

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

SALUD OCUPACIONAL EN LA POLICÍA LOCAL DE ELDA

TESIS DOCTORAL

Autor: Eloy Valero Sánchez

Directores:

Dr. Ángel Solanes Puchol

Dra. Elena Miró Morales

Dra. Beatriz Martín del Río

Junio, 2017



UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA DE LA SALUD

SALUD OCUPACIONAL EN LA POLICÍA LOCAL DE ELDA

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

D. Eloy Valero Sánchez

Junio 2017



AGRADECIMIENTOS

Han sido varios años los que he dedicado a la presente Tesis Doctoral y, ahora sí, llega el momento de su conclusión. El hecho de tener que compatibilizar trabajo y estudio ha resultado muy duro; muchas horas de sueño y de tiempo libre han sido suprimidas para poder lograr este reto. Pero no solo he sido yo el damnificado, sino que mi familia también se ha visto involucrada en dicho sacrificio. Se han visto privados de mi presencia y han tenido que renunciar también a muchas cosas debido a mi confinamiento. Por ello, quiero agradecerles su comprensión y paciencia, además del apoyo mostrado desde el principio de este proyecto.

Pero no todo ha sido sacrificio; ha sido un placer inconmensurable el que he sentido a lo largo de la realización del trabajo. El hecho de tratar un tema apasionante, me ha ayudado a vencer el cansancio y a disfrutar cada momento de la elaboración de la presente tesis. Ahora que llega a su término, es una sensación de felicidad indescriptible la que me alberga. El hecho de doctorarme supone una alegría inconmensurable, un aumento de mi autoestima personal. Como he comentado anteriormente, el haber compaginado los estudios de doctorado con un trabajo a tiempo completo y con una familia a cargo, ha supuesto un reto personal de gran magnitud, reto que, ahora que está llegando a su conclusión, supone una satisfacción enorme.

Un trabajo duro y difícil, pero al mismo tiempo, satisfactorio; trabajo que habría sido imposible llevarlo a cabo sin la colaboración de muchas personas. Ahora es el momento de agradecerles su inestimable ayuda. Para ello, he de empezar por mis directores de tesis; sin ellos, este trabajo no podría haberse realizado. Gracias por todos vuestros sabios consejos y orientaciones, por la paciencia mostrada y el apoyo dispensado. Ha sido un honor trabajar a vuestro lado y haber participado en este proyecto con vosotros. Mil gracias.

Ángel, no sabes cuánto te agradezco todo el apoyo que he recibido y el que no hayas permitido que me rinda. Gracias por tu infinita paciencia y por todo lo que me has enseñado, además de brindarte constantemente a ayudarme en todo.

Es un alivio saber que existen personas como tú, personas que se vuelcan en ayudar al que lo necesita.

Beatriz, muchas gracias por haberme ofrecido todo tu apoyo y haberme orientado en el campo estadístico. Sin tu ayuda, no se podría haber realizado este trabajo.

Elena, gracias por confiar en mí y por tus sabios consejos en todo lo concerniente al sueño. Ha sido un placer trabajar junto a ti. Muchas gracias por tu apoyo.

Mi agradecimiento a la Policía Local de Elda y a la Policía Local de Elche. Me han abierto sus puertas y me han facilitado enormemente el trabajo. Muchísimas gracias.

Javi, muchas gracias por tu inestimable ayuda y tu desinterés a la hora de colaborar en este proyecto. Sin tu aportación, esto no habría sido posible. Me has estado ayudando hasta el último momento. Te lo compensaré con largas rutas en moto.

Paco, ¿te acuerdas de aquel café que tomamos hace unos diez años? ¡caro me ha salido! Tú eres el gran culpable de que ahora me encuentre en esta tesitura. En aquel momento yo era un diplomado que estaba estudiando Derecho en la UNED, como hobby, sin prisa alguna y hoy estoy a punto de leer mi tesis. Es un orgullo tener amigos así. No cambies. Gracias por todo, compañero.

Mamá, supongo que recordarás aquella vez en la que estábamos los dos en la cocina y te prometí que algún día tendría mi carrera. Pues bien, creo que lo he cumplido con creces. Espero que estés contenta. Muchas gracias por el apoyo incondicional que siempre me has ofrecido. Te quiero mucho.

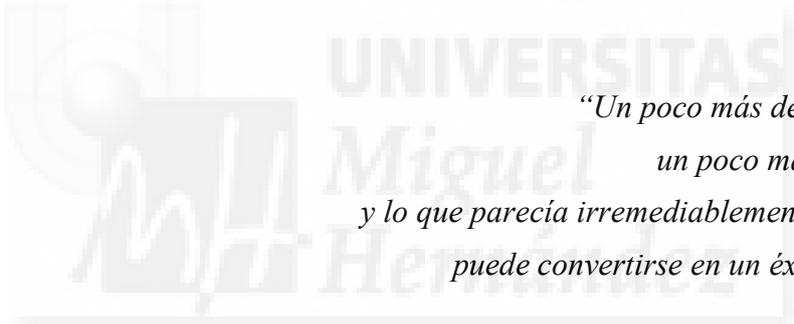
Papá, te empeñaste en que hiciera Derecho y yo no estuve por la labor. Cuando te dije que tenía pensado hacer el Doctorado, manifestaste tu entusiasmo y me has estado animando constantemente para su consecución. Espero haber suplido aquel deseo tuyo con la obtención de este título. Muchas gracias por todos esos ánimos y por el apoyo mostrado y, en general, muchas gracias por estar siempre ahí cuando te necesito. Es un alivio tener siempre tu

respaldo como padre y como amigo y saber que puedo contar contigo en cualquier momento y para cualquier cosa.

Ya lo he anticipado en este apartado, pero lo vuelvo a reiterar: mi agradecimiento a los que lo han vivido y sufrido más de cerca, mi mujer y mi hijo, Mónica y Eloy. Sin su ayuda, colaboración y complicidad, no habría podido embarcarme en tan duro proyecto. Han sido varios los años en los que estas dos maravillosas personas se han enfrentado solas a las adversidades del día a día, concediéndome, de ese modo, tiempo para dedicarme a la presente Tesis Doctoral. Muchísimas gracias a los dos, os quiero mucho.

Eloy, te prometo que no trabajaré tanto como lo he hecho durante estos últimos años. Puedes estar tranquilo porque voy a empezar a descansar y a disfrutar del tiempo libre y, por supuesto, lo haremos en familia.

Muchas gracias, de corazón, a todos ellos. Mi infinita gratitud.



*“Un poco más de persistencia,
un poco más de esfuerzo
y lo que parecía irremediamente un fracaso,
puede convertirse en un éxito glorioso”.*

Elbert Hubbard

*“Todos tenemos sueños, pero para
convertir esos sueños en realidad,
se necesita una gran cantidad de determinación,
dedicación, autodisciplina y esfuerzo”.*

Jesse Owens



DEDICATORIA

*A mi hijo,
lo que más quiero en este mundo.*







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. Elena Miró Morales, con DNI con DNI 24.244.087-V, profesora del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Universidad de Granada

y

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

AUTORIZAN

La presentación de la Tesis Doctoral titulada “Salud Ocupacional en la Policía Local de Elda”, realizada por Eloy Valero Sánchez, 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 15 de junio de 2017

Fdo. Ángel Solanes Puchol

Dpto. de Psicología de la Salud

Universidad Miguel Hernández Elche

Fdo. Beatriz Martín del Río

Dpto. de Psicología de la Salud

Universidad Miguel Hernández Elche

Fdo. Elena Miró Morales

Dpto. Personalidad, Evaluación y

Tratamiento Psicológico

Universidad de Granada

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA 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 “Salud Ocupacional en la Policía Local de Elda”, ha sido realizada por Eloy Valero Sánchez, bajo nuestra inmediata dirección y supervisión de D. Ángel Solanes Puchol, D^a Beatriz Martín del Río y D^a. Elena Miró Morales, y el Departamento de Psicología de la Salud, ha 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 15 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

INTRODUCCIÓN

	Pág.
I. MARCO TEÓRICO	
1. SUEÑO	25
1.1 ¿Qué es el sueño?	25
1.1.1 Definición de sueño	25
1.1.2 Fases del sueño	29
1.2 Principales funciones del sueño	32
1.2.1 Funciones del sueño lento	32
1.2.2 Funciones del sueño paradójico	36
1.3 Alteraciones del sueño	37
1.3.1 Disomnias	38
1.3.2 Parasomnias	43
1.4 Dimensiones del sueño relacionadas con la salud y el funcionamiento diario	45
1.4.1 Calidad de sueño	45
1.4.2 Cantidad de sueño	50
1.4.3 Tipologías circadianas	59
1.5 Sueño, estrés y trabajo	67
2. POLICÍA LOCAL	75
2.1 Antecedentes históricos	75
2.2 Normativa reguladora de la Policía Local	77
2.3 Acceso al Cuerpo de la Policía Local	77
2.4 Estructura orgánica	79
2.5 Funciones	80
2.6 Principios básicos de actuación	84
2.7 Interacción de la Policía Local y el ciudadano	87
2.8 Estructura, categoría y organización	88
2.9 Derechos y deberes	90
2.10 Sistema retributivo de las Policías Locales de la Comunidad Valenciana	93
2.11 Vigilantes municipales, Auxiliares de Policía, Agentes de Movilidad, Brigadas Especiales de Seguridad de la Comunidad Autónoma de Madrid y Guardia Urbana de Barcelona	95
2.11.1 Vigilantes municipales	95

2.11.2	Auxiliares de Policía Local	96
2.11.3	Agentes de movilidad	96
2.11.4	Brigadas Especiales de Seguridad Ciudadana (BESCAM)	97
2.11.5	Guardia Urbana	98
3.	ESTUDIOS SOBRE CONDICIONES LABORALES, FACTORES DE RIESGOS PSICOSOCIALES Y SALUD EN CUERPOS DE SEGURIDAD	101
3.1	Estudios sobre las condiciones de trabajo y factores de riesgos psicosociales en la Policía	101
3.1.1	Condiciones de trabajo: turnos de trabajo	101
3.1.2	Engagement	105
3.1.3	Tensión laboral	108
3.1.4	Satisfacción laboral	111
3.2	Estudios sobre la Salud en la Policía	114
3.2.1	Salud autopercebida y riesgos psicosociales	114
3.2.2	Estrés	117
3.2.3	Burnout	126
3.2.4	Ansiedad y depresión	131
3.2.5	Alteraciones del sueño	134
4.	MODELOS TEÓRICOS	145
5.	OBJETIVOS E HIPÓTESIS	157
5.1	Objetivos	157
5.2	Hipótesis	157
II. MARCO EMPÍRICO		
6.	MÉTODO	165
6.1	Participantes	165
6.2	Procedimiento	166
6.3	Instrumentos y variables	168
6.4	Análisis de datos	186
7.	RESULTADOS	191
7.1	Estadísticos descriptivos	191
7.2	Estudio de la normalidad	192
7.3	Estudio de las diferencias en función de las variables sociodemográficas y laborales	194
7.4	Estimación de la dirección y magnitud de las diferencias encontradas	204
7.4.1	Satisfacción laboral	204

7.4.2	Burnout	209
7.4.3	Engagement	213
7.4.4	Tensión laboral	214
7.4.5	Salud	218
7.4.6	Sueño	221
7.4.7	Factores de riesgo psicosocial	223
7.5	Análisis de la relación entre los factores de riesgo psicosocial y la satisfacción laboral, burnout, engagement, tensión laboral, salud y sueño de los policías locales de Elda y Elche	236
8.	DISCUSIÓN	261
9.	CONCLUSIONES	293
10.	LIMITACIONES DEL ESTUDIO	305
11.	SUGERENCIAS Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN	309
12.	PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PRÁCTICA	313
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	319
	ANEXOS	
Anexo I	Cuadernillo de instrumentos de medida	359
Anexo II	Ejemplos cuadrantes mensuales de la Policía Local de Elda	379
Anexo III	Fotos de la Policía Local de Elda	385
	GLOSARIO DE TÉRMINOS	395



INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación sobre la salud ocupacional en agentes de policía local, profesión que, como todos sabemos, está sometida a una presión y tensión constante, debido a las propias funciones que lleva implícitas la actividad. Para ello, se ha tomado una muestra de 95 policías locales pertenecientes a las plantillas de la Policía Local de Elda y de Elche, provincia de Alicante.

En el primer capítulo, se ha introducido el concepto de sueño y sus principales alteraciones, así como las consecuencias de la falta del mismo. Se empieza por definir el sueño, para acto seguido hacer una referencia a sus principales funciones, describir las alteraciones del sueño, el efecto de las dimensiones del sueño relacionadas con la salud y concluir analizando la compleja relación entre los factores de sueño, estrés y trabajo.

En el siguiente capítulo, y con el objetivo que el lector tenga conocimiento de cuáles son las competencias, derechos, obligaciones, estructura, categoría y organización, funciones, etc., de los policías locales, nos adentraremos en la estructura y normativa que regula dicho Cuerpo.

A continuación, se ha hecho una recopilación de la bibliografía más destacada existente sobre estudios realizados en cuerpos de seguridad, en base a las condiciones de trabajo existentes y los riesgos psicosociales que les afectan, así como los relativos a salud ocupacional en la policía. Concretamente, se ha efectuado una revisión sobre los estudios llevados a cabo con policías en referencia a turnos de trabajo, salud, estrés, burnout, ansiedad, depresión, engagement, tensión laboral y alteraciones del sueño.

Antes de iniciar propiamente el estudio empírico se planteó el contexto teórico en el que se enmarca el presente estudio; se trata del Modelo Demanda-Apoyo Social (Karasek, 1979), completado por Johnson (1988). Este modelo ha sido el más influyente en la investigación sobre el entorno psicosocial de trabajo, estrés y enfermedad desde principios de los años ochenta, además de ser uno de los modelos que presenta una mayor evidencia científica cuando se trata de explicar efectos en la salud.

En el apartado de método, se describe con detalle la muestra utilizada, el procedimiento de recogida de los cuestionarios y entrevistas, los instrumentos de medida y las variables utilizados, así como los análisis de datos realizados.

El objetivo de esta investigación ha sido identificar los factores de riesgo para salud general y salud laboral de los policías locales de Elda que sería deseable eliminar y los factores de protección que se deberían de potenciar. Partiendo de este objetivo principal, se propusieron dos objetivos: examinar si en las variables de satisfacción laboral, burnout, engagement, tensión laboral, salud, sueño y factores de riesgo psicosocial mostrados por los policías locales de la muestra, influían variables sociodemográficas generales y laborales específicas y, en segundo lugar, explicar la relación entre dichos factores de riesgo psicosocial y las variables citadas de satisfacción laboral, burnout, engagement, tensión laboral, salud y sueño.

De tal manera, de los resultados obtenidos en el presente estudio, se observa cómo en la muestra de policías, los riesgos psicosociales estudiados predicen la satisfacción laboral, el burnout, el engagement, la tensión laboral, la salud y el sueño.

Para finalizar, y en base a los resultados obtenidos, se realizó la discusión comparando dichos resultados con la bibliografía existente en el mismo sentido o, por el contrario, contrastando nuestros valores con los resultados de trabajos de otros investigadores que diferían de los nuestros.

Por último, se han recogido las principales conclusiones que se obtuvieron, las limitaciones que consideramos que se han dado en este estudio, así como algunas sugerencias y perspectivas de investigación que abren futuras líneas de trabajo y también algunas propuestas de intervención práctica que podrían aplicarse en el colectivo objeto de este estudio.

En los últimos apartados del trabajo se han detallado los anexos y algunos índices para facilitar la localización de tablas y figuras al lector, al igual que un glosario de términos, y un índice de fotos que recoge visualmente la realidad de los agentes de policía local en su trabajo cotidiano.

I. MARCO TEÓRICO





CAPÍTULO I

SUEÑO





1. SUEÑO

En este primer capítulo, como punto de partida, comenzaremos ofreciendo una definición del sueño. Posteriormente, se hablará de las fases del sueño y de las principales funciones que comprende, haciendo una subdivisión entre las correspondientes al sueño lento y las que forman parte del sueño paradójico.

Además de lo anteriormente expuesto, también hablaremos de las alteraciones que puede presentar el sueño, distinguiendo entre disomnias y parasomnias. También estudiaremos las dimensiones del sueño relacionadas con la salud y el funcionamiento diario, es decir, la calidad y cantidad del sueño y las tipologías circadianas, para concluir analizando la interrelación entre sueño, estrés y trabajo.

1.1. ¿Qué es el sueño?

Para entender la actual conceptualización del sueño, efectuaremos un breve recorrido histórico de dicho concepto desde las primeras teorías existentes al respecto, en el siglo XII, hasta la actualidad. A continuación, abordaremos los dos tipos de sueño existentes desde el punto de vista neurofisiológico: el sueño No-REM, NREM o NMOR y el sueño REM, para finalizar exponiendo las distintas fases del sueño.

1.1.1. Definición de sueño

Durante los más de dos mil años en los que se extiende nuestra era, el concepto y estudio del sueño ha ido modificándose en función del desarrollo de las distintas culturas. Actualmente, el sueño se suele conceptualizar como un fenómeno neurológico con un origen filogenético y con un desarrollo ontogénico (Munevár, Pérez y Guzmán, 1995). Aunque el estudio científico del sueño proviene, por un lado, de la vertiente psicológica, iniciada con la publicación de la *Interpretación de los Sueños* por Sigmund Freud a principios del siglo XX y, por otro lado, de la vertiente neurofisiológica, cuando Eugene Aserinsky y Nathaniel Kleitman (1953), descubrieron el sueño de movimientos oculares rápidos (MOR). El primer enfoque, trata de dilucidar el contenido,

función y significado de los sueños, mientras que el segundo, busca información sobre la naturaleza y función biológica del sueño.

Históricamente, algunas de las primeras hipótesis sobre por qué se generaba el estado del sueño se remontan al siglo XII. Sólo eran especulaciones, ya que no se realizaba ninguna investigación para poder confirmar tales creencias. Los personajes más relevantes de la época fueron Alcmeón de Crotona¹, Empédocles² e Hipócrates³.

Posteriormente, en el siglo XVIII, se incrementó el interés por el sueño y nacieron un gran número de hipótesis que tratan de explicar el fenómeno del sueño. Una hipótesis de esa época sostenía que la fatiga producía una disminución de oxígeno en el cerebro. En este período, Griesinger (1845) es el primero que considera el sueño como un fenómeno activo con entidad propia, más allá de un mero cese de actividad.

A partir del año 1929, entramos en el período más importante de estudio del sueño, en el que se producen las investigaciones y experimentos más significativos, los cuáles ayudan a entender qué es el sueño, cómo funciona y a responder otras preguntas que hasta la fecha no tenían respuesta. Fue en 1929 cuando Hans Berger establece las bases del registro de la actividad electroencefalográfica (EEG). A partir de ese momento, el estudio científico del sueño experimentará un gran desarrollo.

Aunque el sueño ha sido y sigue siendo uno de los grandes enigmas de la investigación científica y, a día de hoy, todavía existen muchas lagunas sobre él. En un principio era considerado un fenómeno pasivo en el que aparentemente no ocurría nada, pero, actualmente, se ha descubierto, a partir de técnicas de medición de la actividad eléctrica cerebral, que es un estado de conciencia dinámico en el que se llega a tener una actividad cerebral tan activa como en la vigilia. El término sueño designa el acto de reposo de un organismo vivo, en contraposición a lo que se denomina vigilia, es decir, estar despierto. Se caracteriza por ser un estado en el cual hay muy poca actividad fisiológica

¹ Planteaba la hipótesis de que el sueño era producido por un incremento de la sangre en las venas.

² Estableció una hipótesis térmica en torno al sueño.

³ Decía que el sueño era el resultado de fluctuaciones vasculares y térmicas.

(respiración, presión sanguínea y latidos del corazón) y muy baja respuesta a los estímulos externos.

El término sueño proviene del latín *somnus*, definiéndose por la Real Academia Española de la Lengua como “*acto de dormir*”. El sueño es un estado de inercia de actividad motriz controlada por el sujeto y que cumple todos los aspectos de un ciclo circadiano.

El sueño es una necesidad biológica que permite restablecer las funciones psicológicas y físicas esenciales para un pleno rendimiento. De acuerdo con Maslow (1943), el sueño es una necesidad básica del ser humano. Se puede decir que dormimos para poder permanecer despiertos durante el día y, por eso mismo, por estar despiertos y activos durante el día, necesitamos dormir.

Se trata de una necesidad básica del organismo y de vital importancia, ya que de su satisfacción depende la supervivencia. Existe un equilibrio entre sueño y vigilia y, si ese equilibrio se descompensa, el organismo tratará por todos los medios de recuperarlo. Si temporalmente se da la ausencia de sueño en un organismo, éste produce un aumento de la necesidad de dormir en los días posteriores a dicha restricción. Gracias a los experimentos de privación de sueño, se ha llegado a la conclusión de que cuando se elimina la posibilidad de dormir en un organismo, llega la muerte.

El sueño es un fenómeno muy complejo y por ello no existe una definición consensuada del mismo. El vocablo sueño (del latín *somnum*), designa tanto el acto de dormir, como las ganas de hacerlo (Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua).

Para Hartmann (1981), el sueño es una condición repetida, fácilmente reversible, que se caracteriza por una relativa quiescencia y por un umbral muy incrementado de respuesta al estímulo externo.

Según Fordham (1985) el sueño se define de dos maneras:

- 1) un estado de capacidad de respuesta reducida a los estímulos externos del cual puede salir una persona, y
- 2) una modificación cíclica y continua del nivel de conciencia.

Otra definición aceptada es la de Carskadon y Dement (1989), al definir al sueño como “*Un estado conductual reversible de desenganche perceptivo y falta de responsividad al medio ambiente*”. Algo parecido dice Kovalzon (1990) cuando afirma que “el sueño es un estado especial, genéticamente determinado, del organismo de los animales homeotermos que tiene por característica la sucesión regular de cuadros poligráficos precisos: ciclos, fases y estadios.

Segarra, en 1994, como señalara Maslow, insiste en que el concepto de sueño está íntimamente relacionado con el de vigilia. Para estar despierto es preciso haber dormido antes. Para dormir es preciso haber estado despierto antes.

Por su parte, Alvarado (1997) dio la siguiente definición: el sueño es una función cerebral periódica y heterogénea construida por diferentes fases que se suceden en una secuencia cíclica, constituye aproximadamente un tercio de la vida del sujeto y tiene propiedades restauradoras para el organismo. Fernández-Guardiola (1998), define al sueño como una función de expresión genética que forma parte de las conductas de reducción de la motilidad e hiporreactividad a los estímulos externos en todos los mamíferos conocidos. Según Valdizán (1999), se puede afirmar que el sueño es una situación fisiológica de desconexión reversible y parcialmente arreactiva al medio externo, regulada de forma circadiana. Y, por último, una definición más cercana en el tiempo es la de Santamaría (2007), el cual sostiene que el sueño es una conducta natural, periódica, transitoria y reversible, prácticamente universal en el reino animal y cuyo último sentido biológico no se conoce todavía.

De todas las definiciones anteriores, se puede extraer, a modo de conclusión, que mientras dormimos hay un umbral más elevado de respuesta a los estímulos externos; que el sueño es un fenómeno cíclico, estrechamente relacionado con la vigilia, tratándose de la expresión genética de una conducta instintiva; que es reversible y que, además de los cambios corporales, se producen cambios en la actividad cognitiva del cerebro al soñar.

1.1.2. Fases del sueño

Para efectuar un estudio de las fases de sueño es necesario tomar como mínimo tres medidas: electroencefalograma (EEG)⁴, electromiograma (EMG)⁵ y electrooculograma (EOG)⁶. Asimismo, es habitual recoger otros parámetros como la frecuencia cardíaca, la conductancia eléctrica de la piel y el ritmo respiratorio. Mediante el registro durante el sueño de esas tres medidas, se ha podido constatar que existen dos tipos de sueño claramente distintos desde el punto de vista neurofisiológico: el sueño No-REM, NREM o NMOR y el sueño REM (del inglés “*movimientos oculares rápidos*”), también llamado MOR.

Sueño NREM

Este tipo de sueño se subdivide en cuatro fases con características distintas. Estas cuatro fases implican un nivel de profundización del sueño creciente que se va alcanzando en cada ciclo de sueño.

Cuando estamos despiertos, el electroencefalograma muestra unas ondas rápidas de baja amplitud y alta frecuencia denominadas *ondas beta*. Al acostarnos, cuando estamos ya relajados y con los ojos cerrados, las ondas beta son reemplazadas por *ondas alfa*, siendo éstas de una amplitud más alta que las anteriores y de frecuencia más lenta. Es en ese momento cuando empezamos a dormirnos; los músculos se relajan, la respiración se hace más lenta y se produce un leve descenso de la temperatura corporal. En este estadio, se pueden presentar movimientos oculares irregulares que se pueden todavía controlar voluntariamente. El sueño no llega repentinamente, sino que

⁴ El electroencefalograma, encefalograma o EEG, es una prueba que se usa para estudiar el funcionamiento del sistema nervioso central, concretamente de la actividad de la corteza del cerebro. Consiste esencialmente en registrar mediante electrodos especiales las corrientes eléctricas que se forman en las neuronas cerebrales, y que son la base del funcionamiento del sistema nervioso. Gracias a él se pueden diagnosticar alteraciones de la actividad eléctrica cerebral que sugiera enfermedades como la epilepsia, la narcolepsia o demencias, entre muchas otras.

⁵ El electromiograma es una prueba que se usa para estudiar el funcionamiento del sistema nervioso periférico y los músculos que inerva. Gracias a él se pueden diagnosticar con precisión enfermedades neuromusculares congénitas o adquiridas, y permite clasificarlas según su intensidad y origen. La prueba consiste esencialmente en registrar mediante electrodos especiales las corrientes eléctricas que se forman en los nervios y músculos al producirse contracciones.

⁶ El electrooculograma es una prueba con la que se consigue un registro eléctrico de la actividad muscular de los ojos. Se ponen pequeños electrodos cerca de los músculos de los ojos para medir su movimiento. El EOG se usa para estudiar las alteraciones del sueño. Ayuda a identificar la fase de sueño REM.

acontece gradualmente. En este estadio 1, la atención a factores externos comienza a descender al iniciar el sueño. Es el estadio en el que el sueño es más ligero, siendo fácil despertar a un individuo. Si el sujeto se despierta, tendrá la sensación de que no se había quedado dormido. Por ello, cuando se posee un exceso de sueño ligero, produce la percepción errónea de que no se ha dormido nada. En esta primera fase del sueño, se pueden dar alucinaciones hipnagógicas, si tienen lugar en la entrada al sueño, o hipnopómpicas, si se producen cerca del despertar. Esta primera fase, supone entre un 2-5 por cien del total del sueño para un adulto joven durante una noche (Buela-Casal y Miró, 2001).

A los pocos minutos, el EEG muestra unas ondas, llamadas *theta*, junto a unas breves ráfagas de actividad (duran de medio a dos segundos), denominadas *husos del sueño*, lo que nos anuncia la entrada en el estadio 2. En este estadio, el electromiograma registra poca actividad de los músculos del cuerpo y el electrooculograma refleja mínimos movimientos de ojos. Todavía es fácil despertarse de esta fase de sueño. En esta fase el sistema nervioso bloquea las vías de acceso de la información sensorial, originando una desconexión del entorno y facilitando la actividad de dormir. En esta fase II, el sueño es parcialmente reparador, por lo que no es suficiente para que el descanso sea completo. La suspensión de las aferencias sensoriales y las eferencias motoras en esta fase puede producir, en ocasiones, una sensación abrupta, actuando el cuerpo con un violento y rápido movimiento popularmente conocido como “*soñar que caemos*” (Buela-Casal y Miró, 2001). Esta segunda fase del sueño, supone entre un 45-50 por cien del total del sueño para un adulto joven durante una noche (Buela-Casal y Miró, 2001).

Pasados unos veinte minutos en el estadio 2, la actividad eléctrica cerebral aumenta su amplitud y se enlentece más, conformando las denominadas *ondas delta*. Cuando estas ondas ocupan entre un 20% y un 50% del registro, se entra en el estadio 3 de sueño. En un lapso corto de tiempo, esas ondas delta superarán el 50% del registro del electroencefalograma, lo que nos indica que da comienzo el estadio 4 de sueño. En esta tercera fase del sueño se incrementa la producción de la hormona del crecimiento. El tono muscular es más reducido que en la fase II, sin darse movimientos oculares. Esta fase es

esencial para la recuperación física. La actividad lenta del EEG, ha recibido también el nombre de *sueño sincronizado*. Por el contrario, el registro del electroencefalograma, tanto en el sueño paradójico como en la vigilia, sería desincronizado.

Los estadios tercero y cuarto del sueño lento, configuran las fases más profundas y más reparadoras de todo el sueño, denominados sueño delta. En ellas, la musculatura está completamente relajada, mostrando el electrooculograma una ausencia de movimientos oculares, alcanzando la tasa cardiaca, la presión sanguínea y la temperatura corporal sus mínimos diarios. En estos estadios es cuando más difícil es despertar a una persona, dado la poca reactividad existente a los estímulos. El estadio tercero, supone entre un 8-12 por cien del total del sueño para un adulto joven durante una noche, mientras que el estadio cuarto, representa entre un 10-15 por ciento (Buela-Casal y Miró, 2001).

El primer episodio del cuarto estadio de sueño, dura unos cuarenta minutos, pasados los cuales se regresa al estadio 3 durante unos instantes, volviendo a entrar después al estadio 2, en el que se puede permanecer unos diez minutos. A continuación, se produce un cambio brusco y comienza el sueño MOR o REM (Buela-Casal y Miró, 2001).

Sueño REM

Como describen Buela-Casal y Miró (2001) el cerebro y los ojos están muy activos, mientras que los músculos están paralizados, de ahí la denominación de sueño paradójico. Aparecen cambios abruptos en la tasa cardíaca, presión sanguínea o la respiración. Es en esta fase en la que se dan la mayoría de los sueños o ensoñaciones. Aparecen sueños, en forma de narración, con un hilo argumental, aunque sea absurdo. El sueño MOR, supone entre un 20-25 por cien del total del sueño para un adulto joven durante una noche (Buela-Casal y Miró, 2001).

El primer episodio de sueño MOR de la noche dura sólo unos diez minutos. Cuando acaba este estadio de sueño paradójico, se llega al fin del primer ciclo de sueño completo, durando una media de noventa minutos cada ciclo de

sueño. Cuando finaliza el primer episodio de sueño MOR, se vuelve al estadio 2. Al volver, de nuevo, a esta fase 2, se permanece en ella unos minutos, para entrar, otra vez, en los estadios 3 y 4 por unos treinta o cuarenta minutos, para ascender otra vez hasta que se dé un nuevo episodio de sueño paradójico, con el que se completa el segundo ciclo de sueño y así sucesivamente.

A partir del tercer ciclo de sueño, al llegar a la fase MOR, ésta puede alcanzar una duración de unos cuarenta minutos. Este tercer ciclo de sueño, apenas contendrá sueño lento de los estadios 3 y 4.

El cuarto ciclo de sueño, comenzará con unos setenta minutos de estadio 2 y contendrá una fase de sueño MOR de unos sesenta minutos. Si se observa la sucesión de estadios, la tendencia es a aumentar los episodios de estadio 2 y de sueño paradójico, mientras que los estadios 3 y 4 se van acortando. Cuando concluye el quinto ciclo de sueño, se habrá dormido unas siete horas y media.

1.2. Principales funciones del sueño

Una vez se ha visto qué es el sueño, su definición y las fases de las que consta, se procederá a hablar de las principales funciones del sueño, haciendo una subdivisión entre funciones del sueño lento y las funciones del sueño paradójico.

1.2.1. Funciones del sueño lento

Son varias las teorías establecidas al respecto y, en este sentido, cabe destacar: teorías de la conservación y la restauración corporal, teorías de la restauración neurológica, teorías de la protección y teorías etológicas sobre el sueño.

La mayoría de las teorías que versan sobre las funciones del sueño, incluyen la restauración o recuperación de algún proceso. La creencia de que el sueño es reparador está muy extendida, pero ¿qué es concretamente lo que repara el sueño? Hay dos grandes corrientes: la que versa sobre la restauración corporal y la que trata la restauración neurológica. La mayoría de las personas pasa

unas dieciséis horas al día consumiendo energía. El sueño sería un estado de restitución, aunque, como se verá no es muy conocido.

En cuanto a las teorías de la conservación del sueño y la restauración corporal, defienden que la energía gastada durante el día tiene que compensarse por medio de un proceso de recuperación. Estas teorías esgrimen que el sueño sirve para conservar la energía (Berger y Phillips, 1995; Shapiro y Flangan, 1993; Walker y Berger, 1980; Zepelin, 1994).

El gasto energético, generalmente, se mide por la tasa metabólica, tasa que es alta durante el día y baja por la noche. Se ha observado que durante el sueño se reduce desde un 5% a un 25% (Shapiro y Flanagan, 1993; Berger y Phillips, 1995). Varias medidas corporales alcanzan sus mínimos diarios durante el sueño. La presión sanguínea, el consumo de oxígeno, el ritmo cardíaco, la tasa respiratoria, temperatura cerebral y corporal y el tono muscular, bajan durante las primeras horas de sueño, sobre todo durante la fase 4 del sueño de ondas lentas (SOL), en comparación a los parámetros que se dan durante la vigilia, lo que se asocia con la conservación de energía (Berger y Phillips, 1995).

Moorcroft (1993), incluso llega a decir que el SOL podría ser el primer estadio de un continuo hacia la hibernación, entendida como el máximo estado posible de conservación de energía.

