < ,001$). Finalment, la incorporació de les variables laborals (engagement i satisfacció) permet una lleugera millora en la capacitat predictiva del model, però que no arriba a ser significativa (canvi en $R^2 = ,044$; $p = ,102$).

Taula 8*Model jeràrquic de regressió lineal múltiple per predir el benestar psicològic*

Model	Coefficient no estandarditzat (B)	Coefficient estandarditzat (Beta)	t	p
Constant	2,261		7,06	<,001**
Edat	0,003	,095	1,21	,229
Gènere	0,146	,144	1,98	,050
Categoria_medicina	0,154	,173	1,91	,058
Categoria_infermeria	0,096	,106	1,23	,222
Resiliència	0,303	,472	5,55	<,001**
Estratègies d'afrontament eficaces	0,205	,360	4,44	<,001**
Estratègies d'afrontament ineficaces	-0,146	-,231	-2,58	,011*
Engagement_vigor	0,049	,121	1,04	,318
Engagement_dedicació	0,011	,027	0,22	,824
Engagement_absorció	-0,028	-,078	-0,83	,406
Satisfacció_Factors intrínsecs	-0,054	-,149	-1,10	,274
Satisfacció_Factors extrínsecs	-0,038	-,095	-0,75	,456

* La prova és significativa al 5 %

** La prova és significativa al 1 %

Font: Elaboració pròpia**Capítol 6: Discussió**

En aquest treball s'ha analitzat el benestar psicològic de 123 professionals sanitaris i s'han examinat les diferències segons les variables sociodemogràfiques, les relacions amb els recursos psicològics i amb els factors laborals, així com la capacitat predictiva conjunta d'aquests tres blocs. Seguidament, es plantegen els resultats de cada objectiu específic i es contrasten les hipòtesis proposades a partir de l'evidència revisada al marc teòric.

Respecte al primer objectiu, de caràcter descriptiu, podem destacar que els subjectes presenten nivells mitjans-alts de benestar psicològic, mantenint un perfil homogeni entre les diverses dimensions que configuren la variable, si bé en destaquen el creixement personal i les relacions positives. L'autonomia és la dimensió amb la puntuació més baixa

i amb més variabilitat entre els participants, resultat que coincideix amb el d'Hernández-Morante i Reche García (2023) en professionals sanitaris espanyols i que resulta coherent en un context assistencial protocol·litzat i jeràrquic, on el marge de decisió individual és limitat. Pel que fa a les variables predictores, l'engagement assoleix els nivells més elevats en relació amb el rang de la seva escala, amb la dedicació com a dimensió destacada; la satisfacció laboral se situa en nivells moderadament positius, però amb una dispersió més elevada que la de la resta de mesures, cosa que revela realitats laborals heterogènies dins d'un mateix col·lectiu; convé remarcar que els factors intrínsecs i extrínsecs mostren nivells molt semblants, tant en la tendència central com en dispersió. També cal mencionar que les estratègies d'afrontament evidencien un predomini clar de les eficaces sobre les ineficaces. La resiliència, en canvi, presenta el nivell relatiu més moderat de tots els constructes avaluats, dada que contrasta amb el paper central que adoptarà aquesta variable en el model predictiu.

El segon objectiu específic abordava les diferències de benestar psicològic segons el gènere. La hipòtesi H1 no es confirma, ja que no s'observen diferències significatives entre dones i homes en cap dimensió ni en la puntuació global. La previsió es fonamentava en Gómez-Baya et al. (2018), que en una mostra àmplia de professionals sanitaris europeus van trobar un benestar psicològic inferior en les dones; ara bé, en aquell estudi l'efecte del gènere quedava completament mediat per la satisfacció de les necessitats psicològiques bàsiques i per la satisfacció laboral, sense cap efecte directe significatiu. El gènere actuaria, doncs, com una variable distal que es canalitza a través de les condicions de treball, de manera que en una mostra amb condicions relativament homogènies la diferència directa difícilment es manifestaria. Aquesta absència de diferències també s'ha observat en estudis com el Matud et al. (2019) que, a partir d'una mostra de 3.400 adults espanyols avaluats amb les escales de Ryff, reporten que l'evidència sobre les diferències de gènere en el benestar psicològic no és conclouent i plantegen que aquestes diferències, quan apareixen, són específiques de cada dimensió i de signe oposat – els homes puntuen més alt en autoacceptació i autonomia, i les dones en creixement personal i relacions positives –, de manera que tendeixen a neutralitzar-se en la puntuació global. Cal afegir-hi que el desequilibri de la mostra del present estudi, on les dones són aproximadament el triple que els homes, redueix notablement la potència de les proves estadístiques a

l'hora de detectar efectes de mida petita, que és la magnitud que la literatura sol atribuir a aquestes diferències.

El tercer objectiu específic feia referència a les diferències significatives en el benestar psicològic segons la categoria professional i, en aquest cas, la hipòtesi H2 tampoc no es confirma. L'ANOVA no revela diferències significatives entre professionals de medicina, infermeria i la resta de categories en cap dimensió, ni tampoc en aplicar la prova de Welch al creixement personal. L'expectativa inicial de trobar diferències es basava en estudis que havien reportat variacions entre categories en indicadors relacionats amb el benestar, com Carrillo-García et al. (2015) en satisfacció laboral o García-Rodríguez et al. (2015) en ambient psicosocial. Ara bé, el marc teòric ja advertia que aquesta troballa depèn en bona part dels grups inclosos en la comparació: López-León et al. (2007) tampoc no van trobar diferències significatives en burnout entre especialistes i no especialistes de medicina de família. Resulta especialment il·lustratiu tornar sobre les dades de Carrillo-García et al. (2015), perquè les seves anàlisis post hoc van mostrar que el grup que realment es diferenciava era el del personal amb funcions de gestió, sense diferències entre facultatius, infermeria i auxiliars. Per tant, allò que discriminaria no seria la disciplina sanitària sinó la posició dins l'estructura organitzativa. A això s'hi afegeix també una consideració conceptual: mentre que la satisfacció laboral és un judici avaluatiu vinculat al lloc de treball, el benestar psicològic en el sentit de Ryff (1989) remet a un funcionament positiu més estable i transituacional i, per tant, menys sensible al rol professional.

El quart objectiu específic examinava la relació entre el benestar psicològic i l'edat, per a la qual s'havia previst una relació lineal positiva. Els resultats no permeten confirmar la hipòtesi H3 atès que la correlació amb la puntuació global és pràcticament nul·la i només dues dimensions assoleixen la significació, totes dues amb magnituds febles i en sentits oposats – l'autonomia en sentit directe i el creixement personal en sentit invers. Per tant, els resultats d'aquest treball no van en la línia d'estudis previs que havien reportat, en professionals sanitaris, una relació positiva entre l'edat i diversos indicadors d'ajust i benestar (García-Rodríguez et al., 2015; Chiang Vega et al., 2021). El patró obtingut contradiu aquesta part de la literatura prèvia, que havia permès plantejar una hipòtesi en termes d'una relació global i unidireccional, però que podria considerar-se consistent amb altres estudis. Així, per exemple, Ryff (1989) i Ryff i Keyes (1995) ja van identificar perfils

d'edat diferenciats segons la dimensió: per al domini de l'entorn i l'autonomia van observar increments amb l'edat; per al propòsit a la vida i el creixement personal, en canvi, la tendència era a disminuir amb l'edat; per a l'autoacceptació i les relacions positives no es van obtenir diferències consistents. La naturalesa multidimensional del constructe implica, doncs, efectes de signe contrari que es compensen en la puntuació total, cosa que explica alhora les dues correlacions observades i l'absència de relació global. Springer et al. (2011) van arribar a una conclusió convergent amb dades longitudinals: les dimensions de l'escala no presenten perfils d'edat consistents i la variància atribuïble a l'edat no supera el 4 %. Els resultats del present treball permeten suggerir, a més, que la relació entre el benestar psicològic i l'edat es podria veure moderada per altres variables, com el gènere, ja que les correlacions observades en el grup d'homes han estat de magnitud més alta. Finalment, cal tenir en consideració que es tracta d'una mostra molt veterana i amb escassa presència de professionals joves, cosa que restringeix el rang de la variable i atenua qualsevol correlació.

