

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

RIESGOS PSICOSOCIALES, SALUD Y AUTOEFICACIA EN
TRABAJADORES DE LA SANIDAD PÚBLICA

TESIS DOCTORAL

Autor: Francisco Antonio Viciano Céspedes

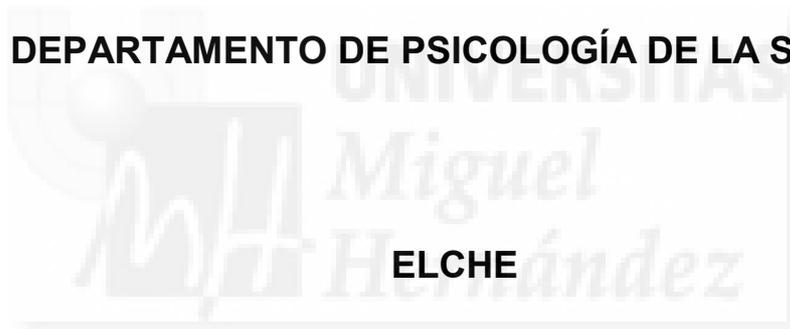
Directores:
Dr. Ángel Solanes Puchol
Dra. Beatriz Martín del Río

Junio, 2017

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD



Memoria realizada para optar al título de doctor, presentada por:

D. Francisco Antonio Viciano Céspedes

Junio 2017

AGRADECIMIENTOS

Hace algunos años comencé una andadura que culmina con este trabajo.

De la mano de personas muy queridas, de personas admiradas y de personas queridas y admiradas.

Los directores de tesis Dra. Beatriz Martín del Río y el Dr. Ángel Solanes Puchol a los que considero parte mía por las horas que hemos pasado juntos. Verdaderos motivadores de este proyecto.

Al Dr. Rafael Lobato Cañón porque tu amistad, cariño y consejos han sido y serán inestimables para mí.

A los profesionales del Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería porque han sido los actores principales de este trabajo y no puedo dejar de agradecerles su buen hacer e inestimable comprensión en la elaboración de los cuestionarios. Gracias.

Gracias a un gran descubrimiento que hice en un master en el año 2.010 y que, como yo, hemos realizado el trayecto de doctorandos juntos, Gracias.

A mi familia que desde siempre me animaron, madre, hermanos, cuñados y suegros por vuestra inapreciable comprensión y ánimo a seguir desarrollándome.

De mis hijos, poco puedo decir, sólo que sois geniales, gracias por no reprocharme haberos abandonado por este trabajo y por los ánimos que me habéis dado.

Bueno ,Teresa, mi mujer que ha estado a mi lado aguantándome los malos momentos, que han sido muchos, por los agobios, pero que juntos comenzamos hace muchos años una andadura a modo de familia, una andadura académica similar y hemos acabado nuestra tesis al mismo tiempo.

Gracias.

“Si buscas resultados distintos, no hagas
siempre lo mismo”

Albert Einstein



A mi familia

A Teresa,

Y a mis hijos Francisco y María





D. Ángel Solanes Puchol, con DNI 19.846.059-A, profesor del Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad “Miguel Hernández” de Elche

y

D^a. Beatriz Martín del Río, con DNI con DNI 29.170.335-X, profesora del Departamento Psicología de la Salud de la Universidad “Miguel Hernández” de Elche

AUTORIZAN

La presentación de la Tesis Doctoral titulada “Riesgos psicosociales, salud y autoeficacia en trabajadores de la sanidad pública”, realizada por Francisco Viciano Céspedes, bajo nuestra inmediata dirección y supervisión, en el Departamento de Psicología de la Salud y que presenta para la obtención del grado de doctor por la Universidad “Miguel Hernández” de Elche.

Y para que así conste a los efectos oportunos,

En Elche, a 22 de junio de 2017

Fdo. Ángel Solanes Puchol
Departamento de Psicología de la Salud
Universidad “Miguel Hernández” de Elche

Fdo. Beatriz Martín del Río
Departamento de Psicología de la Salud
Universidad “Miguel Hernández” de Elche

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Universidad “Miguel Hernández” de Elche
Avda. de la Universidad, s/n (Edif. Altamira)
03202 – Elche - España



D. Juan Carlos Marzo Campos, Profesor Titular de la Universidad, del Área de Psicología Social del Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad “Miguel Hernández” de Elche

INFORMA

Que la Tesis Doctoral titulada “Riesgos psicosociales, salud y autoeficacia en trabajadores de la sanidad pública”, ha sido realizada por Francisco Viciano Céspedes, bajo nuestra inmediata dirección y supervisión de D. Ángel Solanes Puchol y D^a. Beatriz Martín del Río, y el Departamento de Psicología de la Salud, han dado su conformidad para que sea presentada ante la Comisión de Doctorado de la Universidad “Miguel Hernández” de Elche.

Y para que así conste a los efectos oportunos,

En Elche, a 22 de junio de 2017

Fdo. Juan Carlos Marzo Campos
Director del Dpto. Psicología de la Salud
Universidad “Miguel Hernández” de Elche

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

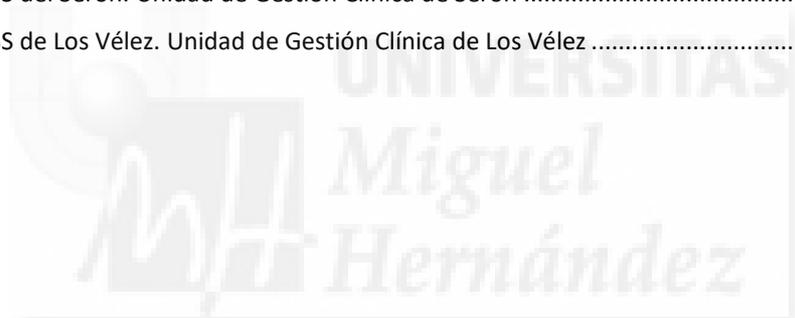
Universidad “Miguel Hernández” de Elche
Avda. de la Universidad, s/n (Edif. Altamira)
03202 – Elche - España

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	23
II. MARCO TEÓRICO	27
Capítulo 1. SALUD OCUPACIONAL	29
1.1. Administración pública y salud de sus trabajadores	37
1.2. Salud de los profesionales del sector sanitario	40
Capítulo 2. FACTORES Y RIESGOS PSICOSOCIALES	49
2.1. Diferenciación conceptual	49
2.1.1. Principales Factores de Riesgo Psicosocial	52
2.1.2. Causas asociadas al entorno de trabajo	54
2.1.3. Causas asociadas a la organización del tiempo	55
2.1.4. Causas asociadas a los factores personales	56
2.2. Principales Riesgos Psicosociales	57
2.2.1. Estrés Laboral	58
2.2.2. Violencia Laboral	59
2.2.3. Violencia Sexual	60
2.2.4. Síndrome Burnout	61
2.2.5. Inseguridad Contractual	63
2.2.6. Conflicto Familia Trabajo	64
2.2.7. Trabajo Emocional	65
Capítulo 3. AUTOEFICACIA	67
Capítulo 4. EL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD	81
4.1. Procedimiento y Organización Administrativa	81
4.2. Distrito sanitario de Atención Primaria Levante - Alto Almanzora	83
4.3. Hospital Comarcal La Inmaculada. Huércal-Overa	85
Capítulo 5. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	89
5.1. Objetivo general	89
5.2. Objetivos específicos e Hipótesis	89

III. MARCO EMPÍRICO.....	93
Capítulo 6. MÉTODO	95
6.1. Participantes	95
6.1.1. Atención Primaria.....	95
6.1.2. Hospital Comarcal	99
6.1.3. Datos sociodemográficos y laborales de la muestra	105
6.2. Procedimiento	114
6.3. Variables e Instrumentos.....	115
6.3.1. Datos sociodemográficos y laborales.....	115
6.3.2. Factores de Riesgo Psicosocial	115
6.3.3. Salud	119
6.3.4. Autoeficacia.....	120
6.4. Análisis de datos	120
Capítulo 7. RESULTADOS	123
7.1. Estadísticos descriptivos	123
7.2. Estudio de la normalidad.....	125
7.3. Estudio de diferencias en las variables de factores de salud mental, autoeficacia y riesgo psicosocial en función del tipo de atención sanitaria (atención primaria / hospital).....	128
7.3.1. Atención Primaria.....	128
7.3.2. Hospital	134
7.4. Estimación de la dirección y magnitud de las diferencias en salud mental, autoeficacia y factores de riesgo psicosocial	140
7.5. Análisis del efecto diferencial de los factores de riesgo laboral sobre la salud mental y la autoeficacia de los trabajadores sanitarios y no sanitarios, de atención primaria y de hospital.....	175
Capítulo 8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	187
8.1. Discusión:.....	187
8.2. Conclusiones	206
8.3. Limitaciones del estudio	210
8.4. Sugerencias y Prospectivas de investigación	211
8.5. Propuesta de intervención práctica	212
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	215

ANEXOS.....	233
Anexo 1. Batería de preguntas y pruebas.....	235
Anexo 2. Consentimiento Informado.....	243
Anexo 3. Nota de comunicación interior enviando cuestionarios.....	244
Anexo 4. Socioeconómicos y estadísticos de los núcleos que componen las distintas zonas básicas de salud.....	245
1. ZBS de Albox. Unidad de Gestión Clínica de Albox.....	245
2. ZBS de Huércal-Overa. Centro de Salud de Huércal-Overa. Unidad de Gestión Clínica de Huércal-Overa	245
3. ZBS de Huércal-Overa. Centro de Salud de Pulpí. Unidad de Gestión Clínica de Pulpí	245
4. ZBS del Mármol. Unidad de Gestión Clínica del Mármol	246
5. ZBS del Serón. Unidad de Gestión Clínica de Serón	246
6. ZBS de Los Vélez. Unidad de Gestión Clínica de Los Vélez	246



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. UGCs del área de Gestión Sanitaria Norte de Almería	87
Tabla 2. Tasa de respuesta de los centros de salud	98
Tabla 3. Tasa de respuesta del hospital comarcal La Inmaculada. Huércal-Overa	99
Tabla 4. Unidad de Gestión Clínica. Biotecnología	100
Tabla 5. Unidad de Gestión Clínica. Bloque Quirúrgico	100
Tabla 6. Unidad de Gestión Clínica. Farmacia hospitalaria.....	101
Tabla 7. Unidad de Gestión Clínica. Ginecología y Obstetricia.....	101
Tabla 8. Unidad de Gestión Clínica. Intercentros de Cirugía General.....	102
Tabla 9. Unidad de Gestión Clínica. Medicina Física y Rehabilitación.....	102
Tabla 10. Unidad de Gestión Clínica. Medicina Interna y Especialidades Médicas	103
Tabla 11. Unidad de Gestión Clínica. Pediatría.....	103
Tabla 12. Unidad de Gestión Clínica. Salud de Mental.....	104
Tabla 13. Unidad de Gestión Clínica. Prevención, Promoción y Vigilancia de la Salud.....	104
Tabla 14. Unidades No Asistenciales de Servicios Generales.....	105
Tabla 15. Estadísticos Sociodemográficos de Atención Primaria en el Distrito Sanitario Levante – Alto Almanzora.....	107
Tabla 16. Estadísticos Sociodemográficos del Hospital Comarcal La Inmaculada	110
Tabla 17. Estadísticos descriptivos de las variables de estudio de los trabajadores de Atención primaria en el Distrito Sanitario Levante – Alto Almanzora.....	123
Tabla 18. Estadísticos descriptivos de las variables de estudio de los trabajadores del Hospital Comarcal La Inmaculada.....	124

Tabla 19. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para las variables del estudio en Atención Primaria en el Distrito Sanitario Levante – Alto Almanzora.....	125
Tabla 20. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para las variables del estudio en el Hospital Comarcal La Inmaculada	127
Tabla 21. Valores de contraste de Kruskal Wallis entre los factores de estudio y las variables sociodemográficas, sociodomésticas y laborales en Atención Primaria en el Distrito Sanitario Levante – Alto Almanzora, para el personal sanitario.....	132
Tabla 22. Valores de contraste de Kruskal Wallis entre los factores de estudio y las variables sociodemográficas, sociodomésticas y laborales en Atención Primaria en el Distrito Sanitario Levante – Alto Almanzora, para el personal no sanitario.....	133
Tabla 23. Valores de contraste de Kruskal Wallis entre los factores de estudio y las variables sociodemográficas, sociodomésticas y laborales en el Hospital Comarcal La Inmaculada, para el personal sanitario	137
Tabla 24. Valores de contraste de Kruskal Wallis entre los factores de estudio y las variables sociodemográficas, sociodomésticas y laborales en el Hospital Comarcal La Inmaculada, para el personal no sanitario	138
Tabla 25. Comparaciones para la variable salud mental.....	141
Tabla 26. Comparaciones para la variable de autoeficacia.....	142
Tabla 27. Comparaciones para la variable capacidad para tomar decisiones	144
Tabla 28. Comparaciones para la variable ambigüedad de rol	146
Tabla 29. Comparaciones para la variable relaciones interpersonales	147
Tabla 30. Comparaciones para la variable supervisión	149
Tabla 31. Comparaciones para la variable habilidades motoras y cognitivas	151
Tabla 32. Comparaciones para la variable canales de participación.....	153
Tabla 33. Comparaciones para la variable autonomía temporal	154
Tabla 34. Comparaciones para la variable importancia del trabajo.....	156

Tabla 35. Comparaciones para la variable poca variedad y repetitividad	157
Tabla 36. Comparaciones para la variable dificultad de la tarea	159
Tabla 37. Comparaciones para las habilidades sociales de gestión para el trabajo.....	161
Tabla 38. Comparaciones para la variable nivel de fatiga en el trabajo	163
Tabla 39. Comparaciones para la variable capacidad de adaptación a las nuevas situaciones del entorno laboral.....	164
Tabla 40. Comparaciones para la variable información de la organización ...	166
Tabla 41. Comparaciones para la variable relaciones y canales de información con los jefes.....	168
Tabla 42. Comparaciones para la variable carga mental	170
Tabla 43. Comparaciones para la variable motivación intrínseca	172
Tabla 44. Comparaciones para la variable motivación extrínseca	173
Tabla 45. Correlaciones entre los factores de riesgo psicosocial y las variables de salud y autoeficacia en Atención Primaria en el Distrito Sanitario Levante – Alto Almazora, para el personal sanitario.....	178
Tabla 46. Correlaciones entre los factores de riesgo psicosocial y las variables de salud y autoeficacia en Atención Primaria en el Distrito Sanitario Levante – Alto Almazora, para el personal no sanitario.....	179
Tabla 47. Correlaciones entre los factores de riesgo psicosocial y las variables de salud y autoeficacia en el Hospital Comarcal La Inmaculada, para el personal sanitario.....	180
Tabla 48. Correlaciones entre los factores de riesgo psicosocial y las variables de salud y autoeficacia en el Hospital Comarcal La Inmaculada, para el personal no sanitario.....	181
Tabla 49. Regresiones sobre la dimensión de Salud mental para los trabajadores de Atención Primaria.....	183

Tabla 50. Regresiones sobre la dimensión de Salud mental para los trabajadores del Hospital	184
Tabla 51. Regresiones sobre la dimensión de Autoeficacia para los trabajadores de Atención Primaria.....	185
Tabla 52. Regresiones sobre la dimensión de Autoeficacia para los trabajadores del Hospital	186

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Estructura nivel 1 Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería	82
Figura 2. Mapa de poblaciones del Distrito Sanitario Levante-Alto Almanzora	84
Figura 3. Centros de salud del Distrito Sanitario Levante - Alto Almanzora.	85
Figura 4. Composición del área de gestión sanitaria norte de Almería.	86

ÍNDICE DE FOTOGRAFÍAS

Fotografía 1 Centro de salud de Pulpí.....	82
Fotografía 2. Hospital Comarcal de Huércal-Overa.....	86

I. INTRODUCCIÓN

El sector sanitario es uno de los principales ejes del sistema de bienestar en el que se sustenta un país. Las actividades que se desarrollan se enmarcan dentro de los sectores de la sanidad y los servicios sociales y son muy variadas y complejas. En Europa el sector sanitario da empleo a muchos trabajadores, pudiéndose concretar en una cantidad que aproximadamente se situaría en torno al 10% de la población activa. Este sector, dada las características de sus actividades requiere una alta jerarquización, coexistencia de diferentes estructuras organizaciones que la integren y una elevada coordinación y sincronización entre los profesionales que la integran y las actividades que desarrollan cada uno de ellos y ellas.

En este sentido, los profesionales de salud están sometidos a mucha presión asistencial, la atención que se presta a los pacientes es de carácter urgente y, en ocasiones, se realiza a expensas de la propia seguridad del trabajador y, por otro lado, por parte de los propios usuarios.

El presente estudio de investigación se centra en conocer algunas de las condiciones de salud de los profesionales sanitarios del sistema nacional de salud, dentro de la Agencia Administrativa que es el Servicio andaluz de Salud y su organización Territorial y Asistencial que es el área de Gestión Sanitaria Norte de Almería. En este sentido, se ha realizado una investigación sobre riesgos psicosociales, salud y autoeficacia percibida en un área de gestión, atención primaria y atención hospitalaria, de Almería.

En este sentido, para poder responder a nuestro objetivo se ha contado con la colaboración de una población de 1.100 profesionales del sector de la sanidad, participando en el mismo trabajadores de todas las categorías profesionales tanto sanitarios como no sanitarios, facultativos, enfermeros, auxiliares administrativos, pinches, personal de mantenimiento, y todas las categorías que prestan sus servicios en las unidades administrativas específicas.

La primera parte de la presente tesis doctoral aborda el marco teórico en el que se centra el estudio. Iniciaremos nuestro trabajo con una aproximación al

concepto de salud, revisando la salud de los trabajadores en el sector sanitario. Al analizar este aspecto nos centraremos fundamentalmente en aquellos factores de riesgos psicosociales que pueden afectar a la salud de los trabajadores y en la autoeficacia de los mismos.

En esta primera parte, también abordaremos la compleja estructura del servicio andaluz de salud para comprender mejor el funcionamiento de red de tela de araña en la que se integran los trabajadores y trabajadoras que participarán en este estudio. En el capítulo cuarto desarrollamos la estructura capital de la organización administrativa y asistencia que se da en Andalucía. Abordaremos qué es, a qué se dedica y cómo está organizado el Servicio Andaluz de Salud, SAS, a nivel global y más específicamente cómo se organiza y qué estructura tiene, concretamente, el Área de Gestión Norte de Almería en la que se basa este estudio. Es muy importante saber cómo está configurada la asistencia sanitaria en el estudio si se desea establecer una comparación con otras comunidades autónomas e incluso países.

Por último, y dentro de esta primera parte estableceremos los objetivos e hipótesis del presente trabajo.

En una segunda parte y ya en el marco empírico y concretamente en el capítulo de método se describe la muestra, participantes tanto de atención primaria como de atención hospitalaria, el procedimiento de recogida de los cuestionarios y entrevistas, los instrumentos de medida y las variables utilizados, así como los análisis de datos realizados.

Realizada la recogida de los cuestionarios en las diversas Unidades de Gestión clínica que participaron en el estudio, se procedió a la corrección y posterior análisis oportuno de todos los datos obtenidos y, de este modo, poder realizar una descripción de los resultados hallados.

La discusión se realiza en base a los objetivos e hipótesis planteadas comparando los resultados obtenidos con la revisión bibliografía realizada para ver nuestros resultados coinciden o difieren con los realizados por otros investigadores.

Posteriormente, planteamos las principales conclusiones obtenidas, las limitaciones que consideramos que se han dado en el presente trabajo y algunas sugerencias para futuras investigaciones.

Otro aspecto que también abordamos en este trabajo consiste en plantear algunas propuestas de intervención práctica que podrían aplicarse a los colectivos que se han estudiado.

En los últimos apartados del trabajo se detalla, por un lado, la bibliografía utilizada, así como en el apartado de anexos de los cuestionarios que se han utilizado en la investigación.



II. MARCO TEÓRICO



Capítulo 1. SALUD OCUPACIONAL

El conocimiento se gesta sobre la confluencia de los datos e informaciones que distintas ramas del saber ofrecen. De acuerdo a esto, cualquier planteamiento de investigación implica necesariamente la revisión de ciertos aspectos teóricos que son los que van a nutrir y orientar el trabajo. Conforme a esta idea, el presente capítulo se centra en exponer informaciones claves para una mejor comprensión del tema propuesto, los cuales, para el caso de este estudio, son: salud y la salud de los trabajadores de la administración pública, con especial atención a aquellos que trabajan el sector sanitario.

El concepto de salud para el ser humano, lejos de ser un término estático, ha gozado de gran dinamicidad, evolucionando y transformándose a lo largo de la historia. Durante siglos, su conceptualización se basó únicamente en afirmar que se correspondía con un estado de ausencia de enfermedad o afectación, por lo que se consideraba que este constructo únicamente estaba influido por factores biológicos. No obstante, la visión existente sobre el concepto de salud experimentó un cambio radical en Europa en los inicios del s. XIX, al descubrirse la existencia de relaciones causales entre aspectos sociales como la pobreza o las condiciones de trabajo propias de las primeras fábricas industriales y la enfermedad (Calaza Martínez, 2017). Es en este período cuando el antropólogo Robert Virchow estableció una clara asociación entre las condiciones de vida y la enfermedad, aportando que las condiciones sociales y económicas afectaban de forma considerable a la salud y a la enfermedad y que, por tanto, se tornaba necesario adoptar medidas sociales y médicas a fin de promover la salud y combatir la enfermedad (Llambias, 2003).

Estas primeras aproximaciones hacia un nuevo enfoque sobre el concepto de salud llevaron a los teóricos a otorgar una clara importancia a los factores sociales y a su relación con los factores exclusivamente biológicos de la salud/enfermedad. De este modo, en la década de los 40, el médico francés Henry Sigerist rescata las ideas de Virchow y sus contemporáneos y propone que la salud de las personas se ve enormemente favorecida al otorgar condiciones de vida decentes, incluyendo aquí condiciones físicas, laborales,

sociales y educativas adecuadas (Restrepo & Málaga, 2001). Por lo tanto, la salud de una población no dependería únicamente de la asistencia médica, sino también de las condiciones de vida en las que se sitúen las personas que la conformen.

Todas estas reflexiones sobre el concepto de salud que ya se planteaban desde el siglo XIX llevaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a proponer una de las definiciones respecto a este constructo más importante e influyentes, estableciendo que la salud hace referencia a "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad" (OMS, 1948). La incorporación del factor "social" como determinante de la salud, además de los factores "físico" y "mental" ya considerados, implicó que la salud dejara de entenderse como un estado o situación que dependiese exclusivamente del mundo de la sanidad, para integrarse también en el mundo social (Ponte, 2003). Ello implica necesariamente comprender al constructo de salud como un fenómeno social que posee una estructura de alto grado de complejidad, donde entran en acción un gran número de variables con una fuerte interacción entre ellas (Alcántara, 2008).

Esta definición del concepto de salud se mantiene hasta la actualidad, aunque bien es cierto que de ella se han remarcado algunos aspectos que se consideran no están del todo ajustados a la naturaleza humana, planteando así algunas adaptaciones. En este sentido, Milton Terris plantea una reconceptualización y entiende a la salud como el estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de malestar o enfermedad (Terris, 1975). Aunque a simple vista parece una definición muy próxima a la establecida por la OMS, lo más destacable en ella es que introduce el aspecto subjetivo de "sentirse bien" y el aspecto objetivo de capacidad funcional. Además, se elimina la palabra "completo", considerando así que la salud no es un absoluto, sino un continuo en el que existen diferentes grados. Y en último lugar, Terris realiza una distinción entre el término "enfermedad" y el término "malestar", ya que a su juicio es posible que la enfermedad coexista con el "sentirse bien" en una persona (Ponte, 2003).

Por otra parte, Navarro (1998) también efectúa una crítica sobre esta definición propuesta por la OMS, señalando la existencia de un problema epistemológico en la misma. El concepto de salud establecido por la OMS (1948) da por sentado que existe un consenso universal sobre lo que significan los términos clave de esta definición, esto es, salud y bienestar, por lo que se trata de una conceptualización ahistórica y apolítica. Pero lo cierto es que el constructo de salud está impregnado de un fuerte componente cultural, lo que no le permite escapar de las condiciones socio históricas existentes en una época y lugar determinados (Alcántara, 2008).

Sin embargo, lo más destacable de todas las aportaciones realizadas a la definición del constructo de salud es que todas ellas consideran la parte social y su influencia en su conceptualización. Y dentro del factor social, el ámbito laboral y las condiciones específicas que éste supongan para las personas constituyen un gran determinante en el grado de salud y bienestar global del individuo (Leitner & Resch, 2005). En este sentido, Parra (2003) señala que el trabajo puede suponer para las personas: 1) una fuente de salud, ya que a través del mismo se satisfacen necesidades económicas básicas y relacionadas con el bienestar individual y grupal; 2) una fuente de daño, ya que puede causar perjuicio a la salud, cuando afecta al bienestar de las personas de forma negativa (accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, etc.); o 3) un agravante de problemas ya existentes, al interactuar con otro tipo de factores de riesgo.

De este modo, se puede constatar como el ambiente de trabajo en el que se sitúan los trabajadores ejerce una clara influencia sobre la vida de éstos, su bienestar y en definitiva, su salud. Para Mañas (2001) las condiciones de trabajo influyen positiva o negativamente en la salud, de forma que los daños en el bienestar de los empleados pueden concretarse en enfermedades del trabajo (enfermedad profesional y enfermedad vinculada al trabajo) y accidentes laborales, aunque también existen otras forma y aspectos en los que se manifiestan la experimentación de unas inadecuadas condiciones de trabajo. Todo esto supone el origen de diversos problemas a nivel de salud pública y de índole social, que en muchas ocasiones pueden ser evitados mediante la puesta en práctica de programas de prevención eficaces y apropiados.

En los últimos años se ha venido desarrollando un alto interés por el estudio de los ambientes laborales y de las consecuencias que los factores negativos o disfuncionales de éstos puedan acarrear sobre la calidad de vida laboral de los trabajadores y sobre la productividad de las organizaciones. Esto ha potenciado que la investigación haya alcanzado un estatus relevante dentro de la Psicología, originando áreas de conocimiento y disciplinas específicas para su estudio, como la Psicología de la Salud Ocupacional, junto a labores de intervención profesional dedicadas a la prevención e intervención de riesgos psicosociales en el trabajo (Gil-Monte, 2010). Este aumento en la concienciación de los gobiernos y las grandes empresas por preservar y promover la salud de los trabajadores se ha visto favorecido en parte por la creciente tendencia a considerar que el elemento central de una dirección eficaz de los recursos humanos radica en “cuidar” y no “quemar” a los empleados, ya que éstos son el “corazón” de la organización (Salanova & Schaufeli, 2004).

Además, en los últimos 20 años, las modificaciones ejercidas en las formas de trabajo, tipos de empleo y ambientes laborales han implicado una serie de cambios inciertos, con demandas de disponibilidad y nuevas presiones y exigencias, ante las cuales no todos los trabajadores están exhibiendo una capacidad de adaptación adecuada (Gómez, 2007). A parte de los riesgos laborales clásicos persistentes, con la aparición de nuevos escenarios de trabajo es apreciable un mayor protagonismo de los factores de riesgo psicosocial y del estrés laboral (Artazcoz, 2002; Solanes, Martín del Río, Rodríguez de Limia, Benavides & Martínez-Zaragoza, 2014). Las consecuencias que se derivan para la salud de los trabajadores están impulsando el desarrollo de nuevas investigaciones en el ámbito de la Psicología del Trabajo y las Organizaciones (p.e. Martín del Río, Solanes, Martínez-Zaragoza & Benavides, 2013), y la aplicación de programas de prevención de riesgos laborales y de promoción de salud ocupacional adaptados a los distintos sectores laborales, utilizando metodologías multidisciplinares.

Considerando la influencia del ámbito laboral en la vida y el bienestar global de las personas, el estudio de la salud psicosocial en el trabajo comienza a cobrar relevancia a mediados del siglo XX. En diferentes países de Europa y en Estados

Unidos, se desarrollaron y consolidaron modelos conceptuales e investigaciones relacionadas con esta área. Todos estos avances llevan a la OMS (1995) a proporcionar una definición de la salud ocupacional:

La salud ocupacional es una actividad multidisciplinaria dirigida a promover y proteger la salud de los trabajadores mediante la prevención y el control de enfermedades y accidentes y la eliminación de los factores y condiciones que ponen en peligro la salud y la seguridad en el trabajo. Además, procura generar y promover el trabajo seguro y sano, así como buenos ambientes y organizaciones de trabajo realzando el bienestar físico mental y social de los trabajadores y respaldar el perfeccionamiento y el mantenimiento de su capacidad de trabajo.

Así, la finalidad de la salud en el trabajo consiste en lograr la promoción y mantenimiento del más alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todos los trabajos (Gómez, 2007); prevenir todo daño causado a la salud de éstos por las condiciones del trabajo; protegerlos en su empleo contra los riesgos resultantes de agentes perjudiciales; ubicar y mantener al trabajador en un empleo adecuado a sus aptitudes fisiológicas y psicológicas; y en suma, adaptar el trabajo a la persona y cada persona a su actividad (Organización Internacional de Trabajo, 2003).

No obstante, en la actualidad se ha producido un cambio conceptual en lo que a salud ocupacional se refiere. Las investigaciones en este ámbito concluyen que es necesario ampliar el concepto de salud ocupacional a salud de los trabajadores. Mientras que el primer término es entendido principalmente como la salud del empleado en su ambiente de trabajo, la salud de los trabajadores a la vez que incluye al constructo anterior, también hace referencia a la salud del empleado fuera de su ambiente laboral. Por ello considera, además de los accidentes de trabajo y las enfermedades ocupacionales, las patologías asociadas al trabajo y las derivadas de su vida fuera de su centro de trabajo (Gómez, 2007). De este modo, el principal objetivo de la salud laboral es identificar y eliminar o modificar los factores relacionados con el trabajo que ejerzan un efecto perjudicial para la salud del trabajador, así como potenciar

aquellos que afecten beneficiosamente a su salud y bienestar (García, Benavides & Ruiz-Frutos, 2000).

Como respuesta a estas nuevas necesidades dentro del campo de la salud de los trabajadores, a finales de la década de los 90 emerge la Psicología de la Salud Ocupacional como especialidad (Barling & Griffith, 2003). Pese a que este término fue acuñado por primera vez por Jonathan Raymond en 1990 (Raymond, Wood & Patrick, 1990), las raíces históricas de la Psicología de la Salud Ocupacional son anteriores a esta época (Campbell, 1999). Más específicamente, la Psicología posee una larga historia de estudio de la salud en el ámbito laboral y en las organizaciones industriales. En Norteamérica, empezando por los trabajos de Münsterberg sobre lesiones y accidentes laborales a finales de 1800 (Offerman & Gowing, 1990), seguidos por la atención prestada por Kornhauser a las actitudes, los conflictos y las relaciones mantenidas en los entornos laborales (Kornhauser, 1965), o los estudios de Kahn sobre el conflicto de roles las organizaciones durante los años 60 (Kahn, Wolfe, Quinn, Snoek & Rosenthal, 1964), queda patente como la Psicología emprendió de manera temprana una labor investigadora en el área del bienestar laboral.

De forma similar ocurrió en Europa, donde importantes trabajos desarrollados en la década de 1970 sobre la vida y salud laboral de los empleados marcaron en el viejo continente los inicios prematuros de lo que hoy es la Psicología de la Salud Ocupacional. En este sentido, Gardell (1971) fue uno de los pioneros en este ámbito, centrando sus investigaciones en el problema de la alienación en el trabajo planteado por la mecanización y la burocracia. Este mismo autor también fue el responsable de examinar las consecuencias psicosociales derivadas del uso de diversas tecnologías de producción (Gardell, 1981). Por su parte, Frankenhaeuser, Levi y Gardell (1982) estudiaron el estrés laboral manifestado tanto fisiológica como psicológicamente, prestando especial atención a las estrategias de cambio social y a los aspectos estresantes de la tecnología de producción en masa, los procesos de trabajo altamente automatizados y el trabajo por turnos. Por tanto, todas estas tradiciones establecieron el escenario apropiado, en el que se produjo una convergencia entre la salud pública y la medicina preventiva con la psicología de la salud en un contexto industrial u

organizacional, que permitió a la Psicología de la Salud Ocupacional emerger como una disciplina diferenciada en la década de los 90.

De acuerdo con el *American National Institute of Occupational Safety and Health* (NIOSH), en la actualidad se considera que la Psicología de la Salud Ocupacional tiene como objetivo la aplicación de la psicología para la mejora de la calidad de vida laboral y la protección y promoción de la seguridad, la salud y el bienestar de los trabajadores (NIOSH, 1996). De esta forma, estamos ante una disciplina que persigue en última instancia la creación de ambientes de trabajo seguros y saludables, promoviendo así organizaciones y personas saludables (Tetrick & Quick, 2003).

Y es que, en las políticas actuales de gestión de los recursos humanos, los ambientes laborales saludables y la salud de los trabajadores son considerados condiciones esenciales para la efectividad de las personas y para el rendimiento de las organizaciones (Gil-Monte, 2010). Los beneficios que se derivan de un alto grado de salud ocupacional percibido por los empleados incluyen el aumento de la productividad y de la satisfacción laboral, el incremento en la moral, el compromiso y la lealtad de los trabajadores, el desarrollo de las habilidades necesarias para llevar a cabo tareas de alta calidad, la reducción de costos, ausentismo y accidentes laborales, y en definitiva, la transmisión de una mejor imagen corporativa (Conrad, 1987; Sparks, Faragher & Cooper, 2001).

Además de los beneficios que ocasiona para una organización la salud ocupacional de sus trabajadores, cabe considerar que los cambios que acontecen en el mundo laboral actual (cambios económicos, cambios en los mercados y en las políticas, modificaciones de la legislación, avances tecnológicos y cambios demográficos) exigen a las organizaciones una adaptación de los procesos y del clima psicológico, afectando así al diseño de los puestos y de las tareas, a las relaciones interpersonales, a los roles laborales y a los planes de carrera (Gil-Monte, 2010). Y estas alteraciones no pasan inadvertidas para los trabajadores, ya que pueden acarrear consecuencias negativas para su salud ocupacional de los mismas derivadas de la experimentación de nuevos riesgos psicosociales emergentes (European

Agency for Safety and Health at Work, 2007). Todo ello implica para el estudio psicosocial de la salud ocupacional la responsabilidad de procurar desarrollar y mantener entornos laborales saludables y establecer una normativa que fomente los aspectos positivos del trabajo (Bakker & Derks, 2010).

Por tanto, los puntos anteriormente expuestos exigen que la salud ocupacional constituya un área de estudio e intervención que cuente con una disciplina propia (la Psicología de la Salud Ocupacional), en la que tanto investigadores como profesionales del mundo de la salud laboral puedan desarrollar sus conocimientos y aplicar las conclusiones extraídas de las prácticas empíricas para poder favorecer el aumento de la salud ocupacional de los trabajadores. La Psicología de la Salud Ocupacional requiere investigación interdisciplinaria y multidisciplinaria, así como una práctica efectiva entre las especialidades de las que se nutre. Estos esfuerzos apuntan a construir y extender teorías, diseñar y conducir investigación aplicada y evaluativa, y traducir los resultados de manera que contribuyan a la instauración de políticas de práctica empresarial que garanticen la protección de la salud ocupacional (Campbell, 1999).

Más en concreto, en España se ha avanzado en esta línea, promoviendo la conexión entre investigación y práctica aplicada para dar respuesta a las demandas de los nuevos ambientes laborales. Estos cambios han dado lugar a la implantación de campañas de prevención de riesgos psicosociales en el trabajo, al desarrollo de programas de formación continuada, a la realización de encuestas sobre la prevalencia del estrés laboral y de determinados factores de riesgo psicosocial, y en definitiva, a reconocer y considerar que estos dos aspectos pueden constituir el origen de problemas de salud desarrollados en los trabajadores (Gil-Monte, 2010).

1.1. Administración pública y salud de sus trabajadores

Los problemas psicosociales han pasado de ser considerados como factores individuales, limitados únicamente al trabajador y a sus capacidades, a problemas colectivos que no se deben tanto a las características propias de los empleados, sino a unas condiciones desfavorables de trabajo (Gil-Monte, 2010). No sólo los factores visibles y materiales, como los equipos o las sustancias químicas, son los que causan problemas en el lugar de trabajo; también cuestiones intangibles (como la duración de la jornada laboral, su distribución, el ritmo, la adecuación del trabajo a la formación, la información y las formas de apoyo, etc.) juegan un papel importante a la hora de determinar el grado de salud ocupacional percibido por los trabajadores. Sin embargo, la relación entre la organización del trabajo y la salud no es tan evidente como la que existe con otros factores de riesgo inherentes a maquinarias, lugares de trabajo o agentes ambientales. Esto ha provocado que las consecuencias de los riesgos psicosociales sobre la salud hayan sido consideradas como un problema individual (basado en la personalidad de los individuos) y no como un problema originado por la organización del trabajo (Mañas, 2001).

En el ámbito de la Administración Pública, tradicionalmente la organización del trabajo se ha articulado bajo los principios de la jerarquía y burocracia. Esta fórmula organizativa ha podido ser eficaz en un determinado contexto económico y social, pero en la actualidad resulta ser una estructura obsoleta, ya que una parte muy importante de los trabajadores de la administración trabajan en contacto permanente con personas, ya sea con el público que demanda sus servicios, o con sus compañeros y superiores, labor que se ve dificultada por esta estructura organizativa (López, 2004). No hay que olvidar que este tipo de trabajo requiere en muchas ocasiones entrega e implicación. Y además, en ciertos ámbitos de la Administración existe un contacto con los ciudadanos que requiere adicionalmente una gran identificación con las personas que reciben esos servicios, al tratarse éstos de una forma de trabajo especialmente delicada por su importancia sobre la salud o la formación de los usuarios.

Entre las deficiencias organizativas que se pueden encontrar en este órgano, hay algunas que son comunes a todos los ámbitos de la Administración, como la indefinición de objetivos organizativos, la carencia de recursos, las estructuras jerárquicas excesivamente rígidas, la sobrecarga de trabajo, la falta del control sobre el mismo, etc. (López, 2004). El trabajo en estas condiciones supone para los empleados experimentar una escasa implicación, sensación de monotonía, actitudes negativas y desmotivación general. En muchos casos, estas sensaciones se trasladan a los usuarios de los servicios públicos, pudiendo incluso en circunstancias extremas llegar a generar acontecimientos violentos hacia los trabajadores, al ser éstos incapaces de solucionar los problemas que se les plantean. Evidentemente, todas estas situaciones tienen una repercusión directa sobre la calidad y eficacia del servicio y sobre la salud de los trabajadores.

Estas condiciones experimentadas por los trabajadores de la Administración Pública no pasan desapercibidas para los mismos. La 6ª Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo realizada en España por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT, 2015) proporciona suficientes datos que revelan la influencia de estas condiciones que están afectando de forma profunda a las formas en que se trabaja y a la salud de los empleados de la Administración Pública.

Uno de los aspectos que más se destacan en este sector es la experimentación de un gran control directo del superior, el cual se hace sentir con una alta frecuencia (53%) respecto al resto de colectivos. De igual forma, los trabajadores de la Administración Pública son los que reiteradamente superan el promedio total respecto a violencia física sufrida (4%) y amenazas (9%). Asimismo, un 36% del total de este colectivo manifiesta que el desarrollo de su trabajo influye negativamente sobre su salud, y tan sólo el 7% percibe que influye positivamente. En consonancia con este dato, el 28% de estos trabajadores afirma experimentar un alto nivel de estrés en su puesto de manera muy frecuente, mientras que el 35% afirma sufrirlo de forma ocasional, situándose así este colectivo entre uno de los que más estrés percibe en su trabajo. Por último, los problemas de salud que con más frecuencia aparecen en esta clase de trabajadores son los relacionados con las alteraciones musculoesqueléticas,

entre las cuales destacan el dolor de espalda (39%), el dolor de cuello y extremidades superiores (41%), y los problemas asociados a las altas demandas cognitivas, como cefalea y fatiga visual (39%) (INSHT, 2015).

No obstante, la 6ª Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo también aporta datos positivos en lo que se refiere a la organización del trabajo y salud ocupacional de los empleados de la Administración Pública. De este modo, los trabajadores de este órgano constituyen uno de los colectivos en los que se percibe una menor falta de información sobre los riesgos para su salud y seguridad (6%). Además, en relación con esto, los empleados de la Administración Pública afirman utilizar de manera frecuente equipos de protección individual (EPI) para salvaguardar su integridad física, siempre que es requerido (96%). Asimismo, este colectivo de trabajadores es el que cuenta con una mayor regularidad en el tiempo de trabajo, al contar gran parte de ellos con un horario fijo (68%) (INSHT, 2015).

Además de los datos anteriores, encontramos que, de manera más específica, investigaciones como la elaborada por López (2004) sobre los riesgos psicosociales experimentados por empleados de la Administración Pública aportan otros resultados de interés en lo referente a la salud ocupacional de este colectivo. Las principales conclusiones obtenidas indican, en primer lugar, que las exigencias psicológicas son uno de los riesgos con mayores niveles de exposición de estos trabajadores. Concretamente, el 63% de los empleados manifiestan percibir un excesivo nivel de exigencias psicológicas. Las causas que originan esta situación desfavorable se corresponden con las exigencias emocionales y los ritmos de trabajo. En este sentido, el 38% de los empleados públicos afirman que siempre o muchas veces su trabajo requiere ocultar sus emociones. Junto a ello, un 32% considera que siempre o muchas veces su trabajo es desgastador emocionalmente. En cuanto a los ritmos de trabajo, el 37% de los trabajadores de la administración reconocen que siempre o muchas veces tienen que trabajar muy rápido (López Martín, 2004). Por otro lado, la doble presencia es otro de los riesgos psicosociales que se identifica como prioritario en los trabajadores de la administración pública, siendo un 52% de los

encuestados los que afirman experimentar un alto nivel de exposición a este riesgo (López, 2004).

Del mismo modo, el estudio de López (2004) también examinó distintas dimensiones de salud en los trabajadores de la administración pública, encontrando que, en general, los resultados de la encuesta muestran estados de la salud razonablemente buenos de los empleados de este órgano. Así, en cuanto a salud general, el 35% de los encuestados afirmaron poseer un muy buen estado de salud, 33% un estado bueno, y 29% un mal estado. Por lo que respecta a la salud mental, en esta dimensión encontramos que el 40% de los empleados públicos se ubican en el tercil de “buen estado”. No obstante, los resultados obtenidos sí muestran una diferenciación en ambos sexos, obteniendo las mujeres los peores resultados en la dimensión de salud mental, al ubicarse el 67% de ellas en los terciles de “mal” y “medio” estado de salud mental (López, 2004).

Los datos anteriormente presentados recogen de manera general y actual la realidad laboral de todos aquellos trabajadores que se ubican dentro de la Administración Pública. No obstante, esta información puede variar dependiendo del colectivo específico que se tome de referencia, ya que en este órgano se ubican multitud de profesiones que presentan grandes diferencias, tanto en las características de las tareas y las formas de trabajo o la organización del mismo, como en la formación necesaria para el desempeño de cada una de ellas. Por lo tanto, es necesario abordar un análisis más detallado de las características del estado de salud de los trabajadores de cada sector que se ubica dentro de la Administración Pública, y en lo que al presente trabajo se refiere, es de especial interés analizar esa información en el sector sanitario.

1.2. Salud de los profesionales del sector sanitario

El sector sanitario es una pieza clave en el Estado de bienestar, uno de los principales cauces de redistribución de la riqueza, y uno de los factores que contribuyen a la mejora de los indicadores de salud y calidad de vida (Schwartzmann, 2003). Este sector engloba una amplia variedad de actividades

enmarcadas dentro de la prestación de servicios sanitarios, por un lado, y de servicios sociales, por otro. Incluye desde la atención sanitaria que proporcionan los médicos en hospitales y otros centros, a las actividades de los establecimientos residenciales que suministran cierta atención sanitaria y otros en los que no intervienen profesionales sanitarios (Real Decreto 475/2007, de 13 de abril, BOE, 2007).

Dentro de Europa, el sector sanitario constituye uno de los que más empleos genera en el sector servicios; concretamente, ocupa entre el 7 y el 13% de la mano de obra europea (European Agency for Safety and Health at Work, 2007). Se trata también de un sector que habitualmente cuenta con una elevada jerarquización, y en el que se da la coexistencia dentro del mismo de diferentes estructuras organizacionales, las cuales han de funcionar de forma coordinada y fuertemente sincronizada

Una de las características que define al sector sanitario es que, a menudo, la atención que se presta a los pacientes es de carácter urgente y se realiza a expensas de la propia seguridad del trabajador. En cualquier entorno asistencial, los trabajadores sanitarios que están en contacto directo con los enfermos o con contaminantes propios del sector se exponen a una serie de riesgos específicos sobre la salud física (Rescalvo, Zancajo, De La Fuente & Díaz, 2006). Por otra parte, los trabajadores del sector sanitario también experimentan unas altas demandas laborales que implican una repercusión negativa sobre su salud mental. Así, los fracasos terapéuticos, la agonía o la muerte de los pacientes suelen llevar al trabajador a desarrollar estrés y ansiedad. Esta situación también se complica con los efectos del trabajo a turnos, la escasez de recursos humanos, las características de la organización y la necesidad de atender a las exigencias cada vez mayores. Por último, otro aspecto frecuente al que se enfrentan los profesionales del sector sanitario es el riesgo de sufrir agresiones y actos de violencia por parte de los enfermos o familiares, que especialmente se acentúan en los trabajadores asistenciales que realizan su actividad laboral en lugares poco seguros, o en consultorios locales y centros de salud rurales (Rescalvo et al., 2006).

Pese a que este sector ha constituido un área de gran productividad y de gran transcendencia económica, la crisis reciente y la consecuente recesión económica vivida, con su profunda afectación al gasto público, ha supuesto una súbita paralización del desarrollo de estos servicios. Es por ello que en los últimos 5 años, el presupuesto del conjunto de las Comunidades Autónomas en servicios sociales se ha reducido más de 478 millones de euros, lo que se traduce en una disminución de un 3.64% (Ramírez, 2013). Estas alteraciones en los presupuestos además han implicado la reducción de personal en el ámbito sanitario. Solamente el Sistema Nacional de Salud (SNS) perdió más de 53.000 empleos entre 2011 y 2013, lo que supone casi un 10% de la plantilla. Esta disminución de recursos disponibles en el sector ha tenido como consecuencia fundamental un incremento de la carga de trabajo, lo que ha repercutido de manera directa en la salud del trabajador y en la calidad asistencial que reciben los usuarios (Comisiones Obreras, 2013).

En resumen, los cambios que acontecen rápidamente en la organización del sector sanitario están influyendo de forma directa e indirecta en la salud y la seguridad de sus trabajadores. Esto supone la aparición de riesgos emergentes relacionados con factores psicosociales en el trabajo, junto a otros nuevos riesgos poco analizados, a los cuales se deben sumar los que tradicionalmente se encuentran en este sector, y que son consecuencia de la actividad profesional desempeñada. No obstante, a esto se une el hecho de que las reformas estructurales de la asistencia sanitaria que se han efectuado en nuestro país están provocando incertidumbre entre los trabajadores, a quienes se les exige que asuman estos cambios de manera rápida, lo que a menudo supone el agravamiento de los posibles riesgos experimentados. De manera empírica, la 6ª Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (INSHT, 2015) muestra como los factores anteriormente citados han influido sobre la salud laboral de los trabajadores del sector sanitario. De forma general, este estudio pretende recoger datos fiables y comparables sobre las condiciones de trabajo en nuestro país, analizando las relaciones entre los diferentes aspectos de los puestos laborales, identificando a los grupos de riesgo, y contribuyendo a la formulación de las políticas que promuevan la salud ocupacional (INSHT, 2015).

De este modo, uno de los primeros datos que se remarcan respecto al sector sanitario es el hecho de que un 29% de sus trabajadores haya sufrido en su puesto laboral una reestructuración o reorganización sustancial que ha afectado al desempeño de su trabajo. Destaca principalmente que el 19% de los profesionales del sector de la salud hayan experimentado un incremento del número de horas de trabajo semanales. Asimismo, este colectivo constituye uno en los que es más frecuente la utilización de rotación de turnos y horarios entre sus empleados (63%). Por lo tanto, de ello se deriva que se está ante una categoría profesional que destaca por presentar horarios atípicos en el desarrollo del trabajo, en una proporción superior al resto de ocupaciones. En esta irregularidad, se observa que sobresale principalmente el trabajo en horario nocturno (32%), y el efectuado en sábados (61%) y domingos o días festivos (52%) (INSHT, 2015).

Por otra parte, y como es lógico, el sector sanitario es uno de los que se encuentra expuesto en mayor medida a riesgos químicos y biológicos. En este sentido, el 59% de los empleados de este colectivo se ve obligado a manipular materiales infecciosos, mientras que un 35% trabaja con productos o sustancias químicas peligrosas (INSHT, 2015). Por lo que respecta a los riesgos físicos, éstos están presentes en menor medida en este sector, destacando únicamente la exposición a altas temperaturas, que solamente es percibida por el 24% de trabajadores. No obstante, el sector sanitario también está expuesto a un alto nivel de riesgos ergonómicos, situándose como uno de los tres sectores que presentan mayores frecuencias de exposición a este tipo de riesgos en nuestro país. Así, los trabajadores de este colectivo ejecutan una alta incidencia de movimientos repetitivos de manos o brazos (65%), de posiciones dolorosas o fatigantes (65%) y de levantamiento o movimiento de personas (59%). De este modo, la experimentación de estos riesgos tiene como principal consecuencia para el sector sanitario que el 54% de sus trabajadores perciban que su salud y seguridad están expuestas a riesgos derivados del trabajo (INSHT, 2015).

En cuanto a la percepción de estrés en este sector, el 37% de los trabajadores que lo conforman afirman experimentar un alto nivel de estrés siempre o casi siempre, y el 38% manifiesta percibirlo a veces. Estos datos sitúan a los

trabajadores del sector sanitario como uno de los grupos profesionales que experimentan mayores niveles de estrés en España. Por otra parte, un 36% de los empleados de este sector afirman enfrentarse de forma habitual a situaciones emocionalmente agotadoras en el entorno laboral. Además, en relación con el dato anteriormente mencionado, cabe destacar también que en el caso de los profesionales de los servicios de la salud, éstos afirman experimentar la vivencia de frecuentes episodios de violencia física (5%), acoso/intimidación (7%) y ofensas verbales (15%) en su puesto de trabajo (INSHT, 2015).

No obstante, uno de los datos más alarmantes respecto a este colectivo que se desprende de la 6ª Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo es que casi la mitad de empleados del sector sanitario (49%) perciben que su trabajo afecta de forma negativa a su salud. Las principales consecuencias que se derivan para los profesionales de este sector como consecuencia de su actividad laboral son, en primer lugar, las alteraciones musculoesqueléticas, las cuales afectan al 54% de los trabajadores, seguidas de la sensación de cansancio general, experimentada por un 50% de estos empleados, y en último lugar, se sitúan la cefalea y la fatiga visual, padecidas por un 43% de los profesionales de la sanidad (INSHT, 2015). La influencia negativa del trabajo sobre el estado de salud también se manifiesta en la alteración de la calidad del sueño de los trabajadores. En este sentido, un 18% de los empleados del sector sanitario afirma sufrir dificultades para conciliar el sueño, y el 24% percibe despertarse con sensación de cansancio y fatiga. Estas consecuencias también se ven reflejadas sobre el número de episodios de incapacidad temporal sufridos por los trabajadores de este sector, siendo el 43% de estos empleados los que afirmaron experimentar al menos un episodio de incapacidad temporal en el último año (INSHT, 2015).

Tras la revisión de los datos mostrados anteriormente, se podría suponer que el sector sanitario en España constituye uno en los que más se encuentra la incidencia de enfermedad profesional entre sus trabajadores. Ciertamente, el sector de la sanidad es el segundo con más bajas por enfermedades profesionales registradas en 2016 (Cavas, 2016). Más específicamente, en 2013, las enfermedades profesionales declaradas dentro de las actividades

sanitarias fueron 895, lo que supone el 5.32% del total. Este dato resulta más alarmante si se compara con las 374 enfermedades profesionales declaradas en el sector de educación, que suponen el 2.22% del total, siendo este el colectivo más numeroso en España. Así, de un total de 7599 partes de enfermedad profesional con baja laboral que se dieron en 2013, el 9.09% (691 partes) ocurrieron en el sector sanitario, lo que sitúa a éste como el sector con mayor número de partes con baja por enfermedad profesional de entre todas las actividades productivas en dicho año. Y por último, dentro de esos 691 partes con baja, 367 se debieron a agentes biológicos y 222 a agentes físicos (Zimmermann, 2014).

Pero no sólo la salud física de este colectivo de trabajadores se ve afectada por el entorno laboral. El bienestar emocional también sufre importantes alteraciones en los empleados del sector sanitario. Como remarca la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000), este uno de los colectivos que presenta mayores índices de estrés laboral. Al respecto existen muchas evidencias que soportan la hipótesis de que el estrés experimentado en las profesiones sanitarias es más alto que en otras profesiones (Lee & Cummings, 2008). Aun así, los datos de prevalencia encontrados en esta profesión varían considerablemente de unos estudios a otros (Grau-Alberola, Gil-Monte, García-Jueas & Figueredo-Ferraz, 2010).

En la revisión bibliográfica efectuada por Aguado, Bátiz y Quintana (2013) de la literatura científica publicada durante el 2009 al 2012 sobre el fenómeno del estrés en personal sanitario, una de las conclusiones extraídas por estos autores en base a los resultados proporcionados por las investigaciones exploradas es que los niveles de estrés a los que se encuentran sometidos los trabajadores sanitarios son elevados y repercuten negativamente sobre su salud. Los principales síntomas que se presentan asociados a situaciones de estrés son los trastornos músculo-esqueléticos, depresivos y psicosomáticos, además de la experimentación del síndrome de *burnout*. De igual forma, se encuentra que las características de la organización del trabajo contribuyen a aumentar la percepción de un entorno laboral más estresante (Aguado et al., 2013; Solanes, Macajone & Martín del Rio, 2016). Además, en el sector sanitario se dan de

forma frecuente situaciones especiales de tensión y responsabilidad, que pueden alterar las relaciones interprofesionales e incrementar el tiempo de dedicación, lo que puede repercutir incrementando más los niveles de estrés y las patologías asociadas.

Por otra parte, el hecho de que los profesionales del sector sanitario desarrollen tareas que requieren un contacto directo con las personas sitúa a este colectivo como uno de los más vulnerables a la hora de sufrir burnout (Martínez-Zaragoza et al., 2014; Rodríguez, 2013). En cuanto a la incidencia de este síndrome en los trabajadores de la salud, se ha encontrado que en España, esta afectación es experimentada por un 11.4% del personal sanitario (Grau et al., 2009). La mayor prevalencia de este síndrome se produce en los médicos (12.1%), que muestran además diferencias según su especialidad, siendo más alta en los médicos de urgencias (17%) e internistas (15.5%), mientras que en los anestesistas y dermatólogos las prevalencias son más bajas (5% y 5.3% respectivamente) (Grau et al., 2009). Del mismo modo, la experimentación del burnout se presenta independientemente del sexo del profesional, siendo más frecuente en personas que tienen entre 35 y 54 (Atance, 1997; Grau et al., 2009). Además, la cantidad de años transcurridos en la profesión en el área de la salud también parece estar relacionada con el desarrollo del síndrome, siendo éste más frecuente entre aquellos empleados que llevan entre 11 y 19 años (Hernández, Dickinson & Fernández, 2008).