Walter y Berger (1980), demostraron que, si las tasas metabólicas son altas de día, hay más sueño de ondas lentas y, además, el sueño es más largo que si las tasas metabólicas son más bajas. Por lo tanto, existe una alta correlación con la longitud del sueño y la tasa metabólica basal como, por ejemplo, el hecho constatado de que los sujetos con altas temperaturas corporales durante el día, duermen más tiempo. También se ha demostrado (Shapiro y Flanagan, 1993), que cuando se produce un elevado gasto de energía durante el día, por ejemplo, realizando ejercicio de manera intensa, se relaciona con una mayor duración global del sueño y también con mayores cantidades de SOL, sobre todo en el primer ciclo de sueño de la noche.

Hay que destacar que la tasa metabólica y el gasto de energía están estrechamente relacionados con la disminución de la temperatura. La temperatura corporal cambia drásticamente durante el sueño, tendiendo a

disminuir gradualmente hasta cerca del final del sueño, en que comienza a ascender (Horne, 1988; Moorcroft, 1993). Para este último autor, Moorcroft (1993), durante el sueño NMOR se regula y controla el enfriamiento del cuerpo, al disminuir la producción de calor junto cambios en los mecanismos de conservación del calor que aumentan la pérdida de calor corporal. Sin embargo, durante el sueño MOR, existe una pérdida de termorregulación, siendo tanto la producción de calor como su conservación menos efectiva.

No obstante, existen autores que critican las teorías que defienden que las tasas metabólicas disminuyen durante el SOL (Horne, 1988; Horne y Harley, 1989; Horne y Shackell, 1987). Estos autores defienden que la conservación de energía durante el sueño humano es incidental y no se produce en la medida suficiente como para aseverar que el sueño humano es, principalmente, un estado de ahorro de energía o hipometabólico. Consideran que los humanos poseen mecanismos para relajarse durante la vigilia y aumentar así la restitución corporal. Horne (1992) también critica la relación entre sueño de ondas lentas y ejercicio, alegando que el aumento de SOL inducido por el ejercicio se puede explicar más por un incremento en la temperatura cerebral y en el metabolismo que por la restitución de un gasto de energía.

Existe otro grupo de teorías más recientes que son las llamadas teorías de la restauración neurológica. En este sentido, Horne (1988; 1992) defiende que la principal función del sueño es contrarrestar los efectos del metabolismo cerebral diurno. A excepción del cerebro, la mayoría de órganos corporales no parecen entrar en estados fisiológicos esenciales que sean únicos del sueño. Para su restitución, puede ser que lo que principalmente necesiten es la comida y el reposo físico.

La corteza cerebral presenta estados fisiológicos únicos durante el sueño de desconocida significación funcional (Horne, 1993). Durante la aparición de las ondas lentas, el córtex se encuentra en un estado de aislamiento sensorial, seguramente mostrando algún proceso restaurativo que el cerebro lleva a cabo durante el sueño. Horne (1992; 1993) argumenta que la recuperación cortical es más probable que se dé durante el sueño de ondas lentas y, concretamente, en el córtex prefrontal. El SOL además de verse afectado por la longitud de la

vigilia previa, es la fase de sueño que más probablemente se asocia a procesos de recuperación neurológica.

Este autor también señala el hecho de que la fatiga física, por ejemplo, la producida por el ejercicio físico, parece desaparecer simplemente con el reposo, sin necesidad de recurrir al sueño. Por el contrario, expone que un tipo de fatiga que parece necesitar más sueño que reposo es la mental como, por ejemplo, la producida por emociones desagradables o por grandes exigencias de concentración a lo largo del día.

En sus investigaciones sobre la privación total de sueño, Horne (1988) encuentra que existen más déficits psicológicos que fisiológicos y que se dan ciertas anomalías neuropsicológicas en sujetos normales que son reversibles tras el sueño de recuperación. Las anomalías que se dan son, principalmente, perseveración, disminución de la fluidez verbal y de la capacidad de planificación y aumento de la distracción ante estímulos insignificantes (Blagrove, Alexander y Horne, 1991). Otros autores, han destacado también de forma reciente que la principal función del sueño lento sería restaurar los efectos del metabolismo cerebral diurno (Xie et al., 2013); y que durante el SOL las regiones cerebrales que son importantes para el buen funcionamiento durante la vigilia, como el hipocampo y el cortex frontal, “dialogan” contra un fondo subcortical silencioso poniendo en marcha importantes procesos restaurativos (Buzsáki y Peyrache, 2013, Logothetis et al., 2012).

Por su parte, las teorías de la protección, argumentan que el sueño sirve para prevenir el agotamiento de nuestro organismo o del cerebro en lugar de restaurarlo. McGinty y Szymusiak (1990), esgrimen que durante el estado de vigilia el cerebro trabaja a una temperatura de, aproximadamente, unos 37° C, cercana a niveles peligrosos. Durante el sueño de ondas lentas, la temperatura del cerebro disminuye sensiblemente, por lo que se produce un estado de protección para el organismo del ser humano.

Por último, cabe hablar de las teorías etológicas del sueño. Para los autores que defienden estas teorías, el sueño tiene como principal función aumentar la supervivencia en base a períodos de no respuesta, sobre todo en medios no aptos para el sujeto como la oscuridad, bajas temperaturas o en ausencia de comida (Meddis, 1975; Webb, 1983).

Para estas hipótesis etológicas, el sueño es una conducta de carácter instintivo y con base hereditaria, el cual muestra regularidades en respuesta al medioambiente, manteniendo, por otro lado, algún grado de flexibilidad.

1.2.2. Funciones del sueño paradójico

Existen demasiadas teorías y muy poco consenso en este apartado. Tal es el desacuerdo, que se llega al extremo de que algunos autores han propuesto que los cambios fisiológicos que acompañan al sueño MOR representan una disfunción autonómica sin utilidad (Parmeggiani, 1987).

Cohen (1980) argumentó que algunas de las funciones del sueño MOR parecen ser *preparatorias*, mientras que otras lo son *adaptativas*. Las primeras estimularían al cerebro para su propio crecimiento o desarrollo, reparación y mantenimiento, además del ejercicio de las conductas con base genética. Las segundas, consolidarían nuevos aprendizajes en la memoria, realizarían la modulación de las emociones y los beneficios psicológicos de los sueños.

Dentro del grupo de teorías preparatorias del sueño paradójico, se encuentran las teorías de la maduración del sistema nervioso y las teorías de la reprogramación del sistema nervioso. Por su parte, dentro de la segunda vertiente, las teorías adaptativas del sueño paradójico, se hallan, como referente más importante, las teorías de la consolidación de la memoria y el aprendizaje.

En cuanto a las teorías de la maduración del sistema nervioso, hay que decir que atribuyen al sueño paradójico un gran protagonismo en el normal crecimiento o maduración del cerebro durante el desarrollo. En un principio, Roffwarg, Muzio y Dement (1966) proponen, basándose en varias observaciones ontogenéticas, que el sueño MOR, al principio del desarrollo, crea una estimulación interna que facilita y mantiene las conexiones propias entre las neuronas. De esta manera, esta estimulación interna es más eficaz que si sólo se dependiera de la estimulación externa, la cual es más inconstante y aleatoria.

Las teorías de la reprogramación del sistema nervioso, también llamadas teorías del mantenimiento de las conductas inherentes, tienen como principal defensor a Michel Jouvet. Este autor defiende que el sueño MOR permite la aparición de nuestros comportamientos innatos. Según Jouvet (1978), durante el sueño paradójico se produce una programación periódica del sistema nervioso, la cual facilita los sistemas neurales implicados en la ocurrencia de estímulos internos innatos, además de los patrones motores fijos. Defiende que el sueño paradójico es el momento adecuado para la modificación del cerebro mediante autorreprogramación espontánea. Tras la presencia de lesiones, se podría afrontar la muerte neuronal, reestableciendo las conexiones sinápticas y favoreciendo los procesos de memoria y aprendizaje (Jouvet, 1978).

En cuanto a las teorías de la consolidación de la memoria y el aprendizaje, como su propio nombre indica, son las que defienden que durante el sueño MOR se facilita el aprendizaje y se consolida la memoria, ya que es un estadio en el que el cerebro está muy activo a la vez que aislado de la estimulación externa (Diekelmann y Born, 2010).

Moorcroft (1993) argumentó que el sueño MOR borra los registros irrelevantes de información acaparados durante todo el día y consolida la información importante. Asimismo, este mismo autor esgrime que los recuerdos deben de ser procesados y codificados durante el sueño paradójico. Se han demostrado numerosas correlaciones positivas entre la cantidad y la calidad del sueño MOR y la inteligencia y capacidad intelectual (Diekelmann y Born, 2010).

1.3. Alteraciones del sueño

Una vez vistas las funciones del sueño lento y las del sueño paradójico, en el presente apartado analizaremos los diferentes trastornos que se pueden producir en el sueño, haciendo una breve descripción de las alteraciones del sueño más importantes, distinguiendo entre disomnias y parasomnias.

La presencia de problemas de sueño es muy habitual en los países desarrollados. Estudios realizados indican que la cuarta parte de la población sufre algún tipo de trastorno del sueño, acentuándose en las mujeres de mediana edad y en personas mayores de ambos sexos (para una revisión,

véase Hossain y Shapiro, 2002). Las personas que sufren ciertos trastornos del sueño, están expuestas a desarrollar otros problemas psicológicos, médicos o sociales como, por ejemplo, aumento de la probabilidad de sufrir accidentes, alteraciones del estado de ánimo, problemas cardiovasculares, etc.

Nos centraremos en los trastornos primarios del sueño, es decir, los que no se dan por derivación de otro trastorno mental ni por el consumo de ningún tipo de sustancia. Se producen como consecuencia de alteraciones endógenas en los mecanismos del ciclo sueño-vigilia (APA, 2013).

Existe una subdivisión de los trastornos primarios del sueño: disomnias y parasomnias (APA, 2013). Las disomnias consisten en alteraciones de la cantidad, calidad y/o del horario de sueño, dándose en los sujetos que las padecen insomnio o somnolencia en un grado alto. En este grupo se engloban el insomnio, narcolepsia, apnea, hipersomnia y trastornos del sueño asociados al ritmo circadiano. Por otra parte, las parasomnias son trastornos que se caracterizan por comportamientos o fenómenos fisiológicos anormales que tienen lugar coincidiendo con el sueño, con algunas de sus fases específicas o con las transiciones sueño-vigilia. Representan la activación de sistemas fisiológicos en momentos inapropiados del ciclo sueño-vigilia. Estos trastornos conllevan la activación del sistema nervioso vegetativo, del sistema motor o de los procesos cognoscitivos durante el sueño o las transiciones sueño-vigilia.

Dentro de este grupo, las parasomnias más importantes, son las pesadillas, los terrores nocturnos, el bruxismo y el sonambulismo. También se encuentran en esta subdivisión la somniloquia y la jactatio capitis nocturna, que, aunque frecuentes, no han sido foco de atención excesiva.

1.3.1. Disomnias

En este punto trataremos este tipo de alteración del sueño, haciendo alusión a los trastornos más destacables dentro de este grupo, es decir, el insomnio, la narcolepsia, el síndrome de apnea obstructiva del sueño y el trastorno del ritmo circadiano. Las disomnias tienen un impacto mucho más marcado en el funcionamiento diario que las parasomnias, ya que a diferencia de estas

últimas, producirán un exceso de somnolencia y/o la tendencia a dormir en momentos inadecuados.

Insomnio

En primer lugar, hablaremos del insomnio, caracterizado por dificultar el inicio o el mantenimiento del sueño, o crear la sensación de no haber dormido de forma reparadora durante al menos un mes. Provoca en la persona que lo sufre un malestar clínicamente significativo o un deterioro social y laboral o de otras áreas importantes (APA, 2013).

El insomnio es más frecuente en mujeres que en hombres, incrementándose su presencia con la edad, de tal manera que las personas más mayores tienen mayor dificultad para el mantenimiento del sueño, mientras que las personas de mediana edad tienen más problemas a la hora de iniciarlo.

Las personas que sufren insomnio presentan una tasa incrementada de morbilidad y mortalidad (Roth y Ancoli-Israel, 1999). Se ha demostrado que a menor latencia de sueño la calidad objetiva de sueño es mejor (Reid, Maldonado y Baker, 2002), lo que lleva aparejado un menor número de enfermedades y de medicamentos consumidos, además de menor mortalidad total (Benedict et al., 2014; Mallon, Broman y Hetta, 2002; Oullet, 1995). Estos sujetos adolecen de mayor deterioro funcional, pérdida de productividad y también sufren un exceso de utilización de los distintos servicios de salud, además de tener problemas de atención, concentración, deterioros de la memoria y menor habilidad para efectuar algunas tareas diarias y relacionarse a nivel interprofesional (Roth y Ancoli-Israel, 1999; Scullin y Bliwise, 2015).

El insomne cuenta con una probabilidad el doble de alta, con respecto a los que no sufren insomnio, de sufrir accidentes de tráfico (Morin et al., 1999; Scullin y Bliwise, 2015). Además, el 75% de las personas con trastorno del ciclo sueño-vigilia, padecen ansiedad y depresión y más de un 50% de los pacientes con trastornos persistentes en el sueño padecen algún problema psicológico (Breslau, Roth, Rosenthal y Andreski, 1997).

Hay dos maneras de combatir el insomnio: utilizando terapias farmacológicas y terapias no farmacológicas. Las más utilizadas son las primeras, especialmente

las benzodiacepinas. En los últimos tiempos ha ido cobrando una mayor importancia el tratamiento psicológico del insomnio, debido al reconocimiento del papel que tienen los factores psicológicos en el trastorno. Entre las técnicas más utilizadas, cabe destacar la relajación progresiva, la restricción de sueño, la terapia de control de estímulos y una gran variedad de estrategias educativas y cognitivas (Morin, Mineault y Gagné, 1999; Rienman et al., 2010).

Narcolepsia

Este trastorno lleva consigo la aparición de ataques de sueño, episodios cortos de pérdida bilateral del tono muscular, asociados a emociones intensas (cataplejía) y, además, intrusiones recurrentes de elementos característicos de la fase REM en las fases de transición entre el sueño y la vigilia. Todo ello se traduce en parálisis del sueño o alucinaciones de carácter onírico. Para poder establecer el diagnóstico, los ataques de sueño se tienen que dar todos los días al menos durante tres meses (APA, 2013).

Hay que resaltar que la narcolepsia afecta por igual a hombres y mujeres, comenzando a manifestarse en la pubertad, apareciendo como somnolencia excesiva, para, posteriormente, aparecer el resto de síntomas. Los pacientes suelen presentar serias limitaciones en su vida diaria debido a sus ataques de sueño.

La narcolepsia es un trastorno del sueño que puede afectar significativamente la calidad de vida de la persona, ya que la somnolencia puede ser muy intensa e impedir a la persona afectada llevar una vida normal. Hay diversos estudios que han informado de los efectos psicosociales negativos de la narcolepsia (Beusterien, Rogers, Walsleben, Emsellem, Reblando, et al, 1999).

Daniels, King, Smith y Shneerson (2001), hicieron un estudio sobre los efectos de la narcolepsia en una muestra de 305 sujetos de entre 18 y 89 años, pertenecientes a diferentes asociaciones de narcolepsia de Reino Unido. En los resultados se observa cómo estos individuos tienen afectado su funcionamiento social y físico, además de su energía y vitalidad. Los datos indicaron que el 59% de los sujetos presentaba algún grado de depresión. Debido a los

síntomas que padecían, algunos individuos describieron limitaciones en su educación, trabajo, casa y vida social.

El tratamiento de la narcolepsia tiene como objetivo principal controlar los síntomas que afectan a la vida diaria de los afectados por este trastorno. Además de la utilización de fármacos, se recomiendan actividades tales como ejercicio físico, cambio en la dieta, regularización del horario sueño-vigilia, etc. Cuando hablamos del tratamiento farmacológico, la dextroanfetamina y el metilfenidato son utilizados en el tratamiento de la somnolencia diurna excesiva, como estimulantes del sistema nervioso central. También se utilizan la pemolina, la efedrina y el modafinil. Este último no causa ansiedad, al contrario que los citados anteriormente. Se han utilizado los antidepresivos para luchar contra los síntomas de la narcolepsia, tales como la cataplejía, la parálisis del sueño y las alucinaciones hipnagógicas (Espinar, 1998; Roth, 2007).

Síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS)

Consiste en una reducción periódica (hipopnea) o cese (apnea) de la respiración, debido al cerramiento de la vía aérea superior durante el sueño. Este trastorno se ha asociado a somnolencia intensa diurna y a hipertensión, enfermedades cardiovasculares, alteración en la función cognitiva, en el estado de ánimo e incluso a accidentes de tráfico. Se manifiesta mucho más entre los hombres que entre las mujeres, siendo el perfil del paciente, en la mayoría de los casos, roncador con anterioridad, presentando, normalmente, un exceso de peso e hipertensión, además de consumir tabaco o alcohol en exceso (APA, 2013).

Roux, Dambrosio, y Mohsenin, (2000) hicieron un seguimiento de 426 ancianos entre 1981 y 1986 para determinar las relaciones entre morbilidad, mortalidad y problemas respiratorios. Dicho estudio determinó que la esperanza de vida de las personas con apnea es menor, muriendo unos dos años antes que los que padecen una apnea moderada o que los que no la sufren. Una de las manifestaciones más características de la apnea son los ronquidos. Estos

ronquidos suponen constantes interrupciones del sueño y, por tanto, ocasionan fatiga a las personas que lo vienen sufriendo.

Los pacientes con apnea suelen sufrir también falta de concentración, incremento de la accidentabilidad, déficits neuropsicológicos, pérdida de memoria, depresión, falta de deseo sexual, etc. Todo ello repercutirá en la calidad de vida al afectar a las actividades del día a día (Buela-Casal y Miró, 2001; Sánchez, Miró y Martínez, 2006). Los despertares sucesivos durante el sueño nocturno provocan excesiva somnolencia durante el día, que es el principal síntoma que presentan los pacientes con apnea.

Una de los tratamientos existentes es el de la presión nasal positiva continua (CPAP), cuyos autores son Sullivan, Berthon-Jones, Issa y Eves (1981). Dicho tratamiento consiste en una mascarilla unida a un generador de aire, el cual administra un caudal continuo de aire a más presión sobre las vías aéreas superiores. Este mecanismo previene la aparición de apneas. Aunque la presión nasal positiva es muy utilizada, también se aplican otras alternativas tales como la reducción de peso y el tratamiento farmacológico (para una revisión, véase Sánchez, Martínez, Miró, Bardwell y Buela-Casal, 2009).

Trastorno del ritmo circadiano

En este tipo de trastorno, lo que se produce es un patrón de sueño alterado derivado de una mala sincronización entre el ritmo circadiano sueño-vigilia. Los pacientes muestran una excesiva somnolencia o insomnio. Los sujetos que sufren este trastorno padecen de un deterioro social, laboral o de otras áreas, además de mostrar un malestar clínicamente considerable (APA, 2013).

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM V) recoge los siguientes tipos:

- 1.- *Tipo de sueño retrasado*, consistente en sufrir un retraso del ciclo sueño-vigilia endógeno en referencia a las exigencias del medio ambiente. El paciente se acuesta y levanta tarde porque le es muy difícil hacerlo más pronto.
- 2.- *Trabajo a turnos*. Ese trabajo con turnos rotatorios incide en el sujeto creando una alteración del ritmo circadiano, manifestándose con somnolencia

en los momentos en los que hay que estar despierto y con dificultad para conciliar el sueño cuando hay que dormir.

3.- *Jet-lag*. Se produce un desequilibrio entre el reloj interno de una persona, el que marca los períodos de sueño y vigilia y el nuevo horario que se establece al viajar a largas distancias, atravesando varias regiones horarias. Se acentúa cuanto más grande sea la distancia entre la zona en la que se encuentre el sujeto y la zona de la que procede.

Uno de los tratamientos utilizados, al igual que ocurre con otros trastornos, es el de los fármacos, principalmente los hipnóticos. También hay que nombrar, fuera del ámbito farmacológico, la luminoterapia, consistente en estimular con luz emitida con lámparas especiales para sincronizar el ritmo circadiano endógeno sueño-vigilia con el ciclo luz-oscuridad (Sack et al., 2007).

1.3.2. Parasomnias

En este apartado se va a proceder a hacer una breve alusión a las parasomnias, englobándolas todas ellas en un mismo epígrafe puesto que se trata de trastornos que son menos relevantes de cara al objetivo de este trabajo, ya que no afectan al nivel de somnolencia y tampoco a la ejecución, únicamente pueden producir malestar de tipo subjetivo. Se mencionarán brevemente las pesadillas, terrores nocturnos, sonambulismo y bruxismo.

Las pesadillas son sueños en los que se desarrolla una historia de contenido aterrador que altera la tranquilidad del sueño y lleva a la persona a un estado de intranquilidad que muchas veces culmina en un despertar, fragmentándose así el sueño. El despertar se produce con rapidez, no presentándose el estado de confusión mental típico en los terrores nocturnos. Las palpitaciones, sudoración aumento de la frecuencia respiratoria, etc., es menos marcada en las pesadillas que en los terrores nocturnos. Para que se diagnostique el trastorno por pesadillas, el DSM-V exige que causen un malestar clínicamente significativo (APA, 2013).

Por su parte, según la ASDA⁷ (1990), los terrores nocturnos consisten en trastornos de la activación. Consisten en despertares bruscos precedidos por gritos o lloros de angustia. La persona, al despertar, se muestra confusa y desorientada, siendo muy difícil tanto despertarla como calmarla. Esto va acompañado de taquicardia, midriasis, piloerección, etc., así como manifestaciones de miedo. El contenido de esos terrores nocturnos no puede recordarse, al contrario que ocurre con las pesadillas (APA, 2013).

En cuanto al sonambulismo, al igual que ocurre con los terrores nocturnos, es un trastorno de la activación (ASDA, 1990). Este trastorno se produce, generalmente, en el primer tercio de la noche, es decir, en las fases III y IV, causando despertares en los que la persona puede realizar actos como sentarse en la cama, caminar, esconderse, etc. Es típica la dificultad que muestran para despertarse ante intentos de los demás. Si logran despertarse, se encontrarán confundidos, pero sin mostrar una alteración conductual o cognitiva. Es más frecuente en la infancia, al igual que el resto de las parasomnias, y tiende a desaparecer en la adolescencia. Ezquerria (2006) dice que se trata de una alteración del sueño donde los mecanismos encargados de la relajación y la inmovilidad que normalmente se produce durante el sueño, son inmaduros y no actúan.

Por último, el bruxismo viene provocado por una actividad rítmica en los músculos de la boca que hace apretar los dientes durante el sueño, originando un desgaste de los mismos. La persona que lo sufre, cuando despierta, sufre dolor de mandíbulas. El desencadenante de este problema, muy a menudo, es el estrés y la tensión emocional. Según Segarra (1994), es más frecuente en los niños con malformaciones máxilo-faciales y con mala oclusión dentaria. Más información sobre características y opciones de tratamiento de estos problemas puede encontrarse en Miró, Sánchez y Buela-Casal (2003) y Miró y Buela-Casal (2007).

⁷ American Sleep Disorders Association.

1.4. Dimensiones del sueño relacionadas con la salud y el funcionamiento diario

Tras haber revisado las principales alteraciones del sueño y habiendo hecho una referencia breve a las más comunes, en el siguiente apartado se abordarán las distintas dimensiones del sueño que son relevantes de cara a la prevención de riesgos laborales: calidad y cantidad de sueño, y ubicación circadiana del sueño. Desde el punto de vista de la calidad del sueño, se establece una distinción entre el patrón de sueño eficiente o de buena calidad y el no eficiente, además de hablar de la influencia que pueden tener los distintos problemas de sueño. Este parámetro de eficiencia del sueño, viene determinado por el tiempo dormido dividido por el tiempo pasado en la cama multiplicado por 100. Para que dicho parámetro sea idóneo, ha de acercarse al 100%; se estima que, si es inferior al 85%, la persona sufrirá insomnio.

1.4.1. Calidad de sueño

Patrón de sueño eficiente y no eficiente

Diversos estudios evidencian una relación positiva entre la calidad de sueño y la salud (Benca, Obermeyer, Thisted y Gillin, 1992; Miró et al., 2002; Christoffersson et al., 2014), al igual que se ha demostrado la relación entre calidad de sueño y bienestar psicológico (Miró, Martínez Narváez y Arriaza, 2006). Por ejemplo, Totterdell, Reynolds, Parkinson y Briner (1994), en un estudio longitudinal, demostraron que el sueño afecta más al bienestar psicológico al día siguiente que viceversa y se documentó que una alta calidad de sueño era el mejor predictor de un buen estado de ánimo. Asimismo, quedó patente que un comienzo temprano de sueño era mejor predictor del estado de ánimo y la experiencia de interacción social que la propia duración del sueño.

Por su parte, Oullet (1995), demostró que los principales factores que contribuyen positivamente a la satisfacción del sueño eran la cantidad, la calidad y la profundidad del sueño, al mismo tiempo que los despertares nocturnos incidían negativamente. Según se desprende de dichos estudios, a mayor satisfacción de sueño autoevaluada, menores síntomas de depresión y

ansiedad, menor número de enfermedades existentes y menor cantidad de medicamentos consumidos.

Cano, Miró, Espinosa y Buela-Casal (2004), mediante un estudio realizado en una muestra de 257 estudiantes universitarios, observaron que el estado de ánimo disfórico se relaciona tanto con medidas de cantidad como de calidad de sueño. Los sujetos con un estado de ánimo más disfórico eran los que dormían habitualmente menos horas de las que necesitaban. Demostraron que el ánimo deprimido se relaciona con la latencia del sueño, el número de despertares nocturnos, la regularidad del sueño y el grado de satisfacción con la calidad del sueño.

Algunos investigadores mantienen que las medidas de salud, bienestar psicológico y somnolencia se deben más a parámetros de calidad que a parámetros de cantidad de sueño (Ginter y Sadowsky, 1997; Mahon, 1995; Pilcher y Ott, 1998; Zeitlhofer, Schmeiser-Rieder, Tribl, Rosenberger y Bolitschek, 2000). Estos autores, observan una relación negativa entre calidad de sueño y número de quejas físicas, tensión, ira, depresión, confusión y fatiga, además de relacionar una mala calidad de sueño con un pobre afecto positivo y pobre satisfacción en la vida. En dichos estudios, los individuos que atesoraban la peor calidad de sueño mostraban mayores niveles de somnolencia.

Un factor muy importante a tener en cuenta es la pérdida de sueño. Muchas personas se ven privadas de sueño de forma crónica debido a las exigencias del trabajo, a los estilos de vida actuales, etc. Las personas tienden a perder sueño, por ello, la mayoría de los individuos duermen más durante el fin de semana o en el periodo de vacaciones.

Gray y Watson (2002) analizaron las relaciones entre la cantidad de sueño y calidad subjetiva de sueño con el modelo de personalidad de los cinco factores, es decir, neuroticismo, apertura a la experiencia, extraversión, concienciación y simpatía. En este trabajo se observa que, si bien la duración del sueño no se relaciona con aspectos de la personalidad, la calidad del sueño, por el contrario, sí que muestra correlaciones positivas con alta extraversión y concienciación, y con bajo neuroticismo.

Influencia de los distintos problemas de sueño

Ya se ha comentado anteriormente que son varios los trastornos que pueden afectar al sueño. En este punto, se va a centrar la atención en dos de ellos: el insomnio y la apnea.

En cuanto al primero, se trata del trastorno del sueño más frecuente en la población general, haciéndose más notable en las mujeres, ancianos y personas con problemas psicológicos como ansiedad y depresión. Se trata de una disminución de la capacidad para dormir. Se puede manifestar de diversos modos que dan lugar a diferentes clases de insomnio:

- Insomnio de inicio. Se plantean dificultades para la conciliación del sueño. Es el más habitual.
- Insomnio de mantenimiento. Se presentan dificultades para el mantenimiento del sueño, dándose varios despertares a lo largo de la noche.
- Insomnio tardío a despertar precoz. La persona se despierta pronto y sin poder volver a retomar el sueño

Según la duración del insomnio, podemos hablar de insomnio transitorio (duración inferior a una semana), insomnio de corta duración (entre 1 y 3 semanas) e insomnio crónico (superior a 3 semanas).

El insomnio puede tener varias causas, destacando las causas médicas y las causas externas. Las médicas, se deben a enfermedades metabólicas y hormonales, neurológicas, reumatológicas, digestivas, cardiovasculares, etc., es decir, todas aquellas que pueden interrumpir el sueño por dolor o por la necesidad urgente de micción. También pueden influir enfermedades psiquiátricas como la ansiedad, depresión, esquizofrenia, etc., así como otras enfermedades que imposibilitan el dormir bien, como, por ejemplo, síndrome de apnea de sueño, síndrome de piernas inquietas, parasomnias, etc.

Por otro lado, aparecen las causas externas. Implican factores ambientales que inciden negativamente en el sueño, como, por ejemplo, malos hábitos de sueño, abuso de sustancias y medicamentos, trabajo por turnos, viajes transoceánicos, etc.

Se habla de insomnio primario, en aquellos casos en los que no se puede identificar una causa clara del trastorno.

Hay ocasiones en las que la persona sufre ansiedad por intentar dormir y, contradictoriamente, ese ímpetu que pone en conciliar el sueño hace que le sea muy difícil quedarse dormido, aumentando así la aprensión al acto de irse a la cama. Las personas que tienen dependencia a la preocupación, que tienden a tener más ansiedad y dificultades para ver el lado positivo de las cosas, son las que más adolecen de este problema.

El insomnio crónico suele venir precedido de un insomnio situacional, debido a situaciones estresantes. Puede evolucionar gradualmente, aumentando así la preocupación por el problema del sueño. Suele pasar que la persona que duerme mal durante varias noches, pero hace vida normal, como de rutina, sin preocuparse por ello, es poco probable que desarrolle un insomnio crónico. Contrariamente a esto, el individuo que se preocupe excesivamente durante el transcurso del día por no poder dormir bien, tiene más probabilidades de entrar en un círculo vicioso de insomnio y más alteraciones del sueño.

De esta manera, la aprehensión y preocupación aumentan según va acercándose la noche, y el problema se va acentuando. Tras pasar una mala noche, la persona con insomnio crónico se preocupa tanto por la noche pasada, como por la noche venidera, por lo que el insomnio se convierte en un gran problema. El modelo que mejor describe está dinámica que perpetua el insomnio es del de Morin (Morin et al., 1999).

Para poder romper este círculo vicioso, la persona afectada tiene que cambiar los hábitos inadecuados como cambiar los pensamientos negativos, cambio de conductas y reducción de la activación. Hay medidas de higiene de sueño que ayudan a mitigar el insomnio, tales como establecer un horario de sueño regular, no fumar o beber alcohol, evitar las siestas, realizar ejercicio al menos tres horas antes de irse a la cama, etc. Pero la opción de terapia con mayor apoyo empírico es la terapia cognitivo-conductual del insomnio que ha demostrado su eficacia en una amplia variedad de poblaciones (Miro et al., 2003, 2011; Morin et al., 1999; Martínez et al., 2014; Morgenthaler et al., 2006).

Si en algo coinciden la mayoría de los estudios epidemiológicos llevados a cabo, es en que los trastornos de sueño se encuentran estrechamente relacionados con índices de salud física y mental (Costa, Silva, Chase, Sartorius y Roth, 1996; Ford y Kamerov, 1989; Kupperman, Lubeck, Mazonson, Patrick y Stewart, 1995). Tras las cefaleas y problemas gastrointestinales, los trastornos del sueño ocupan el tercer puesto en los motivos de consulta médica general en países industrializados.

Las personas que informan de insomnio sufren de mayor deterioro funcional, pérdida de productividad, un exceso de utilización de los distintos servicios de salud y mayores tasas de morbilidad y mortalidad (Kryger y cols., 2004; Nilsson et al., 2014). Tienen problemas de atención y concentración, deterioros de la memoria y menos habilidad para efectuar algunas tareas diarias y relacionarse a nivel interpersonal.

En cuanto a la apnea, hay que decir que existen determinados individuos que, además de roncar, sufren pausas de respiración. La duración de estas pausas es variable, considerándose que, a partir de 10 segundos, debe de visitarse al médico. Se produce por un colapso en el interior de la faringe. Suponen un cese transitorio de la respiración. No tienen que ver nada con una parada cardiorrespiratoria, ya que durante las apneas el corazón sigue latiendo. Como se produce una disminución en los niveles de oxígeno de la sangre (motivado por el cese de la respiración), el individuo que las sufre, permanecerá buena parte de la noche con concentraciones de oxígeno en sangre bajas.

La apnea provoca la fragmentación del sueño; cada vez que se produce una apnea, se da una respuesta de alerta de escasos segundos de duración, aunque, debido al breve espacio de tiempo que supone, el individuo no es consciente de que ha interrumpido el sueño.

Una persona que sufre muchas apneas, se despierta con la sensación de no haber descansado durante la noche (aunque no recuerda haberse despertado). Al despertar, suelen aparecer dolores de cabeza y sequedad de boca, sintiendo cansancio a lo largo del día. Estudios realizados determinan que, las personas que las sufren, tienen un mayor riesgo de sufrir accidentes de tráfico y laborales (Sánchez et al., 2006, 2009). Otras secuelas que puede producir la

apnea son cambios en el estado de ánimo, depresión, alteraciones en el rendimiento o pérdida de concentración y memoria.

Cuando la apnea es severa, además de los problemas anteriormente referenciados, se incrementa el riesgo a contraer enfermedades como la hipertensión arterial, anginas de pecho, infartos y accidentes cerebrovasculares (Sánchez et al., 2006, 2009). El riesgo a sufrir las apneas se incrementa con la edad, llegando a un valor máximo entre la quinta y la séptima década de la vida.