El cinquè objectiu analitzava la relació del benestar psicològic amb els recursos psicològics. Pel que fa a la resiliència, la hipòtesi H4 es confirma plenament: manté relacions directes i significatives amb totes les dimensions i amb la puntuació global, i és la variable amb les associacions més intenses de tot l'estudi, especialment amb el domini de l'entorn i l'autoacceptació. La coherència conceptual és clara, atès que la capacitat de recuperar-se davant l'adversitat s'expressa sobretot en la percepció de poder gestionar les demandes del context i en una valoració positiva d'un mateix. Els resultats són consistents amb els d'Arrogante et al. (2015) en personal d'infermeria i amb els d'Hernández-Morante i Reche García (2023), que van identificar la resiliència com una de les variables determinants del benestar en professionals sanitaris. Convé subratllar que es tracta, alhora, de la variable amb el nivell mitjà més moderat de la mostra, cosa que la converteix en un objectiu d'intervenció especialment prometedor.

La hipòtesi H5, relativa a les estratègies d'afrontament, també es veu confirmada pels resultats, que permeten, a més, establir matisos no anticipats a l'inici del treball. Les estratègies eficaces mantenen relacions directes de magnitud moderada amb el creixement personal, les relacions positives i el propòsit a la vida – l'autonomia n'és l'única excepció –, mentre que les ineficaces són les úniques variables de l'estudi amb relacions

de signe invers, concentrades en l'autonomia, el domini de l'entorn i l'autoacceptació. Ambdós estils no es vinculen, doncs, a les mateixes dimensions: les eficaces ho fan amb les de caràcter expansiu o vinculades al desenvolupament, mentre que les ineficaces presenten vincles amb les de caràcter més autoregulator. Aquesta dissociació suggereix que l'afrontament adaptatiu i desadaptatiu no són els dos extrems d'un mateix continu, sinó que operen sobre aspectes diferents del funcionament psicològic positiu, interpretació coherent amb la concepció multidimensional de Carver (1997). Els resultats van en la línia dels d'Arrogante et al. (2016), que, mitjançant un model d'equacions estructurals, van identificar l'afrontament com un dels determinants del benestar psicològic del personal d'infermeria.

El sisè objectiu se centrava en els factors laborals. Pel que fa a l'engagement, la hipòtesi H6 es confirma només parcialment: les correlacions apunten en la direcció esperada – nivells superiors d'engagement estan associats a nivells superiors de benestar –, però són majoritàriament febles i clarament inferiors a les dels recursos psicològics. L'associació més consistent s'estableix entre el vigor i el propòsit a la vida, mentre que l'absorció no sembla tenir cap relació rellevant amb el benestar. Aquest patró té una lectura teòrica plausible, atès que el vigor i la dedicació s'han considerat les dimensions nuclears del constructe i l'absorció s'hi va incorporar com un aspecte rellevant però perifèric (González-Romá et al., 2006). Hi intervé, a més, una qüestió relativa a la conceptualització de les variables analitzades: l'engagement és un estat específic del domini laboral, mentre que el benestar psicològic de Ryff (1989) remet al funcionament global de la persona, de manera que una relació positiva, però modesta és esperable i s'ajusta a la consideració de tenir present l'engagement com a indicador de benestar ocupacional (Giménez-Espert et al., 2020).

Pel que fa a la satisfacció laboral, la hipòtesi H7 es confirma igualment de manera parcial, atès que la satisfacció resulta ser la variable amb la relació més feble amb el benestar de totes les estudiades: els factors intrínsecs i la puntuació total mostren algunes associacions positives, especialment amb el propòsit a la vida i l'autoacceptació, tot i que de magnitud dèbil, mentre que els factors extrínsecs no presenten cap relació significativa. Aquest resultat contrasta amb la vinculació establerta per la literatura (Giménez-Espert et al., 2020; Gómez-Baya et al., 2018), però admet una explicació conceptual. L'escala

emprada avalua judicis sobre condicions concretes del lloc de treball – horari, remuneració, promoció o relació amb la direcció –, en bona part externes a la persona, mentre que el benestar eudaimònic remet a l'autorealització. El fet que siguin precisament els factors extrínsecs els que no mostren cap relació significativa reforça aquesta lectura: allò que connecta amb el benestar no és la valoració de les condicions materials, sinó la dels aspectes vinculats a l'autonomia i al contingut de la tasca.

El setè i últim objectiu específic, que constitueix el nucli predictiu del treball, es proposava determinar la capacitat predictiva conjunta dels tres blocs de variables i el seu pes relatiu. La hipòtesi H8 es confirma en els dos termes en què va ser formulada. El model final explica un 43 % de la variància del benestar psicològic i la capacitat predictiva es concentra clarament en els recursos psicològics: només assoleixen la significació la resiliència, que és la de pes més alt, les estratègies d'afrontament eficaces, en sentit directe, i les ineficaces, en sentit invers. Val la pena remarcar que els tres predictors significatius pertanyen tots al bloc dels recursos psicològics i comparteixen una arrel conceptual comuna: tal com s'ha exposat a l'apartat 2.5.1, la resiliència i les estratègies d'afrontament són constructes estretament vinculats, fins al punt que l'afrontament adaptatiu constitueix una de les vies a través de les quals s'expressa la capacitat de recuperar-se davant l'adversitat, i de fet tots dos s'han estudiat conjuntament com a determinants del benestar psicològic en el personal sanitari (Arrogante et al., 2015, 2016). D'altra banda, el fet que tots tres emergeixin com a predictors significatius, malgrat compartir aquesta base comuna, suggereix que cadascun captura un aspecte diferenciat de la manera com la persona s'enfronta a les demandes de l'entorn, en coherència amb la dissociació ja observada en l'anàlisi correlacional entre les dimensions vinculades a l'afrontament eficaç i les vinculades a l'ineficaç.

El plantejament jeràrquic del model resulta especialment informatiu a l'hora d'establir el pes de cada bloc de variables. Les variables sociodemogràfiques i professionals, introduïdes en primer lloc, no aporten cap capacitat predictiva, resultat coherent amb l'absència de diferències descrita en els objectius segon, tercer i quart. Convé remarcar, però, que al model final el gènere ha presentat un resultat en el límit de la significació i en un sentit invers a l'hipotetitzat, ja que el fet de ser dona afavoriria el benestar psicològic. Considerem que, donat el desequilibri per gèneres del present TFG, no és un

resultat interpretable i que caldria replicar-lo en futures recerques amb mostres més representatives. D'altra banda, la incorporació al model dels recursos psicològics produeix un increment substancial i significatiu que concentra pràcticament tota la capacitat predictiva del model, mentre que l'afegit de les variables laborals comporta una millora que no arriba a ser significativa, també en consonància amb la magnitud de les correlacions comentades anteriorment.

Aquest patró reproduïx el descrit per Hernández-Morante i Reche García (2023) en professionals sanitaris espanyols, on l'optimisme i la resiliència explicaven al voltant del 40 % de la variabilitat del benestar i el sexe, l'edat i l'experiència van quedar exclosos del model; la coincidència, tant en la proporció de la variància explicada com en la irrellevància de les variables sociodemogràfiques, reforça la solidesa del model predictiu. Convé, tanmateix, matisar la conclusió. El disseny transversal impedeix qualsevol inferència causal i és plausible una relació bidireccional entre resiliència i benestar. A més, que les variables laborals no aportin una variància única no implica que siguin irrellevants, sinó que el seu efecte podria ser indirecte i canalitzar-se a través dels mateixos recursos psicològics, tal com planteja el model de demandes i recursos laborals en incorporar-los com a element mediador (Bakker et al., 2014).