Todo lo expuesto hasta ahora permite concluir que los trabajadores sanitarios se sitúan bajo ambientes laborales en los que se exponen a una alta variedad de riesgos, que van desde el estrés en el trabajo o el síndrome de burnout, hasta la exposición a factores biológicos y ergonómicos que pueden acarrear graves afectaciones sobre la salud del trabajador. Además, considerando que muchos sistemas sanitarios en Europa atraviesan actualmente un proceso de reforma, las consecuencias negativas sobre el bienestar laboral de los empleados de este sector pueden verse agravadas debido a las nuevas formas de organización del trabajo. Uno de los rasgos principales del sector sanitario es que el cuidado de los pacientes constituye, con razón, la prioridad principal, por lo que todos aquellos aspectos o factores que constituyan una rémora para la salud laboral

de los profesionales, repercutirán directa o indirectamente sobre la calidad de los servicios prestados. Por ello, lograr y mantener una asistencia sanitaria de alta calidad para el paciente implica, obligadamente, hacer de la seguridad y de la salud en el trabajo en el sector sanitario una prioridad.



Capítulo 2. FACTORES Y RIESGOS PSICOSOCIALES

Las variaciones actuales que ocurren en el mundo laboral han traído como consecuencia un cambio en el perfil de enfermedades y accidentes laborales. En las últimas décadas, los riesgos de origen psicosocial aparecen con mayor frecuencia como causantes de bajas laborales y se asocian en mayor medida a la accidentalidad laboral, por lo que se ha incrementado su interés en el área de investigación de la psicología organizacional (Gil-Monte, 2012).

En estas investigaciones, se ha utilizado toda una serie de conceptos claves, cuyo uso está muy extendido como factores psicosociales, factores psicosociales de riesgo y riesgos psicosociales. Sin embargo, aunque estos son conceptos muy próximos entre sí y suelen emplearse forma indistinta, ciertamente aluden a nociones diferentes (Soriano & Rodríguez-Caro, 2013). Esta indeterminación conceptual aporta ambigüedad e imprecisión, dificultando el estudio de los factores de riesgo psicosocial, y por ende, su aplicación y prevención (Moreno-Jiménez & Báez, 2010).

2.1. Diferenciación conceptual

En ámbito de la salud ocupacional se suele hablar de dos conceptos cuya similitud nominal puede prestarse a confusiones: factores de riesgos psicosociales y riesgos psicosociales. En opinión de varios autores, los factores de riesgos psicosociales se abarcan todas aquellas particulares de la condiciones de trabajo y de su organización, que perturban la salud de las personas a través de mecanismos fisiológicos y psicológicos. Los riesgos psicosociales, por otro lado, se refieren a los resultados psicológicos, físicos y sociales que proceden de las deficiencias en el diseño, organización y gestión del trabajo. De acuerdo a estas definiciones se considera a los factores de riesgos psicosociales como las causas de los problemas de salud laboral y los riesgos psicosociales como sus consecuencias.

Los factores psicosociales están representados por las “interacciones entre el trabajo, el medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de

organización, por una parte” así como las capacidades, necesidades, cultura y situación personal del trabajador, todo lo cual, puede influir en la salud, en el rendimiento y en la satisfacción en el trabajo (Organización Internacional del Trabajo, 1986).

Autores como Moreno Jiménez y Baez (2010) definen el riesgo psicosocial como “las características percibidas del entorno laboral que posean para los trabajadores un impacto o connotación emocional significativa”. Para estos autores la salud personal del trabajador implica la salud general de la organización, e incluso afirman que la preocupación por este tema se remonta históricamente a décadas anteriores.

Meseguer, Soler, García, Saéz y Sánchez (2007) por su parte, definen los factores psicosocial “como las condiciones que se hallan presentes en una situación laboral, vinculadas estas con el contexto organizativo, el contenido de la labor y su realización, pudiendo estas condiciones alterar, de algún modo, la salud”.

Valoradas en perspectiva, cada una de estas definiciones, que por supuesto no agotan la lista de opciones se rescata un elemento particular: los factores psicosociales vendrían a tratarse de las condiciones organizacionales que pueden tener un impacto positivo o negativo en la salud del o los trabajadores de la organización en sí. Se tratan de condiciones fuertemente vinculadas a la estructura de la institución, y que generan, siempre dependiendo de cómo los sujetos las codifican, la sanidad o enfermedad en los grupos intersubjetivos que en el seno de la organización misma se forman.

De acuerdo a lo anterior se puede entender que los Factores Psicosociales *per se* no implican necesariamente la insania física o mental para los trabajadores. Sus polos, como ya se mencionó, pueden variar desde lo positivo hasta lo negativo para el trabajador, es decir, lo beneficioso o perjudicial para la salud del trabajador. Es, pues, en este punto en donde surge el concepto de Factores de Riesgo Psicosocial.

Tomando el aporte de Benavides et al. (2002) un Factor Psicosocial solo puede acontecer como riesgoso cuando en su haber exista la probabilidad (aunque

menor) de afectar negativamente a la salud y el bienestar de los sujetos. En este aspecto, el desencadenamiento del estrés y sus mecanismos psicofisiológicos puestos en juego se ponen como muy relevantes para entender los perjuicios profundos que el sujeto experimenta en su salud.

Para los autores hablar de salud en el marco de los factores de riesgo psicosociales, implica que esta sea entendida no desde lo psicológico ni desde lo fisiológico meramente, sino desde ambas perspectivas y de manera integral.

Gracias a Moreno y Báez (2010) se tiene conocimiento de qué características definen y distinguen a los Factores de Riesgo Psicosocial de los Riesgos Psicosociales. Estos vendrían a ser:

- Extensión en el espacio y el tiempo: no se tratan, como otros factores involucrados en la sanidad laboral, de elementos localizables en el tiempo y el espacio; en su lugar, son imposibles de localizar espacialmente, y su prolongación en el tiempo puede llegar a ser muy extendida.
- Dificultad de objetivación: es decir, la dificultad de cuantificar efectiva y satisfactoriamente estos factores debido a su naturaleza inasible (aunque no inobservable).
- Capacidad de afectar otros riesgos: en donde los otros riesgos como los de seguridad, higiene y ergonomía Moreno & Báez (2010) poseen junto a estos factores bidireccional, es decir, recíproca: cada uno afecta y es interdependiente del otro.
- Escasa cobertura legal: con los factores psicosociales, en discrepancia a otros tipos de factores y riesgos, no hay suficientes desarrollos legislativos que permitan intervenir y/o prevenir el desarrollo negativo de los mismos.
- Moderados por otros factores: aunque no se deja de reconocer el papel de las características inherentes de los factores de riesgo psicosocial (que pueden variar entre la carga de trabajo, la incertidumbre laboral, los conflictos del rol dentro de la organización, entre otros), se entiende que el impacto que estos generen en la salud del trabajador vendría también mediado por los factores personales y contextuales propios del trabajador mismo, como lo

sería la percepción (del trabajo y sus factores), su experiencia (dentro y fuera del cargo) y su biografía personal (que ha de contener los antecedentes que facilitarán o dificultarán su desenvolvimiento) (OIT, 1986).

- Dificultad para su intervención: el carácter inasible, no objetivable de los factores psicosociales (entre ellos, los factores de riesgo), no hace más fácil la intervención sobre los mismos como dentro de los factores de higiene, ergonómicos o de seguridad, los cuales si pueden ser objetivados y, por tanto, desde la realidad fáctica, ser intervenidos. Esta dificultad, tal como lo plantea Parra (2003) supone que la intervención puede requerir plazos prolongados y sus resultados no estarían del todo asegurados.

2.1.1. Principales Factores de Riesgo Psicosocial

La revisión de la literatura en torno al tema de factores de riesgo psicosocial da cuenta del reconocimiento de varias causas u orígenes de muchas de las enfermedades laborales, entre las principales se encuentran:

- (a) Causas asociadas a la estructura organizativa del trabajo entre las cuales se pueden identificar las condiciones ambientales y el diseño del puesto de trabajo.
- (b) Causas asociadas al entorno de trabajo como pueden ser el ritmo y carga de trabajo, la monotonía de algunas actividades, las exigencias cortoplacistas.
- (c) Causas asociadas a la organización del tiempo alguna de las cuales vendrían ser las pausas entre trabajos, los turnos rotativos y los horarios nocturnos.
- (d) Causas asociadas a los factores personales tales como estado civil, competencias sociales, autoestima y asertividad.

La forma como una organización gestiona los recursos para el logro de los objetivos propuestos, se conoce como estructura organizativa, también puede ser entendida como la sumatoria de todas las actividades que una vez divididas, conforman las áreas y departamentos. La estructura organizativa incluye la división del trabajo, la jerarquía de responsabilidad y autoridad entre las personas que trabajan en la empresa (Antonorsi, 2012).

En toda estructura organizacional interviene una serie de factores determinantes como lo son la geografía, el número de empleados, la evolución esperada del servicio o producto, el control y el mercado (Root & Lavarato, 2014).

- Geografía: la ubicación de la organización o empresa determina una serie de condiciones entre las cuales se pueden nombrar como las más relacionadas al presente estudio, la cercanía que exista entre dos organizaciones cuyo servicio o producto sea similar, esto trae como consecuencia que se mayor competitividad y en consecuencia los trabajadores de dicho centro estén más sometidos a factores estresantes.
- Número de empleados: el incremento de las funciones de una empresa demanda el crecimiento en números de empleados, esto a su vez complejiza las relaciones laborales en cuanto a roles y responsabilidades, de manera tal que de no estar claro esto, los trabajadores pueden estar cumpliendo funciones ajenas a su puesto o por debajo de sus capacidades.
- Evolución de producto o del servicio: el crecimiento de una empresa está directamente asociado a la expansión que hagan de los productos o servicios que ofertan, esto a su vez tiene una responsabilidad directa sobre los trabajadores quienes serán los que hagan frente a tales demandas.
- Distribución de la autoridad: la gestión, bien sea está centralizada o descentralizada, determina el modo de las relaciones laborales y sus consecuencias en la vida laboral de los trabajadores; a menos claridad en la línea de mando, mayor posibilidad que los trabajadores sufran problemas comunicacionales causantes de estrés.
- Control: es la capacidad que debe tener la empresa de supervisar la calidad de sus productos o servicios antes de que estos salgan al mercado, en este sentido, en organizaciones donde el control de calidad recae directamente sobre el desempeño de los trabajadores, éstos estarán más sometidos a presión, lo cual puede repercutir de manera negativa en la salud.
- Mercado se vincula directamente con la ubicación geográfica dado que muchas empresas consideran ubicarse lo más cerca posible de sus posibles compradores y la competencia por mantener altas las ventas en mercados

competitivos demanda de la organización grandes esfuerzos, que suelen recaer sobre los trabajadores.

2.1.2. Causas asociadas al entorno de trabajo

Nicolaci (2008) conceptualiza que el entorno de trabajo se conforma por los “elementos reales que inciden directa o in/directamente en la salud de los trabajadores; constituyen un conjunto que obra en la realidad concreta de la situación laboral”. Ambas definiciones dan cuenta de la existencia de una cantidad significativa de elementos, muchos de los cuales no son tomados en cuenta en la planeación organizativa de una empresa, pero que se sabe, según datos estadísticos que su descuido ocasiona un porcentaje importante de accidentes laborales.

Nicolaci, refiriéndose al aporte de Capón (1999), categoriza el ambiente o entorno laboral de acuerdo a funciones complementarias, las cuales se establecen de acuerdo al modo de producción, a la organización del trabajo y en función de los resultados.

El ambiente laboral determinado por el modo de producción se circunscribe a la clasificación profesional, la carga de trabajo, el ambiente de trabajo, la higiene y seguridad laboral, las repercusiones tecnológicas y la incidencia mutua entre vida y trabajo

Según la organización del proceso de trabajo se reconocen: las relaciones profesionales en la empresa, la participación de los trabajadores en las decisiones ejecutivas, la duración de la vida activa y tiempo de trabajo y la estabilidad en el empleo. La distribución de los resultados está directamente asociada al régimen de remuneraciones.

La carga de trabajo por excelencia es considerada como un factor determinante a la hora de hablar de salud laboral. La exigencia desmedida, bien sea esta de carácter físico o intelectual, acarrea serios problemas al trabajador, sin embargo, la revisión de las políticas de funcionamiento, descripción de cargos y roles laborales suelen adolecer de parámetros claros y estandarizados para delimitar esta situación.

Muchos de los accidentes laborales están vinculados de manera directa con las condiciones de orden e higiene en el entorno laboral. La iluminación, la acústica, la ventilación, la temperatura, son elementos claves del entorno laboral de manera tal que su descuido acarrea no solo problemas de rendimiento para la organización, sino, más importante aún, afectaciones a la salud de los empleados.

La organización laboral, al igual que cualquier otra de tipo social, debería estar regida por principios de equilibrio y justicia, que de ser vulnerados repercuten en la animosidad de quienes pertenecen a él. En ausencia de descripciones de cargos lógicamente planteadas y de procesos de supervisión y evaluación justos, se suceden anomalías comunicacionales entre empleados, lo que conlleva, de manera invariable, a que algún grupo de ellos, sea propenso a sufrir enfermedades.

La estabilidad laboral y el régimen de remuneraciones, son dos variables íntimamente relacionadas y de cuyo comportamiento se suceden una serie de consecuencias, que siendo positivas benefician al trabajador y la empresa o en caso contrario inciden en la salud del primero y en la productividad del segundo.

2.1.3. Causas asociadas a la organización del tiempo

El tiempo que un trabajador suele permanecer en su puesto de trabajo o la cantidad de tiempo que invierta en realizar distintas labores remunerativas, incide de manera determinante en la salud laboral.

La organización del tiempo de trabajo es un factor fundamental de la organización de la propia empresa, ya que viene condicionada por los objetivos que la empresa debe cubrir, tales como máximo aprovechamiento de equipo, máquinas y herramientas, adaptación a la demanda del mercado, disminución de los tiempos improductivos o simplemente razones de productividad y competitividad (Del Prado, 2014).

Para esta autora la jornada laboral, en concordancia con las normativas legales que en esta materia han desarrollado muchos países, no debería ser superior a las ocho horas diarias ya que llegado a este punto, el efecto de la fatiga actúa en

sentido contrario a los objetivos esperados. La imposición de horarios laborales superiores a las ocho horas y el consecuente incremento de fatiga deviene en altos niveles de estrés y el aumento de riesgo de accidentes.

La inclusión de pausas y descanso sistemáticamente definidos, de acuerdo al tipo y nivel de exigencia que demande el trabajo, favorece la disminución de la fatiga, sin embargo, y en base a los resultados de muchos estudios en materia de política organizacional, se sabe que es una exigencia desestimada por la mayoría de las organizaciones.

El hecho de trabajar a turnos, sobre todo rotativos o de noche repercute sobre la salud de los trabajadores por tal razón conviene tomar en consideración todos los factores que disminuyan estos riesgos. “Desde el punto de vista ergonómico, es importante tener en cuenta estas consecuencias y diseñar los puestos de manera que sean lo menos nocivos posible para la salud de quien los desempeña” (Del Prado, 2014)

Feo (2008) sentencia que “el trabajo a turnos exige mantener al organismo activo en momentos en que necesita descanso, y a la inversa. Además, los turnos colocan al trabajador y la trabajadora fuera de las pautas de la vida familiar y social” Las consecuencias de tal ritmo laboral “provoca un triple desajuste entre el tiempo de trabajo, el tiempo biológico y el tiempo social” del trabajador.

En opinión del autor este esquema de trabajo va en sentido contrario a los intereses del trabajador y su práctica se ha extendido básicamente por razones de interés económico.

2.1.4. Causas asociadas a los factores personales

La personalidad es el conjunto de rasgos y cualidades que determinan la manera de ser y actuar de una persona, la personalidad es una condición más o menos estable que se desarrolla a lo largo de la vida y cuya variación suele ser lenta. La personalidad define de manera significativa las condiciones familiares, sociales y laborales.

Sobre el tema de la relación entre personalidad y trabajo se han realizado ingentes estudios, uno de los cuales ha sido recurrente, es la vinculación que se

ha hecho entre desempeño laboral y el Modelo de Personalidad de los Cinco Grandes (Goldberg, 1981).

Las cinco dimensiones o factores de personalidad se identifican como: neuroticismo o estabilidad emocional, extraversión, apertura a las experiencias, amabilidad y responsabilidad y las cuales, según la teoría, permiten describir a un individuo en sus diferentes facetas.

- Neuroticismo o Estabilidad emocional: está definida por el grado en que una persona afronta los problemas.
- Extraversión: es el grado en que un sujeto se expresa de forma abierta y se siente a gusto en contextos sociales, por el contrario las personas introvertidas se caracterizan por ser reservadas y de trato social limitado.
- Apertura a la Experiencia: señala el grado en que un sujeto busca nuevas experiencias personales e imagina de una manera creativa su futuro, son personas que aprecian el arte y la estética, y sienten valoración por las emociones propias y ajenas, suelen romper con la rutina y cosechar conocimientos sobre diversos temas debido a su curiosidad intelectual.
- Amabilidad: se asocia al grado en que la persona se muestra respetuosa, tolerante y tranquila. “La persona amable es aquella que confía en la honestidad de los otros individuos, tiene vocación para ayudar y asistir a quien lo necesite, se muestra humilde y sencillo, y es empático hacia las emociones y sentimientos ajenos” (Regader, 2016).
- Responsabilidad: hace referencia a la disciplina y la concentración que se tenga en los objetivos propuestos; se asocia a la capacidad de concentración, a la culminación de los procesos y tareas, al logro de las metas personales y profesionales y la perseverancia.

2.2. Principales Riesgos Psicosociales

Entre las consecuencias que se derivan para los trabajadores estar expuestos a los factores de riesgo psicosociales se encuentran, como los más significativos y desarrollados en materia de investigación, el estrés laboral, la violencia laboral,

la violencia sexual, el síndrome Burnout, la inseguridad contractual, los conflictos familia trabajo y el trabajo emocional.

2.2.1. Estrés Laboral

En el presente siglo el estrés se ha convertido en un tema de amplio interés por cuanto se considera que sus manifestaciones son cada vez más significativas y duraderas. Para muchos autores parte importante del estrés está asociado a la vida laboral, “De hecho, las diferentes encuestas sobre condiciones de trabajo ponen de manifiesto que se trata de un fenómeno ampliamente extendido y son múltiples las fuentes de estrés que producen esta experiencia laboral, que suele ir asociada con consecuencias negativas” (Peiró, 2001).

Para Atalaya (2001) el estrés puede ser definido como, el estado de tensión y presión que llega a sentir una persona ante situaciones exigentes las cuales considera sobrepasan las capacidades o recursos propios; en este sentido identifica como fuentes potenciales de estrés a factores medioambientales, organizacionales e individuales, entre los primeros señala la incertidumbre que puede representar para los trabajadores el uso de nuevas tecnologías (Solanes & Martín Del Río, 2007), con respecto a los factores organizacionales, identifica las demandas que se derivan de las relaciones interpersonales y las propias de la tareas o funciones que se deben hacer a diario. Finalmente, reconoce a los problemas económicos y familiares como factores de tipo personal.

Existe un número significativamente importante de investigaciones interesadas en dilucidar tanto los orígenes como las consecuencias que se derivan del estrés laboral, no obstante la mayoría de ellas coinciden con los puntos de vista de Encalada, Zegarra, Malca y Tello (2016) quienes apuntan a indicar que entre los desencadenantes del estrés se encuentran como elementos claves “la sobrecarga de trabajo, presión del tiempo, ambigüedad de roles, clima organizacional, inestabilidad laboral, problema de interrelación con el equipo multidisciplinario”.

En un estudio sobre psicofisiología del estrés laboral, Moya, Serrano, Bono, Rodríguez y Salvador (2005), consideraron la respuesta emocional, hormonal y cardiovascular de un grupo de trabajadores durante una jornada laboral en

comparación con un día de descanso. Los resultados indicaron unos peores valores durante la jornada laboral en comparación con el día de descanso, con una mayor percepción de estrés, una mayor frecuencia cardíaca, así como un empeoramiento del estado de ánimo. Además, se obtuvo una correlación positiva entre el estado de ánimo negativo y la aparición del síndrome de burnout.

2.2.2. Violencia Laboral

La violencia laboral se entiende como cualquier forma de abuso desarrollada en el ambiente laboral y cuyo finalidad es excluir o someter a un trabajador, la manifestaciones de esta anomalía pueden ser tanto físicas como psicológicas y pueden darse entre compañeros de trabajo que se encuentren al mismo nivel gerencial, entre jefes y subalternos o de manera inversa.

Otra definición de violencia laboral hace referencia al hecho de que se trata de una acción ejercida sobre el trabajador o atentando contra su dignidad, integridad física, sexual, psicológica o social, mediante amenazas, intimidación, maltrato, persecución, menosprecio, insultos, bromas sarcásticas reiteradas, discriminación negativa, desvalorización de la tarea realizada, imposición, inequidad salarial, traslados compulsivos, acoso y acoso sexual propiamente dicho (Acevedo, Biaggi & Borges, 2009).

En la legislación de algunos países, se incluyen como tipos de violencia la simbólica, económica y patrimonial y se señalan que ambas son susceptibles de darse en el ámbito laboral.

La violencia simbólica hace referencia a todos aquellos valores y mensajes directos y subliminales que se orientan a menospreciar la labor de la mujer. La violencia económica y patrimonial es la que va en detrimento de los recursos económicos o patrimoniales de la mujer, “a través de la perturbación de la posesión, tenencia o propiedad de sus bienes, pérdida, sustracción, destrucción, retención o distracción indebida de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores y derechos patrimoniales” (Acevedo et al., 2009).

El mobbing o acoso laboral es una reciente manera de nombra esta realidad que afecta a miles de trabajadores; y que se reconoce como una conducta abusiva

consiente y premeditada, realizada de forma sistemática y repetitiva, que atenta contra la dignidad o la integridad psicológica o física de un trabajador o trabajadora, esta forma de actuación también recibe el nombre de acoso psicológico laboral (Palmero, Carpi & Gómez-Íñiguez, en revisión).

Los estudiosos del tema han concluido que para que pueda hablar de hostigamiento laboral, se deben estas tres condiciones: la acción de hostigamiento o acoso debe ser sistemática y persistente, por lo tanto, se excluyen de este concepto, los conflictos ocasionales y esporádicos; los efectos que sufran las personas acosadas deben ser claros y evidentes, tanto a nivel físico y psicológico, y pueden presentarse en diferentes grados; debe existir diferencias de poder, las cuales pueden ser formales que provienen de un superior o jefe o informales que se suceden entre colegas o subordinados (Cantera, Cervantis & Blanch, 2008).

2.2.3. Violencia Sexual

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia sexual como todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo. Para diversos autores, la violencia sexual se apoya en tres factores principales: el factor psicológico como las características de personalidad, factores sociales como los estereotipos y situacionales tales como el consumo de algún tipo de droga.

Para Acevedo et al. (2009) las relaciones sociales de género se manifiestan en una distribución disímil de poder entre hombres y mujeres, lo cual ocasiona situaciones de tensión y violencia que por lo general tienen mayor influencia en las mujeres. El hostigamiento y el acoso sexual en el trabajo son las expresiones de la violencia de género más reconocidas en los ambientes laborales. Las agresiones sexuales en el área de trabajo producen malestares físicos y psicológicos en las afectadas, así como deterioro de su situación económica y

familiar. Resulta difícil contar con datos actualizados sobre este tema ya que no suelen ser anomalías que se denuncien con frecuencia.

Un documento de la oficina internacional de trabajo señala que el acoso sexual laboral tiene una serie de costes para la víctima, la empresa y la sociedad. Para la víctima se habla de sufrimiento psicológico, disminución de la autoestima, aparición de enfermedades físicas y mentales y abandono del puesto de trabajo. Para la empresa, disminución de la productividad, estigmatización de algunos puestos laborales que se consideren peligrosos, ambiente de desconfianza e incomodidad. Para la sociedad el acoso sexual supone costes médicos y psicológicos para trabajadores víctimas de acoso, inversión y desgastamiento en largos juicios penales, desequilibrios en el campo laboral, sobre todo para las mujeres a quienes les cuesta más competir para puestos de alta gerencia.

Algunos datos estadísticos aportados por la organización internacional de Trabajo indican que en la Unión Europea, entre el cuarenta y el cincuenta por ciento de las mujeres han denunciado alguna forma de acoso sexual en el lugar de trabajo.

Según un estudio publicado en 2004 en Italia, el 55.4% de las mujeres entre catorce y cincuenta y nueve años declararon haber sido víctimas de acoso sexual. Una de cada tres trabajadoras sufre intimidaciones para progresar en la profesión, con el 65% de acusaciones de chantaje semanal por parte del mismo acosador, generalmente un compañero o supervisor. Asimismo, el 55.6% de las mujeres que sufren intimidación sexual han presentado su dimisión.

2.2.4. Síndrome Burnout

El síndrome de burnout es conocido desde el punto de vista teórico como, síndrome de desgaste ocupacional o profesional, es un sufrimiento que se produce como respuesta a presiones prolongadas que se sufre ante factores estresantes emocionales e interpersonales relacionados con el trabajo; es más que el cansancio habitual que puede ser reparado con unos días de descanso, e implica una serie de padecimientos a nivel psicológico, físico, social y relacional con la empresa, lo que le da lo identifica como síndrome.

Para Forbes (2011), el estrés laboral es el punto de partida óptimo para el desarrollo del burnout, el cual se sucede por medio de un proceso de acomodación psicológica entre el trabajador estresado y el trabajo estresante; en dicho proceso se distinguen tres fases claramente diferenciadas:

- Fase de estrés: determinada por un desajuste entre las demandas laborales y los recursos del trabajador.
- Fase de agotamiento: en la cual se dan respuestas crónicas de preocupación, tensión, ansiedad y fatiga.
- Fase de agotamiento defensivo: en la cual se aprecian cambios significativos en la conducta del trabajador.

El concepto de síndrome de Burnout incluye tres dimensiones:

- Agotamiento emocional expresada cansancio y fatiga física, psíquica o como una combinación de ambos, sensación de vulnerabilidad.
- Despersonalización. La cual se entiende como el desarrollo de sentimientos, actitudes, y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas, especialmente hacia los clientes, pacientes, usuarios.
- Sentimiento de bajo logro o realización profesional y personal el cual surge cuando se verifica que las demandas laborales exceden la capacidad para atenderlas de forma competente, supone la aparición de respuestas negativas y evasión de las relaciones personales y profesionales.

Existen unas series de factores que influyen el desarrollo del Burnout. Entre las características del puesto de trabajo, los turnos y horario laborales, la seguridad y estabilidad del puesto, la antigüedad, los ascensos o estancamientos profesionales, la incorporación de nuevas tecnologías al ámbito laboral, la estructura y clima organizacional, las relaciones personales y el salario.

Entre los factores personales que favorecen la aparición del síndrome Burnout, se identifican falta de preparación profesional para confrontar el cargo, incapacidad para comunicarse asertivamente, la introversión, la falta de descanso, los problemas familiares o económicos y expectativas laborales inalcanzables. Entre las variables sociodemográficas, se reconocen la edad, el sexo y el estado civil.

2.2.5. Inseguridad Contractual

A diferencia de la era industrial, donde la estabilidad laboral se constituía como una realidad, hoy día, y debido a la situación económica global, existe mucha incertidumbre con respecto a la permanencia en un determinado puesto de trabajo. Por lo general la posibilidad de perder el empleo, ocasiona que el trabajador se encuentre sometido a un estado de tensión y estrés que le impidan por un lado rendir adecuadamente en sus funciones y por otro, presentar síntomas de alteración de la salud (Sora, Caballer & Peiró, 2011).

Desde el ámbito de la psicología, la inseguridad laboral ha sido definida como «la incapacidad percibida para mantener la continuidad laboral ante una situación de amenaza del trabajo» (Hernández, 2015); lo cual se constituye como un estresor laboral. La anticipación a un evento estresante, como lo es la posibilidad de la pérdida del trabajo, puede percibirse como una fuente de ansiedad, de preocupación, de impotencia laboral que hace que la persona permanezca en constante alerta, lo que le genera alteraciones en su salud física y emocional (Hernández, 2015).

Diversos estudios, señalaron que un porcentaje importante de la fuerza laboral estaba rotando anualmente, lo que en cifras es igual a una desvinculación laboral de dos millones de personas cada año. El aumento en el despido de trabajadores próximos a cumplir los diez años de vinculación laboral en una empresa, en 1990 ya habían sobrepasado las cifras de los cien mil por año. La antigüedad promedio de los trabajadores era de cuatro años y medio, el cual es un muy inferior al de décadas anteriores.

Un estudio relativo a la relación entre estabilidad laboral y salud, fue adelantado en la Unión Europea en el año 2011, en dicha investigación se intentó evaluar el impacto de las políticas sociales en la salud. La investigación que contó con la participación de diversas instituciones y universidades europeas, se centró en las desigualdades de salud derivadas de las políticas sobre el mercado laboral. Los resultados del estudio destacaron que, a medida que aumenta la inestabilidad laboral, aumenta también el empeoramiento de la salud mental,

llegando incluso a triplicarse respecto a los grupos con empleos más estables. Además se destacó que este aspecto afecta más a mujeres que a hombres.

2.2.6. Conflicto Familia Trabajo

La relación entre familia y trabajo ha sido indisoluble a lo largo de la historia y en la actualidad es motivo de estudio dado que las relaciones laborales cada vez más tienen repercusiones en la vida personal y la salud de los trabajadores y esto en consecuencia afecta la vida familiar del mismo.

Los trabajadores afectados que presentan síntomas de malestar físico y psicológico como fatiga, ansiedad, depresión y estrés suelen trasladar a su entorno familiar tales actitudes, lo que dificulta la convivencia. Por su parte, las organizaciones se ven afectadas por consecuencias como el absentismo, el bajo rendimiento y la deserción de los empleados. La investigación reconoce la necesidad de la búsqueda de conciliación entre la vida laboral y familiar (Andrade & Landero, 2014)

La discrepancia entre las demandas que implican un trabajo y la realidad familiar genera presiones que llevan al conflicto trabajo-familia. Para Greenhaus y Beutell (1985) este concepto implica conflicto entre roles, en el que las presiones del rol familiar y el rol laboral del individuo son incompatibles en algunos aspectos, técnicamente, este conflicto ocurre cuando las responsabilidades laborales interfieren con las actividades familiares.

Para muchos autores, el conflicto familia trabajo es bidireccional por cuanto ambas esferas, la laboral y familiar se ven afectadas mutuamente. En noviembre de 1997, se menciona por primera vez el término Conciliación Trabajo familia en las conclusiones de la Presidencia del Consejo Europeo Extraordinario, de este modo el vocabulario se incluye en la política pública de la Unión Europea con el nombre de políticas de conciliación de la vida laboral, personal y familiar y cuyos objetivos son brindar un conjunto de directivas encaminadas a la promoción de permisos, flexibilidad laboral y los servicios de atención de la vida cotidiana del trabajador.

2.2.7. Trabajo Emocional

Martínez (2001) explica que el primer concepto de trabajo emocional fue planteado Hochschild en 1983; para esta investigadora esta habilidad se hace necesaria cuando un rol laboral demanda entre sus órdenes algunas sobre las emociones las cuales el que el trabajador debe experimentar y expresar como parte de su labor. Este tipo de roles requiere que un individuo “induzca o suprima sentimientos con el fin de mantener la apariencia externa que produce en otros el estado mental apropiado”.

Para que el Trabajo Emocional se diferencie de otros términos se establecen una serie de características, entre las cuales las más destacadas son:

- Ocurre en interacciones cara a cara o voz a voz.
- Las emociones son mostradas para influir en las emociones, actitudes y conductas de las personas.
- Se produce en aquellos trabajos relacionados con personas, es decir en el sector servicios.
- Es una tarea secundaria que la mayoría de las veces sirve para facilitar el trabajo.
- Toda interacción social sigue ciertas reglas, para cada situación existen emociones más apropiadas.

A pesar de existir poca evidencia estadística sobre las causas y consecuencias que se derivan de un deficiente trabajo emocional, se sabe de la existencia de factores atenuantes y agravantes que lo influyen; en este sentido se señalan: las características del puesto de trabajo, el género, la edad, los rasgos de personalidad.

Para Gracia y Martínez (2004) el trabajo emocional siempre será un requisito imprescindible para desempeñarse en puestos de trabajo que impliquen relaciones interpersonales; por lo tanto, es predecible que cada día sea más importante y necesario tener en cuenta los resultados que las investigaciones en esta materia estén aportando, de cara a prevenir posibles implicaciones negativas sobre la salud de los trabajadores.

Además, las perspectivas de estudio más recientes en el área de la Psicología del Trabajo y de las Organizaciones están prestando una elevada atención a las competencias relacionadas con la capacidad de autorregulación emocional y su relación con el afrontamiento y manejo de la exposición a situaciones laborales en las que interviene algún factor de riesgo psicosocial (Sánchez, Guillén & León, 2006). De todas estas competencias, una de las que más destaca es la autoeficacia, siendo considerado además como una variable capaz de modular el efecto del estrés laboral y el desarrollo del síndrome de burnout (Montalbán, Durán & Bravo, 2000).



Capítulo 3. AUTOEFICACIA

Es indiscutible que el aprendizaje proporciona al ser humano un medio óptimo para mejorar sus conocimientos, sus habilidades o la experiencia general en un campo particular. Sin embargo, este proceso no necesariamente implica que la persona modifique su comportamiento y ejerza esa nueva capacidad o destreza aprendida. Los factores que influyen en la conducta de una persona son complejos y de carácter múltiple, e incluyen diferentes conceptos, como son la motivación, la confianza y la autoeficacia (Ajzen, 2002). En este sentido, este último término hace alusión a la creencia que un individuo posee sobre su propia habilidad para desempeñarse o desenvolverse de manera óptima en una tarea o conducta específica (Bandura, 1977). Es el juicio que se realiza sobre la capacidad de uno mismo para llevar a cabo un curso de acción requerido para hacer frente a una situación. La autoeficacia afecta a cómo una persona piensa, siente y actúa (Strecher, DeVellis, Becker & Rosenstock, 1986).

Salanova, Lorente y Vera (2009) afirman que no se trata de la competencia en sí misma, sino de la percepción que la persona tiene sobre cómo organizar y poner en marcha ciertos procesos que le posibiliten lograr determinados resultados. Además, esta creencia no es generalizada, sino específica a un dominio. Así, varios autores han argumentado que existe un continuo que varía de la autoeficacia generalizada a tipos más específicos de la misma (Schwarzer, Mueller & Greenglas, 1999). Según la literatura, muchos estudios han desarrollado y utilizado medidas de autoeficacia "generales", pero éstas no han sido tan útiles como las medidas más específicas para predecir lo que una persona hará bajo circunstancias más concretas (Maddux, 2002). Por tanto, dichas evaluaciones de autoeficacia específicas permitirían explicar por qué un individuo presenta distintos niveles de esta percepción ante situaciones diferentes, pudiendo estar muy motivado y dispuesto a una actividad, y negado o desganado ante otras (Salanova et al., 2009).

En su artículo original, en el que presenta el constructo de autoeficacia por primera vez, Bandura (1977) describe cómo la adquisición y regulación de ciertos comportamientos se basan en procesos cognitivos específicos. El primero de estos procesos se relaciona con la observación de las acciones y sus

consecuencias, ya sean realizadas por otras personas o por uno mismo, y que permiten la adquisición de nuevas destrezas, así como el ajuste o corrección de las mismas. Otro proceso importante es la motivación, que se ocupa de la activación y persistencia de los comportamientos a través de la consideración de las consecuencias futuras. La motivación opera a través de un ciclo continuo de fijación de metas y autoevaluación, y está a su vez determinada por las estimaciones que el sujeto realiza sobre los resultados pretendidos (Bandura, 1977).

Para Bandura (1984), la percepción de autoeficacia de una persona posee dos componentes: las expectativas de eficacia y las expectativas de resultado. Las primeras hacen referencia a la creencia que una persona posee sobre su capacidad para llevar a cabo exitosamente el comportamiento requerido para lograr un resultado concreto. Por su parte, las expectativas de resultado se corresponden con la estimación que realiza un individuo sobre si el comportamiento desarrollado conducirá a obtener un resultado o una consecuencia específica. En otras palabras, las expectativas de resultado consisten en las creencias acerca de si un comportamiento determinado conducirá a unos resultados concretos, mientras que las expectativas de eficacia son las creencias sobre cuán capaz se es de realizar el comportamiento que conduce a esos resultados (Strecher et al., 1986). No obstante, es la expectativa de eficacia la que en última instancia predice la percepción de autoeficacia (Bandura & Schunk, 1981). Y para Bandura (1984) es necesario que estén presentes estos dos componentes de la autoeficacia para que una persona pueda realizar con éxito una tarea en cuestión.

Desde la definición del constructo de autoeficacia, Bandura consideró que existen cuatro fuentes de información que permiten al individuo configurar su propia percepción de autoeficacia, las cuales son las experiencias de dominio o maestría, la experiencia vicaria, la persuasión verbal y la excitación emocional y/o fisiológica (Bandura, 1977). Cada una de ellas influye de forma diferente en la configuración de las expectativas de autoeficacia y de resultado, por lo que incidirán también de una manera distinta en la propia percepción de autoeficacia.

La primera de ellas, la experiencia de dominio o maestría, es la fuente más importante de información sobre la autoeficacia, y se corresponde con la consecución del éxito que resulta de la experiencia personal (Scherer & Schmieder, 1996). De forma inicial, también fueron denominadas como logros de desempeño, representando los comportamientos que un individuo es capaz de realizar (Bandura, 1977). A través de la información proporcionada por las experiencias de maestría, que permiten dividir la conducta meta en tareas fácilmente gestionables, las personas adquieren la habilidad que les conduce al dominio. Las experiencias exitosas aumentarán las expectativas de eficacia, mientras que los fracasos repetidos las reducirán. Además, el dominio de los comportamientos simples animará a una persona a proceder con los más complejos, por lo que cada nivel de éxito fomenta la progresión a la siguiente etapa (Bandura, 1984).

La siguiente fuente de autoeficacia es la experiencia vicaria, la cual hace referencia a las observaciones realizadas por parte de una persona sobre los comportamientos exitosos que han desempeñado otros individuos (Bandura, 1977). Ver a otra persona obtener éxito en una situación puede crear expectativas en el observador sobre su capacidad de hacer frente a otro escenario similar. No obstante, es necesario que el observador perciba un grado notable de similitud entre sus propias características y las de la persona modelo (Bandura, 1984). Este tipo de aprendizaje minimiza la necesidad de ensayo y error, especialmente en situaciones donde las consecuencias son más costosas o peligrosas (Pierazzo, 2014). De igual forma, también se ha hipotetizado que el acto de observar a alguien que realiza actividades con un cierto grado de éxito, podría incrementar el nivel de motivación del individuo observador para hacer lo mismo (Scherer & Schmieder, 1996).

La tercera fuente de autoeficacia es la persuasión verbal, la cual se produce cuando otras personas creíbles actúan como proveedores de información, proporcionando comentarios o sugerencias que animan a una persona a sentirse capaz de realizar una tarea o comportamiento determinado (Bandura, 1977). Estos impulsos persuasivos contribuyen a disminuir o eliminar la duda que la persona tenga de sí misma, y ayudan a aumentar las expectativas de

autoeficacia percibidas. En otras palabras, la persuasión verbal permite que las personas puedan convencerse de las sugerencias y consejos que reciben de otros, para luego tratar de hacer frente a las dificultades que experimentan. Aquella información proporcionada por una persona que sea percibida como creíble tendrá un mayor impacto en las expectativas de eficacia que los mensajes provenientes de otros que resulten menos creíbles (Strecher et al., 1986). No obstante, cabe añadir que la persuasión verbal solamente es útil cuando la persona objetivo realmente posee una serie de competencias que le permitan desarrollar o alcanzar las habilidades necesarias para el desempeño efectivo de la conducta, ya que de lo contrario, la persuasión verbal únicamente conducirá a continuos fracasos que desacreditarán a los persuasores, y además, socavarán aún más la percepción de autoeficacia de los receptores (Bandura, 1977).

Por último, la cuarta fuente de autoeficacia es la excitación emocional / fisiológica, la cual se corresponde con las señales físicas o expresiones de ansiedad que pueden influir en la confianza de un individuo en la realización de una tarea concreta (Bandura, 1977). Las personas pueden percibir la ansiedad, el dolor, la fatiga u otros síntomas como signos de ineficacia física. Estos sentimientos de nerviosismo y vulnerabilidad al estrés pueden debilitar el desempeño de una conducta determinada y disminuir el grado de participación en comportamientos similares (Scherer & Schmieder, 1996). Y de igual forma, un estado de ánimo apropiado, y particularmente si es positivo, mejorará la percepción de autoeficacia. Bandura (1977) señala también que las experiencias fisiológicas y emocionales suscitadas ante las amenazas son igualmente disminuidas por el modelado, y además, eliminadas de forma más eficaz por las experiencias de maestría logradas a través del éxito alcanzado a partir de la propia conducta.

La autoeficacia varía en unas dimensiones que tienen su propio impacto sobre el rendimiento. Según Bandura (1977), las expectativas de eficacia varían en magnitud, generalidad y fuerza. La magnitud se refiere al nivel de desafío que el individuo trata de superar. En otras palabras, la magnitud hace referencia a la complejidad de la tarea que la persona es capaz de ejecutar, de modo que algunos individuos sólo realizan tareas simples (expectativa de eficacia de baja

magnitud), mientras que otros son capaces de realizar tareas más complejas (expectativa de eficacia de alta magnitud). Por su parte, la generalidad se corresponde con el grado en el que la experiencia o el dominio alcanzado sobre un comportamiento determinado, puede ser extendido a otras situaciones. Y finalmente, la fuerza se identifica con la confianza que el individuo posee para realizar dicha tarea específica.

Pese a que la autoeficacia percibida por un individuo se concibe como su creencia sobre la capacidad de desarrollar exitosamente una conducta para lograr una meta, no necesariamente implica que este individuo ejecute esa conducta, ya que además de la confianza en la propia capacidad, existen otros factores que están involucrados en la determinación de cómo uno se comporta (Garside, 2012). La teoría de la autoeficacia es sólo una parte de la Teoría Cognitiva Social, un modelo más amplio de aprendizaje y comportamiento. Esta teoría, también descrita originalmente por Bandura (1986), se basa en la premisa de que, a través de la observación de los demás y del procesamiento cognitivo sobre las consecuencias de esas acciones, el comportamiento propio de un individuo puede modelarse y ser modificado. Los principales procesos que se requieren para que el modelaje tenga lugar son la atención y la retención del conocimiento, la reproducibilidad del comportamiento y la motivación para reproducir ese comportamiento adquirido (Bandura, 1986). Por lo tanto, la autoeficacia sólo sería una parte de ese paradigma más amplio, por lo que no es suficiente de forma aislada para predecir de absolutamente un determinado comportamiento.

Desde la publicación de Bandura de su trabajo inicial sobre la autoeficacia (Bandura, 1977), un ingente número de investigadores de las ciencias sociales y del comportamiento han utilizado este constructo para predecir y explicar una amplia gama del comportamiento humano (Artino, 2012). Además, en los últimos 34 años, los principios de la autoeficacia se han extendido mucho más allá de los límites de la psicología, alcanzando campos tan diversos como la salud, la medicina, el cambio social y político, la psicopatología o el atletismo (Pajares, 1996, 2004).

Sin embargo, el concepto de la autoeficacia y su formulación no están exentos de críticas por parte de otros autores. En este sentido, Eastman y Marzillier (1984), en relación a la investigación inicial de Bandura sobre la autoeficacia, declararon que las expectativas de eficacia se definían de tal manera que incluían en ellas a las expectativas de resultado, y que por tanto, no deberían considerarse conceptualmente distintas. En otras palabras, estaban en desacuerdo con la afirmación de Bandura de que las expectativas de eficacia y las expectativas de resultado eran entidades distintas. Por su parte, otros autores han utilizado este mismo punto para cuestionar la validez de la obra de Bandura, argumentando que las expectativas de resultado influyen naturalmente en los juicios de eficacia (Borkovec, 1978; Kazdin, 1978). Bandura, ante estas críticas, admite que, si bien es posible que las expectativas de resultado influyan en las creencias de autoeficacia en algunos casos, esto no implica obligadamente que las creencias de eficacia sean menos válidas que las primeras (Bandura, 1984).

No obstante, a pesar de estas críticas comentadas al concepto de autoeficacia de Bandura (1977), es innegable que este constructo posee un alto valor como predictor de la intención y del comportamiento, el cual ha sido demostrado por varios estudiosos que aplican la teoría cognitiva social a la comprensión de la conducta humana (véase Gist, 1987; Maddux & Rogers, 1983; Taylor & Betz, 1983; de Vries, Dijkstra & Kuhlman, 1988). Además, también se ha encontrado evidencia empírica que demuestra que la autoeficacia es un componente de gran trascendencia en otras teorías, como por ejemplo, en la teoría de la acción planteada, formando parte de la percepción de control comportamental (Ajzen & Madden, 1986).

Una de las áreas donde la autoeficacia ha comenzado a gozar de un mayor interés es en la de la salud ocupacional. El motivo de ello es que la autoeficacia generalizada, como variable positiva del «self», se sitúa como una de las estructuras de la personalidad que pueden ejercer un efecto protector frente a la aparición de enfermedades y/o trastornos de la salud (Ríos Rísquez, Sánchez Meca & Godoy Fernández, 2010). Desde su introducción conceptual, se ha hipotetizado con que las altas expectativas de autoeficacia pueden llevar a las personas a afrontar de forma más eficaz los posibles estresores, haciendo un

uso más eficaz de los recursos de afrontamiento disponibles para mitigar el efecto de los factores estresantes (Bandura, 1997; Siu, Lu & Spector, 2007). De igual forma, la alta percepción de autoeficacia se relaciona con una percepción de un mejor estado de salud, así como con una mayor motivación hacia el desarrollo de estilos de vida más saludables, que en última instancia constituyen conductas protectoras frente a la enfermedad (Pender, Murdaugh & Parsons, 2011).

En el ámbito laboral, las personas con una alta percepción de autoeficacia suelen mostrarse menos inhibidas a la hora de hacer frente a las dificultades experimentadas en el puesto de trabajo, y más insistentes cuando se enfrentan a esos obstáculos (Paglis & Green, 2002). La autoeficacia también afecta positivamente a las actuaciones individuales de los empleados, alentándoles a establecer metas más altas para sí mismos, y aumentando el compromiso en la consecución de estos objetivos. En este sentido, se reconoce que una mayor percepción de autoeficacia en el puesto laboral se relaciona positivamente con una mayor profesionalidad en el desempeño del trabajo (Cho & Bang, 2013).

Por lo que respecta a los profesionales sanitarios, en este sector la investigación efectuada hasta la fecha identifica a la autoeficacia como un importante predictor del desempeño clínico. Los trabajos empíricos llevados a cabo muestran que la percepción de autoeficacia constituye un factor facilitador de la actuación profesional de gran magnitud, al poseer la autoeficacia asociaciones significativas con las dimensiones del funcionamiento profesional, como la realización, la aspiración o la competencia en el puesto de trabajo (Borgogni, Dello Russo, Miraglia & Vecchione, 2013).

Godin, Belanger-Gravel, Eccles y Grimshaw (2008), tras una revisión sistemática de 78 trabajos que investigaron los comportamientos de los profesionales de la salud desde la perspectiva de la cognición social, concluyeron que las creencias sobre las propias capacidades constituían uno de los predictores más importantes de los comportamientos de los profesionales de la salud. Y de la misma forma, se ha evidenciado que la autoeficacia también predice en gran parte el desempeño profesional en situaciones médicas más específicas, como

la administración de sedantes para el alivio del dolor (Edwards et al., 2001), la atención a enfermos de diabetes (Fisher, 2006), el desempeño del asesoramiento (Finch, Weiley, Ip & Barkin, 2008) y el manejo de la obesidad (Boyer, 2008; Hoppe, 1999).

Olivari Medina y Urra Medina (2007) reflexionan sobre la vinculación existente en el concepto de autoeficacia y las conductas de salud, y en este sentido, exponen que la primera se convierte en un claro indicador de cómo se manifestará la segunda. Para estas autoras, la autoeficacia es determinante de una manera u otra en los constructos mentales, en el mundo emocional y, consecuentemente, en la conducta de las personas. Así, sentimientos de empoderamiento o minusvalía dependerán de la percepción que se tenga de la propia autoeficacia; un bajo sentido de la misma conlleva, por lo general, a pensamientos depresivos y limitantes, así como a conductas poco proactivas hacia las metas propuestas. También se apunta en la investigación de Salanova et al. (2009) que la autoeficacia tiene una relación directa con las emociones positivas, como el entusiasmo y la satisfacción, y que se da una retroalimentación positiva entre la autoeficacia y el desempeño laboral, donde ambas condiciones se van incrementando progresivamente.

Por todo lo anteriormente comentado, se puede constatar la importancia de la percepción de autoeficacia por parte de los trabajadores, y más aún cuando se habla de profesionales que forman parte del servicio sanitario, ya que el desempeño laboral de éstos repercute directamente sobre la salud de las personas. La investigación efectuada en esta área proporciona cada vez más importancia al constructo de la autoeficacia en los entornos laborales, y de ahí que cada vez empiece a considerarse ésta con un mayor peso en lo que a la promoción de la salud ocupacional se refiere (Salanova et al., 2009).

Resultados de otras investigaciones

Tanto en el área de los profesionales sanitarios como en el mundo laboral en general, se ha encontrado frecuentemente que la autoeficacia ejerce una marcada influencia sobre numerosos aspectos, tanto de salud como de

rendimiento profesional, lo que indica que este tipo de relaciones han sido ampliamente estudiadas.

De forma general, encontramos algunos trabajos de investigación como el realizado por Judge y Bono (2001), en el que encontraron que los rasgos centrales de la autoeficacia fueron predictores significativos de la satisfacción y del desempeño en el trabajo. Estos autores hallaron 12 correlaciones diferentes y significativas entre la satisfacción laboral y autoeficacia en una muestra de 12903 profesionales. La correlación media de .45 sugiere que existe alguna relación de gran magnitud entre ambos constructos. Del mismo modo, Jimmieson (2000) examina el papel de la autoeficacia junto con el modelo de demandas-control de Karasek (1979). Los resultados muestran que las personas que perciben un alto nivel de control sobre su puesto son más propensas a calificar su trabajo como satisfactorio. El autor concluye que la autoeficacia modera los principales efectos del control del trabajo sobre la satisfacción laboral.

Por otra parte, otros estudios que examinan el papel de la autoeficacia en el afrontamiento de la tensión laboral también parecen apoyar la existencia de una relación entre ambos aspectos. Por ejemplo, Nauta, Liu y Li (2010), en un estudio con 326 empleados a tiempo completo, encontraron que la alta percepción de autoeficacia actuaba como un amortiguador contra la baja autonomía percibida en el trabajo. Los autores también señalan que aquellos trabajadores con niveles más altos de autoeficacia son más propensos a considerarse a sí mismos como autónomos. Parece, pues, que promover o ayudar a los trabajadores a elevar sus niveles de autoeficacia tiene un efecto positivo sobre su capacidad para trabajar de manera autónoma (Nauta et al., 2010). De forma similar, Siu, Spector y Cooper (2005), en un estudio que involucraba a personas de diversas ocupaciones en dos muestras diferentes, observaron que la autoeficacia se relacionaba positivamente con la satisfacción en el trabajo. Del mismo modo, Klassen y Chiu (2010) informan en su estudio sobre profesores que aquellos participantes que mostraban un 10% más de autoeficacia poseían un promedio de nivel de satisfacción laboral superior al resto de los trabajadores, sugiriendo

así que el aumento de la autoeficacia mejora la satisfacción laboral y la productividad en el trabajo.

Ya dentro del ámbito sanitario, y continuando con la relación existente entre satisfacción laboral y autoeficacia, Duggleby, Cooper y Penz (2009) exploraron las relaciones entre la satisfacción en el trabajo y la autoeficacia mediante la evaluación de 64 asistentes de cuidado continuo. En este procedimiento se incluyó una encuesta de esperanza de cuidados paliativos y el Cuestionario Global de Satisfacción Laboral (Laschinger & Havens, 1996). Los coeficientes de correlación positivos y significativos hallados revelaron la existencia de correlaciones entre las siguientes variables: autoeficacia general y esperanza ($r = .47$), autoeficacia y satisfacción laboral global ($r = .10$) y satisfacción laboral global y esperanza ($r = .31$). Dado que este estudio se llevó a cabo en un entorno asistencial que involucra a personal de atención, es razonable suponer que los resultados apoyan la hipótesis de que existe una relación positiva entre satisfacción laboral y autoeficacia en contextos sanitarios.

De manera similar, Yao, Wang, Wang y Yao (2014) efectuaron una investigación en la cual pretendieron explorar, mediante un diseño de encuesta transversal, las asociaciones entre la autoeficacia general, la violencia en el lugar de trabajo y las actitudes laborales de una muestra formada por 758 profesionales médicos. Los autores hallaron que la violencia en el lugar de trabajo se correlacionaba negativa y significativamente con la autoeficacia percibida ($r = -.22$), mientras que las actitudes hacia el trabajo mostraban una correlación significativa y positiva con la autoeficacia ($r = .37$). Asimismo, también encontraron que los niveles de estrés ocupacional disminuyeron significativamente a medida que se incrementaba la autoeficacia percibida, ya que entre ambos existía una correlación negativa y significativa ($r = -.38$). Los autores concluyeron que los resultados sugerían que la percepción de autoeficacia puede modificar los efectos de la violencia sufrida en el lugar de trabajo, así como moderar la percepción de estrés en los trabajadores de la salud (Yao et al., 2014).

Por último, también encontramos otros estudios menos recientes sobre la labor de los profesionales del cuidado de la salud que han examinado esta ya

constatada relación entre los conceptos de autoeficacia y satisfacción laboral. Por ejemplo, Murray (1999), mediante una encuesta realizada a 109 enfermeras, utilizando la escala de Satisfacción en el Trabajo de Hoppock (1935) y la escala de Autoeficacia Percibida de Jones (1986), encuentra que esta última muestra una correlación significativa con la satisfacción en el trabajo de .25.

De manera diferente, Ríos Rísquez et al. (2010) trataron de analizar la capacidad predictiva de la autoeficacia sobre la percepción del estado general de salud en una muestra de 125 profesionales de enfermería de Urgencias y Cuidados Intensivos. Para ello, los autores utilizaron un diseño retrospectivo de corte transversal, empleando como instrumentos de medida un cuestionario de variables sociodemográficas y laborales, el cuestionario de salud GHQ-28 (Goldberg & Williams, 1996) y la escala de Autoeficacia Generalizada de Baessler y Schwarzer (1996). Los resultados pusieron de manifiesto que la variable de autoeficacia generalizada se relacionaba de forma positiva y estadísticamente significativa con el estado de salud percibido. Además, el análisis de correlación canónica efectuado sobre los síntomas de malestar psíquico, para el que tomaron como predictor a la autoeficacia percibida, permitió destacar la relevancia de este constructo como predictor y, por tanto, como factor protector frente a la aparición de malestar psíquico en la muestra de profesionales estudiados (Ríos Rísquez et al., 2010).