Casi todos los individuos que padecen de apnea del sueño tienen sobrepeso. Además, hay que recalcar que se trata de una enfermedad típicamente del género masculino, con una incidencia dos veces y media superior al de las mujeres. El diagnóstico de la apnea del sueño se produce a través de la prueba del polisomnograma, que requiere pasar una noche en el hospital, donde se realiza una medición del flujo respiratorio, del esfuerzo que realiza la persona para respirar, del nivel de oxígeno de la sangre, del funcionamiento del corazón, etc.

Para remediar esta enfermedad, entre otras cosas, se recomienda perder peso, no dormir sobre la espalda, no beber alcohol, no tomar tranquilizantes, no fumar y realizar ejercicio moderado, aunque el tratamiento más empleado es la CPAC que es un dispositivo que proporciona una presión de aire a la persona mientras duerme que impide la apnea (Epstein, et al., 2009).

1.4.2. Cantidad de sueño

En este apartado se explicará en qué consisten los patrones de sueño corto, intermedio y largo, abordando para ello una serie de estudios realizados al efecto y, también, se expondrá la repercusión que tiene sobre las personas la privación parcial y la prolongada de sueño.

- Patrón de sueño corto, intermedio y largo

Se suele establecer una distinción entre los denominados sujetos con sueño corto, los sujetos con patrón de sueño largo y los que presentan un patrón de

sueño intermedio. A lo largo de este epígrafe, se determinará qué cantidad de horas debe de dormir un individuo para encuadrarse en los distintos patrones de sueño. Observadas estas diferencias en la cantidad de sueño, caben formularse preguntas como por qué unas personas duermen más que otras y, también, si hay algún tipo de consecuencia negativa para la salud como consecuencia de la cantidad de sueño. Existen muy pocos estudios que investigan sobre la relación entre cantidad de sueño y salud y, por el contrario, hay muchos que estudian la influencia de las tipologías circadianas en el rendimiento y la alerta, la resistencia a la privación de sueño, las características polisomnográficas, etc.

El sexo femenino tiene más trastornos del sueño y a partir de los 40 años, su sueño se vuelve ostensiblemente más sensible que el de los hombres (Lindberg, Janson, Gislason, Björnsson, Hetta y Boman, 1997). Las mujeres de edad avanzada muestran un menor tiempo total de sueño en la mayoría de los estudios epidemiológicos (Ford y Kamerov, 1989), pudiendo deberse a trastornos ginecológicos, entre otros (Gijsber, Van Wijk y Kolk, 1997).

Si, en la mayoría de los mamíferos, el cuidado de las crías recae en la hembra, es sugerente pensar que dichas circunstancias influyen en que la madre no duerma profunda e ininterrumpidamente (Lindberg et al., 1997).

Otro factor a tener en cuenta es el de la edad. La cantidad del sueño tiende a decrecer con la edad, debido al acortamiento en el período de los ritmos circadianos. En los ancianos, el sueño ligero se alarga a expensas del sueño profundo, el cual se reduce, al igual que la continuidad del sueño y la calidad del sueño de ondas lentas, con la sensación de no haber tenido un sueño reparador (Akerstedt, Jume, Minors y Waterhouse, 1997; Carskadon y Dement, 2011).

Cuanto mayor se es, se madruga más, las personas se van antes a la cama, pasando menos tiempo nocturno en la cama, además de sufrir un mayor número de despertares en la noche, mermando así la eficiencia del sueño y reduciendo el porcentaje del sueño delta con aumento en estadios 1 y 2. Se dan problemas de mantenimiento del sueño, con frecuentes despertares en la noche, así como en el aumento de la frecuencia de las siestas, que se pueden interpretar como una intrusión de períodos de sueño durante el día (Adan,

1991). Además de lo referenciado hasta ahora, también influye el efecto aburrimiento, problemas de salud, privación social, etc., lo cual deriva en pasar más tiempo en la cama, lograr menos tiempo de sueño en la noche y despertarse más fácilmente.

Según Miró, Cano Lozano y Buela Casal (2002), la cantidad necesaria que debe de dormir un ser humano está condicionado por factores que dependen del organismo, del comportamiento y del ambiente. Hay variaciones considerables entre las distintas personas, de ahí que las hay que duermen cinco horas o menos, otras que precisan más de nueve horas y, la gran mayoría, que duermen entre siete y ocho horas. Se puede hablar, por tanto, de tres tipos de patrones de sueño:

- Patrón de sueño corto (6 horas de sueño o menos al día).
- Patrón de sueño largo (más de 9 horas al día).
- Patrón de sueño intermedio (entre siete y ocho horas al día).

Además, se podría añadir un cuarto grupo formado por personas con patrón de sueño variable, el cual se caracterizaría por la inconsistencia de sus hábitos de sueño. Desde hace tiempo se viene debatiendo cuántas horas de sueño son necesarias para encontrarse bien. Algunos autores (Kripke, Garfinkel, Wingard, Klauber y Marter, 2002) defendían una relación entre las 7 u 8 horas de sueño y el bienestar de la persona, tanto físico como mental. Otros, como Hartmann (1973), esgrimían que cada persona debía satisfacer su necesidad propia, sin establecer un número de horas en concreto. Investigaciones más recientes (para una revisión véase Miró, Iáñez y Cano, 2002) sugieren que personas que se desvían del dormir unas 7 u 8 horas, son propensos a padecer consecuencias negativas para la salud. Basta decir al respecto que algunos estudios han relacionado la duración del sueño con la esperanza de vida.

Así, Kripke et al. (2002), tras recopilar datos sobre los hábitos de salud de más de un millón de personas en Estados Unidos durante un período de seis años, testimonian que los menores riesgos de mortalidad los obtienen las personas que duermen 7/8 horas. El hecho de dormir menos de 4 horas o más de 8, aumenta el riesgo de muerte temprana. Dormir mucho más de 8 horas por noche es un factor de riesgo de cardiopatías, accidentes cerebrovasculares y

cáncer (se desconoce si es esos problemas modifican los patrones de sueño o si la cantidad de sueño anormal es la que genera la patología).

Otro estudio, concretamente el de Kojima, Kawamura, Tamakoshi y Aoki (2000) analizó la relación entre mortalidad y sueño teniendo en cuenta, además de la cantidad, la calidad del sueño. Se observó una relación entre los diferentes patrones de sueño y la tasa de mortalidad. En los varones que tenían un patrón de sueño corto o largo, frente a los que dormían un promedio de 7/8 horas, se evidenció un incremento en el riesgo de mortalidad. Ese riesgo de mortalidad incrementado, siguió existiendo tras controlar la historia médica actual y anterior, el uso de hipnóticos y los hábitos de fumar y beber. Sin embargo, el hecho de que las mujeres no tuvieran ninguna asociación material entre la duración del sueño y la mortalidad no pudo llegar a conocerse.

La asociación entre duración de sueño y longevidad ha sido replicada en la mayoría de los estudios longitudinales más recientes hechos en diferentes países y que lógicamente controlan cualquier posible factor de confundido en este efecto (Hublin et al., 2007; Ikehara et al., 2009; Gallicchio y Kalesan, 2009).

Además, de la longevidad existen muchas otras asociaciones entre duración de sueño y salud. Así, por ejemplo, Wilson y Elinson (1981) observaron que dormir de 7 a 8 horas por noche se relacionaba con mejor salud en una muestra de 3025 individuos de 20 a 64 años. Por su parte, Reed (1983), encontró que la cantidad de sueño de 7-8 horas se relacionaba positivamente con la salud física.

Habte-Gabr, Wallace, Colsher, Hulbert, White y Smith (1991) determinaron la relación entre dormir algo más de 7/8 horas y existencia de complicaciones en el funcionamiento físico. El objetivo de su estudio consistió en relacionar ciertas características del sueño como historia de derrame cerebral o infarto de miocardio, enfisema, informes de dolor, problemas de las articulaciones, índice de masa corporal, abuso de drogas o alcohol, frecuencia de hospitalizaciones, limitaciones funcionales para el trabajo, desempeñar las tareas del hogar o caminar, en una muestra de 3.097 ancianos. El promedio de horas de sueño de los sujetos estudiados era algo superior a 8 horas (8,1 horas las mujeres y 8,2 horas los varones). La asociación más fuerte que se observó fue la establecida

entre acostarse antes y dormir más horas y presentar un mayor índice de masa corporal. La mejor ejecución de memoria se dio en los ancianos que dormían menos del promedio de 8,2 horas.

Por su parte, Bazargan (1996), en un estudio realizado mediante entrevistas y cuestionarios en una muestra de 998 ancianos de raza negra, en el que el promedio de sueño era de 6 horas y 31 minutos, observó que, a mayor número de enfermedades crónicas, mayor frecuencia de siestas, de eventos estresantes y de síntomas de depresión y/o ansiedad, menor era la duración del sueño individual. Llegó a la conclusión de que dormir más de 6 horas y 31 minutos y mejor, estaba asociado a realizar ejercicio físico, disponer de apoyo emocional, estar casado, ser varón y poseer un status de trabajo satisfactorio.

Qureshri, Giles Croft y Bliwise (1997), mediante un estudio hecho sobre una muestra de 7.844 adultos, demostraron que el riesgo de derrame cerebral aumenta en las personas que dormían más de 8 horas durante la noche y se reducía en las personas que dormían entre 6 y 8 horas, concluyendo así que los patrones habituales de sueño pueden afectar de forma independiente a la mortalidad.

Otros estudios más recientes, han denotado que la desviación del patrón de sueño intermedio, y especialmente el patrón de sueño muy corto, se asocia a un riesgo incrementado de desarrollar diabetes (Ayas, White, Manson, Stampfer y Speizer, 2003).

Pero la cantidad de sueño no sólo se relaciona con la salud física, sino que también se relaciona con el bienestar psicológico. Sin embargo, los estudios que examinan la relación entre la cantidad de sueño y las variables psicológicas son escasos. No obstante, se ha constatado que el mayor bienestar psicológico, es obtenido por los sujetos que duermen entre 7 y 8 horas. Duncan, Bomar, Nicholson y Wilson (1995), mediante un estudio realizado en una muestra de 490 universitarios, concluyeron que el ejercicio moderado y los hábitos regulares de sueño, es decir, dormir entre 7 y 8 horas, estaban asociados a un mejor estado mental. Sin embargo, una duración insuficiente del sueño, se relacionó con un mayor riesgo de sufrir depresión, ansiedad, abuso de drogas, alcohol o tabaco.

Los sujetos con patrón de sueño largo presentan un peor desempeño en pruebas de vigilancia y los sujetos con patrón de sueño corto tienen más problemas de rendimiento académico o alcanzan puntuaciones superiores referidas al estado de ánimo deprimido de los restantes patrones.

Según los estudios realizados en la década de 1970 por Hartmann, sugería que los individuos con patrones de sueño corto eran personas más satisfechas con su vida y más seguras de sí mismas, además de más extrovertidas, competitivas y agresivas. Sin embargo, los sujetos con patrón de sueño largo, presentaban más rasgos psicopatológicos de todo tipo. Estudios posteriores denotan la misma tendencia, es decir, que los individuos con patrón de sueño corto afrontan más eficazmente el estrés y padecen menos ansiedad y neuroticismo que los sujetos con patrón de sueño largo. Hay que reseñar que hay estudios que contrastan con lo anteriormente expuesto, estableciendo todo lo contrario: los sujetos con patrón de sueño corto obtienen puntuaciones superiores en varias escalas de ansiedad y neuroticismo. Una explicación a estas contradicciones, se podría basar en que las investigaciones se han basado en la cantidad del sueño, sin tener en cuenta la calidad del mismo (Miró et al., 2016).

Por otra parte, parece ser que dormir mucho o poco aumenta el riesgo de depresión. Dicha asociación es especialmente fuerte en los sujetos con patrón de sueño corto. Breslau et al. (1997), realizaron un estudio para ilustrar estas relaciones, recogiendo una muestra de 979 sujetos de entre 21 y 30 años de edad. Su objetivo era analizar la relación entre la presencia de sueño insuficiente o excesivo y el padecimiento de depresión, ansiedad, abuso de drogas, alcohol y dependencia de nicotina. Los individuos con sueño insuficiente o excesivo presentaban un incremento, respecto a los demás, de depresión, ansiedad y trastornos relacionados con el abuso de sustancias. Se demostró que la depresión era casi cuatro veces más alta cuando había historia previa de sueño insuficiente o dificultades para dormirse que cuando el patrón de sueño era normal. Por su parte, Ford y Kamerow (1989), encontraron asociaciones entre la presencia de sueño excesivo o hipersomnia y el riesgo de sufrir depresión posteriormente. Además, se ha demostrado que los patrones de sueño corto puntuarían más en los aspectos somáticos de la depresión y los

patrones de sueño largo más en los síntomas cognitivos de la depresión (Buela-Casal, Miró, Iáñez y Catena, 2007).

En definitiva, en múltiples estudios se evidencia que la mejor salud física y psicológica se encuentra en las personas que duermen de 7 a 8 horas cada noche. En la mayoría de las investigaciones se determina que las mejores puntuaciones de salud se dan en los sujetos con patrón de sueño intermedio, seguidos de aquellos con patrón de sueño largo y, en última instancia, los que presentan un patrón de sueño corto (es importante señalar que en dichas investigaciones se emplean muestras de sujetos normales sin problemas de sueño).

Generalmente, los hábitos de sueño se evalúan con cuestionarios de sueño (en ocasiones con diarios de sueño) y, en menor medida, con polisomnografía. De los datos obtenidos, se agrupa a los sujetos en los tres tipos de patrones descritos anteriormente, evaluando su salud, generalmente mediante técnicas de autoinforme.

En toda esta serie de comparaciones entre los distintos patrones de sueño, se ha tratado de controlar la influencia de variables como la dieta, el ejercicio, la presencia o no de medicación, el fumar, el estado civil, la edad, etc.

Uno de los inconvenientes que se pueden dar en los estudios en los que las muestras seleccionadas estén compuestas por ancianos, es que es más probable que tengan complicaciones relacionadas con el sueño. Entre el 25 y el 40% de las personas de más de 65 años padecen algún tipo de problema de sueño. Muchas condiciones crónicas comunes entre los ancianos como problemas cardíacos, enfermedades pulmonares, demencia, artritis, dolor, etc., se asocian a alteraciones del sueño. No obstante, existen autores que han señalado que las personas ancianas con buena salud no se ven más afectadas por estas dificultades que los jóvenes (Reynolds, Monk, Hoch, Berman y Hall, 1991).

Respecto a la duración de sueño exacta recomendada tengamos también en cuenta que la necesidad de sueño varía con la edad, y la cifra cambia un poco según la muestra que se coja en cada estudio por lo que al final es más preciso

no decir 8 horas sino admitir cierta variabilidad que aproximadamente estaría comprendida entre 6 ó 6,5-9 horas.

Falta investigación sobre por qué se producen estos efectos sobre todo en los patrones de sueño largos que duermen más horas. En las personas que duermen menos se piensa que sufren un efecto acumulativo negativo de las consecuencias nocivas que se sabe que tiene la privación de sueño, como veremos en el siguiente apartado.

- Privación parcial y privación prolongada de sueño

La privación de sueño es un hecho habitual en la sociedad actual. Hay muchas personas que sufren esa privación de sueño de forma crónica debido a sus situaciones en el trabajo, a sus estilos de vida, etc. Hay estudios que han constatado que tendemos a perder sueño. Por ejemplo, Iglowstein, Jenni, Molinari y Largo (2003), encontraron una reducción del tiempo total de sueño de, aproximadamente, una hora y media entre los jóvenes del periodo 1974 hasta 2003. Tanto influye el trabajo en el sueño, que la gente duerme más durante sus vacaciones y en los fines de semana.

Si tomamos como muestra a sujetos con un patrón habitual de sueño de 7-8 horas y se les restringe el sueño durante semanas o meses, aparecerán signos de déficit de sueño, sobre todo por la mañana y durante la primera semana de la manipulación. Se darán problemas de somnolencia, cansancio, disminución de concentración y atención, dolores musculares, etc. (Belenky, Wesensten, Thorne, Thomas y Sing, 2003).

En referencia a la privación de sueño, hay que citar los estudios de Spiegel, Leproult y Van Cauter (1999), estudios que demuestran las repercusiones negativas que conlleva la privación de sueño nocturno respecto a las horas consideradas como las adecuadas. Dichos autores, analizaron el sueño de 11 varones jóvenes de entre 18 y 27 años, sin ningún tipo de problema relacionado con el sueño. Dichos individuos fueron sometidos a un análisis del sueño durante 16 noches consecutivas en un laboratorio apropiado para ello. Durante las 16 noches, se les acortó y alargó el tiempo que permanecían en la cama. Durante las tres primeras noches, durmieron 8 horas; durante las 6

noches siguientes, permanecieron en la cama 4 horas y en las últimas 7 noches, durmieron durante 12 horas. Los resultados obtenidos indican que los períodos cortos de sueño impactan negativamente en el metabolismo de los carbohidratos y en la función del sistema endocrino. Hay que señalar que ambos factores son clave en el proceso normal de envejecimiento, por lo que, si se continuara con la rutina de acortar los períodos de sueño, aumentaría la gravedad de los trastornos crónicos asociados a la edad.

Además, el período durante en el que sólo permanecían 4 horas en la cama, provocó grandes cambios en las concentraciones de glucosa, afectando también al sistema nervioso simpático. Con ello, se concluyó que las personas necesitan unas 8 horas de sueño diario para no obtener perjuicios en los procesos vitales y evitar un envejecimiento prematuro.

Otros estudios han destacado igualmente que la restricción del sueño aumenta la glucosa y reduce la tirotrópina, aumenta la presión sanguínea, la tasa cardíaca y el tono catecolaminérgico y produce un desequilibrio en el metabolismo (Meier-Ewert et al., 2004), y se asocia a un aumento de marcadores de inflamación (interleucina-6, factor de necrosis tumoral-alfa y proteína reactiva C) (Irwin, Carrillo y Olmstead, 2010, Faraut, Boudjeltia, Vanhamme y Kerkhofs, 2012).

Cuanto más drástica es la privación de sueño, más marcada es la disminución de la vigilancia y la activación (Miró et al., 2002, 2003). Los protocolos de privación de sueño prolongada, producen lapsus, aumento de los falsos positivos, somnolencia persistente y enlentecimiento del tiempo de reacción, entre otros. En un principio, dichos síntomas se manifiestan en las tareas largas, repetitivas y monótonas, sobre todo si son conocimientos adquiridos recientemente. Posteriormente, pueden darse también deterioros de la memoria a corto plazo e, incluso, trastornos neuropsicológicos reversibles en las tareas que afectan al córtex prefrontal (Bucla-Casal y Miró, 2001; Horne, 1988; Randazzo, Muehlbach, Schweitzer y Walsh, 1998).

Horne realizó un estudio en que se realizó una privación de sueño de 36 horas. Como resultado, se obtuvo deterioro de la fluidez verbal, en la capacidad de planificación, en la creatividad y en la originalidad. Determinó, que las tareas en

las que se requiere flexibilidad, originalidad y fluidez, son más sensibles a sufrir efectos negativos por la privación de sueño (Horne, 1988). También se puede dañar al estado de ánimo, llegando a aparecer ansiedad, irritabilidad y confusión (Beutler, Cano, Miró y Buela-Casal, 2003; Miró, Cano-Lozano, Espinosa y Buela-Casal, 2003).

En algunos experimentos con animales, se ha constatado que, ante la privación de sueño prolongada de manera indefinida, estos aguantan unos 21 días, llegando en ese momento la muerte (Rechtchaffen y Bergmann, 1995). Se ha demostrado también, que la falta de sueño puede reducir la resistencia al estrés y acelerar un exceso glucocorticoide en el metabolismo, además de en las funciones cognitivas que puede estar a la base de distintos problemas de salud (Leproult, Colecchia, Hermite-Baleriaux y Van Cauter, 2001; Prados y Miró, 2012).

1.4.3. Tipologías circadianas

Desde el punto de vista de los ritmos circadianos, puede establecerse una distinción entre las personas matutinas, que tienden a acostarse y levantarse pronto, y las personas vespertinas, que se acuestan y se levantan más tarde. A continuación, se analiza el efecto de estas tipologías rítmicas y, además, se aborda el problema de desincronía circadiana que implica el trabajo nocturno y por turnos.

Matutinidad y vespertinidad

Si se analizaran cualquiera de los parámetros utilizados para verificar el estado de las funciones vitales en el ser humano (presión arterial, temperatura corporal, fuerza muscular, reflejos neurales, etc.) a distintas horas a lo largo del día y de la noche, la conclusión sería que los valores de estos parámetros no son constantes, sino que varían dependiendo del momento del ciclo diario en que son analizados; además, estos patrones de variación se repetirían diariamente. Este fenómeno de ritmicidad se hace extensivo a todos los seres vivos, animales o vegetales.

Hasta hace no muchos años, se pensaba que las variaciones a lo largo del día producidas en la presión arterial o temperatura corporal se debían a que, durante el día, al existir actividad física, se generaba calor y por eso aumentaban ambas, reduciéndose por la noche al no existir actividad física en el organismo. Fue en 1729 cuando el estudio realizado por Jean Jacques d'Ortous de Mairan, llevó a proponer la existencia de un "reloj interno". Sus conclusiones no fueron aceptadas por la comunidad científica de la época, siendo en el siglo XX (década de los 30) cuando se acepta universalmente la existencia de osciladores o "relojes internos" que marcan la ritmicidad biológica, no debiéndose a un simple reflejo de los cambios que experimenta el medio externo. Todos los aspectos relacionados con los ritmos biológicos, dieron lugar a una nueva rama de la biología, la cronobiología⁸.

Los ritmos biológicos se clasifican, según su periodo en:

- Ritmos circadianos: periodo aproximadamente de 24 horas.
- Ritmos ultradianos: periodo menor a 24 horas.
- Ritmos infradianos: periodo mayor de 24 horas.

De los fenómenos rítmicos observables en los seres vivos, el ritmo circadiano fue denominado así por Halberg en 1959 por el hecho de poseer un periodo de alrededor de 24 horas, con un rango entre 20 y 28 horas (circa=alrededor). La característica fundamental de los ritmos circadianos es su naturaleza endógena; dependen de la existencia de "relojes internos" capaces de generar una actividad rítmica autónoma genéticamente determinada. Esto es demostrable porque se puede observar cómo tales ritmos persisten en situaciones en las que están ausentes las señales del medio externo. Por ejemplo, una persona aislada en una habitación, con temperatura estable y sin signos que le indiquen la alternancia de día y noche, sigue presentando ritmos sueño-vigilia con una periodicidad muy parecida a la que tenía antes del confinamiento.

Los ritmos circadianos pueden ser sincronizados a periodos diferentes del propio reloj endógeno, mediante señales procedentes del medio ambiente,

⁸ La cronobiología es una disciplina de la fisiología que estudia los ritmos biológicos, incidiendo tanto en su origen como en sus características y sus implicaciones. Posee especial interés en endocrinología, neurociencia y ciencia del sueño.

señales tales como la luz, que es sin duda el factor de sincronización más importante, aunque no es el único. No siempre el término *ritmo circadiano* es utilizado correctamente; a veces se designan con él, de manera incorrecta, fenómenos cíclicos con periodos muy alejados de las 24 horas. En otras ocasiones, el término se utiliza para hablar de ritmos biológicos que, aun estando cercanos a periodos de 24 horas, no reúnen los requisitos anteriormente comentados de naturaleza endógena y susceptibilidad de sincronización por factores externos.

Por lo tanto, de lo anteriormente expuesto, se deduce que el periodo de un ritmo circadiano resulta de la interacción entre la actividad del “reloj” endógeno y la acción de factores de sincronización. Al conjunto de elementos que controlan los ritmos biológicos de naturaleza circadiana se les conoce como sistema circadiano y está formado por tres elementos:

- El oscilador endógeno o marcapasos. Es capaz de generar una señal circadiana.
- Las vías aferentes al marcapaso. Permiten la llegada al mismo marcapasos de las señales de sincronización procedentes del medio externo.
- Las vías eferentes desde el marcapasos hacia los efectores. Exhiben la ritmicidad circadiana.

El control interno de los ritmos es muy complejo, tanto en las vías neuroanatómicas implicadas como en el equilibrio bioquímico necesario. El principal, pero no el único, oscilador endógeno es el núcleo supraquiasmático, que de ser extirpado conlleva la supresión de la ritmicidad circadiana como la oscilación diaria de la temperatura, del sueño REM y de la excreción de cortisol.

Los ritmos biológicos no son independientes del medio ambiente, ya que existen grandes “relojes externos” o Zeitgebers⁹ que hacen que los relojes internos se sincronicen con ellos. El más importante de estos relojes externos

⁹ “Dador de tiempos”, introducido por J. Aschoff para designar a cualquier agente capaz de sincronizar ritmos biológicos.

es la luz del sol, pero existen otros como el campo magnético terrestre, el campo magnético lunar, la disponibilidad de la comida, etc.

El estudio de los ritmos biológicos comenzó en la Alemania de la posguerra; fue Richter (1967), quien descubrió que, al apagar la luz del laboratorio, las ratas comenzaban un ciclo de actividad a la misma hora. Suprimiendo los cambios de luz y dejándolas en penumbra todo el tiempo, bajo condiciones constantes, la mayoría de las ratas comenzaban a retrasarse o a adelantarse en la hora de actividad.

En esa época nacieron los términos *Zeitgeber* y el de *ritmo de curso libre* y *ritmo encarrilado*. Un ritmo de curso libre es el que se da en condiciones constantes en las que se aísla artificialmente al sujeto, sin claves temporales. En él, los ritmos, incluyendo el ciclo de vigilia y sueño y otras muchas funciones fisiológicas continúan siendo periódicas y constatan la existencia de algún tipo de “reloj” interno que lleva la cuenta del tiempo transcurrido. Por su parte, los ritmos encarrilados, son los que se observan en la naturaleza y se hallan sujetos a *Zeitgebers* que los ponen “en hora” en el sentido de que su ciclo empieza y acaba siempre a una hora determinada, la cual depende del *Zeitgeber* de la luz solar.

Cuando las condiciones son constantes, los ritmos de curso libre casi nunca se corresponden con 24 horas, sino alrededor de 25 horas, es decir, en ausencia de claves temporales externas, el reloj interno circadiano es un poco más lento que la rotación de la tierra alrededor del sol (Czeisler y Richardson, 1983; Hofstra y de Weerd, 2008; Bjorvatn y Pallesen, 2009).

Hay individuos cuyo período circadiano, en lo que a la temperatura respecta, es cercano a las 24 horas y, en estos casos, tienden a presentar adelantos respecto del horario social en sus horas de sueño y de vigilia. Por otro lado, hay individuos que tienen ciclos mayores a 25 horas y sufren un retraso respecto del horario social.

Respecto a las diferencias que se dan en cuanto a hábitos y preferencias de las personas, desde hace años se han publicado diversos cuestionarios para medir la tendencia de la gente a ser o bien matutina o bien vespertina (Adán y Almirall, 1990; Horne y Ostberg, 1976). En los individuos vespertinos, se

observa que son más variables y que su nivel de alerta se da unas tres horas más tarde que en las personas matutinas. Cuando se habla de pruebas de alerta subjetiva y tiempo de reacción, los individuos matutinos tienen mejor rendimiento en la mañana y los vespertinos al mediodía y en la tarde (Antúnez, Navarro y Adan, 2014; Kerkhof, 1985).

Se ha constatado que los individuos matutinos, tienden a despertarse temprano, levantándose descansados y frescos, trabajando bien al poco tiempo de despertarse y yéndose a dormir temprano, llegada la noche. La diferencia de fase de temperatura interna entre individuos matutinos y vespertinos tiende a ser entre 2 y 4 horas (Adan, 1991; Neubauer, 1992; Antúnez et al., 2014).

Por su parte, los individuos vespertinos se duermen, como media, casi 90 minutos más tarde que los matutinos y, si tienen libertad para poder hacerlo, se despiertan unos 75 minutos más tarde por la mañana (Horne y Ostberg, 1976; Kerkhof, 1985; Antúnez et al, 2014). Parece ser que dichas diferencias horarias en el sueño y vigilia están determinadas por diferencias biológicas en la ritmicidad de la temperatura, la cual en los vespertinos tiene un máximo y un mínimo que se presenta unos 90-120 minutos después de los máximos y mínimos de los matutinos.

Después de haber realizado estudios en diversos países y con distintos cuestionarios, aproximadamente el 20% de las personas resultan ser matutinas, el 20% vespertinos y el resto intermedios (Adan, 1991; Adan y Almirall, 1990; Horne y Östberg, 1976; Kekhof, 1985; Antúnez et al, 2014).

La edad es una variable de crucial importancia en los ritmos biológicos e influye en la matutinidad y en la vespertinidad. A partir de los 40-45 años, el ritmo circadiano se altera, como por ejemplo el ritmo de la temperatura y el de la presión arterial, los cuáles comienzan a decrecer y a acortarse, llegando a ser de 24 horas o menos (Abitbol, Reinberg y Mechkouri, 1997; Haimov y Lavie, 1997; Antúnez et al, 2014). Según estudios realizados mediante posilomnografía, Hume, Van y Watson (1998), establecieron que los ancianos tenían menos tiempo total de sueño, con un período de sueño nocturno más corto y con un adelanto de 30 minutos en el punto medio de su período de sueño. También determinaron que la fase del ritmo de temperatura se adelantaba respecto de la media de adultos jóvenes, tendiendo así a la

matutinidad con disminución en la flexibilidad para la adaptación a cambios de horarios estacionales o sociales, a trabajo nocturno y a un mayor riesgo de presentar trastornos del sueño (Bjorvatna y Pallesen, 2009).

Desincronía circadiana en el trabajo nocturno y por turnos

Como ya se ha indicado anteriormente, el ser humano, al igual que sucede con otros seres vivos, tiene un reloj interno que regula sus ritmos corporales. Entre esos ritmos corporales, se encuentra el de sueño-vigilia y la mayoría de esos ritmos comprenden un período aproximado de 24 horas (circadiano) y nos preparan para estar despiertos y activos durante el día y, al llegar la noche, descansar y dormir. Además, hay que decir al respecto que, llegada la noche, la temperatura corporal comienza a descender.

Todo ello implica problemas a la hora de trabajar de noche o con turno rotatorios. El sistema circadiano no puede adaptarse de una forma rápida al nuevo horario, surgiendo una desincronía entre las exigencias horarias del trabajo y el ritmo de los sistemas fisiológicos internos. Los trabajadores que prestan sus servicios bajo estas dos formas, trabajo nocturno y trabajo con turnos rotatorios, suelen tener problemas de salud, debido a dicha desincronía (Hofstra y Weerd, 2008; Bjorvatna y Pallesen, 2009).

Muchos son los autores que han demostrado, mediante los estudios oportunos, que el trabajo nocturno y a turnos perjudica a la salud e influye negativamente en la calidad de vida, además de producir cierto deterioro social (Garbarino, Beelke, Costa, Violani y Lucidi, 2002; Khaleque, 1999; Knutsson, 1989; Oginska, Pokorki y Oginska, 1993; Matheson, O'Brien y Reid, 2014; Useche, Cendales y Gómez, 2017). Por citar el trabajo de alguno de ellos, por ejemplo, Khaleque (1999), realizó un estudio para analizar el sueño, salud y bienestar de 60 trabajadores matutinos y vespertinos. La edad media era de 35 años. Dichos trabajadores fueron sometidos a un horario de trabajo semanal rotando en tres turnos. El trabajo que desarrollaban se prestaba durante ocho horas al día, durante seis días a la semana, con uno de descanso. Se establecieron los siguientes turnos: primera semana el turno de noche, concretamente desde las 22:00h. hasta las 06:00h.; durante la segunda semana se realizaba el turno de

mañana, siendo el horario desde las 06:00h. hasta las 14:00h.; y, por último, durante la tercera semana el turno era de tarde, siendo el horario desde las 14:00h. hasta las 22:00 horas. Se demostró que el turno de noche era el más perjudicial para la falta de sueño y la salud. Durante ese turno nocturno, el sueño era más corto que durante los turnos de la mañana y de la tarde.

En parte, los efectos perjudiciales del turno de noche en el sueño, podrían deberse a las malas condiciones ambientales que se dan para dormir durante el día, condiciones tales como el ruido del entorno (tráfico, vecinos, etc.) o, incluso en la estación de verano, el aumento excesivo del calor durante el día. Por todo ello, los trabajadores que prestan sus servicios durante la noche, duermen menos tiempo que los que lo hacen durante el día, provocándose así un deterioro en la calidad del sueño.

Además de lo relatado en cuanto a la cantidad de sueño de dichos trabajadores, también habría que tener en cuenta que el ritmo circadiano de temperatura influye negativamente, puesto que es por la noche cuando alcanza su mínimo y es cuando el cuerpo está preparado para dormir, todo lo contrario que ocurre durante el día. En dicho estudio, Khaleque (1999), dejó constancia de que el 86% de los trabajadores participantes, señalan que ven afectado su sueño; además, el 90% declaran tener problemas de índole familiar, el 87% ve disminuida su vida social, el 91% reduce su tiempo de ocio y, por último, todos ellos, ven afectada negativamente su salud.

Lac y Chamoux (2003), demostraron que la falta de sueño provocada por el trabajo por turnos produce importantes incrementos del cortisol en sangre, lo que es un claro indicador de que se ha estado estresado durante un periodo largo de tiempo. Este tipo de trabajo conlleva problemas de sueño tales como desincronía circadiana, deuda crónica de sueño y mayor aparición del insomnio, apnea, mioclonías, etc. Pero no solo aparecen problemas de sueño, sino también problemas de salud asociados a los cambios horarios (como problemas digestivos, cardíacos coronarios, envejecimiento prematuro, trastornos psicológicos, etc.), alteración de los hábitos alimenticios, problemas en el trabajo (mayor accidentabilidad, disminución de la calidad en la ejecución de las tareas, absentismo, etc.) y también problemas en la vida familiar y social.