Els resultats s'han d'interpretar tenint en compte diverses limitacions. En primer lloc, la mostra no és probabilística, sinó de conveniència i de propagació per bola de neu, cosa que limita la representativitat i la generalització dels resultats obtinguts. Cal assenyalar que el seu perfil és esbiaixat en dos sentits: molt veterà i molt feminitzat, cosa que restringeix el rang de la variable edat i redueix la potència de les comparacions per gènere, com ja s'ha comentat. A més, en la comparació per categories professionals, l'agrupació de les quals minoritàries – per obtenir un grup de mida acceptable – va generar un grup internament heterogeni, situació que limita la capacitat de detectar diferències. També cal tenir en consideració que la ràtio casos/predictors es troba al límit del que seria recomanable (10:1), cosa que es podria evitar treballant amb una mostra més gran o suprimint algun dels potencials predictors. En aquesta mateixa línia, convé remarcar que, si bé no s'ha observat un problema rellevant de col·linealitat en el model de regressió, sí que s'han observat valors indicatius de col·linealitat moderada en 4 dels potencials predictors del benestar psicològic. D'altra banda, el disseny transversal impedeix establir

relacions causals i l'ús exclusiu d'instruments d'autoinforme administrats en un sol moment pot afavorir la variància compartida pel mètode i la desitjabilitat social. També cal mencionar que la fiabilitat de l'estil d'afrontament ineficaç se situa al límit inferior de l'acceptabilitat.

Capítol 7: Conclusions

Els resultats d'aquest treball i, en especial, la seva aplicabilitat, han d'emmarcar-se dins de les particularitats de la feina sanitària. Com s'ha comentat a bastament al marc teòric, es tracta d'un àmbit caracteritzat per una elevada càrrega de treball, per unes exigències emocionals derivades del contacte continuat amb el patiment i la mort i per una responsabilitat assistencial que comporta una intensitat psicològica considerable, elements als quals sovint s'afegeixen la pressió assistencial, la manca de recursos o l'organització del treball per torns. Aquestes condicions expliquen que el personal sanitari hagi estat identificat com un col·lectiu prioritari en matèria de salut mental i que el pol negatiu del seu funcionament – l'estrès i el burnout – hagi concentrat històricament l'atenció de la recerca. Precisament per això, comprendre quins recursos protegeixen el benestar psicològic d'aquests professionals no és una qüestió merament acadèmica, sinó un pas necessari per poder desenvolupar programes de prevenció que no només puguin optimitzar el seu estat de salut, sinó també, indirectament, redundar en la qualitat de l'atenció que presten als pacients.

En aquest sentit, la principal aportació del present estudi és haver evidenciat que el benestar psicològic d'aquests professionals depèn molt més dels recursos psicològics que aporten a la situació que no pas de les seves característiques sociodemogràfiques o de la valoració que fan del seu entorn laboral. La resiliència s'ha revelat com el factor més estretament vinculat al benestar, seguida de les estratègies d'afrontament eficaces davant les situacions d'estrès, mentre que un afrontament ineficaç s'hi associa en sentit negatiu, i en deteriora el benestar. Aquesta constatació té una implicació pràctica directa: tant la resiliència com les estratègies d'afrontament són capacitats entrenables, i no trets fixos, cosa que obre la porta a intervencions preventives orientades a enfortir-les. En el disseny i la implementació d'aquests programes, els psicòlegs de la salut estan cridats a exercir un paper fonamental, tant per la seva formació en l'avaluació de constructes psicològics

com per la seva capacitat de dissenyar intervencions basades en l'evidència, avaluar-ne l'impacte i anar-les ajustant a les necessitats dels participants.

Sense entrar en un desenvolupament detallat que excedeix l'abast d'aquest treball, aquests programes podrien articular-se al voltant d'aquestes idees clau. D'una banda, es podrien plantejar accions formatives adreçades a entrenar estratègies d'afrontament adaptatives – com la reinterpretació positiva, la planificació o la cerca de suport – i a reduir les respostes desadaptatives davant l'estrès. De l'altra, es podrien plantejar intervencions dirigides a reforçar la resiliència, treballant la gestió emocional – per afrontar millor l'ansietat, o la frustració, entre d'altres –, l'autoconsciència i l'acceptació dels canvis, així com els hàbits de vida saludables. Aquestes intervencions podrien incloure espais de trobada on els professionals compartissin les dificultats del seu dia a dia, posessin en comú els recursos d'afrontament i normalitzessin l'expressió del malestar, tot afavorint el suport entre iguals. La integració d'aquestes accions dins les organitzacions sanitàries mateixes, i no com a iniciatives aïllades, en garantiria la continuïtat i permetria avaluar-ne els efectes a curt i a llarg termini.

Finalment, cal subratllar que els beneficis d'unes intervencions d'aquesta mena transcendirien l'àmbit individual dels professionals. Un personal sanitari amb més recursos per afrontar l'adversitat i amb nivells superiors de benestar psicològic no només veuria protegida la seva pròpia salut, sinó que contribuiria a un millor funcionament de les organitzacions on treballa – amb una possible reducció de l'absentisme i de l'esgotament personal – i, en darrer terme, a una atenció de més qualitat per als usuaris del sistema. Invertir en el benestar psicològic dels qui tenen cura dels altres és, doncs, una manera d'invertir en la salut del conjunt del sistema sanitari.

Capítulo 8: Bibliografía

- Amutio, A., Ayestarán, S., i 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), 235–252.
- Arrogante, O., Pérez-García, A. M., i Aparicio-Zaldívar, E. G. (2015). Bienestar psicológico en enfermería: Relaciones con resiliencia y afrontamiento. *Enfermería Clínica*, 25(2), 73–80. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2014.12.009>
- Arrogante, O., Pérez-García, A. M., i Aparicio-Zaldívar, E. G. (2016). Recursos personales relevantes para el bienestar psicológico en el personal de enfermería. *Enfermería Intensiva*, 27(1), 22–30. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2015.07.002>
- Bakker, A. B., Demerouti, E., i Sanz-Vergel, A. I. (2014). Burnout and work engagement: The JD–R approach. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 1, 389–411. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-031413-091235>
- Benevides-Pereira, A. M., Fraiz de Camargo, D., i Porto Martins, P. (2009). *Utrecht Work Engagement Scale: Spanish manual*. Occupational Health Psychology Unit, Utrecht University.
https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/Test%20Manuals/Test_manual_UWES_Espanol.pdf
- Carbone, C. V. (2023). A la espera del bienestar psicológico: Resiliencia en épocas de pandemia. *Revista Científica Arbitrada de la Fundación MenteClara*, 8, e339. <https://doi.org/10.32351/rca.v8.339>
- Carrillo-García, C., Martínez-Roche, M. E., Gómez-García, C. I., i Meseguer-de-Pedro, M. (2015). Satisfacción laboral de los profesionales sanitarios de un Hospital Universitario: análisis general y categorías laborales. *Anales de Psicología*, 31(2), 645–650. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.169791>

- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92–100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Castro Solano, A. (2009). El bienestar psicológico: Cuatro décadas de progreso. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 23(3), 43–72.
- Chiang Vega, M. M., Quijada García, M. L., Rivera Cerda, M. J., i Hidalgo Ortiz, J. P. (2021). Satisfacción laboral y compromiso organizacional: un análisis de percepción en el sector sanitario. *Salud de los Trabajadores*, 29(2), 104–114.
- Connor, K. M., i Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76–82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Córdoba Sevilla, K. M. (2025). Burnout y estrategias de afrontamiento en personal sanitario nicaragüense: un estudio en hospital SERMESA. *Scientific Journal Care & Tech*, 3(2), 273–288. <https://doi.org/10.69821/caretech.v3i2.50>
- Demerouti, E., Nachreiner, F., Bakker, A. B., i Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499–512. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499>
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., i van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572–577.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542–575. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., i Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276–302. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276>
- Escribà-Agüir, V., i Bernabé-Muñoz, Y. (2002). Exigencias laborales psicológicas percibidas por médicos especialistas hospitalarios. *Gaceta Sanitaria*, 16(6), 487–496. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(02\)71963-3](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(02)71963-3)