En esta línea, Oe-Nam et al. (2014) fueron más allá y examinaron en una muestra de 219 enfermeras su estado de salud percibido, la autoeficacia y los comportamientos de promoción de la salud llevados a cabo, tratando de explorar las posibles relaciones que existieran entre los tres factores mencionados. De este modo, los autores concluyeron el estudio hallando que la autoeficacia se relacionaba significativamente con el estado de salud percibido ($r = .29$) y con las conductas promotoras de salud ($r = .65$). Como principal resultado, los autores encontraron que tanto la autoeficacia como el estado de salud percibido tenían un impacto de gran importancia en los comportamientos promotores de salud, explicando así un 48.4% de su varianza total. Para los autores, los resultados mostraban de forma empírica la existencia de una relación entre el estado de

salud percibido, la autoeficacia y los comportamientos promotores de salud en la muestra de trabajadores empleada (Oe-Nam et al., 2014).

También en relación a la salud física de los profesionales del sector sanitario, Albert, Butler y Sorrell (2014) consideraron que la dieta seguida por estos trabajadores y su nivel de actividad física podría ser consecuencia de una mayor percepción de autoeficacia. De este modo, contando con una muestra transversal y correlacional de 278 enfermeros que trabajaban en diferentes unidades, los autores hallaron que la dieta saludable y los niveles de actividad física apropiados se asociaban con una mayor autoeficacia percibida.

Por lo que respecta a la salud mental y su asociación con la autoeficacia, también existen numerosos estudios que han examinado estas relaciones en los trabajadores del sector sanitario. En este sentido, de forma reciente Chang, Wang, Li y Liu (2011) trataron de analizar la relación existente entre el nivel de depresión y numerosos aspectos de la personalidad, entre los cuales incluyeron a la autoeficacia. De este modo, con una muestra de 314 trabajadores de enfermería, se encontró que la autoeficacia constituía un amortiguador significativo contra la depresión. En concreto, un 18% de la varianza total de las puntuaciones obtenidas en la variable depresión estaba siendo explicada por la percepción de autoeficacia. Los autores concluyeron que unas expectativas elevadas y positivas sobre la propia actuación profesional permitían explicar que algunos profesionales reportaran niveles de depresión más bajos (Chang et al., 2011).

Asimismo, también existen trabajos que han tratado de analizar la influencia de la autoeficacia con el síndrome de burnout en trabajadores del sector sanitario. En este sentido, Porras Santos (2014), con una muestra de 381 profesionales médicos, comprobó cuál era la asociación que se establecía entre la percepción de autoeficacia y el síndrome de desgaste profesional. Los resultados obtenidos por esta autora indican que distintos niveles de autoeficacia permitía discriminar entre cada una de las dimensiones del burnout. Así, aquellos profesionales que mostraron percibir una mayor autoeficacia obtuvieron puntuaciones significativamente inferiores en las dimensiones de despersonalización, de

agotamiento emocional y de cinismo de la variable burnout, que aquellos trabajadores que mostraron un menor grado de autoeficacia percibida.

Por último, en cuanto a la relación existente entre la autoeficacia percibida y el desempeño profesional exitoso, la evidencia encontrada hasta la fecha en profesionales del sector sanitario confirma la influencia de la autoeficacia sobre el desarrollo de conductas profesionales eficaces (Godin, Belanger-Gravel, Eccles & Grimshaw, 2008). Por ejemplo, Lee y Kyung (2009) trataron de analizar la influencia de la autoeficacia percibida sobre el desempeño de la actividad de enfermería en un conjunto de 1996 profesionales de este ámbito, encontrando que la autoeficacia percibida se relacionaba de manera alta, positiva y significativa con el desempeño en el puesto de trabajo ($r = .57$). Para los autores, este resultado indicaba que la autoeficacia ejercía una influencia psicológica positiva en el rendimiento laboral individual. Además de esto, dado que en el estudio efectuado se introdujeron variables organizacionales, también se encontró que la autoeficacia percibida no sólo mejoraba el logro de metas propias y el nivel de desempeño individual, sino que también incrementaba la efectividad de la organización, al relacionarse la eficacia colectiva positiva y significativamente con la autoeficacia percibida por los profesionales ($r = .13$) (Lee & Kyung, 2009).

Por su parte, Tsai, Tsai, Chen y Lee (2014) llevan a cabo un trabajo empírico similar, y tratan de investigar las relaciones existentes entre la competencia en el desarrollo de las labores de enfermería, el compromiso organizacional y la autoeficacia percibida. Utilizando un muestreo aleatorio de 762 profesionales de enfermería, obtuvieron como principales resultados que las tres variables estudiadas poseían una relación positiva y significativa. De este modo, la competencia mostraba una correlación significativa con la autoeficacia, y una correlación significativa entre el compromiso organizacional y la autoeficacia percibida. Para los autores, estos datos eran indicadores de que la autoeficacia percibida puede influir sobre el compromiso organizacional en el personal médico y de enfermería, lo que puede ayudar a incrementar la competencia mostrada por estos profesionales, lo que puede aumentar la calidad de la atención médica prestada (Tsai et al., 2014).

Por todo lo visto anteriormente, podemos observar que la autoeficacia es un constructo que ha demostrado ejercer una amplia influencia en lo que al estudio de la salud laboral en personal sanitario se refiere. Los datos aportados indican que el mantenimiento de las creencias sobre las propias capacidades profesionales puede llevar al trabajador a alcanzar niveles de salud y bienestar apropiados, incluso en ambientes laborales que poseen un gran impacto sobre el empleado. En definitiva, una mejora de la salud ocupacional depende no sólo de la eliminación, control y modificación de los estresores laborales, sino que también puede verse favorecida por el desarrollo de los recursos personales de los trabajadores. Así, el fomento de la autoeficacia profesional mediante acciones formativas específicas ayudaría a paliar los efectos negativos de distintos estresores psicosociales en el ambiente laboral (Meseguer, Soler & García-Izquierdo, 2014).



Capítulo 4. EL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

4.1. Procedimiento y Organización Administrativa

El Servicio Andaluz de Salud (SAS), ente administrativo competente de prestar la Asistencia Sanitaria en la Comunidad autónoma de Almería, está acometiendo una severa reorganización de su estructura funcional

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, recoge entre las características del Sistema Nacional de Salud, continuidad en la atención sanitaria y la coordinación entre niveles asistenciales.

En este sentido, la Junta de Andalucía, a través del Servicio Andaluz de Salud, ente administrativo competente de prestar la Asistencia Sanitaria en la Comunidad autónoma de Almería, está acometiendo una severa reorganización de su estructura funcional que, desde su origen por la ley 8/1988 de 6 de mayo de 1986, ha estado desarrollando.

En los últimos años, diversas iniciativas organizativas que han permitido mejorar la coordinación entre los diferentes centros sanitarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía, desarrollando acciones que potencian la continuidad en la atención sanitaria, en el marco de la estrategia de calidad y la innovación organizativa.

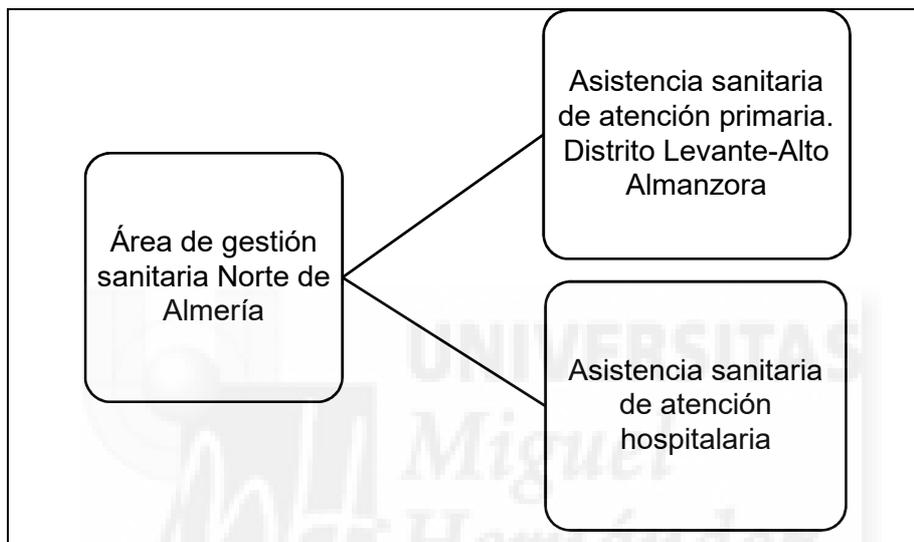
La estructura anterior en la que se dividía, como departamentos estancos, la asistencia sanitaria entre Atención Primaria y Atención especializada, entre ambulatorios y hospitales, está dando paso a nuevas formas de gestión que se basan en las Unidades de Gestión Clínica, existiendo ambas en Atención Primaria y Atención Especializada.

Los nuevos modelos de gestión basados en el trabajo en equipo, el desarrollo de competencias profesionales, a través del decreto 18/2007 que regula el sistema de acreditación del nivel de competencias profesionales de los profesionales sanitarios a través de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, y la dirección por objetivos ha desarrollado una organización nueva

que se basa en esta integración, Atención Primaria y Atención Especializada , y aún más concretamente en establecer las Áreas de Salud que tal y como se establece en la Orden de constitución.

El Área de Gestión Sanitaria está compuesta por la Asistencia Sanitaria de Atención Primaria y la Asistencia Sanitaria de Atención Hospitalaria. El esquema es el que se muestra en la Figura 1.

Figura 1. Estructura nivel 1 Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería



Fotografía 1 Centro de salud de Pulpí



4.2. Distrito sanitario de Atención Primaria Levante - Alto Almanzora

El Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería, se creó mediante la Orden de 5 de octubre de 2.006.

La Asistencia Sanitaria de Atención Primaria es, según la OMS, “La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país.

Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.”

Está regulada en Andalucía a través de la Ley 2/1998 de 15 de Julio en la que se establece que “La Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía establece que la Atención Primaria de Salud es el primer nivel de acceso ordinario de la población al Sistema Sanitario Público de Andalucía y se caracteriza por prestar atención integral a la salud. Comprende la asistencia preventiva, curativa y rehabilitadora, así como la promoción de la salud, la educación sanitaria y la vigilancia sanitaria del medio ambiente.

La atención primaria de salud se organiza en Andalucía en distritos de atención primaria que integran demarcaciones territoriales denominadas zonas básicas de salud. En cada zona básica de salud se ubican centros de atención primaria, en donde se presta la asistencia sanitaria de atención primaria a la ciudadanía. En los casos de las Áreas de Gestión Sanitaria la organización de la atención primaria quedará definida en la norma de creación del Área, sin menoscabo de que las zonas básicas de salud y los centros de atención primaria se organicen de acuerdo al Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en Andalucía.

Los distritos de atención primaria constituyen las estructuras organizativas para la planificación operativa, dirección, gestión y administración en el ámbito de la

atención primaria, con funciones de organización de las actividades de asistencia sanitaria, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, cuidados para la recuperación de la salud, gestión de los riesgos ambientales y alimentarios para la salud, así como la formación la docencia e investigación.

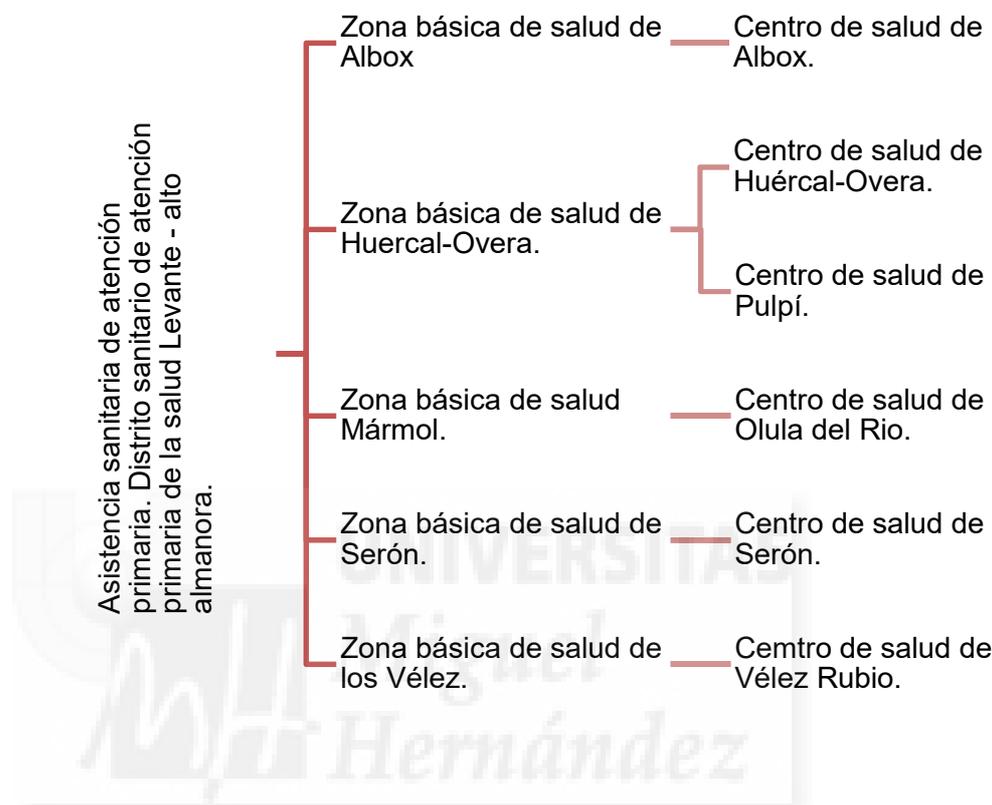
La zona básica de salud es el marco territorial para la prestación de la atención primaria de salud, de acceso directo de la población, en la que se proporciona una asistencia sanitaria básica e integral. Están constituidas por los municipios que determina el Mapa de Atención Primaria de Salud de Andalucía.

Figura 2. Mapa de poblaciones del Distrito Sanitario Levante-Alto Almanzora.



A continuación, en la Figura 3, se muestra la estructura de las Zonas Básicas de Salud a Estudio con indicación de los Centros de Salud ubicados en las mismas.

Figura 3. Centros de salud del Distrito Sanitario Levante - Alto Almanzora.



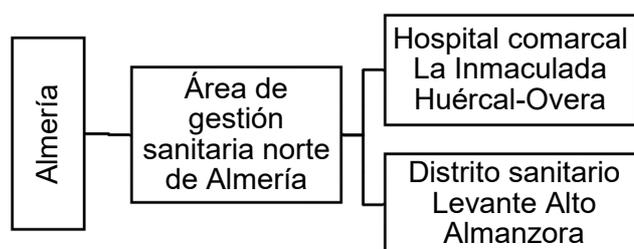
4.3. Hospital Comarcal La Inmaculada. Huércal-Overa

Visto el primer nivel de Asistencia Sanitaria, entramos en el segundo nivel, la Atención Hospitalaria, tal y como lo define la Ley 2/1998 de Salud de Andalucía, antes denominada Asistencia Especializada. Ésta ofrece a la ciudadanía los medios tanto técnicos como humanos, para el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación adecuados que, por o bien por su especialización o por sus características, no pueden ser tratados en el nivel de atención primaria.

Asimismo, según esta Ley, “Los hospitales y sus correspondientes centros de especialidades constituyen la estructura sanitaria responsable de la atención hospitalaria programada y urgente, tanto en régimen de internamiento como ambulatorio y domiciliario, desarrollando además funciones de promoción de la

salud, prevención de la enfermedad, asistencia curativa y rehabilitadora, así como docencia e investigación, en coordinación con el nivel de atención primaria”.

Figura 4. Composición del área de gestión sanitaria norte de Almería.



Está compuesta, a nivel de organización sanitaria, en varias Unidades de Gestión Clínicas, que la propia Junta de Andalucía define como “[...] La gestión clínica en el Servicio Andaluz de Salud es un proceso de diseño organizativo que permite incorporar a los profesionales en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica” (http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=pr_gestionclinica).

Fotografía 2. Hospital Comarcal de Huércal-Overa



El Hospital comarcal de La Inmaculada cuenta con las siguientes UGC, como se puede comprobar en la Tabla 1.

Tabla 1. UGCs del área de Gestión Sanitaria Norte de Almería

UGC	Ámbito
Anestesiología y reanimación	Atención Hospitalaria
Cirugía ortopédica y traumatología	Atención Hospitalaria
Cuidados intensivos	Atención Hospitalaria
Especialidades quirúrgicas	Atención Hospitalaria
Ginecología y obstetricia	Atención Hospitalaria
Bioteología	Atención Hospitalaria
Medicina interna y especialidades médicas	Atención Hospitalaria
Salud mental	Atención Hospitalaria
Urgencias	Atención Hospitalaria
Intercentros cirugía general	Intercentros
Intercentros hematología	Intercentros
Interniveles farmacia	Interniveles
Medicina física y rehabilitación	Interniveles
Pediatría	Interniveles
Prevención, promoción y vigilancia de la salud	Interniveles
Radiodiagnóstico	Interniveles

Fuente: Servicio Andaluz de Salud

En las Unidades de Gestión Clínica (UGC) la actividad se desarrolla de acuerdo a diferentes objetivos, entre los que destacan los siguientes:

- Fomentar la implicación de los profesionales sanitarios en la gestión de los centros.
- Reforzar la continuidad asistencial entre ambos niveles de atención.
- Mejorar la organización del trabajo.
- Elevar la satisfacción de los pacientes.

Capítulo 5. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

5.1. Objetivo general

El propósito de esta investigación es identificar para los trabajadores del sector sanitario, los factores de riesgo que están relacionados con su bienestar psicológico o salud mental, así como los relacionados con sus sentimientos de autoeficacia, que sería deseable eliminar, además de identificar aquellos factores de protección que sería deseable impulsar. Esta identificación ayudará en la priorización de las medidas preventivas o correctoras considerar e implantar, diferenciado entre los trabajadores sanitarios y no sanitarios que trabajan tanto en atención primaria como en hospitales.

5.2. Objetivos específicos e Hipótesis

Partiendo de este objetivo principal, proponemos los siguientes objetivos e hipótesis:

Objetivo 1:

Examinar si la salud mental, autoeficacia y factores de riesgo psicosocial de los trabajadores sanitarios y no sanitarios, de atención primaria y de hospital, influyen variables sociodemográficas generales, sociodomésticas y laborales específicas y diferentes.

Este objetivo pretende identificar en primer lugar, si existen diferencias significativas en los valores bienestar/malestar psicológico, autoeficacia y factores de riesgo psicosocial, mostrados por los trabajadores sanitarios y no sanitarios, de atención primaria y de hospital, en función del (1) sexo; (2) edad; (3) estado civil; (4) nivel de estudios; (5) contribución económica a la familia; (6) Nivel de responsabilidad en las tareas y compras familiares; (7) turnos de trabajo; y (13) tipo de contrato laboral.

Una vez analizada la existencia de diferencias, se identificará entre qué grupos se producen las diferencias en salud mental, autoeficacia y factores de riesgo psicosocial y en qué dirección se estarían produciendo.

H1: Existen diferencias significativas en la salud mental, autoeficacia y factores de riesgo psicosocial, mostrados por los trabajadores sanitarios y no sanitarios, de atención primaria y de hospital, en función de la variable sexo (hombre y mujer).

H2: Existen diferencias significativas en la salud mental, autoeficacia y factores de riesgo psicosocial, mostrados por los trabajadores sanitarios y no sanitarios, de atención primaria y de hospital, en función de su edad (hasta 40 años, entre 41 y 55 años, 56 años o más).

H3: Existen diferencias significativas en la salud mental, autoeficacia y factores de riesgo psicosocial, mostrados por los trabajadores sanitarios y no sanitarios, de atención primaria y de hospital, en función de su estado civil (soltero/a viviendo con padres, soltero/a viviendo solo/a, casado/a, viviendo con pareja, divorciado/a o separado/a, viudo/a, otros)

H4: Existen diferencias significativas en la salud mental, autoeficacia y factores de riesgo psicosocial, mostrados por los trabajadores sanitarios y no sanitarios, de atención primaria y de hospital, en función de su nivel de estudios (primarios, bachillerato, formación profesional, diplomatura, licenciatura/grado, licenciado sanitario, máster, doctorado, otros).

H5: Existen diferencias significativas en la salud, autoeficacia y factores de riesgo psicosocial, mostrados por los trabajadores sanitarios y no sanitarios, de atención primaria y de hospital, según su contribución económica a la familia (único/a responsable, principal fuente de ingresos con más de la mitad, aporta la mitad, aporta menos de la mitad).

H6: Existen diferencias significativas en la salud mental, autoeficacia y factores de riesgo psicosocial, mostrados por los trabajadores sanitarios y no sanitarios, de atención primaria y de hospital, en función de su grado de

responsabilidad en las tareas y compras de la casa (principal responsable, comparte las tareas, el otra persona la responsable).

H7: Existen diferencias significativas en la salud mental, autoeficacia y factores de riesgo psicosocial, mostrados por los trabajadores sanitarios y no sanitarios, de atención primaria y de hospital, en función de los turnos de trabajo (mañana, tarde, noche, mañana y tarde, tarde y noche, indistinto).

H8: Existen diferencias significativas en la salud mental, autoeficacia y factores de riesgo psicosocial, mostrados por los trabajadores sanitarios y no sanitarios, de atención primaria y de hospital, del tipo de contrato laboral (duración determinada, duración indefinida, otros).

Objetivo 2:

Explicar la relación existente entre los factores de riesgo psicosocial de los trabajadores sanitarios y no sanitarios, de atención primaria y de hospital, con su salud mental y autoeficacia.

H9: Existen diferentes factores de riesgo psicosocial que inciden sobre la salud mental de los trabajadores sanitarios y no sanitarios, de atención primaria y de hospital.

H10: Existen diferentes factores de riesgo psicosocial que inciden sobre la autoeficacia de los trabajadores sanitarios y no sanitarios, de atención primaria y de hospital.

III. MARCO EMPÍRICO



Capítulo 6. MÉTODO

6.1. Participantes

La muestra se compuso por un total de 637 trabajadores y trabajadoras sanitarias y no sanitarias del Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería, pertenecientes a los centros de salud, así como al hospital comarcal.

En primer lugar, se mostrarán las unidades estudiadas y sus características principales, para posteriormente mostrar las características demográficas y laborales de los participantes en esta investigación.

6.1.1. Atención Primaria

6.1.1.1. Zona Básica de Salud (ZBS) de Albox. Unidad de Gestión Clínica de Albox

La Unidad de Gestión Clínica de Albox está ubicada en el Municipio de Albox. Cuenta con los siguientes Consultorios y Consultorio Auxiliares:

- Centro de Salud: Albox.
- Consultorios: Albánchez, Arboleas, Cantoria, Oria, Partalóa,
- Consultorios auxiliares: Almanzora, Cóbdar, Las Pocicas, Llano de los Olleres, Llano del Espino y Rambla de Oria.

6.1.1.2. ZBS de Huércal-Overa. Unidad de Gestión Clínica de Huércal-Overa

La Unidad de Gestión Clínica de Huércal-Overa está ubicada en el Municipio de Huércal-Overa. Es el Municipio en el que se encuentra el Hospital de Referencia, Hospital Comarcal “La Inmaculada”.

Esta ZBS tiene la particularidad de que en ella existen dos Unidades de Gestión Clínica, Huércal-Overa y Pulpí, por lo que se hará el estudio separado.

Huércal-Overa cuenta con los siguientes Consultorios y Consultorios Auxiliares:

- Centro de Salud: Huércal-Overa.
- Consultorios: La Alfoquía, Overa, San Francisco, Santa María de Nieva, Taberno y Zurgena
- Consultorios auxiliares: Úrcal

6.1.1.3. ZBS de Huércal-Overa. Unidad de Gestión Clínica de Pulpí.

La Unidad de Gestión Clínica de Pulpí está ubicada en el Municipio de Pulpí.

Es una Unidad de Gestión Clínica está integrada como Centro de Salud independiente en la Zona Básica de Salud de Huércal-Overa. Pulpí cuenta con los siguientes Consultorios y Consultorio Auxiliares:

- Centro de Salud: Pulpí.
- Consultorios: La Fuente, Pulpí y San Juan de los Terreros.
- Consultorios auxiliares: El Convoy, El Pilar de Jaravía, Pozo de la Higuera

6.1.1.4. ZBS de Mármol. Unidad de Gestión Clínica Mármol.

La Unidad de Gestión Clínica de Mármol está ubicada en el Municipio de Olula del Río donde reside el Centro de Salud. Es una Unidad de Gestión Clínica dependiente de la Zona Básica de Salud de Mármol.

Esta ZBS cuenta con los siguientes Consultorios y Consultorio Auxiliares:

- Centro de Salud: Olula del Río.
- Consultorios: Fines, Líjar, Macael, Purchena, Sierro, Somontín
- Consultorios auxiliares: Campillo de Purchena, Chercos, Laroya, Sufí y Urrácal

6.1.1.5. ZBS de Serón. Unidad de Gestión Clínica de Serón

La Unidad de Gestión Clínica de Serón está ubicada en el Municipio de Serón donde reside el Centro de Salud. Es una Unidad de Gestión Clínica dependiente de la Zona Básica de Salud de Serón.

Esta ZBS cuenta con los siguientes Consultorios y Consultorio Auxiliares:

- Centro de Salud: Serón.
- Consultorios: Armuña de Almanzora, Bacaes, El Hijate, Lúcar y Tíjola
- Consultorios auxiliares: Alcóntar, Bayarque, Cela, El Higueral

6.1.1.6. ZBS de Los Vélez. Unidad de Gestión Clínica de Los Vélez

La Unidad de Gestión Clínica de Los Vélez está ubicada en el Municipio de Los Vélez donde reside el Centro de Salud. Es una Unidad de Gestión Clínica dependiente de la Zona Básica de Salud de Los Vélez.

La Unidad de Gestión Clínica de Los Vélez cuenta con los siguientes Consultorios y Consultorio Auxiliares:

- Centro de Salud: Vélez-Rubio
- Consultorios: Chirivel, María, Topares y Vélez Blanco
- Consultorios auxiliares: Contador y La Cañada de Cañepla

6.1.1.7. ZBS de Cuevas del Almanzora. Unidad de Gestión Clínica de Cuevas del Almanzora

La Unidad de Gestión Clínica de Cuevas del Almanzora está ubicada en el Municipio del mismo nombre, donde se ubica el Centro de Salud. Es una Unidad de Gestión Clínica dependiente de la Zona Básica de Salud de Cuevas del Almanzora. La Unidad de Gestión Clínica de Cuevas del Almanzora cuenta con los siguientes Consultorios y Consultorio Auxiliares:

- Centro de Salud: Cuevas del Almanzora
- Consultorios: Villaricos, Palomares, Guazamara
- Consultorios auxiliares: El Largo y Los Lobos.

6.1.1.8. ZBS de Vera. Unidad de Gestión Clínica de Garrucha.

La Unidad de Gestión Clínica de Garrucha está ubicada en el Municipio del mismo nombre, donde se ubica el Centro de Salud. Es una Unidad de Gestión Clínica dependiente de la Zona Básica de Salud de Vera. La Unidad de Gestión

Clínica de Cuevas del Almanzora cuenta con los siguientes Consultorios y Consultorio Auxiliares:

- Centro de Salud: Garrucha

6.1.1.9. ZBS de Vera. Unidad de Gestión Clínica de Mojácar.

La Unidad de Gestión Clínica de Mojácar está ubicada en el Municipio del mismo nombre, donde se ubica el Centro de Salud. Es una Unidad de Gestión Clínica dependiente de la Zona Básica de Salud de Vera. La Unidad de Gestión Clínica de Mojácar cuenta con dos consultorios:

- Centro de Salud: Mojácar pueblo y Mojácar playa.

En la Tabla 2, se muestra la cantidad de trabajadores de cada una de los centros de salud a los que se les facilitaron las encuestas y el número de cuestionarios cumplimentados en cada una de ellas. Se considera que la tasa de respuesta obtenida de los profesionales fue bastante buena.

Existen otras ZBS en esta área, pero no se evaluaron dado que tenían una rotación de personal, contratados por vacaciones, mayor del 40% en estas fechas y podría distorsionar los datos de este estudio.

Tabla 2. Tasa de respuesta de los centros de salud

Centro de Salud	N trabajadores	N respuestas	%
Huércal-Overa	49	37	75.51
Cuevas Almanzora	57	8	14.04
Pulpí	25	20	80.00
Garrucha	43	4	9.30
Mármol	53	38	71.70
Serón	36	19	52.78
Mojácar	42	13	30.95
Los Vélez	37	21	56.76
Albox	54	42	77.78
	396	202	51.01

6.1.2. Hospital Comarcal

Como muestra de estudio para esta investigación, se han obtenido los datos de cuatro Unidades de Gestión Clínica Intercentros y cuatro Unidades de Gestión Clínica propias del Hospital Comarcal. La razón fue la imposibilidad de poder llegar a todos los trabajadores dados las fechas, casi, vacacionales en las que se cumplimentó el cuestionario.

Tabla 3. Tasa de respuesta del hospital comarcal La Inmaculada. Huércal-Overa.

Unidades de Gestión Clínica	Nº trabaja.	Nº respuestas	%
Unidad de biotecnología	59	9	15.25
Unidad de farmacia hospitalaria	19	6	31.58
Unidad no asistencial de servicios generales	93	76	81.72
Bloque quirúrgico	160	120	75.00
Ginecología y obstetricia	58	60	103.45
Intercentros cirugía general	42	30	71.43
Medicina física y rehabilitación	31	23	74.19
Medicina interna y especialidades médicas	129	80	62.02
Prevención, promoción y vigilancia de la salud	15	13	86.67
Unidad de pediatría	52	12	23.08
Unidad de salud mental	46	6	13.04
	704	435	61.79

La unidad a las que se les envió el cuestionario se puede ver en la Tabla 3, con indicación del número de profesionales a los que se les envió, y el número de cuestionarios cumplimentados recibidos.

Hay varias Unidades de Gestión Clínica que no han participado en el desarrollo de este estudio. Las razones son, porque o bien no llegaron a un mínimo exigible con respecto a la cantidad de información que aportaron con sus contestaciones a los cuestionarios; o bien, porque consideramos que los resultados obtenidos podrían estar sesgados, dado que en las fechas de la recogida de datos existía un alto nivel de nuevas contrataciones para sustituir, por periodo estival, a los trabajadores habituales de esas unidades (contratos de un máximo de entre 45 y 60 días).

6.1.2.1. Unidad de Biotecnología

La Unidad de Gestión Clínica de Biotecnología desarrolla toda su actividad sobre las pruebas analíticas que le llegan, análisis de sangre, análisis de anatomía patológica, análisis de semen, análisis de orina, análisis de heces, análisis de bacteriología- microbiología etc.

Se encuentra ubicada en el Hospital Comarcal de Huércal-Overa y trabaja conjuntamente, por economía de escala, con la Unidad de Biotecnología del Hospital de referencia, el Hospital Universitario de Torrecárdenas que está ubicado en Almería.

Tabla 4. Unidad de Gestión Clínica. Biotecnología

Categorías Profesionales	N
Médico especialista de hospital	15
Enfermero/a	7
Personal técnico de Laboratorio	32
Personal Administrativo	5
	59

6.1.2.2. Bloque Quirúrgico

La unidad de Gestión Clínica de Bloque Quirúrgico agrupa a especialidades quirúrgicas que, por su pequeño tamaño, realizan una labor asistencial muy específica y especializada y, por tanto, en comparación con la actividad asistencial genérica es relativamente pequeña. Las especialidades son, traumatología, otorrinolaringología, oftalmología, dermatología, urología y anestesia.

Tabla 5. Unidad de Gestión Clínica. Bloque Quirúrgico

Categorías Profesionales	N
Médico especialista de hospital	32
Enfermero/a	66
Auxiliares de Enfermería	48
Personal Administrativo	9
Celadores	5
	160

6.1.2.3. Farmacia hospitalaria

La unidad de Gestión Clínica de Farmacia es una unidad Interniveles dado que está constituida por las respectivas farmacias del Hospital de Torrecardenas y el Distrito de Atención Primaria de Almería. Todo ello a fin de reducir costes en la compra de los productos farmacéuticos y de nutrición parenteral.

Tabla 6. Unidad de Gestión Clínica. Farmacia hospitalaria

Categorías Profesionales	N
Farmacéuticos	6
Enfermero/a	4
Técnico Especialista en Farmacia	5
Personal Administrativo	2
Celadores	2
	19

6.1.2.4. Ginecología y Obstetricia

La unidad de Gestión Clínica de Ginecología y Obstetricia además de las actuaciones propias de esta especialidad médico – quirúrgica tiene asignado el Partorio con una dotación de matronas, así como espacios quirúrgicos.

Tabla 7. Unidad de Gestión Clínica. Ginecología y Obstetricia

Categorías Profesionales	N
Médico especialista de hospital	8
Matronas	11
Enfermero/a	23
Auxiliar de Enfermería	11
Personal Administrativo	2
Celadores	3
	58

6.1.2.5 Intercentros de Cirugía General

La unidad de Gestión Clínica Intercentros de Cirugía General realiza las actividades asistenciales propias de esta cirugía no especializada. Tiene esta

Unidad de Gestión Clínica un gran componente de compartición de espacios y personal con el Bloque Quirúrgico.

Tabla 8. Unidad de Gestión Clínica. Intercentros de Cirugía General

Categorías Profesionales	N
Médico especialista de hospital	9
Enfermero/a	17
Auxiliares de Enfermería	13
Personal Administrativo	1
Celadores	2
	42

6.1.2.6 Medicina Física y Rehabilitación

La unidad de Gestión Clínica de Medicina Física y Rehabilitación desarrolla sus funciones en la recuperación de movibilidades, y sobre todo, en la rehabilitación cardíaca y física a través de la Unidad de Fisioterapia.

Una singularidad de este servicio, concretamente de su personal especializado, los Fisioterapeutas, es que se desplazan a los distintos centros de salud del área de Gestión Sanitaria para desarrollar su labor de proximidad a los pacientes, evitándoles desplazamientos a este Hospital Comarcal.

Tabla 9. Unidad de Gestión Clínica. Medicina Física y Rehabilitación

Categorías Profesionales	N
Médico especialista de hospital	4
Fisioterapeutas	17
Enfermero/a	2
Auxiliar de Enfermería	6
Personal Administrativo	1
Celadores	1
	31

6.1.2.7 Medicina Interna y Especialidades Médicas

La unidad de Gestión Clínica Medicina Interna y Especialidades Médicas agrupa las especialidades de Cardiología, Aparato Digestivo. Neumología, Endocrinología, Pulmón y Corazón, principalmente.

Tabla 10. Unidad de Gestión Clínica. Medicina Interna y Especialidades Médicas

Categorías Profesionales	N
Médico especialista de hospital	31
Enfermero/a	49
Auxiliares de Enfermería	37
Personal Administrativo	3
Celadores	9
	129

6.1.2.8 Pediatría

La unidad de Gestión Clínica de Pediatría presta atención sanitaria integral a los niños en edad pediátrica, edad con gran polémica pues dependiendo de los hospitales puede ser hasta los 14 años o 15, llegando hasta los 18 años en algunas pólizas privadas de asistencia sanitaria.

Tabla 11. Unidad de Gestión Clínica. Pediatría

Categorías Profesionales	N
Médico especialista de hospital	23
Enfermero/a	16
Auxiliar de Enfermería	11
Personal Administrativo.	1
Celadores	1
	52

6.1.2.9 Unidad de Salud Mental

La unidad de Gestión Clínica de Salud Mental desarrolla sus actividades en tres ubicaciones a fin de acercar la asistencia sanitaria a los usuarios.

- Ubicación en el Hospital. Se encuentra el Hospital de Día, la unidad de Hospitalización intermedia y área de Consulta y Tratamiento. Dispone de un área para actividades lúdicas para los enfermos, así como comedor.
- Ubicación en Huércal-Overa. Fuera de cualquier entorno sanitario se encuentra la comunidad Terapéutica de Salud Mental que está compuesta por personal dependiente de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental.

- Ubicación en Albox. Igualmente, fuera del cualquier entorno hospitalario se encuentra la comunidad terapéutica de Albox que junto a la de Huércal Overa realizan una actividad asistencial en modalidad ambulatoria a los usuarios.

Tabla 12. Unidad de Gestión Clínica. Salud de Mental

Categorías Profesionales	N
Médico especialista de hospital	17
Enfermero/a	13
Auxiliares de Enfermería	6
Monitores	4
Personal Administrativo	2
Celadores	4
	46

6.1.2.10. Prevención, Promoción y Vigilancia de la Salud

La Unidad de Prevención, Promoción y Vigilancia de la Salud (UPS) es la encargada de las inspecciones alimentarias, veterinarias de todas las actividades que se desarrollen en alimentación (hortofrutícola, mataderos, granjas de aves, cerdos, etc.), así como potabilidad de aguas para consumo humano y mineral. Además de restaurantes, bares, cafeterías, supermercados y almacenes que contengan productos para el consumo humano.

Tabla 13. Unidad de Gestión Clínica. Prevención, Promoción y Vigilancia de la Salud

Categorías Profesionales	N
Facultativos	2
Farmacéutico Atención Primaria	5
Veterinarios	4
Técnicos de Salud	1
Enfermero/a	2
Personal Administrativo	1
	15

Tiene, a la vez, un componente interno, que es la Vigilancia de la Salud de los Trabajadores del Área Sanitaria. Prácticas al amparo de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

6.1.2.11. Unidades No Asistenciales de Servicios Generales

Se ha incluido los servicios de personal de Gestión y Servicios, que pueden estar de cara al público o de cara a los profesionales y/o proveedores. Es una Unidad en la que se ha incluido todo lo que en las anteriores no estaba incluido: liberados sindicales, equipo directivo, unidad de personal, unidad de atención a la ciudadanía, logística, facturación a terceros, etc.

También se ha incluido la Unidad de Prevención de Riesgos laborales, con dos técnicos superiores en prevención de riesgos laborales, por no prestar atención sanitaria, solo realizan labores de información, formación, asesoramiento, etc., propio de un técnico superior de prevención de riesgos laborales en Seguridad en el trabajo e higiene industrial.

Tabla 14. Unidad de Gestión Clínica. Prevención, Promoción y Vigilancia de la Salud

Categorías Profesionales	N
Administrativo	12
Auxiliar administrativo	39
Celador	6
Licenciado de función administrativa	5
Gestión de función administrativa	1
Ingeniero Técnico	1
Jefe de Grupo	2
Licenciado Sanitario	1
Técnico Especialista	2
Telefonista	5
Técnico de Prevención de Riesgos Laborales	2
	76

6.1.3. Datos sociodemográficos y laborales de la muestra

La muestra total para la presente investigación ha estado constituida por 637 trabajadores tanto sanitarios como no sanitarios, de un total de nueve centros de

atención primaria del Distrito Sanitario Levante-Alto Almanzor y del Hospital Comarcal La Inmaculada, en la provincia de Almería.

6.1.3.1. Atención primaria

En los nueve centros de atención primaria evaluados, el 66.1% de los encuestados fueron mujeres, siendo el 33.9% restante, varones. La edad media fue de 47.5 años ($DE = 9.6$), estando la mayoría centrados en el tramo de edad comprendida entre los 41 y 55 años (44.3%). En cuanto al estado civil, el 72.2% estaban viviendo con pareja. El número medio de hijos fue de 1.30 ($DE = 1.0$). El 61.9% tienen estudios superiores y el 22% estudios medios de bachillerato.

Informan aportar en un 58.5%, la mitad de la contribución económica a la familia o son los únicos responsable (25.1%); además de en su mayoría, compartir las tareas y compras del hogar (54.7%).

La media de años trabajando de los participantes de atención primaria fue de 19.2 años ($DE = 9.3$). El 72.6% es personal sanitario (profesionales de la medicina y enfermería fundamentalmente), en su mayoría trabajan en turno de mañana (35.7%) o indistinto (47.5%), y tienen un tipo de contrato indefinido (46.2%).

En resumen, la muestra de trabajadores y trabajadoras en atención primaria puede describirse como mayoritariamente femenina, con una edad media entre 41 y 55 años, viviendo en pareja y con estudios superiores. O bien son los únicos responsables o aportan al menos el 50% de los ingresos totales de su familia y comparten las tareas y compras del hogar con otros miembros de su familia. En su mayoría trabajan en turno de mañana o indistinto, y tienen un contrato indefinido.

Tabla 15. Estadísticos Sociodemográficos de Atención Primaria en el Distrito Sanitario Levante – Alto Almanzora

	Albox		Cuevas		Garrucha		H-Overa		Vélez		Mármol		Mojácar		Pulpí		Serón		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo																				
Hombre	22	52.4	0	0.0	0	0.0	14	37.8	10	47.6	16	42.1	7	53.8	7	35.0	7	36.8	83	33.9
Mujer	20	47.6	8	100.0	4	100.0	23	62.2	11	52.4	22	57.9	6	46.2	13	65.0	12	63.2	119	66.1
Edad																				
	<i>M = 51.0</i>		<i>M = 36.4</i>		<i>M = 42.8</i>		<i>M = 49.8</i>		<i>M = 45.6</i>		<i>M = 48.2</i>		<i>M = 40.9</i>		<i>M = 44.8</i>		<i>M = 43.6</i>		<i>M = 47.5</i>	
	<i>DE = 8.3</i>		<i>DE = 9.8</i>		<i>DE = 10.9</i>		<i>DE = 10.2</i>		<i>DE = 1.0</i>		<i>DE = 8.2</i>		<i>DE = 9.5</i>		<i>DE = 8.7</i>		<i>DE = 9.6</i>		<i>DE = 9.6</i>	
Rango de Vida Laboral																				
De 20-40 años	5	11.9	6	75.0	1	25.0	8	21.6	8	38.1	10	26.3	8	61.5	8	40.0	8	42.1	62	37.9
de 41-55 años	23	54.8	2	25.0	3	75.0	15	40.5	7	33.3	18	47.4	4	30.8	10	50.0	8	42.1	90	44.3
de 56-70 años	14	33.3	0	0.0	0	0.0	14	37.8	6	28.6	10	26.3	4	7.7	2	10.0	3	15.8	50	17.7
Estado Civil																				
Soltero/a con padres	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	9	69.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Viviendo con pareja	32	76.2	5	62.5	3	75.0	30	81.1	14	66.7	19	50.0	3	23.1	17	85.0	16	84.2	145	72.2
Divor. o separado/a	2	4.8	0	0.0	0	0.0	1	2.7	3	14.3	6	15.8	0	0.0	1	5.0	1	5.3	17	7.9
Viudo/a	5	11.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	13.2	1	7.7	0	0.0	0	0.0	10	2.8
Otros	3	7.1	3	37.5	1	25.0	6	16.2	4	19.0	8	21.1	8	61.5	2	10.0	2	10.5	30	17.1
Número de hijos																				
	<i>M = 1.6</i>		<i>M = 0.6</i>		<i>M = 1.0</i>		<i>M = 1.4</i>		<i>M = 1.3</i>		<i>M = 1.3</i>		<i>M = 1.0</i>		<i>M = 1.3</i>		<i>M = 0.9</i>		<i>M = 1.3</i>	
	<i>DE = 1.1</i>		<i>DE = 0.7</i>		<i>DE = 0.0</i>		<i>DE = 1.0</i>		<i>DE = 1.1</i>		<i>DE = 1.1</i>		<i>DE = 0.8</i>		<i>DE = 1.2</i>		<i>DE = 0.8</i>		<i>DE = 1.0</i>	
Contribución económica																				
Único/a responsable	17	40.5	3	37.5	1	25.0	8	21.6	7	33.3	14	36.8	0	0.0	2	10.0	4	21.1	56	25.1
Principal responsable	10	23.8	0	0.0	0	0.0	4	10.8	5	23.8	6	15.8	0	0.0	7	35.0	4	21.1	36	14.5
Aporto la mitad	12	28.6	5	62.5	3	75.0	24	64.9	8	38.1	17	44.7	13	100.0	11	55.0	11	57.9	104	58.5
Aporto menos de mitad	3	7.1	0	0.0	0	0.0	1	2.7	1	4.8	1	2.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	1.9
Respon. tareas y compras																				
Responsable principal	18	42.9	4	50.0	2	50.0	17	45.9	9	42.9	18	47.4	0	0.0	7	35.0	5	26.3	80	37.8
Comparto las tareas	15	35.7	4	50.0	2	50.0	19	51.4	10	47.6	17	44.7	13	100.0	11	55.0	11	57.9	102	54.7
Otra persona es respon.	9	21.4	0	0.0	0	0.0	1	2.7	2	9.5	3	7.9	0	0.0	2	10.0	3	15.8	20	7.5

Tabla 15 (continuación). Estadísticos Sociodemográficos de Atención Primaria en el Distrito Sanitario Levante – Alto Almanzora

	Albox		Cuevas		Garrucha		H-Overa		Vélez		Mármol		Mojácar		Pulpí		Serón		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nivel de estudios																				
Primaria	2	4.8	0	0.0	1	25.0	4	10.8	3	14.3	7	18.4	1	7.7	0	0.0	0	0.0	18	9.0
Bachillerato	9	21.4	2	25.0	0	0.0	10	27.0	4	19.0	7	18.4	2	15.4	7	35.0	7	36.8	48	22.0
Formación Profesional	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Diplomatura	9	21.4	6	75.0	3	75.0	18	48.6	6	28.6	9	23.7	6	46.2	5	25.0	5	26.3	67	41.1
Licenciatura/Grado	20	47.6	0	0.0	0	0.0	4	10.8	8	38.1	10	26.3	1	7.7	6	30.0	5	26.3	54	20.8
Máster	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Doctorado	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Otros	2	4.8	0	0.0	0	0.0	1	2.7	0	0.0	5	13.2	3	23.1	2	10.0	2	10.5	15	7.1
Categoría profesional																				
Sanitario	34	81.0	6	75.0	3	75.0	26	70.3	15	71.4	26	70.2	10	77.0	14	70.0	12	63.2	146	72.6
No sanitario	8	19.0	2	25.0	1	25.0	11	29.7	6	28.6	11	29.7	3	23.0	6	30.0	7	36.9	55	27.4
Años Trabajando																				
	<i>M</i> = 22.2		<i>M</i> = 12.2		<i>M</i> = 17.6		<i>M</i> = 23.0		<i>M</i> = 15.8		<i>M</i> = 19.1		<i>M</i> = 14.5		<i>M</i> = 16.6		<i>M</i> = 15.4		<i>M</i> = 19.2	
	<i>DE</i> = 8.6		<i>DE</i> = 10.2		<i>DE</i> = 10.3		<i>DE</i> = 10.5		<i>DE</i> = 9.4		<i>DE</i> = 8.3		<i>DE</i> = 10.0		<i>DE</i> = 7.3		<i>DE</i> = 7.6		<i>DE</i> = 9.3	
Turno de trabajo																				
Mañana	15	35.7	2	25.0	0	0.0	12	32.4	10	47.6	22	67.9	2	15.4	10	50.0	9	47.4	82	35.7
Tarde	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Mañana y tarde	3	7.1	1	12.5	1	25.0	10	27.0	1	4.8	2	5.3	9	69.2	1	5.0	1	5.3	29	17.9
Tarde y noche	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Indistinto	24	57.1	5	62.5	3	75.0	15	40.5	10	47.6	14	36.8	2	15.4	9	45.0	9	47.4	91	47.5
Tipo de contrato																				
Duración determinada	4	9.5	3	37.5	2	50.0	8	21.6	6	28.6	10	26.3	2	15.4	5	25.0	6	31.6	46	27.3
Duración indefinida	28	66.7	0	0.0	1	25.0	19	51.4	7	33.3	15	39.5	10	16.9	13	65.0	11	57.9	104	46.2
Otros	10	23.8	5	62.5	1	25.0	10	27.0	8	38.1	13	34.2	1	7.7	2	10.0	2	10.5	52	26.5

6.1.3.2. Hospital

Con respecto a los datos de los trabajadores del Hospital Comarcal La Inmaculada, el 80.2% de los encuestados fueron mujeres, siendo el 19.8% restante, varones. La edad media fue de 44.9 años ($DE = 10.2$), siendo la mayoría también de entre los 41 y 55 años (46%). En cuanto al estado civil, el 67.6% están viviendo con pareja. El número medio de hijos fue de 1.2 ($DE = 1.0$). El 44.4% tienen estudios de grado, diplomatura o licenciatura y el 33.8% estudios medios de bachillerato.

Informan aportar en un 51.4%, la mitad de la contribución económica a la familia o son los únicos responsable (24.4%); además de en su mayoría, compartir las tareas y compras del hogar (49.3%), aunque también un 43.5% informa que es el/la único/a responsable.

La media de años trabajando de los trabajadores del hospital fue de 19 años ($DE = 9.9$). El 77.2% es personal sanitario, en su mayoría trabajan en turno de mañana (37.9%) o indistinto (47.4%), y tienen un tipo de contrato indefinido (47.6%).

En resumen, la muestra del hospital analizado puede describirse como mayoritariamente conformada por mujeres, con una edad media entre 41 y 55 años, viviendo en pareja y con estudios superiores. O bien son los únicos responsables o aportan al menos el 50% de los ingresos totales de su familia y, o son los únicos responsables o comparten las tareas y compras del hogar con otros miembros de su familia. En su mayoría trabajan en turno de mañana o indistinto, y tienen un contrato indefinido.

Tabla 16. Estadísticos Sociodemográficos del Hospital Comarcal La Inmaculada

	Biotecnología		Bloque Quirúrgico		Farmacia		Ginecol./Obstetric.		Cirugía Gral.		Med. Fís./Rehab	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo												
Hombre	1	11.1	27	22.5	1	16.7	8	13.3	5	16.7	4	17.4
Mujer	8	88.9	93	77.5	5	83.3	52	86.7	25	83.3	19	82.6
Edad												
	<i>M</i> = 39.6		<i>M</i> = 46.9		<i>M</i> = 43.2		<i>M</i> = 44.8		<i>M</i> = 49.9		<i>M</i> = 47.5	
	<i>DE</i> = 4.4		<i>DE</i> = 11.2		<i>DE</i> = 9.5		<i>DE</i> = 11.0		<i>DE</i> = 11.1		<i>DE</i> = 8.6	
Rango de Vida Laboral												
De 20-40 años	6	66.7	36	30.0	3	50.0	21	35.0	4	13.3	6	26.1
de 41-55 años	2	22.2	51	42.5	2	33.3	29	48.3	15	50.0	13	56.5
de 56-70 años	0	0.0	33	27.5	1	16.7	10	16.7	11	36.7	4	17.4
Estado Civil												
Soltero/a con padres	2	22.2	4	3.3	1	16.7	8	13.3	1	3.3	1	4.3
Viviendo con pareja	4	44.4	82	68.3	4	66.6	41	68.3	23	76.7	16	69.6
Divorciado/a o separado/a	2	22.2	8	6.7	1	16.7	4	6.7	1	3.3	2	8.7
Viudo/a	1	11.2	7	5.8	0	0.0	3	5.0	3	10.0	4	17.4
Otros	0	0.0	19	15.9	0	0.0	4	6.7	2	6.7	0	0.0
Número de hijos												
	<i>M</i> = 0.7		<i>M</i> = 1.3		<i>M</i> = 1.3		<i>M</i> = 1.3		<i>M</i> = 1.4		<i>M</i> = 1.7	
	<i>DE</i> = 0.9		<i>DE</i> = 1.0		<i>DE</i> = 1.0		<i>DE</i> = 1.2		<i>DE</i> = 0.6		<i>DE</i> = 0.9	
Contribución económica												
Único/a responsable	1	11.1	35	29.1	0	0.0	11	18.3	10	33.3	6	26.1
Principal responsable	5	55.6	8	6.7	1	16.7	14	23.3	3	10.0	2	8.7
Aporto la mitad	2	22.2	72	60.0	3	50.0	23	38.4	17	56.7	13	56.5
Aporto menos de mitad	1	11.1	5	4.2	2	33.3	12	20.0	0	0.0	2	8.7
Responsable tareas y compras												
Responsable principal	6	66.7	56	46.7	0	0.0	25	41.7	12	40.0	10	43.5
Comparto las tareas	2	22.2	57	47.5	3	50.0	28	46.6	16	53.3	10	43.5
Otra persona es responsa.	1	11.1	7	5.8	3	50.0	7	11.7	2	6.7	3	13.0

Tabla 16 (continuación). Estadísticos Sociodemográficos del Hospital Comarcal La Inmaculada

	Biotecnología		Bloque Quirúrgico		Farmacia		Ginecol./Obstetric.		Cirugía Gral.		Med. Fís./Rehab	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nivel de estudios												
Primaria	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	16.7	2	8.7
Bachillerato	0	0.0	12	10	0	0.0	6	10	6	20.0	7	30.5
Formación Profesional	7	77.8	34	28.3	4	66.7	12	20	0	0.0	0	0.0
Diplomatura	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	12	40.0	10	43.5
Licenciatura/Grado	2	22.2	45	37.5	0	0.0	30	50	2	6.7	3	13.0
Máster	0	0.0	14	11.7	2	33.3	7	11.7	0	0.0	0	0.0
Doctorado	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Otros	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	3.3	5	16.6	1	4.3
Categoría profesional												
Sanitario	9	100.0	111	92.5	4	66.7	59	98.3	28	93.4	21	91.4
No sanitario	0	0.0	9	7.5	2	33.3	1	1.7	2	6.6	2	8.6
Años Trabajando	<i>M</i> = 14.2 <i>DE</i> = 2.7		<i>M</i> = 21.4 <i>DE</i> = 11.3		<i>M</i> = 18.56 <i>DE</i> = 12.4		<i>M</i> = 19.6 <i>DE</i> = 10.4		<i>M</i> = 24.1 <i>DE</i> = 11.5		<i>M</i> = 21.8 <i>DE</i> = 7.7	
Turno de trabajo												
Mañana	5	55.6	40	33.3	2	33.3	9	15.0	7	23.3	12	52.2
Tarde									2	6.7	2	8.7
Mañana y tarde			19	15.9	2	33.3	4	6.7	3	10.0	5	21.7
Tarde y noche	1	11.1	1	0.8	1	16.7	5	8.3	2	6.7	0	0.0
Indistinto	3	33.3	60	50.0	1	16.7	42	70.0	16	53.3	4	17.4
Tipo de contrato												
Duración determinada	4	44.4	39	32.5	2	33.3	26	43.3	2	6.0	2	8.7
Duración indefinida	4	44.4	54	45.0	4	66.7	28	46.7	16	53.3	13	56.5
Otros	1	11.2	27	22.5	0	0.0	6	10.0	12	40.0	8	34.8

Tabla 16 (continuación). Estadísticos Sociodemográficos del Hospital Comarcal La Inmaculada

	Med. Int./Espec.		Pediatria		Salud Mental		Prev./Prom. /Vig.		U. No Asist.		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo												
Hombre	17	21.3	2	16.7	1	17.0	1	7.7	19	25.0	86	19.8
Mujer	63	78.7	10	83.3	5	83.0	12	92.3	57	75.0	349	80.2
Edad	<i>M</i> = 49.9 <i>DE</i> = 11.1		<i>M</i> = 44.8 <i>DE</i> = 10.7		<i>M</i> = 33.3 <i>DE</i> = 6.29		<i>M</i> = 46.1 <i>DE</i> = 6.4		<i>M</i> = 46.7 <i>DE</i> = 9.1		<i>M</i> = 44.9 <i>DE</i> = 10.2	
Rango de Vida Laboral												
De 20-40 años	48	60.0	6	50.0	5	83.0	2	15.4	21	27.6	158	36.3
de 41-55 años	30	37.5	4	33.3	1	17.0	10	76.9	43	56.6	200	46.0
de 56-70 años	2	2.5	2	16.7	0	0.0	1	7.7	12	15.8	76	17.5
Estado Civil												
Soltero/a con padres	6	7.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	6.6	28	6.4
Viviendo con pareja	52	65.0	9	75.0	3	50.0	8	61.5	52	68.4	294	67.6
Divor. o separado/a	9	11.3	1	8.3	0	0.0	3	23.1	3	3.9	34	7.8
Viudo/a	3	3.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	7.9	27	6.2
Otros	10	12.5	2	16.7	3	50.0	2	15.4	10	13.2	52	12.0
Número de hijos	<i>M</i> = 0.9 <i>DE</i> = 0.9		<i>M</i> = 0.8 <i>DE</i> = 0.8		<i>M</i> = 0.7 <i>DE</i> = 0.8		<i>M</i> = 0.9 <i>DE</i> = 0.9		<i>M</i> = 1.2 <i>DE</i> = 1.0		<i>M</i> = 1.2 <i>DE</i> = 1.0	
Contribución económica												
Único/a responsable	18	22.4	2	16.7	0	0.0	2	15.4	21	27.6	106	24.4
Principal responsable	17	21.3	4	33.3	0	0.0	0	0.0	6	7.9	60	13.8
Aporto la mitad	38	47.5	6	50.0	6	100.0	11	84.6	32	42.1	223	51.4
Aporto menos de mitad	7	8.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	16	21.1	45	10.4
Responsable tareas y compras												
Responsable principal	38	47.4	4	33.3	0	0.0	5	38.5	33	43.4	189	43.5
Comparto las tareas	39	48.8	8	66.7	6	100.0	8	61.5	37	48.7	214	49.3
Otra persona es respon.	3	3.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	6.6	31	7.1

Tabla 16 (continuación). Estadísticos Sociodemográficos del Hospital Comarcal La Inmaculada

	Med. Int./Espec.		Pediatria		Salud Mental		Prev./Prom./Vig.		U. No Asist.		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nivel de estudios												
Primaria	4	5.0	1	8.3	0	0.0	2	15.4	7	9.0	39	7.3
Bachillerato	23	28.7	5	41.7	0	0.0	3	23.0	29	29.9	130	33.8
Formación Profesional	4	5.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	1.8	8	0.7
Diplomatura	34	42.5	1	8.3	4	67.0	1	7.7	19	36.3	158	31.7
Licenciatura/Grado	8	10.0	3	25.0	0	0.0	2	15.4	11	12.0	52	12.7
Máster	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.5	2	0.1
Doctorado	2	2.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0.7
Otros	5	6.3	2	16.7	2	33.0	5	38.5	4	9.7	42	13.0
Categoría profesional												
Sanitario	78	97.5	11	91.7	6	100	6	46.1	3	4.1	336	77.2
No sanitario	2	2.6	1	8.3	0	0.0	7	53.9	73	96.1	99	22.8
Años Trabajando												
	<i>M</i> = 13.2 <i>DE</i> = 5.5		<i>M</i> = 13.8 <i>DE</i> = 8.8		<i>M</i> = 10.5 <i>DE</i> = 5.6		<i>M</i> = 17.2 <i>DE</i> = 4.3		<i>M</i> = 20.4 <i>DE</i> = 9.0		<i>M</i> = 19.0 <i>DE</i> = 9.9	
Turno de trabajo												
Mañana	20	25	10	83.4	6	100.0	10	76.9	44	57.9	165	37.9
Tarde	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.3	5	1.1
Mañana y tarde	5	6.3	1	8.3	0	0.0	1	7.7	4	5.3	44	10.10
Tarde y noche	4	5.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.3	15	3.4
Indistinto	51	63.7	1	8.3	0	0.0	2	15.4	26	34.2	206	47.4
Tipo de contrato												
Duración determinada	39	48.7	5	41.7	4	67.0	1	7.6	15	19.7	139	32.0
Duración indefinida	27	33.8	6	50.0	1	17.0	6	46.2	48	63.2	207	47.6
Otros	14	17.5	1	8.3	1	17.0	6	46.2	13	17.1	89	20.5

6.2. Procedimiento

Dada la normativa de los Comités de Bioética de Andalucía, no se requirió el visto bueno del Comité de Bioética Provincial del Servicio Andaluz de Salud en adelante SAS, ya que la investigación se realizó sobre personal que presta sus servicios en el Área de Gestión. Únicamente la realización de estudios y/o ensayos clínicos con pacientes debería contar con una autorización expresa. Nada dice de los estudios que se desarrollen, voluntariamente, por el personal del centro. Sin embargo, sí se hizo necesario el consentimiento informado de los participantes para la autorización de los datos.