Un estudio al respecto (Pilcher, Lambert y Huffcutt, 2000), muestra cómo los problemas de salud más conectados del trabajo a turnos son la úlcera péptica, la disminución de la fecundidad en las mujeres y trastornos cardíacos coronarios. Además, el trabajo a turnos o nocturno, suelen ser una de las causas que más inciden en la mortalidad laboral.

Tanto es así, que la tasa de problemas de sueño varía entre el 5% que tienen los trabajadores que prestan sus servicios de día, hasta el 90% que tienen los que tienen turno de noche (Knauth, 1993; Bjorvatna y Pallesen, 2009). Uno de los problemas de sueño más frecuente es el insomnio y así queda determinado en el estudio que Garbarino et al. (2002), hicieron con oficiales de policía. En dicho estudio, se observa como el 35,7% de los individuos que trabajaban con turnos presentaban insomnio, además de trastornos del sueño relacionados con la respiración, mioclonías, síndrome de las piernas inquietas o hipersomnia.

Uno de los estudios más interesantes efectuados en este ámbito es el de Ribet y Derriennic (1999). En este trabajo, analizaron en Francia a 21.000 trabajadores utilizando como herramienta un índice de alteraciones del sueño y análisis de regresión logísticos. En dicho estudio se observó que, en el trabajo a turnos, una larga semana de trabajo, el “tener prisa” y la exposición a vibraciones, fueron los principales factores que provocaban problemas de sueño, teniendo la edad y el género controlados.

Por su parte, Goh, Tong y Lee (2000), sugieren que hay muchas variables que pueden modular los efectos negativos que este tipo de trabajos tienen sobre la salud; por ejemplo: la capacidad que la persona tenga para adaptarse a la disrupción circadiana y a la falta de sueño, el tipo concreto de trabajo a turnos, la edad, el género, etc. En este sentido, si se trata de rotaciones lentas, intentando perjudicar lo mínimo posible al ritmo circadiano, se produce una menor reducción del tiempo de sueño que si se trata de rotaciones rápidas (Pilcher et al., 2000; Bjorvatna y Pallesen, 2009).

También se ha constatado que, si se trabaja de noche con turnos rotativos, los efectos negativos son de mayor importancia que prestar servicios únicamente por la noche; además, los trabajadores vespertinos se adaptan mejor a los

trabajos por turnos y nocturnos (Khaleque, 1999). Por otra parte, también se ha constatado que el sexo femenino es más sensible a los efectos negativos que implica el trabajar por las noches o por turnos, al igual que las personas de más de 45 años, las que presenten un alto índice de masa corporal y las que no hagan ejercicio físico (Akerstedt, Knutsson, Westerholm, Theorell, Alfredsson y Keckclund, 2002). También son más propensos a sufrir los efectos negativos de ambos tipos de trabajo las personas con poco apoyo social (Kageyama, Nishikido, Kobayashi, Oga y Kawashima, 2001).

No existe un turno ideal, genéricamente hablando, para todos los trabajadores. Por ello, para diseñar sistemas efectivos en los cambios de turnos, hay que tener en cuenta variables fisiológicas, psicológicas, y sociales como si el trabajador, debido a su ritmo, es matutino o vespertino, conocer sus hábitos de alimentación y de sueño, qué preferencias tiene ese trabajador por los diferentes turnos, saber cuál es el rol que desempeña en su familia, etc.

Determinados autores afirman que para evitar en la medida de lo posible los trastornos de salud en este tipo de trabajadores, habría que reducir al máximo el turno de noche, mediante la introducción de más días de descanso, sobre todo, al acabar dicho turno de noche (Goh et al., 2000). Cuantos más largos sean los turnos de noche, menor carga de trabajo deben de conllevar para el operario. Estos autores también defienden que hay que ayudar a estos trabajadores para intentar reducir los problemas de salud que conlleva el trabajo nocturno y por turnos, estableciendo salas de descanso, comedores, etc., en el centro de trabajo.

1.5. Sueño, estrés y trabajo

En el punto anterior, se han visto aspectos que influyen en la cantidad de sueño, además de haberse hablado de los patrones de sueño corto, intermedio y largo y lo que supone para las personas el verse afectados por la privación parcial o prolongada de sueño. Ahora, en este nuevo apartado, se va a analizar la interrelación de tres factores, que con mucha frecuencia afectan simultáneamente a los trabajadores, como son el sueño, el estrés y el trabajo.

En 1926, Hans Selye, haciendo uso de su sentido en la física, utilizó el término estrés para referirse a la relación entre el organismo y un medio ambiente que lo somete constantemente a tensiones, provocando en dicho organismo el tener que responder con maniobras adaptativas. En la sociedad actual, existen múltiples fuentes que hipotéticamente pueden producir estrés: problemas económicos, laborales, pérdida o enfermedad de algún ser cercano, etc. Cuando estas situaciones se prolongan en el tiempo, provocando un estado de activación fisiológica del sistema motivacional defensivo continuo, es cuando surgen elementos nocivos, concretamente, el estrés (Vila y Fernández, 2014).

Lamentablemente, hoy en día, es muy común sufrir estrés laboral. El estilo de vida que se da en la sociedad actual en la que se producen constantemente situaciones estresantes en el trabajo (Martínez-Zaragoza et al., 2014), en la vida familiar y en otros ámbitos, desencadena la aparición de factores psicológicos y sociales negativos. Según la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, el estrés laboral constituye el segundo problema de salud en la Unión Europea, ocupando el primer lugar en la lista la gripe. Se ha estimado que el estrés laboral afecta a uno de cada tres trabajadores europeos, ascendiendo el número de trabajadores que lo padecen a 40 millones en dicho ámbito geográfico. Se calcula que, en España, los afectados por el estrés laboral rondan los 3,5 millones de trabajadores.

Existen múltiples factores psicosociales que suelen provocar estrés laboral y que afectan a las tareas que se llevan a cabo en el desempeño profesional como, por ejemplo, realizar un trabajo monótono, prestar los servicios en un trabajo con un alto grado de dificultad o responsabilidad, no tener libertad a la hora de tener iniciativa, empresas con estilo de liderazgo inadecuado, coacciones sufridas por el trabajador, exposición constante a un riesgo físico, un ambiente laboral en el que abunden los conflictos, trabajo a turnos, sueldo bajo, jornadas de trabajo maratonianas, etc.

En la sociedad de hoy en día, el individuo invierte una gran parte de su tiempo en el trabajo. La realización de un trabajo, hoy en día es imprescindible para la integración en la sociedad, es fundamental para ser aceptado por los demás como un sujeto de pleno derecho y para, de este modo, poder obtener la

libertad personal mediante la independencia económica (Fernández-Montalvo, 1998).

Un factor que influye de manera determinante en la salud del trabajador es el de las condiciones en las que se desarrolla la actividad laboral. Las presiones que se derivan de dicho trabajo, las relaciones interpersonales que allí se dan, el salario, etc., influyen en el bienestar psicológico del trabajador. En la medida en que estos factores se den en el puesto de trabajo, influirán de manera determinante en el grado de satisfacción laboral y el de salud mental de los trabajadores (Fernández-Montalvo y Garrido, 1999).

Pues bien, todos estos factores crean estrés en el trabajador y uno de los aspectos más vulnerables del organismo del ser humano cuando está estresado es el sueño.

Cuando hay alteraciones de sueño, sobre todo pérdida de sueño debido al estrés laboral, el sueño puede influir negativamente y producir numerosas enfermedades y trastornos psicológicos. Esta situación se agrava cuando el trabajo que realiza la persona es a turnos o nocturno, tal y como se ha visto en el apartado anterior. Las modificaciones que sufre el sueño debido al estrés que sufre la persona, depende de la naturaleza, intensidad y de la duración de dicho estrés, además del estado en el que se encuentre el organismo en el momento de someterse a los factores que provocan dicho estrés. Cuando el organismo está constantemente activado fisiológicamente debido a situaciones estresantes duraderas, severas, etc., puede darse una inhibición de la normal aparición del sueño y generar trastornos en él (Miró, Solanes, Martínez Narvárez, Sánchez y Rodríguez Marín, 2007).

Como se ha dicho en el apartado anterior, cuando se hablaba de los turnos rotativos y trabajo nocturno, el estrés se acentúa en estos casos, provocando problemas gastrointestinales, cardiovasculares, de fertilidad, etc., pero es más, el no dormir bien, también impedirá que el sueño cumpla con su función de restauración corporal, produciéndose de este modo mermas en las capacidades perceptivas, cognitivas y psicomotoras, produciéndose un riesgo de incremento de accidentes de tráfico y laborales, provocados por la somnolencia que padece el trabajador durante el día. Todo ello dificultará el desarrollo de la persona en su interacción social, disminuirá su productividad

en el trabajo, se aumentará su deterioro funcional y ello provocará más estrés, el cuál hará que la persona en cuestión siga durmiendo mal y, de esta manera, entrará en un bucle peligroso (Miró et al., 2007).

Dentro de este marco, en los últimos tiempos se ha dado un gran interés por el estudio de las alteraciones psicológicas derivadas de la actividad laboral, naciendo la denominada *psicopatología laboral* (Brodsky, 1996; Cabral, 1998; Fernández-Montalvo, 1998; Fernández Montalvo y Garrido, 1999).

En lo referente a los horarios de trabajo, el sistema de trabajo por turnos es un fenómeno frecuente en la sociedad actual. Estos turnos en el trabajo presentan grandes inconvenientes como, por ejemplo, dormir por el día en vez de por la noche, con los problemas que supone para la adaptación de los ritmos biológicos a horarios irregulares (Villalva, López, Gavilanes y Legido, 1989; Bjorvatna y Pallesen, 2009).

Esos trabajos con turnos rotativos, requieren una adaptación constante de un horario a otro, lo que provoca que el organismo esté constantemente sometido a un proceso de cambio y de adaptación, con lo que es mucho más probable que se produzcan más problemas que en los turnos ordinarios (Fernández-Montalvo y Piñol, 2000).

Los estudios llevados a cabo sobre la influencia en la salud del trabajo a turnos, se han centrado principalmente en el ámbito físico, siendo escasos los trabajos existentes que abarquen los aspectos psicológicos (Fernández-Montalvo y Piñol, 2000). Autores como Kecklund y Akerstedt (1995), Goodrich y Weaver, (1998) y Bjorvatna y Pallesen (2009), destacan que el principal problema asociado con el trabajo por turnos es la alteración del sueño. Según estos autores, la adaptación a este trabajo a turnos depende de varios factores como pueden ser el número de turnos de noche en cada rotación, la duración del turno, la dirección (hacia delante o hacia atrás) y la velocidad de la rotación.

Los problemas de sueño aparecen, fundamentalmente, en los trabajadores que prestan sus servicios por la noche. Ello se debe a que el sujeto se ve obligado a dormir cuando el organismo tiende a estar despierto y a trabajar cuando el cuerpo está dispuesto a dormir. Es ahí cuando el patrón de sueño se encuentra gravemente afectado.

En el estudio que llevó a cabo Khaleque (1999), realizado con una muestra de 60 trabajadores que prestaban sus servicios en Bangladesh, se mostró como la duración del sueño era sensiblemente menor en los trabajadores que tenían el turno de noche en comparación con los que prestaban sus servicios en el turno de mañana o los que lo hacían por la tarde. Concretamente, los primeros dormían 4,22 horas diarias como media, por 7,15 horas diarias de los segundos y 7,30 horas diarias los terceros.

Además de la disminución de las horas de sueño, se manifiesta la dificultad para mantener dicho sueño de forma continuada, es decir, lo que popularmente se conoce como *dormir de un tirón*. Estos trabajadores que prestan sus servicios durante el turno de noche, presentan un sueño con más interrupciones (Khaleque, 1999).

Cuando hablamos de estrés provocado por el trabajo, es decir, estrés laboral, son varios los factores que intervienen (Peiró, 1992): el ambiente físico, las demandas del trabajo, los contenidos del trabajo, el desempeño de roles, las relaciones interpersonales y el desarrollo de carrera, las nuevas tecnologías y las fuentes extraorganizaciones.

En este sentido, hay que decir al respecto, que el estrés laboral está muy ligado a los turnos de trabajo rotativo (Costa, 1996; Nicholson y D'Auria, 1999). Como se ha comentado anteriormente, la continua adaptación a la que está sometido el organismo de este tipo de trabajadores es una fuente constante de estrés. Ello trae problemas con la salud, concretamente los problemas físicos más habituales son los gastrointestinales y los cardiovasculares.

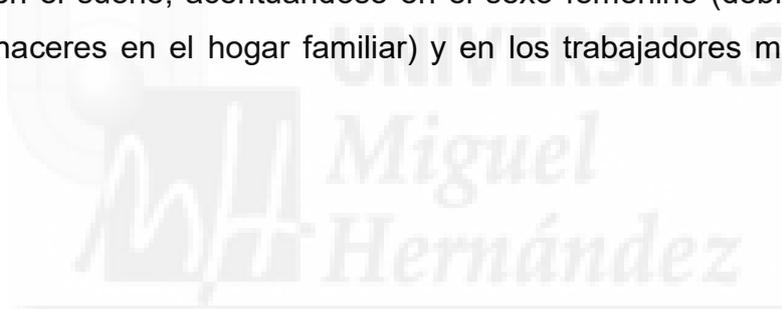
No en todos los estudios se han confirmado estos datos. Por ejemplo, en el trabajo llevado a cabo por Jamal y Baba (1997) realizada con una muestra de 175 enfermeras que prestaban sus servicios en el Hospital de Canadá, no se hallaron diferencias sustanciales en los diferentes turnos estudiados con respecto al estrés (fijo día, fijo tarde, fijo noche y rotativo).

Sueño y estrés son variables que están interrelacionadas estrechamente con el trabajo (Akerstedt et al., 2002). En el estudio llevado a cabo por estos autores, se tomó una muestra de 5231 sujetos, todos ellos trabajadores, para examinar la relación entre alteraciones de sueño, trabajo y factores de la vida cotidiana,

incluido entre ellos el estrés. Los resultados muestran que las duras demandas del trabajo y el esfuerzo que conlleva, son indicadores de riesgo para las alteraciones del sueño, mientras que un alto apoyo social se asocia con un riesgo reducido.

La incapacidad de dejar de pensar en el trabajo durante el tiempo libre, las demandas que representa el propio trabajo y el estrés que se genera en él, son indicadores de alteraciones en el sueño (Akerstedt, et al., 2002). Con respecto a no sentirse bien descansado, se obtuvieron predictores significativos, como el trabajo nocturno y el estar casado, supuestamente por las responsabilidades que se derivan de esta situación civil. Además, la alta edad supone un mayor riesgo de padecer cansancio.

Como conclusión, en este trabajo (Akerstedt et al., 2002) se obtuvo que el estrés y la situación social derivada del trabajo están fuertemente ligadas a los trastornos en el sueño, acentuándose en el sexo femenino (debido a la suma de los quehaceres en el hogar familiar) y en los trabajadores mayores de 45 años.



CAPÍTULO II

POLICÍA LOCAL





2. POLICÍA LOCAL

En este capítulo hablaremos de la Policía Local, tratando aspectos tales como su nacimiento, estructura, funciones, tareas, jerarquía, etc. El objetivo es ofrecer una visión general de este Cuerpo, para obtener así un mejor entendimiento de la presente Tesis. Dado que la muestra seleccionada en este trabajo pertenece a la Comunidad Valenciana (policías locales de Elda y Elche), en diversos epígrafes de este capítulo se hará alusión al ámbito geográfico de dicha Comunidad Autónoma, puesto que el Estado delega en dichas Comunidades Autónomas determinadas competencias y en cada una de ellas nos podemos encontrar con matices específicos (Constitución Española, 1978, art. 148).

Corresponde a las Comunidades Autonómicas (CC.AA.) coordinar la actuación de las Policías Locales en el ámbito de la Comunidad Autónoma regulando las siguientes funciones (Ley 2, 1986, art. 39):

- Establecer normas marco a las que habrán de ajustarse los diversos Reglamentos de las Policías Locales.
- Establecer la homogeneización de las distintas Policías Locales en cuanto a los medios técnicos, uniformes y retribuciones.
- Establecer los criterios de selección, formación, promoción y movilidad de las distintas Policías Locales.

Cuando se habla de la coordinación de las Policías Locales, se hace referencia al establecimiento de los criterios necesarios para la formación, organización, dotación y actuación de dichas Policías Locales, de manera que se puedan homogeneizar dichos cuerpos para obtener una mejor profesionalidad y eficacia tanto en sus acciones individuales como en las conjuntas, sin perjuicio del respeto a la autonomía municipal (Ley 6, 1999, art. 6).

2.1. Antecedentes históricos

En las décadas comprendidas entre los años 1840 y 1850, surgieron los Cuerpos de Guardia Municipal en las principales ciudades de España, siendo sus antecesores los vigilantes y serenos. Eran estos vigilantes y serenos los

que en un principio tenían la competencia de efectuar rondas de vigilancia por las calles de las ciudades hasta que aparecieron los alguaciles. Estos últimos, fueron los que desarrollaron esta competencia, pasando los primeros a realizar solamente rondas nocturnas de vigilancia.

Como resultado de una nueva concepción urbana debido a las nuevas políticas de servicios tras la Revolución Francesa en 1789 y la Revolución Inglesa en 1848, surgieron en toda Europa policías dependientes de los municipios, quedando así extinguido el servicio de alguaciles. No ocurrió lo mismo con los serenos, que siguieron realizando las rondas nocturnas.

Unos años más tarde, en España, debido al incremento de la circulación en las ciudades, se crearon cuerpos encargados de la ordenación de dicha circulación, cuerpos que dependían de los municipios. La denominación de Guardia Municipal se mantuvo hasta la promulgación en 1952 del Reglamento de Funcionarios de la Administración Local, que fue el que estableció el término, vigente hasta 1986, de Policía Municipal. A los miembros que componían este Cuerpo, se les otorgó el carácter de Auxiliares de Agentes de la Autoridad, siendo en 1960 cuando adquirieron de pleno derecho el carácter de Agentes de la Autoridad.

Fue en el año 1977 cuando los vigilantes nocturnos (serenos), fueron incorporados, quedando constituido así un solo Cuerpo de Policía Municipal, denominación que se mantuvo hasta la entrada en vigor de la Ley Orgánica de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad 2/1986 de 13 de marzo (LOFCS), donde se modifica la anterior denominación y se adopta la nueva de Policía Local.

Actualmente, la Policía Local es un Cuerpo de Seguridad dependiente de las Corporaciones Locales, actuando en el mantenimiento de la seguridad pública y vial. Sus actuaciones se rigen por lo establecido en la Ley 7/85 de Bases de Régimen Local, Ley 2/86 Orgánica de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, Leyes de las Comunidades Autónomas correspondientes, reglamentos específicos de cada Cuerpo y otras normas de las administraciones locales.

2.2. Normativa reguladora de la Policía Local

Nuestro ordenamiento jurídico contempla un marco legal en el que se fundamenta y se limita la actuación policial, garantizando, al mismo tiempo, el libre ejercicio de los derechos y libertades reconocidos constitucionalmente a los ciudadanos.

Tras la entrada en vigor de la Constitución de 1978, se implantó un modelo policial que se asienta sobre dos pilares fundamentales; por una parte, se sustituye el concepto de *orden público* por el de *seguridad ciudadana* y, por otro lado, la nueva organización territorial del Estado ha determinado la coexistencia de Cuerpos de Policía Estatales, Autonómicos y Locales.

Los Cuerpos de Policía Local están sometidos a una doble regulación legislativa: por un lado, como miembros de la Administración Local y, por otro, como integrantes de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.

2.3. Acceso al Cuerpo de la Policía Local

En este punto, hay que comenzar comentando que son funcionarios de la Administración Local las personas vinculadas a ella por una relación de servicios profesionales y retribuidos. También se estipula que para los funcionarios de carrera debe existir un nombramiento legal, desempeñar servicios de carácter permanente en la Entidad Local, figurar en las correspondientes plantillas y percibir sueldos o asignaciones fijas con cargo a las corporaciones (Real Decreto Legislativo 781, 1986, art. 130).

Para obtener la condición de funcionario de carrera, hay que cumplir los requisitos que a continuación se enumeran (Real Decreto Legislativo 781, 1986, art. 137). A saber:

- Superar las pruebas de selección y los cursos de formación.
- Han de ser nombrados por la autoridad competente (Ley 7, 1985, art. 21).
- Prestar promesa o juramento.
- Tomar posesión en el plazo señalado reglamentariamente.

Centrándonos en el colectivo que nos atañe, la normativa estipula que la condición de funcionario de carrera, miembro del Cuerpo de Policía Local, se adquiere por el cumplimiento sucesivo de los siguientes requisitos (Ley 6, 1999, art. 34):

- Superación de las pruebas de selección, oposición o concurso-oposición, establecidas para los oportunos casos.
- Superación de un curso de formación básico, el cual se realiza en el Instituto Valenciano de Seguridad Pública (IVASPE).

Hay que decir al respecto, que la selección de los miembros de los Cuerpos de Policía Local se realizará por los respectivos Ayuntamientos. Dichos Ayuntamientos, son los que formulan la convocatoria para el acceso a dichos Cuerpos, dentro de las previsiones de su Oferta de Empleo Pública Anual (Ley 6, 1999, art. 30).

En ese mismo sentido, hay que señalar que las convocatorias y bases serán publicadas en el boletín oficial provincial (B.O.P) correspondiente, haciendo la comunicación del texto íntegro al IVASPE y publicando su extracto en el Diario oficial de la Generalidad Valenciana (Ley 6, 1999, art. 31).

El acceso a las distintas escalas y categorías de los Cuerpos de Policía Local de la Comunidad Valenciana, se lleva a cabo reservando el número de plazas que se determine reglamentariamente para cada caso, respetando el derecho a la promoción interna (Ley 6, 1999, art. 35). Por su parte, es esta misma disposición, la que establece los requisitos necesarios para tener derecho a la promoción interna (Ley 6, 1999, art. 36).

A este respecto, hay que decir que los miembros de los Cuerpos de Policía Local podrán ocupar, con carácter voluntario, plazas vacantes en otros Cuerpos de Policía Local de la Comunidad Valenciana, en la forma determinada reglamentariamente. En el articulado de esta norma, se establece que se reserva un porcentaje para la movilidad de las plazas que se oferten, teniendo el funcionario que reunir los requisitos exigidos (Ley 6, 1999, art. 37).

Para concluir este apartado, hay que subrayar que los funcionarios de la Policía Local, pertenecen a la Subescala de Servicios Especiales, ejerciendo sus

funciones según lo establecido en el Título V de la Ley Orgánica 2/86 de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.

2.4. Estructura orgánica

La Policía Local es un Instituto armado, de naturaleza civil, con estructura y organización jerarquizada, bajo la superior autoridad y dependencia de la figura del Alcalde. En cada municipio, el Cuerpo de la Policía Local se integrará en un cuerpo único, en el que cabrán especialidades. Este Cuerpo depende de las Corporaciones Locales, formando parte de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad (Ley Orgánica 2, 1986, art. 2). Como parte integrante de estos Cuerpos de Seguridad, participa en el mantenimiento de la seguridad pública. De este modo, los miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y, por ende, los Cuerpos de Policía Local, tienen el carácter de Agentes de la Autoridad (Ley Orgánica 2, 1986, art. 7).

La Policía Local tiene una estructura jerarquizada, debido a la naturaleza y funciones a desarrollar. Concretamente, en la Comunidad Valenciana, estos Cuerpos se rigen por lo establecido en la Ley 6/99, de Policías Locales y Coordinación de las Policías Locales de la Comunidad Valenciana. Dicho articulado establece que, con la denominación de Cuerpo de Policía Local, en cada municipio la Policía Local se integrará en un cuerpo único, en el que pueden haber especialidades (Ley 6, 1999, art. 16).

Esa Ley 6/99, estructura, con carácter mínimo, las siguientes escalas y categorías:

- Escala Superior: con las categorías de Intendente General, en poblaciones de más de 100.000 habitantes o 100 funcionarios de Policía Local; e Intendente Principal en poblaciones de más de 20.000 habitantes ó 50 funcionarios de Policía Local.
- Escala Técnica: con las categorías de Intendente, en poblaciones de más de 15.000 habitantes ó 30 funcionarios de Policía Local; e Inspector, en poblaciones con más de 10.000 habitantes o 15 funcionarios de Policía Local.

- Escala Básica: con las categorías de Oficial, en poblaciones de más de 5.000 habitantes o poblaciones de menor población donde esté creado dicho cuerpo; y agente.

Esa misma norma, establece que los municipios de la Comunidad Valenciana con población inferior a 5.000 habitantes, podrán crear Cuerpos de Policía Local de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica de Fuerzas y cuerpos de Seguridad, la Ley Reguladora de Bases de Régimen Local y la propia Ley 6/99 de la Generalidad Valenciana, de Coordinación de las Policías Local de la Comunidad Valenciana (Ley 6, 1999, art. 17).

Se estipula que los Cuerpos de Policía Local, en cada entidad, estarán bajo la superior autoridad y dependencia directa del Alcalde, o en el Concejal en que delegue. El mando inmediato y operativo de la Policía Local corresponde al Jefe del Cuerpo, cuyo nombramiento recaerá en un funcionario de la máxima categoría profesional existente (Ley 6, 1999, art. 19).

Para acceder a las distintas categorías, se precisa una determinada titulación académica que será para la Escala Superior la exigida para el Grupo A, para la Técnica la requerida para el Grupo B y para la Básica, la exigida para el Grupo C (Ley 6, 1999, art. 21).

2.5. Funciones

Según se estipula en la Constitución Española (Constitución Española, 1978, art. 14), “Las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, bajo la dependencia del Gobierno, tendrán como misión proteger el libre ejercicio de los derechos y libertades y garantizar la seguridad ciudadana”. Este precepto se desarrolla en el marco establecido por el art. 1.1 de la misma Constitución Española, el cual establece que “España se constituye en un Estado social y democrático de Derecho, que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político”. Hay que decir que se constituye en Estado social debido a la existencia de unos mecanismos públicos para corregir los desequilibrios sociales y económicos más graves. En segundo lugar, en referencia al Estado democrático, se da esta situación porque existen canales de participación de los ciudadanos en la formación de

la voluntad estatal. Por último, en cuanto al Estado de Derecho, ello es debido a que existen unos mecanismos jurídicos que obligan al Estado a garantizar los derechos humanos, la legalidad y la igualdad de forma.

Al establecerse que las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad tienen como misión la protección del libre ejercicio de los derechos y libertades, se refiere a aquellos derechos y libertades que están reflejados en la Constitución y en especial los contenidos en el Capítulo II del Título I (derechos fundamentales y libertades públicas). Como más relevantes, hay que citar los siguientes:

- Derecho a la vida y a la integridad física y moral.
- Derecho a la libertad ideológica, religiosa y de culto.
- Derecho a la libertad y seguridad.
- Derecho al honor.
- Derecho a la intimidad personal y familiar.
- Derecho a la inviolabilidad del domicilio.
- Derecho a la libre residencia y circulación.
- Derecho a la libertad de expresión.
- Derecho de reunión, de asociación y de huelga.
- Derecho a participar en los asuntos públicos y la obtención de tutela efectiva de jueces y tribunales.
- Derecho a la libertad de sindicación, a la propiedad privada y a la herencia.

Al respecto de los derechos y libertades anteriormente enumerados, hay que decir que el límite, normalmente, viene establecido por la propia Constitución Española. En otras ocasiones, dicho límite se deriva de la propia Constitución de forma indirecta, en cuanto que ha de justificarse por la necesidad de proteger otros derechos y bienes constitucionalmente protegidos. La protección de estos derechos y libertades consistirá en paliar las trabas que impidan su ejercicio.

Pues bien, es ahí donde empieza la misión de la Policía, salvaguardando, garantizando y protegiendo estos bienes declarados como dignos de tutela.

Para su realización dispondrá, como instrumento, del uso de la fuerza coactiva de la que la sociedad le ha hecho depositaria, bajo la condición de su uso correcto medido, proporcionado y ajustado a Derecho. Además, ha de lograr que la protección de los derechos y libertades sea real y efectiva, garantizando a todos los ciudadanos por igual el ejercicio de los mismos.

Para todo lo anteriormente expuesto, tendrá los siguientes objetivos:

- Como Policía de seguridad, con respecto a los delitos, ha de prevenir, evitar y, en su caso, perseguir los hechos delictivos, actuando como Policía Judicial de forma funcional, garantizando también, de este modo, los derechos de que ha cometido esos hechos delictivos.
- Como Policía de servicios o asistencial, tendrá como objetivo allanar el camino para facilitar el libre ejercicio de derechos y libertades, que se pueden concretar en realizar tareas de información al público, resolución de conflictos privados, regulación de tráfico, auxilio en situaciones de peligro o necesidad, salvaguarda del cumplimiento del ordenamiento jurídico no penal, etc.

Pues bien, dentro de las funciones de auxilio y asistencia social, es donde la Policía Local se convierte en un colaborador social. De este modo, media en situaciones de reyerta y conflictos privados, colabora en el traslado de enfermos y heridos, en la atención de menores, en situaciones de riesgo y calamidad (protección civil), en la mejora de la calidad de vida (controlando aspectos tales como por ejemplo los ruidos, los humos y el medio ambiente), etc.

Antes de entrar a enumerar las funciones de la Policía Local, como se ha comentado anteriormente, hay que recordar que dicho Cuerpo es un instituto armado de naturaleza civil con estructura y organización jerarquizada dependiente de la superior autoridad del Alcalde o Concejal Delegado. Los miembros del cuerpo de Policía Local, ejercen sus funciones en el término municipal, aunque estipula la norma que podrán, en los supuestos de urgente necesidad legalmente establecidos, actuar fuera de su término municipal, procurando, en todo caso, que estas actuaciones sean previamente conocidas y autorizadas por sus mandos inmediatos.

A continuación, se enumeran las funciones que comprende el Cuerpo de Policía Local en la Comunidad Valenciana (Ley Orgánica 2, 1986, art. 11 y Decreto 25, 1998, art. 7):

- Proteger a las Autoridades de la Corporación Local y vigilar o custodiar los edificios, bienes e instalaciones municipales.
- Ordenar, señalizar y dirigir el tráfico, de acuerdo con lo establecido en las normas de circulación, así como, participar en los programas, planes y campañas de Educación Vial.
- Instruir atestados por accidentes de circulación y por infracciones penales contra la seguridad del tráfico dentro del casco urbano. Cuando se intervenga en accidente que no constituya infracción penal, se documentará y archivará internamente la actuación, entregando la misma a la Autoridad Judicial si específicamente la requiriera.
- Actuar como Policía Administrativa, en lo relativo a Ordenanzas, Bandos y demás disposiciones municipales dentro del ámbito de su competencia.
- Participar en las funciones de Policía Judicial en la forma establecida en la legislación vigente:
 - a) Auxiliar a los Jueces, a los Tribunales y al Ministerio Fiscal en la investigación de las infracciones penales y en el descubrimiento y detención de los delincuentes, cuando sean requeridos para ello.
 - b) Practicar, por iniciativa propia o a requerimiento de la Autoridad Judicial, del Ministerio Fiscal o de los superiores jerárquicos, las primeras diligencias de prevención y custodia de los efectos, instrumentos o pruebas del delito, dando cuenta de las actuaciones a los órganos citados o al Cuerpo Policial que corresponda.
- Prestar auxilio en los casos de accidente, catástrofe o calamidad pública, participando, en la forma prevista en las leyes, en la ejecución de los planes de Protección Civil.
- Efectuar diligencias de prevención y cuantas actuaciones tiendan a evitar la comisión de actos delictivos en el marco de colaboración establecido en las Juntas Locales de Seguridad.

- Vigilar los espacios públicos y colaborar con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado en la protección de manifestaciones y mantenimiento del orden en grandes concentraciones humanas, cuando sean requeridos para ello.
- Cooperar en la resolución de conflictos privados cuando sean requeridos para ello.
- Velar por el cumplimiento de las disposiciones en materia de recursos naturales, medio ambiente y protección de flora y fauna.
- La participación en los actos de representación corporativa.
- Cuantas otras le sean expresamente atribuidas en la legislación aplicable a las Policías Locales.

2.6. Principios básicos de actuación

En cuanto a los principios básicos de actuación de los miembros del Cuerpo de Policía Local de la Comunidad Valenciana, en relación a la adecuación del ordenamiento jurídico, en las relaciones con la comunidad, han de impedir en el ejercicio de su actuación profesional, cualquier práctica abusiva, arbitraria o discriminatoria que entrañe la violencia física o moral y observando en todo momento un trato correcto y esmerado en sus relaciones con los ciudadanos, a quienes procurarán auxiliar y proteger, siempre que las circunstancias lo aconsejen o fueren requeridos para ello. Han de mantener la debida dedicación profesional, secreto profesional y responsabilidad (Ley Orgánica 2, 1986, art. 5).

Dichos principios básicos de actuación de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y por tanto de la Policía Local, son los siguientes (Ley Orgánica 2, 1986, art. 5):

- En cuanto a la adecuación al ordenamiento jurídico, siendo éste el conjunto de leyes del Estado y de los órganos del mismo:
 - a) Respeto a la Constitución y al resto del ordenamiento jurídico.
 - b) Actuar con absoluta neutralidad política e imparcialidad, sin discriminación de ningún tipo.