- Fernández González, A., García-Viniegras, C. R. V., i Lorenzo Ruiz, A. (2014). Consideraciones acerca del bienestar psicológico. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 17(3), 1108–1147.
- Fernández San Martín, M. I., Moinelo Camporro, A., Villanueva Guerra, A., Andrade Rosa, C., Rivera Teijido, M., Gómez Ocaña, J. M., i Parrilla Ulloa, O. (2000). Satisfacción laboral de los profesionales de atención primaria del área 10 del Insalud de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 74(2), 139–147.
- Fletcher, D., i Sarkar, M. (2013). Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. *European Psychologist*, 18(1), 12–23. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000124>
- García-Iglesias, J. J., Gómez-Salgado, J., Fagundo-Rivera, J., Romero-Martín, M., Ortega-Moreno, M., i Navarro-Abal, Y. (2021). Factores predictores de los niveles de burnout y work engagement en médicos y enfermeras: Una revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*, 95, e202104046.
- García-Rodríguez, A., Gutiérrez-Bedmar, M., Bellón-Saameño, J. Á., Muñoz-Bravo, C., i Fernández-Crehuet Navajas, J. (2015). Entorno psicosocial y estrés en trabajadores sanitarios de la sanidad pública: diferencias entre atención primaria y hospitalaria. *Atención Primaria*, 47(6), 359–366. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.09.003>
- García-Sierra, R., Fernández-Castro, J., i Martínez-Zaragoza, F. (2016). Work engagement in nursing: An integrative review of the literature. *Journal of Nursing Management*, 24(2), E101–E111. <https://doi.org/10.1111/jonm.12312>
- García-Torres, M., Aguilar-Castro, J., i García-Méndez, M. (2021). Bienestar psicológico y burnout en personal de salud durante la pandemia de COVID-19. *Escritos de Psicología*, 14(2), 96–106. <https://doi.org/10.24310/espsiescpsi.v14i2.13618>
- Germán Cañavate, M., Meneghel, I., i Salanova, M. (2023). The influence of psychosocial factors according to gender and age in hospital care workers. *The Spanish Journal of Psychology*, 26. <https://doi.org/10.1017/sjp.2023.1>

- Giménez-Espert, M. D. C., Prado-Gascó, V., i Soto-Rubio, A. (2020). Psychosocial risks, work engagement, and job satisfaction of nurses during COVID-19 pandemic. *Frontiers in Public Health*, 8, 566896. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.566896>
- Gómez-Baya, D., Lucia-Casademunt, A. M., i Salinas-Pérez, J. A. (2018). Gender differences in psychological well-being and health problems among European health professionals: Analysis of psychological basic needs and job satisfaction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1474. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071474>
- Gonçalves, S., i Matos, R. S. (2025). Comprender la fatiga emocional: revisión sistemática de sus causas, consecuencias y estrategias de afrontamiento. *Enfermería Clínica*, 35, 502190. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2025.502190>
- González-Romá, V., Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., i Lloret, S. (2006). Burnout and work engagement: Independent factors or opposite poles? *Journal of Vocational Behavior*, 68(1), 165–174. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2005.01.003>
- Hernández-Morante, J. J., i Reche García, C. (2023). Bienestar psicológico del personal sanitario de urgencias durante la pandemia por COVID-19. *Metas de Enfermería*, 26(1), 25–32. <https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2023.26.1003082042>
- Herzberg, F., Mausner, B., i Snyderman, B. (1959). *The motivation to work*. Wiley.
- Hochschild, A. R. (1983). *The managed heart: Commercialization of human feeling*. University of California Press.
- Jackson, D., Firtko, A., i Edenborough, M. (2007). Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 60(1), 1–9. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04412.x>
- Johari, F. S., i Omar, R. (2019). Exploring factors impacting on psychological well-being of health care workers. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 9(2). <https://doi.org/10.6007/ijarbss/v9-i2/5711>

- Judge, T. A., Weiss, H. M., Kammeyer-Mueller, J. D., i Hulin, C. L. (2017). Job attitudes, job satisfaction, and job affect: A century of continuity and of change. *Journal of Applied Psychology*, 102(3), 356–374. <https://doi.org/10.1037/apl0000181>
- Kahn, W. A. (1990). Psychological conditions of personal engagement and disengagement at work. *Academy of Management Journal*, 33(4), 692–724. <https://doi.org/10.5465/256287>
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285–308. <https://doi.org/10.2307/2392498>
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., i Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007–1022. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.1007>
- Lazarus, R. S., i Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Locke, E. A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. A M. D. Dunnette (Ed.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (pp. 1297–1349). Rand McNally.
- López-León, E., Rodríguez-Moctezuma, J. R., López-Carmona, J. M., Peralta-Pedrero, M. L., i Munguía-Miranda, C. (2007). Desgaste profesional en médicos familiares y su asociación con factores sociodemográficos y laborales. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(1), 13–20.
- Luceño-Moreno, L., Talavera-Velasco, B., García-Albuerne, Y., i Martín-García, J. (2020). Symptoms of posttraumatic stress, anxiety, depression, levels of resilience and burnout in Spanish health personnel during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 5514. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155514>
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., i Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543–562. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164>

- Maslach, C., i Leiter, M. P. (1999). Burnout and engagement in the workplace: A contextual analysis. *Advances in Motivation and Achievement*, 11, 275–302.
- Masten, A. S., Best, K. M., i Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2(4), 425–444. <https://doi.org/10.1017/S0954579400005812>
- Mate, A. I., Andreu, J. M., i Peña, M. E. (2016). Propiedades psicométricas de la versión española del "Inventario Breve de Afrontamiento" (COPE-28) en una muestra de adolescentes. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 24(2), 305–318.
- Matud, M. P., López-Curbelo, M., i Fortes, D. (2019). Gender and psychological well-being. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(19), 3531. <https://doi.org/10.3390/ijerph16193531>
- Morán, C., Landero, R., i González, M. T. (2010). COPE-28: Un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9(2), 543–552.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory* (2nd ed.). McGraw-Hill.
- Pérez-Bilbao, J., i Fidalgo-Vega, M. (1995). NTP 394: Satisfacción laboral: Escala general de satisfacción. *Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo*. <https://www.insst.es/documentacion/colecciones-tecnicas/ntp-notas-tecnicas-de-prevencion/11-serie-ntp-numeros-366-a-400-ano-1996/ntp-394-satisfaccion-laboral-escala-general-de-satisfaccion>
- Rodríguez-Rey, R., Alonso-Tapia, J., i Hernansaiz-Garrido, H. (2016). Reliability and validity of the Brief Resilience Scale (BRS) Spanish version. *Psychological Assessment*, 28(5), e101–e110. <https://doi.org/10.1037/pas0000191>
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316–331. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x>
- Ryan, R. M., i Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141–166. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>

- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Ryff, C. D., i Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719–727. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- Sánchez-Uriza, M. Á., Gamo, M. F., Godoy, F. J., Igual, J., i Romero, A. (2006). ¿Conocemos el bienestar psicológico de nuestro personal sanitario? *Atención Primaria*, 37(6), 295–302. [https://doi.org/10.1016/s1134-282x\(06\)70780-1](https://doi.org/10.1016/s1134-282x(06)70780-1)
- Sanclemente Vinué, I., Elboj Saso, C., i Íñiguez Berrozpe, T. (2017). Engagement o compromiso en profesionales de enfermería: Variables sociodemográficas y laborales asociadas. *Enfermería Global*, 16(3), 400–418. <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.3.259541>
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., i Salanova, M. (2006). The measurement of work engagement with a short questionnaire: A cross-national study. *Educational and Psychological Measurement*, 66(4), 701–716. <https://doi.org/10.1177/0013164405282471>
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-Romá, V., i Bakker, A. B. (2002). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3(1), 71–92. <https://doi.org/10.1023/A:1015630930326>
- Schober, P., Boer, C., i Schwarte, L. A. (2018). Correlation coefficients: Appropriate use and interpretation. *Anesthesia & Analgesia*, 126(5), 1763–1768. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002864>
- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Free Press.
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., i Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410–421. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.5.410>

- Serrano Argüeso, M., i Ibáñez González, M. (2015). La prevención de las situaciones de impacto emocional en el ambiente laboral. Estudio teórico y análisis de su incidencia en el personal sanitario de la comunidad autónoma de Euskadi-España. *Trabajo y Sociedad*, 25, 463–492.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27–41. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.1.1.27>
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., i Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216–269. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.216>
- Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., i Bernard, J. (2008). The Brief Resilience Scale: Assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15(3), 194–200. <https://doi.org/10.1080/10705500802222972>
- Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., i Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: Interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, 25338. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338>
- Søvdal, L. E., Naslund, J. A., Kousoulis, A. A., Saxena, S., Qoronfleh, M. W., Grobler, C., i Münter, L. (2021). Prioritizing the mental health and well-being of healthcare workers: An urgent global public health priority. *Frontiers in Public Health*, 9, 679397. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.679397>
- Spector, P. E. (1997). *Job satisfaction: Application, assessment, causes, and consequences*. Sage.
- Springer, K. W., Pudrovskaya, T., i Hauser, R. M. (2011). Does psychological well-being change with age? Longitudinal tests of age variations and further exploration of the multidimensionality of Ryff's model of psychological well-being. *Social Science Research*, 40(1), 392–398. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2010.05.008>
- Tabachnick, B. G., i Fidell, L. S. (2019). *Using multivariate statistics* (7th ed.). Pearson.

- Vera-Villarroel, P., Urzúa, A., Silva, J. R., Pavez, P., i Celis-Atenas, K. (2013). Escala de Bienestar de Ryff: Análisis comparativo de los modelos teóricos en distintos grupos de edad. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(1), 106–112.
- Warr, P., Cook, J., i Wall, T. (1979). Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *Journal of Occupational Psychology*, 52(2), 129–148.
- Weiss, H. M. (2002). Deconstructing job satisfaction: Separating evaluations, beliefs and affective experiences. *Human Resource Management Review*, 12(2), 173–194. [https://doi.org/10.1016/S1053-4822\(02\)00045-1](https://doi.org/10.1016/S1053-4822(02)00045-1)
- Wright, T. A., i Cropanzano, R. (2000). Psychological well-being and job satisfaction as predictors of job performance. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(1), 84–94. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.5.1.84>

ÍNDEX D'ANNEXOS

Annex A. Taula resum de les característiques sociodemogràfiques de la mostra

Annex B. Qüestionari administrat (Variables sociodemogràfiques)

Annex C. Qüestionari administrat (Escala de Benestar Psicològic Ryff)

Annex D. Qüestionari administrat (Brief Resilience Scale - BRS)

Annex E. Qüestionari administrat (COPE – Estratègies d'afrontament)

Annex F. Taula distribució de les subescales del COPE-28

Annex G. Qüestionari administrat (UWES – 9 Engament laboral)

Annex H. Qüestionari administrat (Escala de Satisfacció General)

Annex I. Full d'informació a la Persona Participant i Consentiment Informat

Annex J. Taula dels Criteris d'Interpretació del coeficient rho Spearman

Annex K. Taula Estadístics descriptius de les puntuacions totals dels qüestionaris

Annex L. Histogrames de les puntuacions totals de les variables d'interès

Annex M. Gràfics i Taules relatius als supòsits del model de regressió lineal múltiple

Annex A: Taula resum de les característiques sociodemogràfiques de la mostra

Variable		Freqüència	Percentatge
Gènere	Dona	93	75,6%
	Home	29	23,6%
	Altres	1	0,8%
Categoria professional	Medicina	46	37,4%
	Infermeria	41	33,3%
	Tècnic/a en radiodiagnòstic	10	8,1%
	Psicologia	7	5,7%
	Tècnic/a en cures auxiliars d'infermeria (TCAE)	7	5,7%
	Fisioteràpia	6	4,9%
	Altres	6	4,9%
Tipus de centre	Hospital Públic	42	34,1%
	Centre d'atenció primària (CAP)	34	27,6%
	Centre privat	17	13,8%
	Hospital concertat	17	13,8%
	Centre sociosanitari	2	1,6%
	Hospital Privat	2	1,6%
	Altres	9	7,3%
Servei o àrea assistencial	Atenció primària (CAP)	24	19,5%
	Hospitalització	18	14,6%
	Consultes externes	17	13,8%
	Urgències	10	8,1%
	Altres	54	43,9%
Tipus de jornada	Completa	109	88,6%
	Parcial	14	11,4%
Torn habitual	Matí	54	43,9%
	Torn rotatiu	28	22,8%
	Tarda	15	12,2%
	Altres	26	21,1%

Càrrec de coordinació o responsabilitat	No	88	71,5%
	Sí	35	28,5%
		Rang (mín-màx)	M (SD)
Edat		21-72	47,99 (12,99)
Anys d'experiència professional		0-45	23,83 (12,49)

Annex B: Qüestionari administrat (Variables sociodemogràfiques)

Bienestar psicológico en profesionales sanitarios

* Required

2. ¿Cuál es su edad? *

The value must be a number

3. ¿Con qué género se identifica? *

☐ Hombre

☐ Mujer

☐ No binario

☐ Otros

4. ¿Cuál es su categoría profesional? *

Select your answer

5. ¿En qué tipo de centro trabaja actualmente? *

Select your answer

6. ¿Cuántos años de experiencia profesional tiene en el ámbito sanitario? *

The value must be a number

7. ¿Cuál es su tipo de jornada laboral? *

☐ Jornada completa

☐ Jornada parcial

8. ¿Cuál es su turno habitual de trabajo? *

☐ Mañana

☐ Tarde

☐ Noche

☐ Turno rotativo

☐ Other

9. ¿Ocupa actualmente algún cargo de coordinación o responsabilidad? *

☐ Si

☐ No

10. ¿En qué servicio o área asistencial trabaja principalmente? *

Select your answer

Annex C: Qüestionari administrat (Escala de Benestar Psicològic Ryff)

Escala de Bienestar Psicológico de Ryff

A continuación, se presentan 29 afirmaciones. Le pedimos que conteste con sinceridad cada uno de los ítems marcando la opción que mejor describe lo que pensó o sintió durante el último mes.

No hay respuestas correctas o incorrectas; todas las respuestas son válidas.