Las encuestas se administraron entre el lunes 16 de mayo hasta el último día de junio, el jueves 30, del año 2016. Se evaluaron a los trabajadores tanto de atención primaria como del hospital comarcal. La batería de cuestionarios se entregó a los directores de las Unidades de Gestión Clínica, así como a los Coordinadores de Enfermería de cada una de las Unidades de Gestión Clínica, para que a su vez se las hiciera llegar a cada profesional.

Por las fechas en las que se realizó el pase de cuestionarios, se encontró la dificultad de la cercanía de la época estival de vacaciones, de modo que estaba prevista contratación masiva de profesionales para cubrir los que estuvieran de vacaciones u otros permisos reglamentarios. Por todo ello se hizo necesario actuar con rapidez y coordinación.

La semana del 9 al 13 de mayo se quedó personalmente con todos los responsables anteriormente citados, directores y coordinadores de enfermería de cada una de las Unidades de Gestión Clínica, para entregarles en un sobre cerrado un número suficiente de encuestas y los consentimientos informados para que las repartieran a todos los profesionales. También se les dio instrucciones sobre cómo debían los profesionales rellenar los cuestionarios y en caso de ser necesario se podrían realizar fotocopias. Asimismo se facilitó un teléfono de contacto y un correo electrónico corporativo de la Junta de Andalucía del doctorando a fin de que ante cualquier duda la respuesta fuese lo más rápida y directa posible.

A partir del viernes 1 de julio se procedió a la recogida de los cuestionarios cumplimentados, que estaban custodiados por los directores y/o coordinadores de enfermería en los centros de salud. Fue el doctorando el que personalmente entregó y recogió los cuestionarios en todas la Unidades de Gestión Clínica que participaron.

6.3. Variables e Instrumentos

6.3.1. Datos sociodemográficos y laborales

Los datos sociodemográficos incluidos en la batería de cuestionarios fueron: sexo, edad, estado civil, número de hijos, y nivel de estudios. También se incluyeron dos variables socio domésticas como la contribución económica al núcleo familiar y el nivel de responsabilidad en las tareas y compras,

Con respecto a los datos laborales, se incluyeron preguntas sobre la categoría profesional, los años que llevan trabajando, el turno de trabajo y el tipo de contrato.

6.3.2. Factores de Riesgo Psicosocial

Para medir los Factores de Riesgo Psicosocial se utilizó la versión adaptada de la Encuesta del Método de Evaluación de los Factores Psicosociales del INSHT (Martín & Pérez-Bilbao, 1997) de Solanes, Tirado y Martín del Río (2004). Este instrumento incluye 70 ítems que se agrupan en 18 dimensiones, con una escala de respuesta tipo Likert de 5 alternativas (1 casi nunca - 5 siempre).

La puntuación total en cada factor se calcula a partir de la media de la puntuación de los ítems de cada una de las dimensiones. Se interpretan según el grado de riesgo psicosocial que conllevan, de modo que, a una mayor puntuación en el factor, se estimará un mayor riesgo psicosocial. La escala total presenta una consistencia interna en valor de Alpha de Crombach de .81 y la de sus dimensiones oscila entre .86 y .49.

Los 18 factores de riesgo evaluados son los siguientes:

- (1) Capacidad para tomar decisiones en el trabajo: Mediante los ítems incluidos en este factor se evalúa la capacidad de las personas para tomar decisiones en su trabajo relacionadas con su planificación, con la resolución de incidencias, la distribución de tareas, y la calidad y cantidad de trabajo a realizar. Se podría definir como la aptitud del trabajador para controlar sus actividades y la utilización de sus capacidades. Puntuación: A mayor puntuación, menor capacidad para tomar decisiones dentro de su trabajo.
- (2) Ambigüedad de Rol: se pregunta al trabajador sobre (a) la claridad de sus funciones y tareas tanto de forma cuantitativa como cualitativa; (b) la claridad del producto que se debe obtener o del servicio a prestar; (c) del tiempo asignado para ello; y (c) de la responsabilidad que el trabajador tiene sobre su propio trabajo. Puntuación: A mayor puntuación, mayor ambigüedad de rol.
- (3) Relaciones Interpersonales: con este factor se mide la calidad de las relaciones personales de los trabajadores con distintos colectivos con los que puede tener contacto (compañeros de trabajo, subordinados y clientes), así como la valoración de las relaciones que se dan generalmente en el grupo de trabajo. Puntuación: A mayor puntuación, mayor riesgo, por lo que el sujeto mantiene unas peores relaciones con las personas de su entorno laboral.
- (4) Supervisión: Factor éste relacionado con la valoración por parte del trabajador sobre el control que la jefatura ejerce sobre el método de realización del trabajo, la planificación, ritmo y horarios y el control ejercido sobre los resultados parciales y finales del trabajo. Puntuación: A mayor puntuación, el sujeto percibe mayor control de la jefatura sobre su trabajo.
- (5) Habilidades motoras y cognitivas básicas para el trabajo: Mide las diferentes habilidades motoras y cognitivas que el sujeto percibe que son las requeridas por su puesto de trabajo, como atención, memoria, destreza manual, capacidad de concentración y precisión. Puntuación: A mayor puntuación el sujeto percibe que su trabajo requiere unas habilidades motoras y cognitivas mayores para desempeñarlo.

- (6) Canales de participación: El factor de canales de participación se evalúa a partir de la valoración del trabajador sobre el grado de su participación efectiva así como por la valoración de distintos medios de participación: Buzón de sugerencias, círculos de calidad, comité de empresa/delegado y asambleas y reuniones de trabajo. Puntuación: A mayor puntuación el sujeto percibe que puede participar menos de las decisiones de la empresa y aportar menos sugerencias.
- (7) Autonomía temporal: mide la posibilidad del trabajador de marcarse su propio ritmo de trabajo y las pausas durante el transcurso del mismo. Puntuación: A mayor puntuación, el sujeto percibe que tiene una menor autonomía en su trabajo.
- (8) Importancia del trabajo: este factor evalúa la percepción del sujeto acerca de la importancia que tiene su trabajo para el conjunto de la empresa, sus superiores, sus compañeros de trabajo, el público o los clientes, para su familia y amistades y para él mismo. Puntuación: A mayor puntuación, el sujeto percibe que el trabajo que realiza es menos importante.
- (9) Poca variedad y repetitividad: evalúa el grado en que el trabajador percibe que la tarea que realiza es monótona, rutinaria o repetitiva. Puntuación: A mayor puntuación, el sujeto percibe que su trabajo es más repetitivo y monótono.
- (10) Dificultad de la tarea: mide el grado de dificultad que el sujeto percibe sobre la tarea que realiza, relacionada con la cantidad de información que el maneja, o el grado de dificultad de la información. Puntuación: A mayor puntuación el sujeto percibe que su trabajo posee una dificultad mayor.
- (11) Habilidades sociales de gestión para el trabajo: se evalúan las diferentes habilidades sociales que el sujeto percibe que son requeridas para la gestión de puesto de trabajo, como: capacidad de organización y planificación del trabajo, grado de iniciativa propia del trabajador, transmisión de información y capacidad de trabajo en equipo. Puntuación: A mayor puntuación, el sujeto percibe que su trabajo requiere de mayores habilidades sociales para gestionarlo.

- (12) Nivel de fatiga en el trabajo: este factor evalúa sobre todo aspectos relativos a la fatiga mental, de esta forma, quedan reflejados aspectos como el nivel de atención sostenida, la rapidez de ejecución de la tarea y una medida de fatiga en general. Puntuación: A mayor puntuación, el sujeto percibe que la realización de su trabajo produce un nivel de fatiga mayor.
- (13) Capacidad de adaptación a nuevas situaciones derivadas del entorno laboral: los ítems de esta dimensión se centran en dos aspectos a medir: la capacidad de adaptarse a nuevas situaciones que el trabajo requiere y la oportunidad que ofrece ese trabajo de aprender nuevas cosas y métodos nuevos. Puntuación: A mayor puntuación, el sujeto percibe que la realización de su trabajo produce una menor capacidad de adaptación.
- (14) Información de la organización: evalúa el nivel de información que el sujeto recibe de la organización, tanto de forma escrita y común en tabloneros de anuncios, de forma individual dirigida a cada trabajador y de forma oral mediante reuniones y asambleas. Puntuación: A mayor puntuación, el sujeto percibe que tiene menos acceso a los medios de información de la empresa.
- (15) Relaciones y canales de información existentes con los jefes: este factor evalúa tanto la existencia o no, como la calidad de las relaciones mantenidas con los superiores, así como la información que está disponible para el trabajador desde la dirección. Puntuación: A mayor puntuación, el sujeto percibe que se relaciona menos con sus superiores.
- (16) Carga mental: en este caso se ha medido la variable carga mental a través de los retrasos que se producen en la actividad laboral y la forma de recuperarlos. Puntuación: A mayor puntuación, el sujeto padece un nivel de carga mental más elevado en su trabajo relacionado con los retrasos y la recuperación de éstos aumentando el ritmo de trabajo.
- (17) Motivación intrínseca en el trabajo: se ha medido a través del interés que produce al trabajador la posibilidad de promoción profesional y del desafío que supone para él la realización de su trabajo. Puntuación: A mayor puntuación, el sujeto se siente menos motivado de forma intrínseca en su trabajo.

- (18) Motivación extrínseca: se ha evaluado a partir de la importancia a nivel motivacional que tiene para el sujeto la retribución que percibe de la organización. Puntuación: A mayor puntuación, el sujeto se siente más motivado de forma extrínseca en su trabajo.

6.3.3. Salud

Para la medición de la salud mental de los trabajadores, se ha utilizado el cuestionario General Health Questionnaire 12 (GHQ-12) de Goldberg y Hiller (1979), en su versión al castellano de Muñoz, Vázquez-Barquero, Rodríguez, Pastrana y Varo (1979).

Este cuestionario mide bienestar psicológico general autopercebido, como índice de la salud mental en el trabajo (Cifre & Salanova, 2000). Está destinado a medir trastornos psiquiátricos no psicóticos en curso y diagnosticables. Fue diseñado para identificar dos clases principales de problemas: la incapacidad para seguir llevando a cabo las funciones normales “saludables” y la aparición de nuevos fenómenos del tipo del malestar psíquico (McDowell & Newell, 1987). Así, no se centra tanto en aspectos de personalidad sino en las situaciones de naturaleza estresante que rompen con el funcionamiento normal de la persona. El GHQ detecta trastornos de menos de dos semanas de duración, es decir, se trata de una medida de estado (no de rasgo), que refleja hasta qué punto un individuo cree que su estado actual es distinto del habitual.

Cada ítem consiste en una pregunta que indaga si el individuo ha experimentado recientemente un síntoma o ítem de conducta particular. Consta de 12 ítems, con una escala de respuesta tipo Likert de cuatro alternativas (0 a 4). El modo en el que se distribuyan sus puntuaciones indicará mayor (con puntuaciones más altas) o menor probabilidad de padecer un trastorno psicológico, y por tanto una mayor o menor salud mental y bienestar psicológico (Cifre & Salanova, 2000), en función del valor promedio obtenido. De este modo, a mayores puntuaciones obtenidas por los sujetos, mayor malestar psicológico autopercebido.

6.3.4. Autoeficacia

Para la medición de la autoeficacia se utilizó la Escala de Autoeficacia General de Bäßler y Schwarzer (1996). Esta herramienta consta de 10 ítems, con una escala de respuesta de tipo Likert de 4 alternativas (1 incorrecto – 4 cierto). La puntuación total se establece según el promedio de la puntuación de los 12 ítems.

Generalmente, cuando se habla de autoeficacia, se hace en un sentido concreto, es decir, se hace en referencia a la eficacia percibida en una situación específica. Sin embargo, algunos autores consideran la autoeficacia en un sentido amplio, entendiendo esta autoeficacia general como un constructo global que hace referencia a la creencia estable que tiene un individuo sobre su capacidad para manejar adecuadamente una amplia gama de estresores de la vida cotidiana. La Escala de Autoeficacia General evalúa el sentimiento estable de competencia personal para manejar de forma eficaz una gran variedad de situaciones estresantes.

6.4. Análisis de datos

Para el análisis estadístico de los datos resultado de los cuestionarios administrados a los trabajadores y trabajadoras de los centros de atención primaria y hospital estudiados, se utilizó el programa estadístico SPSS v. 24 (IBM, 2016).

Este estudio consiste en un diseño transversal de grupos independientes (atención primaria y hospital), en que las variables a investigar fueron de tipo sociodemográfico, doméstico y laboral (sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, contribución económica al hogar, responsabilidad en las tareas y compras, turnos de trabajo y tipo de contrato de trabajo), salud mental, autoeficacia y factores de riesgo psicosocial (18 factores).

Para estudiar las posibles diferencias entre los tipos de atención sanitaria y tipo de personal (sanitario / no sanitario), en primer lugar, se realizó un estudio sobre la normalidad de su distribución, mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Sus resultados determinaron la necesidad de llevar a cabo análisis no paramétricos para

el estudio de las comparaciones entre grupos. A continuación, para analizar si existían diferencias significativas en función de las variables independientes estudiadas, se realizó la prueba de Kruskal-Wallis. Por último, para establecer tanto la dirección de las variables, como entre qué niveles de la variable independientes se estaban dando las diferencias, se realizó la prueba de Mann-Whitney.

Por último, se puso a prueba la hipótesis relacionada con la existencia de factores de riesgos psicosocial que inciden sobre la salud mental y autoeficacia del personal tanto sanitario como no sanitario de atención primaria y hospital. Como los datos no estaban normalmente distribuidos, se calcularon las correlaciones no paramétricas según el método de Spearman. Con respecto a los análisis de regresión, se realizaron análisis de regresión lineal mediante el método stepwise (por pasos sucesivos) en el que las variables independientes entran o salen del modelo dependiendo de su significación.



Capítulo 7. RESULTADOS

7.1. Estadísticos descriptivos

En las Tablas 17 y 18 se muestran los estadísticos descriptivos de los factores de riesgo psicosocial, salud mental y autoeficacia para los trabajadores de Atención Primaria y del Hospital, en función de su categoría laboral como personal sanitario o personal no sanitario.

Tabla 17. Estadísticos descriptivos de las variables de estudio de los trabajadores de Atención primaria en el Distrito Sanitario Levante – Alto Almanzora

		N	M	DE	Min.	Max.
Salud mental	Sanitario	138	1.85	0.31	1.00	2.75
	No sanitario	52	1.87	0.33	1.00	2.42
Autoeficacia	Sanitario	138	3.36	0.42	2.30	1.00
	No sanitario	52	3.27	0.38	2.70	4.00
Capacidad toma decisiones	Sanitario	138	2.64	1.05	1.00	5.00
	No sanitario	52	2.50	1.10	1.00	5.00
Ambigüedad de rol	Sanitario	138	2.64	1.05	1.00	5.00
	No sanitario	52	2.81	0.88	1.00	4.71
Relaciones interpersonales	Sanitario	138	1.67	0.74	1.00	4.20
	No sanitario	52	1.49	0.55	1.00	3.00
Supervisión	Sanitario	138	2.94	0.90	1.00	5.00
	No sanitario	52	2.89	1.09	1.00	5.00
Habilidades motoras y cognitivas	Sanitario	138	4.41	0.59	2.00	5.00
	No sanitario	52	4.11	0.82	2.20	5.00
Canales de participación	Sanitario	138	3.21	1.25	1.00	5.00
	No sanitario	52	2.15	1.12	1.00	5.00
Autonomía temporal	Sanitario	138	3.40	0.87	1.00	5.00
	No sanitario	52	3.38	0.96	1.40	5.00
Importancia del trabajo	Sanitario	138	2.44	0.53	1.50	3.83
	No sanitario	52	2.38	0.63	1.50	3.67
Poca variedad y repetitividad	Sanitario	138	3.13	0.97	1.00	5.00
	No sanitario	52	2.98	1.09	1.00	5.00
Dificultad de la tarea	Sanitario	138	2.98	0.89	1.00	5.00
	No sanitario	52	2.59	1.01	1.00	5.00
Habilidades sociales de gestión	Sanitario	138	4.02	0.78	2.00	5.00
	No sanitario	52	3.79	0.81	2.25	5.00
Fatiga en el trabajo	Sanitario	138	3.49	0.85	2.00	5.00
	No sanitario	52	3.44	0.98	1.67	5.00
Cap. adapta. nuevas situaciones	Sanitario	138	4.11	1.07	1.00	5.00
	No sanitario	52	3.78	1.08	2.00	5.00
Información de la organización	Sanitario	138	2.58	1.23	1.00	5.00
	No sanitario	52	2.72	1.22	1.00	5.00
Relaciones y canales info. con jefes	Sanitario	138	2.21	0.81	1.00	4.33
	No sanitario	52	2.24	0.71	1.00	4.00

Tabla 17 (continuación). Estadísticos descriptivos de las variables de estudio de los trabajadores de Atención primaria en el Distrito Sanitario Levante – Alto Almanzora

		N	M	DE	Min.	Max.
Carga mental	Sanitario	138	3.52	0.88	1.00	5.00
	No sanitario	52	3.65	0.95	1.00	5.00
Motivación intrínseca	Sanitario	138	2.80	1.01	1.00	5.00
	No sanitario	52	2.76	1.02	1.00	4.50
Motivación extrínseca	Sanitario	138	2.27	1.19	1.00	5.00
	No sanitario	52	2.54	1.43	1.00	5.00

Tabla 18. Estadísticos descriptivos de las variables de estudio de los trabajadores del Hospital Comarcal La Inmaculada

		N	M	DE	Min.	Max.
Salud mental	Sanitario	343	1.86	0.30	1.0	3.17
	No sanitario	102	1.84	0.33	1.00	3.08
Autoeficacia	Sanitario	343	3.27	0.41	2.10	4.00
	No sanitario	102	3.39	0.38	2.70	4.00
Capacidad toma decisiones	Sanitario	344	2.61	1.02	1.00	5.00
	No sanitario	102	2.39	1.08	1.00	5.00
Ambigüedad de rol	Sanitario	344	2.56	0.90	1.00	5.00
	No sanitario	102	2.36	1.06	1.00	5.00
Relaciones interpersonales	Sanitario	344	1.55	0.62	1.00	3.60
	No sanitario	102	1.52	0.69	1.00	3.60
Supervisión	Sanitario	343	2.71	0.97	1.00	5.00
	No sanitario	102	2.79	1.14	1.00	5.00
Habilidades motoras y cognitivas	Sanitario	344	4.35	0.64	2.20	5.00
	No sanitario	102	4.18	0.78	2.20	5.00
Canales de participación	Sanitario	343	3.06	1.14	1.00	5.00
	No sanitario	102	3.28	1.36	1.00	5.00
Autonomía temporal	Sanitario	344	3.42	0.91	1.00	5.00
	No sanitario	102	3.33	1.16	1.00	5.00
Importancia del trabajo	Sanitario	344	2.44	0.55	1.50	3.83
	No sanitario	102	2.34	0.59	1.50	3.83
Poca variedad y repetitividad	Sanitario	344	2.89	0.95	1.00	5.00
	No sanitario	102	3.20	1.03	1.00	5.00
Dificultad de la tarea	Sanitario	344	2.81	0.94	1.00	5.00
	No sanitario	102	2.84	0.98	1.00	5.00
Habilidades sociales de gestión	Sanitario	344	4.13	0.75	2.25	5.00
	No sanitario	102	3.94	0.81	2.00	5.00
Fatiga en el trabajo	Sanitario	344	3.37	0.85	1.33	5.00
	No sanitario	102	3.42	1.00	1.33	5.00
Cap. adapta. nuevas situaciones	Sanitario	344	4.11	0.97	1.50	5.00
	No sanitario	102	3.96	1.01	1.00	5.00
Información de la organización	Sanitario	344	2.96	1.05	1.00	5.00
	No sanitario	102	2.53	1.29	1.00	5.00

Tabla 18 (continuación). Estadísticos descriptivos de las variables de estudio de los trabajadores del Hospital Comarcal La Inmaculada

		N	M	DE	Min.	Max.
Relaciones y canales info. con jefes	Sanitario	344	2.07	0.73	1.00	4.67
	No sanitario	102	2.17	0.86	1.00	4.33
Carga mental	Sanitario	344	3.54	1.01	1.00	5.00
	No sanitario	102	3.46	1.12	1.00	5.00
Motivación intrínseca	Sanitario	344	2.76	0.99	1.00	5.00
	No sanitario	102	2.87	1.04	1.00	5.00
Motivación extrínseca	Sanitario	344	2.11	1.17	1.00	5.00
	No sanitario	102	2.50	1.46	1.00	5.00

7.2. Estudio de la normalidad

El estudio de la normalidad se realizó para la distribución de las variables continuas cuantitativas (salud mental, autoeficacia y factores de riesgo psicosocial), con el objetivo de comprobar si presentan una distribución normal con respecto a la población a la que pertenece la muestra.

Como el tamaño de la muestra es mayor a 30 casos en todas las variables, se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S) (Rivas-Ruiz, Moreno-Palacios & Talavera, 2013). Las hipótesis planteadas fueron: (a) Ho: El factor tiene distribución Normal; (b) H1: La distribución de la puntuación del factor es distinta a la distribución Normal.

Tabla 19. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para las variables del estudio en Atención Primaria en el Distrito Sanitario Levante – Alto Almanzora

		M	DE	K-S	p
Salud mental	Sanitario	1.85	0.31	.16	.000
	No sanitario	1.87	0.33	.16	.002
Autoeficacia	Sanitario	3.36	0.42	.03	.000
	No sanitario	3.27	0.38	.21	.000
Capacidad toma decisiones	Sanitario	2.64	1.05	.10	.001
	No sanitario	2.50	1.10	.12	.059
Ambigüedad de rol	Sanitario	2.64	1.05	.09	.003
	No sanitario	2.81	0.88	.16	.003
Relaciones interpersonales	Sanitario	1.67	0.74	.21	.000
	No sanitario	1.49	0.55	.26	.000
Supervisión	Sanitario	2.94	0.90	.15	.000
	No sanitario	2.89	1.09	.17	.000

Tabla 19 (continuación). Prueba de Kolmogorov-Smirnov para las variables del estudio en Atención Primaria en el Distrito Sanitario Levante – Alto Almanzora

		<i>M</i>	<i>DE</i>	K-S	<i>p</i>
Habilidades motoras y cognitivas	Sanitario	4.41	0.59	.19	.000
	No sanitario	4.11	0.82	.15	.008
Canales de participación	Sanitario	3.21	1.25	.14	.000
	No sanitario	2.15	1.12	.12	.079
Autonomía temporal	Sanitario	3.40	0.87	.13	.000
	No sanitario	3.38	0.96	.15	.008
Importancia del trabajo	Sanitario	2.44	0.53	.09	.003
	No sanitario	2.38	0.63	.16	.003
Poca variedad y repetitividad	Sanitario	3.13	0.97	.11	.000
	No sanitario	2.98	1.09	.17	.001
Dificultad de la tarea	Sanitario	2.98	0.89	.10	.001
	No sanitario	2.59	1.01	.15	.008
Habilidades sociales de gestión	Sanitario	4.02	0.78	.17	.000
	No sanitario	3.79	0.81	.10	.200
Fatiga en el trabajo	Sanitario	3.49	0.85	.15	.000
	No sanitario	3.44	0.98	.13	.034
Cap. adapta. nuevas situaciones	Sanitario	4.11	1.07	.29	.000
	No sanitario	3.78	1.08	.22	.000
Información de la organización	Sanitario	2.58	1.23	.16	.000
	No sanitario	2.72	1.22	.16	.001
Relaciones y canales info. con jefes	Sanitario	2.21	0.81	.15	.000
	No sanitario	2.24	0.71	.18	.000
Carga mental	Sanitario	3.52	0.88	.17	.000
	No sanitario	3.65	1.00	.20	.000
Motivación intrínseca	Sanitario	2.80	1.01	.13	.000
	No sanitario	2.76	1.02	.17	.001
Motivación extrínseca	Sanitario	2.27	1.19	.25	.000
	No sanitario	2.54	1.43	.19	.000

Al observar la Tabla 19 se comprueba que en la muestra de Atención Primaria, todas las variables menos tres (capacidad de toma de decisiones, canales de participación y habilidades sociales de gestión), para el personal no sanitario, obtienen puntuaciones significativas. Esto hace se tenga que rechazar la hipótesis nula de normalidad, por lo que en esta muestra los datos no tienen una distribución normal.

Tabla 20. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para las variables del estudio en el Hospital Comarcal La Inmaculada

		<i>M</i>	<i>DE</i>	K-S	<i>p</i>
Salud mental	Sanitario	1.86	0.30	.16	.000
	No sanitario	1.84	0.33	.315	.000
Autoeficacia	Sanitario	3.27	0.41	.13	.000
	No sanitario	3.39	0.38	.13	.000
Capacidad toma decisiones	Sanitario	2.61	1.02	.09	.000
	No sanitario	2.39	1.08	.14	.000
Ambigüedad de rol	Sanitario	2.56	0.90	.14	.000
	No sanitario	2.36	1.06	.12	.001
Relaciones interpersonales	Sanitario	1.55	0.62	.25	.000
	No sanitario	1.52	0.69	.29	.000
Supervisión	Sanitario	2.71	0.97	.13	.000
	No sanitario	2.79	1.14	.12	.001
Habilidades motoras y cognitivas	Sanitario	4.35	0.64	.16	.000
	No sanitario	4.18	0.78	.16	.000
Canales de participación	Sanitario	3.06	1.14	.12	.000
	No sanitario	3.28	1.36	.13	.000
Autonomía temporal	Sanitario	3.42	0.91	.14	.000
	No sanitario	3.33	1.16	.14	.000
Importancia del trabajo	Sanitario	2.44	0.55	.09	.000
	No sanitario	2.34	0.59	.11	.000
Poca variedad y repetitividad	Sanitario	2.89	0.95	.13	.000
	No sanitario	3.20	1.03	.15	.000
Dificultad de la tarea	Sanitario	2.81	0.94	.16	.000
	No sanitario	2.84	0.98	.12	.001
Habilidades sociales de gestión	Sanitario	4.13	0.75	.17	.000
	No sanitario	3.94	0.81	.12	.002
Fatiga en el trabajo	Sanitario	3.37	0.85	.11	.000
	No sanitario	3.42	1.00	.12	.001
Cap. adapta. nuevas situaciones	Sanitario	4.11	0.97	.25	.000
	No sanitario	3.96	1.01	.22	.000
Información de la organización	Sanitario	2.96	1.05	.13	.000
	No sanitario	2.53	1.29	.20	.000
Relaciones y canales info. con jefes	Sanitario	2.07	0.73	.17	.000
	No sanitario	2.17	0.86	.13	.000
Carga mental	Sanitario	3.54	1.01	.14	.000
	No sanitario	3.46	1.12	.13	.000
Motivación intrínseca	Sanitario	2.76	0.99	.13	.000
	No sanitario	2.87	1.04	.13	.000
Motivación extrínseca	Sanitario	2.11	1.17	.24	.000
	No sanitario	2.50	1.46	.22	.000

En el caso de la muestra de trabajadores del Hospital, los resultados también muestran como en todas las variables se obtienen puntuaciones significativas. Por tanto, también en esta muestra los datos no tienen una distribución normal.

7.3. Estudio de diferencias en las variables de factores de salud mental, autoeficacia y riesgo psicosocial en función del tipo de atención sanitaria (atención primaria / hospital)

Con objeto de poner a prueba las diferencias en las variables analizadas, y dado que no se cumplieron los criterios de distribución normal de la muestra, se utilizó la prueba H de Kruskal-Wallis para comprobar si los valores medidos en los trabajadores tanto en atención primaria como en el hospital, son similares en función del sexo, la edad, el estado civil, el nivel de estudios, la contribución económica a la familia, la responsabilidad de tareas y compras, el turno de trabajo y el tipo de contrato.

7.3.1. Atención Primaria

Los resultados obtenidos se pueden comprobar en la Tabla 21 para el personal sanitario, y en la Tabla 22 para el personal no sanitario.

Así, con respecto al factor de Salud mental, se obtienen diferencias significativas en el personal sanitario, únicamente en función del nivel de responsabilidad en las tareas y compras de la familia [$H(2) = 8.29, p = .016$]. Sin embargo, para el personal no sanitario, las diferencias se dan en función del nivel de estudios [$H(2) = 11.12, p = .004$] y de los turnos de trabajo [$H(1) = 4.57, p = .033$].

En cuanto a la autoeficacia de los trabajadores, se muestran diferencias significativas en el personal sanitario en función del sexo [$H(1) = 8.25, p = .004$], el nivel de estudios [$H(3) = 12.32, p = .006$] y los turnos de trabajo [$H(1) = 6.47, p = .011$]. En el personal no sanitario, las diferencias se muestran también en función del sexo [$H(1) = 9.58, p = .002$] y los turnos de trabajo [$H(1) = 6.03, p = .014$].

En cuanto a los 18 factores de riesgo psicosocial laboral, también se mostraron las diferencias significativas que se incluyen a continuación.

1. En la variable capacidad de toma de decisiones, se muestran diferencias significativas en el personal sanitario en función del sexo [$H(1) = 7.50, p = .006$] y la edad [$H(2) = 9.34, p = .009$]. Para el personal no sanitario, las diferencias se encontraron en función también del sexo [$H(1) = 6.00, p = .014$] y de los turnos de trabajo [$H(1) = 5.81, p = .016$].

2. Los trabajadores sanitarios de la muestra, presentaron diferencias significativas en ambigüedad de rol únicamente en función de la variable sociodoméstica de contribución económica a la familia [$H(3) = 8.80, p = .032$]. Mientras que los trabajadores no sanitarios, mostraron diferencias en función del sexo [$H(1) = 6.74, p = .009$] y del nivel de estudio [$H(2) = 26.21, p = .045$].
3. En el factor de relaciones interpersonales, se presentan diferencias significativas en el personal sanitario en función del nivel de responsabilidad en las tareas y compras de la familia [$H(2) = 7.25, p = .027$]. Para el personal no sanitario de atención primaria, las diferencias se establecieron únicamente en función del sexo [$H(1) = 6.87, p = .009$].
4. El personal sanitario de la muestra, mostró diferencias significativas en la variable de supervisión en función del sexo [$H(1) = 7.87, p = .005$] y de la edad [$H(2) = 8.88, p = .012$]. Para el personal no sanitario, las diferencias sólo se dieron en función de la variable sexo [$H(1) = 7.18, p = .007$].
5. Con respecto a las habilidades motoras y cognitivas requeridas, no se muestran diferencias en función de las variables de estudio en el personal sanitario. En cuanto al personal no sanitario, las diferencias se dieron en función del sexo [$H(1) = 4.30, p = .038$] y del nivel de responsabilidad en las tareas y compras del hogar [$H(2) = 6.11, p = .047$].
6. En cuanto a la variable de canales de participación, en el personal sanitario las diferencias se mostraron según la edad [$H(2) = 10.58, p = .005$] y el tipo de contrato [$H(2) = 9.38, p = .009$]. En el personal no sanitario, las diferencias únicamente se dieron en función del sexo [$H(1) = 9.12, p = .003$].
7. El factor de autonomía temporal, también mostró diferencias para el personal sanitario en función del turno de trabajo [$H(1) = 8.53, p = .003$], mientras que para el personal no sanitario, las diferencias se dieron con respecto al sexo [$H(1) = 5.07, p = .024$], el grado de responsabilidad en las tareas y compras del hogar [$H(2) = 7.67, p = .022$] y los turnos de trabajo [$H(1) = 4.74, p = .030$].
8. Con respecto a la importancia del trabajo, en el personal sanitario se mostraron diferencias en función del sexo [$H(1) = 6.50, p = .011$], la contribución económica al hogar [$H(3) = 18.03, p = .000$], así como con el nivel de responsabilidad con las tareas y compras [$H(2) = 6.79, p = .033$] y verano [$H(2) = 9.10, p = .011$]. En

cuanto al personal no sanitario, las diferencias se mostraron en función del nivel de estudios [$H(2) = 14.26, p = .002001$] y de los turnos de trabajo [$H(1) = 4.09, p = .043$].

9. El factor de riesgo poca variedad y repetitividad, mostró diferencias significativas en el personal sanitario únicamente en función del estado civil [$H(1) = 6.73, p = .009$]; mientras que para el personal no sanitario no se mostró ninguna diferencia significativa.
10. Con respecto a la dificultad de la tarea, se mostraron diferencias en el personal sanitario en función de la edad [$H(2) = 6.84, p = .033$] y los turnos de trabajo [$H(1) = 4.24, p = .040$]. Para el personal no sanitario, no se mostraron diferencias significativas en ninguna de las variables estudiadas.
11. Con respecto a las habilidades sociales de gestión, no se mostraron diferencias en función de ninguna de las variables de estudio. Para el personal no sanitario únicamente se mostraron en función del turno de trabajo [$H(1) = 5.37, p = .021$] y del tipo de contrato laboral [$H(2) = 9.32, p = .009$].
12. Por su parte, la fatiga en el trabajo mostró diferencias significativas en el personal sanitario en cuanto al sexo [$H(1) = 7.14, p = .008$] y la edad [$H(2) = 9.07, p = .011$]. En el personal no sanitario, las diferencias se dieron en función del sexo [$H(1) = 7.07, p = .008$] y el turno de trabajo [$H(1) = 13.75, p = .000$].
13. Con respecto al factor de capacidad de adaptación a las nuevas situaciones derivadas del entorno laboral, no se mostraron diferencias significativas en el personal sanitario en función de las variables estudiadas. En el personal no sanitario se mostraron diferencias significativas en función del sexo [$H(1) = 7.38, p = .007$] y los turnos de trabajo [$H(1) = 6.78, p = .009$].
14. El factor de información de la organización, por su parte, mostró diferencias significativas en el personal sanitario en función del nivel de responsabilidad en las tareas y compras de la familia [$H(2) = 6.82, p = .033$]. En el personal no sanitario, las diferencias se dieron en función del sexo [$H(1) = 7.24, p = .007$] y de los turnos de trabajo [$H(1) = 3.97, p = .046$].
15. En cuanto al factor de relaciones y canales de información con los jefes, los análisis realizados para la muestra de personal sanitario, mostraron diferencias significativas en función de la edad [$H(2) = 7.03, p = .030$] y del nivel de

- responsabilidad en las tareas y compras [$H(2) = 7.16, p = .028$]. En el personal no sanitario, las diferencias se mostraron únicamente en función de la edad [$H(2) = 6.88, p = .032$].
16. Por su parte, el factor de carga mental mostró diferencias significativas en el personal sanitario en función del nivel de estudios [$H(3) = 8.67, p = .034$]. Para el personal no sanitario, las diferencias se mostraron en función del sexo [$H(1) = 11.09, p = .001$] y del tipo de contrato [$H(2) = 8.75, p = .013$].
 17. Los trabajadores sanitarios de la muestra, presentan diferencias en motivación intrínseca en función del sexo [$H(1) = 7.62, p = .006$], la edad [$H(2) = 10.94, p = .004$], el nivel de estudios [$H(3) = 7.92, p = .048$] y el grado de contribución económica a la familia [$H(3) = 12.63, p = .006$]. En cuanto al personal no sanitario, mostró diferencias únicamente en función de los turnos de trabajo [$H(1) = 5.18, p = .023$].
 18. Por último, trabajadores sanitarios estudiados en atención primaria mostraron diferencias en su motivación extrínseca en función del sexo [$H(1) = 7.49, p = .006$], el nivel de estudios [$H(3) = 10.14, p = .017$], el grado de responsabilidad en las tareas y compras del hogar [$H(3) = 8.32, p = .016$] así como con respecto a los turnos de trabajo [$H(1) = 4.29, p = .038$]. Con respecto al personal no sanitario, se mostraron diferencias significativas en función de los turnos de trabajo [$H(1) = 6.83, p = .009$] y del tipo de contrato [$H(2) = 6.49, p = .039$].

Tabla 21. Valores de contraste de Kruskal Wallis entre los factores de estudio y las variables sociodemográficas, sociodomésticas y laborales en Atención Primaria en el Distrito Sanitario Levante – Alto Almanzora, para el personal sanitario.

Variables	Sexo GI = 1		Edad GI = 2		Estado civil GI = 1		Nivel estudios GI = 3		Contribución económica GI = 3		Responsable tareas/compra GI = 2		Turno trabajo GI = 1		Tipo contrato GI = 2	
	H	p	H	p	H	p	H	p	H	p	H	p	H	p	H	p
Salud mental	3.10	.065	1.28	.527	0.94	.332	6.68	.083	3.14	.371	8.29	.016	1.57	.211	2.60	.272
Autoeficacia	8.25	.004	2.39	.302	0.00	.952	12.32	.006	3.15	.369	0.25	.884	6.47	.011	2.01	.366
F. Riesgo Psicosocial																
DECISIÓN	7.50	.006	9.34	.009	0.00	.997	4.11	.250	6.00	.111	2.47	.290	0.27	.598	4.84	.089
AMBIGUED	3.26	.071	3.08	.215	0.12	.731	4.01	.260	8.80	.032	1.88	.391	3.32	.068	0.19	.911
RELACIÓN	3.61	.058	1.54	.463	0.42	.519	1.61	.658	7.15	.067	7.25	.027	0.01	.946	0.17	.921
SUPERVIS	7.87	.005	8.88	.012	1.71	.192	6.37	.095	0.18	.981	2.41	.300	0.00	.996	4.48	.107
HABMYC	2.64	.104	0.51	.774	0.76	.384	2.19	.532	2.17	.538	1.15	.562	2.07	.150	3.36	.186
PARTICIP	0.53	.166	10.58	.005	0.05	.816	7.77	.051	1.62	.654	5.94	.051	0.52	.469	9.38	.009
AUTONOMI	0.82	.365	1.26	.532	1.64	.200	2.47	.481	1.32	.724	0.69	.707	8.53	.003	2.08	.354
IMPORTAN	6.50	.011	4.38	.112	0.08	.779	2.96	.398	18.03	.000	6.79	.033	1.76	.185	3.90	.142
VARIEDAD	0.00	.975	1.03	.599	6.73	.009	4.03	.258	4.69	.196	2.69	.261	0.73	.392	3.68	.159
DIFICULT	3.75	.053	6.84	.033	0.57	.451	4.29	.231	3.32	.345	2.12	.347	4.24	.040	2.97	.226
HHSS	1.08	.298	2.25	.325	0.57	.452	3.54	.316	5.16	.161	1.73	.422	0.15	.701	1.52	.467
FATIGA	7.14	.008	9.07	.011	2.84	.092	4.81	.187	2.51	.473	0.29	.866	0.45	.503	2.24	.326
ADAPTA	0.51	.474	4.71	.095	0.22	.636	6.67	.082	0.87	.834	2.04	.361	0.42	.838	4.49	.106
INFORMA	0.19	.665	2.65	.266	0.34	.563	4.63	.201	1.81	.613	6.82	.033	0.31	.581	2.58	.276
CANALINF	2.02	.155	7.03	.030	0.96	.327	7.44	.059	4.86	.183	7.16	.028	0.11	.736	4.41	.110
CMENTAL	1.37	.241	1.45	.484	1.37	.242	7.02	.057	2.64	.451	3.03	.220	0.18	.674	3.83	.147
MOTINT	7.62	.006	10.94	.004	0.40	.525	7.92	.048	12.63	.006	1.94	.379	0.33	.569	8.50	.014
MOTEXTR	7.49	.006	1.74	.419	2.98	.084	10.14	.017	6.54	.088	8.32	.016	4.29	.038	1.01	.605

Nota: DECISION = Capacidad tomar decisiones; ANBIGUED = Ambigüedad de rol; RELACIÓN = Relaciones interpersonales; SUPERVIS = Supervisión; HABMYC = Habilidades motoras y cognitivas; PARTICIP = Canales de participación; AUTONOMI = Autonomía temporal; IMPORTAN = Importancia del trabajo; VARIEDAD = Poca variedad y repetitividad; DIFICULT = Dificultad de la tarea; HHSS = Habilidades sociales de gestión; FATIGA = Nivel de fatiga; ADAPTA = Capacidad de adaptación a nuevas situaciones; INFORMA = Información de la organización; CANALINF = Relaciones y canales de información con los jefes; CMENTAL = Carga mental; MOTINT = Motivación intrínseca; MOTEXTR = Motivación extrínseca.

Tabla 22. Valores de contraste de Kruskal Wallis entre los factores de estudio y las variables sociodemográficas, sociodomésticas y laborales en Atención Primaria en el Distrito Sanitario Levante – Alto Almanzora, para el personal no sanitario.

Variables	Sexo GI = 1		Edad GI = 2		Estado civil GI = 1		Nivel estudios GI = 2		Contribución económica GI = 3		Responsable tareas/compra GI = 2		Turno trabajo GI = 1		Tipo contrato GI = 2	
	H	p	H	p	H	p	H	p	H	p	H	p	H	p	H	p
Salud mental	0.28	.598	0.83	.660	1.27	.261	11.12	.004	4.02	.260	4.85	.089	4.57	.033	1.91	.385
Autoeficacia	9.58	.002	2.33	.312	0.01	.907	0.49	.781	1.65	.648	4.79	.091	6.03	.014	0.27	.871
F. Riesgo Psicosocial																
DECISION	6.00	.014	2.91	.234	0.04	.847	2.02	.365	0.93	.817	2.02	.365	5.81	.016	1.34	.511
AMBIGUED	6.74	.009	5.16	.076	0.18	.669	6.21	.045	4.95	.176	0.29	.866	3.39	.066	0.15	.925
RELACION	6.87	.009	1.23	.539	0.39	.239	1.20	.548	3.02	.388	0.22	.897	1.21	.272	1.34	.513
SUPERVIS	7.18	.007	0.96	.618	0.01	.908	1.10	.576	3.51	.320	0.79	.674	0.01	.909	4.88	.087
HABMYC	4.30	.038	1.35	.509	0.34	.846	0.22	.897	2.27	.519	6.11	.047	2.94	.086	0.60	.740
PARTICIP	9.12	.003	2.01	.366	0.34	.846	2.66	.265	5.76	.124	0.66	.717	0.00	.999	0.09	.954
AUTONOMI	5.07	.024	1.59	.454	1.73	.188	0.05	.974	1.93	.587	7.67	.022	4.74	.030	3.27	.195
IMPORTAN	1.07	.301	4.45	.108	1.96	.162	14.26	.001	1.39	.706	3.11	.212	4.09	.043	2.49	.288
VARIEDAD	1.36	.244	5.39	.068	0.79	.372	1.22	.544	4.73	.193	1.53	.465	0.52	.469	0.85	.653
DIFICULT	0.65	.418	0.61	.930	0.44	.508	3.47	.176	5.09	.165	1.45	.483	1.99	.158	4.39	.111
HHSS	1.36	.244	0.61	.739	0.38	.534	2.24	.326	3.55	.315	4.07	.130	5.37	.021	9.32	.009
FATIGA	7.07	.008	0.49	.783	1.85	.174	0.78	.677	4.57	.206	1.47	.478	13.75	.000	5.86	.053
ADAPTA	7.38	.007	0.57	.753	0.01	.937	0.03	.987	0.92	.821	1.45	.484	6.78	.009	6.63	.036
INFORMA	7.24	.007	4.90	.086	0.34	.559	1.41	.494	1.39	.706	0.57	.753	3.97	.046	3.37	.185
CANALINF	0.95	.329	6.88	.032	0.15	.695	1.12	.570	3.25	.355	2.60	.272	1.23	.268	5.95	.051
CMENTAL	11.09	.001	2.57	.276	0.04	.845	1.77	.413	5.68	.128	0.10	.950	3.08	.079	8.75	.013
MOTINT	0.36	.551	0.12	.943	2.84	.092	2.22	.330	2.08	.556	0.26	.877	5.18	.023	1.53	.465
MOTEXTR	3.33	.068	5.92	.052	1.51	.219	0.58	.748	4.03	.258	0.22	.897	6.83	.009	6.49	.039

Nota: DECISION = Capacidad tomar decisiones; ANBIGUED = Ambigüedad de rol; RELACION = Relaciones interpersonales; SUPERVIS = Supervisión; HABMYC = Habilidades motoras y cognitivas; PARTICIP = Canales de participación; AUTONOMI = Autonomía temporal; IMPORTAN = Importancia del trabajo; VARIEDAD = Poca variedad y repetitividad; DIFICULT = Dificultad de la tarea; HHSS = Habilidades sociales de gestión; FATIGA = Nivel de fatiga; ADAPTA = Capacidad de adaptación a nuevas situaciones; INFORMA = Información de la organización; CANALINF = Relaciones y canales de información con los jefes; CMENTAL = Carga mental; MOTINT = Motivación intrínseca; MOTEXTR = Motivación extrínseca.

7.3.2. Hospital

Los resultados obtenidos se pueden observar en la Tabla 23 para el personal sanitario, y en la Tabla 24 para el personal no sanitario.

Así, con respecto al factor de Salud mental, se obtienen diferencias significativas en el personal sanitario, únicamente en función del turno de trabajo [$H(3) = 11.80$, $p = .008$]. Sin embargo, para el personal no sanitario, no se muestra ninguna diferencia significativa en función de las variables sociodemográficas, sociodomésticas o laborales estudiadas.

En cuanto a la autoeficacia percibida por los trabajadores del hospital, se muestran diferencias significativas en el personal sanitario con respecto a los turnos de trabajo [$H(3) = 12.80$, $p = .005$], y el tipo de contrato [$H(2) = 6.93$, $p = .031$]. En el personal no sanitario, no se muestran las diferencias significativas en función de ninguna variable estudiada.

En cuanto a los 18 factores de riesgo psicosocial laboral, también se mostraron diferencias significativas.

1. En la variable capacidad de toma de decisiones, se muestran diferencias significativas en el personal sanitario en función del nivel de estudios [$H(5) = 16.34$, $p = .006$] y los turnos de trabajo [$H(2) = 15.20$, $p = .002$]. En el personal no sanitario, no se muestran las diferencias significativas en función de ninguna variable estudiada
2. Los trabajadores sanitarios de la muestra, presentaron diferencias significativas en ambigüedad de rol únicamente en función de la variable turno de trabajo [$H(3) = 9.43$, $p = .024$]. Mientras que los trabajadores no sanitarios, mostraron diferencias en función de la edad [$H(2) = 8.88$, $p = .012$] y del tipo de contrato [$H(2) = 6.95$, $p = .031$].
3. En el factor de relaciones interpersonales, se presentan diferencias significativas en el personal sanitario en función del estado civil [$H(2) = 10.23$, $p = .006$] y del turno de trabajo [$H(3) = 15.69$, $p = .001$]. Para el personal no sanitario de atención primaria, las diferencias se establecieron únicamente en función de la edad [$H(2) = 7.91$, $p = .019$].

4. El personal sanitario de la muestra, mostró diferencias significativas en la variable de riesgo psicosocial supervisión en función del turno de trabajo [$H(3) = 17.18, p = .001$] y del tipo de contrato [$H(2) = 8.08, p = .018$]. Para el personal no sanitario, las diferencias sólo se dieron en función de la variable edad [$H(2) = 10.74, p = .005$].
5. Con respecto a las habilidades motoras y cognitivas requeridas, no se muestran diferencias en función de las variables de estudio en el personal sanitario. En cuanto al personal no sanitario, las diferencias se dieron únicamente en función del turno de trabajo [$H(3) = 11.24, p = .010$].
6. En cuanto a la variable de canales de participación, en el personal sanitario las diferencias se mostraron según la edad [$H(2) = 17.71, p = .000$], el estado civil [$H(2) = 6.49, p = .039$] y el tipo de contrato [$H(2) = 9.18, p = .010$]. En el personal no sanitario, las diferencias se dieron en función del nivel de estudios [$H(5) = 13.31, p = .021$], del turno de trabajo [$H(3) = 9.39, p = .024$] y del tipo de contrato [$H(2) = 7.19, p = .027$].
7. El factor de autonomía temporal, también mostró diferencias para el personal sanitario en función del sexo [$H(1) = 7.02, p = .008$] y el turno de trabajo [$H(3) = 9.39, p = .024$], mientras que para el personal no sanitario, no se mostraron diferencias significativas.
8. Con respecto a la importancia del trabajo, en el personal sanitario únicamente se mostraron diferencias en función del nivel de contribución económica al hogar [$H(3) = 9.54, p = .023$]. En cuanto al personal no sanitario, no se mostraron diferencias significativas.
9. El factor de riesgo poca variedad y repetitividad, mostró diferencias significativas en el personal sanitario en función del nivel de estudios [$H(5) = 24.89, p = .000$] y el nivel de contribución económica al hogar [$H(3) = 13.71, p = .003$]; mientras que para el personal no sanitario no se mostró ninguna diferencia significativa.
10. Con respecto a la dificultad de la tarea, se mostraron diferencias en el personal sanitario en función del sexo [$H(1) = 13.11, p = .000$], la edad [$H(2) = 6.49, p = .039$], el nivel de estudios [$H(5) = 21.02, p = .001$] y los turnos de trabajo [$H(3) = 9.48, p = .024$]. Para el personal no sanitario, únicamente se mostraron diferencias en función de la edad [$H(2) = 9.15, p = .010$].

11. Con respecto a las habilidades sociales de gestión, se mostraron diferencias significativas en función del nivel de estudios [$H(5) = 23.01, p = .000$], los turnos de trabajo [$H(3) = 12.57, p = .006$] y el tipo de contrato [$H(2) = 9.38, p = .009$]. Para el personal no sanitario no se encontraron diferencias en función de las variables estudiadas.
12. Por su parte, la fatiga en el trabajo mostró diferencias significativas en el personal sanitario únicamente en cuanto a los turnos de trabajo [$H(3) = 18.90, p = .000$]. En el personal no sanitario, no se encontraron diferencias en función de las variables estudiadas.
13. Con respecto al factor de capacidad de adaptación a las nuevas situaciones derivadas del entorno laboral, se mostraron diferencias significativas en función del nivel de estudios [$H(5) = 11.28, p = .046$] y los turnos de trabajo [$H(3) = 9.19, p = .027$]. En el personal no sanitario, no se mostraron diferencias en función de las variables estudiadas.
14. El factor de información de la organización, por su parte, mostró diferencias significativas en el personal sanitario únicamente en función del turno de trabajo [$H(3) = 8.44, p = .038$]. En el personal no sanitario, las diferencias se dieron en función del nivel de estudios [$H(5) = 12.37, p = .030$].
15. En cuanto al factor de relaciones y canales de información con los jefes, los análisis realizados para la muestra de personal sanitario, mostraron diferencias significativas en función del estado civil [$H(2) = 6.94, p = .031$], el nivel de estudios [$H(5) = 11.22, p = .047$] y los turnos de trabajo [$H(3) = 17.46, p = .001$]. En el personal no sanitario, las diferencias se mostraron únicamente en función de la edad [$H(2) = 11.79, p = .003$].