- c) Actuar con integridad y dignidad. Abstenerse de todo acto de corrupción y oponerse a él resueltamente.
 - d) Sujetarse a los principios de jerarquía y subordinación, sin que la obediencia pueda amparar órdenes contrarias a la Constitución y a las leyes o que constituyan delito.
 - e) Colaborar con la Administración de Justicia y auxiliarla en los términos establecidos en la Ley.
- Con respecto a sus relaciones con la comunidad:
- a) Impedir, en el ejercicio de su actuación profesional, cualquier práctica abusiva, arbitraria o discriminatoria o que suponga violencia física o moral.
 - b) Observar en todo momento un trato correcto y esmerado en sus relaciones con los ciudadanos, a quienes procurarán auxiliar y proteger siempre que las circunstancias lo aconsejen. En sus intervenciones proporcionará información cumplida y tan amplia como sea posible, sobre las causas y motivos de las mismas.
 - c) Actuar decidida y rápidamente en evitación de daños graves, basándose en el principio de congruencia, razonamiento, oportunidad y proporcionalidad.
 - d) Utilizar las armas únicamente en situaciones de riesgo racionalmente grave para su vida, su integridad física o la de terceras personas.
- En relación con los detenidos:
- a) Deberán identificarse debidamente como miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en el momento de efectuar una detención.
 - b) Velarán por la vida e integridad física de las personas a quienes detuvieren o se encuentren bajo su custodia y respetarán el honor y la dignidad de las personas.
 - c) Cumplirán los plazos relativos a las detenciones y observarán con la debida diligencia los demás trámites y requisitos exigidos por el ordenamiento jurídico.

- La dedicación profesional deberá de ser total, debiendo actuar en cualquier tiempo y lugar, se hallen o no de servicio, en defensa de la Ley y de la Seguridad Ciudadana.
- Deberán de guardar riguroso secreto profesional respecto a todas las informaciones que conozcan por razón o con ocasión del desempeño de sus funciones.
- Tienen responsabilidad personal y directa por los actos que en su actuación profesional lleven a cabo infringiendo o vulnerando las normas legales, sin perjuicio de la responsabilidad patrimonial que pueda corresponder a las Administraciones Públicas por las mismas.

Junto a los principios generales enumerados anteriormente, coexisten unas normas de conducta o de comportamiento general, entre las que se encuentran las siguientes:

- En una situación normal: deben de dispensar un trato cordial, saludo reglamentario, postura correcta, utilización del término “usted”, no fumar, cuidar el tono de voz y los ademanes.
- En situaciones de crisis: se deberá escuchar y comunicar, intentar averiguar las causas de la crisis, transmitir serenidad y tranquilidad al ciudadano.
- En una relación especial de leve conflicto, por ejemplo, una intervención referida a una infracción a la legislación sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial o las ordenanzas municipales, además de lo expuesto deberán: mantener un comportamiento cortés, economía de palabras, rapidez en la consecución y formalización de los datos, además de no herir en ningún momento con gestos o comentarios irónicos o innecesarios.

Con todo ello, lo que se pretende en toda actuación policial es resolver los conflictos de forma correcta y educada, sin incrementar en ningún caso el nivel de conflicto, creando así, de esta manera en el ciudadano, un clima de confianza y seguridad.

2.7. Interacción de la Policía Local y el ciudadano

El ciudadano puede desarrollar tanto el papel de víctima como el de autor de un hecho contrario a la norma penal y, por tanto, habrá una serie de derechos y libertades que las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad deberán de garantizar.

En la sociedad actual, la Policía Local se considera como una entidad especializada en la defensa de la calidad de vida de los ciudadanos. El Policía Local es parte integrante del conjunto de la sociedad, no sólo se limita a perseguir a los delincuentes, sino que la mayoría de sus acciones consisten en informar y ayudar al ciudadano para evitar conductas que alteren la convivencia y la buena armonía. Cada vez que un policía local y un ciudadano interactúan, tanto si es en una situación de conflicto como si se trata de una actuación de colaboración, se trata de hacer compatibles los intereses generales de la Policía Local con los intereses particulares de los ciudadanos.

Como ya se ha dicho, el objetivo de la actuación policial, consiste en conseguir una mayor y mejor calidad de vida, obteniendo con ello una mayor seguridad para el ciudadano. Para ello, la Policía Local debe de contar con la asistencia ciudadana, logrando, de este modo, una mejor eficacia profesional y disminuyendo la inseguridad para la población.

Para lograr lo anteriormente expuesto, es necesario que el Policía Local actúe comedidamente, sin realizar actuaciones o incluso comentarios fuera de lugar, intentando en todo momento comprender al ciudadano y provocando así en él un sentimiento de afinidad que le va a hacer estar más predispuesto a colaborar. No obstante, el uso de la coacción jurídica de la que las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad pueden utilizar, ha de realizarse buscando un equilibrio entre esa coacción y esa actuación comedida, obrando más enérgicamente cuando la situación así lo requiera.

Para lograr que esa interacción social entre Policía Local y ciudadano, todo policía local ha de manejar una serie de técnicas con el objetivo de lograr la eficacia profesional a la que anteriormente se ha hecho referencia. Tales técnicas son las siguientes:

- En cuanto a la comunicación, el Policía Local ha de ser capaz de hacer comprender las ideas que transmite al ciudadano.

- Ha de estar motivado, consiguiendo de esta manera el objetivo de lograr la seguridad en la sociedad.
- Ha de ser responsable, controlando las situaciones conflictivas y manejándolas con la debida coherencia.
- Con respecto a la empatía, ha de saber ponerse en el lugar del ciudadano, comprendiendo así mejor los distintos puntos de vista que pueden darse en una situación concreta.

Un buen dominio de estas técnicas ayuda al policía local a gestionar las situaciones conflictivas que se puedan producir, controlando los distintos problemas que se produzcan, y respetando así los derechos e intereses de los ciudadanos en esas situaciones críticas.

De esta manera, la imagen que tiene el ciudadano de la Policía Local dependerá de la capacidad de ésta para responder ante las circunstancias que se den en cada momento. Si un ciudadano se siente perjudicado por la actuación de un policía local, se sentirá víctima de todo el colectivo. Por el contrario, si es atendido y recibe la ayuda que dispensa en una situación concreta, el Cuerpo recibirá la imagen de una institución eficaz al servicio del ciudadano, que es, en todo caso lo que se pretende por parte de la Policía Local.

2.8. Estructura, categorías y organización

En este apartado también haremos referencia a los Mandos, al Consejo de Policía Local y a la Junta de Mandos.

En cuanto a los mandos, hay que decir que los funcionarios con mando, ejercen las funciones que le son propias en las distintas Divisiones, Unidades y Servicios del Cuerpo; todo ello con arreglo a sus categorías y competencias y sin perjuicio de las funciones que específicamente se les encomienden en las distintas Juntas de Mandos (Decreto 25, 1998, art. 13).

Establece la norma que los mandos del Cuerpo, siempre que tengan conocimiento de la realización o intervención en un servicio por parte de algún subordinado que entrañe complejidad o dificultad técnica, deben de ponerse al

mando de dicha operación, dictando las directrices u órdenes necesarias para llevar a buen término el servicio, asumiendo, de esta manera, la responsabilidad que por razón de su cargo le corresponda (Decreto 25, 1998, art. 13).

En este sentido y sin pretender profundizar más en el tema, hay que indicar que se definen una serie de funciones para los intendentes generales, intendentes principales, intendentes, inspectores y oficiales.

Bajo la presidencia de la Alcaldía, o persona en quien delegue con representación corporativa, se constituye el Consejo de Policía Local, formado por el Jefe del Cuerpo y por Policías Locales pertenecientes todos ellos a las organizaciones sindicales más representativas con presencia en la Corporación Local (Decreto 25, 1998, art. 15).

Las funciones de este Consejo de Policía Local son las siguientes (Decreto 25, 1998, art. 15):

- Mediación y conciliación, en su caso, en los conflictos internos.
- Tener conocimiento de los procedimientos disciplinarios por faltas muy graves.
- Conocer sobre los informes en materia de felicitaciones.
- Ser oídos en los procesos de determinación de las condiciones de prestación del servicio del personal del Cuerpo.
- Conocer de la adscripción y la adjudicación de puestos de segunda actividad.
- El resto que le atribuya la legislación vigente.

Por último, en relación a la Junta de Mandos, hay que decir que es el órgano consultivo de la Jefatura de Policía Local. Esta Junta de Mandos está compuesta por los miembros del Cuerpo pertenecientes a la Escala Superior. Ha de reunirse ordinariamente cada tres meses y, extraordinariamente, cuando así lo requieran circunstancias especiales, pudiendo, en este caso, constituirse por petición expresa de la mitad más uno de sus miembros o a instancias de la Jefatura del Cuerpo (Decreto 25, 1998, art. 15).

2.9. Derechos y deberes

Son de aplicación a los Cuerpos de Policía Local los principios básicos de actuación y las disposiciones estatutarias comunes establecidos en la Ley Orgánica de Cuerpos y Fuerzas de Seguridad (Ley Orgánica 2, 1986, art. 46). Los derechos de los miembros del Cuerpo de Policía Local de la Comunidad Valenciana, son los recogidos en la Ley Orgánica de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, en la Norma Marco, así como los establecidos con carácter general para los funcionarios de la Administración Local (Ley Orgánica 2, 1986, art. 47).

A saber:

- A una remuneración justa y adecuada, que contemple su nivel de formación, régimen de incompatibilidades, dedicación y el riesgo que comporta su misión, así como la especificidad de sus horarios de trabajo y peculiar estructura.
- A una adecuada formación y perfeccionamiento y a la promoción profesional.
- A una jornada de trabajo adaptada a las peculiaridades de la función policial.
- A unas adecuadas prestaciones de Seguridad Social.
- A obtener información y participar en las cuestiones de personal a través de sus representantes sindicales.
- A las recompensas y premios que se establezcan reglamentariamente.
- A la asistencia defensa letrada en los supuestos y con las condiciones que se determinen reglamentariamente.
- A no ser discriminado por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.
- Al vestuario y equipo adecuado al puesto de trabajo que desempeñen.
- A la información y participación en temas profesionales, con las limitaciones derivadas de la función policial. A la representación y negociación colectiva, de acuerdo con la legislación vigente.
- A la presentación del servicio en condiciones adecuadas.

- A una adecuada carrera profesional en la forma que legalmente se determine.
- A una adecuada protección de la salud física y psíquica.
- A los demás que se establezcan en las leyes, disposiciones reglamentarias de desarrollo o se deriven de los anteriores.

En cuanto a los deberes correspondientes a su condición de funcionarios al servicio de la Administración Local de la Comunidad Valenciana, tendrán los deberes derivados de los principios básicos de actuación contenidos en la Ley Orgánica de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad (Ley Orgánica 2, 1986, art. 48). Se enumeran a continuación:

- Jurar o prometer la Constitución y el Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana.
- Velar por el cumplimiento de la Constitución, el Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana y del Ordenamiento Jurídico.
- Actuar en el cumplimiento de sus funciones con absoluta neutralidad e imparcialidad y, en consecuencia, sin discriminación por razón de raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal y social.
- Actuar con integridad y dignidad inherentes al ejercicio de su función, absteniéndose de todo acto de corrupción y oponiéndose a éstos resueltamente.
- Impedir y no ejercitar ningún tipo de práctica abusiva, entrafie o no, violencia física o moral.
- Guardar el debido secreto en los asuntos del servicio que se les encomiende, así como de la identidad de los denunciados.
- Obedecer y ejecutar las órdenes que reciban de sus superiores jerárquicos, siempre que no constituya un ilícito penal o fueren contrarios al Ordenamiento Jurídico.

- Llevar a cabo sus funciones con total dedicación, debiendo intervenir siempre en cualquier tiempo y lugar, estando o no de servicio, en defensa de la legalidad y de la seguridad ciudadana.
- Presentar en todo momento un perfecto estado de uniformidad y aseo personal, salvo causa justificada.
- Conservar adecuadamente los elementos materiales necesarios para el ejercicio de la función pública.
- La puntualidad y el cumplimiento íntegro de la jornada de trabajo.
- Observar, en todo momento, una conducta de máximo decoro y probidad, ajustada a la dignidad de la profesión, tratando con esmerada educación al ciudadano.
- Intervenir en evitación de cualquier tipo de delito o falta.
- Prestar apoyo a sus compañeros y a los demás miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, cuando sean requeridos o fuera necesaria su intervención.
- Informar de sus derechos a los detenidos, comunicándoles, con la suficiente claridad, los motivos de la detención.
- Asumir en las condiciones que se determinen la iniciativa, responsabilidad y mando en las prestaciones del servicio.
- Utilizar el arma sólo en los casos y en la forma prevista en las leyes, de acuerdo con los principios de congruencia, oportunidad y proporcionalidad en la utilización en los medios a su alcance.
- Efectuar las solicitudes o reclamaciones relacionadas con el servicio utilizando los cauces reglamentarios.
- Incorporarse al servicio y abstenerse durante su prestación de ingerir bebidas alcohólicas o sustancias psicotrópicas, de acuerdo con la legislación vigente.
- Mantener en el servicio una actitud de activa vigilancia, informando a los superiores de las incidencias que se produzcan.

- Saludar a las Autoridades Locales, Autonómicas, Estatales y mandos de la Policía Local y a sus símbolos e himnos en actos oficiales, así como a cualquier ciudadano al que se dirijan, siempre que no tengan asignadas otras funciones que lo impidan.
- Los demás que se establezcan en las leyes, disposiciones reglamentarias de desarrollo o se deriven de los anteriores.

2.10. Sistema retributivo de las Policías Locales de la Comunidad Valenciana

Los conceptos retributivos de los miembros de los Cuerpos de Policía Local se ajustarán a lo establecido en la legislación básica sobre función pública, así como a lo que se establezca reglamentariamente (Ley 6, 1999, art. 49).

Además de estas retribuciones, tendrán derecho a los complementos específicos previstos en la legislación, que deberán tener en cuenta, en todo caso, las particularidades de la función policial y de forma específica su incompatibilidad, movilidad por razones de servicio, nivel de formación, dedicación y el riesgo que comporta su misión, así como la particular penosidad y peligrosidad, especificidad de los horarios de trabajo, su peculiar estructura, y las demás circunstancias que definen la función policial (Ley 6, 1999, art. 50).

Se establece una división fundamental entre retribuciones básicas y complementarias. Entre las primeras, podemos distinguir:

- Sueldo: viene determinado por el grupo de titulación en que se encuentra adscrito el cuerpo o escala del funcionario en cuestión, siendo igual el sueldo asignado en todas las Administraciones Públicas.
- Antigüedad: es decir, los trienios, con la que sucede lo mismo que con el sueldo, ya que se fija en función del grupo de adscripción.
- Pagas extraordinarias: suponen una mensualidad de los conceptos de sueldo y antigüedad, que devengarán el día uno de los meses de junio y diciembre.

Con respecto a las retribuciones complementarias, aparecen los siguientes conceptos, relacionados con el puesto de trabajo y con los resultados. En cuanto a las retribuciones relativas al puesto de trabajo:

- Complemento de destino: tiene como objeto retribuir las condiciones de especialización, experiencia y contenido técnico superior a las necesarias para formar parte del grupo de titulación al que se pertenece, de acuerdo con el consiguiente catálogo de puestos de trabajo y según el siguiente baremo:

Grupo A: niveles 20 a 30.

Grupo B: niveles 16 a 26.

Grupo C: niveles 11 a 22.

Grupo D: niveles 9 a 18.

Grupo E: niveles 7 a 14.

- Complemento específico: tiene como objeto la retribución de las condiciones particulares del puesto de trabajo en cuanto a su especial dificultad técnica, dedicación, responsabilidad, incompatibilidad, penosidad o peligrosidad.

Con respecto a los conceptos relativos a los resultados:

- Productividad: es un complemento destinado a retribuir el especial rendimiento, la actividad extraordinaria y el interés o iniciativa con que el funcionario desempeña su trabajo, no originando en ningún caso derechos individuales.
- Gratificaciones: tienen carácter extraordinario y solamente pueden ser reconocidas por servicios extraordinarios prestados fuera de la jornada normal de trabajo, no pudiéndose fijar en su cuantía ni periodicidad en su devengo.

2.11. Vigilantes municipales, Auxiliares de Policía, Agentes de Movilidad, Brigadas Especiales de Seguridad de la Comunidad Autónoma de Madrid y Guardia Urbana de Barcelona.

A continuación, se va a hacer una breve referencia a una serie de Cuerpos de Seguridad que se pueden confundir con el de la Policía Local. En alguno de los casos sí que es cierto, es decir, se trata de Policía Local, pero con una nomenclatura distinta a la genérica debido a la zona a la que pertenecen dichos cuerpos, pero en otros casos, no se habla propiamente de Policía Local. Al objeto de evitar la confusión que se pueda ocasionar al respecto, en este punto se va a aclarar la naturaleza de cada uno de esos cuerpos.

2.11.1. Vigilantes Municipales

Se trata del personal, funcionario o de carrera, que realiza funciones de custodia y vigilancia de bienes, servicios e instalaciones, en los ayuntamientos en los que no exista Cuerpo de Policía Local (Ley 4, 2007, art. 88.1).

Se podrán crear un máximo de dos puestos para los vigilantes municipales. Si debido a las necesidades del servicio fuera recomendable aumentar este número, habría que iniciar el procedimiento que da lugar a la creación del Cuerpo de Policía Local (Ley 4, 2007, art. 88.2). Hay que resaltar que en los ayuntamientos en los que ya exista Policía Local, no puede crearse el Cuerpo de Vigilantes Municipales (Ley 4, 2007, art. 88.3).

Entre las funciones que comprenden, hay que hacer mención a las siguientes (Ley 4, 2007, art. 89.1):

- Custodiar y vigilar bienes, servicios, instalaciones y dependencias municipales.
- Ordenar, señalizar y dirigir el tráfico en el suelo urbano legalmente delimitado, todo conforme a las normas de circulación establecidas.
- Velar por el cumplimiento de las ordenanzas, bandos y demás disposiciones y actos municipales dentro de su ámbito de competencia.
- Participar en las tareas de auxilio al ciudadano y de protección civil, según lo estipulado legalmente.

Como se puede observar, son unas funciones mucho más limitadas que las que ostenta el Cuerpo de la Policía Local, siendo el ámbito de actuación para el ejercicio de estas funciones el del ayuntamiento al que pertenezcan (Ley 4, 2007, art. 89.2). Como nota distintiva, hay que resaltar que los vigilantes municipales no podrán portar armas de fuego (Ley 4, 2007, art. 94.3).

2.11.2. Auxiliares de Policía Local

Debido a que en algunos municipios se puede dar un aumento importante de su población en determinadas temporadas, la normativa permite un incremento transitorio de la plantilla, mediante la contratación de auxiliares de policía. Con esas contrataciones, no se podrá superar el cincuenta por ciento del personal funcionario de la Policía Local, ni tampoco realizar la contratación por un período superior a cuatro meses dentro de un año (Ley 4, 2007, art. 95.1). Este personal se dedicará a apoyar y auxiliar a los miembros del Cuerpo de Policía Local, lógicamente, respetando siempre lo establecido en la normativa vigente dentro de las funciones reguladas al efecto (Lay 4, 2007, art. 95.3).

Al no tratarse de Policía Local como tal, deberán de acreditarse como auxiliares de dicho Cuerpo, yendo provistos de un documento que así los identifique (Ley 4, 2007, art. 96.b).

2.11.3. Agentes de movilidad

Se trata de un Cuerpo que no podrá aparecer en todos los municipios, sino que sólo podrán tener agentes de movilidad aquellos municipios que cumplan los requisitos del Título X de la Ley Reguladora de las Bases del Régimen Local (Ley 7, 1985). Dicha disposición normativa habilita para la creación de un Cuerpo de Agentes encargados de ordenar, señalizar y dirigir el tráfico en el casco urbano, siempre supeditados al Cuerpo de Policía Local.

Quedan supeditados al Cuerpo de Policía Local del ayuntamiento al que pertenezcan. Como sus funciones son exclusivas sobre tráfico, albergan un elevado nivel de conocimiento sobre esta materia, es decir, sobre circulación de vehículos de motor, seguridad vial, movilidad urbana, además de la

promoción del transporte público y ecológico, velando siempre por la seguridad y fluidez del tráfico, estando obligados a cumplir escrupulosamente las normas y reglamentos referentes a seguridad vial. A igual que los Auxiliares de Policía Local, no pueden portar armas de fuego (Ley 7, 1985).

2.11.4. Brigadas Especiales de Seguridad Ciudadana (BESCAM)

Las Brigadas Especiales de Seguridad de la Comunidad de Madrid, fueron creadas por Acuerdo del Consejo de Gobierno de dicha Comunidad de Madrid de 8 de enero de 2004. En el mencionado Acuerdo, se marcó como objetivo una nueva forma de gestión de la seguridad ciudadana, estableciendo convenios de colaboración con los distintos ayuntamientos participantes e implantar las BESCAM, que estarían integradas por policías locales de dichos ayuntamientos, pero desempeñando únicamente tareas de seguridad ciudadana.

El objeto por el que se suscribieron todos estos convenios de colaboración, era la puesta en marcha del Proyecto de Seguridad de la Comunidad de Madrid en los ayuntamientos que los suscribieran. Se trataba de conseguir un incremento de 2.500 nuevos policías locales, los cuáles se distribuirían entre los municipios incorporados al Programa de Seguridad, siendo financiado dicho proyecto por la Comunidad de Madrid.

Dentro de las funciones genéricas encomendadas a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad establecidos en la Ley Orgánica 2/1986, de 13 de marzo, de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y el resto de normativa que la desarrolla, el Proyecto de las BESCAM (Resolución de 23 de abril de 2007, de la Dirección General de Seguridad, por la que se determinan las funciones que deben desarrollar los policías locales vinculados al Programa e Seguridad de la Comunidad de Madrid), establece que “los efectivos integrantes del proyecto prestarán una especial atención a las funciones relativas a las diligencias de prevención y cuantas actuaciones tiendan a evitar la comisión de actos delictivos, a la vigilancia de espacios públicos y a la colaboración con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado”. Por lo tanto, las BESCAM desarrollarán tareas exclusivas de seguridad ciudadana.

2.11.5. Guardia Urbana

Este Cuerpo de la Guardia Urbana de Barcelona, es un cuerpo de seguridad regulado junto con el resto de cuerpos y fuerzas de seguridad españoles por la Ley Orgánica de Fuerzas y Cuerpos de seguridad 2/1986. Se encuentra bajo la dependencia jerárquica del Alcalde de Barcelona, actuando como policía administrativa, policía de seguridad y asistencial y policía judicial, según los términos establecidos en la norma (Ley 1, 2006, art. 34).

Se creó en el año 1843, concretamente el 26 de noviembre, como el Cuerpo de la Guardia Municipal. Dado la desorganización reinante en dicho Cuerpo de la Guardia Municipal y el envejecimiento de la plantilla, de los 850 efectivos que existían, 200 fueron desarmados. Tal actuación conllevó a la problemática de que, ante un hipotético conflicto, la Guardia Municipal no tendría efectivos suficientes para hacer frente al problema. Paralelamente a este hecho, se produjo un incremento sustancial del tráfico en la ciudad de Barcelona y fue, en 1907, cuando el Alcalde Sanllehy, creó el Cuerpo de la Guardia Urbana como tal, destinándolo, principalmente, a la regulación del tráfico, pero con funciones que superaban ese ámbito, puesto que también poseían competencias destinadas a salvaguardar el orden cívico.

Actualmente, en cuanto a las competencias que tienen atribuidas, ejercen todas aquellas que les son conferidas por la normativa estatal y autonómica de aplicación (Ley 1, 2006, art. 35).

CAPÍTULO III

*ESTUDIOS SOBRE CONDICIONES
LABORALES, FACTORES DE RIESGOS
PSICOSOCIALES Y SALUD EN
CUERPOS DE SEGURIDAD*





3. ESTUDIOS SOBRE CONDICIONES LABORALES, FACTORES DE RIESGOS PSICOSOCIALES Y SALUD EN CUERPOS DE SEGURIDAD

En los apartados anteriores a este capítulo, se han presentado las nociones básicas sobre el sueño y sus trastornos, analizando las complejas relaciones entre sueño, estrés y trabajo, y se ha analizado la evolución y situación actual del Cuerpo de la Policía Local. El presente capítulo se centra, por una parte, en los principales estudios existentes sobre las condiciones de trabajo y factores de riesgos psicosociales en la Policía y, por otro lado, en los estudios referentes a la salud en la Policía, prestando una atención especial a los estudios sobre sueño en la Policía.

Hay que decir al respecto que existen pocos estudios en los que se haya tratado la influencia de variables como los riesgos psicosociales y la salud en la Policía Local. Esta falta de estudios es aun más notable en el caso del sueño. Por ello, la búsqueda se ha ampliado a trabajos realizados en otros países y en otros Cuerpos de Seguridad, como el de la Policía Nacional, incluso en otros colectivos diferentes que tienen alguna conexión con el del estudio que nos ocupa como, por ejemplo, bomberos o ejército. Con esta búsqueda bibliográfica extensiva a otros cuerpos de seguridad, se ha pretendido facilitar el estudio de la influencia de dichas variables en la Policía Local.

3.1 Estudios sobre las condiciones de trabajo y factores de riesgos psicosociales en la Policía

En este primer apartado, tal y como se ha adelantado anteriormente, hablaremos de los estudios más relevantes existentes en cuanto a las condiciones laborales y a los factores de riesgo psicosociales en la Policía.

3.1.1 Condiciones de trabajo: turnos de trabajo

Estudios internacionales

Un estudio relevante es el que se efectuó con miembros de la policía sueca (Kecklund, Eriksen y Akerstedt, 2008). En este trabajo, se intenta investigar la noción previa muy aceptada de que el trabajo a turnos perturba el sueño e

incrementa el riesgo de padecer problemas de salud (Akersdtedt, 2003; Knutsson, 2003; Matheson et al., 2014; Useche et al., 2017). A pesar de que esta noción es muy prevalente, es decir, que los turnos de trabajo afectan al sueño y salud, también es cierto que no todos los turnos de trabajo son igual de perjudiciales, y apenas existen recomendaciones claras para que se establezca un turno de trabajo ideal que reduzca los efectos negativos (Knauth y Hunberger, 2003).

En este sentido, hay autores que han defendido que un sistema de trabajo rotatorio debería tener pocos turnos consecutivos de noche, evitar las rotaciones rápidas y establecer suficiente tiempo entre los distintos cambios de turno, además de evitar turnos prolongados para evitar así problemas psicológicos y psicosociales. Se supone que un sistema de turnos basado en estos criterios ergonómicos, disminuirá la alteración del ritmo circadiano y no tendrá un impacto tan negativo en el sueño (Knauth y Hornberger, 2003).

En el estudio de Kecklund et al. (2008) participaron 2.000 individuos pertenecientes al Cuerpo de la Policía Sueca. Se incluyeron trabajadores que prestaban sus servicios de día, otros que realizaban dos turnos de trabajo, sin hacer noches, y otros con tres turnos de trabajo (mañana, tarde y noche). Estos grupos, que realizaban estos tres turnos de trabajo, fueron clasificados a su vez en cuatro subgrupos: a) uno en el que los policías podían, en cierta medida, determinar sus propios turnos, b) otro que rotaba rápidamente con frecuentes cambios rápidos de turno¹⁰, c) un tercero en el que se rotaba rápidamente sin cambios rápidos de turno y, un último turno, d) que realizaba rotaciones lentas.

La herramienta utilizada en este trabajo fue el cuestionario del sueño Karolinska (*Karolinska Sleep Questionnaire*, KSQ) (Akerstedt, Knutsson, Westerholm, Theorell, Alfredsson y Kecklund, 2002). Se midieron tres índices: perturbaciones del sueño, dificultad en el despertar y somnolencia.

De los resultados obtenidos se desprende que el turno con rotación rápida es el mejor aceptado por los sujetos del estudio, seguido del sistema de dos turnos (sin prestar servicios durante la noche). La puntuación más baja la obtuvo el sistema de rotación lenta. Concretamente, el 44% de los encuestados evaluó el

¹⁰ En el estudio de referencia, el término *cambio rápido de turno* implica que el descanso entre los distintos turnos es inferior a 11 horas.

sistema de turnos de rotación rápida como bueno, mientras que el 32% de los participantes lo calificó de pobre. Tomando como referencia los cuatro subgrupos en los que se dividieron los tres turnos existentes, se observa cómo el 27% de los sujetos votó por el sistema de turnos de corta duración como el más popular (el que implicaba entre los distintos turnos un descanso inferior a 11 horas), el 19% de los encuestados otorgó al sistema de turnos de rotación rápida la más alta puntuación (el que rotaba con más de 11 horas de descanso entre los distintos turnos), mientras que el 14% opinó que el mejor sistema era el de dos turnos, es decir, el que no contemplaba el trabajo por la noche. Sólo el 2% votó por el sistema de rotación de turnos lento como el mejor. Hubo un 26% de sujetos que dió puntuaciones altas a varios de los distintos turnos objeto de estudio y un alto porcentaje, concretamente el 12%, contestó que no le gustaba ninguno de los sistemas de turnos presentados.

Por otro lado, Amendola, Weisburd, Hamilton, Jones y Slipka (2011), realizaron una investigación con el objetivo de probar el impacto que producen tres turnos de distinta duración, 8, 10 y 12 horas, en el rendimiento, salud, seguridad, calidad de vida, el sueño, la fatiga y el estado de alerta en la policía. Para este estudio se utilizaron herramientas como el Cuestionario de Estrés de Policía (*Police Stress Questionnaire*, McCreary y Thompson, 2004), la Escala de Participación Laboral (*Job Involvement Scales*, Kanungo, 1982), y el Inventario de Ambiente del Trabajo (*Work Environment inventory*, Liberman, Best, Metzler, Fagan, Weis y Marmar, 2002).

La muestra seleccionada para este estudio estuvo compuesta por 275 policías pertenecientes a dos grandes departamentos de policía de los Estados Unidos. Los resultados obtenidos en este trabajo indicaron que los turnos de trabajo de 10 horas tuvieron una mayor vida laboral y un promedio de horas de sueño significativamente más elevado que los turnos de 8 horas. Además, los turnos de 8 horas promediaban significativamente más tiempo extra que los turnos de 10 y 12 horas. Es decir, los policías que realizaban los turnos de 12 horas, mostraban una mayor somnolencia y presentaban niveles de alerta más bajos en el trabajo que los que prestaban sus servicios en los turnos de 8 horas.

No se detectaron problemas de salud, seguridad o rendimiento asociados con los horarios de trabajo de 10 horas en la policía. De hecho, la implementación

de turnos de 10 horas podía ser una alternativa viable a los turnos tradicionales de 8 horas, teniendo en cuenta los trabajos de este estudio. Es en los turnos de 12 horas donde, debido a su excesiva duración, se encontraron problemas de somnolencia y déficit de alerta. Por el contrario, este estudio no reveló ningún efecto significativo asociado con la fatiga entre turnos.

Con respecto a las limitaciones de este estudio, por un lado, se observa la falta de información sobre los métodos y costes asociados con la implementación de distintos turnos alternativos al turno convencional de 8 horas y, por otro lado, los propios autores opinan que las futuras investigaciones deberían profundizar en factores como las horas extra, la fatiga, la seguridad, el desempleo, e intentar lograr regular de forma efectiva las horas de trabajo en la policía.

Estudios nacionales

Un estudio realizado en España (Blasco, Llor, García, Sáez y Sánchez-Ortuño, 2002), analiza entre otros aspectos los turnos de trabajo. Durante la semana en la que se efectúa la evaluación, el 54,4% estaba de turno mañana, el 24,6% de tarde, el 11,9% de noche, el 1,6% con servicio de 24 horas y el 7,5% en turnos alternos durante dicha semana.

Según Blasco et al. (2002), en cuanto a los distintos turnos de trabajo, el que implica más problemas de calidad de sueño entre los sujetos estudiados, es el turno fijo. Por otra parte, el turno que resultó ser peor valorado por los individuos de la muestra fue el rotatorio o de turnos alternos (un 30% de los individuos tienen problemas con ese turno fijo respecto al resto de los turnos).

En el trabajo de investigación llevado a cabo por Blasco et al. (2002), se mostró que los horarios a turnos afectan a la salud de los trabajadores cuando realizan jornada partida, apreciándose que los turnos muy largos y con pocos días de recuperación producen fatiga y cansancio, lo que conlleva un incremento de la accidentabilidad laboral.

En cuanto a la existencia de bajas laborales, se han obtenido datos similares a los que se dan en otros estudios con profesionales de la seguridad ciudadana con trabajo a turnos (Garbarino, Nobili, Balestra, Beelke, De Carli, Cordelli y Ferrillo, 2000). Blasco et al. (2002), obtuvieron resultados que evidenciaron que el 48% de los participantes tuvo alguna baja laboral durante el año anterior a la

fecha objeto del estudio, lo que coincide con lo que la Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha afirmado en reiteradas ocasiones e informes: los trabajos a turnos y nocturnos tienen un porcentaje más alto de bajas laborales que el resto de trabajos a turnos.

3.1.2 Engagement

En referencia a esta variable, hay que citar un estudio llevado a cabo por Breevaart, Bakker, Demerouti y Heuvel (2013), en el que la muestra estuvo compuesta por 847 oficiales de policía holandeses, de los cuales, 527 pertenecían al género masculino y 320 al femenino.

En dicho estudio, se midieron las variables: recursos de trabajo, engagement y actuaciones en el trabajo. El instrumento utilizado para medir los recursos de trabajo, fue el desarrollado por Bakker et al., (2003); para las actuaciones en el trabajo se utilizaron los ítems propuestos por Goodman y Suyantek (1999) para la medición del desempeño de habilidades y, por último, para la evaluación del engagement, que es la variable que en este apartado nos concierne, se utilizó la versión de Utrecht Work Engagement Scale (Schaufeli et al., 2006).