Escala de respuesta:

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

11. Indique su grado de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones. *

	1	2	3	4	5
Cuando analizo la historia de mi vida, me siento satisfecho de cómo han resultado las cosas.	☐	☐	☐	☐	☐
A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes comparto mis preocupaciones.	☐	☐	☐	☐	☐
Expreso fácilmente mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de las personas.	☐	☐	☐	☐	☐
Me preocupa cómo otras personas evalúan las elecciones que he hecho en mi vida.	☐	☐	☐	☐	☐
Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga.	☐	☐	☐	☐	☐
Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad.	☐	☐	☐	☐	☐
En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo.	☐	☐	☐	☐	☐
No cuento con muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar.	☐	☐	☐	☐	☐
Tiendo a preocuparme por lo que los demás piensan de mí.	☐	☐	☐	☐	☐
Soy parte de una familia y he construido un modo (estilo) de vida a mi gusto.	☐	☐	☐	☐	☐
Soy una persona activa cuando realizo los proyectos que me propongo.	☐	☐	☐	☐	☐
Siento que mis amistades me aportan muchas cosas.	☐	☐	☐	☐	☐
Tiendo a dejarme influenciar por personas con opiniones firmes.	☐	☐	☐	☐	☐
En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo.	☐	☐	☐	☐	☐
Me siento bien cuando pienso lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.	☐	☐	☐	☐	☐

Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí.	☐	☐	☐	☐	☐
Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad.	☐	☐	☐	☐	☐
Tengo confianza en mis opiniones incluso sin son contrarias al consenso general.	☐	☐	☐	☐	☐
Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen.	☐	☐	☐	☐	☐
Tengo clara la dirección u objetivo de mi vida.	☐	☐	☐	☐	☐

12. Continuación de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff. Indique su grado de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones. *

	1	2	3	4	5
Conforme pasa el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo.	☐	☐	☐	☐	☐
He experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza.	☐	☐	☐	☐	☐
Me resulta difícil expresar mis opiniones en temas controvertidos.	☐	☐	☐	☐	☐
Me siento orgulloso de quién soy y de la vida que llevo.	☐	☐	☐	☐	☐
Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí.	☐	☐	☐	☐	☐
Pensándolo bien, con los años no he mejorado mucho como persona.	☐	☐	☐	☐	☐
A menudo cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia están en desacuerdo.	☐	☐	☐	☐	☐
Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de aprendizaje, desarrollo y crecimiento.	☐	☐	☐	☐	☐
Si no fuera feliz en mi vida, tomaría medidas efectivas para cambiarla.	☐	☐	☐	☐	☐

Annex D: Qüestionari administrat (Brief Resilience Scale - BRS)

Brief Resilience Scale — BRS

Por favor, indique en qué medida está de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones utilizando la siguiente escala:

1 = Totalmente en desacuerdo

2 = Bastante en desacuerdo

3 = Indiferente

4 = Bastante de acuerdo

5 = Totalmente de acuerdo

13. Por favor, indique en qué medida está de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones *

	1	2	3	4	5
Tiendo a recuperarme rápidamente después de haberlo pasado mal.	☐	☐	☐	☐	☐
Lo paso mal cuando tengo que enfrentarme a situaciones estresantes.	☐	☐	☐	☐	☐
No tardo mucho en recuperarme después de una situación estresante.	☐	☐	☐	☐	☐
Es difícil para mí recuperarme cuando me ocurre algo malo.	☐	☐	☐	☐	☐
Aunque pase por situaciones difíciles, normalmente no lo paso demasiado mal.	☐	☐	☐	☐	☐
Suelo tardar mucho tiempo en recuperarme de los contratiempos que me ocurren en mi vida.	☐	☐	☐	☐	☐

Annex E: Qüestionari administrat (COPE – Estratègies d'afrontament)

COPE — Estratègies d'afrontament

Las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar, sentir o comportarse, que la gente suele utilizar para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles que en la vida causan tensión o estrés. Las formas de enfrentarse a los problemas, como las que aquí se describen, no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente, ciertas personas utilizan más unas formas que otras.

Indique la opción que mejor refleje su propia forma de enfrentarse a los problemas.

Escala:

0 = No, en absoluto

1 = Un poco

2 = Bastante

3 = Mucho

15. Indique la opción que mejor refleje su forma de enfrentarse a los problemas. *

	0	1	2	3
Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer.	☐	☐	☐	☐
Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy.	☐	☐	☐	☐
Acepto la realidad de lo que ha sucedido.	☐	☐	☐	☐
Recurso al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente.	☐	☐	☐	☐
Me digo a mi mismo "esto no es real".	☐	☐	☐	☐
Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.	☐	☐	☐	☐
Hago bromas sobre ello.	☐	☐	☐	☐
Me critico a mi mismo.	☐	☐	☐	☐
Consigo apoyo emocional de otros.	☐	☐	☐	☐
Tomo medidas para intentar que la situación mejore.	☐	☐	☐	☐
Renuncio a intentar ocuparme de ello.	☐	☐	☐	☐
Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables.	☐	☐	☐	☐
Me niego a creer que haya sucedido.	☐	☐	☐	☐
Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo.	☐	☐	☐	☐
Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor.	☐	☐	☐	☐
Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales.	☐	☐	☐	☐

Consigo el consuelo y la comprensión de alguien.	☐	☐	☐	☐
Busco algo bueno en lo que está sucediendo.	☐	☐	☐	☐
Me río de la situación.	☐	☐	☐	☐
Rezo o medito.	☐	☐	☐	☐

16. Continuación del Cuestionario COPE. Indique la opción que mejor refleje su propia forma de enfrentarse a los problemas. *

	0	1	2	3
Aprendo a vivir con ello.	☐	☐	☐	☐
Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine o ver la televisión.	☐	☐	☐	☐
Expreso mis sentimientos negativos.	☐	☐	☐	☐
Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.	☐	☐	☐	☐
Renuncio al intento de hacer frente al problema.	☐	☐	☐	☐
Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir.	☐	☐	☐	☐
Me echo la culpa de lo que ha sucedido.	☐	☐	☐	☐
Consigo que otras personas me ayuden o me aconsejen.	☐	☐	☐	☐

Annex F: Taula distribució de les subescales del COPE-28

	Subescales	Aspectes avaluats
Estil d'afrontament eficaç	Afrontament actiu	Iniciar accions directes i incrementar els esforços per reduir o eliminar l'estressor.
	Planificació	Pensar com afrontar l'estressor, planificant estratègies d'acció.
	Suport instrumental	Buscar ajuda o consell de persones que es consideren competents per obtenir idees de com afrontar el problema.
	Suport emocional	Aconseguir suport i comprensió de persones de l'entorn social.
	Reinterpretació positiva	Buscar el costat positiu i favorable del problema per intentar millorar i créixer amb l'experiència.
	Acceptació	Acceptar la realitat de la situació que s'està vivint.
Estil d'afrontament ineficaç	Humor	Fer bromes sobre l'estressor, riure de les situacions que s'estan vivint i, fins i tot, d'un mateix.
	Autodistracció	Concentrar-se en altres projectes, distreure's en altres activitats per no pensar en l'estressor.
	Desfogament emocional	Expressar o descarregar els sentiments de malestar emocional que experimenta la persona.
	Desconnexió conductual	Reduir els esforços per afrontar l'estressor, si cal, renunciant a les fites que l'estressor no ens permet aconseguir.
	Negació	Negar la realitat del succés estressant.
	Religió	Incrementar la participació en activitats religioses.
	Consum de substàncies	Prendre alcohol o altres substàncies amb l'objectiu de poder suportar l'estressor.
	Autoinculpció	Criticar-se i culpabilitzar-se de la situació estressant que s'està vivint.

Annex G: Qüestionari administrat (UWES – 9 Engagement laboral)

UWES-9 — Engagement laboral

Las siguientes preguntas se refieren a los sentimientos de las personas en el trabajo. Por favor, lea cuidadosamente cada pregunta y decida si se ha sentido de esta forma. Si nunca se ha sentido así, conteste 0. En caso contrario, indique cuántas veces se ha sentido así teniendo en cuenta la siguiente escala de respuesta.