Tabla 23. Valores de contraste de Kruskal Wallis entre los factores de estudio y las variables sociodemográficas, sociodomésticas y laborales en el Hospital Comarcal La Inmaculada, para el personal sanitario

Variables	Sexo GI = 1		Edad GI = 2		Estado civil GI = 2		Nivel estudios GI = 5		Contribución económica GI = 3		Responsable tareas/compra GI = 2		Turno trabajo GI = 3		Tipo contrato GI = 2	
	H	p	H	p	H	p	H	p	H	p	H	p	H	p	H	p
Salud mental	0.02	.891	3.63	.163	4.01	.135	2.89	.716	0.88	.829	0.75	.689	11.80	.008	3.94	.140
Autoeficacia	1.23	.267	5.46	.065	0.84	.657	10.79	.056	5.55	.136	0.54	.762	12.80	.005	6.93	.031
F. Riesgo Psicosocial																
DECISION	1.19	.275	1.25	.535	3.14	.208	16.34	.006	2.32	.509	1.17	.556	15.20	.002	1.15	.929
AMBIGUED	0.65	.419	3.41	.182	4.57	.102	10.31	.067	2.18	.537	0.23	.890	9.43	.024	1.77	.413
RELACION	1.07	.302	0.08	.961	10.23	.006	8.12	.150	5.77	.124	0.93	.630	15.69	.001	7.21	.027
SUPERVIS	0.09	.756	1.41	.495	0.87	.648	8.64	.124	5.06	.167	2.54	.281	17.18	.001	8.08	.018
HABMYC	0.29	.586	3.07	.216	0.26	.877	4.29	.508	1.72	.633	0.17	.919	3.29	.349	3.47	.177
PARTICIP	2.01	.156	17.71	.000	6.49	.039	9.14	.103	3.49	.322	1.31	.519	1.15	.766	9.18	.010
AUTONOMI	7.02	.008	4.08	.130	5.75	.056	8.64	.124	5.98	.112	2.29	.317	9.39	.024	5.32	.070
IMPORTAN	2.14	.143	2.73	.255	0.09	.955	6.72	.268	9.54	.023	1.25	.536	4.12	.249	0.42	.808
VARIEDAD	0.01	.920	3.16	.206	3.08	.215	24.89	.000	13.71	.003	3.30	.192	5.69	.127	0.02	.991
DIFICULT	13.11	.000	6.49	.039	1.46	.482	21.02	.001	3.97	.265	4.02	.134	9.48	.024	3.91	.142
HHSS	1.29	.256	5.96	.051	4.72	.095	23.01	.000	1.41	.702	2.91	.233	12.57	.006	9.38	.009
FATIGA	1.46	.226	1.02	.600	2.51	.286	8.87	.114	7.22	.065	4.64	.098	18.90	.000	2.48	.289
ADAPTA	1.07	.300	4.44	.109	2.93	.231	11.28	.046	1.47	.689	0.38	.829	9.19	.027	3.53	.171
INFORMA	1.67	.196	3.51	.173	5.51	.064	4.61	.465	4.39	.222	1.81	.404	8.44	.038	4.28	.117
CANALINF	0.67	.414	2.66	.265	6.94	.031	11.22	.047	5.07	.167	1.06	.587	17.46	.001	4.30	.116
CMENTAL	0.29	.588	3.54	.170	4.96	.084	17.13	.004	1.99	.574	11.28	.004	11.55	.009	5.29	.071
MOTINT	0.68	.409	3.67	.160	0.42	.809	2.90	.715	15.89	.001	2.16	.340	8.84	.032	4.08	.130
MOTEXTR	4.92	.026	2.15	.341	2.46	.293	.511	.402	10.35	.016	0.80	.670	7.20	.066	0.10	.950

Nota: DECISION = Capacidad tomar decisiones; ANBIGUED = Ambigüedad de rol; RELACION = Relaciones interpersonales; SUPERVIS = Supervisión; HABMYC = Habilidades motoras y cognitivas; PARTICIP = Canales de participación; AUTONOMI = Autonomía temporal; IMPORTAN = Importancia del trabajo; VARIEDAD = Poca variedad y repetitividad; DIFICULT = Dificultad de la tarea; HHSS = Habilidades sociales de gestión; FATIGA = Nivel de fatiga; ADAPTA = Capacidad de adaptación a nuevas situaciones; INFORMA = Información de la organización; CANALINF = Relaciones y canales de información con los jefes; CMENTAL = Carga mental; MOTINT = Motivación intrínseca; MOTEXTR = Motivación extrínseca.

Tabla 24. Valores de contraste de Kruskal Wallis entre los factores de estudio y las variables sociodemográficas, sociodomésticas y laborales en el Hospital Comarcal La Inmaculada, para el personal no sanitario

Variables	Sexo GI = 1		Edad GI = 2		Estado civil GI = 2		Nivel estudios GI = 5		Contribución económica GI = 3		Responsable tareas/compra GI = 2		Turno trabajo GI = 3		Tipo contrato GI = 2	
	H	p	H	p	H	p	H	p	H	p	H	p	H	p	H	p
Salud mental	0.02	.879	0.65	.722	1.22	.543	10.94	.053	3.86	.277	1.28	.526	1.06	.786	2.48	.290
Autoeficacia	0.18	.669	1.65	.439	3.74	.154	7.43	.191	1.99	.575	0.15	.930	4.61	.203	2.77	.250
F. Riesgo Psicosocial																
DECISION	0.09	.766	3.33	.189	2.75	.253	2.09	.835	1.35	.718	1.00	.606	3.45	.327	3.28	.194
AMBIGUED	0.11	.740	8.88	.012	5.12	.077	3.89	.565	4.29	.231	2.17	.338	4.46	.216	6.95	.031
RELACION	0.64	.423	7.91	.019	1.56	.458	0.61	.987	1.14	.767	0.42	.813	2.24	.524	2.48	.289
SUPERVIS	2.38	.123	10.74	.005	0.79	.671	9.59	.087	6.66	.083	0.07	.963	3.22	.360	1.95	.377
HABMYC	2.87	.090	0.87	.647	3.94	.139	2.93	.711	3.44	.328	0.86	.650	11.24	.010	0.75	.689
PARTICIP	0.01	.928	1.09	.581	0.86	.240	13.31	.021	5.54	.136	0.39	.823	9.39	.024	7.19	.027
AUTONOMI	0.01	.914	0.18	.916	0.52	.772	2.55	.769	6.43	.092	2.84	.242	5.44	.142	4.59	.101
IMPORTAN	0.02	.876	1.81	.405	3.96	.138	1.60	.901	6.05	.109	0.33	.849	2.53	.471	2.89	.236
VARIEDAD	1.79	.181	2.61	.271	0.15	.928	10.17	.071	6.13	.105	0.83	.663	0.85	.837	2.75	.253
DIFICULT	1.74	.188	9.15	.010	2.36	.308	2.74	.739	4.32	.229	2.18	.337	4.17	.244	0.42	.812
HHSS	0.03	.856	0.55	.759	2.77	.251	2.86	.722	0.89	.829	0.06	.972	1.49	.685	2.22	.329
FATIGA	3.23	.072	4.86	.088	1.94	.379	3.73	.589	2.59	.460	0.67	.715	5.03	.170	0.62	.735
ADAPTA	0.83	.361	2.22	.330	1.43	.489	8.85	.115	7.52	.057	2.75	.253	3.25	.355	0.16	.925
INFORMA	0.12	.727	4.74	.094	3.16	.206	12.37	.030	6.34	.096	3.65	.161	2.60	.457	3.74	.154
CANALINF	0.24	.624	11.79	.003	3.49	.175	8.08	.152	0.81	.847	0.34	.845	2.89	.398	3.12	.181
CMENTAL	0.48	.487	1.13	.568	0.72	.699	7.39	.193	7.05	.070	0.15	.930	3.18	.372	6.01	.050
MOTINT	0.13	.721	0.22	.896	0.49	.784	2.01	.848	3.93	.269	1.33	.513	2.53	.470	3.98	.137
MOTEXTR	0.35	.557	1.41	.494	1.26	.532	2.72	.742	3.93	.305	2.21	.331	4.46	.215	4.45	.108

Nota: DECISION = Capacidad tomar decisiones; ANBIGUED = Ambigüedad de rol; RELACION = Relaciones interpersonales; SUPERVIS = Supervisión; HABMYC = Habilidades motoras y cognitivas; PARTICIP = Canales de participación; AUTONOMI = Autonomía temporal; IMPORTAN = Importancia del trabajo; VARIEDAD = Poca variedad y repetitividad; DIFICULT = Dificultad de la tarea; HHSS = Habilidades sociales de gestión; FATIGA = Nivel de fatiga; ADAPTA = Capacidad de adaptación a nuevas situaciones; INFORMA = Información de la organización; CANALINF = Relaciones y canales de información con los jefes; CMENTAL = Carga mental; MOTINT = Motivación intrínseca; MOTEXTR = Motivación extrínseca.

16. Por su parte, el factor de carga mental mostró diferencias significativas en el personal sanitario en función del nivel de estudios [$H(5) = 17.13, p = .004$], el nivel de responsabilidad en las tareas y compras del hogar [$H(3) = 11.28, p = .004$], y los turnos de trabajo [$H(3) = 11.55, p = .009$]. Para el personal no sanitario, no se mostraron diferencias significativas.
17. Los trabajadores sanitarios de la muestra, presentan diferencias en motivación intrínseca en función del grado de contribución económica a la familia [$H(3) = 15.89, p = .001$] y los turnos de trabajo [$H(3) = 8.84, p = .032$]. En cuanto al personal no sanitario, no se mostraron diferencias significativas.
18. Por último, los trabajadores sanitarios del hospital estudiados, mostraron diferencias en su motivación extrínseca en función del sexo [$H(1) = 4.92, p = .026$] y el nivel de contribución económica a la familia [$H(3) = 10.35, p = .016$] así como con respecto a los turnos de trabajo [$H(1) = 4.29, p = .038$]. Con respecto al personal no sanitario, no se mostraron diferencias significativas.



7.4. Estimación de la dirección y magnitud de las diferencias en salud mental, autoeficacia y factores de riesgo psicosocial

Una vez establecidas las diferencias en las variables analizadas, se ha querido establecer la dirección y magnitud de dichas diferencias entre los grupos objeto de estudio (personal sanitario y no sanitario de atención primaria y hospital). Para ello, se han realizado análisis U de Mann-Whitney sobre cada par de grupos.

7.4.1. Salud mental

Con respecto a la variable de salud mental (Tabla 25), recordamos que una mayor puntuación media estaría indicando un mayor número de síntomas y por tanto un menor bienestar psicológico, o una peor salud mental.

Así, los resultados muestran como los trabajadores sanitarios de atención primaria que no son responsables de las tareas y compras familiares, tienen significativamente una mejor salud mental que los que son los responsables principales ($U = 363$, $p = .019$), o los que comparten las tareas ($U = 419.50$, $p = .049$).

Por su parte, los trabajadores no sanitarios de atención primaria muestran diferencias en función del nivel de estudios y del turno de trabajo. Así, los que tienen un menor nivel de estudios, muestran una peor salud mental, ya sea en comparación de estudios primarios con bachillerato ($U = 151.50$, $p = .028$), con diplomatura ($U = 0.00$, $p = .007$), o entre bachillerato y diplomatura ($U = 8$, $p = .018$). Con respecto al turno de trabajo, los que trabajan de mañana, muestran una peor salud mental que los que trabajan en turno de mañana y tarde ($U = 21.50$, $p = .033$).

Por último, el personal sanitario del hospital estudiado, muestra diferencias en salud únicamente en relación con los turnos de trabajo, de modo que los que trabajan de en turno de mañana, muestran peor salud mental que los que trabajan de tarde ($U = 61$, $p = .014$) o de tarde y noche ($U = 440.50$, $p = .027$); mientras que los que trabajan de mañana y tarde, muestran una peor salud mental que los que trabajan de tarde ($U = 15$, $p = .006$); y los que tienen un turno indistinto, muestran una peor salud mental que los que trabajan de tarde ($U = 142$, $p = .037$).

Tabla 25. Comparaciones para la variable salud mental

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p
<i>Atención primaria / personal sanitario</i>									
Responsable tareas									
Responsable principal	50	1.00	2.67	1.92	0.38	37.24	263.00	-2.36	.019
No, otra persona	17	1.08	2.17	1.67	0.32	24.47			
Comparto									
No, otra persona	71	1.42	2.75	1.84	0.23	47.09	419.50	-1.97	.049
	17	1.08	2.17	1.67	0.35	33.68			
<i>Atención primaria / personal no sanitario</i>									
Nivel estudios									
Primarios	16	1.67	2.42	2.05	0.27	30.03	151.50	-2.19	.028
Bachillerato	31	1.17	2.33	1.81	0.28	20.89			
Primarios									
Diplomatura	16	1.67	2.42	2.05	0.27	11.50	0.00	-2.71	.007
	3	1.00	1.50	1.33	0.29	2.00			
Bachillerato									
Diplomatura	31	1.17	2.33	1.81	0.28	18.74	8.00	-2.38	.018
	3	1.00	1.50	1.33	0.29	4.67			
Turno de trabajo									
Mañana	14	1.00	2.33	1.90	0.29	12.96	21.50	-2.14	.033
Mañana y tarde	7	1.67	2.08	1.78	0.13	7.07			
<i>Hospital / personal sanitario</i>									
Turno de trabajo									
Mañana	108	1.00	2.67	1.86	0.25	57.94	61.00	-2.45	.014
Tarde	4	1.58	1.67	1.62	0.05	17.75			
Mañana									
Tarde y noche	108	1.00	2.67	1.86	0.25	63.42	440.50	-2.21	.027
	13	1.17	2.00	1.68	0.25	40.88			
Tarde									
Mañana y tarde	7	1.58	1.67	1.62	0.05	6.25	15.00	-2.73	.006
	38	1.50	3.17	1.83	0.27	23.11			
Tarde									
Indistinto	4	1.58	1.67	1.62	0.05	38.00	142.00	-2.08	.037
	180	1.17	3.17	1.87	0.34	93.71			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

7.4.2. Autoeficacia

Con respecto a la variable de autoeficacia, los resultados de la Tabla 26 indican como sólo existen diferencias con respecto al sexo y los turnos de trabajo.

Los trabajadores sanitarios de atención primaria varones muestran una mayor autoeficacia que sus compañeras mujeres ($U = 1587$ $p = .004$). Además, los que trabajan en turno de mañana, muestran significativamente una menor autoeficacia, que los que trabajan en turno de mañana y tarde ($U = 413.50$, $p = .011$) o en turno indistinto ($U = 1190.50$, $p = .004$).

Por su parte, los trabajadores no sanitarios de atención primaria mujeres, son las que muestran una mayor autoeficacia ($U = 161, p = .002$). Además, en este grupo de trabajadores, los que trabajan en turno partido de mañana y tarde son los que muestran una mejor autoeficacia que los compañeros que trabajan en turno de mañana ($U = 17, p = .016$) o en turno indistinto ($U = 33.50, p = .004$).

Tabla 26. Comparaciones para la variable de autoeficacia

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p
<i>Atención primaria / personal sanitario</i>									
Sexo									
Hombre	52	2.30	4.00	3.48	0.46	81.98	1587.00	-2.87	.004
Mujer	86	2.40	4.00	3.28	0.38	61.95			
Turno trabajo									
Mañana	66	2.40	4.00	3.23	0.38	39.77	413.50	-2.54	.011
Mañana y tarde	20	2.90	3.90	3.47	0.29	55.83			
Mañana	66	2.40	4.00	3.23	0.38	51.54	1190.50	-2.87	.004
Indistinto	52	2.30	4.00	3.47	0.47	69.61			
<i>Atención primaria / personal no sanitario</i>									
Sexo									
Hombre	31	2.71	4.00	3.15	0.37	21.19	161.00	-3.01	.002
Mujer	21	2.90	4.00	3.45	0.32	34.33			
Turno de trabajo									
Mañana	14	2.90	4.00	3.26	0.31	8.71	17.00	-2.41	.016
Mañana y tarde	7	3.20	3.70	3.62	0.19	15.57			
Mañana y tarde	7	3.20	3.70	3.62	0.19	30.21	33.50	-2.86	.004
Indistinto	31	2.70	4.00	3.20	0.40	19.08			
<i>Hospital / personal sanitario</i>									
Turno de trabajo									
Mañana	108	2.60	4.00	3.25	0.35	55.24	79.50	-2.15	.032
Tarde	4	3.10	3.90	3.70	0.40	90.63			
Mañana	108	2.60	4.00	3.25	0.35	63.30	454.00	-2.19	.037
Tarde y noche	13	2.90	3.90	3.10	0.33	41.92			
Tarde	4	3.10	3.90	3.70	0.40	14.63	3.50	-2.68	.007
Tarde y noche	13	2.90	3.90	3.10	0.33	7.27			
Mañana y tarde	38	2.30	4.00	3.37	0.37	29.12	128.50	-2.59	.009
Tarde y noche	13	2.90	3.90	3.10	0.33	16.88			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

Por último, el personal sanitario del hospital estudiado, muestra diferencias en autoeficacia únicamente en relación con los turnos de trabajo, de modo que los que trabajan de tarde, tienen una mayor autoeficacia que los que trabajan de mañana ($U = 79.50, p = .032$) o de tarde y noche ($U = 454, p = .037$). Mientras que los que trabajan de mañana tienen una mayor autoeficacia que los que trabajan de tarde y

noche ($U = 3.50, p = .007$); y los que trabajan de mañana y tarde, una mayor autoeficacia que los que trabajan de tarde y noche ($U = 128.50, p = .009$).

7.4.3. Factores de riesgo psicosocial

Los resultados relacionados con el factor de riesgo de **capacidad de tomar decisiones en el trabajo** (Tabla 27), indican como se da significativamente un mayor riesgo y por tanto una menor capacidad de tomar decisiones en función del sexo, la edad, el nivel de estudios y los turnos de trabajo.

En el personal sanitario de atención primaria, las mujeres tienen un mayor riesgo, o una menor capacidad para tomar decisiones ($U = 1614, p = .006$). Además, los que tienen una edad intermedia de entre 41 y 55 años, son los que menos capacidad tienen para tomar decisiones, en comparación con los más jóvenes hasta 40 años ($U = 718.50, p = .003$), o los más mayores entre 56 y 70 años ($U = 951.50, p = .048$).

Con respecto al personal no sanitario de atención primaria, son los hombres los que tienen una menor capacidad para tomar decisiones ($U = 194.50, p = .014$). Con respecto al turno de trabajo, los que trabajan de mañana y tarde, en comparación con los que lo hacen por la mañana, son los que tienen una menor capacidad para tomar decisiones ($U = 17, p = .016$).

Por último, en el personal sanitario que trabaja en el hospital, los resultados muestran como los que tienen estudios secundarios, de bachillerato o formación profesional, son los que tienen una menor capacidad para tomar decisiones.

Tabla 27. Comparaciones para la variable capacidad para tomar decisiones

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p
<i>Atención primaria / personal sanitario</i>									
Sexo									
Hombre	52	1.00	4.17	2.32	0.98	57.54	1614.00	-2.74	.006
Mujer	86	1.00	5.00	2.84	1.04	76.73			
Edad									
De 0 a 40 años	36	1.00	4.17	2.28	0.73	51.57	718.50	-2.94	.003
De 41 a 55 años	62	1.00	5.00	2.96	1.13	48.30			
De 41 a 55 años	62	1.00	5.00	2.96	1.13	48.51	951.50	-1.98	.048
De 56 a 70 años	40	1.00	4.17	2.49	1.04	56.14			
<i>Atención primaria / personal no sanitario</i>									
Sexo									
Hombre	31	1.33	5.00	2.82	1.13	30.73	194.50	-2.45	.014
Mujer	21	1.00	4.00	2.05	0.90	20.26			
Turno de trabajo									
Mañana	14	1.00	4.00	2.06	0.93	8.71	17.00	-2.41	.016
Mañana y tarde	7	2.67	3.17	3.00	0.17	15.57			
<i>Hospital / personal sanitario</i>									
Nivel de estudios									
Primarios	25	1.00	3.83	2.26	0.80	42.16	729.00	-2.45	.014
Bachillerato	86	1.00	5.00	2.81	1.00	60.02			
Primarios	25	1.00	3.83	2.26	0.80	13.32	8.00	-2.68	.007
Formación profes.	4	2.43	2.83	2.64	0.24	25.50			
Bachillerato	86	1.00	5.00	2.81	1.00	69.24	1226.50	-2.59	.010
Licenciatura/Grado	40	1.00	4.50	2.31	1.11	51.16			
Bachillerato	86	1.00	5.00	2.81	1.00	46.70	69.00	-2.03	.042
Doctorado	4	1.67	2.00	1.83	0.19	19.75			
Formación profes.	4	2.43	2.83	2.64	0.24	35.50	28.00	-2.12	.033
Licenciatura/Grado	40	1.00	4.50	2.31	1.11	21.20			
Formación profes.	4	2.43	2.83	2.64	0.24	6.50	0.00	-2.49	.013
Doctorado	4	1.67	2.00	1.83	0.19	20.50			
Formación profes.	4	2.43	2.83	2.64	0.24	33.50	28.00	-2.06	.039
Otros	38	1.00	4.33	2.48	0.96	20.24			
Diplomatura	147	1.00	5.00	2.67	1.03	98.20	2323.00	-2.04	.042
Licenciatura/Grado	40	1.00	4.50	2.31	1.11	78.58			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

Los que tienen estudios de bachiller tienen una menor capacidad de tomar decisiones que sus compañeros con estudios de primaria ($U = 729$, $p = .014$), de licenciatura o grado ($U = 8$, $p = .007$) o de doctorado ($U = 1226$, $p = .010$). Por su parte, los que tienen estudios de formación profesional, tienen una menor capacidad de tomar decisiones que sus compañeros con estudios de primaria ($U = 69$, $p = .042$), de diplomatura ($U = 28$, $p = .033$), de licenciatura o grado ($U = 0.00$,

$p = .013$), u otro tipo de estudios ($U = 28$, $p = .039$). Además, los que tienen una diplomatura, tienen una menor capacidad de tomar decisiones que los que tienen una licenciatura o grado ($U = 2323$, $p = .042$).

Los resultados relacionados con el factor de riesgo de **ambigüedad de rol** (Tabla 28), indican como se da significativamente un mayor riesgo y por tanto una mayor ambigüedad de rol en función del sexo, la edad, el grado de contribución económica a la familia, el turno de trabajo y el tipo de contrato laboral.

En el personal sanitario de atención primaria, las mujeres tienen un mayor riesgo, o una mayor ambigüedad de rol ($U = 1614$, $p = .006$). Además, los que aportan la mitad como contribución económica familiar, tienen una mayor ambigüedad de rol que los que son los únicos responsables ($U = 974$, $p = .019$).

Con respecto al personal no sanitario de atención primaria, son los hombres los que tienen una mayor ambigüedad de rol ($U = 187.50$, $p = .009$).

En el personal sanitario que trabaja en el hospital, los resultados muestran como los que trabajan por las mañanas tienen una mayor ambigüedad de rol que los que trabajan por la mañana y por la tarde ($U = 1520$, $p = .0017$); los que tienen el turno indistinto también muestran una mayor ambigüedad que los que trabajan por la mañana ($U = 8007.50$, $p = .010$); y los que trabajan de tarde y noche, también presentan más ambigüedad que los que trabajan por la tarde ($U = 4.50$, $p = .014$).

Por último, con respecto al personal no sanitario del hospital, los más mayores de 56 años en adelante, son los que tienen una menor ambigüedad de rol, en comparación con los más jóvenes de hasta 40 años ($U = 112$, $p = .004$), y los de entre 41 y 55 años ($U = 283$, $p = .008$). Con respecto al tipo de contrato, los que tienen una duración determinada, muestran una mayor ambigüedad de rol que los que tienen un contrato de duración indefinida ($U = 374.50$, $p = .010$).

Tabla 28. Comparaciones para la variable ambigüedad de rol

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p
<i>Atención primaria / personal sanitario</i>									
Sexo									
Hombre	52	1.00	5.00	2.30	1.01	57.54	1614.00	-2.74	.006
Mujer	86	1.00	4.00	2.78	0.87	76.73			
Contribución económica									
Único responsable	41	1.00	3.86	2.23	0.79	42.07	974.00	-2.34	.019
Aporto la mitad	65	1.00	4.00	2.66	0.96	60.71			
<i>Atención primaria / personal no sanitario</i>									
Sexo									
Hombre	31	1.00	4.71	3.09	0.77	30.95	187.50	-2.59	.009
Mujer	21	1.00	3.86	2.38	0.88	19.93			
<i>Hospital / personal sanitario</i>									
Turno de trabajo									
Mañana	108	1.00	4.71	2.37	0.97	68.58	1520.50	-2.38	.017
Mañana y tarde	38	1.00	3.71	2.72	0.87	87.57			
Mañana	108	1.00	4.71	2.37	0.97	128.64	8007.50	-2.58	.010
Indistinto	181	1.00	5.00	2.64	0.86	154.76			
Tarde	4	1.86	2.29	1.96	0.21	3.63	4.50	-2.47	.014
Tarde y noche	13	2.00	3.71	2.80	0.68	10.65			
<i>Hospital / personal no sanitario</i>									
Edad									
De 0 a 40 años	27	1.00	4.14	2.54	1.01	26.85	112.00	-2.84	.004
De 56 a 70 años	17	1.00	3.00	1.67	0.74	15.59			
De 41 a 55 años	58	1.00	5.00	2.46	1.09	41.61	283.50	-2.67	.008
De 56 a 70 años	17	1.00	3.00	1.67	0.74	25.68			
Tipo de contrato									
Duración determinada	20	1.00	5.00	2.87	1.14	52.78	374.50	-2.59	.010
Duración indefinida	61	1.00	4.43	2.12	0.95	37.14			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

Los resultados del factor de riesgo relacionado con las **relaciones interpersonales** (Tabla 29), indican como se da significativamente un mayor riesgo y por tanto unas menores relaciones con las personas de su entorno laboral en función del sexo, la edad, el estado civil, el nivel de responsabilidad en las tareas y compras del hogar, los turnos de trabajo y el tipo de contrato laboral.

En el personal sanitario de atención primaria, los que son los principales responsables de las tareas y compras del hogar, son los que tienen unas peores relaciones interpersonales en comparación con los que no son responsables ($U = 259.50$, $p = .012$). Mientras que los que no son responsables tienen unas peores

relaciones interpersonales que los que comparten las tareas y compras ($U = 370$, $p = .010$).

Tabla 29. Comparaciones para la variable relaciones interpersonales

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p
<i>Atención primaria / personal sanitario</i>									
Responsable tareas									
Principal responsable	50	1.00	4.20	1.71	0.72	30.88	259.50	-2.50	.012
No, otra persona	17	1.00	3.00	1.29	0.67	43.18			
Comparto tareas	71	1.00	3.60	1.72	0.74	40.77	370.00	-2.59	.010
No, otra persona	17	1.00	3.00	1.29	0.67	43.18			
<i>Atención primaria / personal no sanitario</i>									
Sexo									
Hombre	31	1.00	3.00	1.33	0.49	22.15	190.50	-2.62	.009
Mujer	21	1.00	3.00	1.71	0.56	32.93			
<i>Hospital / personal sanitario</i>									
Estado civil									
Solt. viv. con padres	22	1.00	3.20	1.98	0.83	165.23	1612.00	-2.89	.004
Viviendo con pareja	226	1.00	3.60	1.49	0.58	121.10			
Solt. viv. con padres	22	1.00	3.20	1.98	0.83	24.52	131.50	-2.07	.039
Viudo/a	19	1.00	3.00	1.45	0.58	16.92			
Turnos de trabajo									
Mañana	108	1.00	3.60	1.60	0.68	57.65	92.00	-2.06	.040
Tarde	4	1.50	2.50	1.96	0.22	25.50			
Mañana	108	1.00	3.60	1.60	0.68	68.06	1464.00	-2.76	.006
Mañana y tarde	38	1.00	3.00	1.88	0.51	88.97			
Tarde	4	1.50	2.50	1.96	0.22	5.50	12.00	-3.11	.002
Mañana y tarde	38	1.00	3.00	1.88	0.51	23.18			
Mañana y tarde	38	1.00	3.00	1.88	0.51	29.17	126.50	-2.96	.003
Tarde y noche	13	1.00	2.00	1.38	0.50	16.73			
Mañana y tarde	38	1.00	3.00	1.88	0.51	147.39	2018.00	-4.23	.000
Indistinto	181	1.00	3.00	1.48	0.57	102.15			
Tipo de contrato									
Duración determinada	123	1.00	3.20	1.45	0.59	122.57	7449.50	-2.64	.008
Duración indefinida	147	1.00	3.60	1.63	0.62	146.32			
<i>Hospital / personal no sanitario</i>									
Edad									
De 41 a 55 años	58	1.00	3.60	1.64	0.74	41.55	287.00	-2.79	.005
De 56 a 70 años	17	1.00	2.40	1.19	0.43	25.88			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

Con respecto al personal no sanitario de atención primaria, son las mujeres las que muestran unas peores relaciones interpersonales ($U = 190.50$, $p = .009$).

En el personal sanitario que trabaja en el hospital, los resultados muestran como los solteros que viven con sus padres son los que muestran unas peores relaciones interpersonales, en comparación con sus compañeros que viven con su pareja ($U = 1612$, $p = .004$), o con sus compañeros viudos ($U = 131.50$, $p = .039$). Con respecto a los turnos de trabajo, los resultados muestran como los que trabajan en turno de tarde, muestran unas peores relaciones interpersonales que los que trabajan de mañana ($U = 92$, $p = .040$) o de mañana y tarde ($U = 1464$, $p = .006$). Además, los que trabajan de mañana y tarde, muestran unas peores relaciones interpersonales que los que lo hacen en turno de mañana ($U = 12$, $p = .002$), tarde y noche ($U = 126.50$, $p = .003$), o turno indistinto ($U = 2018$, $p = .000$). En cuanto al tipo de contrato, los que tienen uno con duración indefinida, muestran unas peores relaciones interpersonales que los que lo tienen de duración determinada ($U = 7449.50$, $p = .008$).

Por último, con respecto al personal no sanitario del hospital, los de edad intermedia, entre 41 y 55 años, son los que presentan unas peores relaciones interpersonales en comparación con sus compañeros más mayores, de 56 años en adelante ($U = 287$, $p = .005$).

Los resultados del factor de riesgo relacionado con la **supervisión, o control de la jefatura sobre el trabajo** (Tabla 30), indican como se da significativamente un mayor riesgo y por tanto un mayor control o supervisión en función del sexo, la edad, los turnos de trabajo y el tipo de contrato laboral.

En el personal sanitario de atención primaria, los hombres perciben una mayor supervisión ($U = 1602$, $p = .005$); además, los más mayores, de 56 años en adelante, son también los que perciben una mayor supervisión en comparación con los que tienen entre 41 y 55 años ($U = 838.50$, $p = .006$).

Tabla 30. Comparaciones para la variable supervisión

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p
<i>Atención primaria / personal sanitario</i>									
Sexo									
Hombre	52	1.83	5.00	3.25	0.85	81.69	1602.00	-2.81	.005
Mujer	86	1.00	4.67	2.75	0.88	62.13			
Edad									
De 41 a 55 años	62	1.00	4.50	2.76	0.89	48.51	838.50	-2.77	.006
De 56 a 70 años	40	1.83	5.00	3.33	0.82	56.14			
<i>Atención primaria / personal no sanitario</i>									
Sexo									
Hombre	31	1.00	5.00	2.56	1.15	21.89	182.50	-2.68	.007
Mujer	21	1.00	4.33	3.36	0.79	33.31			
<i>Hospital / personal sanitario</i>									
Turno de trabajo									
Mañana	108	1.00	4.33	2.55	0.88	57.70	86.50	-2.04	.041
Tarde	4	1.67	2.00	1.75	0.17	24.13			
Mañana	108	1.00	4.33	2.55	0.88	66.85	1334.00	-3.23	.001
Mañana y tarde	38	1.00	5.00	3.06	0.70	92.39			
Tarde	4	1.67	2.00	1.75	0.17	4.13	6.50	-3.04	.002
Mañana y tarde	38	1.00	5.00	3.06	0.70	23.33			
Tarde	4	1.67	2.00	1.75	0.17	4.5	8.00	-2.06	.039
Tarde y noche	13	1.00	4.00	3.00	0.94	10.38			
Tarde	4	1.67	2.00	1.75	0.17	39.25	147.00	-2.03	.043
Indistinto	180	1.00	5.00	2.74	1.04	93.68			
Tipo de contrato									
Duración determinada	122	1.00	5.00	2.74	0.95	104.97	3725.00	-2.06	.040
Otros	74	1.00	4.33	2.44	0.91	87.84			
Duración indefinida	147	1.00	5.00	2.84	0.98	119.43	4199.50	-2.77	.006
Otros	74	1.00	4.33	2.44	0.91	94.25			
<i>Hospital / personal no sanitario</i>									
Edad									
De 0 a 40 años	27	1.00	5.00	3.42	0.90	55.11	456.00	-3.09	.002
De 41 a 55 años	58	1.00	5.00	2.57	1.88	37.36			
De 0 a 40 años	27	1.00	5.00	3.42	0.90	26.33	126.00	-2.51	.012
De 56 a 70 años	17	1.00	4.33	2.61	1.02	16.41			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

Con respecto al personal no sanitario de atención primaria, son las mujeres las que perciben una mayor supervisión por parte de la jefatura ($U = 182.50, p = .007$).

En el personal sanitario que trabaja en el hospital, los resultados muestran como los que trabajan en turno de tarde son los que perciben una menor supervisión, en comparación con sus compañeros que trabajan de mañana ($U = 86.50, p = .041$), de mañana y tarde ($U = 1334, p = .001$), de tarde y noche ($U = 8, p = .039$) o con turno indistinto ($U = 147, p = .043$). Con respecto al tipo de contrato, los que tienen un contrato diferente al de duración determinada ($U = 3725, p = .040$) o indefinida ($U = 4199.50, p = .006$), perciben una menor supervisión por parte de los jefes.

Por último, con respecto al personal no sanitario del hospital, los de menor edad, hasta 40 años, perciben una mayor supervisión que los más mayores de entre 41 y 55 años ($U = 456, p = .002$), o los de más de 56 años ($U = 12, p = .012$).

Los resultados del factor de riesgo relacionado con las **habilidades motoras y cognitivas requeridas para el puesto** (Tabla 31), indican como se da significativamente un mayor riesgo y por tanto se requieren unas mayores habilidades motoras y cognitivas en función del sexo, el nivel de responsabilidad en las tareas y compras familiares y los turnos de trabajo.

En el personal no sanitario de atención primaria, las mujeres perciben una mayor demanda de habilidades motoras y cognitivas en su puesto ($U = 215.50, p = .038$); además, los que no son responsables de las tareas y compras familiares, son los que perciben de forma significativa una menor demanda de habilidades motoras y cognitivas en su puesto, en comparación con los que son los principales responsables ($U = 7.50, p = .025$), o los que comparten las tareas ($U = 7.50, p = .024$).

Por último, con respecto al personal no sanitario del hospital, los que trabajan en el turno de mañana perciben una menor demanda de habilidades motoras y cognitivas que los que trabajan en turno de mañana y tarde ($U = 120, p = .024$), o los que tienen un turno indistinto ($U = 684.50, p = .030$).

Tabla 31. Comparaciones para la variable habilidades motoras y cognitivas

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p
<i>Atención primaria / personal no sanitario</i>									
Sexo									
Hombre	31	2.20	5.00	3.87	0.91	22.95	215.50	-2.07	.038
Mujer	21	3.20	5.00	4.47	0.49	31.74			
Responsable tareas							7.50	-2.23	.025
Principal responsable	24	2.80	5.00	4.19	0.74	12.81			
Otro responsable	3	1.00	5.00	3.16	1.02	23.50			
Comparto tareas	25	2.20	5.00	3.93	0.87	13.30	7.50	-2.26	.024
Otro responsable	3	1.00	5.00	3.16	1.02	24.50			
<i>Hospital / personal no sanitario</i>									
Turno de trabajo									
Mañana	59	2.40	5.00	4.07	0.73	32.03	120.00	-2.26	.024
Mañana y tarde	8	3.20	5.00	4.62	0.62	48.50			
Mañana	59	2.40	5.00	4.07	0.73	41.60	684.50	-2.17	.030
Indistinto	32	2.20	5.50	4.37	0.75	54.11			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

Los resultados del factor de riesgo relacionado con los **canales de supervisión o participación en las decisiones de la empresa** (Tabla 32), indican como se da significativamente un mayor riesgo y por tanto una menor participación en las decisiones de la empresa en función del sexo, de la edad, el estado civil, el nivel de estudios, los turnos de trabajo y el tipo de contrato.

En el personal sanitario de atención primaria, los que tienen una edad entre 41 y 55 años, son los que perciben un menor nivel de participación en las decisiones de la empresa, en comparación con los más jóvenes de menos de 40 años ($U = 679.50$, $p = .001$). Además, los que tienen un contrato de duración indefinida, también son los que perciben una menor participación en las decisiones, en comparación con los que tienen un contrato de duración determinada ($U = 713.50$, $p = .028$).

Con respecto al personal no sanitario de atención primaria, son los hombres los que perciben una menor participación en las decisiones de la empresa. ($U = 165$, $p = .003$).

En el personal sanitario que trabaja en el hospital, los resultados muestran como los más mayores, de entre 41 y 55 años ($U = 7637$, $p = .001$), o los que tienen más de 56 años ($U = 2766.50$, $p = .000$), perciben una menor participación en las

decisiones, que sus compañeros más jóvenes de 40 años o menos. Además, los que viven en pareja perciben una menor participación en comparación con los que están solteros y viven con su padres ($U = 1688, p = .013$) o los que están en una categoría diferente de estado civil ($U = 236, p = .038$). Sin embargo, los divorciados o separados son los que perciben una menor participación en comparación con los que están solteros y viven con sus padres ($U = 3811, p = .014$). Con respecto al tipo de contrato, los que tienen un contrato de duración indefinida, son los que perciben una menor participación en las decisiones, en comparación con los que tienen un contrato de duración determinada ($U = 7104.50, p = .003$).

Por último, con respecto al personal no sanitario del hospital, a mayor nivel de estudios, menos participación percibe que tienen en las decisiones de la jefatura. De este modo, los que tienen estudios de diplomatura ($U = 50.50, p = .002$) o licenciatura/grado ($U = 40, p = .023$) perciben menos participación que los que tienen estudios primarios; y los que tienen estudios de diplomatura perciben una menor participación que los que tienen estudios de bachillerato ($U = 276.50, p = .010$). En cuanto al turno de trabajo, los que trabajan en turno de mañana, perciben significativamente una mayor participación en las decisiones que los que trabajan de mañana y tarde ($U = 107.50, p = .013$) o los que tienen un turno indistinto ($U = 495, p = .000$). Con respecto al tipo de contrato, los que tienen un contrato que no es ni determinado ni indefinido, perciben una menor participación que los que lo tienen de tipo indefinido ($U = 393.50, p = .008$).

Tabla 32. Comparaciones para la variable canales de participación

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p
<i>Atención primaria / personal sanitario</i>									
Edad									
De 0 a 40 años	36	1.00	5.00	2.72	1.19	37.38	679.50	-3.23	.001
De 41 a 55 años	62	1.00	5.00	3.53	1.19	56.54			
Tipo contrato									
Duración determinada	26	1.00	4.00	2.61	1.34	40.94	713.50	-2.19	.028
Duración indefinida	77	1.00	5.00	3.24	1.23	55.73			
<i>Atención primaria / personal no sanitario</i>									
Sexo									
Hombre	31	1.00	5.00	3.52	1.16	31.68	165.00	-3.02	.003
Mujer	21	1.00	4.00	2.59	0.82	18.86			
<i>Hospital / personal sanitario</i>									
Edad									
De 0 a 40 años	138	1.00	5.00	2.74	1.09	124.84	7637.00	-3.46	.001
De 41 a 55 años	145	1.00	5.00	3.22	1.14	158.33			
De 0 a 40 años	138	1.00	5.00	2.74	1.09	89.55	2766.50	-3.59	.000
De 56 a 70 años	59	1.00	5.00	3.40	1.02	121.11			
Estado civil									
Solt. viv. con padres	22	1.00	4.50	2.53	1.07	88.23	1688.00	-2.49	.013
Viviendo con pareja	226	1.00	5.00	3.17	1.11	128.03			
Solt. viv. con padres	22	1.00	4.50	2.53	1.07	22.23	236.00	-2.07	.038
Divorciado / separado	32	1.00	5.00	3.12	1.01	31.13			
Viviendo con pareja	226	226	1.00	5.00	3.17	140.63	3811.50	-2.46	.014
Otros	44	1.00	5.00	2.65	1.18	109.13			
Tipo de contrato									
Duración determinada	122	1.00	5.00	2.79	1.17	119.73	7104.50	-2.94	.003
Duración indefinida	147	1.00	5.00	3.26	1.09	147.67			
<i>Hospital / personal no sanitario</i>									
Estudios									
Primarios	14	1.00	4.25	2.66	1.17	11.11	50.50	-3.14	.002
Diplomatura	20	1.50	5.00	4.00	0.98	21.98			
Primarios	14	1.00	4.25	2.66	1.17	10.36	40.00	-2.27	.023
Licenciatura/Grado	12	1.00	5.00	3.81	1.45	17.17			
Bachillerato	46	1.00	5.00	3.04	1.41	29.51	276.50	-2.58	.010
Diplomatura	20	1.50	5.00	4.00	0.98	42.68			
Turno de trabajo									
Mañana	59	1.00	5.00	2.77	1.38	31.82	107.50	-2.49	.013
Mañana y tarde	8	3.00	4.75	4.09	0.72	50.06			
Mañana	59	1.00	5.00	2.77	1.38	38.39	495.00	-3.75	.000
Indistinto	32	1.25	5.00	3.92	1.10	60.03			
Tipo de contrato									
Duración indefinida	61	1.00	5.00	3.05	1.40	37.45	393.50	-2.63	.008
Otros	21	1.00	5.00	3.94	1.15	53.26			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

Los resultados del factor de riesgo relacionado con la **autonomía temporal** en el trabajo (Tabla 33), indican como se da significativamente un mayor riesgo y por tanto una menor autonomía temporal en función del sexo, el grado de responsabilidad en las tareas y compras familiares, y el turno de trabajo.

En el personal sanitario de atención primaria, los que trabajan en turno de mañana y tarde, perciben una menor autonomía temporal que los que trabajan de mañana ($U = 375.50$, $p = .003$) o con turno indistinto ($U = 243.50$, $p = .000$).

Tabla 33. Comparaciones para la variable autonomía temporal

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p
<i>Atención primaria / personal sanitario</i>									
Turno de trabajo									
Mañana	66	1.80	5.00	3.35	0.91	39.19	375.50	-2.92	.003
Mañana y tarde	20	2.20	5.00	3.96	0.60	57.76			
Mañana y tarde	20	2.20	5.00	3.96	0.60	50.33	243.50	-3.49	.000
Indistinto	52	1.00	4.40	3.25	0.83	31.18			
<i>Atención primaria / personal no sanitario</i>									
Sexo									
Hombre	31	1.40	4.40	3.16	0.92	22.63	205.50	-2.25	.024
Mujer	21	1.80	5.00	3.71	0.97	32.21			
Responsable tareas									
Principal responsable	24	1.80	5.00	3.28	0.93	15.13	9.00	-2.09	.036
Otro es responsable	3	2.67	3.17	3.00	0.89	5.00			
Comparto tareas	25	1.40	5.00	3.64	0.92	15.76	6.00	-2.36	.014
Otro es responsable	3	2.67	3.17	3.00	0.89	4.00			
Turno de trabajo									
Mañana	14	2.00	5.00	3.64	0.88	9.00	21.00	-2.18	.030
Mañana y tarde	7	2.67	3.33	2.76	0.25	15.00			
Mañana	14	2.00	5.00	3.64	0.88	29.89	134.50	-2.03	.042
Indistinto	31	1.40	5.00	3.04	0.93	20.34			
Mañana y tarde	7	2.67	3.33	2.76	0.25	34.00	7.00	-3.85	.000
Indistinto	31	1.40	5.00	3.04	0.93	16.23			
<i>Hospital / personal sanitario</i>									
Sexo									
Hombre	67	1.40	5.00	3.15	0.94	143.69	7349.50	-2.65	.008
Mujer	277	1.00	5.00	3.48	0.89	179.47			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

Con respecto al personal no sanitario de atención primaria, son las mujeres las que perciben una menor autonomía temporal ($U = 205.50$, $p = .024$). Con respecto al nivel de responsabilidad en las tareas y compras del hogar, los que no son responsables, perciben una mayor autonomía temporal que los que son

responsables principales ($U = 9, p = .036$) o comparten las tareas ($U = 6, p = .014$). En cuanto al turno de trabajo, los que trabajan por las mañanas perciben una menor autonomía temporal que los que lo hacen por la mañana y tarde ($U = 21, p = .030$) o con turno indistinto ($U = 134, p = .042$). Mientras que los que trabajan con un turno indistinto, perciben menor autonomía que los que lo hacen de mañana y tarde ($U = 7, p = .000$).

Por último, en el personal sanitario que trabaja en el hospital, los resultados muestran como las mujeres perciben una menor autonomía temporal ($U = 7349.50, p = .008$).

Los resultados del factor de riesgo relacionado con **lo importante que percibe que es su trabajo** (Tabla 34), indican como se da significativamente un mayor riesgo y por tanto una percepción menor de la importancia de su trabajo en función del sexo, la edad, del grado de contribución económica al entorno familiar, y del turno de trabajo

En el personal sanitario de atención primaria, las mujeres perciben una menor importancia de su trabajo, en comparación con los hombres ($U = 1695, p = .011$). Además, los que aportan la mitad de los ingresos a su hogar, perciben que su trabajo es menos importante, en comparación con los que son los únicos responsables de los ingresos ($U = 744, p = .000$) y los que aportan más de la mitad ($U = 549.50, p = .005$).

Con respecto al personal no sanitario de atención primaria, los más jóvenes menores de 40 años, son los que creen que su trabajo es menos importante, en comparación con los que tienen entre 41 y 55 años ($U = 139, p = .041$), o los que tienen más de 56 años ($U = 45.50, p = .020$). En cuanto a los turnos de trabajo, los que trabajan de mañana y tarde, son los que creen que su trabajo es menos importante, en comparación con los que trabajan de mañana ($U = 56.50, p = .048$) o con turno indistinto.

Por último, en el personal sanitario que trabaja en el hospital, los resultados muestran como los que son únicos responsables de la contribución económica al hogar, son los que muestran de forma significativas una percepción de mayor importancia de su trabajo, en comparación con los que contribuyen en más de un

50% ($U = 1764$, $p = .014$), o los que contribuyen con menos de un 50% ($U = 707.50$, $p = .011$).

Tabla 34. Comparaciones para la variable importancia del trabajo

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p
<i>Atención primaria / personal sanitario</i>									
Sexo									
Hombre	52	1.50	3.33	2.27	0.52	58.40	1659.00	-2.55	.011
Mujer	86	1.67	3.83	2.55	0.51	76.21			
Contribución económica									
Único responsable	41	1.50	3.33	2.25	0.49	39.15	744.00	-3.84	.000
Aporto la mitad	65	1.67	3.83	2.65	0.52	62.55			
Aporto más del 50%	27	1.50	3.17	2.27	0.47	34.35	549.50	-2.83	.005
Aporto la mitad	65	1.67	3.83	2.65	0.52	51.55			
<i>Atención primaria / personal no sanitario</i>									
Edad									
De 0 a 40 años	19	1.50	3.50	2.57	0.57	25.68	139.00	-2.05	.041
De 41 a 55 años	23	1.50	3.67	2.19	0.67	18.04			
De 0 a 40 años	19	1.50	3.50	2.57	0.57	17.61	45.50	-2.33	.020
De 56 a 70 años	10	1.67	3.33	2.46	0.58	10.05			
Turno de trabajo									
Mañana	14	1.67	3.67	2.43	0.60	9.14	23.00	-2.02	.043
Mañana y tarde	7	2.67	3.33	2.76	0.25	14.71			
Mañana y tarde	7	2.67	3.33	2.76	0.25	26.93	56.50	-1.98	.048
Indistinto	31	1.50	3.50	2.28	0.68	17.82			
<i>Hospital / personal sanitario</i>									
Contribución económica									
Único responsable	85	1.50	3.17	2.29	0.51	63.75	1764.00	-2.46	.014
Más de la mitad	55	1.50	3.83	2.55	0.58	80.93			
Único responsable	85	1.50	3.17	2.29	0.51	51.32	707.50	-2.55	.011
Menos de la mitad	25	2.00	3.67	2.69	0.52	69.70			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

Los resultados del factor de riesgo relacionado con la **falta de variedad o repetitividad en el trabajo** (Tabla 35), indican como se da significativamente un mayor riesgo y por tanto una mayor repetitividad o falta de variedad en función del estado civil, el nivel de estudios y el tipo de contribución económica al hogar.

En el personal sanitario de atención primaria, los que viven en pareja, son los que perciben que su trabajo es más repetitivo, en comparación con los que están divorciados o separados ($U = 443.50$, $p = .009$).

Tabla 35. Comparaciones para la variable poca variedad y repetitividad

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p
<i>Atención primaria / personal sanitario</i>									
Estado civil									
Viviendo en pareja	93	1.00	4.00	3.29	0.89	58.23	443.50	-2.59	.009
Divorciado o separado	16	1.00	4.33	2.54	1.09	36.22			
<i>Hospital / personal sanitario</i>									
Nivel de estudios									
Primarios	25	1.33	4.33	3.00	0.85	41.16	296.00	-2.77	.006
Licenciatura/Grado	40	1.00	4.67	2.38	0.83	27.90			
Bachillerato	86	1.33	5.00	3.21	0.86	134.24	4838.50	-3.00	.003
Diplomatura	147	1.00	5.00	2.82	0.97	106.91			
Bachillerato	86	1.33	5.00	3.21	0.86	73.71	842.00	-4.64	.000
Licenciatura/Grado	40	1.00	4.67	2.38	0.83	41.55			
Formación profesional	4	3.00	3.33	3.16	0.19	36.00	26.00	-2.23	.025
Licenciatura/Grado	40	1.00	4.67	2.38	0.83	21.15			
Diplomatura	147	1.00	5.00	2.82	0.97	99.28	2164.50	-2.57	.010
Licenciatura/Grado	40	1.00	4.67	2.38	0.83	74.61			
Licenciatura/Grado	40	1.00	4.67	2.38	0.83	32.94	497.50	-2.65	.008
Otros	38	1.00	5.00	2.95	1.05	46.41			
Contribución económica									
Único responsable	85	1.00	5.00	3.07	0.93	79.86	1542.00	-3.42	.001
Más de la mitad	55	1.33	4.67	2.57	0.78	56.04			
Único responsable	85	1.00	5.00	3.07	0.93	58.91	773.00	-2.08	.037
Menos de la mitad	25	1.33	4.00	2.61	0.84	43.92			
Más de la mitad	55	1.33	4.67	2.57	0.78	95.04	3687.00	-2.83	.005
Aporto la mitad	179	1.00	5.00	2.95	0.99	124.40			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

En el personal sanitario que trabaja en el hospital, los resultados muestran como a menor nivel de estudios, mayor percepción de repetitividad en el trabajo. Así, los que tienen una licenciatura o grado, perciben una mayor variedad y menor repetitividad en el trabajo que los que tienen estudios primarios ($U = 296$, $p = .006$), de bachillerato ($U = 4838.50$, $p = .003$) de formación profesional ($U = 842$, $p = .000$), de diplomatura ($U = 26$, $p = .025$), u otro tipo de estudios ($U = 2164.50$, $p = .010$). Además, los que tienen estudios de diplomatura perciben una mayor variedad que los que tienen estudios de bachillerato ($U = 497.50$, $p = .008$). Con respecto a la contribución económica al hogar, los que son únicos responsables, perciben una mayor repetitividad en su trabajo, que los que aportan más de la mitad ($U = 1542$, $p = .001$), o menos de la mitad ($U = 773$, $p = .037$). Mientras que los que aportan la

mitad, perciben una mayor repetitividad que los que aportan más de la mitad ($U = 3687, p = .005$).

Los resultados del factor de riesgo relacionado con **lo difícil que percibe el sujeto que es su tarea** (Tabla 36), indican como se da significativamente un mayor riesgo y por tanto una percepción de mayor dificultad de la tarea en función del sexo, de la edad, del nivel de estudios, y del turno de trabajo.

En el personal sanitario de atención primaria, los que tienen más de 56 años, son los que perciben que su trabajo tiene un mayor grado de dificultad, en comparación con los que tienen entre 41 y 55 años ($U = 849, p = .007$). Además, los que trabajan en el turno de mañana, perciben una mayor dificultad en su trabajo que los que trabajan de mañana y tarde ($U = 460, p = .040$).

En el personal sanitario que trabaja en el hospital, los resultados muestran como los hombres perciben que el trabajo tienen mayor dificultad ($U = 6653, p = .000$). Además los más jóvenes con menos de 40 años, perciben una mayor dificultad que sus compañeros mayores de 56 años ($U = 3135.50, p = .012$). En cuanto al nivel de estudios, en general, a mayor nivel de estudios, más difícil se percibe que es el trabajo a realizar. Así, los que tienen una licenciatura o grado, perciben una mayor dificultad que los que tienen estudios de primaria ($U = 330.50, p = .021$), de bachillerato ($U = 268, p = .003$), o una diplomatura ($U = 4659.50, p = .001$). Además, los que tienen una diplomatura, perciben más dificultad que los que tienen estudios de bachillerato ($U = 984, p = .000$). Y por último, los que tienen otro tipo de estudios, perciben una mayor dificultad que los que tienen estudios primarios ($U = 781, p = .000$), de bachillerato ($U = 2270.50, p = .026$), o de diplomatura ($U = 1881.50, p = .002$). En cuanto a los turnos de trabajo, los que trabajan de tarde, perciben de forma significativa una menor dificultad en su trabajo que los que lo hacen de mañana ($U = 51, p = .009$), de mañana y tarde ($U = 20.50, p = .015$) o en turno indistinto ($U = 82.50, p = .008$).