De los resultados de este estudio, se desprende que la relación entre LMX¹¹ (Leader Member Exchange) y las actuaciones en el trabajo, estaba condicionada por los recursos y el engagement que presente el trabajador. Cuando el operario tiene apoyo social en la organización, un alto grado de autonomía y ve las demandas de trabajo como oportunidades, todo ello, está positivamente relacionado con el engagement.

Tener una relación LMX de alta calidad, no sólo contribuye al desarrollo del trabajo de los empleados, sino que también influye positivamente en la organización en general. Esta calidad en la LMX está positivamente relacionada con el trabajo de los empleados y estimula el engagement, es decir, la motivación del trabajador es un predictor del bienestar del empleado.

En este epígrafe del trabajo, es apropiado el citar otro estudio, aunque no se hizo con miembros de los cuerpos de seguridad, sino con trabajadores de un

¹¹ Forma en la que los líderes actúan con sus subordinados, influyendo en su responsabilidad, decisiones y recursos.

hospital, que fue llevado a cabo por Albrecht (2015). Concretamente, se tomaron dos muestras: una estuvo compuesta por 199 trabajadores de un hospital (tanto de la administración como enfermeros y otros cuidadores de salud), de los que el 20% eran varones y el 80% mujeres. En cuanto a la segunda muestra seleccionada, estuvo compuesta por 372 individuos, de los cuales, el 57% era del sexo femenino y el 43% del masculino, todos ellos con un empleo.

Se estudiaron variables como carga de trabajo, demandas emocionales, cansancio emocional y engagement. Para la carga de trabajo se utilizó el modelo de demanda-control de Karasek (1979); para la medición de la variable demandas emocionales, se utilizó la adaptación del Frankfurt Emotion Work Scales (Zapf, Seifert, Sckmutte, Mertini y Holz, 2001). Por su parte, para la evaluación de la variable cansancio emocional, se utilizó el Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach y Jackson, 1981). Por último, para la medición de la variable engagement, se utilizó el cuestionario de Schaufeli, Bakker y Salanova (2006).

El objetivo de este estudio era probar cómo influían las demandas psicológicas en el engagement y en el agotamiento emocional cuando eran consideradas como un desafío o como una oportunidad.

A priori, hay que decir que no hubo diferencias significativas entre los resultados obtenidos de las dos muestras seleccionadas. Ambas clases de demandas, están asociadas, en las dos muestras, directamente con las necesidades psicológicas e indirectamente asociadas con el engagement y cansancio emocional. Así pues, de los resultados se desprende que las demandas que suponen un reto están relacionadas positivamente con el engagement y, por el contrario, las que se asumen como un obstáculo, influyen negativamente en él.

Otro estudio que versa sobre el engagement, entre otras variables, es el que llevaron a cabo Brough, Drummond y Biggs (2017) en el que se tomó una muestra de 2.481 miembros de un servicio de policía estatal australiano. La representación del género masculino en dicha muestra fue del 62% y del femenino del 38%. Se midieron las siguientes variables: demandas y control de

trabajo, se utilizó la herramienta de Wall, Jackson y Mullarkey, (1995); disonancia emocional, escala de Zapf, Vogt, Steifert, Mertini y Isic, (1999), apoyo de los supervisores, escala de apoyo social de Caplan, Cobb, Frech, Harrison y Pinneau, (1980), engagement, escala Utrecht Work Engagement Scale de Schaufeli et al., (2006) y, por último, la tensión psicológica, medida con el General health Questionnaire de Goldberg, (1972).

En cuanto a los resultados arrojados por este estudio, se observan correlaciones significativas entre las variables de predicción (demandas de trabajo, apoyo de los supervisores y control en el trabajo) y las variables de criterio (engagement y tensión psicológica).

El engagement se asoció negativamente con los niveles más altos de las demandas de trabajo. Los resultados obtenidos sugieren que cuando las demandas de trabajo se incrementan, el engagement decrece. Por el contrario, si el nivel de apoyo de los supervisores hacia los trabajadores aumenta, también se incrementa el engagement. Por lo tanto, de los resultados obtenidos en este trabajo, se desprende que los empleados con un bajo nivel de apoyo de sus superiores, verán disminuido su compromiso con la organización, mientras que ocurrirá todo lo contrario con aquellos trabajadores que encuentren apoyo social en sus superiores.

Otro estudio digno de mención en este epígrafe, aunque no corresponda a cuerpos de seguridad, es el que se llevó a cabo por Sakuraya, Shimazu, Eguchi, Kamiyama, Hara, Namba y Kawakami (2017) con una muestra de 894 empleados de la industria en Japón, 84% hombres y 16% mujeres.

Se utilizó la versión japonesa del cuestionario de elaboración del trabajo (Job Crafting Questionnaire) de Eguchi, Shimazu, Bakker, Tims, Kamiyama, Hara et al., (2016) para la medición de las variables: elaboración de tareas, angustia psicológica y engagement. Por otro lado, el distrés fue medido con el Brieb Job Stress Questionnaire (Shimomitsu, Yokoyama, Ono, Maruta y Tanigawa, 1998) y, por último, la variable engagement, se evaluó con la versión japonesa del Utrecht Work Engagement Scale de Shimazu, Schaufeli, Kosugi, Suzuki, Nashiwa, Kato, et al., (2008).

De los resultados obtenidos en este trabajo, se deduce que, si se incrementan los recursos del trabajador y se consideran las demandas de trabajo como un reto, dichas demandas se correlacionan positivamente con el engagement. Por el contrario, si esas demandas se las considera como un obstáculo para el trabajador, existe una asociación negativa con el engagement.

3.1.3 Tensión laboral

Miró, Solanes, Martínez, Sánchez y Rodríguez Marín, (2007) estudiaron cómo se relacionan la tensión laboral, el burnout y el sueño en el ámbito profesional con una muestra de 316 trabajadores, todos ellos sanos, pertenecientes a distintos sectores profesionales de los cuales 155 eran mujeres y 159 hombres.

Para evaluar la tipología circadiana, se utilizó la versión reducida del Cuestionario de Matutinidad-Verperitinidad de Horne y Östberg, adaptado al castellano por Adan y Almirall (1991); el síndrome de estar quemado por el trabajo, se midió con el Inventario de Burnout de Maslach, Escala General de Schaufeli et al. (1996) en su adaptación al castellano (Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró y Grau, 2000) y, por último, la tensión laboral se evaluó con el Cuestionario de Tensión Laboral de Karasek y Theorell (1990), usando la adaptación de Steptoe et al. (1999).

Este estudio destaca la existencia de correlaciones significativas entre las variables de sueño y la tensión laboral. Concretamente, se dio una correlación negativa con el número de horas de sueño ($r = -0,15$, $p < 0,05$) y con la calidad de sueño ($r = -0,16$, $p < 0,05$). Se llegó a la conclusión de que tensión laboral y calidad de sueño, son predictores del burnout. Por su parte, el agotamiento emocional mostró una correlación significativa con la tensión laboral ($r = 0,34$, $p < 0,01$). Por otro lado, respecto a la variable tensión laboral, el agotamiento emocional y burnout total se asocian más a las demandas laborales que al control y al uso de habilidades en el trabajo y al apoyo social. Otros estudios también hallaron relaciones entre la tensión laboral y el burnout (Solanes, Macajone, y Martín del Rio, 2016)

Bishopp y Boots (2014), conocedores de que el colectivo de la policía se ve profundamente afectado por su exposición a la violencia de acontecimientos

traumáticos que han de presenciar a menudo, utilizan las bases de la Teoría del Esfuerzo General de Agnew (1992) en su estudio para explicar la aparición de ideas suicidas en este colectivo.

Para ello, se tomó una muestra compuesta por 1.410 agentes de policías de tres grandes ciudades de Texas: Austin, Dallas y El Paso. Se midieron varias variables, entre ellas, la tensión laboral. El instrumento utilizado para la evaluación de esta variable fue la Escala de Tensión de McCreary y Thompson (2006).

De los resultados obtenidos en el trabajo de Bishopp y Boots, el 13% de los encuestados reconocieron haber tenido pensamientos suicidas en algún momento. Como factores de riesgo aparecen el burnout y la depresión. Zhang y Lester, (2008) hallaron que la tensión psicológica en el trabajo puede ser un predictor de tendencias suicidas.

Los resultados muestran diferencias de género concernientes a la relación directa entre los factores de riesgo antes referenciados (burnout y depresión) y las ideas suicidas de los policías incluidos en la muestra de 1.410 sujetos tomada para este estudio. Las probabilidades de que agentes de sexo femenino con depresión presentaran ideas suicidas, por ejemplo, era dos veces superior al presentado por los agentes masculinos. Cuando los sujetos tenían sentimientos de enfado, el aumento de sus probabilidades de ideación suicida era más de tres veces superior en el género femenino que en el de sus homólogos masculinos. Por último, el desgaste por el trabajo no presentó diferencias significativas, manteniéndose similar en ambos sexos.

Hansson, Hutig, Lauritz y Padyab (2016), realizaron un estudio con oficiales de la policía sueca. En dicho trabajo se tomó una muestra de 714 policías, de los cuales el 31% correspondían al sexo femenino y el 69% al masculino. Se estudiaron las variables salud mental y tensión laboral. La primera de ellas, la salud mental, fue evaluada con el General Health Questionnaire de Goldbert y Williams, (1988) y la tensión laboral con el Job Content Questionnaire de Karasek, (1979).

El 19,2% de los oficiales de policía masculinos con altos niveles de apoyo social en el trabajo tenían elevada tensión en el trabajo, mientras que en

agentes femeninos el porcentaje era del 24,8%. Un 33,7% de agentes hombres y un 29,7% de agentes mujeres con altos niveles de apoyo social, presentaban una baja tensión laboral. Por el contrario, el 34,6% de agentes masculinos y el 48,7% de agentes femeninos con bajos niveles de apoyo social, sufrían de un alto nivel de tensión laboral. Solo un 14,3% de agentes varones y un 9,6% de agentes femeninos con bajos niveles de apoyo social presentaron bajos niveles de tensión laboral. Las diferencias, por tanto, entre altos y bajos niveles de apoyo social entre hombres y mujeres fueron significativas.

El riesgo que presentaban los policías en activo para padecer problemas psicológicos, era tres veces superior, comparándose con aquellos que presentaban bajos niveles de baja tensión laboral. Por otra parte, los agentes de policía del género femenino, en el mismo escenario que el anteriormente descrito, cuadruplicaban el riesgo. Por lo tanto, se constató que los altos niveles de tensión laboral estaban asociados a bajos niveles de apoyo social lo que a su vez influía negativamente en la salud mental de los agentes.

Otro trabajo reciente en el que se evalúa la tensión laboral, aún no tratándose de un estudio hecho en cuerpos de seguridad, es el que realizó Gluschkoff, Elovainio, Keltikangas-Järvinen, Hintsanen, Mullola y Hintsanen (2016). La muestra estuvo compuesta por 76 maestros de primaria finlandeses, de los cuales, 66 eran mujeres y 10 hombres. En este trabajo se estudiaron las asociaciones entre los tres modelos validados de entorno psicosocial de trabajo estresante (tensión laboral, desequilibrio esfuerzo-recompensa e injusticia organizacional) con respecto a su potencial a la hora de explicar síntomas depresivos entre los profesores de educación primaria.

El instrumento utilizado para la evaluación de la variable tensión laboral, fue el Job Content Questionnaire (Karasek, 1985), para medir el desequilibrio esfuerzo-recompensa, se utilizó el ERI measure (Siegrist, 1996) y, finalmente, para medir los síntomas de depresión, el Beck Depression Inventory II de Beck, Steer y Brown, (1996). Los resultados obtenidos indicaron que el desequilibrio esfuerzo-recompensa y la tensión laboral mostraron asociaciones positivas con síntomas depresivos. Los problemas de sueño (sueño no reparador) explicaron el 18% de la asociación entre la tensión laboral y los síntomas depresivos.

En el estudio efectuado por Brough et al. (2017), citado anteriormente en el apartado referido al engagement, también se evaluó la variable tensión laboral. La muestra, tal y como se indicó en el apartado anterior, estuvo compuesta por 2.481 miembros de un servicio de policía estatal australiano, 62% varones y el 38% mujeres.

Como en el epígrafe anterior ya se ha hecho mención a las herramientas utilizadas para la evaluación de las distintas variables, en este apartado se va a obviar el detallarlo, con el ánimo de evitar repeticiones.

Tal y como se esperaba, se observó una significativa correlación entre las variables predictivas demandas de trabajo, apoyo de los supervisores y control y las variables de criterio engagement y tensión laboral. De los resultados se observa que al aumentar las demandas de trabajo hay una correlación positiva con la tensión psicológica laboral. Por lo tanto, de los resultados se desprende que las demandas del trabajo actúan como predictores de la tensión psicológica laboral.

3.1.4. Satisfacción laboral

Comenzaremos este apartado con otro trabajo de investigación relacionado con miembros de policía, en este caso taiwanesa, en el que se estudia la satisfacción en el trabajo. Dicho estudio se llevó a cabo por Kuo (2015). La muestra estuvo compuesta por 1.314 sujetos pertenecientes a la policía de Taiwan. Las variables que se evaluaron fueron el compromiso afectivo, estresores de trabajo y la satisfacción en el trabajo. Se utilizaron seis estresores del trabajo como predictores de la satisfacción en el trabajo: factores intrínsecos del trabajo, contexto organizacional, rol en la organización, relaciones en el trabajo (tanto compañeros como supervisores), plan de carrera y factores extraorganizacionales (tanto los personales como otros externos de diversa índole). La variable satisfacción laboral fue evaluada con un cuestionario confeccionado para este estudio, de 4 ítems.

Tres estresores de trabajo muestran una correlación positiva y significativa con la satisfacción en el trabajo: relación con los compañeros, relación con los supervisores y promoción. Tener una buena relación con los compañeros de

trabajo y con los superiores y optar a procesos de promoción, reportan altos niveles de satisfacción en el trabajo. Por último, la satisfacción en el trabajo se mostró como un predictor del compromiso de los agentes de policía con su trabajo.

Orgambidez Ramos, Pérez-Moreno y Borrego-Alés (2015) realizaron un estudio con el objetivo de examinar las relaciones entre el estrés de rol (ambigüedad, conflicto y sobrecarga), el engagement y la satisfacción laboral, siguiendo el modelo demandas-recursos laborales.

La muestra estuvo compuesta por 586 sujetos del sur de España, siendo el número de mujeres de 293 (50%). Los individuos seleccionados pertenecían a diversos sectores: trabajadores cualificados (29,52%), trabajadores de oficina (24,24%), técnicos especialistas, enfermeros y artistas (16,89%), profesionales con formación superior (20,14%) y encargados o gerentes (9,21%).

El engagement se midió con la versión española reducida del Utrecht Work Engagement Scale (Schaufeli et al., 2002). La satisfacción en el trabajo se evaluó con la escala S10/12 de satisfacción en el trabajo de Meliá y Peiró (1989) y, por último, el estrés de rol, por la traducción de Peiró, Meliá, Torres y Zurriaga (1986) del cuestionario de estrés de rol de Rizzo, House y Lirtzman (1970).

Los estresores de rol mostraron una correlación negativa con la satisfacción laboral, con valores, según la correlación de Pearson, de -0,54 para la ambigüedad, -0,38 para el conflicto y -0,21 para la sobrecarga. Por su parte, dichos estresores mostraron una correlación también negativa con el engagement, con coeficientes de correlación de Pearson de -0,42, -0,36 y -0,20 para la ambigüedad, el conflicto y la sobrecarga, respectivamente.

Del efecto total de la ambigüedad sobre la satisfacción laboral, hay que decir que el 79% fue directo, mientras que el 21% se dio a través del engagement. Por otra parte, el conflicto, tuvo un efecto directo de un 93% frente al indirecto, el cual supuso un 7%.

Tras controlar el papel del engagement, la mayor parte del efecto de los estresores de rol sobre la satisfacción laboral, fue directo. Los resultados mostraron que el conflicto de rol y la ambigüedad de rol junto con el

engagement, fueron predictores significativos de la satisfacción laboral. No obstante, el engagement no medió en la relación entre el estrés de rol y la satisfacción laboral. El estrés de rol como demanda obstaculizadora, explicaría el mayor impacto directo sobre la satisfacción a través del engagement.

Maurya y Agarwal (2017), realizaron un trabajo de investigación en el que se examina la motivación para dirigir y la percepción de la salud mental y satisfacción en el trabajo de agentes de policía; concretamente en el Cuerpo de Policía de Uttar Pradesh, en India.

El número de sujetos que compuso la muestra fue de 144 hombres y 59 mujeres, lo que hace un total de 203 sujetos. Para la medición de la salud mental, se utilizó el Psychological Wellbeing (Pw) y el Psychological Distress (Pd) de Heubeck y Neill, (2000), para la evaluación de la satisfacción en el trabajo la escala de Satisfacción en el Trabajo de Dantzker (1993) y, por último, el instrumento utilizado para la medición de la motivación para dirigir fue la escala desarrollada por Dubrin (1998).

La motivación para dirigir fue tomada como variable de predicción y la satisfacción en el trabajo como variable de criterio. Por un lado, no se dieron diferencias significativas en la percepción de la satisfacción en el trabajo entre hombres y mujeres y, por otro, existía una correlación positiva entre la motivación para dirigir y la satisfacción en el trabajo, pero sólo en los agentes de policía del género masculino. También se observa cómo el bienestar psicológico de hombres y mujeres está positivamente correlacionado con la satisfacción en el trabajo. Además, existía una correlación negativa entre el estrés y la satisfacción en el trabajo, pero se daba sólo en el caso de los agentes de policía masculinos. Los resultados muestran que la motivación para dirigir es un predictor significativo de la satisfacción en el trabajo del personal de policía masculino ($r = 0,28$, $p < 0,01$). Sin embargo, dicha motivación para dirigir no fue válida como predictor de la satisfacción en el trabajo para las mujeres policía de la muestra.

3.2. Estudios sobre la salud en la Policía

No son muchos los estudios que hay sobre la salud del cuerpo de Policía en España, lo no deja de ser a su vez paradójico puesto que el colectivo de la Policía es uno de los trabajos que más está expuesto a situaciones generadoras de estrés (Goira et al., 2003) y, por tanto, puede desembocar, entre otras cosas, en trastornos de la salud y del sueño. Si los trabajos sobre la Policía como tal son escasos, los específicos sobre la Policía Local de España todavía lo son más. Son muy pocos los que existen sobre dicho colectivo y, por ello, en la presente revisión presentaremos algunos estudios de otros cuerpos de seguridad tanto nacionales como internacionales.

3.2.1 Salud autopercibida y riesgos psicosociales

Calvé Pérez (1992), realizó un estudio con una muestra de 1.792 miembros de la Policía Nacional. Los resultados que obtuvo en el estudio los comparó con una muestra de la población general. De los datos recogidos se desprende que los tres problemas de salud más frecuentes en el colectivo de la Policía Nacional son: lumbago, trastornos de estómago y problemas de nervios. El porcentaje de policías que tomaba fármacos tales como tranquilizantes y depresivos, no mostraba diferencias importantes con respecto a la población en general, pero, sin embargo, el número de ellos que bebían alcohol en exceso, era muy superior al de la población en general, constituyendo el principal problema de salud de los policías. Las principales conclusiones de este estudio fueron las siguientes:

- El colectivo de la Policía es en el que se da el índice de suicidios más alto. No sólo se hace referencia a España, sino que se hace extensivo a otros muchos países.
- El abuso del alcohol para evadirse de los problemas del trabajo es uno de los problemas de salud más importante. Los policías, como grupo profesional, son uno de los colectivos más afectado por el consumo de alcohol.

- El número de sujetos afectados por ansiedad y depresión es más elevado en esta profesión que en cualquier otra.
- Este colectivo profesional presenta más problemas de salud que los que se dan en cualquier otra profesión.
- El número de divorcios y de problemas matrimoniales graves en este colectivo es también más alto que en cualquier otro grupo profesional.

Continuando con la variable de la salud, y en concreto en estudios realizados en nuestro país, Brufao, (1994) analiza las enfermedades más comunes derivadas del ejercicio de la profesión de policía, así como las principales estrategias preventivas y asistenciales, teniendo en cuenta otros estudios llevados a cabo en los cuerpos de policía de otros países industrializados. Este estudio es muy importante para la comprensión de la presente tesis doctoral ya que va a ayudar a conocer la relación existente entre el trabajo diario de los Cuerpos de Policía y los trastornos que se pueden producir por el desarrollo de las funciones que conlleva dicho trabajo.

Hay que partir de la premisa de que los policías se enfrentan a situaciones conflictivas que no toda persona sabe o puede gestionar. Este colectivo se expone diariamente a situaciones críticas que pueden, en algunos casos, perturbar y modificar su estado psicológico, además de poder verse afectada su interacción social. Se producen continuamente situaciones estresantes y dramáticas que pueden provocar una gran tensión. Ante estos escenarios tan duros a los que se tiene que enfrentar, el policía puede actuar de dos formas: una consiste en aislarse de todas estas situaciones estresantes creando una coraza externa, lo que le puede llevar a endurecerse, sintiéndose quemado con su trabajo (burnout) y la otra que conlleva el riesgo de reaccionar con trastornos personales como depresión, problemas de ansiedad o trastornos psicosomáticos.

El primero de los casos, es decir, el endurecimiento, es más habitual que el segundo, el de los trastornos personales. Ese endurecimiento emocional, es común en los policías con muchos años de servicio a sus espaldas; es una forma útil de afrontar los problemas que surgen en el trabajo, pero, al mismo tiempo, es perjudicial para la vida familiar, ya que puede deteriorar la relación

con los hijos y su cónyuge al trasladar al hogar estrategias de supervivencia emocional que han podido ser útiles en su trabajo pero que resultan contraproducentes para comunicarse de forma efectiva con su familia.

Delgado (2009), evaluó los riesgos psicosociales, de una muestra de 68 policías locales onubenses, utilizando la herramienta ISTAS21(CoPsoQ) que es una adaptación del Cuestionario Psicosocial de Copenhague desarrollado por el Instituto Nacional de Dinamarca y diversos profesionales del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo y otros organismos. En este estudio, los valores de referencia se obtuvieron de una encuesta representativa de la población ocupada de la Comunidad Foral de Navarra, concretamente de una muestra de 859 elementos. Es decir, que se usaron niveles de referencia poblacionales para la totalidad de las dimensiones estudiadas.

El 95,6% de la muestra afirmó trabajar sometido a un sistema de turnos rotatorio, incluyendo la noche. Casi el 70% los individuos encuestados presentan problemas de salud en general. Los policías de menos de 35 años son los que gozan de peor salud mientras que los que poseían más de 36 años son los que mostraban mayor salud percibida. Por último, el 67% de los policías menores de 35 años y el 47,96% de los mayores de 45 años gozan de mala salud mental, superando sustancialmente a la población de referencia tomada en este estudio.

En referencia a esta variable, se llevó a cabo un estudio con miembros de la policía suiza (Gerber, Hartman, Brand, Holsboer-Trachsler y Pühse, 2010). utilizando una muestra de 460 policías de un área urbana donde se hablaba alemán, ubicada en el noroeste de Suiza. En este estudio se trabajó con las variables de estrés, sueño y salud, comparándolas entre aquellos policías que tenían turnos de trabajo rotatorios y los que no rotaban. Para evaluar la salud de los policías se utilizó el Physical and Psychological Composit Score of the Medical Outcome Study compuesto de 12-Items en su Short Form Health Survey (SF-12) de Bullinger y Kirchberger, (1998).

En cuanto a la salud percibida, los policías varones mostraron mejor salud mental y menos problemas somáticos que las mujeres. Por otro lado, también hay que indicar que los turnos de trabajo no estaban negativamente asociados

con la salud percibida, todo lo contrario que ocurría con el sueño que sí resultaba afectado. No obstante, en otros estudios, los turnos de trabajo a los que estaban sometidos agentes de la Policía sueca, sí que afectaban negativamente a la salud (Kecklund et al., 2008).

Luceño, Rubio, Días y Martín (2010), en el mismo sentido de los trabajos anteriores, afirman que el colectivo de policías locales, seguidos, en segundo lugar, por los militares son los trabajadores que están expuestos a un mayor riesgo psicosocial.

Maurya y Agarwal (2017) como ya se explicó anteriormente, estudiaron la motivación para dirigir y la percepción de la salud mental y satisfacción en el trabajo de agentes de policía de la India, exactamente del Cuerpo de Policía de Uttar Pradesh. Entre las dimensiones de dicha salud mental, no hubo diferencias significativas entre los hombres y mujeres policías con respecto a los niveles de malestar psicológico. Sí que hubo diferencias significativas en bienestar, constatándose que el bienestar psicológico era mayor en las mujeres policía que en los hombres.

3.2.2. Estrés

En un estudio realizado, se destaca que en el estrés influyen diversos factores personales que se pueden modificar y, por tanto, se pueden variar para poder prevenir dicho estrés (García Blázquez, 1991). Según este trabajo, se necesita saber qué tipo de personalidad es la mejor para afrontar la exposición a las situaciones estresantes y saber qué acontecimientos afectan más. Para ello, existen varias pautas que se pueden seguir para reducir los niveles de ansiedad al mínimo: la primera pauta es dormir bien, entre 6 y 8 horas diarias, y también hacer ejercicio físico, disfrutar de momentos de ocio, exteriorizar los problemas, etc. Un meta-análisis de 36 estudios experimentales sobre intervenciones destinadas a reducir el estrés en contextos laborales, implicando a una muestra total de 2847 trabajadores de distintos sectores, puso de manifiesto una eficacia de media a alta, especialmente para los programas de tipo cognitivo-conductual (Richardson y Rothstein, 2008).

El sentirse apoyado por los compañeros de trabajo es muy importante para resistirse a trastornos emocionales derivados del día a día en el trabajo del policía. El ser humano es un ser social que necesita del apoyo y reconocimiento de su entorno, para que de esta manera las situaciones agradables se superpongan a las desagradables. En este sentido, en España existen cuerpos de trabajo social para dar apoyo a los policías en sus quehaceres diarios y evitar que puedan ser víctimas de algún problema derivado de dicho trabajo. Se les dispensa ayuda para poder hacer frente a las diversas situaciones que se puedan derivar de sus funciones.

Carmen Brufao (1994), también hace referencia a un estudio realizado con una muestra de 1.929 miembros de las Fuerzas Policiales de Australia, en el que se observa cómo el estrés puede afectar al individuo en cuatro niveles distintos, dependiendo de la intensidad. Las asociaciones concretas encontradas en este estudio fueron las siguientes:

- Primer nivel: estrés temporal. Se aumenta la presión sanguínea y se producen cambios en el metabolismo.
- Segundo nivel: realmente se trata de una acentuación del nivel uno, con síntomas como irritabilidad, ansiedad, tensión y problemas de concentración.
- Tercer nivel: dolor de cabeza, estómago y pecho.
- Cuarto nivel: úlceras, dependencia del alcohol, adicción a drogas y ataques al corazón.

En el estudio se dedujo que los policías tienen la convicción de que su trabajo produce efectos negativos en su vida familiar y social. Concretamente, un 19% dijo sufrir tensión laboral, la cual influía negativamente tanto en su vida familiar como social y, por otro lado, un 31% constató que sufría tensión en el trabajo que le repercutía negativamente en la interacción social, aunque no en el ámbito familiar.

Goiria et al. (2003) realizaron un estudio sobre estrés con policías municipales del País Vasco en el que participaron 141 sujetos. El objetivo era identificar y evaluar los riesgos psicosociales autopercebidos por la Policía Municipal del País Vasco y establecer una relación entre los estresores y la salud de dichos

policías. La herramienta utilizada para ello fue el Cuestionario de Estrés Laboral de la Policía Municipal (ELPM), realizado por los propios autores del estudio para la detección y evaluación de los riesgos a los que se expone dicho colectivo.

En cuanto a los resultados obtenidos se observa que los estresores más relevantes son el la sobrecarga de trabajo y las funciones inherentes a la profesión. Dentro de la muestra, se detectó un grupo de riesgo formado por 44 sujetos que presentaban tal grado de estrés que afectaba tanto a su condición física y psíquica como a su comportamiento laboral.

Una vez obtenidos los resultados, se llevó a cabo un plan de acción para la reducción del estrés, en el que participaron 37 sujetos. Después de su implantación, se volvieron a tomar mediciones mediante cuestionarios de evaluación para ver si había sido efectivo el programa de intervención, mediante la comparación con el resto del grupo que no asistió a dicha intervención. Los resultados mostraron una disminución de los niveles de estrés entre los individuos que participaron en el programa de intervención.

El estudio llevado a cabo por Márquez, García y Velázquez (2008), parte de otro estudio realizado por Violanti y Aron, (1994), en el que se desarrollaron los niveles de estrés de diferentes aspectos del trabajo de policía, para establecer un ranking de los distintos estresores. Estos estresores se dividieron entre los que eran inherentes a las funciones de policía y entre los que eran puramente organizacionales o administrativos. La muestra estuvo compuesta por 136 Policías Locales de Canarias.

El instrumento utilizado para ello fue el ranking de estresores (Ranking Police Stressors), elaborado por Spielberg, Westberry, Grier y Greefield (1981), es decir, el mismo que utilizaron Violanti y Aron en el estudio pionero.

Los resultados de este trabajo, mostraron que la puntuación más alta obtenida fue para “la muerte de un compañero de trabajo”, seguido de “matar a alguien estando de servicio”. Otros estresores que aparecen en los primeros lugares son el “sufrir un ataque físico”, “situaciones en las que los niños son atacados o son víctimas de un delito”, “tener un compañero incompatible”, “persecución a grandes velocidades”, “el uso de la fuerza”, etc. Por el contrario, las

puntuaciones más bajas fueron en ítems como “realización de nuevas tareas”, seguida de tener “pocas relaciones interpersonales fuera de la policía”, tener que “acudir a un juicio el día libre”, “no estar de acuerdo con las normas establecidas”, etc. En este estudio no se encontraron diferencias significativas con respecto al llevado a cabo por Violanti y Aron.

En el estudio de Delgado Pérez (2009), se tratan, además de los riesgos psicosociales que ya hemos visto, diversas variables. En referencia a los síntomas de estrés, los valores obtenidos en la policía local son ligeramente superiores a los de la población de referencia, no ocurriendo lo mismo con la satisfacción del trabajo, en la que la puntuación de la policía local es algo menor respecto a dicha población de referencia. Concretamente, más del 50% de los policías confesaron sufrir estrés, mientras que sólo el 42,65% mostró satisfacción con el trabajo.

En el estudio hecho con miembros de la Policía Suiza y ya citado anteriormente de Gerber et al., (2010), se trabajó con las variables de estrés, sueño y salud, comparándolas entre los policías que tenían turnos de trabajo y los que no rotaban. Los policías sujetos a turnos de trabajo tenían mayores niveles de estrés y mayor descontento en el trabajo, además estos niveles de estrés eran más altos entre los policías varones que entre las mujeres. Por otro lado, se observó que los altos niveles de estrés estaban asociados con problemas de sueño y con reducida calidad del mismo. Con ello, se demostró que el estrés era un importante factor en el desarrollo de problemas de sueño. En cuanto a la salud percibida, no se observaron efectos negativos relevantes ocasionados por el estrés.

Ya se ha comentado que los policías pertenecen a un colectivo que está expuesto frecuentemente a situaciones que generan estrés (Agerbo, Bonde, Mortensen y Wieclaw, 2006; Akerstedt et al., 2002; García, 2011). La Policía se viene quejando desde hace mucho tiempo atrás, de que la Administración de Justicia pone en libertad a muchos de los delincuentes que ellos detienen, incluso, muchas veces, habiéndose jugado la vida en la detención, con lo que se ven expuestos a un gran peligro, aún a sabiendas de que en múltiples ocasiones su actuación no va a tener un resultado satisfactorio. Todo ello genera grandes dosis de estrés (García, 2011). Además de exigirseles actuar

contra la delincuencia, muchas veces se les trata como si fuesen personas no gratas para la sociedad, reaccionando los ciudadanos, en determinadas ocasiones, de manera negativa ante su presencia (García, 2011; Gil-Monte, 2005).

Otro trabajo de investigación relevante fue el llevado a cabo con la policía de Malasia (Masilamani, Bulgiba, Chinna, Darus, Isahak, Kandiben y Koh, 2013). La muestra estuvo compuesta por un total de 579 policías, a los que se les pasó un cuestionario para evaluar la ansiedad, el estrés y la depresión. Los resultados fueron recogidos entre abril y septiembre del año 2011. El instrumento utilizado para la medición de las variables mencionadas fue la versión malasia del 21-Items Depression, Anxiety and Stress Scale (BM-DASS) de Musa, Fadzil y Zain (2007).

Una vez obtenidos los resultados, por una parte, se vio cómo más de un tercio de los policías objeto del estudio, concretamente un 39%, experimentaba algún nivel de estrés. Haciendo una subdivisión de la muestra entre oficiales e inspectores, se obtuvo que de los oficiales que formaban parte del estudio, el 5,9% había sufrido estrés severo, el 14,9% estrés moderado y el 18% un nivel leve de estrés. Por otra parte, el grupo compuesto por los inspectores, el 27,8% padecía un estrés severo. La proporción del estrés severo era mucho mayor en los inspectores de policía que en los oficiales, seguramente fiel reflejo del grado mayor de responsabilidad que estos últimos ostentan.