Escala:

0 = Nunca / Ninguna vez

1 = Casi nunca / Pocas veces al año

2 = Algunas veces / Una vez al mes o menos

3 = Regularmente / Pocas veces al mes

4 = Bastante veces / Una vez por semana

5 = Casi siempre / Pocas veces por semana

6 = Siempre / Todos los días

14. Lea cuidadosamente cada pregunta y decida si se ha sentido de esta forma. *

	0	1	2	3	4	5	6
En mi trabajo me siento lleno de energía.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Soy fuerte y vigoroso en mi trabajo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Estoy entusiasmado con mi trabajo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mi trabajo me inspira.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cuando me levanto por las mañanas tengo ganas de ir a trabajar.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Soy feliz cuando estoy absorto en mi trabajo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Estoy orgulloso del trabajo que hago.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Estoy inmerso en mi trabajo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Me "dejo llevar" por mi trabajo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Annex H: Qüestionari administrat (Escala de Satisfacció General)

Escala de Satisfacció General

Según la escala anterior, señale su grado de satisfacción con los siguientes aspectos. Si alguno no se corresponde exactamente, por favor asícielo con la condición más semejante de su puesto.

Escala:

0 = Muy insatisfecho

1 = Insatisfecho

2 = Poco insatisfecho

3 = Neutro

4 = Poco satisfecho

5 = Satisfecho

6 = Muy satisfecho

17. Señale su grado de satisfacción con los siguientes aspectos. *

	0	1	2	3	4	5	6
Condiciones físicas del trabajo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Libertad para elegir tu propio método de trabajo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tus compañeros de trabajo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Reconocimiento que obtienes por el trabajo bien hecho.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tu superior inmediato.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Responsabilidad que se te ha asionado.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tu salario.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La posibilidad de utilizar tus capacidades.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Relaciones entre dirección y trabajadores en tu empresa.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tus posibilidades de promocionar.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
El modo en que tu empresa está gestionada.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La atención que se presta a las sugerencias que haces.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tu horario de trabajo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La variedad de tareas que realizas en tu trabajo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tu estabilidad en el empleo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Annex I: Full d'informació a la Persona Participant i Consentiment Informat



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

Edifici Rectorat
Carre de l'Escomador, s/n
43003 - Tarragona
Tel. +34 977 558 023
Fax +34 977 558 022
www.urv.cat

PARTICIPACIÓ VOLUNTÀRIA

Ha de saber que la seva participació en aquest estudi és voluntària i que pot decidir no participar o canviar la seva decisió i retirar el consentiment en qualsevol moment.

DESCRIPCIÓ GENERAL DE L'ESTUDI

Aquest estudi té com a objectiu analitzar el benestar psicològic dels professionals sanitaris i estudiar quins factors sociodemogràfics, psicològics i laborals poden predir-lo. Es planteja un estudi quantitatiu, de caràcter transversal, en què es recolliran dades mitjançant qüestionaris estandarditzats adreçats a professionals sanitaris (metges, infermers, psicòlegs...). Les variables principal inclouran el benestar psicològic, satisfacció laboral, resiliència, engagement i altres. A partir de l'anàlisi estadística de dades, es pretén identificar quines variables tenen més pes en l'explicació del benestar psicològic en aquest col·lectiu.

BENEFICIS I RISCOS

La participació en aquest estudi pot contribuir a ampliar el coneixement sobre el benestar psicològic dels professionals sanitaris i sobre els factors que poden influir-hi, com la satisfacció laboral, la resiliència o l'engagement. Els resultats poden ajudar a identificar variables rellevants per comprendre millor el benestar en aquest col·lectiu i orientar futures propostes de prevenció, promoció de la salut psicològica i millora de les condicions laborals en l'àmbit sanitari.

L'estudi no suposa cap risc físic per al participant, ja que la participació consisteix únicament a respondre un qüestionari online. Tot i això, algunes preguntes relacionades amb el benestar psicològic o l'àmbit laboral podrien generar una lleu incomoditat o reflexió personal. La participació és totalment voluntària i el participant podrà deixar de respondre el qüestionari en qualsevol moment, sense haver de donar cap explicació. Les dades seran tractades de manera anònima i confidencial, i s'utilitzaran exclusivament amb finalitats acadèmiques.

CONFIDENCIALITAT I PROTECCIÓ DE DADES

Tota la informació recopilada sobre les persones participants en el marc d'aquest estudi es mantindrà estrictament confidencial i amb aplicació de les corresponents mesures de seguretat que garanteixin, a més de la seva confidencialitat, la seva integritat, disponibilitat, autenticitat i traçabilitat.

Annex J: Taula dels Criteris d'Interpretació del coeficient rho Spearman

Valor del coeficient rho d'Spearman	Interpretació
,01-,09	Relació negligible
,10-,39	Relació dèbil
,40-,69	Relació moderada
,70-,89	Relació forta
≥,90	Relació molt forta

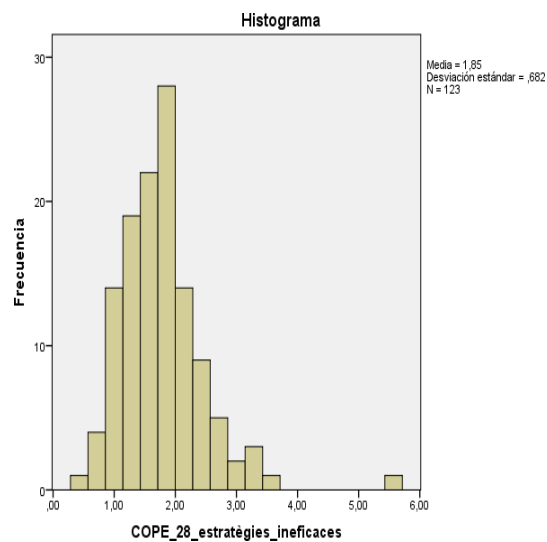
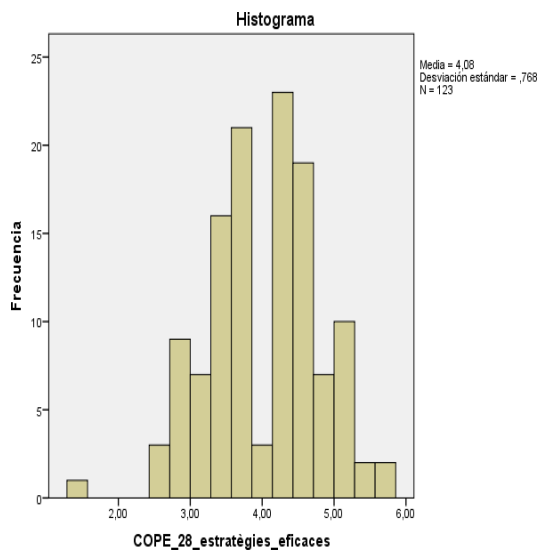
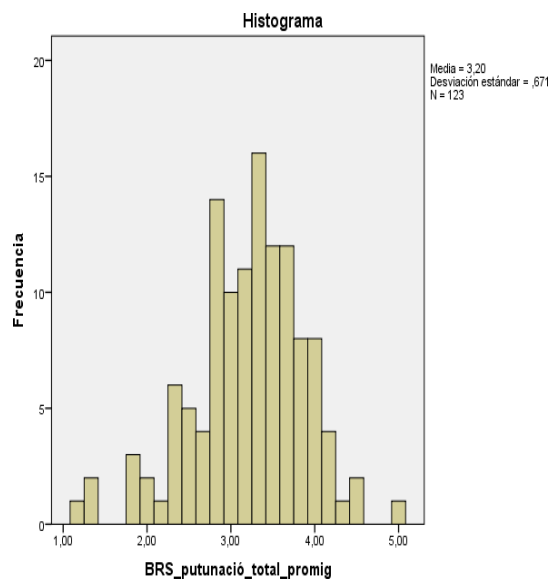
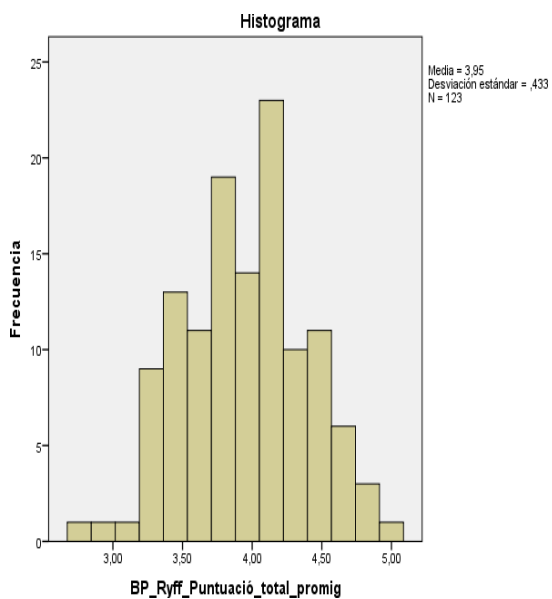
Nota. Adaptat de Schober et al. (2018).