Tabla 36. Comparaciones para la variable dificultad de la tarea

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p
<i>Atención primaria / personal sanitario</i>									
Edad									
De 41 a 55 años	62	1.00	4.33	2.77	0.75	45.19	849.00	-2.70	.007
De 56 a 70 años	40	1.67	5.00	3.28	0.92	61.28			
Turno de trabajo									
Mañana	66	1.33	5.00	3.05	0.88	46.53	460.00	-2.06	.040
Mañana y tarde	20	1.00	4.33	2.58	0.78	33.50			
<i>Hospital / personal sanitario</i>									
Sexo									
Hombre	67	1.00	5.00	3.19	1.10	211.70	6653.00	-3.62	.000
Mujer	277	1.00	5.00	2.71	0.88	163.02			
Edad									
De 0 a 40 años	138	1.00	5.00	2.94	0.97	105.65	3153.50	-2.52	.012
De 56 a 70 años	59	1.00	4.33	2.57	0.85	83.45			
Nivel de estudios									
Primarios	25	1.00	4.00	2.61	0.86	26.22	330.50	-2.30	.021
Licenciatura/Grado	40	1.00	5.00	3.23	1.08	37.24			
Primarios	25	1.00	4.00	2.61	0.86	23.72	268.00	-2.93	.003
Otros	38	1.33	5.00	3.33	0.88	37.45			
Bachillerato	86	1.00	4.33	2.43	0.94	97.68	4659.50	-3.37	.001
Diplomatura	147	1.00	5.00	2.82	0.85	128.30			
Bachillerato	86	1.00	4.33	2.43	0.94	54.94	984.00	-3.88	.000
Licenciatura/Grado	40	1.00	5.00	3.23	1.08	81.90			
Bachillerato	86	1.00	4.33	2.43	0.94	52.58	781.00	-4.66	.000
Otros	38	1.33	5.00	3.33	0.88	84.95			
Diplomatura	147	1.00	5.00	2.82	0.85	89.45	2270.50	-2.22	.026
Licenciatura/Grado	40	1.00	5.00	3.23	1.08	110.74			
Diplomatura	147	1.00	5.00	2.82	0.85	86.80	1881.50	-3.13	.002
Otros	38	1.33	5.00	3.33	0.88	116.99			
Turnos de trabajo									
Mañana	108	1.00	5.00	3.90	0.97	58.03	51.00	-2.60	.009
Tarde	4	1.00	2.67	1.41	0.83	15.25			
Tarde	4	1.00	2.67	1.41	0.83	7.63	20.50	-2.43	.015
Mañana y tarde	38	1.00	4.33	2.74	0.82	22.96			
Tarde	4	1.00	2.67	1.41	0.83	23.13	82.50	-2.66	.008
Indistinto	181	1.00	5.00	2.84	0.93	94.54			
<i>Hospital / personal no sanitario</i>									
Edad									
De 0 a 40 años	27	2.00	5.00	3.32	0.98	52.28	532.50	-2.38	.017
De 41 a 55 años	58	1.00	5.00	2.75	0.96	38.68			
De 0 a 40 años	27	2.00	5.00	3.32	0.98	26.76	114.50	-2.79	.005
De 56 a 70 años	17	1.33	4.00	2.41	0.81	15.74			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

Por último, con respecto al personal no sanitario del hospital, son los trabajadores más jóvenes de menos de 40 años, los que perciben una mayor dificultad en su trabajo, en comparación con los que tienen entre 41 y 55 años ($U = 532.50$, $p = .017$) o los mayores de 56 años ($U = 114.50$, $p = .005$).

Los resultados del factor de riesgo relacionado con las **habilidades sociales para la gestión del trabajo** (Tabla 37), indican como se da significativamente un mayor riesgo y por tanto unas menores habilidades sociales de gestión en función del nivel de estudios, de los turnos de trabajo, del tipo de contrato laboral.

Con respecto al personal no sanitario de atención primaria, los que trabajan en el turno de mañana son los que perciben que tienen unas menores habilidades sociales para la gestión del trabajo, en comparación con los que trabajan de mañana y tarde ($U = 18.50$, $p = .021$), o los que trabajan en turnos indistintos ($U = 130.50$, $p = .033$). Con respecto al tipo de contrato, los que tienen un tipo de contrato diferente al de duración determinada y al indefinido, perciben unas menores habilidades sociales de gestión, que los que tienen un contrato de duración determinada ($U = 27$, $p = .004$) o indefinida ($U = 70$, $p = .014$).

En el personal sanitario que trabaja en el hospital, los resultados muestran como en general, los que tienen formación profesional perciben que tienen unas mayores habilidades sociales de gestión, y los que tienen estudios de bachiller, unas menores habilidades sociales. Así, los que tienen estudios de bachiller, perciben que tienen unas menores habilidades en comparación con los que han estudiado formación profesional ($U = 12$, $p = .015$), una diplomatura ($U = 24$, $p = .003$), una licenciatura o grado ($U = 4788$, $p = .002$), u otros estudios ($U = 1137.50$, $p = .002$). Mientras que los que han estudiado formación profesional, perciben que tienen unas mayores habilidades sociales de gestión para el trabajo en comparación con los que tienen estudios primarios ($U = 1186.50$, $p = .013$), una diplomatura ($U = 28$, $p = .003$), una licenciatura o grado ($U = 8$, $p = .002$), un doctorado ($U = 0.00$, $p = .018$) u otros estudios ($U = 9.00$, $p = .003$).

Tabla 37. Comparaciones para las habilidades sociales de gestión para el trabajo

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p
<i>Atención primaria / personal no sanitario</i>									
Turno de trabajo									
Mañana	14	2.75	5.00	4.23	0.71	13.18	18.50	-2.32	.021
Mañana y tarde	7	3.50	4.25	3.60	0.28	6.64			
Mañana	14	2.75	5.00	4.23	0.71	29.18	130.50	-2.14	.033
Indistinto	31	2.25	5.00	2.63	0.86	20.21			
Tipo de contrato									
Duración determinada	15	2.75	5.00	4.12	0.68	17.17	27.50	-2.88	.004
Otros	11	2.25	4.25	3.16	0.67	8.50			
Duración indefinida	26	2.50	5.00	3.86	0.80	21.81	70.00	-2.45	.014
Otros	11	2.25	4.25	3.16	0.67	12.36			
<i>Hospital / personal sanitario</i>									
Nivel de estudios									
Primarios	25	2.25	5.00	3.98	0.86	16.52	12.00	-2.43	.015
Formación profesional	4	2.75	3.00	2.87	0.14	5.50			
Bachillerato	86	2.25	5.00	3.92	0.73	47.22	24.00	-2.97	.003
Formación profesional	4	2.75	3.00	2.87	0.14	8.50			
Bachillerato	86	2.25	2.25	5.00	3.92	0.73	4788.00	-3.13	.002
Diplomatura	147	2.25	5.00	4.20	0.69	127.43			
Bachillerato	86	2.25	2.25	5.00	3.92	0.73	1137.50	-3.12	.002
Licenciatura/Grado	40	2.25	5.00	4.33	0.71	78.06			
Bachillerato	86	2.25	2.25	5.00	3.92	0.73	1186.50	-2.48	.013
Otros	38	2.25	5.00	4.30	0.78	74.28			
Formación profesional	4	2.75	3.00	2.87	0.14	9.50	28.00	-3.13	.003
Diplomatura	147	2.25	5.00	4.20	0.69	77.81			
Formación profesional	4	2.75	3.00	2.87	0.14	4.50	8.00	-3.03	.002
Licenciatura/Grado	40	2.25	5.00	4.33	0.71	24.30			
Formación profesional	4	2.75	3.00	2.87	0.14	2.50	0.00	-2.36	.018
Doctorado	4	3.25	5.00	4.12	1.01	6.50			
Formación profesional	4	2.75	3.00	2.87	0.14	4.75	9.00	-2.94	.003
Otros	38	2.25	5.00	4.30	0.78	23.26			
Turno de trabajo									
Mañana	108	2.50	5.00	4.23	0.73	80.10	1339.50	-3.23	.001
Mañana y tarde	38	2.25	5.00	3.80	0.73	54.75			
Mañana y tarde	38	2.25	5.00	3.80	0.73	85.55	2510.00	-2.66	.008
Indistinto	181	2.25	5.00	4.15	0.76	115.13			
Tipo de contrato									
Duración determinada	123	2.25	5.00	4.28	0.69	151.43	7080.50	-3.12	.002
Duración indefinida	147	2.25	5.00	4.01	0.73	122.17			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

Con respecto a los turnos de trabajo, los que trabajan de mañana y tarde son los que perciben que tienen unas mayores habilidades sociales de gestión, en comparación con los que trabajan de mañana ($U = 1339.50, p = .001$) o con turno indistinto ($U = 2510.00, p = .008$). Por último, con respecto al tipo de contrato laboral los que tienen un contrato con duración determinada, perciben unas menores habilidades sociales de gestión, que los que tienen un contrato indefinido ($U = 7080.50, p = .002$).

Los resultados del factor de riesgo relacionado con la **percepción de mayor fatiga al realizar su trabajo** (Tabla 38), indican como se da significativamente un mayor riesgo y por tanto una mayor fatiga en los trabajadores en función del sexo, la edad y el turno de trabajo.

En el personal sanitario de atención primaria, los hombres perciben que se fatigan más en su trabajo ($U = 1633, p = .008$). Además, los más mayores, de más de 56 años, son también los que perciben que se fatigan más, en comparación con los que tienen entre 41 y 55 años ($U = 828.50, p = .004$).

Con respecto al personal no sanitario de atención primaria, son las mujeres las que perciben una mayor fatiga en su trabajo ($U = 184, p = .008$). Además, los que trabajan en el turno de mañana y tarde, perciben una mayor fatiga que los que trabajan en el turno de mañana ($U = 0.00, p = .000$), o en un turno indistinto ($U = 15.50, p = .000$).

En el personal sanitario que trabaja en el hospital, los resultados en cuanto a los turnos de trabajo, muestran como los que trabajan de mañana perciben una mayor fatiga que los que trabajan de tarde ($U = 6.50, p = .001$) o de mañana y tarde ($U = 1542.50, p = .022$). Pero los que trabajan de mañana y tarde, muestran una mayor fatiga que los que los hacen de tarde ($U = 2, p = .001$), de tarde y noche ($U = 3.50, p = .006$) o tienen un turno indistinto ($U = 8, p = .001$). Además, los que trabajan de tarde y noche muestran más fatiga que los que trabajan de tarde ($U = 131.50, p = .011$) y los que tienen un turno indistinto, más que los que trabajan de tarde ($U = 2607, p = .018$).

Tabla 38. Comparaciones para la variable nivel de fatiga en el trabajo

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p
<i>Atención primaria / personal sanitario</i>									
Sexo									
Hombre	52	2.00	5.00	3.73	0.85	81.10	1633.00	-2.67	.008
Mujer	86	2.00	5.00	3.35	0.83	62.49			
Edad									
De 41 a 55 años	62	2.00	5.00	3.27	0.89	44.86	828.50	-2.84	.004
De 56 a 70 años	40	2.33	5.00	3.79	0.89	61.79			
<i>Atención primaria / personal no sanitario</i>									
Sexo									
Hombre	31	1.67	4.67	3.13	0.92	21.94	184.00	-2.66	.008
Mujer	21	2.00	5.00	3.87	0.92	33.24			
Turno de trabajo									
Mañana	14	2.00	4.33	3.26	0.75	7.50	0.00	-3.71	.000
Mañana y tarde	7	4.67	5.00	4.71	0.12	18.00			
Mañana y tarde	7	4.67	5.00	4.71	0.12	32.79	15.50	-3.16	.000
Indistinto	31	1.67	5.00	3.23	0.97	16.50			
<i>Hospital / personal sanitario</i>									
Turno de trabajo									
Mañana	108	1.33	5.00	3.31	0.75	58.44	6.50	-3.33	.001
Tarde	4	1.33	2.00	1.50	0.33	4.13			
Mañana	108	1.33	5.00	3.31	0.75	68.78	1542.50	-2.29	.022
Mañana y tarde	38	1.67	5.00	3.77	1.05	86.91			
Tarde	4	1.33	2.00	1.50	0.33	3.00	2.00	-3.27	.001
Mañana y tarde	38	1.67	5.00	3.77	1.05	23.45			
Tarde	4	1.33	2.00	1.50	0.33	3.38	3.50	-2.58	.006
Tarde y noche	13	1.67	4.00	2.87	0.84	10.73			
Tarde	4	1.33	2.00	1.50	0.33	4.50	8.00	-3.37	.001
Indistinto	181	1.67	5.00	3.38	0.80	94.96			
Mañana y tarde	38	1.67	5.00	3.77	1.05	29.04	131.50	-2.54	.011
Tarde y noche	13	1.67	4.00	2.87	0.84	17.12			
Mañana y tarde	38	1.67	5.00	3.77	1.05	131.89	2607.00	-2.36	.018
Indistinto	181	1.67	5.00	3.38	0.80	105.40			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

Los resultados del factor de riesgo relacionado con la **capacidad de adaptación a las nuevas situaciones del entorno laboral** (Tabla 39), indican como se da significativamente un mayor riesgo y por tanto una menor capacidad de adaptación en función del sexo, el nivel de estudios, los turnos de trabajo y el tipo de contrato. Con respecto al personal no sanitario de atención primaria, son las mujeres las que perciben que tienen una menor capacidad para adaptarse a las nuevas situaciones

derivadas del entorno laboral ($U = 183.5$, $p = .007$). Con respecto a los turnos, los que trabajan en el turno de mañana y tarde, son los que perciben unas menores habilidades, en comparación con los que lo hacen de mañana ($U = 16.50$, $p = .009$) o con turno indistinto ($U = 26.50$, $p = .002$). En cuanto al tipo de contrato laboral, los que tienen un contrato diferente al de duración determinada e indefinido, son los que perciben que tienen unas mejores habilidades de adaptación, en comparación con los que tienen un contrato de duración determinada ($U = 39.00$, $p = .020$) o indefinido ($U = 75.00$, $p = .021$).

Tabla 39. Comparaciones para la variable capacidad de adaptación a las nuevas situaciones del entorno laboral

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p
<i>Atención primaria / personal no sanitario</i>									
Sexo									
Hombre	31	2.00	5.00	3.43	1.12	21.92	183.50	-2.72	.007
Mujer	21	2.00	5.00	4.28	0.78	33.26			
Turno de trabajo									
Mañana	14	2.00	5.00	3.98	0.94	8.68	16.50	-2.64	.009
Mañana y tarde	7	4.00	5.00	4.85	0.38	15.64			
Mañana y tarde	7	4.00	5.00	4.85	0.38	31.21	26.50	-3.16	.002
Indistinto	31	2.00	5.00	3.48	1.09	16.85			
Tipo de contrato									
Duración determinada	15	2.50	5.00	4.03	0.83	16.40	39.00	-2.33	.020
Otros	11	2.00	4.50	3.00	1.07	9.55			
Duración indefinida	26	2.00	5.00	3.96	1.04	21.62	75.00	-2.31	.021
Otros	11	2.00	4.50	3.00	1.07	12.82			
<i>Hospital / personal sanitario</i>									
Nivel de estudios									
Primarios	25	2.00	5.00	4.12	0.99	16.64	9.00	-2.67	.008
Formación profesional	4	2.00	3.00	2.50	0.57	4.75			
Bachillerato	86	1.50	5.00	4.09	1.05	47.01	42.00	-2.69	.007
Formación profesional	4	2.00	3.00	2.50	0.57	13.00			
Formación profesional	4	2.00	3.00	2.50	0.57	16.00	13.00	-2.13	.003
Diplomatura	147	1.50	5.00	4.07	0.92	77.63			
Formación profesional	4	2.00	3.00	2.50	0.57	4.25	7.00	-3.20	.001
Licenciatura/Grado	40	2.00	5.00	4.35	0.78	24.33			
Formación profesional	4	2.00	3.00	2.50	0.57	6.00	14.00	-2.79	.005
Otros	38	1.50	5.00	4.24	0.99	23.13			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

En el personal sanitario que trabaja en el hospital, los resultados muestran como los que han cursado formación profesional son los que tienen una percepción de mayores habilidades para la adaptación a las situaciones del entorno laboral, que los que tienen estudios primarios ($U = 9, p = .008$), de bachiller ($U = 42, p = .007$), de diplomatura ($U = 13, p = .003$), de licenciatura o grado ($U = 7, p = .001$) u otros ($U = 14, p = .005$).

Los resultados del factor de riesgo relacionado con el **acceso percibido a los medios de información de la empresa** (Tabla 40), indican como se da significativamente un mayor riesgo y por tanto se perciben un menor acceso a los medios de información en función del sexo, del nivel de estudios, del grado de responsabilidad en las tareas y compras del hogar y del turno de trabajo

En el personal sanitario de atención primaria, los que no son responsables de las tareas y compras en sus familias, son los que perciben un menor acceso a los medios de información, en comparación con los que son los principales responsables ($U = 262, p = .017$) o comparten las tareas ($U = 369.50, p = .013$).

Con respecto al personal no sanitario de atención primaria, son los hombres los que perciben un menor acceso a los medios de información ($U = 183, p = .007$). En cuanto a los turnos de trabajo, son los que trabajan de mañana y tarde, en comparación con los que trabajan de mañana ($U = 23, p = .046$), los que perciben un menor acceso a los medios de información.

En el personal sanitario que trabaja en el hospital, los resultados muestran también como los que trabajan de mañana y tarde perciben un menor acceso a la información que los que trabajan de mañana ($U = 1425, p = .005$).

Por último, con respecto al personal no sanitario del hospital, en general, cuanto mayor sea el nivel de estudios, existen una percepción de menor acceso de los medios de información de la empresa. De este modo, los que tienen estudios primarios, perciben una mayor acceso a los medios de información, que los que tienen estudios de bachillerato ($U = 206, p = .038$), de diplomatura ($U = 68.50, p = .011$) o de licenciatura o grado ($U = 40, p = .021$).

Tabla 40. Comparaciones para la variable información de la organización

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p
<i>Atención primaria / personal sanitario</i>									
Responsable tareas									
Principal responsable	50	1.00	5.00	2.39	1.01	30.74	262.00	-2.39	.017
Otro es responsable	17	1.00	5.00	3.56	1.64	43.59			
Comparto tareas									
Otro es responsable	71	1.00	5.00	2.47	1.16	41.20	369.50	-2.49	.013
	17	1.00	5.00	3.56	1.64	58.26			
<i>Atención primaria / personal no sanitario</i>									
Sexo									
Hombre	31	1.00	5.00	3.10	1.38	31.10	183.00	-2.69	.007
Mujer	21	1.00	3.00	2.14	0.60	19.71			
Turno de trabajo									
Mañana	14	1.00	4.00	2.09	0.77	9.14	23.00	-1.99	.046
Mañana y tarde	7	2.00	3.00	2.71	0.48	14.71			
<i>Hospital / personal sanitario</i>									
Turno de trabajo									
Mañana	108	1.00	5.00	2.09	0.97	67.69	1425.00	-2.83	.005
Mañana y tarde	38	1.00	4.33	2.64	1.04	90.00			
<i>Hospital / personal no sanitario</i>									
Nivel de estudios									
Primarios	14	1.00	3.00	1.76	0.67	22.21	206.00	-2.08	.038
Bachillerato	46	1.00	5.00	2.42	1.10	33.02			
Primarios	14	1.00	3.00	1.76	0.67	12.39	68.50	-2.53	.011
Diplomatura	20	1.00	5.00	3.10	1.49	21.08			
Primarios	14	1.00	5.00	1.76	0.67	10.36	40.00	-2.30	.021
Licenciatura/Grado	12	1.00	5.00	3.11	1.55	17.17			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

Los resultados del factor de riesgo relacionado con las **relaciones y canales de información con los jefes** (Tabla 41), indican como se da significativamente un mayor riesgo y por tanto unas menores relaciones y canales de información en función de la edad, el estado civil, el nivel de estudios, del nivel de responsabilidad en las tareas y compras del hogar, y el turno de trabajo.

En el personal sanitario de atención primaria, los que tienen una edad entre 41 y 55 años, son los que perciben unas menores relaciones y canales de participación, en comparación con los más jóvenes de menos de 40 años ($U = 765.50$, $p = .009$). Además, los que no son responsables de las tareas o compras, perciben unas menores relaciones y canales de participación, que los que son los principales responsables ($U = 282.50$, $p = .038$), o comparten las tareas ($U = 532.50$, $p = .007$).

En el personal sanitario que trabaja en el hospital, los resultados muestran como los que viven en pareja, en comparación con los que están solteros y viven con sus padres, perciben unas menores relaciones y canales de información con sus jefes ($U = 1859.50$, $p = .045$). Con respecto al nivel de estudios, en general, a menor nivel, menores relaciones y canales de información percibidos. Así, los que tienen estudios primarios muestran unas menores relaciones que los que tienen una licenciatura o grado ($U = 275$, $p = .002$), o los que tienen otros estudios ($U = 290.50$, $p = .008$). Los que tienen el bachillerato perciben unas menores relaciones que los que tienen una licenciatura o grado ($U = 1181.50$, $p = .004$) u otros estudios ($U = 1190$, $p = .015$); o los que tienen una diplomatura, perciben unas menores relaciones y canales de información que los que tienen una licenciatura o grado ($U = 2285.50$, $p = .029$) u otros estudios ($U = 2209.50$, $p = .045$).

También para el personal sanitario que trabaja en el hospital, con respecto a los turnos de trabajo, los que trabajan en el turno de mañana y tarde, perciben unas menores relaciones y canales de información, que los que trabajan por la mañana ($U = 1194$, $p = .000$) o por la tarde ($U = 7065$, $p = .000$). También, los que tienen un turno indistinto, perciben unas menores relaciones que los que los hacen por la mañana ($U = 25$, $p = .025$).

Por último, con respecto al personal no sanitario del hospital, a más edad, se perciben unas mejores relaciones y canales de participación con los jefes. Así, los que tienen más de 56 años, perciben unas mejores relaciones que los que tienen menos de 40 años ($U = 87.50$, $p = .001$) y los que tienen entre 41 y 55 años ($U = 295$, $p = .011$).

Tabla 41. Comparaciones para la variable relaciones y canales de información con los jefes

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p
<i>Atención primaria / personal sanitario</i>									
Edad									
De 0 a 40 años	36	1.00	5.00	2.72	1.19	39.76	765.50	-2.61	.009
De 41 a 55 años	62	1.00	5.00	3.53	1.19	55.15			
Responsable tareas									
Principal responsable	50	1.00	5.00	3.02	1.24	31.15	282.50	-2.08	.038
Otro es responsable	17	1.75	5.00	3.85	1.03	42.38			
Comparto tareas	71	1.00	5.00	3.19	1.27	40.96	532.50	-2.69	.007
Otro es responsable	17	1.75	5.00	3.85	1.03	59.26			
<i>Hospital / personal sanitario</i>									
Estado civil									
Solt. viv. con padres	22	1.00	2.67	1.80	0.39	96.02	1859.50	-2.01	.045
Viviendo con pareja	227	1.00	4.33	2.10	0.75	127.81			
Nivel de estudios									
Primarios	25	2.00	5.00	3.48	0.89	42.00	275.00	-3.12	.002
Licenciatura/Grado	40	1.00	5.00	2.76	1.26	27.38			
Primarios	25	2.00	5.00	3.48	0.89	39.38	290.50	-2.63	.008
Otros	38	1.00	5.00	2.83	1.39	27.14			
Bachillerato	86	1.00	5.00	3.14	1.03	69.76	1181.50	-2.86	.004
Licenciatura/Grado	40	1.00	5.00	2.76	1.26	50.04			
Bachillerato	86	1.00	5.00	3.14	1.03	67.66	1190.00	-2.43	.015
Otros	38	1.00	5.00	2.83	1.39	50.82			
Diplomatura	147	1.00	5.00	3.05	1.11	98.45	2285.50	-2.19	.029
Licenciado/Grado	40	1.00	5.00	2.76	1.26	77.64			
Diplomatura	147	1.00	5.00	3.05	1.11	92.36	2209.50	-2.01	.045
Otros	38	1.00	5.00	2.83	1.39	77.64			
Turno de trabajo									
Mañana	108	1.00	4.33	1.83	0.67	65.56	1194.00	-3.88	.000
Mañana y tarde	38	1.00	4.67	2.35	0.80	96.08			
Mañana	108	1.00	4.33	1.83	0.67	119.92	7065.00	-3.99	.000
Indistinto	181	1.00	4.33	2.15	0.73	159.97			
Tarde	4	1.33	1.67	1.58	0.17	8.75	25.00	-2.24	.025
Mañana y tarde	42	1.00	4.67	2.35	0.80	22.84			
<i>Hospital / personal no sanitario</i>									
Edad									
De 0 a 40 años	27	1.33	4.00	2.47	0.79	24.04	87.50	-3.46	.001
De 56 a 70 años	17	1.00	3.00	1.61	0.59	20.06			
De 41 a 55 años	58	1.00	4.33	2.17	0.87	41.41	295.00	-2.53	.011
De 56 a 70 años	17	1.00	3.00	1.61	0.59	26.35			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

Los resultados del factor de riesgo relacionado con la **carga mental** (Tabla 42), indican como se da significativamente un mayor riesgo y por tanto una mayor carga mental en función del sexo, nivel de estudios, el nivel de responsabilidad en las tareas y compras del hogar, los turnos de trabajo y el tipo de contrato.

En el personal no sanitario de atención primaria, las mujeres perciben una mayor carga mental que los hombres ($U = 150, p = .001$). Además, los que tienen un contrato de duración determinada ($U = 38, p = .018$) o un contrato de duración indefinida ($U = 61, p = .006$), perciben más carga mental que los que tienen otro tipo de contrato.

En el personal sanitario que trabaja en el hospital, los resultados muestran como en general, a menor nivel de estudios, mayor carga mental. Así, los trabajadores que tienen estudios primarios, perciben mayor carga mental que los que tienen estudios de licenciatura o grado ($U = 302.50, p = .007$). Por su parte, los que tienen estudios de bachillerato perciben más carga mental que los que tienen una diplomatura ($U = 5191, p = .021$), una licenciatura o grado ($U = 1070, p = .001$), u otros estudios ($U = 1229.50, p = .026$). Además, los que tienen una diplomatura perciben más carga mental que los que tienen una licenciatura o grado ($U = 2254.50, p = .022$). La única excepción está en que los que tienen un doctorado perciben mayor carga mental que los que tienen una licenciatura o grado ($U = 28, p = .031$).

Siguiendo con el personal sanitario de hospital, los que son los principales responsables de las tareas y compras en su hogar, perciben mayor carga mental que los que comparten esas tareas ($U = 1099, p = .001$). Por último, los que trabajan en turno de tarde, son los que perciben una menor carga mental, en comparación con los que trabajan en turno de mañana ($U = 28, p = .003$), en turnos de mañana y tarde ($U = 16, p = .008$), en turno de tarde y noche ($U = 6, p = .021$), o en turno indistinto ($U = 56, p = .003$).

Tabla 42. Comparaciones para la variable carga mental

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p
<i>Atención primaria / personal no sanitario</i>									
Sexo									
Hombre	31	2.00	5.00	3.31	0.92	20.84	150.00	-3.33	.001
Mujer	21	1.00	5.00	4.17	0.93	34.86			
Tipo de contrato									
Duración determinada	15	2.50	4.50	3.80	0.70	16.47	38.00	-2.36	.018
Otros	11	1.00	4.00	2.81	1.03	9.45			
Duración indefinida	26	2.00	5.00	3.92	1.01	22.15	61.00	-2.76	.006
Otros	11	1.00	4.00	2.81	1.03	11.55			
<i>Hospital / personal sanitario</i>									
Nivel de estudios									
Primarios	25	2.00	5.00	3.76	0.79	40.90	302.50	-2.71	.007
Licenciatura/Grado	40	1.00	5.00	3.10	1.04	28.06			
Bachillerato	86	1.00	5.00	3.79	0.98	130.14	5191.00	-2.31	.021
Diplomatura	147	1.00	5.00	3.51	1.01	109.31			
Bachillerato	86	1.00	5.00	3.79	0.98	71.06	1070.00	-3.46	.001
Licenciatura/Grado	40	1.00	5.00	3.10	1.04	47.25			
Bachillerato	86	1.00	5.00	3.79	0.98	67.20	1229.50	-2.23	.026
Otros	38	1.00	5.00	3.38	1.01	51.86			
Diplomatura	147	1.00	5.00	3.51	1.01	98.66	2254.50	-2.29	.022
Licenciatura/Grado	40	1.00	5.00	3.10	1.04	76.86			
Licenciatura/Grado	40	1.00	5.00	3.10	1.04	21.20	28.00	-2.16	.031
Doctorado	4	3.50	5.00	4.25	0.87	35.50			
Responsabilidad tareas									
Principal responsable	151	1.00	5.00	3.72	0.98	178.12	10099.00	-3.26	.001
Comparto las tareas	169	1.00	5.00	3.36	0.99	144.76			
Turno de trabajo									
Mañana	108	1.00	5.00	3.52	0.96	58.24	28.00	-2.98	.003
Tarde	4	1.00	1.67	1.58	0.17	9.50			
Tarde	4	1.00	1.67	1.58	0.17	9.50	16.00	-2.64	.008
Mañana y tarde	38	1.00	5.00	3.66	1.08	23.08			
Tarde	4	1.00	1.67	1.58	0.17	9.50	6.00	-2.32	.021
Tarde y noche	13	1.00	4.50	3.15	0.98	10.54			
Tarde	4	1.00	1.67	1.58	0.17	9.50	56.00	-2.92	.003
Indistinto	181	1.00	5.00	3.59	1.00	94.37			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

Los resultados del factor de riesgo relacionado con la **motivación intrínseca** de los trabajadores (Tabla 43), indican como se da significativamente un mayor riesgo y por tanto una menor motivación intrínseca en función del sexo, de la edad, el nivel grado de contribución económica al entorno familiar, el turno de trabajo y el tipo de contrato.

En el personal sanitario de atención primaria, las mujeres muestran una menor motivación intrínseca que los varones ($U = 1614.50$, $p = .006$). Además, los que tienen una edad intermedia entre 41 y 55 años, son los que presentan una peor motivación intrínseca, al compararlos con los que tienen hasta 40 años ($U = 727.50$, $p = .004$), o los que tienen más de 56 años ($U = 864.50$, $p = .009$). Además, los que contribuyen a la economía del hogar en un 50%, son los que menos motivados están intrínsecamente, en comparación con los que son únicos responsables ($U = 864$, $p = .002$), o aportan más de la mitad ($U = 604.50$, $p = .018$). Por último, los que tienen un tipo de contrato diferente al indefinido y de duración determinada son los que presentan una menor motivación intrínseca en comparación con los que tienen un contrato indefinido ($U = 873$, $p = .003$).

Con respecto al personal no sanitario de atención primaria, son los que trabajan en turno de mañana los que muestran una menor motivación intrínseca, en comparación con los que trabajan en turno de mañana y tarde ($U = 19$, $p = .023$) o en turno indistinto ($U = 131.50$, $p = .033$).

En el personal sanitario que trabaja en el hospital, los resultados muestran como los que son únicos responsables a la economía del hogar, son los que muestran una mayor motivación intrínseca, en comparación con los que aportan la mitad ($U = 5710.50$, $p = .001$), o los que aportan menos de la mitad ($U = 633$, $p = .002$).

Tabla 43. Comparaciones para la variable motivación intrínseca

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p
<i>Atención primaria / personal sanitario</i>									
Sexo									
Hombre	52	1.00	4.50	2.50	0.99	57.55	1614.50	-2.76	.006
Mujer	86	1.00	5.00	2.98	0.97	76.73			
Edad									
De 0 a 40 años	36	1.00	4.50	2.54	0.94	38.71	727.50	-2.89	.004
De 41 a 55 años	62	1.00	5.00	3.09	0.93	55.77			
De 41 a 55 años	62	1.00	5.00	3.09	0.93	48.51	864.50	-2.60	.009
De 56 a 70 años	40	1.00	5.00	2.58	1.07	56.14			
Contribución económica									
Único responsable	41	1.00	4.50	2.48	0.94	42.07	864.00	-3.07	.002
Aporto la mitad	65	1.00	5.00	3.12	1.00	60.71			
Más de la mitad	27	1.50	4.50	2.61	0.90	36.39	604.50	-2.37	.018
Aporto la mitad	65	1.00	5.00	3.12	1.00	50.70			
Tipo de contrato									
Duración indefinida	77	1.00	5.00	2.59	0.92	58.25	873.00	-3.02	.003
Otros	55	1.00	5.00	3.17	0.93	52.64			
<i>Atención primaria / personal no sanitario</i>									
Turno de trabajo									
Mañana	14	1.50	4.50	3.32	0.86	13.14	19.00	-2.28	.023
Mañana y tarde	7	2.00	4.50	2.35	0.94	6.71			
Mañana	14	1.50	4.50	3.32	0.86	29.11	131.50	-2.14	.033
Indistinto	31	1.00	4.50	2.59	1.01	20.24			
<i>Hospital / personal sanitario</i>									
Contribución económica									
Único responsable	85	1.00	5.00	2.42	0.94	110.18	5710.50	-3.32	.001
Aporto la mitad	179	1.00	5.00	2.84	0.97	143.10			
Único responsable	85	1.00	5.00	2.42	0.94	50.45	633.00	-3.11	.002
Menos de la mitad	25	1.00	4.50	3.18	0.93	72.68			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

Los resultados del factor de riesgo relacionado con la **motivación extrínseca** (Tabla 44), indican como se da significativamente un mayor riesgo y por tanto una mayor motivación extrínseca en función del sexo, el grado de contribución económica al hogar, el nivel de responsabilidad en las tareas y compras familiares, el turno de trabajo y el tipo de contrato.

Tabla 44. Comparaciones para la variable motivación extrínseca

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p
<i>Atención primaria / personal sanitario</i>									
Sexo									
Hombre	52	1.00	5.00	2.61	1.20	80.99	1638.50	-2.74	.006
Mujer	86	1.00	5.00	2.06	1.13	62.55			
Responsable tareas									
Principal responsable	50	1.00	5.00	2.24	1.22	30.88	269.00	-2.32	.020
Otro es el responsable	17	1.00	4.00	3.00	1.06	43.18			
Comparto tareas	71	1.00	5.00	2.11	1.14	40.77	339.00	-2.92	.003
Otro es el responsable	17	1.00	4.00	3.00	1.06	60.06			
Turno de trabajo									
Mañana	66	1.00	4.00	2.03	0.97	46.36	471.00	-2.07	.038
Mañana y tarde	20	1.00	4.00	1.55	0.76	34.05			
Mañana	66	1.00	4.00	2.03	0.97	50.39	1115.00	-3.38	.001
Indistinto	52	1.00	5.00	2.84	1.32	71.06			
Mañana y tarde	20	1.00	4.00	1.55	0.76	22.10	232.00	-3.74	.000
Indistinto	52	1.00	5.00	2.84	1.32	42.04			
<i>Atención primaria / personal no sanitario</i>									
Turno de trabajo									
Mañana	14	1.00	5.00	2.43	1.45	13.25	17.50	-2.61	.009
Mañana y tarde	7	2.00	5.00	2.36	0.95	6.50			
Mañana y tarde	7	2.00	5.00	2.36	0.95	6.50	17.50	-3.52	.000
Indistinto	31	1.00	5.00	2.93	1.36	22.44			
Tipo de contrato									
Duración indefinida	26	1.00	5.00	2.15	1.28	25.98	64.50	-2.69	.007
Otros	11	2.00	5.00	3.36	1.02	26.14			
<i>Hospital / personal sanitario</i>									
Sexo									
Hombre	67	1.00	5.00	2.31	1.10	195.52	7737.00	-2.22	.026
Mujer	277	1.00	5.00	2.06	1.19	166.93			
Contribución económica									
Único responsable	85	1.00	5.00	2.51	1.37	77.30	1759.50	-2.59	.010
Aporto más de la mitad	55	1.00	5.00	1.84	0.86	59.99			
Único responsable	85	1.00	5.00	2.51	1.37	149.21	6187.00	-2.56	.010
Aporto la mitad	179	1.00	5.00	2.05	1.17	124.56			
Único responsable	85	1.00	5.00	2.51	1.37	59.19	748.50	-2.32	.020
Aporto menos de la mitad	25	1.00	3.00	1.75	0.85	42.94			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

En el personal sanitario de atención primaria, los hombres muestran mayor motivación extrínseca ($U = 1638.50$, $p = .006$). Además, en los casos en los que son otros los responsables de las tareas y compras del hogar, se muestra una

mayor motivación extrínseca que en los casos en los que son los principales responsables ($U = 269, p = .020$), o las comparten ($U = 39, p = .003$). En cuanto a los turnos de trabajo, los que tienen un turno de mañana y tarde tienen una menor motivación extrínseca que los que trabajan de mañana ($U = 471, p = .038$), o con turno indistinto ($U = 1115, p = .001$). Además, los que trabajan en turno indistinto, tienen una mayor motivación extrínseca que los que lo hacen de mañana ($U = 232, p = .000$).

Con respecto al personal no sanitario de atención primaria, son los que trabajan en turno de mañana y tarde, los que presentan una menor motivación extrínseca, al compararlos con los que trabajan de mañana ($U = 17.50, p = .009$), o en turno indistinto ($U = 17.50, p = .000$). En cuanto al tipo de contrato, los que tienen una duración diferente a la indefinida o a la determinada, presentan una mayor motivación extrínseca que los que tienen un contrato indefinido ($U = 64.50, p = .007$).

En el personal sanitario que trabaja en el hospital, los resultados muestran como los hombres son los que presentan una mayor motivación extrínseca ($U = 7737, p = .026$). Además, los que son los únicos responsables del aporte económico al hogar, presentan una mayor motivación extrínseca que los que aportan más de la mitad ($U = 1759.50, p = .010$), la mitad ($U = 6187, p = .010$), o menos de la mitad ($U = 749.50, p = .020$).

7.5. Análisis del efecto diferencial de los factores de riesgo laboral sobre la salud mental y la autoeficacia de los trabajadores sanitarios y no sanitarios, de atención primaria y de hospital

En primer lugar, se ha realizado un análisis de correlación de Spearman entre las variables de salud, autoeficacia con los 18 factores de riesgo psicosocial para las cuatro submuestras de trabajadores sanitarios de atención primaria (Tabla 45), personal no sanitario de atención primaria (Tabla 46), personal sanitario que trabaja en un hospital (Tabla 47), y personal no sanitario que trabaja en un hospital (Tabla 48).

Con respecto a las relaciones entre la salud mental y los factores de riesgo psicosocial, los resultados muestran como no todos los factores se relacionan con ella significativamente, de modo que:

- Para los trabajadores sanitarios que trabajan en atención primaria, unas menores relaciones con las personas del entorno laboral ($r = .24$; $p = .005$), una menor autonomía temporal ($r = .42$; $p = .000$), una menor importancia percibida del trabajo ($r = .22$; $p = .009$), una menor motivación intrínseca ($r = .28$; $p = .001$) y una mayor carga mental ($r = -.33$; $p = .000$), están relacionadas con una peor salud mental.
- En cuanto a los trabajadores no sanitarios que trabajan en atención primaria, una menor importancia del trabajo ($r = -.41$; $p = .003$) y una mayor motivación extrínseca ($r = .28$; $p = .046$), están relacionadas con una peor salud mental.
- En cuanto a los trabajadores sanitarios que trabajan en el hospital, unas menores relaciones interpersonales ($r = .15$; $p = .006$), menores habilidades motoras y cognitivas requeridas para el puesto ($r = -.15$; $p = .007$), mayor variedad y menor repetitividad en las tareas ($r = -.14$; $p = .009$), mayor dificultad de la tarea ($r = .16$; $p = .004$), mayor fatiga ($r = .13$; $p = .020$), mayor capacidad de adaptación a nuevas situaciones del entorno laboral ($r = -.20$; $p = .000$), y menor motivación intrínseca ($r = .28$; $p = .000$), están relacionadas con una peor salud mental.

- Por último, con respecto a los trabajadores no sanitarios que trabajan en el hospital, una menor variedad y menor repetitividad en las tareas ($r = .29$; $p = .004$), una mayor dificultad en las tareas ($r = .31$; $p = .002$), una menor capacidad de adaptación a las nuevas situaciones derivadas del entorno laboral ($r = .20$; $p = .041$), y una mayor motivación extrínseca ($r = .43$; $p = .000$), están relacionadas con una peor salud mental.

Con respecto a las relaciones entre la autoeficacia y los factores de riesgo psicosocial, también los resultados muestran como no todos los factores de riesgo psicosocial se relacionan con ella significativamente, de modo que:

- Para los trabajadores sanitarios que trabajan en atención primaria, una menor capacidad para tomar decisiones en el trabajo ($r = -.20$; $p = .002$), unas menores relaciones interpersonales ($r = -.18$; $p = .036$), un mayor control o supervisión de la jefatura sobre su trabajo ($r = .38$; $p = .000$), una mayor demanda de habilidades motoras y cognitivas ($r = .45$; $p = .000$), una menor importancia del trabajo ($r = -.20$; $p = .017$), una menor repetitividad de tareas ($r = .29$; $p = .001$), una menor dificultad de la tarea ($r = .17$; $p = .043$), unas mayores habilidades sociales de gestión del trabajo ($r = .19$; $p = .024$), un menor nivel de fatiga ($r = .33$; $p = .000$), una menor capacidad de adaptación a las nuevas situaciones del entorno laboral ($r = .25$; $p = .003$), y una menor motivación intrínseca ($r = -.31$; $p = .000$), están relacionadas con una menor autoeficacia percibida por parte de estos trabajadores.
- En cuanto a los trabajadores no sanitarios que trabajan en atención primaria, unas mayores relaciones interpersonales ($r = .37$; $p = .007$), unas menores habilidades motoras y cognitivas requeridas ($r = .88$; $p = .000$), una menor repetitividad en las tareas ($r = .29$; $p = .041$), unas menores habilidades sociales de gestión demandadas ($r = .32$; $p = .020$), una menor fatiga ($r = .49$; $p = .000$), una menor capacidad de adaptación a las nuevas situaciones ($r = .57$; $p = .000$), así como una menor carga mental ($r = .34$; $p = .015$), están asociadas a una menor autoeficacia.
- En cuanto a los trabajadores sanitarios que trabajan en el hospital, una menor capacidad para tomar decisiones ($r = -.13$; $p = .014$), un menor control de la

jefatura sobre el trabajo ($r = .12$; $p = .025$), unas menores habilidades motoras y cognitivas requeridas ($r = .37$; $p = .000$), una menor participación en las decisiones de la empresa ($r = -.17$; $p = .001$), unas menores habilidades sociales para gestionar el trabajo ($r = .15$; $p = .006$), una menor fatiga en el trabajo ($r = .25$; $p = .000$), una mayor capacidad de adaptación percibido ($r = .37$; $p = .000$), un menor acceso a los medios de información de la organización ($r = -.15$; $p = .004$), unas menores relaciones y canales de información con los jefes ($r = -.22$; $p = .000$) y una menor motivación intrínseca ($r = -.18$; $p = .001$), están asociadas a una menor autoeficacia.

- Por último y con respecto a los trabajadores no sanitarios que trabajan en el hospital, una menor capacidad para tomar decisiones ($r = -.31$; $p = .001$), una mayor ambigüedad de rol ($r = -.31$; $p = .002$) unas menores relaciones con las personas del entorno laboral ($r = -.22$; $p = .030$), unas menores habilidades motoras y cognitivas requeridas ($r = .42$; $p = .000$), una menor importancia del trabajo ($r = -.30$; $p = .002$), unas menores habilidades sociales para gestionar el trabajo ($r = .27$; $p = .006$), así como una menor motivación intrínseca ($r = -.30$; $p = .002$), están relacionadas con una menor autoeficacia.

Tabla 45. Correlaciones entre los factores de riesgo psicosocial y las variables de salud y autoeficacia en Atención Primaria en el Distrito Sanitario Levante – Alto Almanzora, para el personal sanitario

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. Salud	1																			
2. Autoeficacia	-.12	1																		
3. DECISIÓN	.11	-.19*	1																	
4. AMBIGUED	.06	-.09	.64†	1																
5. RELACION	.24**	-.18*	.32†	.34†	1															
6. SUPERVIS	-.08	.38†	-.17*	-.15	-.02	1														
7. HABMYC	-.04	.45†	-.41†	-.22**	-.28**	.31†	1													
8. PARTICIP	.04	.06	.44†	.45†	.13	-.11	-.14	1												
9. AUTONOMI	.42†	.06	.32†	.13	.07	.06	.04	.11	1											
10. IMPORTAN	.22**	-.20*	.37†	.48†	.35†	-.24**	-.17*	.08	.13	1										
11. VARIEDAD	-.04	.29**	-.33†	-.25**	-.18*	.27**	.49†	-.18*	-.17*	-.24**	1									
12. DIFICULT	.04	.17*	-.19*	-.01	-.07	.51†	.23**	.02	-.24**	.00	.06	1								
13. HHSS	-.04	-.19*	-.58†	-.38†	-.19*	.21*	.59†	-.33†	-.28**	-.25**	.23**	.33†	1							
14. FATIGA	.16	.33†	-.16	-.21*	-.08	.61†	.46†	-.07	.30†	-.18*	.33†	.38†	.17*	1						
15. ADAPTA	-.01	.25**	-.29**	-.12	-.08	.36†	.61†	-.21*	-.02	-.00	.13	.36†	.64†	.39†	1					
16. INFORMA	-.02	.11	.49†	.58†	.23**	-.16	-.13	.57†	.02	.22	-.04	.02	-.36†	-.07	-.12	1				
17. CANALINF	.08	.05	.62†	.62†	.31†	-.14	-.24**	.66†	.13	.29†	-.13	-.07	-.47†	-.16	-.21*	.74†	1			
18. CMENTAL	-.33†	.11	-.18*	-.07	-.01	.26**	.21*	-.16	-.17*	-.08	.15	-.04	.12	.22*	.39†	-.16	-.22*	1		
19. MOTINT	.28**	-.31†	.34†	.24**	.12	-.12	-.16	.19*	.32†	.33†	-.16	-.06	-.16	-.14	-.19*	.05	.18*	-.19*	1	
20. MOTEXTR	.06	.04	-.25**	-.21*	-.12	.06	.02	-.21*	-.24**	-.22*	.29*	.27†	.14	-.02	-.08	-.08	-.13	-.09	-.37†	1

DECISION = Capacidad tomar decisiones; ANBIGUED = Ambigüedad de rol; RELACION = Relaciones interpersonales; SUPERVIS = Supervisión; HABMYC = Habilidades motoras y cognitivas; PARTICIP = Canales de participación; AUTONOMI = Autonomía temporal; IMPORTAN = Importancia del trabajo; VARIEDAD = Poca variedad y repetitividad; DIFICULT = Dificultad de la tarea; HHSS = Habilidades sociales de gestión; FATIGA = Nivel de fatiga; ADAPTA = Capacidad de adaptación a nuevas situaciones; INFORMA = Información de la organización; CANALINF = Relaciones y canales de información con los jefes; CMENTAL = Carga mental; MOTINT = Motivación intrínseca; MOTEXTR = Motivación extrínseca. † $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

Tabla 46. Correlaciones entre los factores de riesgo psicosocial y las variables de salud y autoeficacia en Atención Primaria en el Distrito Sanitario Levante – Alto Almanzora, para el personal no sanitario

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. Salud	1																			
2. Autoeficacia	-.19	1																		
3. DECISIÓN	.01	-.16	1																	
4. AMBIGUED	-.26	-.11	.42**	1																
5. RELACION	.08	.37**	.13	.01	1															
6. SUPERVIS	-.06	.24	-.24	-.14	.10	1														
7. HABMYC	-.19	.88†	-.03	-.07	.41**	.08	1													
8. PARTICIP	.12	-.24	.38**	.31*	.04	-.52†	-.16	1												
9. AUTONOMI	.09	.17	.30*	-.07	.25	-.14	.06	.08	1											
10. IMPORTAN	-.41**	.21	-.13	.30*	.22	-.22	.22	-.09	.21	1										
11. VARIEDAD	.07	.29*	-.02	-.01	.30*	.35*	.26	-.20	-.17	-.29*	1									
12. DIFICULT	.24	.03	-.22	-.05	-.09	.25	.08	-.19	-.37**	-.20	.33*	1								
13. HHSS	-.12	.32*	-.40**	-.14	.15	.14	.51†	-.12	-.31*	.19	.02	.33*	1							
14. FATIGA	-.14	.49†	.17	.06	.30*	.44**	.49†	-.29*	.16	.01	.53†	.41**	.21	1						
15. ADAPTA	-.15	.57†	-.15	-.05	.43**	.22	.70†	-.20	.01	.11	.22	.15	.64†	.58†	1					
16. INFORMA	.10	-.17	.41**	.33*	.08	-.05	-.13	.32*	-.04	-.32*	.23	-.22	-.31*	.02	-.07	1				
17. CANALINF	.06	.18	.20	.36**	.15	.32*	.16	-.02	-.17	-.23	.38**	-.03	-.02	.19	.05	.58†	1			
18. CMENTAL	-.18	.34*	-.18	-.12	.06	.65†	.28*	-.45**	-.01	-.02	.35*	.38**	.23	.72†	.34*	-.22	.18	1		
19. MOTINT	.24	-.14	-.07	-.19	.16	-.31*	-.15	.15	.33*	.23	-.39**	-.08	.02	-.37**	-.27	-.24	-.32*	-.26	1	
20. MOTEXTR	.28*	-.21	.04	.02	-.12	.16	-.24	-.02	-.44**	-.42**	.48†	.19	-.18	-.05	-.29*	.41**	.29*	-.17	-.35*	1

DECISION = Capacidad tomar decisiones; ANBIGUED = Ambigüedad de rol; RELACION = Relaciones interpersonales; SUPERVIS = Supervisión; HABMYC = Habilidades motoras y cognitivas; PARTICIP = Canales de participación; AUTONOMI = Autonomía temporal; IMPORTAN = Importancia del trabajo; VARIEDAD = Poca variedad y repetitividad; DIFICULT = Dificultad de la tarea; HHSS = Habilidades sociales de gestión; FATIGA = Nivel de fatiga; ADAPTA = Capacidad de adaptación a nuevas situaciones; INFORMA = Información de la organización; CANALINF = Relaciones y canales de información con los jefes; CMENTAL = Carga mental; MOTINT = Motivación intrínseca; MOTEXTR = Motivación extrínseca. † $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

Tabla 47. Correlaciones entre los factores de riesgo psicosocial y las variables de salud y autoeficacia en el Hospital Comarcal La Inmaculada, para el personal sanitario

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. Salud	1																			
2. Autoeficacia	-.21 [†]	1																		
3. DECISIÓN	.07	-.13*	1																	
4. AMBIGUED	.08	-.08	.37 [†]	1																
5. RELACION	.15**	-.05	.33 [†]	.36 [†]	1															
6. SUPERVIS	.040	.12*	-.06	.00	.05	1														
7. HABMYC	-.15**	.37 [†]	-.23 [†]	-.05	-.11*	.15**	1													
8. PARTICIP	.04	-.17**	.27 [†]	.34 [†]	.12*	-.17**	-.12*	1												
9. AUTONOMI	.05	.09	.44 [†]	.13*	.21 [†]	-.04	-.16**	.03	1											
10. IMPORTAN	.07	-.06	.18**	.30 [†]	.29 [†]	-.14**	-.07	.09	.17**	1										
11. VARIEDAD	-.14**	.05	-.09	.06	-.00	.26 [†]	.28 [†]	-.04	-.37 [†]	-.28 [†]	1									
12. DIFICULT	.16**	.09	-.25 [†]	.09	-.09	.24 [†]	.30 [†]	-.07	-.39 [†]	.01	.19 [†]	1								
13. HHSS	-.01	.15**	-.45 [†]	-.31 [†]	-.29 [†]	.04	.53 [†]	-.25 [†]	-.37 [†]	-.19 [†]	.04	.34 [†]	1							
14. FATIGA	.13*	.25 [†]	-.03	.12*	.14*	.42 [†]	.41 [†]	-.07	.08	-.08	.29 [†]	.24 [†]	.14*	1						
15. ADAPTA	-.19 [†]	.37 [†]	-.20 [†]	-.19 [†]	-.14**	.03	.57 [†]	-.24 [†]	-.09	-.10	.14*	.18**	.59 [†]	.21 [†]	1					
16. INFORMA	.06	-.15**	.34 [†]	.51 [†]	.32 [†]	.01	-.14*	.32 [†]	.03	.17**	.15**	.04	-.33 [†]	-.00	-.12*	1				
17. CANALINF	-.00	-.22 [†]	.32 [†]	.46 [†]	.38 [†]	.03	-.16**	.27 [†]	-.00	.06	.14**	-.03	-.26 [†]	.01	-.09	.59 [†]	1			
18. CMENTAL	.07	.08	-.10	-.00	.01	.38 [†]	.14**	-.11*	-.18**	-.01	.13*	-.05	.06	.43 [†]	.09	-.07	-.00	1		
19. MOTINT	.28 [†]	-.18**	.23 [†]	.09	.14*	-.26 [†]	-.21 [†]	.26 [†]	.33 [†]	.19 [†]	-.33 [†]	-.16**	-.14**	-.21 [†]	-.20 [†]	-.02	.01	-.22 [†]	1	
20. MOTEXTR	.01	.01	-.20 [†]	-.01	-.16**	.24 [†]	-.04	-.03	-.44 [†]	-.19 [†]	.36 [†]	.41 [†]	.08	.01	-.14**	.15**	.04	.05	-.35 [†]	1

DECISION = Capacidad tomar decisiones; ANBIGUED = Ambigüedad de rol; RELACION = Relaciones interpersonales; SUPERVIS = Supervisión; HABMYC = Habilidades motoras y cognitivas; PARTICIP = Canales de participación; AUTONOMI = Autonomía temporal; IMPORTAN = Importancia del trabajo; VARIEDAD = Poca variedad y repetitividad; DIFICULT = Dificultad de la tarea; HHSS = Habilidades sociales de gestión; FATIGA = Nivel de fatiga; ADAPTA = Capacidad de adaptación a nuevas situaciones; INFORMA = Información de la organización; CANALINF = Relaciones y canales de información con los jefes; CMENTAL = Carga mental; MOTINT = Motivación intrínseca; MOTEXTR = Motivación extrínseca. [†] $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

Tabla 48. Correlaciones entre los factores de riesgo psicosocial y las variables de salud y autoeficacia en el Hospital Comarcal La Inmaculada, para el personal no sanitario

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. Salud	1																			
2. Autoeficacia	-.23*	1																		
3. DECISIÓN	-.02	-.31**	1																	
4. AMBIGUED	.09	-.31**	.58†	1																
5. RELACION	.16	-.22*	.32**	.45†	1															
6. SUPERVIS	.17	.11	.10	-.00	.11	1														
7. HABMYC	.05	.42†	-.17	-.11	.021	.21*	1													
8. PARTICIP	-.16	.11	.32**	.45†	.22*	-.17	-.03	1												
9. AUTONOMI	-.14	.07	.27**	.23*	.09	-.18	.13	.39†	1											
10. IMPORTAN	-.08	-.30**	.36†	.46†	.37†	-.19	-.16	.20*	.29**	1										
11. VARIEDAD	.29**	.06	-.23*	-.16	.04	.33**	.21**	-.17	-.25*	-.17	1									
12. DIFICULT	.31**	.03	-.09	-.05	.02	.36†	.33**	-.17	-.33**	-.23*	.32	1								
13. HHSS	.12	.27**	-.32**	-.34†	-.01	.17	.51†	-.34**	-.39†	-.27**	.14	.43†	1							
14. FATIGA	.16	.19	-.06	.05	.00	.49†	.48†	-.05	.17	-.06	.36†	.51†	.08	1						
15. ADAPTA	.20*	.19	-.11	-.18	.04	.29**	.51†	-.26**	-.26**	-.19	.25*	.43†	.59†	.27**	1					
16. INFORMA	.08	.05	.33**	.49†	.16	-.13	-.17	.59†	.18	.11	-.04	-.09	-.36†	-.09	-.16	1				
17. CANALINF	.07	-.05	.46†	.59†	.37†	-.04	-.14	.55†	.26**	.34†	-.05	-.05	-.36†	.08	-.20*	.68†	1			
18. CMENTAL	.04	.01	-.18	-.21*	-.05	.37†	.23*	-.41†	-.39†	-.23*	.35†	.37†	.37†	.28*	.43†	-.34†	-.34**	1		
19. MOTINT	-.09	-.30**	.39†	.35†	.27**	-.13	-.11	.28**	.51†	.42†	-.21*	-.27**	-.37†	-.07	-.37†	.04	.28**	-.29**	1	
20. MOTEXTR	.43†	-.02	-.28**	-.21*	-.04	.22*	.04	-.37†	-.43†	-.38†	.45†	.39†	.27**	.13	.26**	-.12	-.19	.29**	-.43†	1

DECISION = Capacidad tomar decisiones; AMBIGUED = Ambigüedad de rol; RELACION = Relaciones interpersonales; SUPERVIS = Supervisión; HABMYC = Habilidades motoras y cognitivas; PARTICIP = Canales de participación; AUTONOMI = Autonomía temporal; IMPORTAN = Importancia del trabajo; VARIEDAD = Poca variedad y repetitividad; DIFICULT = Dificultad de la tarea; HHSS = Habilidades sociales de gestión; FATIGA = Nivel de fatiga; ADAPTA = Capacidad de adaptación a nuevas situaciones; INFORMA = Información de la organización; CANALINF = Relaciones y canales de información con los jefes; CMENTAL = Carga mental; MOTINT = Motivación intrínseca; MOTEXTR = Motivación extrínseca. † $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

Por último, para poner a prueba la hipótesis de la existencia de factores de riesgo psicosocial que inciden sobre la salud mental y la autoeficacia del personal sanitario y no sanitario, de atención primaria y del hospital, se llevaron a cabo ocho análisis de regresión, con el fin de elaborar modelos de regresión de la salud mental y la autoeficacia de los trabajadores, a partir de los factores de riesgo psicosocial. Se utilizaron como variables criterio la medida de salud mental y la de autoeficacia, y como variables predictoras, los factores de riesgo psicosocial. Las Tablas 49, 50, 51 y 52 muestran los índices referentes a los modelos de regresión obtenidos mediante el método 'enter' para las variables de riesgo psicosocial que resultaron significativas.