García Albuérne y Albacete (2013), seleccionaron una muestra compuesta por 462 policías locales pertenecientes a varios municipios de la Comunidad de Madrid. La recogida de datos se llevó a cabo durante el año 2009. Los instrumentos utilizados para la medición del riesgo de estrés percibido fueron el Cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales (DECORE) (Luceño y Martín, 2008), para evaluar la percepción que tienen los trabajadores en relación a determinados riesgos sociales que se han vinculado con estrés y enfermedades laborales. Y para evaluar el estrés laboral percibido, se utilizó la Escala de Estrés Socio-laboral de las Escalas de Apreciación del Estrés (EAE) (Fernández y Mielgo, 2006).

De los resultados obtenidos, se desprende que no existe una asociación sustancial entre estrés percibido y las variables sexo, turno rotatorio o fijo; sin

embargo, los policías que estaban sujetos a ese sistema de turnos rotatorio, percibían los requerimientos que se les exigían como mayores.

En cuanto al estrés socio-laboral, se observa que la media correspondiente a esta variable, en cuanto a la dimensión *frecuencia*, está por encima de la media correspondiente a la población en general, por lo que se deduce que el colectivo de la Policía Local se enfrenta más frecuentemente a situaciones estresantes que el resto de los ciudadanos. Por el contrario, la intensidad de los hechos que producen estrés, es percibida como menor, comparada con el resto de la población, por lo que se muestra que los Policías Locales tienen una percepción menor de la intensidad de estrés en las situaciones de su trabajo.

Esta falta de relación entre el riesgo de padecer estrés socio-laboral con las variables sexo, turno rotatorio o fijo y antigüedad, es contrario a los resultados obtenidos en otros estudios, en los que se establece que, con respecto a estas variables, sí que existe relación, de tal manera que el riesgo de padecer estrés socio-laboral muestra diferencias significativas en función del sexo, tipo de turnos y antigüedad (Agerbo et al., 2006; Akerstedt et al., 2002; Durán, Montalbán y Stageland, 2006; Firth-Cozens, 1990; He, Zhao y Archbold, 2002; Márquez, García y Velázquez, 2008; Morales, Gallego y Rotger, 2004 y Violanti, 1994). En cuanto a la relación significativa entre las demandas cognitivas y el turno rotatorio, coincide con otros estudios realizados (Delgado, 2009; Fernández-Montalvo y Piñol, 2009; Goiria, San Sebastián, Torres y Ibarretxe, 2003; Violanti, Charles, Hartley, Mnatsakanova, Andreu, Fekedulegn y Burchfiel, 2008).

Por otro lado, en un estudio llevado a cabo con 95 policías miembros de la Guardia Nacional de la República de Portugal (Rui Gomes y Afonso, 2016), se estudiaron las principales fuentes y consecuencias del estrés, además de las estrategias para enfrentarse a él. Para ello, se utilizó una escala Likert de 5 puntos (desde el cero, “no estrés”, al 5, “alto nivel de estrés”) basada en el trabajo original de Kyriacou (2000) evaluando la percepción de estrés de la policía militar. Se identificaron una serie de problemas que planteaba el trabajo en dichos profesionales y también cómo afectaban a sus relaciones interpersonales. Se detectaron situaciones problemáticas, tanto en el plano individual como en el familiar. Concretamente, el 54% de los individuos objeto

de este estudio, presentaba un nivel importante de estrés, mientras que el 46% restante mostraba unos niveles moderados de estrés. Como dato significativo, ninguno de los policías participantes en este trabajo, se identifican como con “no estrés” en la escala.

De los resultados obtenidos, se observa cómo los factores intrínsecos del trabajo son los que causan mayor estrés. Las consecuencias de ese estrés provocado por el trabajo, influía en las relaciones entre compañeros, familia, etc., además de conllevar problemas psicológicos como nerviosismo, baja concentración, irritabilidad y problemas físicos como hipertensión, pérdida o aumento de peso, desajuste de la glándula tiroides, etc. Todo ello desembocaba en indiferencia ante el trabajo, desinterés y poca motivación del trabajador con respecto a su misión en la organización.

Siguiendo con la variable estrés, un estudio transversal en 24 municipios de la Comunidad de Madrid llevado a cabo por Luceño-Moreno, García-Albuerne, Talavera-Velasco y Martín-García (2016), se propuso establecer si existían diferencias en la percepción de estrés laboral en los policías de dicha comunidad. Para ello, se seleccionó una muestra de 565 policías, compuesta por agentes, cabos, sargentos y jefes de policía.

Los riesgos psicosociales fueron evaluados con el cuestionario DECORE (Luceño y Martín, 2008). Dicho cuestionario es considerado como un instrumento apropiado para la medición del estrés (Luceño, Martín, Rubio y Díaz, 2010; Moreno-Jiménez y Báez, 2010).

En general, los agentes de policía que participaron en el presente estudio, mostraron altos niveles de estrés independientemente de su rango, sexo, edad y tipo de turno. No se encontraron diferencias significativas en la percepción de los factores de riesgo psicosocial en relación al sexo, edad y tipo de turno. En cuanto a las demandas del trabajo, todas las categorías tenían niveles saludables. No todos los policías percibieron los factores de riesgo psicosocial de la misma forma, concretamente, los que tenían una graduación menor, percibieron menos control, escasas recompensas y escaso apoyo laboral.

Estrés post-traumático

Una de las variables que más se han tratado en los estudios concernientes a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad es el estrés. Siguiendo el hilo argumental que se ha especificado anteriormente, hay que nombrar un estudio que se realizó con bomberos y policías que se vieron afectados por el accidente de aviación que se produjo en Amsterdam en el año 1992 (Witteveen et al., 2006). Hay que empezar matizando que estos cuerpos de seguridad, a menudo se ven expuestos a una serie de situaciones críticas que generan estrés postraumático (*Post Traumatic Stress Disorder*, PTSD). En este trabajo, la muestra estuvo compuesta por 834 policías y 334 bomberos, los cuáles se vieron involucrados, como ya se ha mencionado, en el rescate del accidente aéreo. Los resultados de los cuestionarios repartidos entre miembros de la policía y bomberos, fueron recogidos entre enero del año 2000 y marzo del año 2002, es decir, ocho años y medio después del accidente. Los instrumentos utilizados en dicho estudio fueron el Self Rating Inventory for Posttraumatic Stress Disorder (SRIP) para explorar la presencia de estrés postraumático, el Impact of Event Scale (IES) para identificar el malestar ocasionado por el suceso, y el Symptom Checklist 90 (SCL-90) para evaluar diferentes síntomas, entre ellos la ansiedad, la depresión y las alteraciones del sueño.

Para el análisis de los resultados de este estudio, hay que señalar que se hizo una subdivisión entre los policías y los bomberos. Con respecto a los primeros, el 72% seguía pensando en el accidente, sin poder olvidarlo, el 86% intentó borrarlo de su memoria y el 38% incluso llegó a decir que se sentía como si no hubiera ocurrido o no fuera real. Además, el 86% tenía problemas para conciliar el sueño y el 51% seguía soñando con ello.

Con respecto al otro grupo, el de los bomberos, el 65% no podía olvidar tal suceso, el 79% intentaba borrarlo de la memoria, el 28% tenía la sensación de que tal catástrofe no era posible que hubiera ocurrido, el 69% de ellos tenía problemas para conciliar el sueño y el 68% seguía teniendo sueños en los que aparecía el desastre aéreo vivido.

En el estudio llevado a cabo con miembros de la policía brasileña (Maia et al., 2007) se tomó una muestra de 157 efectivos de dicho cuerpo de policía. Se empleó una versión brasileña del PCL-C, es decir, del Post-Traumatic Stress Disorder Checklist Civilian Version (Berger, Mendlowicz, Souza y Figuera, 2004),

para medir los síntomas del estrés post-traumático siguiendo los criterios diagnósticos del DSM IV (American Psychiatric Association, 1994). También se utilizó como herramienta el General Health Questionnaire, para evaluar cualquier tipo de enfermedad mental y bienestar psicológico.

En este estudio, vuelven a quedar patentes los problemas y trastornos que se derivan del ejercicio de la profesión de policía. Concretamente, el 8,9% de la muestra presentó síntomas de PTSD pleno, frente al 16% que mostró PTSD parcial. Hay que destacar que el grupo que no presentó estrés post-traumático era menor que los grupos que sí lo presentaban, ya fuera total o parcialmente.

No se obtuvieron grandes diferencias entre los tres grupos (pleno PTSD, parcial PTSD y no PTSD) respecto a la edad y a los estudios. Sin embargo, los niveles de pleno estrés post-traumático eran 5 veces superior en los policías divorciados que los que tenían otro estado civil. Los policías con pleno PTSD tenían un estado de salud más pobre que los que no tenían estrés post-traumático, concretamente el 64,3% frente al 6%. Además, los sujetos que presentaban pleno PTSD, tenían más ideas de suicidio que los que no tenían dicho PTSD, concretamente el 35,7% frente al 5,2%. De la lectura de los resultados se puede desprender cómo el colectivo de policías, en un gran porcentaje, está sometido a unos niveles de estrés muy elevados que genera la propia profesión.

Otro estudio en el que se investigó sobre el estrés postraumático, es el efectuado por Chopko, Palmieri y Adams (2017). Al estar los policías expuestos a una alta frecuencia de incidentes, implica un riesgo de amenaza para terceros o para ellos mismos. Los tipos de exposición al trauma, producen niveles variables de respuestas postraumáticas negativas (trastorno de estrés postraumático) y resultados positivos (resiliencia o crecimiento postraumático).

La muestra, se compuso de 193 sujetos pertenecientes a varios departamentos de policía de tres ciudades de Estados Unidos. En dicha muestra, predominaban los hombres, con una presencia del 93,3% frente a las mujeres. Los individuos seleccionados se dedicaban a diversos tipos de trabajo: oficina del sheriff, oficiales de patrulla, detectives, administrativos del departamento, etc.

El crecimiento postraumático fue evaluado con el Posttraumatic Growth Inventory (Tedeschi y Calhoun, 1996) y los trastornos de estrés postraumático, con el Posttraumatic Stress Disorder Checklist (Weathers, Litz, Herman, Huska y Keane, 1993). Los resultados indicaron que el estrés y los síntomas del estrés postraumático mantenían una relación significativa y positiva. Por otra parte, ninguna de las variables del modelo fue asociada con crecimiento postraumático.

3.2.3 Burnout

Como preámbulo a este apartado, hay que comenzar diciendo que la calidad de sueño se relaciona significativamente con el burnout y el bienestar psicológico, de forma que los sujetos con más problemas de sueño presentan mayor burnout y menor bienestar (Miró et al., 2007).

Hay una relación directa entre ambos factores, de modo que aquellas personas que tienen mayor burnout, presentan menor bienestar (Blasco et al., 2002). Según los autores de este estudio con policías locales de las poblaciones de Elche, Cartagena, Molina del Segura, Lorca y Alcantarilla, un 21% de los sujetos fueron calificados con riesgo de padecer problemas de sueño. Además de ese riesgo de sufrir problemas de sueño, esos mismos sujetos presentaban un mayor burnout y un menor bienestar.

Siguiendo con el síndrome de burnout, el estudio llevado a cabo por Durán, Montalbán y Stangeland (2006), analizó dicho síndrome en el ámbito policial y su relación con variables de carácter sociodemográfico y el estilo de afrontamiento. Para ello, se tomó una muestra de 232 policías locales, siendo la mayoría de ellos varones, concretamente el 89,2%. La edad media estaba establecida en 38 años y una antigüedad en el Cuerpo de 13,2 años. De ellos, el 28% tenía estudios primarios, el 37,1% había cursado el bachiller y el 19,8% había obtenido el título de Formación Profesional. El 14,2% de los miembros que componían la muestra tenía estudios universitarios.

Para la medición de las dimensiones que integran el síndrome de estar quemado en el trabajo, se utilizó el MBI (Maslach y Jackson, 1986). Las

dimensiones que incluye esta escala son cansancio emocional, despersonalización y realización personal.

El 65,1% de la plantilla presentaba un nivel elevado de cansancio emocional; un 45,3% mostraba una cantidad alta de despersonalización y el 37,9% se sentía realizado personalmente en el trabajo. Los policías con una antigüedad entre 6 y 15 años puntuaron más alto en las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización.

Las mujeres muestran mayores puntuaciones en cansancio emocional. Por otra parte, los varones reflejan unos valores algo superiores en despersonalización, pero sin ser unas diferencias significativas.

Por último, en relación a la variable estado civil, se hizo una codificación en dos niveles: con o sin pareja; ello se debió a que suele entenderse que al estar casado se tiene un mayor apoyo social y es más fácil afrontar ciertos riesgos. Hay que resaltar que no se obtuvieron diferencias significativas entre ambos grupos.

En otro estudio en el que ese evaluó esta variable (Sánchez-Nieto, 2012), se tomó una muestra de 244 policías de ciudad de México D.F., concretamente 87 hombres y 157 mujeres. Dichos individuos contaban con una escolaridad de 9 a 16 años, una edad de 20 a 58 años y una antigüedad en el Cuerpo de 1 a 37 años. Se utilizó el MBI, en su versión para los profesionales de los *servicios humanos* (Maslach y Jackson, 1981; Gil-Monte, 2002).

Los resultados mostraron que un 44,6% de los sujetos presentó puntuaciones que suponen un grado alto de burnout, es decir, 119 personas. El 55,4%, es decir, 125 policías, no presentaron síndrome de burnout de forma clara. En el grupo que presentó un alto grado de burnout, el 6,6% de ellos alegaron sufrir fundamentalmente agotamiento emocional, el 16% despersonalización y el 36% baja realización personal.

Por otro lado, se evidenció una correlación significativa entre el agotamiento emocional y la antigüedad en el trabajo. Por el contrario, no se encontraron correlaciones importantes entre el resto de las variables.

En cuanto al sexo, los hombres tenían una puntuación más elevada en realización personal, mientras que en despersonalización y en agotamiento emocional no presentaron diferencias significativas con las mujeres.

Hay que mencionar que el porcentaje de policías que presentaban burnout en este estudio, se asemeja mucho al encontrado en algunos otros sectores profesionales de México como, por ejemplo, en médicos de Guadalajara, donde se constató un 42,3% (Aranda et al., 2004), también en policías del personal penitenciario en España, donde dicho personal presentó un 43,6% (Hernández, Fernández, Ramos, y Contador, 2006) y en policías de Chile, donde el 44,4% de dicho colectivo presentaba burnout (Briones, 2007).

Otro trabajo realizado por Padyab, Bakteman-Erlanson y Brulin (2016) estudió la asociación entre burnout (cansancio emocional vs despersonalización) y el ambiente psicosocial en el trabajo, estrés, así como las estrategias de afrontamiento entre los oficiales de policía de patrulla en Suecia. Para ello, se tomó una muestra de 856 policías, de los cuales, el 56% (437) fueron mujeres y el 53% (419) eran hombres.

En este trabajo, se utilizó el MBI para medir el burnout, tanto el agotamiento emocional como la despersonalización con una versión sueca del MBI (Maslach, Jackson, Leiter, Schaufeli y Schwab, 1989; Maslach, Jackson y Leiter, 1996), traducida y validada por Hallsten (1985). Para la medición de las demandas psicológicas, control y apoyo ocal, se utilizó el Cuestionario de Demanda-control-apoyo social (Karasek y Theorell, 1990; Johnson y Hall, 1988). Por su parte, la variable estrés, relacionada con preocupaciones, fue evaluada por medio del Stress of Conscience Questionnaire (Glasberg et al., 2012). La variable estrategias de afrontamiento, fue evaluada con el Ways of Coping Questionnaire (Folkman y Lazarus, 1988).

En cuanto a los resultados, en lo referente al agotamiento emocional, no se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres mientras que, en la despersonalización, sí que se constatan diferencias importantes entre ambos sexos, indicando que los hombres podrían estar más despersonalizados.

Los resultados de este estudio, también mostraron que el estrés tuvo el impacto más predictivo sobre el agotamiento emocional y la despersonalización

cuando todas las variables independientes, incluidas las estrategias de afrontamiento, se tuvieron en cuenta. Esto significa que el estrés fue un predictor significativo del burnout indicado por alto agotamiento emocional y despersonalización.

Turgoose, Glove, Barker y Maddox (2017), realizaron un estudio recientemente en el que el primer objetivo fue investigar los niveles de fatiga de la compasión¹² y de burnout en oficiales de policía especialistas en el trabajo con víctimas de violación y abuso sexual, además de examinar los niveles de estas variables asociados con el tiempo de servicio en este rol de especialista y de examinar, también, la relación entre empatía, fatiga de la compasión y el burnout.

Los agentes de policía fueron reclutados de los Equipos de Delitos Sexuales, Explotación y Abuso Infantil (SOECA) del Servicio de Policía Metropolitana de Londres. En total, la muestra estuvo compuesta por 142 sujetos de los diferentes distritos de Londres. De ellos, el 62% eran mujeres y el 38% hombres. El 66%, trabajaba con víctimas adultas y el 32% con niños. El número de años de experiencia trabajando en el SOECA osciló entre 0 y 10 años, mientras que los años de experiencia como policía en general, variaron entre 3 y 30 años.

Como instrumento utilizado para medir la empatía, se formuló una simple pregunta al efecto: *¿cuánta empatía sientes hacia esta persona?*, midiéndose las respuestas usando una escala Likert baremada entre 1 (ninguna empatía) y 7 (mucha empatía). Además, para esta misma variable, también se utilizó el Toronto Empathy Questionnaire (Spreng, Mckinnon, Mar y Levine, 2009), mientras que las variables fatiga de compasión y burnout, fueron evaluadas con el Professional Quality of Life Scale (Stamm, 2010).

En cuanto a los resultados obtenidos, hay que decir que, contrariamente a lo que se esperaba, se constataron niveles bajos de fatiga de compasión y burnout en la muestra. Por lo que respecta a la primera variable, la fatiga de la compasión, el 84% de las puntuaciones obtenidas por los participantes fueron bajas, frente a un 16% que fueron altas. Por su parte, respecto al burnout, el

¹² La fatiga de la compasión también es conocida como estrés traumático secundario (STS). Consiste en una condición caracterizada por una disminución gradual de la compasión en el tiempo.

33% de las puntuaciones presentadas por los sujetos objeto de este estudio fueron bajas, el 67% mostró un nivel medio y ninguno de los sujetos fue clasificado con nivel alto. Ambas variables, mostraron una correlación positiva significativa, con correlaciones que iban desde el 0,5 al 0,66. Los sujetos que habían trabajado durante mucho tiempo en SOECA, mostraron altos niveles de fatiga de compasión y burnout.

Ambas variables, fatiga de la compasión (estrés traumático secundario) y burnout, cuando se relacionan con el trabajo específico con víctimas de violación, aumentan de forma más sensible sus niveles que cuando se relacionan con años de experiencia como policía en general.

Kumar y Kamalanabhan (2017), en un reciente trabajo, también realizaron una investigación sobre el burnout en la Policía. Dicho estudio se basó en las respuestas obtenidas de inspectores y subinspectores que trabajaban en departamentos de policía en Delhi, la capital de India. La muestra estuvo compuesta por 491 sujetos, de los cuales, el 81,7% eran hombres y la mayoría subinspectores, concretamente, el 54,7%.

En cuanto a los instrumentos de medida utilizados, para la evaluación del burnout, se utilizó el MBI (Maslach et al., 1996). También se midieron otras variables como injusticia percibida, sobrecarga de trabajo, inflexibilidad en las horas de trabajo, ambigüedad de rol, interferencias políticas, conflictos laborales y familiares y actitud negativa del público hacia la Policía.

La primera de ellas, la injusticia percibida, se evaluó con una adaptación de la Escala de Justicia Organizacional (Colquitt, 2001) y la Escala de Justicia Interpersonal (Bies y Moag, 1986). Para la sobrecarga de trabajo, se utilizó la Escala de Sobrecarga Percibida (Kirmeyer y Dougherty, 1988). En cuanto a la inflexibilidad de horas de trabajo, los autores de este estudio desarrollaron una serie de ítems, concretamente 4, adaptándose al contexto del presente trabajo. La variable ambigüedad de rol, fue evaluada con la Escala de Ambigüedad de Rol (Rizzo et al. 1970). Para la evaluación de la actitud negativa del público hacia la Policía y la interferencia política, se desarrollaron una serie de ítems por los propios autores del estudio en cuestión. Por último, los conflictos

laborales y familiares, se midieron por el Work-Family Conflict y Family-Work Conflict, desarrollado por Netemeyer, Boles y McMurrian (1996).

En cuanto a los resultados, se observa cómo la interrelación entre el trabajo y la vida familiar, contribuían significativamente al agotamiento emocional. De los datos obtenidos, se deduce que cuando los sujetos perciben bajos niveles de apoyo en el trabajo, la relación entre los estresores (injusticia percibida y horas de trabajo inflexibles) y el burnout se hace más fuerte.

Respecto al apoyo en el trabajo, se mostró que tenía un efecto significativo sólo con algunos de los factores de estrés, consistente en una disminución del agotamiento emocional y la despersonalización.

La injusticia percibida, la inflexibilidad en las horas de trabajo, la ambigüedad de rol y la sobrecarga en el trabajo, contribuían significativamente a la aparición del burnout. También se observó que la ambigüedad de rol es un predictor del burnout. Cuando los policías de este estudio no sabían lo que se esperaba de ellos, no teniendo claro si su comportamiento supondría una recompensa o un castigo, eran susceptibles de mostrar niveles altos de burnout.

Por su parte, se observó cómo los conflictos en el ámbito familiar y en el laboral, sí que influían significativamente en los niveles de burnout. La sobrecarga en el trabajo y el trabajar muchas horas, incrementa el burnout, ya que se antepone el trabajo a las responsabilidades familiares.

En este estudio se demostró que el apoyo en el trabajo reduce los efectos de los factores estresantes en el burnout. Por último, también se evidenció que un ambiente laboral positivo, ayuda a mitigar el burnout.

3.2.4 Ansiedad y depresión

Un estudio en relación a estas variables, se hizo con policías ya retirados (Tuohy, Knussen y Wrennall, 2005). Se enviaron un total de 4.003 cuestionarios a policías retirados de Glasgow, siendo cumplimentados el 42% de ellos, es decir, 1.678. Después de aplicar los criterios de inclusión, la muestra total fue de 1.334 policías jubilados de sexo masculino, con una media de edad de 61 años y una edad media de jubilación de 51 años.

Para evaluar las variables de ansiedad y depresión, se utilizó la herramienta HADS, The Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond y Smaith, 1983). Una de las ventajas que se obtiene de utilizar esta herramienta consiste en que excluye síntomas físicos específicos, evitando de esta manera resultados falsos debidos a determinadas condiciones médicas (Herrmann, 1997).

138 sujetos podían catalogarse casos de ansiedad (10,3%), 112 como casos de depresión (8,4%) y 57 como ambos (4,3%). Dentro de los casos de ansiedad, el 62,3% de ellos se había retirado antes de la edad ordinaria de jubilación. Con respecto a los casos de depresión, el 67,8%, también se habían jubilado anticipadamente. Se había emprendido un trabajo post-retiro por el 54,3% de los sujetos que presentaban ansiedad y por 61% de los que presentaban depresión. Los que se jubilaron a la edad ordinaria y los que habían realizado trabajos posteriores a la jubilación, tenían menos probabilidades de ser clasificados como casos de ansiedad y/o de depresión que aquellos que se habían jubilado anticipadamente y aquellos que no habían realizado un trabajo posterior a la jubilación. La edad media de jubilación tiende a anticiparse a la edad de jubilación ordinaria estatal (65) por un margen considerable. La matriz de correlación mostró que los jubilados anticipadamente tenían niveles más altos de ansiedad y síntomas depresivos y estaban menos predispuestos para trabajar después de la jubilación.

Estos resultados indicaron que las altas puntuaciones de ansiedad se asociaron con los encuestados más jóvenes con altos niveles de depresión y con la jubilación anticipada. La edad y los síntomas de ansiedad no interactuaron significativamente en la predicción de los síntomas de la depresión.

Otro de los estudios realizados en este contexto, se llevó a cabo con policías de los Departamentos de Nueva York, Oakland, San Francisco y San José (Wang et al., 2010). Los instrumentos utilizados fueron el SCL 90-R para medir la presencia de psicopatología, el Beck Depression Inventory Revised (BDI-II) para evaluar la depresión actual, el PTSD Checklist Civilian versión para medir el PTSD y el Work Environment Inventory (WEI) para cuantificar el estrés en el trabajo.

El 77,3% de los participantes mostró síntomas de depresión. El 56,3% tenía problemas en la calidad del sueño y el 39,5% mostraba pérdida de energía y cansancio o fatiga. Con este estudio, una vez más, queda acreditado que los miembros de los Fuerzas y Cuerpos de Seguridad son propensos a sufrir trastornos en el sueño y a padecer estrés e incluso síntomas de depresión.

Otro estudio que evaluó la ansiedad fue el realizado por Maran, Varetto, Zedda e Ieraci (2015) con una muestra de 617 policías pertenecientes a una gran ciudad del norte de Italia. Para medir la ansiedad, se utilizó el Cuestionario de Estrés de la Policía y el State-Trait Anxiety Inventory (STAY-1 y STAY 2) y para medir las estrategias de afrontamiento, se usó el Brieg Cope Questionnaire (Carver, 1997).

Los sujetos de la muestra fueron clasificados según el tipo de trabajo que desempeñaban: el Servicio Operacional, que comprendía a los policías de primera línea, responsables de defender la Ley que intervenían directamente en caso de asalto y en la investigación de crímenes y, por otro lado, el Departamento de Interior, que comprendía a aquellos policías con roles organizacionales o responsables de personal.

De los resultados se desprende que había algunas diferencias entre los dos subgrupos en cuanto a niveles y tipos de estrés. Al haberse agrupado en base a las distintas funciones que realizaban los policías, permitió observar más fácilmente cualquier diferencia existente.

Generalmente, las puntuaciones de los estresores organizacionales fueron más altos que la de los estresores operativos. En lo que se refiere a los roles, los hombres y mujeres oficiales de patrulla, fueron los que estaban más expuestos a estresores operativos.

Las oficiales de género femenino en general y los oficiales de patrulla masculinos, fueron los más susceptibles a los estresores organizacionales. Dentro del Departamento de Interior, el trabajo que se realiza en las instalaciones propias de la policía, los niveles más altos de estrés lo presentaban los hombres y mujeres ejecutivos. Los varones fueron más vulnerables a este tipo de estresor.

Los oficiales de patrulla presentaron niveles muy altos de ansiedad y, concretamente, los oficiales de patrulla de género masculino, fueron los que mostraron los niveles más altos de ansiedad de todos los grupos.

Como conclusión, se puede decir que las mujeres en todos los servicios de operaciones fueron más vulnerables que los hombres, tanto a los estresores organizacionales como a los operativos, mientras que, en el Departamento de Interior, los hombres fueron más vulnerables a los estresores organizacionales.

También hay que hacer mención a un estudio reciente llevado a cabo por Renden, Landman, Daalder, Cock, Savelsbergh y Dudejans (2017) en el que se investigó cómo se ve afectado el estado de ansiedad de los agentes de policía durante un arresto. Para ello, se seleccionó una muestra de 88 policías holandeses, concretamente a 67 hombres y a 21 mujeres.

Los niveles de ansiedad se evaluaron con la versión holandesa del Stai A-Trait Scale (Van de Ploeg, Defares y Spielberger, 1980). Para determinar el estado de ansiedad de los policías durante un arresto, se utilizó una escala de ansiedad, the anxiety thermometer de Houtman y Bakker (1989).

No hubo diferencias significativas en el estado de ansiedad de los participantes entre situaciones de baja amenaza y situaciones de alta amenaza. Es decir, mayor amenaza no supuso mayor ansiedad. Los niveles de ansiedad eran ya razonablemente altos en los escenarios de baja amenaza (Oudejans y Pijpers, 2009), de tal manera que los escenarios de alta amenaza, aparentemente no condujeron a niveles aún mayores del estado de ansiedad. La ansiedad correlacionó positivamente con el estado de ansiedad de los agentes, lo que implica que dicha ansiedad en los policías se asoció con el nivel del estado de ansiedad durante el arresto. Sin embargo, la variable ansiedad, mostró una correlación negativa con la toma de decisiones y con las actuaciones llevadas a cabo.

3.2.5 Alteraciones del sueño

Un trabajo publicado sobre la Policía Local, ya mencionado en los apartados de turnos de trabajo, salud y burnout, es el que se llevó a cabo con miembros de

varios municipios de Alicante y Murcia (Blasco, et al., 2002) y en el que colaboraron policías locales de las poblaciones de Elche, Cartagena, Molina de Segura, Lorca y Alcantarilla.

Los problemas que inciden en el sueño se acentúan en aquellas profesiones en la que existe una responsabilidad a la hora de prestar un servicio a otras personas como, por ejemplo, personal sanitario y personal de la seguridad ciudadana, etc. En este sentido, los autores de este estudio se plantearon los siguientes objetivos:

- 1- Analizar la somnolencia diurna en personal de seguridad ciudadana
- 2- Establecer la relación con las variables principales del estudio (calidad de sueño, burnout y bienestar psicológico), tomando como criterio, variables como la edad, el género, turnos de trabajo, hábitos cotidianos, etc.
- 3- Analizar la correlación entre las variables principales del estudio.
- 4- Proponer medidas para intervenir sobre los posibles problemas.

Para ello, utilizaron las herramientas siguientes: Escala de Somnolencia Diurna de Epworth (ESS; Murray, 1991), el Cuestionario de Salud General (GHQ-28; Goldberg y Hillier, 1979) y la Escala de Burnout de Maslach (MBI-GS; (Schaufeli, Leiter, Maslah y Jackson, 1996). Tomaron una muestra de 252 sujetos, de los cuales el 16% eran del sexo femenino y 84% del masculino, siendo la edad media de 38,6 años. De ellos, el 16,7% eran solteros, el 70,2% casados, el 8,7% divorciados, el 1,6% pareja de hecho y el 0,4% viudos. El 72% de los individuos que formaban la muestra, llevaban más de diez años de ejercicio profesional, siendo la media de 14,30 años. En referencia a la graduación de los profesionales de este estudio, el 85,7 % eran agentes, el 6,3% cabos, el 4,4% oficiales y el 3,6% personal civil. Con respecto al tipo de turno, el 65,9% estaban realizando un turno fijo, el 24,2% lo tenía rotatorio y el 9,9% lo realizaba de manera alterna.

Durante la semana en la que se entregaron los cuestionarios, el 54,4% estaba en turno de mañana, el 24,6% de tarde, el 11,9% de noche, el 1,6% con servicio de 24 horas y el 7,5% en turnos alternos durante dicha semana. De los resultados obtenidos, con respecto a los hábitos cotidianos, hay que destacar el consumo de café diario, ya que el 81% de la muestra tomaba por lo menos

una taza al día, y, de ellos, un 28%, indicó que tomaba más de tres cafés al día. En referencia a la salud física, el 68% de los participantes señaló haber tenido algún tipo de baja el pasado año, correspondiendo el 47% a baja por enfermedad común y 33% a accidentes de trabajo.

En relación a la calidad de sueño, el 44,4% no presentó somnolencia diurna, el 46% un nivel ligero, el 8,8% moderado y el 0,8% grave. Considerando como nivel problemático el ligero, el moderado y el grave, la edad que presenta una mayor proporción de puntuaciones de somnolencia se encuentra entre los 30 y los 50. Las consecuencias negativas de estos niveles de somnolencia en estas edades han sido destacadas también en otros sectores profesionales (Wolf et al., 2017).

Antes se ha hecho referencia a que había un alto porcentaje de policías que tomaban una taza de café diaria, incluso algunos, más de tres. Pues bien, del 28% que tomaba más de tres tazas de café diarias, el 46% presentaba un ligero nivel de somnolencia diurna, el 16,2% moderada y el 0,8% grave. En cuanto a los que habían manifestado tener alguna baja durante el año anterior al estudio, el 48% de ellos manifestó una ligera somnolencia diurna, un 9,7% moderada y un 0,8% grave.

La muestra en este estudio tiende a sufrir una somnolencia diurna. A priori, se podría pensar que los trabajadores que deberían presentar más predisposición a padecer problemas de sueño son los del turno de noche. Sin embargo, en este estudio son los policías que prestan su turno por la mañana los que han mostrado mayor incidencia en problemas de sueño, concretamente un 32%. Hay estudios que coinciden con este trabajo y apuntan a que ello se debe a que las personas que realizan el turno de mañana en sus trabajos muestran una especial dificultad para despertar, existiendo un sentimiento de falta de descanso tras el sueño (Akerstedt, Kecklund y Knutsson, 1991 y Kecklund, Akerstedt y Lowden, 1997). Al levantarse con sensación de cansancio, además de dormir menos horas (entre 4 y 6 horas), hacen que el turno de mañana sea el que menos interés despierte entre los agentes. Los dos factores aludidos anteriormente, provocan un incremento de somnolencia durante el día y, por ello, casi un tercio de los sujetos duermen la siesta durante un tiempo superior

a los 30 minutos, lo que a su vez ayuda a perpetuar las dificultades de sueño existentes al afectar a la calidad de sueño nocturno.

Los autores de este estudio concluyen que consumir café en exceso, puede provocar problemas de sueño. El café es un estimulante del sistema nervioso central y, según la dosis en la que se ingiera, puede producir alteraciones importantes del sueño (Clark y Landolf, 2016). En este trabajo, el 28% de la muestra ingiere tres o más tazas de café al día. De ellos, un 46% presenta una ligera somnolencia diurna, un 16,6% moderada y un 0,4% grave.

Por último, también se hallaron relaciones entre somnolencia, bienestar y burnout. En cuanto a la relación existente entre somnolencia y bienestar, la dimensión de disfunción social, entendida como la flexibilidad de que dispone el individuo para la realización del trabajo (capacidad de organización, toma de decisiones, etc.), es la que presenta un mayor grado de relación. Por ello, sería recomendable considerar la posibilidad de organizar los horarios según las necesidades de los propios trabajadores, incrementando de esta manera su bienestar y disminuyendo la somnolencia.