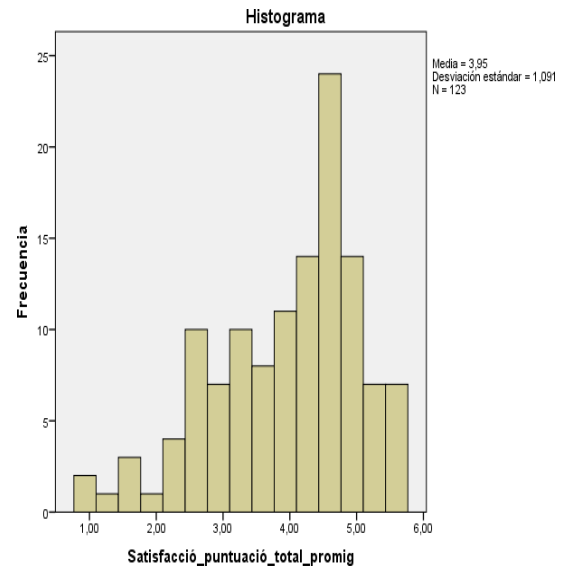
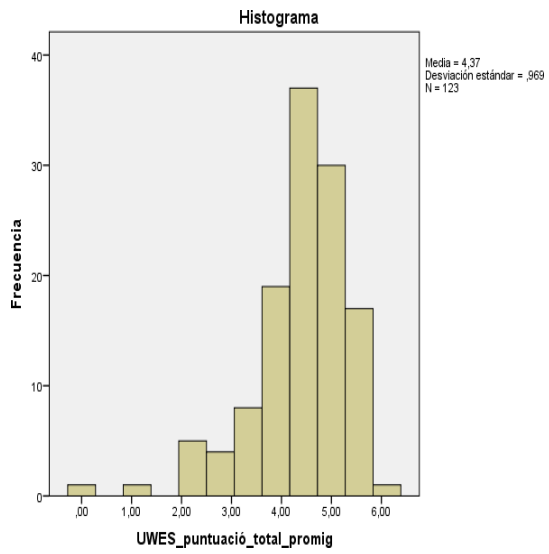
**Annex K: Taula Estadístics descriptius de les puntuacions totals dels
qüestionaris**

Escales	Rang (Mín- Max)	IQR	Md	M	SD	Coefficient d'asimetria
Benestar Psicològic_ autoacceptació	2-5	0,75	4	4,04	0,55	-0,40
Benestar Psicològic_ relacions positives	2,60-5	1	4	4,11	0,59	-0,18
Benestar Psicològic_ autonomia	1,50-5	0,83	3,67	3,57	0,66	-0,49
Benestar Psicològic_ domini de l'entorn	2,60-5	0,80	4	3,90	0,58	-0,14
Benestar Psicològic_ creixement personal	3-5	0,75	4,25	4,14	0,50	-0,15
Benestar Psicològic_ propòsit a la vida	2,60-5	0,60	4	4,07	0,56	-0,25
Benestar Psicològic_ puntuacions totals	2,76- 4,97	0,62	3,93	3,95	0,43	-0,08
Resiliència	1,17-5	0,83	3,33	3,20	0,67	-0,51
Engagement laboral_vigor	0-6	1,33	4,67	4,28	1,07	-1,34

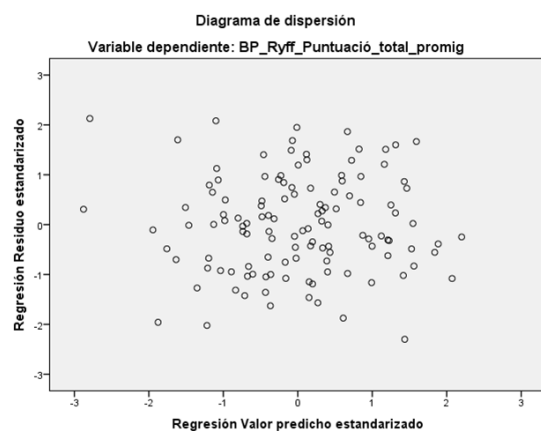
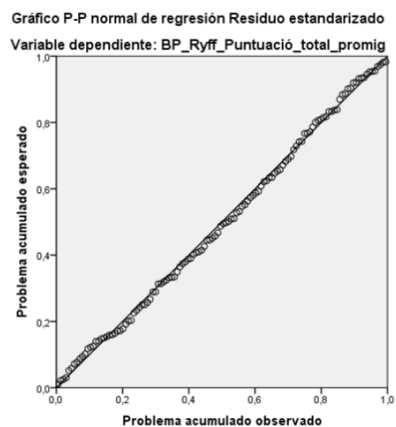
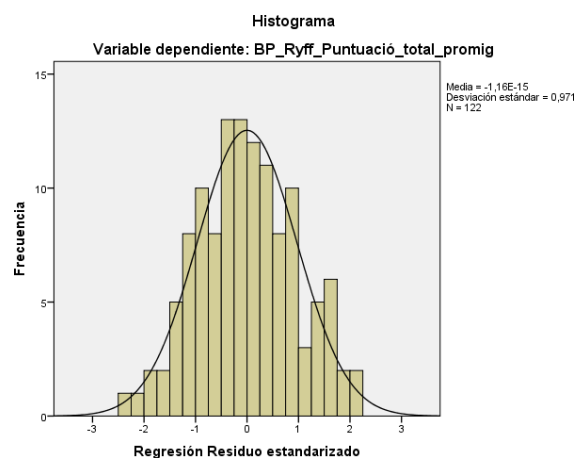
Engagement laboral_dedicació	0-6	1	5	4,63	1,05	-1,50
Engagement laboral_absorció	0-6	1,33	4,33	4,20	1,21	-1,05
Engagement laboral_ puntuacions totals	0-6	1	4,56	4,37	0,97	-1,51
Satisfacció laboral_factors intrínsecs	0,14- 5,86	1,57	4,29	3,98	1,21	-0,78
Satisfacció laboral_factors extrínsecs	0,50- 5,88	1,63	4,13	3,92	1,08	-0,66
Satisfacció laboral_puntuacions totals	0,93- 5,73	1,53	4,20	3,95	1,09	-0,66
Estratègies d'afrontament eficaces	1,43- 5,71	1,14	4,14	4,08	0,77	-0,21
Estratègies d'afrontament ineficaces	0,43- 5,57	0,71	1,86	1,85	0,68	1,53

Annex L: Histogrames de les puntuacions totals de les variables d'interès





Annex M: Gràfics i Taules relatius als supòsits del model de regressió lineal múltiple



Diagnòstic de col·linealitat

Predictors	Tolerància	VIF
Edat	,762	1,313
Gènere	,865	1,156
Categoria_medicina	,574	1,741
Categoria_infermeria	,637	1,570
Resiliència	,651	1,536
Estratègies d'afrontament eficaces	,716	1,396

Estratègies d'afrontament inefícaces	,585	1,710
Engagement_vigor	,323	3,098
Engagement_dedicació	,314	3,181
Engagement_absorció	,545	1,836
Satisfacció_Factors intrínsecs	,289	3,455
Satisfacció_Factors extrínsecs	,256	3,910