La Salud Mental de los trabajadores sanitarios y no sanitarios de atención primaria, tal como muestran los resultados, se explica por un conjunto de diferentes variables independientes relacionadas con los riesgos psicosociales.

Para los trabajadores sanitarios de atención primaria, el modelo de regresión explica un 30% de la varianza de su Salud mental, con las variables de riesgo psicosocial relacionadas con la autonomía temporal ($\beta = .35$, $SE = .03$, $p < .000$), importancia del trabajo ($\beta = .24$, $SE = .04$, $p < .001$), carga mental ($\beta = -.25$, $SE = .03$, $p < .002$) y capacidad de adaptación a las nuevas situaciones derivadas del entorno laboral ($\beta = .16$, $SE = .02$, $p < .041$), como variables predictoras significativas.

Por su parte, en el modelo de regresión para los trabajadores no sanitarios que trabajan en atención primaria, explica un 21% de la varianza de la Salud mental, con las variables de riesgo psicosocial importancia del trabajo ($\beta = .24$, $SE = .04$, $p < .001$) y motivación intrínseca ($\beta = .24$, $SE = .04$, $p < .001$), como variables predictoras significativas.

De este modo y en atención primaria, mientras que para los trabajadores sanitarios, una peor salud mental se explica en función de una menor autonomía temporal, una menor importancia percibida de su trabajo, una menor carga mental y una menor capacidad de adaptación a las situaciones del entorno laboral; en los trabajadores no sanitarios se explicaría en función de una mayor importancia percibida de su trabajo y una menor motivación intrínseca.

Tabla 49. Regresiones sobre la dimensión de Salud mental para los trabajadores de Atención Primaria

Variable	Personal sanitario			Personal no sanitario		
	β	ES	t	β	ES	t
(Constante)		.18	6.56***		.17	13.01
AUTONOMI	.35	.03	4.74***			
IMPORTAN	.24	.04	3.32**	-.50	.07	-3.78***
CMENTAL	-.25	.03	-3.09**			
ADAPTA	.16	.02	2.07*			
MOTINT				.32	.04	2.41*
ΔR^2	.30			.21		

Nota: ES: Error Estándar. AUTONOMI = Autonomía temporal; IMPORTAN = Importancia del trabajo; ADAPTA = Capacidad de adaptación a nuevas situaciones; CMENTAL = Carga mental; MOTINT = Motivación intrínseca. *** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

Por su parte, la salud mental de los trabajadores sanitarios y no sanitarios que trabajan en el hospital (Tabla 50) se explica también por un conjunto diferente de variables de riesgo psicosocial.

Para los trabajadores sanitarios del hospital, el modelo de regresión explica un 12% de la varianza de su Salud mental, con las variables de riesgo psicosocial relacionadas la motivación intrínseca ($\beta = .24$, $SE = .02$, $p < .000$), dificultad de la tarea ($\beta = .28$, $SE = .02$, $p < .000$), capacidad de toma de decisiones ($\beta = -.18$, $SE = .02$, $p < .001$) y carga mental ($\beta = .14$, $SE = .02$, $p < .008$), como variables predictoras significativas.

El modelo de regresión para los trabajadores no sanitarios que trabajan en el hospital, explica un 12% de la varianza de la Salud mental, con las variables de riesgo psicosocial motivación extrínseca ($\beta = .36$, $SE = .02$, $p < .000$) y relaciones y canales de información con los jefes ($\beta = .19$, $SE = .04$, $p < .044$), como variables predictoras significativas.

De este modo y en el ámbito hospitalario, mientras que para los trabajadores sanitarios, una peor salud mental se explica en función de una menor motivación intrínseca, una mayor dificultad percibida de la tarea, una menor capacidad para tomar decisiones en el trabajo y una mayor carga mental; en los trabajadores no sanitarios se explicaría en función de una mayor motivación extrínseca y de unas menores relaciones y canales de información con los jefes.

Tabla 50. Regresiones sobre la dimensión de Salud mental para los trabajadores del Hospital

Variable	Personal sanitario			Personal no sanitario		
	β	ES	t	β	ES	t
(Constante)		.11	10.02***		.11	13.47***
MOTINT	.24	.02	4.46***			
DIFICULT	.28	.02	5.25***			
DECISION	.18	.02	3.41**			
CMENTAL	.14	.02	2.71**			
MOTEXTR				.36	.02	3.74***
CANALINF				.19	.04	2.04*
ΔR^2	.12			.12		

Nota: ES: Error Estándar. DECISION = Capacidad tomar decisiones; DIFICULT = Dificultad de la tarea; CANALINF = Relaciones y canales de información con los jefes; CMENTAL = Carga mental; MOTINT = Motivación intrínseca; MOTEXTR = Motivación extrínseca. *** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

En cuanto a la autoeficacia percibida por parte de los trabajadores que trabajan en atención primaria (Tabla 51), también se explica por un conjunto diferente de variables de riesgo psicosocial. Así, para los trabajadores sanitarios del hospital, el modelo de regresión explica un 29% de la varianza de su autoeficacia, con las variables de riesgo psicosocial relacionadas con las habilidades motoras y cognitivas ($\beta = .29$, $SE = .05$, $p < .000$), en control de la jefatura sobre el trabajo ($\beta = .27$, $SE = .04$, $p < .001$), la motivación intrínseca ($\beta = -.21$, $SE = .03$, $p < .006$) y el acceso percibido a la información de la organización ($\beta = .20$, $SE = .03$, $p < .006$), como variables predictoras significativas.

El modelo de regresión para los trabajadores no sanitarios que trabajan en el hospital, explica un 74% de la varianza de la autoeficacia percibida, con las variables de riesgo psicosocial de habilidades motoras y cognitivas ($\beta = 1.02$, $SE = .05$, $p < .000$), control de la jefatura sobre el trabajo ($\beta = .22$, $SE = .03$, $p < .004$) y capacidad de adaptación a nuevas situaciones ($\beta = -.31$, $SE = .04$, $p < .004$), como variables predictoras significativas.

De este modo y en atención primaria, mientras que para los trabajadores sanitarios, una peor autoeficacia se explica en función de unas menores habilidades motoras y cognitivas requeridas, una menor supervisión de la jefatura, una menor motivación intrínseca, y un mayor acceso percibido a los medios de información de la empresa; en los trabajadores no sanitarios se

explicaría en función de unas menores habilidades motoras y cognitivas requeridas, una menor supervisión de la jefatura y una menor capacidad para adaptarse a las nuevas situaciones derivadas del entorno laboral.

Tabla 51. Regresiones sobre la dimensión de Autoeficacia para los trabajadores de Atención Primaria

Variable	Personal sanitario			Personal no sanitario		
	β	ES	t	β	ES	t
(Constante)		.29	7.52***		.15	9.93***
HABMYC	.29	.05	3.79***	1.02	.05	10.13***
SUPERVIS	.27	.04	3.55**	.22	.03	3.03**
MOTINT	-.21	.03	-2.80**			
INFORMA	.20	.03	2.77**			
ADAPTA				-.31	.04	-3.02**
ΔR^2	.29			.74		

Nota: ES: Error Estándar. SUPERVIS = Supervisión; HABMYC = Habilidades motoras y cognitivas; ADAPTA = Capacidad de adaptación a nuevas situaciones; INFORMA = Información de la organización; MOTINT = Motivación intrínseca. *** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

En cuanto a la autoeficacia percibida por parte de los trabajadores que trabajan en el hospital (Tabla 52), se explica por un conjunto diferente de variables de riesgo psicosocial. Así, para los trabajadores sanitarios del hospital, el modelo de regresión explica un 19% de la varianza de su autoeficacia, con las variables de riesgo psicosocial relacionadas con las habilidades motoras y cognitivas ($\beta = .17$, $SE = .04$, $p < .015$), las relaciones y canales de información con los jefes ($\beta = -.24$, $SE = .03$, $p < .000$), la capacidad de adaptación a nuevas situaciones ($\beta = .27$, $SE = .03$, $p < .000$), las habilidades sociales de gestión ($\beta = -.17$, $SE = .04$, $p < .009$) y el nivel de fatiga en el trabajo ($\beta = .14$, $SE = .03$, $p < .011$), como variables predictoras significativas.

Por su parte, el modelo de regresión para los trabajadores no sanitarios que trabajan en el hospital, explica un 24% de la varianza de la autoeficacia percibida, con las variables de riesgo psicosocial de habilidades motoras y cognitivas ($\beta = .45$, $SE = .05$, $p < .000$), motivación intrínseca ($\beta = -.28$, $SE = .03$, $p < .002$) y dificultad de la tarea ($\beta = -.21$, $SE = .04$, $p < .029$), como variables predictoras significativas.

De este modo y en el ámbito hospitalario, mientras que para los trabajadores sanitarios, una peor autoeficacia se explica en función de unas menores habilidades motoras y cognitivas requeridas, unas menores relaciones y canales de información con los jefes, una mayor capacidad de adaptación a las nuevas situaciones del ambiente laboral, unas mayor demanda de habilidades sociales para la gestión del trabajo y una menor fatiga percibida; en los trabajadores no sanitarios se explicaría en función de una menor demanda de habilidades motoras y cognitivas, una menor motivación intrínseca y una mayor dificultad percibida de su trabajo.

Tabla 52. Regresiones sobre la dimensión de Autoeficacia para los trabajadores del Hospital

Variable	Personal sanitario			Personal no sanitario		
	β	ES	t	β	ES	t
(Constante)		.17	16.15***		.22	13.44***
HABMYC	.17	.04	2.44*	.45	.05	4.79***
CANALINF	-.24	.03	-4.61***			
ADAPTA	.27	.03	4.17***			
HHSS	-.17	.04	-2.61**			
FATIGA	.14	.03	2.55*			
MOTINT				-.28	.03	-3.13**
DIFICULT				-.21	.04	-2.22*
ΔR^2	.19			.24		

Nota: ES: Error Estándar. HABMYC = Habilidades motoras y cognitivas; DIFICULT = Dificultad de la tarea; HHSS = Habilidades sociales de gestión; FATIGA = Nivel de fatiga; ADAPTA = Capacidad de adaptación a nuevas situaciones; CANALINF = Relaciones y canales de información con los jefes; = Motivación intrínseca. *** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

Capítulo 8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

8.1. Discusión:

Los resultados proporcionados por las distintas pruebas estadísticas efectuadas sobre los datos recabados permiten verificar la existencia de numerosas relaciones significativas y de distinta naturaleza que se han establecido entre las variables estudiadas.

Objetivo 1: Examinar si la salud mental, autoeficacia y factores de riesgo psicosocial de los trabajadores sanitarios y no sanitarios, de atención primaria y de hospital, influyen variables sociodemográficas generales, sociodomésticas y laborales específicas y diferentes.

En primer lugar, y haciendo referencia al primer objetivo planteado en este trabajo, los resultados alcanzados evidencian que existen diferencias en el grado de bienestar/malestar psicológico, en la autoeficacia y en la percepción de determinados factores de riesgo psicosocial, en función de las distintas variables sociodemográficas, sociodomésticas y laborales evaluadas.

Hipótesis 1: Existen diferencias significativas en la salud mental, autoeficacia y factores de riesgo psicosocial, mostrados por los trabajadores sanitarios y no sanitarios, de atención primaria y de hospital, en función de la variable sexo.

De este modo, por lo que respecta la H1, los datos permiten verificar un cumplimiento parcial de la misma, al encontrarse que, en función del sexo de los trabajadores, se producen diferencias significativas en el nivel de autoeficacia percibido y en algunos factores de riesgo psicosocial. Por lo que respecta a la primera variable, los resultados indican que los varones de atención primaria perciben un mayor nivel de autoeficacia que sus compañeras mujeres. En esta línea, se pueden encontrar numerosos trabajos que han tratado de examinar las posibles diferencias en el nivel de autoeficacia percibido entre hombres y

mujeres en el desarrollo de su profesión, con resultados inconsistentes (Morejón Sabio, 2010).

Siendo conscientes de que la autoeficacia hace referencia a un atributo de la personalidad, cabe considerar que las diferencias en la socialización establecidas entre hombres y mujeres podrían originar distintas percepciones de autoeficacia ante diferentes situaciones laborales en función del género (Matud et al., 2002). Se considera así que, para el sexo femenino, las tendencias de educación tradicionalmente establecidas pueden contribuir a la creación de obstáculos internos en las mujeres para el desarrollo de determinadas carreras profesionales. Estas barreras se corresponderían con factores relacionados con las perspectivas que las mujeres adjudican a su identidad y a su crecimiento laboral. Para Escolano (2002), efectivamente existen una serie de obstáculos internos en el género femenino que pueden mermar la autoeficacia percibida en el desarrollo profesional, como la conformidad con los puestos de responsabilidad, las menores expectativas de autorrealización profesional, o las dudas ante la trascendencia concedida al desarrollo de la carrera.

De esta forma, se hipotetiza con que las mujeres no priorizan con tanto vigor el desempeño y el desarrollo en una profesión, o al menos no lo hacen al nivel que los hombres, lo que podría proporcionar una explicación sólida a las diferencias encontradas en el nivel de autoeficacia percibido entre ambos sexos (Escolano, 2002). No obstante, esta línea de pensamiento no es compartida por todos los autores, ya que, como se ha comentado anteriormente, no se dispone de una clara evidencia que permita establecer cuál es la influencia real del género en la autoeficacia percibida en el mundo laboral (Barberá, Sarrió & Ramos, 2000). Por ejemplo, en este mismo trabajo, las diferencias encontradas en función del sexo tampoco se han producido en todos los sectores estudiados, lo que permite corroborar aún más la inconsistencia que existe en esta área.

En cuanto a los factores de riesgo psicosocial, son las mujeres del personal sanitario de atención primaria las que perciben una menor importancia de su trabajo, y junto con los hombres del personal no sanitario, son los que perciben una menor capacidad de tomar decisiones y una mayor ambigüedad. A su vez,

los hombres del personal no sanitario también perciben una menor participación en las decisiones de la empresa y un menor acceso a la información de la organización. Por su parte, las mujeres del personal no sanitario de atención primaria perciben peores relaciones interpersonales, una mayor demanda de habilidades motoras y cognitivas, una menor autonomía temporal, una menor capacidad de adaptación a nuevas situaciones y una mayor carga mental. Los hombres del personal sanitario de atención primaria y las mujeres del personal no sanitario perciben un mayor control de la jefatura y un mayor nivel de fatiga en el trabajo. Por otra parte, son los varones del personal sanitario de hospital los que perciben que el trabajo tiene mayor dificultad. Por último, en el personal sanitario de atención primaria, las mujeres muestran una menor motivación intrínseca que los varones, siendo este último grupo en general el que muestra mayores niveles de motivación extrínseca.

De aquí cabe señalar principalmente que son las mujeres trabajadoras del personal no sanitario las que se encuentran expuestas a un mayor número de riesgos psicosociales. Posiblemente, estas diferencias puedan deberse a las características organizacionales de cada empresa, o también a las condiciones laborales que acarrea la ocupación de cada puesto de trabajo, por lo que convendría analizar qué cargos desempeñan las mujeres pertenecientes al personal no sanitario, con el fin de identificar qué aspectos del trabajo están originando esa mayor percepción de algunos factores de riesgo psicosocial que el resto de empleados. También cabe hacer referencia al hecho de que, en la muestra utilizada, hayan sido las mujeres las que perciban una menor autonomía temporal, una mayor demanda de habilidades motoras y cognitivas, y unas relaciones interpersonales más deficitarias, ya que se ha encontrado evidencia empírica que relaciona estos tres factores de riesgo psicosocial con peores consecuencias para el sexo femenino que para el masculino (Cifre, Salanova & Franco, 2011).

Hipótesis 2: Existen diferencias significativas en la salud mental, autoeficacia y factores de riesgo psicosocial, mostrados por los

trabajadores sanitarios y no sanitarios, de atención primaria y de hospital, en función de su edad.

En cuanto a la H2, de nuevo se produce un cumplimiento parcial de esta hipótesis, ya que únicamente se han encontrado diferencias significativas en función de la edad en determinados factores de riesgo psicosocial. Así, los trabajadores encuestados que tienen una edad intermedia de entre 41 y 55 años, son los que perciben que disponen de una menor capacidad para tomar decisiones y para participar en las mismas, y a su vez, son los que manifiestan peores relaciones interpersonales y un nivel de motivación intrínseca más bajo. Con respecto a los mayores de 56 años en adelante, son éstos los trabajadores que perciben una menor ambigüedad de rol, pero también manifiestan estar sometidos a una mayor supervisión y experimentar un nivel de fatiga más alto. A su vez, el personal sanitario de atención primaria que se sitúa en esta franja de edad percibe que su trabajo tiene un mayor grado de dificultad. Lo mismo ocurre para el personal no sanitario de atención primaria y de hospital que es más joven de 40 años.

Revisando estos resultados, se puede encontrar cierta congruencia entre los mismos, contando con un cierto apoyo por lo obtenido en estudios similares. De este modo, los trabajadores de mayor edad pueden gozar de más experiencia y conocimientos, tanto del puesto como de la empresa, lo que puede ayudar a minimizar la ambigüedad de rol. Pero también, de forma simultánea, una mayor edad del trabajador implica una disminución de la capacidad, principalmente física, lo que puede aumentar la percepción de un incremento en el nivel de fatiga (Pérez, 1997). Por otro lado, la percepción de una menor capacidad de toma de decisiones y de participación en la organización por parte de los trabajadores de media edad no está en consonancia con investigaciones similares, ya que, por lo general, una mayor edad de los empleados se ofrece como una ventaja para la organización, debido principalmente al conocimiento y a la experiencia adquiridos, lo que teóricamente debe facilitar las elecciones correctas a este tipo de trabajadores, y garantizar su participación en la organización (Pérez, 1997). Posiblemente, en el presente estudio, debiese considerarse también la antigüedad en el puesto y la empresa, ya que este factor también resulta

determinante a la hora de que el trabajador perciba que posee una auténtica participación en la organización (Robles-García et al., 2005).

Hipótesis 3: Existen diferencias significativas en la salud mental, autoeficacia y factores de riesgo psicosocial, mostrados por los trabajadores sanitarios y no sanitarios, de atención primaria y de hospital, en función de su estado civil

Por lo que respecta a la H3, las diferencias significativas en función del estado civil del trabajador únicamente aparecen de nuevo en determinados factores de riesgo psicosocial, lo que se traduce en el cumplimiento parcial de esta hipótesis. Los resultados obtenidos evidencian que, del personal sanitario que trabaja en el hospital, los solteros que viven con sus padres son los que perciben unas peores relaciones interpersonales, mientras que los que viven en pareja perciben una menor participación y menores relaciones y canales de información con sus jefes, en comparación con los que están solteros y viven con sus padres. No obstante, son los trabajadores divorciados del personal sanitario en hospital los que perciben el nivel más bajo de participación. En cuanto al personal sanitario de atención primaria, únicamente los empleados que viven en pareja perciben que su trabajo es más repetitivo, en comparación con los que están divorciados o separados.

Por tanto, como se puede observar por los resultados obtenidos, los trabajadores que viven en pareja son los que están expuestos a un mayor número de factores de riesgo psicosocial. No obstante, dichos factores de riesgo no se corresponden con los supuestos o esperados si se consulta la literatura científica relacionada con este campo. Por lo general, los trabajadores que viven en pareja suelen percibir una mayor carga mental, una mayor demanda de habilidades motoras y cognitivas, y una menor autonomía temporal en el puesto de trabajo (López Palomar, García Cueva & Pando Moreno, 2014). La explicación planteada a estas diferencias en función del estado civil es la mayor exigencia que deben asumir en la conciliación de vida familiar y profesional los trabajadores que poseen pareja, lo que hace que perciban mayores demandas, recursos y habilidades para conjugarlas de forma satisfactoria (Grau, Suñer & García,

2005). Además, pese a que en este trabajo, el estado civil no ha mostrado ejercer un impacto significativo sobre la salud mental de los empleados, otros estudios sí evidencian que existe una relación positiva entre ambos, por lo que se considera que el desarrollo de una vida satisfactoria en pareja puede constituir un aspecto positivo que module las experiencias negativas vividas en el entorno laboral (Borrell, García-Calvente & Martí-Boscà, 2004). Sumado a esto, y como se ha comentado anteriormente, los resultados del presente estudio distan considerablemente de lo expuesto en otros trabajos de investigación, por lo que se sugiere que es necesario un mayor grado de investigación y análisis en lo que se refiere a la influencia del estado civil del trabajador sobre su salud y bienestar laboral y mental.

Hipótesis 4: Existen diferencias significativas en la salud mental, autoeficacia y factores de riesgo psicosocial, mostrados por los trabajadores sanitarios y no sanitarios, de atención primaria y de hospital, en función de su nivel de estudios.

Continuando con la H4, esta hipótesis queda de nuevo parcialmente cumplida, ya que los resultados muestran que existen diferencias en la salud mental y en distintos factores de riesgo psicosocial en la muestra utilizada en función del nivel de estudios de los profesionales. De este modo, por lo que respecta al grado de salud mental, se ha encontrado que los trabajadores no sanitarios de atención primaria que tienen un menor nivel de estudios muestran una peor percepción de ésta. Por lo que respecta a los factores de riesgo psicosocial, los datos indican que el personal no sanitario del hospital percibe una menor participación en las decisiones de la jefatura a medida que se incrementa el nivel de estudios en los trabajadores. En cuanto al personal sanitario que trabaja en el hospital, un mayor nivel de estudios se relaciona con una mayor percepción de repetitividad en el trabajo, y dentro de este grupo, los que tienen formación profesional perciben poseer unas mayores habilidades sociales de gestión y mayor capacidad de adaptación a nuevas situaciones, mientras que los que tienen estudios de bachiller manifiestan menores habilidades sociales. Por otra parte, y de manera general, también se ha encontrado que, a mayor nivel de estudios, más

percepción de dificultad por parte del trabajador a la hora de desarrollar las labores de su puesto, así como también se produce una menor percepción relaciones y canales de información.

En lo que se refiere a la salud mental, los resultados obtenidos parecen estar en consonancia con otros estudios similares, en los que se ha encontrado que, en la población española, el nivel educativo es un factor asociado a diferentes dimensiones de la salud relacionadas con el bienestar subjetivo y la salud mental (De la Cruz-Sánchez, Feu & Vizuete-Carrizosa, 2012; Regidor, Gutiérrez-Fisac, Domínguez, Calle & Navarro, 2002). Las personas que tienen un nivel educativo bajo o deficitario tienden a valorar de una peor forma su salud, al verse afectadas en mayor medida por problemas crónicos, y por tanto, en ellas la mortalidad no presenta una asociación tan ingente con esta valoración propia de la salud; mientras, en las personas con un nivel educativo alto, la salud percibida sí es un indicador que se relaciona más intensamente con el del riesgo de mortalidad (Regidor, Guallar-Castillón, Gutiérrez-Fisac, Banegas & Rodríguez-Artalejo, 2010).

Por lo que respecta a la influencia del nivel educativo sobre los distintos factores de riesgo psicosocial, los resultados obtenidos no permiten determinar con exactitud cómo se produce una interacción clara entre estas variables. Esto es, los resultados indican que determinados factores de riesgo psicosocial se relacionan significativamente con los diferentes tipos de estudios de los trabajadores, pero no se ha encontrado que exista un nivel educativo en concreto que suponga para los empleados una percepción más elevada de un mayor número de factores de riesgo. Por lo general, la asociación entre estas dos variables no ha gozado de gran investigación hasta la fecha, por lo que se ha sugerido una mayor indagación de la misma, con muestras de mayor tamaño, que permitan extraer conclusiones representativas (Benavides et al., 2002).

Hipótesis 5: Existen diferencias significativas en la salud, autoeficacia y factores de riesgo psicosocial, mostrados por los trabajadores sanitarios y no sanitarios, de atención primaria y de hospital, según su contribución económica a la familia.

En cuanto a la H5, se puede advertir que el nivel de contribución económica a la familia influye de forma significativa únicamente en la percepción de diferentes factores de riesgo psicosocial, lo que implica un cumplimiento parcial de esta hipótesis. De este modo, los resultados sugieren, en primer lugar, que el personal sanitario de atención primaria que aporta la mitad como contribución económica percibe una mayor ambigüedad de rol, y una menor importancia del trabajo y menor motivación intrínseca. Por su parte, en referencia al personal sanitario que trabaja en el hospital, los resultados muestran que los únicos responsables de la contribución económica son los que muestran una percepción de mayor importancia. Y de manera más general, los trabajadores encuestados que son responsables únicos de las aportaciones económicas perciben mayor repetitividad en su trabajo y mayor motivación, tanto intrínseca como extrínseca. Estos resultados poseen una notable coherencia, si se considera que aquellos trabajadores que suponen el único sustento económico para su núcleo familiar deben percibir un mayor nivel de motivación y otorgar una mayor importancia a su trabajo, debido a la trascendencia que supone para estos empleados mantener su puesto laboral, en comparación con los que sólo aportan la mitad de los ingresos a la familia. Por tanto, la consideración que realizan los trabajadores que sustentan en su totalidad la economía del hogar sobre las responsabilidades familiares puede constituir una explicación sólida a las diferencias halladas en la percepción de motivación e importancia del trabajo.

Hipótesis 6: Existen diferencias significativas en la salud mental, autoeficacia y factores de riesgo psicosocial, mostrados por los trabajadores sanitarios y no sanitarios, de atención primaria y de hospital, en función de su grado de responsabilidad en las tareas y compras de la casa.

Por otra parte, en la H6, los resultados hallados también permiten comprobar la existencia de diferencias significativas en la salud mental de los trabajadores y la percepción de varios factores de riesgo psicosocial en función del grado de responsabilidad del sujeto en las tareas y compras del hogar, por lo que de nuevo se produce un cumplimiento parcial de esta hipótesis. En este sentido, debe

destacarse que uno de los principales resultados obtenidos indica que los trabajadores sanitarios de atención primaria no responsables de las tareas y compras familiares, perciben un grado de salud mental significativamente superior. En segundo lugar, en cuanto a los factores de riesgo psicosocial, los trabajadores de este mismo grupo que son responsables de las tareas y compras del hogar tienen unas peores relaciones interpersonales y un mayor nivel de carga mental, y por el contrario, los que no son responsables de dichas labores perciben un menor acceso a los medios de información. Por su parte, el personal no sanitario no responsable de las tareas y compras familiares percibe de forma significativa una menor demanda de habilidades motoras y cognitivas en su puesto. De forma más general, los que no son responsables perciben una mayor autonomía temporal, así como también unas relaciones y canales de participación más deficientes. Y contrariamente, los principales responsables manifiestan un mayor nivel de motivación extrínseca.

Los datos obtenidos, de nuevo, son acordes a investigaciones previas. Comenzando por la influencia que ejerce la responsabilidad de las tareas domésticas sobre la salud mental, se encuentran trabajos anteriores que han estudiado dicha relación y que han obtenido conclusiones similares (véase Anderson, Coffey & Byerly, 2002; Ashforth, Kreiner & Fugate, 2000; Clark, 2000). La principal explicación propuesta a estos datos es que dichas diferencias se derivan de las expectativas que se forman sobre una situación de desequilibrio entre los roles sociales, las cuales pueden tornarse en un importante estresor potencialmente dañino para la salud y el bienestar individual (Frone, 2003). De este modo, se asume que las personas participan en múltiples papeles en su vida social, por lo que una incompatibilidad entre ellos puede suponer la experimentación de conflictos y estrés, lo que implicará un detrimento de la calidad de vida y de la salud del trabajador (Barnett, 1988).

Por otra parte, la influencia significativa de las responsabilidades domésticas hallada sobre los trabajadores también queda bien reflejada a través del impacto ejercido sobre algunos factores de riesgo psicosocial. En este sentido, investigaciones llevadas a cabo en la misma área también han puesto de manifiesto datos similares (véase Greenhaus, Collins & Shaw, 2003; Jiménez &

Moyano, 2008; Lapierre & Allen, 2006; Parasuraman & Simmers, 2001). Relacionado con la influencia que esta variable ejerce sobre la salud mental anteriormente comentada, también podría proponerse en este caso una explicación parecida para estos resultados. En esencia, la incompatibilidad que puede experimentar el trabajador a la hora de conciliar las exigencias del puesto laboral y las responsabilidades del hogar, puede llevarle a percibir un mayor nivel de carga mental y de demandas laborales.

Hipótesis 7: Existen diferencias significativas en la salud mental, autoeficacia y factores de riesgo psicosocial, mostrados por los trabajadores sanitarios y no sanitarios, de atención primaria y de hospital, en función de los turnos de trabajo.

En referencia a la H7, esta hipótesis queda totalmente cumplida, al mostrar los resultados obtenidos cómo el turno de trabajo que posean los empleados ejerce influencia sobre la salud mental, el nivel de autoeficacia percibido, y sobre determinados factores de riesgo psicosocial. Comenzando por la primera variable mentada, los resultados revelan que el personal sanitario del hospital que trabaja en los turnos de mañana, de mañana y tarde y en turnos indistintos, son los empleados que perciben un peor grado de salud mental. Por otra parte, en cuanto a la autoeficacia, los datos indican que los trabajadores sanitarios de atención primaria que poseen únicamente el turno de mañana perciben una menor autoeficacia. Y en cambio, los que perciben un mayor grado de ésta son los empleados sanitarios de atención primaria que trabajan en el turno partido de mañana y tarde.

En cuanto a la relación entre el turno y los factores de riesgo psicosocial analizados, en primer lugar se ha encontrado que los trabajadores que poseen el turno de mañana y tarde perciben una menor capacidad para tomar decisiones. Por su parte, el personal sanitario que trabaja en el hospital en turnos de mañana o con turnos indistintos percibe una mayor ambigüedad de rol. En cuanto al turno de tarde, los trabajadores que lo desempeñan son los que perciben unas peores relaciones interpersonales y un menor grado de supervisión, pero también son los que perciben una menor carga mental.

Con respecto al personal no sanitario del hospital, los que trabajan en el turno de mañana perciben una menor autonomía temporal, una mayor dificultad en su trabajo y una menor motivación intrínseca, pero también manifiestan experimentar una menor demanda de habilidades motoras y cognitivas y poseer una mayor participación en las decisiones de la organización. Y en referencia a los empleados que trabajan en el turno de mañana y tarde, éstos son los que creen que su trabajo es menos importante, y perciben un mayor nivel de fatiga, unas menores habilidades motoras y cognitivas, un menor acceso a los medios de información de la organización, peores relaciones interpersonales y unos canales de información más deficientes. A su vez, estos empleados también manifiestan un grado de motivación extrínseca más bajo. No obstante, los trabajadores que por horario se sitúan en este subgrupo también perciben poseer unas mayores habilidades sociales de gestión.

Si bien es cierto que la turnicidad en el puesto de trabajo suele suponer para los profesionales (y en especial, para los que desempeñan labores relacionadas con la sanidad y la asistencia) consecuencias en el ámbito personal, familiar, laboral y social (Ramírez-Elizondo, Paravic-Klijn & Valenzuela-Suazo, 2013), en este caso, los resultados alcanzados no permiten establecer una clara asociación entre la percepción del grado de salud mental y la rotación de horarios en el entorno laboral. Esto es debido a que únicamente el grupo de trabajadores que desempeñan sus labores en el turno de tarde percibe un adecuado nivel de salud mental. Lo mismo ocurre para la variable autoeficacia. Y de igual forma, los empleados del turno de tarde son de nuevo los que perciben estar sometidos a un menor número de factores de riesgo psicosocial. Estos datos pueden llevarnos a la necesidad de considerar, entonces, cuáles son las características y las condiciones a las que se someten los trabajadores al ocupar los diferentes turnos en las organizaciones analizadas, y si éstos poseen una cierta simetría en lo que a demandas y exigencias se refiere.

Lo que sí es cierto es que, en la muestra empleada para este estudio, los trabajadores del turno de tarde parecen experimentar unas condiciones laborales que favorecen la percepción de una mejor salud mental y un mayor grado de autoeficacia, y una menor influencia de los factores de riesgo psicosocial. Y de

forma contraria, los empleados que poseen el turno dividido de mañana y tarde son los que experimentan una mayor exposición a dichos factores de riesgo. Por lo tanto, no parece difícil pensar que realmente se producen diferencias en lo que a las condiciones del puesto se refiere en los diferentes turnos (por ejemplo, volumen de trabajo, estilos de liderazgo, afluencia de pacientes, tipología de las urgencias y consultas a atender, etc.), las cuales podrían explicar la influencia de los turnos de trabajo sobre las variables estudiadas. Además, cabe apuntar, como sugieren Keller, Berryman y Lukes (2009), que el turno de trabajo ocupado puede resultar más beneficioso para el trabajador si, pese a ser en un horario atípico, permite al empleado una mejor conciliación de su vida social y laboral.

Hipótesis 8: Existen diferencias significativas en la salud mental, autoeficacia y factores de riesgo psicosocial, mostrados por los trabajadores sanitarios y no sanitarios, de atención primaria y de hospital, del tipo de contrato laboral.

Por último, respecto a la H8, los resultados evidencian como el tipo de contrato que posea el trabajador ejerce una influencia significativa únicamente sobre determinados factores de riesgo psicosocial, por lo que se produce un cumplimiento parcial de esta hipótesis. De este modo, los trabajadores que mantienen un contrato de duración determinada perciben experimentar una mayor ambigüedad de rol que los que tienen un contrato de duración indefinida, y por su parte, este último grupo percibe mantener peores relaciones interpersonales y una menor capacidad de participación en las decisiones que los que lo tienen de duración determinada. Por otra parte, los empleados que tienen un contrato diferente al de duración determinada e indefinido perciben que tienen unas mejores habilidades de adaptación a nuevas situaciones, pero también manifiestan una menor motivación intrínseca y una mayor motivación extrínseca. A su vez, los trabajadores que tienen un contrato de duración determinada o un contrato de duración indefinida perciben un mayor nivel de carga mental.

Considerando estos resultados, se puede afirmar que existe literatura científica previa cuyas conclusiones apuntan en una dirección similar a la aquí planteada.

En primer lugar, como ha ocurrido en el presente trabajo, en otros estudios también se ha mostrado una ausencia de influencia significativa del tipo de contrato sobre la salud mental percibida por los trabajadores de servicios sanitarios (Bernard, Sverke & De Witte, 2005). Del mismo modo, también existe evidencia que revela que el tipo de contrato establecido actúa como uno de los indicadores más importantes de ambigüedad experimentada en el puesto de trabajo (Mauno & Kinnunen, 2002). Así, cuando el contrato tiene menor seguridad y abarca un periodo más corto, el trabajador se sitúa bajo condiciones laborales que son percibidas como más ambiguas e indeterminadas, lo que hace crecer el grado de inseguridad percibido (Mauno & Kinnunen, 2002).

Por otra parte, resulta inesperado que las relaciones interpersonales más deficitarias hayan sido percibidas por los empleados con contratos de duración indefinida, ya que, por lo general, los trabajadores que pasan un mayor tiempo de su carrera laboral en una organización determinada, establecen relaciones sociales de un valor más alto que los empleados que únicamente efectúan pasos temporales por la misma empresa (Gamero Burón, 2007; Topa, Depolo & Morales, 2007). Probablemente, estas diferencias halladas podrían explicarse debido a la mayor cantidad de tiempo invertido en la empresa de la que forman parte, lo que supondría para los empleados con contratos de duración indefinida enfrentarse a un mayor número de estresores propios del cargo desempeñado. Por otra parte, también cabe argumentar que algunas investigaciones han comprobado que la ausencia de períodos de descanso o desconexión en individuos que poseen contratos de duración indefinida, en comparación con empleados de duración determinada (que sí disponen de etapas de inactividad laboral y desconexión del ejercicio profesional) contribuyen a aumentar la sensación de desgaste y cinismo (Gil-Monte, Peiró & Valcárcel, 1996), lo que en cierta medida podría ejercer un efecto negativo sobre la percepción de la calidad de las relaciones interpersonales.

Objetivo 2. Explicar la relación existente entre los factores de riesgo psicosocial de los trabajadores sanitarios y no sanitarios, de atención primaria y de hospital, con su salud mental y autoeficacia.

En otro orden, continuando con el segundo objetivo propuesto en el presente estudio, los resultados obtenidos permiten evidenciar que se produce una influencia significativa por parte de los factores de riesgo psicosocial sobre el grado de salud mental y el nivel de autoeficacia percibida en la muestra de trabajadores utilizada.

Hipótesis 9: Existen diferentes factores de riesgo psicosocial que inciden sobre la salud mental de los trabajadores sanitarios y no sanitarios, de atención primaria y de hospital.

Así, por lo que respecta a la H9, se puede advertir como, en los distintos grupos analizados, existen factores de riesgo psicosocial que ejercen una influencia significativa sobre la salud mental de los trabajadores, por lo que se puede verificar el cumplimiento de esta hipótesis. De esta forma, para el personal sanitario de atención primaria, el modelo de regresión hallado permite explicar un 30% de la varianza de su salud mental, por lo que una menor autonomía temporal, una menor importancia percibida de su trabajo, una menor carga mental y una menor capacidad de adaptación a las situaciones del entorno laboral influyen en la percepción de un peor estado de salud mental. Por su parte, el modelo de regresión correspondiente a los trabajadores no sanitarios de atención primaria es capaz de explicar un 21% de la varianza de la salud mental, siendo aquí la mayor importancia percibida de su trabajo y un menor grado de motivación intrínseca los factores que permiten predecir un peor estado de salud mental.

Para los trabajadores sanitarios del hospital, el modelo de regresión explica un 12% de la varianza de su salud mental, por lo que un menor nivel de esta variable se puede explicar mediante una menor motivación intrínseca, una mayor dificultad percibida en la tarea, una menor capacidad para tomar decisiones en el trabajo y una mayor carga mental. Y en cuanto a los empleados no sanitarios del hospital, en este caso el modelo de regresión también explica un 12% de la varianza de la salud mental, de modo que, en función de una mayor motivación extrínseca y de unas menores relaciones y canales de información con los jefes, los trabajadores perciben un peor estado de salud mental.

En primer lugar, los datos obtenidos no revelan una influencia homogénea de los mismos factores de riesgo psicosocial sobre la salud mental de los distintos grupos de trabajadores analizados. Únicamente se encuentra que la importancia del trabajo actúa como un factor en común entre los empleados sanitarios y no sanitarios de atención primaria, pero sin embargo, su influencia es contraria entre estos dos grupos. Además, cabe destacar que los modelos de regresión correspondientes al personal de atención primaria, tanto sanitario como no sanitario, permiten explicar un porcentaje más considerable de la varianza total de la salud mental que los modelos de regresión pertenecientes a los trabajadores de hospital.

No obstante, pese a que el modelo de regresión obtenido para el grupo de empleados sanitarios de hospital no permita explicar una gran parte de la varianza total de la salud mental, cabe destacar que éste es el único resultado que está en consonancia con otras investigaciones previas. De este modo, se ha encontrado que una interacción entre un elevado nivel de carga mental y una baja capacidad de toma de decisiones en el puesto de trabajo se asocia significativamente a un peor estado de salud mental (de Lange et al., 2003; Stansfel & Candy, 2006). Para Stansfel y Candy (2006), esta relación alude claramente al modelo propuesto por Karasek (1979) de demandas-control, argumentando así que, mientras que las altas demandas en un contexto de altos recursos están asociadas con un menor riesgo para la salud ocupacional del trabajador, las altas demandas en ambientes laborales que no permiten al individuo disponer de los recursos adecuados (considerando a la baja capacidad de toma de decisiones como una carencia de recursos), suponen un riesgo mayor para el bienestar laboral del empleado. En esta línea, de Lange et al. (2003) también proponen que es necesario efectuar una mayor investigación sobre la influencia de estas dos variables sobre la salud mental del trabajador, ya que la naturaleza de la interacción es ambigua y no se conoce con exactitud cuál es el peso de cada factor sobre la percepción de un peor estado de salud mental.

Hipótesis 10: Existen diferentes factores de riesgo psicosocial que inciden sobre la autoeficacia de los trabajadores sanitarios y no sanitarios, de atención primaria y de hospital.

Por último, en referencia a la H10, los resultados verifican que los factores de riesgo psicosocial ejercen una influencia significativa sobre el nivel de autoeficacia percibido en los trabajadores tanto sanitarios como no sanitarios, de atención primaria y de hospital. Por lo tanto, se puede afirmar que se cumple la hipótesis inicialmente planteada.

Así, para los trabajadores sanitarios de atención primaria, el modelo de regresión explica un 29% de la varianza de la autoeficacia, por lo que un menor nivel de esta variable queda predicho por unas menores habilidades motoras y cognitivas requeridas, una menor supervisión de la jefatura, una menor motivación intrínseca, y una mayor percepción de acceso a los medios de información de la empresa. Por su parte, el modelo de regresión correspondiente a los empleados no sanitarios de atención primaria, es capaz de explicar un 74% de la varianza total de la autoeficacia percibida, de manera que un menor grado de esta variable queda explicado por unas menores habilidades motoras y cognitivas requeridas, una menor supervisión de la jefatura y una menor capacidad para adaptarse a las nuevas situaciones derivadas del entorno laboral.

En cuanto a los trabajadores sanitarios del hospital, el modelo de regresión explica en este caso un 19% de la varianza total de la autoeficacia, siendo las menores habilidades motoras y cognitivas requeridas, las menores relaciones y canales de información con los jefes, la mayor capacidad de adaptación a las nuevas situaciones del ambiente laboral, la mayor demanda de habilidades sociales para la gestión del trabajo y la menor fatiga percibida, el conjunto de factores de riesgo psicosocial que influyen en una menor percepción de autoeficacia. Y para los empleados no sanitarios que trabajan en el hospital, el modelo de regresión hallado es capaz de explicar un 24% de la varianza de la autoeficacia percibida, siendo ahora una menor demanda de habilidades motoras y cognitivas, una menor motivación intrínseca y una mayor dificultad

percibida de su trabajo, los factores de riesgo psicosocial que se relacionan con un peor grado de autoeficacia.

Estos datos revelan de nuevo la existencia de una influencia heterogénea de distintos factores de riesgo psicosocial sobre el nivel de autoeficacia percibido en los grupos de empleados analizados. No obstante, en este caso sí se puede advertir que existe un factor que aparece sistemáticamente en los cuatro modelos de regresión hallados, el cual se corresponde con la demanda de habilidades motoras y cognitivas en el puesto. Además de ello, cabe destacar también que este factor de riesgo psicosocial es el que más peso posee en los análisis estadísticos efectuados para cada grupo de trabajadores. Todos estos apuntes sugieren que la autoeficacia se ve influenciada de forma significativa por el grado de demanda de habilidades, tanto motoras como cognitivas, que la persona percibe que son las requeridas en su puesto de trabajo. Generalmente, la investigación efectuada hasta la fecha sobre la relación existente entre la autoeficacia percibida y las demandas laborales (considerando a las habilidades motoras y cognitivas dentro de éstas) ha tendido a analizar dicha interacción en el sentido contrario, es decir, tratando de comprobar cómo la autoeficacia puede mitigar el efecto sobre el trabajador de unas altas demandas (véase Grau, Salanova & Peiró, 2000; Salanova, Grau & Martínez, 2005).

Sin embargo, de manera más reciente, Llorens, Líbano y Salanova (2009) proponen un modelo teórico denominado RED (Recursos - Experiencia - Demandas) que, si bien supone un paradigma explicativo de la salud psicosocial que considera como factor clave para el desarrollo de ésta a las creencias de eficacia (Tripliana & Llorens, 2015), también permite otorgar una explicación razonable a la influencia de las demandas en el trabajo sobre la autoeficacia percibida. Las premisas teóricas del Modelo RED indican que las demandas y los recursos, tanto laborales como personales, son los responsables de dos procesos psicológicos diferenciados que pueden desarrollarse en el tiempo, en forma de espirales: la espiral de deterioro de la salud y la espiral de motivación.

Así, desde la perspectiva adoptada por Llorens et al. (2009) en este modelo, la existencia previa de determinados niveles autoeficacia percibida definen el

prisma con el que el trabajador evalúa su ambiente de trabajo (concretamente, las demandas y los recursos laborales). Como consecuencia de unas creencias de autoeficacia bajas, la persona considera que no puede controlar su ambiente de forma efectiva, lo que potenciará la percepción de demandas amenazantes y la falta de recursos laborales. Esta situación incrementa la posibilidad de que la persona experimente mayores niveles de malestar psicosocial y aparezcan consecuencias organizacionales negativas. A su vez, con el tiempo, estas consecuencias negativas pueden influir en el decremento de la percepción de recursos personales, siguiendo la espiral de deterioro de la salud (Llorens et al., 2009).

Por tanto, el proceso en espiral de deterioro propuesto por estos autores puede contribuir a explicar los resultados aquí obtenidos, de manera que podría argumentarse que la autoeficacia percibida y la consideración de un mayor requerimiento de habilidades en el puesto laboral pueden constituir dos variables en cuya interacción se produzca una retroalimentación negativa de forma mutua, por lo que una alta demanda de habilidades implicaría una menor percepción de autoeficacia, mientras que una mayor percepción de ésta podría suponer una disminución en la consideración del número y nivel de habilidades requeridas.

Y del mismo modo, y como se ha comentado anteriormente, la espiral de motivación que propone el modelo RED se fundamenta, en esencia, en el supuesto de que unas creencias de autoeficacia elevadas permitirán a la persona percibir un grado de control apropiado sobre su ambiente laboral, lo que implicará una mayor facilidad para percibir un menor número de demandas, o un menor grado de dificultad de las mismas (Llorens et al., 2009). A su vez, esto incrementa la posibilidad de que estas personas disfruten de mayores niveles de bienestar psicosocial y de un mejor desempeño laboral. Estas consecuencias positivas pueden ser las responsables del incremento de los niveles de recursos personales, siguiendo así la espiral de motivación planteada (Llorens, et al., 2009).

En otro orden, también resulta destacable que, de los modelos de regresión hallados, los obtenidos para los trabajadores de atención primaria presenten una

capacidad explicativa mucho mayor que los correspondientes a los empleados de hospital. Además, los modelos de regresión pertenecientes al personal de atención primaria poseen también una mayor parsimonia, lo que garantiza una mayor validez de los mismos. En este sentido, cabe destacar el modelo de regresión obtenido para los trabajadores no sanitarios de atención primaria, el cual explica casi tres cuartas partes de la varianza de la autoeficacia percibida, por lo que encontramos en él una referencia válida en lo que al estudio de la autoeficacia percibida en el ámbito laboral se refiere. La efectividad de este modelo podría incluso plantearse como un punto de partida para la prevención de los riesgos psicosociales en personal no sanitario y, en definitiva, para promover modelos de gestión de recursos humanos que promuevan el desarrollo pleno de sus trabajadores, favoreciendo el desempeño profesional y el alcance del mejor grado de salud ocupacional posible.

En definitiva, como se ha podido constatar a lo largo de este trabajo, los resultados alcanzados en él permiten establecer diferentes contribuciones, tanto teóricas como prácticas. A nivel teórico, el presente estudio amplía la investigación en lo que a la salud ocupacional se refiere, y más concretamente, plantea el análisis entre la salud mental de los trabajadores y diferentes factores que inciden en su calidad de vida y bien estar, con numerosas variables sociodemográficas y sociodomésticas, arrojando datos que permiten considerar nuevos aspectos en lo que a la prevención de riesgos laborales se refiere, y establecer o sugerir nuevas líneas posibles de estudio e investigación. A su vez, la evaluación de la autoeficacia y su relación constatada con numerosos factores de riesgo psicosocial, permite alcanzar nuevos puntos de partida en el estudio de los riesgos psicosociales, al haber introducido una variable que escasamente se había considerado hasta ahora en el desarrollo de los trabajos empíricos en esta área. Del mismo modo, desde un punto de vista práctico, los resultados de este trabajo también pueden ser útiles a la hora de implementar estrategias de intervención y/o prevención de los efectos causados por la exposición a los factores de riesgo psicosocial para los trabajadores del sector de la sanidad.

8.2. Conclusiones

A continuación, presentamos las principales conclusiones obtenidos en esta investigación sobre los policías locales según los diferentes constructos objeto de estudio en este trabajo:

AUTOEFICACIA

- Los factores de riesgo psicosocial y el turno de trabajo influyen sobre el nivel de autoeficacia percibido de los trabajadores y trabajadoras de la sanidad.
- Los varones de atención primaria perciben un mayor nivel de autoeficacia que sus compañeras mujeres.

a) Atención primaria

Personal sanitario

- La autoeficacia de los trabajadores sanitarios de atención primaria, se predice por unas menores habilidades motoras y cognitivas requeridas, una menor supervisión de la jefatura, una menor motivación intrínseca, y una mayor percepción de acceso a los medios de información de la empresa.

Personal No sanitario

- La autoeficacia de los empleados no sanitarios de atención primaria, se explica por unas menores habilidades motoras y cognitivas requeridas, una menor supervisión de la jefatura y una menor capacidad para adaptarse a las nuevas situaciones derivadas del entorno laboral.

b) Hospital

Personal sanitario

- La autoeficacia en este colectivo, se explica por las menores habilidades motoras y cognitivas requeridas, las menores relaciones y canales de información con los jefes, la mayor capacidad de adaptación a las nuevas situaciones del ambiente laboral, la mayor demanda de habilidades sociales para la gestión del trabajo y la menor fatiga percibida, el conjunto de factores de riesgo psicosocial que influyen en una menor percepción de autoeficacia.

Personal No sanitario

- La autoeficacia para el personal no sanitario de hospital se explica, por una menor demanda de habilidades motoras y cognitivas, una menor motivación intrínseca y una mayor dificultad percibida de su trabajo, los factores de riesgo psicosocial que se relacionan con un peor grado de autoeficacia.

FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL

- Existen diferencias según la edad, nivel de estudios, turnos de trabajo y tipo de contrato de los trabajadores y trabajadoras del sector sanitario en general en la percepción de diferentes riesgos psicosociales que les afectan en sus puestos de trabajo.

a) Atención primaria

Personal sanitario

- Existen diferencias según el sexo, edad, vivir en pareja o no, aportación de ingresos a la unidad familiar y responsabilidad en la tareas y compras de la casa del personal sanitario de atención primaria en la percepción de diferentes riesgos psicosociales que les afectan en sus puestos de trabajo.

Personal No sanitario

- Existen diferencias según el sexo, edad y responsabilidad en las tareas y compras de la casa del personal no sanitario de atención primaria en la percepción de diferentes riesgos psicosociales que les afectan en sus puestos de trabajo.

b) Hospital

Personal sanitario

- Existen diferencias según el sexo, estado civil, nivel de estudios, vivir en pareja o no, aportación de ingresos a la unidad familiar y turnos de trabajo del personal sanitario de hospitales en la percepción de diferentes riesgos psicosociales que les afectan en sus puestos de trabajo.

Personal No sanitario

- Existen diferencias según la edad, nivel de estudios y turnos de trabajo no sanitario de hospitales en la percepción de diferentes riesgos psicosociales que les afectan en sus puestos de trabajo.

SALUD AUTOPERCIBIDA

- Los trabajadores y trabajadoras del sector sanitario que tienen un nivel educativo bajo o deficitario, diferentes turnos de trabajo y que perciban algunos riesgos psicosociales en la organización en la que trabajen tienden a valorar peor su salud mental.

a) Atención primaria

Personal sanitario

- Los trabajadores sanitarios de atención primaria, no responsables de las tareas y compras familiares, perciben un grado de salud mental significativamente superior.
- La salud autopercebida del personal sanitario de atención primaria se explica por una menor autonomía temporal, una menor importancia percibida de su trabajo, una menor carga mental y una menor capacidad de adaptación a las situaciones del entorno laboral influyen en la percepción de un peor estado de salud mental

Personal No sanitario

- Los trabajadores no sanitarios de atención primaria que tienen un menor nivel de estudios muestran una peor percepción de su salud.
- La salud autopercebida de los trabajadores no sanitarios de atención primaria se explica por la mayor importancia percibida de su trabajo y un menor grado de motivación intrínseca los factores que permiten predecir un peor estado de salud mental.

b) Hospital

Personal sanitario

- La salud autopercebida de los trabajadores sanitarios del hospital se explica por una menor motivación intrínseca, una mayor dificultad percibida en la tarea, una menor capacidad para tomar decisiones en el trabajo y una mayor carga mental.
- El personal sanitario del hospital que trabaja en los turnos de mañana, de mañana y tarde y en turnos indistintos, son los empleados que perciben un peor grado de salud mental.

Personal No sanitario

- La salud autopercebida de los empleados no sanitarios del hospital se explica por una mayor motivación extrínseca y de unas menores

relaciones y canales de información con los jefes, los trabajadores perciben un peor estado de salud mental.

8.3. Limitaciones del estudio

El primer aspecto que destacamos es el que se refiere al hecho de la recogida de la información en forma de cuestionarios. En este sentido, los cuestionarios se han realizado dentro del horario laboral, y como una actividad más a desarrollar, por lo que en raras ocasiones los profesionales han dispuesto del tiempo suficiente y continuado como para realizarlos. Interrupciones propias de los actos sanitarios (teléfono, petición de asistencia, curas, inyectables, acto médico, etc.).

Pero también es cierto que este colectivo está sujeto a un ritmo de trabajo acelerado, cuando se incorpora al trabajo, por lo que también somos conscientes de la dificultad de obtener información de todo el colectivo de trabajadores de un hospital. Pero, en este sentido, también es cierto que el personal sanitario Facultativo y Diplomado, enfermería en general, ha sido muy colaborativo, al igual que otras categorías profesionales de personal sanitario como, por ejemplo, Técnicos Especialistas de Laboratorio y Radiodiagnóstico, así como Auxiliares de Enfermería, por un lado, está mucho más familiarizado con participar en estudios y cumplimentar autoinformes, cuestionarios o encuestas y, por otro lado, tienen también mayor conocimiento y concienciación con estudios de investigación en sanidad que el resto de personal sanitario (celadores, auxiliares administrativos, celadores-conductores, etc.) que no suelen ser colectivos objeto de estudios y que se han resistido más a participar en la presente investigación.

Por otro lado, de manera independiente, debemos situar el estudio en un periodo de reestructuración del sector, en el que la precariedad, en forma de contrataciones de baja calidad, como por ejemplo, contratos de hasta un día de duración, contratos de lunes a viernes y el lunes siguiente se vuelve de nuevo a contratar, ha hecho mella en la satisfacción, en las relaciones interpersonales y en la fatiga, de los sujetos que han sido encuestados.

Otro aspecto a considerar entre las limitaciones sería la falta de representación de algunas categorías profesionales. Aunque el porcentaje de participación ha sido muy elevado, en algunas ha faltado representatividad.

En otro orden de cosas, creemos que la ausencia del empleo de técnicas cualitativas limita la precisión en las conclusiones derivadas del trabajo presentado. No obstante, esta limitación será presentada como una línea de desarrollo futuro.

Por último, el análisis de los datos se ha basado únicamente en las respuestas que han realizado los profesionales que han querido participar en este trabajo. Las respuestas dadas pueden dar lugar a errores e inexactitudes de los datos aportados, respecto a los reales. No conocemos, por otra parte, ninguna manera de proceder alternativa que garantice la sinceridad de los informantes cuando estos son interrogados sobre estas cuestiones que les suponen una actividad de introspección. Se trata de un aspecto interno al individuo y, por tanto, difícilmente objetivable. La verdad no es algo externo a la persona, que puede ser verificado, sino que va ligada a la propia vivencia de la realidad.

8.4. Sugerencias y Prospectivas de investigación

La información obtenida en esta investigación puede ser muy útil para lograr mejorar los aspectos que han obtenido un valor no muy positivo. Por ello se debe considerar completar la investigación con un análisis más profundo en todas las unidades asistenciales que componen esta área sanitaria.

Dada la elevada participación que ha tenido este estudio se sugiere para futuros trabajos e investigaciones realizar trabajos de investigación en otras áreas de gestión sanitarias a fin de poder valorar de forma global el estado en el que se encuentra la sanidad, desde el punto vista de todos los profesionales que intervienen en el sector.

En general, la población percibe la sanidad como una necesidad básica, por lo que posteriores estudios deben valorar si esta necesidad básica social goza o no de buena salud o si es propensa a padecimientos internos, externos o ambos.

Por otro lado, sería necesaria la realización de un estudio cualitativo que nos permita profundizar en las motivaciones de los profesionales para llegar a buscar cambios estables en sus actividades.

Así mismo un estudio comparado entre comunidades autónomas reflejaría el estado de los profesionales en función de las directrices que reciban y/o perciban de cada uno de los gobiernos regionales. De igual modo, podría ser interesante realizar estudios transculturales y comparar los resultados con profesionales de otras ciudades o comunidades de diversos países. En este sentido el interés principal puede ser la comparación con colectivos con idénticas funciones de otros países. En este apartado también sería muy interesante realizar estudios que permitan comparar los resultados obtenidos en personal sanitario que trabajen en organizaciones tanto públicas como privadas.

Y no debemos olvidar que dado que la población, en general, va envejeciendo en Europa, un estudio comparado por países de la Comunidad Europea nos acercaría a la realidad de la sanidad desde el punto de vista de profesionales del sector sanitario.

8.5. Propuesta de intervención práctica

La sanidad es un sector en el que la mayoría de los profesionales lo son por vocación. Este colectivo está sometido, por un lado, a presiones asistenciales con una importante carga mental y, por otro, a conflictos interpersonales dado que son frecuentes las largas jornadas laborales con turnos de guardia en las que convive un equipo de personas, al menos, doce horas.

La formación específica en cada uno de los riesgos psicosociales estudiados, así como su intervención y desarrollo práctico debe de ser un objetivo prioritario para las Gerencias Sanitarias.

En función de los resultados obtenidos en nuestro estudio, se proponen una serie de recomendaciones para fomentar la calidad y bienestar de los trabajadores. Estas intervenciones pueden concretarse en:

- La dirección de las Unidades de Gestión Clínica, así como el equipo directivo del Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería, deben adquirir una formación específica en la que, como mínimo, puedan visualizar las consecuencias que tanto la inacción como el ignorar los riesgos descritos pueden tener en los profesionales que trabajan en esta Unidad Asistencial.
- Una formación continuada específica para todos los trabajadores desarrollada entre la Unidad de prevención de Riesgos Laborales y Vigilancia de la Salud con la total implicación de los directores de las Unidades de Gestión Clínica mejorarán las condiciones laborales y disminuirán la exposición a ciertos factores de riesgo.
- La creación dentro de las Unidades de Gestión clínica de programas de convivencia, con actividades lúdicas y entrevistas guiadas, así como grupos focales, debe de incrementar la confianza entre los miembros de los equipos y de esta forma su efectividad en las situaciones estresantes, accidentes y emergencias, a las que se deben de enfrentar.

Así pues, la administración tiene una responsabilidad “In Vigilando” para los trabajadores a su servicio. Estas responsabilidades tienen mucho que ver con las condiciones de trabajo que, sobre todo, puedan representar un riesgo para la salud de los empleados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acevedo, D., Biaggi, Y., & Borges, G. (2009). Violencia de género en el trabajo. *Revista Venezolana de Estudio de la Mujer*, 14(32), 163-182.
- Aguado, J. I., Bátiz, A., & Quintana, S. (2013). El estrés en personal sanitario hospitalario: estado actual. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 59(231) 259-275.
- Ajzen, I. (2002). Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the Theory of Planned Behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(4), 665-683.
- Ajzen, I. & Madden, T. J. (1986). Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22(5), 453-474.
- Albert, N. M., Butler, R., & Sorrell, J. (2014). Factors related to healthy diet and physical activity in hospital-based clinical nurses. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 19(3), 5.
- Álcantara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial Salud y la Interdisciplinariedad. *Sapiens*, 9(1), 93-107.
- Anderson, S., Coffey, B., & Byerly, R. (2002). Formal Organizational Initiatives and Informal Workplace Practices: Links to Work-Family Conflict and Job-Related Outcomes. *Journal Management*, 28(2), 787-810.
- Andrade, L., & Landero, R. (2014). Bases Teóricas del conflicto familia trabajo. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 7(1), 185-198.
- Antonorsi, M. (2012). Creatividad práctica herramientas para pensar, actuar y lograr resultados creativos. *Debates IESA*, 17(1), 28-33.
- Artazcoz, L. (2002). La salud laboral ante los retos de la nueva economía. *Gaceta Sanitaria*, 16(6), 459-461.
- Artino, A. R. (2012). Academic self-efficacy: from educational theory to instructional practice. *Perspectives on Medical Education*, 1(2), 76-85.
- Ashford, B., Kreiner, G. & Fugate, M. (2000). All in a day's work: Boundaries and micro role transitions. *Academy of Management Review*, 25, 472-491.

- Atalaya, M. (2001). Estrés laboral y su influencia en el trabajo. *Industrial Data*, 25-36.
- Atance, J. C. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*, 71(3), 293-303.
- Baessler, J. & Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: adaptación española de la escala de autoeficacia general. *Ansiedad y Estrés*, 2, 1-8.
- Bakker, A. B., & Derks, D. (2010). Positive Occupational Health Psychology. En J. Houdmont y S. Leka (Eds.), *Occupational Health Psychology. European perspectives on research, education and practice* (pp. 194-224). Nottingham: Nottingham University Press
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Towards a theory of behavior change. *Psychological Review*, 89(2), 191-215.
- Bandura, A. (1984). Recycling misconceptions of perceived self-efficacy. *Cognitive Therapy and Research*, 8(3), 231-255.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Nueva York: Prentice-Hall, Inc.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Nueva York: Freeman.
- Bandura, A., & Schunk, D. H. (1981) Cultivating competence, self-efficacy, and intrinsic interest through proximal self-motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41(3), 586-598.
- Barling, J. & Griffith, A. (2003). A history of occupational health psychology. In J. C. Quick & L. E. Tetrick (Eds.), *Handbook of occupational health psychology* (pp. 19-33). Washington: APA.
- Barberá, E., Sarrió, M. & Ramos, A. (2000). *Mujeres directivas: promoción profesional en España y el Reino Unido*. Valencia: Universitat de Valencia.
- Bäßler, J., & Schwarzer, R. (1996). Measuring generalized self-beliefs: A Spanish adaptation of the General Self-Efficacy scale. *Ansiedad y Estrés*, 2(1), 1-8.
- Barnett, R. C. (1998). Toward a review and reconceptualization of the work/family literature. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 124, 125-182.

- Benavides, F. G., Gimeno, D., Benach, J., Martínez, J. M., Jarque, S., Berra, A., & Devesa, J. (2002). Descripción de los factores de riesgo psicosocial en cuatro empresas. *Gaceta sanitaria*, 16(3), 222-229.
- Bernard, C., Sverke, M., & De Witte, H. (2005). Comparing three alternative types of employment with permanent full-time work: How do employment contract and perceived job conditions relate to health complaints? *Work & Stress*, 19, 301-318.
- Borgogni, L., Dello Russo, S., Miraglia, M., & Vecchione, M. (2013). The role of self-efficacy and job satisfaction on absences from work. *European Review of Applied Psychology*, 63(3), 129-136.
- Borkovec, T. D. (1978). Self-efficacy: Cause or reflection of behavioral change? *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 1(4), 163-170.
- Borrell, C., García-Calvente, M. M. & Martí-Boscà, J. V. (2004). La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gaceta Sanitaria*, 18(4), 2-6.
- Boyer, P. S. (2008). Correlates and determinants of nurse practitioners' self-efficacy in adult obesity treatment and weight management tactics. Tesis doctoral no publicada, State University of New York at Binghamton, Nueva York.
- Calaza Martínez, P. (2017). *Infraestructura verde. Sistema natural de salud pública*. Madrid: Mundiprensa.
- Campbell, J. (1999). Occupational Health Psychology: Historical Roots and Future Directions. *Health Psychology*, 18(1), 82-88.
- Cantera, L., Cervantis, G., & Blanch, J. (2008). Violencia ocupacional: El caso de los profesionales sanitarios. *Papeles del Psicólogo*, 29(1), 49-58.
- Capón, R. (1999). *Derecho del Trabajo*. La Plata, Argentina: Librería Editora Platense.
- Cavas, F. (2016). Aspectos jurídicos de la enfermedad profesional: estado de la cuestión y propuestas de reforma. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 62, 78-86.

- Chang, Y., Wang, P., Li, H., & Liu, Y. (2011). Relations among depression, self-efficacy and optimism in a sample of nurses in Taiwan. *Journal of Nursing Management, 19*, 769–776.
- Cho, E., & Bang, K. (2013). Nursing professionalism, self-efficacy and nurse parent partnership in pediatric nurses. *Child Health, Nursing Research, 19*(2), 94-101.
- Cifre, E., & Salanova, M. (2000). Estructura factorial del General Health Questionnaire (GHQ-12) en contexto de innovación: un análisis factorial confirmatorio. *Psicología de la Salud, 12*(2), 75-89.
- Cifre, E., Salanova, M., & Franco, J. (2011). Riesgos psicosociales de hombres y mujeres en el trabajo: ¿Una cuestión de diferencias? *Gestión Práctica de Riesgos Laborales, 82*, 28-37.
- Clarck, S. (2000). Work/family border theory: A new theory of work/family balance. *Human Relations, 53*(6), 747-770.
- Comisiones Obreras (2013). *Enfermedades Profesionales en el Sector Sanitario y Sociosanitario*. Madrid: Ediciones GPS.
- Conrad, P. (1987). Wellness in the Work Place: Potentials and Pitfalls of Work-site Health. *The Milbank Quarterly, 65*(2), 255-275.
- de Lange, A. H., Taris, T. W., Kompier, M. A. J., Houtman, I. L. D., & Bongers, P. M. (2003). The very best of the millennium: longitudinal research and the demand-control-(support) model. *Journal of Occupational Health Psychology, 8*, 282-305.
- De la Cruz-Sánchez, E., Feu, S., & Vizuete-Carrizosa, M. (2012). El nivel educativo como factor asociado al bienestar subjetivo y la salud mental en la población española. *Universitas Psychologica, 12*(1), 31-40.
- de Vries, H., Dijkstra, M., & Kuhlman, P. (1988). Self-efficacy: The third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. *Health Education Research, 3*(3), 273-282.

- Del Prado, J. (2014). *La organización del tiempo de trabajo*. Documento obtenido el 13 de marzo de 2017 de <http://www.imf-formacion.com/blog/prevencion-riesgos-laborales/actualidad-laboral/la-organizacion-del-tiempo-de-trabajo/>
- Duggleby, W., Cooper, D., & Penz, K. (2009). Hope, self-efficacy, spiritual well-being and job satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 65(11), 2376-2385.
- Eastman, C. & Marzillier, J. S. (1984). Theoretical and methodological difficulties in Bandura's self-efficacy theory. *Cognitive Therapy and Research*, 8(3), 213-229.
- Edwards, H. E., Nash, R. E., Najman, J. M., Yates, P. M., Fentiman, B. J, Dewar, A., Walsh, A. M.,... & Skerman, H. M. (2001). Determinants of nurses' intention to administer opioids for pain relief. *Nursing & Health Sciences*, 3(3), 149-159.
- Encalada, A. M., Zegarra, R. O., Malca, A. M. U., & Tello, M. V. (2016). Factores que desencadenan el estrés y sus consecuencias en el desempeño laboral en emergencia. *Revista Peruana de Obstetricia y enfermería*, 3(1), 50-57.
- Escolano, E. (2002). *Mujeres y Función Pública. El personal de administración y servicios de la Universidad de Valencia*. Valencia: Universitat de Valencia.
- European Agency for Safety and Health at Work (2007). *Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health*. Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities.
- Feo, J. (2008). *Influencia del trabajo por turnos en la salud y la vida cotidiana*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería y Medicina. Especialización en Salud Ocupacional.
- Finch, S. A., Weiley, V., Ip, E. H. & Barkin, S. (2008). Impact of pediatricians' perceived self-efficacy and confidence on violence prevention counseling: a national study. *Maternal and Child Health Journal*, 12(1), 75-82.
- Fisher, L. K. (2006). School nurses' perceptions of self-efficacy in providing diabetes care. *The Journal of School Nursing*, 22(4), 223-228.

- Forbes, R. (2011). El síndrome de burnout: síntomas, causas y medidas de atención en la empresa. *Éxito Empresarial*, 160,
- Frankenhaeuser, M., Levi, L., & Gardell, B. (1982). Work stress related to social structures and processes. In G. R. Elliott & C. Eisdorfer (Eds.), *Stress and human health: Analysis and implications of research*. Nueva York: Springer.
- Frone, M. (2003). Work-Family Balance. En J. C. Quick & L. E. Tetrick (Eds.), *Handbook of occupational health psychology*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Gamero Burón, C. (2007). Satisfacción laboral y tipo de contrato. *Investigaciones Económicas*, 31(3), 415-444.
- García, A. M., Benavides, F., & Ruiz-Frutos, C. (2000). Salud Laboral. En F. G. Benavides, C. Ruiz-Frutos, C. y A. M. García (Eds.), *Salud Laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales* (pp. 49-50). Barcelona: Masson.
- Gardell, B. (1971). Alienation and mental health in the modern industrial environment. En L. Levi (Ed.), *Society, stress and disease: Vol. 1. The psychosocial environment and psychosomatic diseases*. Londres: Oxford University Press.
- Gardell, B. (1981). Psychosocial aspects of industrial production methods. En L. Levi (Ed.), *Society, stress and disease: Vol. 4. Working life*. Nueva York: Oxford University Press.
- Garside, M. (2012). *Nursing expertise and self-efficacy following high fidelity simulation-based training*. Tesis Doctoral no publicada, Universidad de Newcastle upon Tyne, Reino Unido. Documento obtenido el 3 de abril de 2015 desde <https://theses.ncl.ac.uk/dspace/bitstream/10443/2157/1/Garside,%20M.%2013.pdf>
- Gil-Monte, P. (2010). Situación actual y perspectiva de futuro en el estudio del estrés laboral: la psicología de la salud ocupacional. *Informació Psicológica*, 100, 68-83.

- Gil-Monte, P. R. (2012). Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(2), 237-241.
- Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M., & Valcárcel, P. (1996). Influencias de las variables de carácter sociodemográfico sobre el síndrome de Burnout: un estudio en una muestra de profesionales de enfermería. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 6(2), 43-46.
- Gist, M. E. (1987). Self-efficacy: Implications for organizational behavior and human resource management. *Academy of Management Review*, 12(3), 472-485.
- Godin, G., Belanger-Gravel, A., Eccles, M., & Grimshaw, J. (2008). Healthcare professionals' intentions and behaviours: a systematic review of studies based on social cognitive theories. *Implementation Science*, 3, 36.
- Goldberg, L.R. (1981). Language and individual differences: The search for universals in personality lexicons. En L. Wheeler (Ed.), *Review of Personality and Social Psychology*, Vol. 2 (pp.141-165). Beverly Hills: Sage.
- Goldberg D. & Williams P. (1996). *Cuestionario de salud general GHQ. Guía para el usuario de las distintas versiones*. Barcelona: Masson
- Goldberg D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145
- Gómez, I. (2007). Salud laboral: Una revisión a la luz de las nuevas condiciones de trabajo. *Universitas Psychologica*, 6(1), 105-113.
- Gracia, E., & Martínez, I. (2004). *El control de emociones en el trabajo una revisión teórica del trabajo emocional*. Jornades de Foment de la Investigació, Universitat Jaume I. Documento obtenido el 3 de octubre de 2016 desde http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/78950/forum_2004_14.pdf?sequence=1

- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M., & Braga, F. (2009). Influencia de los factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Revista Española de Salud Pública*, 2, 215-230.
- Grau, A., Suñer, R., & García, M. M. (2005). Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gaceta Sanitaria*, 19(6), 463-470.
- Grau, R., Salanova, M., & Peiró, J. M. (2000). Efectos moduladores de la autoeficacia en el estrés laboral. *Apuntes de Psicología*, 18(1), 57-75.
- Grau-Alberola, E., Gil Monte, P., García-Juesas, J. A., & Figueredo-Ferraz, H. (2010). Incidence of burnout in Spanish nursing professionals: A longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 1013-1020.
- Greenhaus, J. H., & Beutell, N. J. (1985). Sources of conflict between work and family roles. *Academy of Management Review*, 10(1), 76-88.
- Greenhaus, J., Collins, K., & Shaw, J. (2003). The relation between work-family balance and quality of life. *Journal of Vocational Behavior*, 63(3), 510-531.
- Hernández, C., Dickinson, M., & Fernández, M. (2008). El síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 51, 11-13
- Hernández, M. (2015). *Incertidumbre en la vida laboral, consecuencias y medidas prácticas*. Cundinamarca: Universidad Militar de Nueva Granada. Facultad de Ciencias Económicas.
- Hoppe, C. R. (1999). *Predicting health professionals management of obesity*. Tesis Doctoral no publicada, Universidad de Londres, Londres.
- Hoppock, R. (1935). *Job Satisfaction*. Londres: Harper and Brothers Publishers.
- IBM Corp. Released (2016). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 24.0*. Armonk, NY: IBM Corp.
- INSHT (2015). *Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. 2015 6ª EWCS*. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

- Jiménez, A., & Moyano, E. (2008). Factores laborales de equilibrio entre trabajo y familia: Medios para mejorar la calidad de vida. *Revista Universum*, 23(1), 116-133.
- Jimmieson, N. (2000). Employee reactions to behavioural control under conditions of stress: the moderating role of self-efficacy. *Work and Stress*, 14(3), 262-280.
- Jones, G. (1986). Socialization tactics, self-efficacy, and newcomers' adjustments to organizations. *The Academy of Management Journal*, 29(2), 262-279.
- Judge, T., & Bono, J. (2001). Relationships of core self-evaluation traits – self-esteem, generalized self-efficacy, locus of control and emotional stability – with job satisfaction and job performance: a meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 86(1), 80-92.
- Kahn, R. L., Wolfe, D. M., Quinn, R. P., Snoek, J. D., & Rosenthal, R. A. (1964). *Organizational stress: Studies in role conflict and ambiguity*. Nueva York: Wiley.
- Karasek, R. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- Kazdin, A. E. (1978). Conceptual and assessment issues raised by self-efficacy theory. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 1, 177-185.
- Keller, S. M., Berryman, P., & Lukes, E. (2009). Effects of extended work shifts and shift work on patient safety, productivity, and employee health. *Workplace Health & Safety*, 57(12), 497-504.
- Klassen, R., & Chiu, M. (2010). Effects on teachers' self-efficacy and job satisfaction: teacher gender, years of experience and job stress. *Journal of Educational Psychology*, 102(3), 741-756.
- Kornhauser, A. (1965). *Mental health of the industrial -worker: A Detroit study*. Nueva York: Wiley.

- Lapierre, L., & Allen, T. (2006). Work-supportive family, family-supportive supervision, use of organizational benefits, and problem-focused coping: implications for workfamily conflict and employee well-being. *Journal of Occupational Health Psychology, 11*, 169-181.
- Laschinger, H., & Havens, D. (1996). Staff nurse work empowerment and perceived control over nursing practice, work satisfaction and work effectiveness. *The Journal of Nursing Administration, 26*(9), 27-35.
- Lee, H., & Cummings, G. G. (2008). Factors influencing job satisfaction of front line nurse managers: a systematic review. *Journal of Nursing Management, 16*(7), 768-783.
- Lee, T. W. & Kyung, Y. (2009). Effects of self-efficacy, affectivity and collective efficacy on nursing performance of hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing, 66*(4), 839–848.
- Leitner, K., & Resch, M. G. (2005). Do the effects of job stressors on health persist over time? A Longitudinal Study with Observational Stressors Measures. *Journal of Occupational Health Psychology, 10*(1), 18-30.
- Llambias, J. (2003). Los desafíos inconclusos de la salud y las reflexiones para el futuro en un mundo globalizado. *Revista Cubana de Salud Pública, 29*(3), 236-245.
- Llorens, S., Líbano, M., & Salanova, M. (2009). Modelos teóricos de salud ocupacional. En M. Salanova (Dir.), *Psicología de la Salud Ocupacional* (pp. 63-93). Madrid: Editorial Síntesis.
- López, M. J. (2004). *Enfermedades de los bomberos: una revisión a la literatura a demanda de la federación de Servicios y de Administraciones Públicas de CC.OO.* España: Instituto de Trabajo Ambiente y Salud.
- López Palomar, M., García Cueva, S. A., & Pando Moreno, M. (2014). Factores de riesgo psicosocial y burnout en población económicamente activa de Lima, Perú. *Ciencia & trabajo, 16*(51), 164-169
- Maddux, J. E. (2002). Self-efficacy: the power of believing you can. En C. R. Snyderand & S. J. López (Eds.), *Handbook of Positive Psychology*. Nueva York: Oxford University Press.

- Maddux, J. E., & Rogers, R. W. (1983). Protection motivation and self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Experimental Social Psychology*, 19(5), 469-479.
- Mañas, A. (2001). La salud y las condiciones de trabajo. *Enfermería Integral*, 56, XXXVIII-XLII.
- Martín-Daza, F., & Pérez-Bilbao, J. (1997). *Factores psicosociales: metodología de evaluación. Nota Técnica de Prevención*, 443. Madrid: INSHT. Documento obtenido el 14 de septiembre de 2015 desde http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_443.pdf
- Martín del Rio, B., Solanes, A., & Martínez-Zaragoza, F., & Benavides, G. (2013). Profesores y profesoras universitarios: Diferencias en riesgo psicosocial laboral y su influencia sobre la salud. *Revista de Psicología de la Salud*, 20-24(1), 85-104
- Martínez, D. (2001). Evolución del concepto de trabajo emocional: dimensiones, antecedentes y consecuentes. Una revisión histórica. *Revista de Psicología del trabajo y las Organizaciones*, 17(2), 131-153.
- Martínez-Zaragoza, F., Benavides, G., Ato, M., Solanes, A., Martín del Rio, B., Fernández J., & Pastor, Y. (2014). Predictors of distress in hospital physicians: protective and vulnerability factors. *Anales de Psicología*, 30(2), 579-587. Doi. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.2.161421>
- Matud, P., Carbelleira, M., López, M., Marrero, R., & Ibáñez, I. (2002). Apoyo social y salud: un análisis de género. *Salud mental*, 25(2), 32 - 37.
- Mauno, S., & Kinnunen, U. (2002). Perceived job insecurity among dual-career couples: Do its antecedents vary according to gender, economic sector and the measure used? *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 75, 295-314.
- McDowell, I., & Newell, C. (1987). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford University Press

- Meseguer, M., Soler, M., García, M., Saéz, M., & Sánchez, J. (2007). Los factores psicosociales de riesgo en el trabajo como predicciones de mobbing. *Psicothema*, 10 (2), 225-2230.
- Meseguer, M., Soler, M. I. & García-Izquierdo, M. (2014). El papel moderador de la autoeficacia profesional entre situaciones de acoso laboral y la salud en una muestra multiocupacional. *Anales de Psicología*, 30(2), 573-578.
- Montalbán, F., Durán, M. A., & Bravo, M. (2000). Autorreferencialidad y síndrome de burnout. *Apuntes de Psicología*, 18(1), 77-95.
- Morejón Sabio, R. (2010). *Género, Autoeficacia y Proyección Profesional La transición Universidad - Mundo Laboral*. Bilbao: EMAKUNDE
- Moreno-Jiménez, B., & Báez, C. (2010). *Factores y Riesgos Psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas*. Madrid: INSHT y UAM. Documento obtenido el 29 de abril de 2017 desde <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/PUBLICACIONES%20PROFESIONALES/factores%20riesgos%20psico.pdf>
- Moya, L., Serrano, M., Bono, E., Rodríguez, G., & Salvador, A. (2005). Respuesta psicofisiológica de estrés en una jornada laboral. *Psicothema*, 17(2), 205-2011.
- Muñoz, P. E., Vázquez-Barquero, J. L., Rodríguez, F., Pastrana, E., & Varo, J. (1979). Adaptación española del General Health Questionnaire (GHQ) de D. P. Goldberg. *Archivos de Neurobiología*, 42, 139-158.
- Murray, T. (1999). Implications for staff development of perceived self-efficacy in nurses who changed to home care practice. *Journal for Nurses in Staff Development*, 15(2), 78-82.
- NIOSH (1996). *National Occupational Research Agenda*. Washington: U.S. Government Printing Office.
- Nauta, M., Liu, C., & Li, C. (2010). A cross-national examination of self-efficacy as a moderator of autonomy/job strain relationships. *Applied Psychology*, 59(9), 159-179.

- Navarro, V. (1998). Concepto actual de la salud pública. En F. Martínez, P. L. Castellanos & V. Navarro (eds.), *Salud Pública*. Ciudad de México: Mc Graw-Hill.
- Nicolaci, M. (2008). Condiciones y medio ambiente de trabajo. *Hologramática*, 2(8), 3-48.
- Oe-Nam, K., Jae-woo, O., Yang-Sin, K., Hye-Won, K., Mi-yae, L., & Seung-han, H. (2014). Impacts of perceived health status and self-efficacy in hospital nurses on their health promoting behaviors. *Advances in Information Sciences and Service Sciences*, 6(1), 139-144.
- Offerman, L. R., & Gowing, M. K. (1990). Organizations of the future: Changes and challenges. *American Psychologist*, 45, 95-108.
- Olivari Medina, C., & Urra Medina, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y enfermería*, 13(1), 9-15..
- OMS (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Documento obtenido el 5 de marzo de 2017 desde http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- OMS (1995). *Estrategia mundial de la salud ocupacional para todos: el camino hacia la salud en el trabajo*. Ginebra.
- OMS (2000). *The World Health Report 2000. Health systems: Improving performance*. Documento obtenido el 1 de mayo de 2017 desde <http://www.who.int/whr/2000/es/>
- Organización Internacional del Trabajo. (1986). *Factores de Riesgo Psicosociales*. Ginebra.
- Organización Internacional del Trabajo. (2003). *Actividades normativas de la OIT en el ámbito de la seguridad y la salud en el trabajo*. Suiza.
- Paglis, L. L. & Green, S. G. (2002). Leadership, self-efficacy and managers' motivation for leading change. *Journal of Organizational Behaviour*, 23(2), 215-235.
- Pajares, F. (1996) Self-efficacy beliefs in academic settings. *Review of Educational Research*, 66(4), 543-578.

- Pajares, F. (2004). *Albert Bandura: Biographical sketch*. Documento obtenido el 3 de marzo de 2015 desde: <http://des.emory.edu/mfp/bandurabio.html>
- Palmero, F., Carpi, A. & Gómez-Íñiguez, C. (en revisión). *Factores Psicosociales de riesgo y salud en el ámbito laboral*. Castellón: Col·lecció Sapientia: Universitat Jaume I.
- Parasuraman, S., & Simmers, C. (2001). Type of employment, work-family conflict and wellbeing: A comparative study. *Journal of Organizational Behavior*, 22(5), 551-568.
- Parra, M. (2003). *Conceptos básicos de salud laboral*. Santiago de Chile: Oficina Interamericana del Trabajo.
- Peiró, J. (2001). Estrés laboral: una perspectiva individual y colectiva. *Investigación Administrativa*, 88, 31-41.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6th ed.). Boston: Pearson.
- Pérez, J. (1997). *NTP 367: Envejecimiento y trabajo: la gestión de la edad*. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Pierazzo, J. (2014). *Learner anxiety and professional practice self-efficacy in nursing education*. Tesis Doctoral no publicada, Universidad de Ontario Occidental, Canadá. Documento obtenido el 13 de abril de 2017 desde: <http://ir.lib.uwo.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=3761&context=etd>
- Ponte, C. (2003). Conceptos fundamentales de la salud a través de su historia reciente. *Ciencia y Salud Colectiva*, 8(1), 33-45.
- Porras Santos, N. (2014). *Variables psicosociológicas y burnout en sanitarios*. Tesis Doctoral no publicada, Universidad de Salamanca, Salamanca. Documento obtenido en septiembre de 2015 desde: https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/125759/1/DPPMMLHM_PorrasSantosNieves_Variablepsicosociol%C3%B3gicas.pdf
- Ramírez, J. M. (2013). El índice DEC (Derechos/Economía/Cobertura) de desarrollo de los Servicios Sociales. *Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, 2, 87-98.

- Ramírez-Elizondo, N., Paravic-Klijn, T., & Valenzuela-Suazo, S. (2013). Riesgo de los turnos nocturnos en la salud integral del profesional de enfermería. *Index de Enfermería*, 22(3), 152-155.
- Raymond, J. S., Wood, D. W., & Patrick, W. K. (1990). Psychology doctoral training in work and health. *American Psychologist*, 45, 1159-1161.
- Regader, B. (2016). *Los 5 grandes rasgos de personalidad: sociabilidad, responsabilidad, apertura, amabilidad y neuroticismo*. Documento obtenido el 1 de febrero de 2017 desde <https://psicologiyamente.net/personalidad/5-grandes-rasgos-de-personalidad>
- Regidor, E., Guallar-Castillón, P., Gutiérrez-Fisac, J. L., Banegas, J. R., & Rodríguez-Artalejo, F. (2010). Socioeconomic variation in the magnitude of the association between self-rated health and mortality. *Annals of Epidemiology*, 20(5), 395-400.
- Regidor, E., Gutiérrez-Fisac, J. L., Domínguez, V., Calle, M. E., & Navarro, P. (2002). Comparing social inequalities in health in Spain: 1987 and 1995/97. *Social Science Medicine*, 54(9), 1323-1332.
- Rescalvo, F., Zancajo, J. L., De La Fuente, J. M., & Díaz, J. J. (2006). Condiciones de trabajo y salud en el sector sanitario. *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, 25, 38-43.
- Restrepo, H. E., & Málaga, H. (2001). *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*. México: Panamericana.
- Ríos Rísquez, M. A., Sánchez Meca, J., & Godoy Fernández, C. (2010). Personalidad resistente, autoeficacia y estado general de salud en profesionales de Enfermería de cuidados intensivos y urgencias. *Psicothema*, 22(4), 600-605.
- Rivas-Ruiz, R., Moreno-Palacios, J., & Talavera, J. O. (2013). Diferencias de medianas con la U de Mann-Whitney. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51(4), 414-419.

- Robles-García, M., Dierssen-Sotos, T., Martínez-Ochoa, E., Herrera-Carral, P., Díaz-Mendi, A. R., & Llorca-Díaz, J. (2005). Variables relacionadas con la satisfacción laboral: un estudio transversal a partir del modelo EFQM. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 127-134.
- Rodríguez R. (2013). *Personal de enfermería y absentismo laboral en el Servicio Extremeño de Salud: análisis desde la perspectiva de género*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Extremadura, Cáceres.
- Root, G., & Lavarato, M. (2014.). *Elementos de la estructura organizacional*. Obtenido de <https://business.tutsplus.com/articles/the-five-elements-of-a-high-quality-sales-technique--cms-20342>
- Salanova, M., Grau, R., & Martínez, I. M. (2005). Demandas laborales y conductas de afrontamiento: el rol modulador de la autoeficacia profesional. *Psicothema*, 17(3), 390-395.
- Salanova, M., & Schaufeli, W. B. (2004). El engagement de los empleados: un reto emergente para la dirección de los recursos humanos. *Estudios Financieros*, 261, 109-138.
- Salanova, M., Lorente, L., & Vera, M. (2009). Cuando creer es poder: el papel de la autoeficacia en la mejora de salud ocupacional. *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, 62, 12-16.
- Sánchez, S., Guillén, C. L. & León, J. M. (2006). La autoeficacia percibida en el afrontamiento de riesgos laborales psicosociales como variable moduladora del burnout. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 495-504.
- Scherer, Y. K. & Schmieder, L. E. (1996). The role of self-efficacy in assisting patients with chronic obstructive pulmonary disease to manage breathing difficulty. *Clinical Nursing Research*, 5(3), 343-355.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 9(2), 9-21.
- Schwarzer, R., Mueller, J., & Greenglass, E. (1999). Assessment of perceived general self-efficacy on the internet: data collection in cyberspace. *Anxiety, Stress & Coping*, 12(2), 145-161.

- Siu, O .L., Lu, C. Q., & Spector, P. E. (2007). Employees' well-being in greater China: The direct and moderating effects of general self-efficacy. *Applied Psychology, 56*(2), 288-301.
- Siu, O., Spector, P., & Cooper, C. (2005). Work stress, self-efficacy, Chinese work values and work well-being in Hong Kong and Beijing. *International Journal of Stress Management, 12*(3), 274-288.
- Solanes, A., Macajone, M., & Martín del Río, B. (2016). Tensió laboral i burnout, en docents d'ensenyaments universitaris i no universitaris. Un estudi exploratori. *Anuari de Psicologia de la Societat Valenciana de Psicologia, 17*, 15-30. Doi. 10.7203/anuari.psicologia.17.2.15
- Solanes, A. & Martín Del Río, B. (2007). Aportaciones de la psicología a la incorporación de las nuevas tecnologías en diferentes ámbitos de la vida cotidiana. *Revista de la Facultad de Ciencias Sociales y Jurídicas de Elche, 2*(1), 235-257.
- Solanes, A., Martín del Río, B., Rodríguez de Limia, K., Benavides, G., & Martínez-Zaragoza, F. (2014). Factores de riesgo psicosocial laboral y burnout en función de la categoría profesional. *Revista de Psicología de la Salud, 1*, 74-93
- Solanes, A., Tirado, S., & Martín del Río, B. (2004). Factores de riesgo psicosocial para la salud ocupacional: adaptación de un instrumento de evaluación. *Revista de Psicología de la Salud, 16*(1-2), 85-110.
- Sora, B., Caballer, A., & Peiró, J. (2011). Consecuencias de la inseguridad laboral: El papel modulador del apoyo organizacional desde un aperspectiva multinivel. *Psicothema, 23*(3), 394-400.
- Soriano, G., & Rodríguez-Caro, M. (2013). *La percepción de la salud y riesgos psicosociales en una muestra multisectorial*. Madrid: UGT-CEC.
- Sparks, K., Faragher, B., & Cooper, C. L. (2001). Wellbeing and Occupational Health in the 21st Century Work Place. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 74*(4), 489-509

- Stansfel, S., & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health: a meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 32(6), 443-462.
- Strecher, V. J., DeVellis, B. M., Becker, M. H. y Rosenstock, I. M. (1986). The role of self-efficacy in achieving health behavior change. *Health Educ Behav*, 13(1), 73–92.
- Taylor, K. M., & Betz, N. E. (1983). Applications of self-efficacy theory to the understanding and treatment of career indecision. *Journal of Vocational Behavior*, 22(1), 63-81.
- Terris, M. (1975). Approaches to an Epidemiology of Health. *The American Journal of Public Health*, 65(10), 1037-1045.
- Tetrick, L. E., & Quick, J. C. (2003). Prevention at Work: Public Health in Occupational Settings. En J. C. Quick y L. E. Tetrick (Eds.), *Handbook of Occupational Psychology*. Washington: American Psychological Association.
- Topa, G., Depolo, M., & Morales, F. J. (2007). Acoso laboral: meta-análisis y modelo integrador de sus antecedentes y consecuencias. *Psicothema*, 19(1), 88-94.
- Tripiana, J. & Llorens, S. (2015). Fomentando empleados engaged: el rol del líder y de la autoeficacia. *Anales de Psicología*, 31(2), 636-644.
- Tsai, C., Tsai, Sh., Chen, Y. & Lee, W. (2014). A study of nursing competency, career self-efficacy and profesional commitment among nurses in Taiwan. *Contemporary Nurse*, 49, 96-102.
- Yao, Y., Wang, W., Wang, F. & Yao, W. (2014). General self-efficacy and the effect of hospital workplace violence on doctors' stress and job satisfaction in China. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 27(3), 389-399.
- Zimmermann, M. (2014). *Estudio descriptivo de Enfermedades Profesionales*. Madrid: Instituto nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

ANEXOS



Anexo 1. Batería de preguntas y pruebas



Facultad de Ciencias Sociosanitarias. Elche.

Departamento: Psicología de la Salud

Área de conocimiento: Psicología Social

PROFESOR RESPONSABLE: Ángel Solanes Puchol

Por favor lea atentamente estas instrucciones antes de cumplimentar el cuestionario.



Nota: las páginas de este cuestionario han sido impresas por ambos lados.

En las páginas siguientes se presentan un conjunto de preguntas y opiniones sobre su entorno laboral. Todas las preguntas hacen referencia a su trabajo en ESTA empresa / organización (la organización en la que se le presenta este cuestionario) y a su bienestar físico y psicológico.

Las cuestiones que se plantean no tienen una respuesta correcta. No hay respuestas mejores o peores, simplemente deben reflejar su situación. Estamos interesados en conocer sus opiniones acerca de una serie de aspectos.

Garantizamos el anonimato de sus contestaciones. Por ello, le rogamos que conteste con toda sinceridad y confianza.

Para responder a cada pregunta ponga una cruz o rodee con un círculo la respuesta siguiendo el ejemplo que presentamos a continuación.

Ejemplos:

1. Es usted ... Mujer

Hombre

2. En qué medida está de acuerdo con las siguientes afirmaciones?	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	En parte de acuerdo, en parte en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo
Estoy contento con mi trabajo			①		

Gracias por su colaboración

Datos personales:

1. Sexo: Hombre Mujer

2. Edad:

3. Estado Civil:

- | | | |
|--|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Soltero/a viviendo con padres
Casado/a | <input type="checkbox"/> Soltero/a viviendo solo/a | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Viviendo con pareja
Viudo/a | <input type="checkbox"/> Divorciado/a o Separado/a | <input type="checkbox"/> |

4. ¿Cuántos hijos/as tiene? Edades ¿Cuántos hijos viven en casa?
.....

5. ¿Vive usted sólo con su pareja?

- Sí.
- No, vivo con mis padres/familia/amigos.
- No, vivo solo.

6. ¿Cuál es su contribución económica a los ingresos del hogar?

- Único/a responsable (100%).
- Principal fuente de ingresos (Aporto más de la mitad de los ingresos del hogar).
- Aporto alrededor de la mitad de los ingresos del hogar.
- Contribuyo con menos del 50% a los ingresos del hogar.

7. ¿Cuántas personas dependen de los ingresos de su hogar? _____ personas (incluyéndome a mí).

8. ¿Es usted el responsable principal de las tareas de la casa y de las compras diarias?

- Sí.
- Comparto las tareas de la casa con otros miembros de mi hogar.
- No, otra persona es la principal responsable.

9. Nivel de estudios, los haya finalizado o no

- | | | |
|---|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Graduado escolar | <input type="checkbox"/> Bachillerato | <input type="checkbox"/> Diplomado |
| <input type="checkbox"/> Licenciado | <input type="checkbox"/> Postgrado | |

10. Otros _____

- a) ¿Ha finalizado estos estudios? Sí No
- b) ¿Durante cuántos años ha estado estudiando a tiempo completo? _____ años
 - Actualmente sigo estudiando

11. Nacionalidad

- Español
- Otros país Indicar país: _____

Perfil Laboral:

12. ¿Cuántos años lleva trabajando?

13. Años y/ o Meses de permanencia en la empresa actual

_____ años
_____ meses

14. Definición del puesto de trabajo que ocupa habitualmente _____

15. Nivel en su empresa

directivo/a mando intermedio trabajador/a

16. Turno de trabajo

Mañana tarde mañana y tarde
 Tarde y noche noche indistinto

17. Tipo de contrato Duración determinada duración definida otros

18. Horas de trabajo semanal Hasta 24 horas de 24 horas a 40 horas más de 41 horas
semanales

19. Horario de trabajo Fijo rotatorio

20. Sector al que pertenece su empresa: _____



Por favor, indique con una cruz (X) con qué frecuencia experimenta en su trabajo cada una de las experiencias que describimos a continuación.

	1	2	3	4	5
	Casi Nunca	A veces	Normalmente	Casi Siempre	Siempre
FP1.	Exceptuando las pausas reglamentarias, ¿debo mantener una exclusiva atención en mi trabajo? (de forma que me impide tener la posibilidad de hablar, de desplazarme o simplemente de pensar en cosas ajenas a mi tarea)				1 2 3 4 5
FP2.	En mi trabajo, debo mantener una alta atención				1 2 3 4 5
FP3b.	Yo me fijo mi tiempo de trabajo				1 2 3 4 5
FP4b.	Si se produce un retraso en el desempeño de mi trabajo, lo recupero durante las pausas				1 2 3 4 5
FP4c.	Si se produce un retraso en el desempeño de mi trabajo, lo recupero durante el trabajo, acelerando el ritmo				1 2 3 4 5
FP5.	La ejecución de mi tarea me impone trabajar con cierta rapidez				1 2 3 4 5
FP8.	Al acabar la jornada me siento fatigado				1 2 3 4 5
FP9.	Para realizar mi trabajo, la cantidad de información (órdenes de trabajo, señales de la máquina, datos de trabajo...) que manejo es muy elevada				1 2 3 4 5
FP10.	La información que manejo para realizar mi trabajo es muy complicada				1 2 3 4 5
FP11.	El trabajo que realizo me resulta complicado o difícil				1 2 3 4 5
FP12.	Tengo posibilidad de abandonar mi trabajo por unos minutos				1 2 3 4 5
FP13.	Puedo distribuir yo mismo las pausas a lo largo de la jornada laboral				1 2 3 4 5
FP14.	Tengo posibilidad de marcar mi propio ritmo de trabajo				1 2 3 4 5
FP15.	Tengo posibilidad de variar mi ritmo de trabajo a lo largo de mi jornada laboral (adelantar trabajo para tener luego más descanso)				1 2 3 4 5
La realización de mi trabajo requiere de las siguientes habilidades:					
FP16.	Capacidad de aprender cosas o métodos nuevos				1 2 3 4 5
FP17.	Capacidad de adaptarse a nuevas situaciones				1 2 3 4 5
FP18.	Organizar y planificar el trabajo				1 2 3 4 5
FP19.	Tener iniciativa				1 2 3 4 5
FP20.	Transmitir información				1 2 3 4 5
FP21.	Trabajar con otras personas				1 2 3 4 5
FP22.	Tener buena memoria				1 2 3 4 5
FP23.	Habilidad y destreza manual				1 2 3 4 5
FP24.	Capacidad para concentrarse en el trabajo				1 2 3 4 5
FP25.	Precisión				1 2 3 4 5
FP26.	La ejecución de mi trabajo impone realizar tareas repetitivas y de corta duración				1 2 3 4 5
FP27.	Mi trabajo es importante para el conjunto de la empresa				1 2 3 4 5
FP28a	El trabajo que realizo tiene poca variedad de tareas				1 2 3 4 5
FP29.	El trabajo que realizo me resulta rutinario				1 2 3 4 5
FP30a	El aspecto de mi trabajo que más me atrae es el salario				1 2 3 4 5
FP30b	El aspecto de mi trabajo que más me atrae es la posibilidad de promoción profesional				1 2 3 4 5
FP30c	El aspecto de mi trabajo que más me atrae es la satisfacción de cumplir con mi trabajo				1 2 3 4 5

FP30d	El aspecto de mi trabajo que más me atrae es que supone un reto interesante	1	2	3	4	5
-------	---	---	---	---	---	---

Creo que mi empleo es importante para:

FP31.	Mis superiores	1	2	3	4	5
FP32.	Mis compañeros de trabajo	1	2	3	4	5
FP33.	El público o los clientes (si los hay)	1	2	3	4	5
FP34.	Mi familia y amistades	1	2	3	4	5

El control de la jefatura sobre los siguientes aspectos de mi trabajo me parece EXCESIVO:

FP35.	Método para realizar el trabajo	1	2	3	4	5
FP36.	Planificación del trabajo	1	2	3	4	5
FP37.	Ritmo de trabajo	1	2	3	4	5
FP38.	Horarios de trabajo	1	2	3	4	5
FP39.	Resultados parciales	1	2	3	4	5
FP40.	Resultado último del trabajo	1	2	3	4	5

Se me permite presentar sugerencias o participar en las decisiones que me interesan a través de los siguientes medios:

FP41.	Conversación directa con los superiores	1	2	3	4	5
FP42.	Buzón de sugerencias	1	2	3	4	5
FP43.	Círculos de calidad	1	2	3	4	5
FP44.	Comité de empresa/delegado	1	2	3	4	5
FP45.	Asambleas y reuniones de trabajadores	1	2	3	4	5

Yo tomo las decisiones en los siguientes aspectos de mi trabajo:

FP46.	Orden de las operaciones a realizar	1	2	3	4	5
FP47.	Resolución de incidencias	1	2	3	4	5
FP48.	Asignación y distribución de tareas	1	2	3	4	5
FP49.	Planificación del trabajo	1	2	3	4	5
FP50.	Cantidad de trabajo	1	2	3	4	5
FP51.	Calidad de trabajo	1	2	3	4	5

Recibo información clara de los siguientes aspectos de mi trabajo:

FP52.	Lo que debo hacer (funciones, competencias y atribuciones)	1	2	3	4	5
FP53.	Cómo debo hacerlo (métodos de trabajo)	1	2	3	4	5
FP54.	Cantidad de producto que se espera que haga	1	2	3	4	5
FP55.	Calidad del producto o del servicio	1	2	3	4	5
FP56.	Tiempo asignado	1	2	3	4	5
FP57.	Información necesaria para llevar a cabo la tarea	1	2	3	4	5
FP58.	Mi responsabilidad (qué errores o defectos pueden achacarse a mi actuación y cuáles no)	1	2	3	4	5

Tengo acceso a los siguientes medios de información en mi empresa:

FP65.	Charlas informales (de pasillo) con jefes	1	2	3	4	5
FP66.	Tablones de anuncios	1	2	3	4	5

FP67.	Información escrita dirigida a cada trabajador	1	2	3	4	5
FP68.	Información oral (reuniones, asambleas...)	1	2	3	4	5

Mantengo buenas relaciones con las personas de mi trabajo:

FP71.	Jefes	1	2	3	4	5
FP72.	Compañeros	1	2	3	4	5
FP73.	Subordinados	1	2	3	4	5
FP74.	Clientes o público	1	2	3	4	5
FP75a	Mantengo buenas relaciones de colaboración en mi grupo de trabajo	1	2	3	4	5
FP75b	Mantengo relaciones personales positiva en mi grupo de trabajo	1	2	3	4	5

Por favor, lea cuidadosamente las siguientes preguntas. Nos gustaría saber si usted ha tenido algunas molestias o trastornos y cómo ha estado de salud EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS.

Por favor, conteste a todas las preguntas, marcando con una cruz (X) la respuesta que, a su juicio, puede aplicarse mejor a usted. Recuerde que queremos saber los problemas RECIENTES Y ACTUALES, NO LOS DEL PASADO.

- S1. ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hacía?
- Mejor que lo habitual Igual que lo habitual
 Menos que lo habitual Mucho menos que lo habitual
- S2. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?
- No, en absoluto No más que lo habitual
 Algo más que lo habitual Mucho más que lo habitual
- S3. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?
- Más útil que lo habitual Igual que lo habitual
 Menos útil que lo habitual Mucho menos útil que lo habitual
- S4. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?
- Más que lo habitual Igual que lo habitual
 Menos que lo habitual Mucho menos que lo habitual
- S5. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?
- No, en absoluto No más que lo habitual
 Algo más que lo habitual Mucho más que lo habitual
- S6. ¿Ha sentido la sensación de que no puede superar sus dificultades?
- No, en absoluto No más que lo habitual
 Algo más que lo habitual Mucho más que lo habitual
- S7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?
- Más que lo habitual Igual que lo habitual
 Menos que lo habitual Mucho menos que lo habitual
- S8. ¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?
- Más capaz que lo habitual Igual que lo habitual
 Menos capaz que lo habitual Mucho menos capaz que lo habitual
- S9. ¿Se ha sentido poco feliz o deprimido?
- No, en absoluto No más que lo habitual
 Algo más que lo habitual Mucho más que lo habitual
- S10. ¿Ha perdido confianza en sí mismo?
- No, en absoluto No más que lo habitual
 Algo más que lo habitual Mucho más que lo habitual

S11. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

- No, en absoluto No más que lo habitual
 Algo más que lo habitual Mucho más que lo habitual

S12. ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?

- Más que lo habitual Igual que lo habitual
 Menos que lo habitual Mucho menos que lo habitual

Seguidamente se presenta un grupo de afirmaciones que podrían describir la forma en que usted reacciona ante las situaciones de la vida. Por favor, indique cuán ciertas son cada una de estas frases para usted.

Utilizando la escala que acompaña a cada afirmación, marque su respuesta con una cruz (X).

		1	2	3	4
		Incorrecto	Apenas cierto	Más bien cierto	Cierto
AEG1.	Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga	1	2	3	4
AEG2.	Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente	1	2	3	4
AEG3.	Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas	1	2	3	4
AEG4.	Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados	1	2	3	4
AEG5.	Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas	1	2	3	4
AEG6.	Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles	1	2	3	4
AEG7.	Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo	1	2	3	4
AEG8.	Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario	1	2	3	4
AEG9.	Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer	1	2	3	4
AEG10.	Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo	1	2	3	4

Anexo 2. Consentimiento Informado

Universidad Miguel Hernández.
Departamento de Psicología de la Salud.

Grupo de Investigación de Personal No Sanitario
Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería
ESTUDIO RIESGOS PSICOSOCIALES

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DEL ESTUDIO:

ELABORACIÓN DE UN CUESTIONARIO DE RIESGOS PSICOSOCIALES EN LAS ORGANIZACIONES

Este documento se adapta a la normativa de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica.

Se me ha explicado en un Documento las razones y objetivos del Estudio.

Al firmar este documento, doy mi consentimiento para participar en dicho estudio.

Mi participación es voluntaria. Se me ha informado que, aún después de iniciada la intervención, puedo negarme a continuar o a permitir el uso de mis datos.

Se me ha asegurado el anonimato y la confidencialidad de mis datos, así como que solamente se utilizarán para la realización del presente estudio, conforme a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Fecha: ____ / mayo 2.016

Firma del/la participante

Firma del Investigador/Grupo de Inv.

Anexo 4. Socioeconómicos y estadísticos de los núcleos que componen las distintas zonas básicas de salud.

1. ZBS de Albox. Unidad de Gestión Clínica de Albox

Núcleo	Superficie	Población	> 65 años %	Renta Media	Nacimientos 2014	Defunciones 2014	Extranjeros 2015
Albox	168.4	11.429	19.60	12.269.60	127	98	3195
Albanchez	35.1	805	39.75	8.810.78	3	7	306
Arboleas	66.1	4.670	39.76	8.791.58	18	43	3102
Cantoria	79.0	3.580	27.93	10.894.44	25	43	792
Oria	234.8	2.428	31.10	8.703.98	10	35	576
Partaloa	52.6	673	37.74	9.264.39	0	10	320
Cobdar	31.8	183	33.88	8.536.63	0	3	8

2. ZBS de Huércal-Overa. Centro de Salud de Huércal-Overa. Unidad de Gestión Clínica de Huércal-Overa

Núcleo	Superficie	Población	> 65 años %	Renta Media	Nacimientos 2014	Defunciones 2014	Extranjeros 2015
Huércal-Overa	317.7	18.530	17.73	13.186.80	201	184	3.215
Taberno	44.1	1.000	31.30	8.028.96	3	10	157
Zurgena	71.6	3.030	32.34	9.866.37	13	44	1.229

3. ZBS de Huércal-Overa. Centro de Salud de Pulpí. Unidad de Gestión Clínica de Pulpí

Núcleo	Superficie	Población	> 65 años %	Renta Media	Nacimientos 2014	Defunciones 2014	Extranjeros 2015
Pulpí	94.7	8.762	12.97	11.150.62	130	68	2.328

4. ZBS del Mármol. Unidad de gesti3n Clínica del Mármol

Núcleo	Superficie	Poblaci3n	> 65 años %	Renta Media	Nacimientos 2014	Defunciones 2014	Extranjeros 2015
Olula del Río	23.5	6.259	14.79	12.996.87	52	52	470
Fines	23.1	2.143	14.33	12.239.02	21	18	265
Lijar	28.1	431	27.61	9.317.27	3	3	22
Macael	43.8	5.676	16.40	13.671.86	46	47	228
Purchena	56.5	1.686	19.57	12.128.27	13	15	100
Sierro	27.4	392	25.77	9.169.67	4	10	19
Somontn	16.2	492	27.24	10.113.03	1	5	35
Chercos	13.4	275	27.27	7.906.09	4	1	18
Laroya	21.7	178	18.54	9.190.02	1	3	11
Sufli	10.1	252	20.24	8.238.66	0	1	27
Urracal	25.5	336	25.30	10.384.69	4	3	40

5. ZBS del Ser3n. Unidad de gesti3n Clínica de Ser3n

Núcleo	Superficie	Poblaci3n	> 65 años %	Renta Media	Nacimientos 2014	Defunciones 2014	Extranjeros 2015
Ser3n	166.4	2.167	27.55	11.936.64	10	35	74
Armuña de Almanzora	8.0	332	28.01	10.410.20	1	6	9
Bacares	94.9	278	33.09	8.217.82	3	4	3
Lucar	100.4	772	26.55	10.279.18	3	13	59
Tijola	67.5	3.701	18.13	13.276.42	32	33	181
Alcontar	93.9	570	30	9.613.94	2	10	37
Bayarque	26.4	216	32.41	12.676.22	0	1	16

6. ZBS de Los Vélez. Unidad de gesti3n Clínica de Los Vélez

Núcleo	Superficie	Poblaci3n	> 65 años %	Renta Media	Nacimientos 2014	Defunciones 2014	Extranjeros 2015
Vélez-Tubio	282.0	6.767	23.75	10.429.10	52	97	844
Vélez-Blanco	442.0	2.035	28.11	9.041.73	8	25	300
María	225.6	1.285	29.34	7.834.31	4	17	25
Chirivel	196.6	1.604	33.60	9.926.80	4	29	146