Por su parte, en cuanto a la relación existente entre somnolencia y burnout, la dimensión de agotamiento emocional es la que mayor relación presenta, debido a que este colectivo está tratando directamente con personas, existiendo con frecuencia fuertes implicaciones emocionales.

Para concluir, los autores de este estudio (Blasco, et al., 2002), enumeraron una serie de propuestas para reducir los problemas de sueño, proponiendo una serie de medidas a tomar en referencia al tiempo de trabajo en las organizaciones, a saber:

- Fijar los turnos de trabajo intentando respetar en todo lo posible el ciclo de sueño/vigilia (es decir, en la dirección mañana, tarde y noche).
- Facilitar a los trabajadores que presten sus servicios a turnos que puedan comer de forma equilibrada, disponiendo del tiempo necesario para realizar las comidas.
- Permitir elegir a los trabajadores los turnos de trabajo, en la medida de lo posible.

- Evitar que los turnos de noche y de tarde no sean más largos que los de mañana.
- Realizar ciclos cortos en cada turno, si es posible, inferior a una semana, para evitar así alteraciones importantes en los ritmos circadianos (por ejemplo, en muchos trabajos se obtienen buenos resultados con duraciones de los ciclos de unos 3 días).
- Incrementar el número de períodos en los que se permite dormir por la noche (por ejemplo, ofreciendo salas de descanso en el lugar de trabajo).
- Disminuir el número de años de trabajo nocturno continuado, teniendo en cuenta factores como la edad (no se recomienda por encima de los 45 años).
- Evitar, en la medida de lo posible, una carga elevada en el trabajo con turno de noche.
- Para favorecer las relaciones sociales de los trabajadores, habrá que adelantar el cuadrante lo suficiente para que puedan planificar sus actividades extralaborales.
- El establecimiento de un sistema de prevención y vigilancia médica es muy importante.
- El mantenimiento de los mismos trabajadores en el mismo turno es aconsejable para facilitar las relaciones estables.

Zubeidat y Garzón (2003) realizan un estudio que a pesar de ser de caso único es muy ilustrativo de cómo los turnos de trabajo pueden perturbar el sueño y cómo una intervención destinada a su mejora tiene el potencial de poder resolver el problema. El participante en el estudio es un miembro del ejército español que presentaba tanto problemas para iniciar el sueño como para mantenerlo, debido a su sistema de turnos de trabajo.

Para la evaluación de este estudio se utilizaron diversas herramientas, por un lado. el Autorregistro de Diario de Sueño (Morín, 1998), la Escala de Somnolencia de Stanford (ESS) (Hoddes, Dement y Zarcone, 1972) y el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburg (PSQI) (Buysse, Reynolds, Monk, Berman y Kupfler, 1989) para el estudio del sueño. Además, el Cuestionario de

Autoverbalizaciones Ansiosas (Anxious Self-Statements Questionnaire) (ASSQ) de Hollon y Kendall (1980), el Inventario de Ansiedad de Beck, Brown, Epstein y Steer (1988) y el Cuestionario de Autoevaluación de Ansiedad de Estado-Rasgo (STAI) de Spielgerger, Gorsuch y Lushene (1970) para evaluar la ansiedad y, por último, el Inventario de Depresión de Beck (BDI) para la medición de la depresión (Beck, Kovacs y Weissman, 1979).

Al margen de las herramientas anteriormente enumeradas, se utilizó el Registro Polisomnográfico, el cual se llevó a cabo en un laboratorio de sueño para poder cuantificar y observar el sueño. El militar objeto de estudio tenía una antigüedad en el Ejército Español de 11 años y presentaba problemas tanto para conciliar el sueño como para mantenerlo, puesto que frecuentemente se despertaba durante la noche. Él mismo culpaba de esos trastornos del sueño a los cambios de turnos de trabajo a los que estaba sometido en su profesión como militar. Paralelamente a estas perturbaciones del sueño, presentaba otros síntomas como cansancio, agotamiento, frecuentes dolores de cabeza, de cervicales, espalda y estómago, falta de concentración, ansiedad y pensamientos negativos.

El paciente se sometió a un tratamiento en el que la primera recomendación a seguir fue la de eliminar los turnos de trabajo que impidieran el sueño normal. En un informe psicológico se constató que el sistema de turnos rotatorios en el trabajo al que estaba sometido, estaba vulnerando su estado de salud y, por tanto, era preciso acabar con este sistema para que se reestructuraran los ciclos biológicos del sujeto.

Dicho tratamiento, además de prescribir acabar con el sistema de turnos rotatorios, establecía también técnicas cognitivas para disminuir los pensamientos negativos, técnicas conductuales para aprender a relajarse y reglas de higiene del sueño para arreglar el estilo de vida.

En cuanto a los resultados obtenidos, se puede decir que el tratamiento impuesto al paciente fue satisfactorio y eficaz, aumentando las horas de sueño, eliminando la medicación que el sujeto ingería para poder conciliar el sueño y mitigar los dolores que padecía, mejorando el estado de ánimo, adquiriendo hábitos saludables y reduciendo los dolores de cabeza, estómago y cervicales, además de la disminución del cansancio y el agotamiento.

En otro trabajo en el que se estudió la relación entre la calidad del sueño y los factores psicosociales en oficiales de policía de prisión (Guan, Zhang y Wang, 2007) se utilizó el Pittsburgh Sleep Quality Index (Buysse et al., 1989) para la medición de la calidad del sueño. La muestra estuvo compuesta por 2.093 oficiales de policía de prisiones de Guangdong. En este estudio, se observó que el 40,71% de los individuos tenía problemas de sueño. Se determinó que el problema de la calidad del sueño de los policías de prisiones era grave y que su trastorno del sueño estaba relacionado con inestabilidad en su estado ánimo, resistencia negativa a eventos de la vida y un estilo de afrontamiento disfuncional.

En el trabajo efectuado con miembros de la Policía Sueca de Kecklund et al., (2008), mencionado en apartados anteriores, también se trató la variable del sueño. Los turnos de trabajo a los que estaban sometidos los miembros objeto de estudio de la Policía Sueca, también afectaban negativamente al sueño, además de tener un impacto negativo en la salud, tal y como se especificó en el anterior apartado.

Gerber et al. (2010) en el estudio llevado a cabo con la Policía Suiza, además del estrés y la salud, también estudiaron la variable sueño. La herramienta utilizada fue el Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) (Buysse, Reynolds, Monk, Berman y Kupfer, 1989), junto con el Insomnia Severity Index (ISI) de Bastien, Vallières y Morin (2001).

Los trabajos con turnos planteaban significativamente más problemas de sueño que los trabajos que no estaban sometidos a cambios de horario. Los policías que trabajaban a turnos presentaban menos satisfacción con el sueño cuando se levantaban. No se encontró, sin embargo, una diferencia entre varones y mujeres respecto a esta variable. Los policías que estaban prestando sus servicios bajo un sistema de trabajo a turnos, manifestaban más trastornos en el sueño que los que lo hacían sin estar sometidos a turnos rotatorios.

En el año 2011 se publicó un estudio cuyo objetivo era cuantificar la asociación entre el riesgo de trastornos del sueño y los resultados de salud, seguridad y desempeño en oficiales de policía (Rajaratnam et al., 2011). La muestra seleccionada fue de 4.957 oficiales de policía de Norteamérica, siendo el 97%

de Estados Unidos y el 3% de Canadá. Para la medición de los trastornos de sueño, se utilizó el Berlin Questionnaire (Netzer, Stoohs, Netzer, Clark y Strohl, 1999), la Athens Insomnia Scale (Soldados, Dikeos y Paparrigopoulos, 2000), el RLS Epidemiology Symptoms and Treatment questionnaire (Allen, Walters y Montplaisir, 2005) y la Epworth Sleepiness Scale (Johns, 2000) y para el trastorno por turnos de trabajo, se creó una herramienta basada en la clasificación internacional de los trastornos del sueño (American Academy of Sleep Medicine, 2005).

Rajaratnam et al. (2011) concluyeron que 2.003 individuos, es decir, el 40,4% de la muestra, manifestó tener alteraciones de sueño. El 6,5% tenía insomnio entre moderado y severo y de los sujetos que prestaban sus servicios sujetos a turnos rotativos, el 14,5% presentaban trastornos ocasionados por dichos turnos. Los trastornos de sueño detectados, se asociaron con un aumento del riesgo para la salud. De las personas que manifestaron sufrir alteraciones de sueño, un 10,7% presentaba depresión.

Además de lo anteriormente expuesto, el 20% de las personas que alegaron sufrir alteraciones de sueño, manifestaron quedarse dormidas mientras conducían. Por último, también se detectaron varios trastornos secundarios asociados significativamente con la detección de alteraciones del sueño, concretamente trastornos gastrointestinales, ansiedad, ingesta excesiva de productos farmacéuticos para evitar el insomnio y sentimientos de burnout.

En un estudio reciente, con 464 oficiales de policía del departamento de Policía de Buffalo, Nueva York (el 73% varones) realizado por Fekedulegn et al. (2017), se estudió la relación entre calidad del sueño y la fatiga crónica, lesiones en el servicio, consumo de alcohol, carga de trabajo y actividad física.

Para medir la fatiga crónica, se utilizó el cuestionario desarrollado por Barton, Spelten, Totterdell, Smith, Folkard y Costa (1995). La evaluación de las lesiones en servicio, se llevó a cabo mediante el estudio de los expedientes del historial de trabajo de los policías, evaluando de esta manera la siniestralidad resultante del servicio. La calidad del sueño se midió con el Pittsburgh Sleep Quality Index (Buysse et al., 1989). El consumo de alcohol, se evaluó utilizando el Food Frequency Questionnaire y preguntando a los policías, con qué frecuencia consumían bebidas alcohólicas. La actividad física, se midió con el

cuestionario desarrollado por Sallis et al. (1985). Y, por último, para la evaluación de la carga de trabajo, se formuló la pregunta *¿cuál es el nivel de actividad laboral en su distrito?*, asignando cada sujeto un determinado nivel de carga en el trabajo (bajo, moderado o alto).

Los autores del presente estudio, constaron que los policías que mostraron problemas de sueño, incrementaban el riesgo de sufrir lesiones y accidentes en el trabajo. Por lo tanto, la variable pobre calidad de sueño es un predictor de la siniestralidad laboral. El 57% de los sujetos mostró una pobre calidad de sueño. Los policías que albergaban una sobrecarga de trabajo, mala calidad de sueño y realizaban un turno de noche, presentaron mayor prevalencia de lesiones en el trabajo en comparación de sus homólogos.



CAPÍTULO IV

MODELOS TEÓRICOS





4. MODELOS TEÓRICOS

En este apartado se va a describir el modelo teórico en el que se basa la presente tesis. Se trata del Modelo Demanda-Apoyo Social (Karasek, 1979), completado por Johnson (1988). Este modelo ha sido el más influyente en la investigación sobre el entorno psicosocial de trabajo, estrés y enfermedad desde principios de los años ochenta, además de ser uno de los modelos que presenta una mayor evidencia científica cuando se trata de explicar efectos en la salud.

Karasek, constató que las demandas psicológicas laborales y las características del propio trabajo influían tanto en la salud como en el comportamiento del trabajador. Además, dichos factores, también influyen a la hora de tomar decisiones y de usar las propias capacidades inherentes al sujeto. Esto es lo que provocó que dicho autor propusiera un modelo bidimensional para integrar estos dos tipos de conclusiones y poder ser utilizado, de esta forma, para un amplio abanico de efectos psicosociales de las condiciones de trabajo (Karasek, 1979).

Se trata de un modelo que se crea a partir de las aportaciones existentes de varias disciplinas tales como la psicología de las organizaciones o la sociología. En el campo de la psicología de las organizaciones, utiliza sus teorías sobre satisfacción y motivación en el trabajo, la autonomía y el uso de habilidades; todo ello enfocado desde un prisma productivo. En cuanto a la sociología, se nutre de las exigencias psicológicas y sociales que causan enfermedades como, por ejemplo, los acontecimientos vitales estresores.

Hay que hacer referencia a la necesidad que existía, en el ámbito concerniente a la epidemiología, de ampliar el modelo con que se afrontaban los riesgos de enfermedad cardiovascular relacionados con el trabajo (NTP 603, 2001).

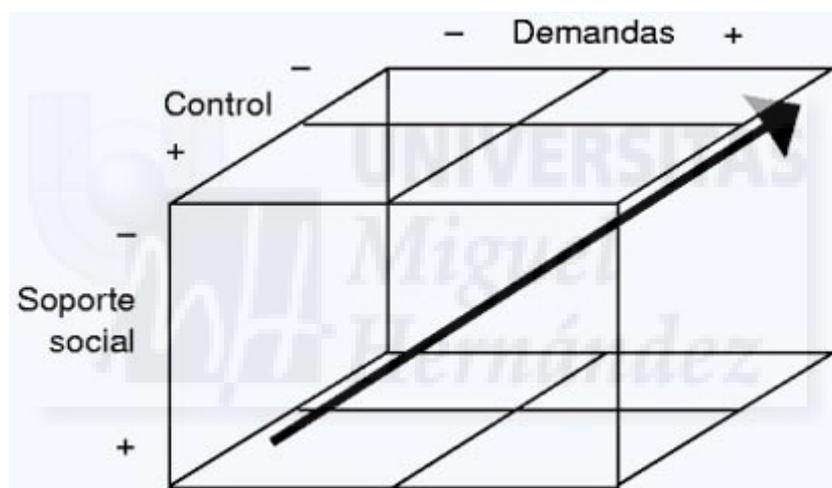
Este modelo surge como una respuesta a las demandas que se estaban produciendo en la sociedad. En los años 70, se llegó a la conclusión de que se producían alteraciones en el estado de la salud como depresión y tensión psicológica, y en el comportamiento como, por ejemplo, actitud activa en el trabajo y conducta en el tiempo de ocio. Dichas alteraciones del estado de salud y del comportamiento estaban relacionadas con dos dimensiones: las

demandas psicológicas tales como cambios y retos psicológicos y la capacidad de control como, por ejemplo, altos niveles de autonomía y el uso de capacidades propias del sujeto.

Además de lo relatado anteriormente referente a las variables *demandas psicológicas* y *control*, aparece una tercera variable: el *apoyo social* (Johnson, 1986). Dicha variable conformaría la tercera dimensión integrada en el modelo originario.

A continuación, se ofrece una imagen del modelo para facilitar su comprensión.

Figura 1. Modelo Demandas – Control – Apoyo Social (Karasek, 1979; Johnson, 1988)



Una vez enumeradas las tres dimensiones, se va a proceder a hacer una breve descripción de cada una de ellas.

En cuanto a la primera, las demandas psicológicas, se trata de las exigencias psicológicas que el trabajo implica para el sujeto. Esta variable hace referencia a la cantidad de trabajo que se lleva a cabo, la presión de tiempo, el nivel de atención y las interrupciones imprevistas. Por ello, no se limitan al trabajo intelectual, sino que, por el contrario, abarcan cualquier tipo de tarea.

En cuanto a la segunda dimensión del presente modelo, el control, hay que decir que es la dimensión esencial del modelo. Ello se debe a que el control es un recurso para moderar las demandas de trabajo. Por lo tanto, el estrés

depende más de la capacidad que atesore el trabajador para resolver las demandas del trabajo que del número de demandas existentes. Se trata de oportunidades o recursos que la organización dispensa al trabajador para que este modere o tome decisiones sobre las demandas en la planificación y ejecución del trabajo (Karasek, 1979).

Por último, en referencia a la tercera dimensión del modelo en cuestión, el apoyo social, hay que resaltar que fue añadida en 1986 por Jeffrey V. Johnson, ampliando de esta forma el modelo demandas-control con esta dimensión del apoyo social. La función de esta nueva dimensión consiste en aumentar la habilidad para hacer frente a situaciones de estrés constantes, actuando como un instrumento para moderar o regular el efecto del estrés en la salud.

En esta dimensión se contempla el clima social del lugar de trabajo, haciendo referencia tanto al clima laboral con los compañeros como con los superiores. El apoyo social y el control, suelen verse muy influidos por los cambios que se dan en la organización.

Por último, hay que decir que el apoyo social comprende dos componentes: la relación emocional que comporta el trabajo y el soporte instrumental (Johnson y Hall, 1988).

Profundizando más en el modelo en cuestión, es importante señalar que con este modelo se puede predecir el riesgo de contraer una enfermedad relacionada con el estrés. Además, también predice su relación con el comportamiento activo o pasivo. El modelo demanda-control-apoyo social tiene una estructura bidimensional, comprendiendo dos mecanismos psicológicos: el de tensión psicológica y el de aprendizaje activo.

En cuanto al primero de ellos, hay que decir que el estar sometido en el trabajo a demandas elevadas y con una escasa capacidad de control, es un predictor de aumento de la tensión psicológica y de enfermedad. Si no hay posibilidad de influir en las decisiones laborales, las demandas psicológicas incrementarán su potencial negativo, es decir, cuando se den situaciones de una gran exigencia que el trabajador no puede gestionar o no puede adaptarse a ellas, generará estrés y podrá aumentarse la velocidad de los procesos corporales de

desgaste, suponiendo una mayor probabilidad de padecer una enfermedad o incluso la muerte (NTP 603, 2001).

La hipótesis principal del modelo estipula que los niveles más bajos de bienestar psicológico y los niveles más altos de síntomas y enfermedades, suponen un incremento de la tensión. Esta alta tensión, está relacionada con enfermedades cardiovasculares, crisis asmáticas, procesos alérgicos, trastornos músculo-esqueléticos cervicales, ansiedad, etc. Por el contrario, cuando se habla de baja tensión, es decir, la situación en la que el trabajador puede controlar o gestionar las exigencias del trabajo por no ser muy exigentes, se daría una situación similar a la relajación.

Otro factor que puede modificar la tensión psicológica en el trabajo es la cantidad y la calidad del apoyo social que reciba el trabajador por parte de sus compañeros y de sus superiores. Cuando ese apoyo social está presente en el trabajador, puede ayudar a reducir parte del estrés generado por la combinación de las altas demandas psicológicas y del bajo control (NTP 603, 2001). Por otro lado, si hablamos de un apoyo social pobre o inexistente, o incluso si el trabajador se siente discriminado o intimidado, aparecerá otro posible factor que aumentará el estrés, el cual se sumará a los que ya estaban presentes.

Para hablar del segundo de los mecanismos psicológicos, el aprendizaje activo, hay que comenzar con la definición del *trabajo activo*, que es aquel en el que las exigencias son elevadas, pero, sin embargo, la organización del trabajo permite al sujeto poseer elevada capacidad de decisión para poder gestionarlo satisfactoriamente. De esta manera se puede predecir el llamado *estrés positivo*, que consiste en la situación en la que se incrementa la motivación y las posibilidades de crecimiento y desarrollo personal. De esta forma, se produce el aprendizaje de nuevos patrones de conducta y habilidades que se basan en la experiencia psicosocial del trabajo (NTP 603, 2001).

Cuando el trabajador se encuentra en este escenario, sometido a un trabajo activo, la energía que se activa por los estresores del trabajo, se consideran como desafíos y se convierten en acción, por lo que no hay tensión que genere trastornos.

Por el contrario, se habla de *trabajo pasivo*, para describir aquellos trabajos que no requieren mucha energía pero que, por el contrario, no incluyen ninguno de los aspectos de la relajación. Este trabajo pasivo provoca un entorno laboral poco atractivo que puede derivar en una pérdida de capacidades adquiridas por parte del trabajador, es decir, un *aprendizaje negativo*. Este tipo de trabajos pasivos, pueden provocar una falta de motivación en el trabajo a largo plazo.

Existen innumerables estudios en los que toman como base el modelo de Karasek (1979) y Johnson (1986). Un ejemplo de ellos es el estudio realizado por Bakker y Demerouti (2007). El propósito de este trabajo fue dar una visión de la técnica del modelo de demanda-control-apoyo social. En él, se constatan las fortalezas y debilidades de dicho modelo teórico en cuanto a modelo predictivo para el valor de los empleados. Dicho trabajo ofrece una visión general de los estudios que han sido realizados en referencia al modelo demanda-control-apoyo social y discute la evidencia para cada una de sus principales proposiciones. En dicho estudio se constata que el modelo anteriormente citado es una buena herramienta para la gestión de recursos humanos, para resaltar los puntos fuertes y débiles de los trabajadores, grupos, departamentos y organizaciones en general, aplicándose para la mejora del bienestar y el rendimiento de los empleados.

Otro estudio digno de mención, fue el llevado a cabo por Nahrgang, Morgeson y Hofmann (2010). En este artículo se analiza la relación entre demandas y los recursos de trabajo y el desgaste, el compromiso y la seguridad en los resultados en el trabajo. Se constata que un exceso de demandas de trabajo está positivamente relacionado con el agotamiento. Por el contrario, si dentro de la organización, el trabajador goza de autonomía para gestionar dichas demandas de trabajo, potencia la motivación del empleado y aumenta su seguridad en la empresa.

En este mismo sentido, Crawford, Lepine y Rich (2010), afirmaron que las demandas de trabajo y el burnout están positivamente asociados, mientras que, por el contrario, el apoyo y el burnout lo están negativamente. En este estudio se constata que mientras que la relación entre los recursos y el engagement es consistentemente positiva, la relación entre las demandas y el engagement depende altamente de la naturaleza de la demanda. Si lo

trabajadores consideran la demanda como un obstáculo, están negativamente asociadas con el engagement; si, por el contrario, se considera que dichas demandas son oportunidades, estarán positivamente asociadas con el engagement.

Schaufeli y Bakker, (2004), se centran en el burnout y en su “antítesis”, el engagement. Prueban un modelo en el que el burnout y el engagement tienen diferentes predictores y diferentes posibles consecuencias. Para ello, se utilizó el modelo de ecuaciones estructurales con el objetivo de analizar simultáneamente datos de cuatro muestras profesionales independientes donde (n = 1698).

En los resultados se delinea un modelo teórico que indica lo siguiente:

- El burnout y el engagement están relacionados negativamente, compartiendo entre el 10% y el 25% de sus varianzas.
- El burnout se predice principalmente por las demandas de trabajo, pero también por la falta de recursos de trabajo, mientras que el engagement se predice exclusivamente por los recursos de trabajo disponibles.
- El burnout está relacionado con problemas de salud (Solanes et al., 2014), así como con la intención de abandono, mientras que el engagement se relaciona sólo con el último.
- El burnout media la relación entre las demandas de trabajo y los problemas de salud, mientras que el engagement media la relación entre los recursos del trabajo y la intención del volumen de negocios. El hecho de que el burnout y el engagement muestren diferentes patrones de posibles causas y consecuencias, implica que se deben usar diferentes estrategias de intervención cuando se debe reducir el burnout o aumentar el engagement.

Profundizando en este modelo, hay que destacar los dos procesos psicológicos que comprende: el proceso energético y el proceso motivacional. El primero de los dos procesos, el energético (Hockey, 1993; 1997), vincula las demandas de trabajo con problemas de salud a través del burnout. Este proceso ofrece un enfoque cognitivo-emocional para entender el desempeño humano bajo el estrés. Se ocupa del mantenimiento de la estabilidad del rendimiento bajo

condiciones exigentes, para lo que se requiere de la movilización y del esfuerzo mental.

Cuando los trabajadores se enfrentan a altas exigencias en el trabajo, adoptan estrategias de protección del desempeño que se asocian con costos adicionales, o aceptan una reducción en el desempeño sin aumento de esfuerzo. Bajo condiciones normales de trabajo, el rendimiento permanece estable y el esfuerzo asociado se mantiene dentro de los límites habituales, aunque el nivel general de energía gastada aumenta.

Cuando esas exigencias en el trabajo se dan, a corto plazo, el trabajador puede adaptarse sin muchos problemas, pero, por el contrario, cuando dichas exigencias se mantienen durante un período prolongado, se podrían agotar los recursos energéticos del individuo (Hockey, 1997).

Cuando una persona se enfrenta a unas acusadas exigencias en el trabajo, dicha persona se somete a un nivel de esfuerzo máximo, pudiendo mantener el rendimiento objetivo, pero a expensas de un aumento en los costos compensatorios que se manifiestan psicológicamente (por ejemplo, con fatiga e irritabilidad) y fisiológicamente (por ejemplo, con un aumento de liberación de cortisol).

Una posible respuesta a las demandas excesivas en el trabajo, sería la de adoptar un determinado modo de supervivencia pasivo, ajustando los objetivos de rendimiento, como podría ser, por ejemplo, reduciendo los niveles de precisión y velocidad. En casos extremos, la desconexión puede ser completa.

Aunque el modelo compensatorio de agotamiento de Hockey (1997) no fue diseñado para explicar el agotamiento. En dicho modelo se incluyen tres dimensiones de agotamiento: agotamiento de la energía (cansancio), desconexión (cinismo) y disminución del rendimiento (eficacia reducida).

Según Maslach (1993), el agotamiento viene producido por altas demandas de trabajo que drenan la energía del empleado y en un intento de hacer frente al agotamiento resultante, el trabajador se rinde mentalmente. Sin embargo, esta estrategia no es la adecuada. De hecho, se ha podido constatar que el agotamiento emocional está relacionado con las demandas de trabajo, así como con la presión de tiempo y la sobrecarga de trabajo, tal y como se demuestra en el estudio de Lee y Ashforth (1996).

Obviamente, que las altas exigencias en el trabajo se den durante demasiado tiempo, acaba con las energías del individuo y desemboca en el agotamiento. Ello concuerda con la tensión de afrontamiento descrita por Hockey (1997).

Por otra parte, el actuar de una manera pasiva, se acerca a la segunda dimensión central del desgaste, es decir, el cinismo. De hecho, algunos estudios han encontrado que el agotamiento lleva al cinismo (Baker et al., 2000, Lee y Ashforth, 1993, Toppinen-Tanner, Kalimo y Mutanen, 2002). Esto podría sugerir que la teoría de Hockey se desarrolla de una manera dinámica a través del tiempo: después de haber invertido energía extra, hasta el punto de agotamiento, los empleados deciden que es suficiente y, por lo tanto, pasan de un modo activo a un modo de afrontamiento pasivo, el cual se caracteriza por la desvinculación.

Psicofisiológicamente hablando, el modo habitual de afrontamiento activo y, en particular, el esfuerzo de afrontamiento, está relacionado con el aumento de la actividad simpática. El proceso de sobrecarga simpática que podría conducir a un deterioro de la salud, se conoce como activación sostenida (Knardahl y Ursin, 1985).

El segundo de los procesos que integran el modelo, es el denominado proceso motivacional. Este proceso vincula los recursos del trabajo, a través del engagement, con los resultados de la organización, como, por ejemplo, la intención de volumen de negocios. Los recursos laborales pueden desempeñar un rol motivacional intrínseco porque fomentan el crecimiento, el aprendizaje y el desarrollo de los empleados o pueden desempeñar un papel de motivación extrínseca, papel que desempeñan en la consecución de los objetivos de trabajo. En el primer caso, los recursos de trabajo satisfacen tanto las necesidades humanas básicas, como las necesidades de autonomía (DeCharms, 1968), la competencia (White, 1959) y la relación (Baumeister y Leary, 1995).

De acuerdo con la teoría de la autodeterminación (Deci y Ryan, 1985), los contextos de trabajo que apoyan la autonomía psicológica, la competencia y las relaciones aumentan el bienestar y aumentan la motivación intrínseca (Ryan y Frederick, 1997). Por ejemplo, la retroalimentación adecuada fomenta el

aprendizaje, aumentando así la competencia laboral, mientras que el apoyo social satisface la necesidad de autonomía y la necesidad de pertenencia, respectivamente. Este potencial de motivación intrínseco de los recursos de trabajo también es reconocido por la Job Characteristics Theory (JCT), (Hackman y Oldman, 1980). Según esta teoría, cada trabajo tiene un potencial motivacional específico que depende de la presencia de cinco características fundamentales del trabajo: variedad de habilidades, identidad de tareas, importancia de tareas, autonomía y retroalimentación.

Además, dicha teoría plantea la hipótesis de que estas características laborales están vinculadas, a través de los denominados estados psicológicos críticos, con resultados positivos, como desempeño laboral de alta calidad, satisfacción en el trabajo y bajo ausentismo y rotación. Los recursos de trabajo también pueden desempeñar un papel motivacional extrínseco. De acuerdo con el modelo de recuperación de esfuerzo (Meijman y Mulder, 1998), entornos de trabajo que ofrecen muchos recursos, fomentan la voluntad de dedicar sus esfuerzos y habilidades a la tarea de trabajo. En ese caso, es probable que la tarea se complete con éxito y que se alcance la meta de trabajo. Por ejemplo, los compañeros de apoyo y la retroalimentación adecuada de su superior aumentan la probabilidad de ser exitoso en la consecución de sus metas laborales.

En cualquier caso, ya sea a través de la satisfacción de necesidades básicas o mediante el logro de metas laborales, el resultado es positivo y comprometido. A su vez, es plausible suponer que los trabajadores comprometidos tienen una baja tendencia a abandonar la organización. Después de todo, la organización les proporciona valiosos recursos de trabajo que mejoran el aprendizaje, el crecimiento y el desarrollo (Houkes, Janssen, De Jonge y Nijhuis, 2001). En otras palabras, el engagement espera mediar en la relación entre los recursos de trabajo y la intención de salir de la empresa.



CAPÍTULO V

OBJETIVOS E HIPÓTESIS





5. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

A continuación, presentaremos los objetivos y las hipótesis que nos planteamos en el presente trabajo de investigación

5.1 Objetivos

El objetivo del presente trabajo de investigación es conocer la salud ocupacional de los policías locales de la población de Elda y Elche. Para ello, nos planteamos, por un lado, identificar para los policías locales de Elda y Elche, los factores de riesgo para su salud general y salud laboral que sería deseable eliminar y, por otro, los factores de protección que sería deseable impulsar. Esta identificación ayudará en la priorización de las medidas preventivas o correctoras a considerar e implantar.

5.2 Hipótesis

Partiendo de este objetivo principal, proponemos los siguientes objetivos específicos que concretaremos en una serie de hipótesis:

1. Examinar si en la satisfacción laboral, burnout, engagement, tensión laboral, salud, sueño y factores de riesgo psicosocial mostrados por los policías locales, influyen variables sociodemográficas generales y laborales específicas a este colectivo.

Este objetivo pretende identificar, en primer lugar, si existen diferencias significativas en los valores de satisfacción laboral, burnout, engagement, tensión laboral, salud y sueño con respecto a factores de riesgo psicosocial, mostrados por los policías locales en función del (1) sexo; (2) edad; (3) estado civil; (4) contribución económica a la unidad familiar; (5) responsabilidad en tareas en el hogar familiar; (6) nivel de estudios; (7) nivel jerárquico en la empresa; (8) Turnos de trabajo; (9) horas de trabajo semanales; (10) y horario de trabajo.

Una vez demostrada la existencia de diferencias, se identificará entre qué grupos se producen las diferencias en satisfacción laboral, burnout,

engagement, tensión laboral, salud, sueño y factores de riesgo psicosocial y en qué dirección se estarían produciendo.

H1: Existen diferencias significativas en la satisfacción laboral, burnout, engagement, tensión laboral, salud, sueño y factores de riesgo psicosocial, mostrados por los policías locales en función de la variable sexo.

H2: Existen diferencias significativas en la satisfacción laboral, burnout, engagement, tensión laboral, salud, sueño y factores de riesgo psicosocial, mostrados por los policías locales en función de su edad (hasta 40 años, entre 41 y 55 años, 56 años o más).

H3: Existen diferencias significativas en la satisfacción laboral, burnout, engagement, tensión laboral, salud, sueño y factores de riesgo psicosocial, mostrados por los policías locales en función del estado civil (soltero viviendo solo o con padres, casado o viviendo en pareja, divorciado o separado y viudo).

H4: Existen diferencias significativas en la satisfacción laboral, burnout, engagement, tensión laboral, salud, sueño y factores de riesgo psicosocial, mostrados por los policías locales en función de la contribución económica a la unidad familiar (único responsable, más del 50%, aproximadamente el 50% y menos del 50%).

H5: Existen diferencias significativas en la satisfacción laboral, burnout, engagement, tensión laboral, salud, sueño y factores de riesgo psicosocial, mostrados por los policías locales en función de la responsabilidad en tareas en el hogar familiar (principal responsable, comparte tarea y otra persona es la responsable total).

H6: Existen diferencias significativas en la satisfacción laboral, burnout, engagement, tensión laboral, salud, sueño y factores de riesgo psicosocial, mostrados por los policías locales en función del nivel de estudios (primarios, medios y superiores).

H7: Existen diferencias significativas en la satisfacción laboral, burnout, engagement, tensión laboral, salud, sueño y factores de riesgo

psicosocial, mostrados por los policías locales en función del nivel jerárquico en la empresa (mando intermedio y agente).

H8: Existen diferencias significativas en la satisfacción laboral, burnout, engagement, tensión laboral, salud, sueño y factores de riesgo psicosocial, mostrados por los policías locales en función de los turnos de trabajo (mañana, noche, indistinto y mañana y tarde).

H9: Existen diferencias significativas en la satisfacción laboral, burnout, engagement, tensión laboral, salud, sueño y factores de riesgo psicosocial, mostrados por los policías locales en función de las horas de trabajo (de 24 a 40 horas y más de 40 horas).

H10: Existen diferencias significativas en la satisfacción laboral, burnout, engagement, tensión laboral, salud, sueño y factores de riesgo psicosocial, mostrados por los policías locales en función del horario de trabajo (fijo y rotatorio).

2. Explicar la relación entre los factores de riesgo psicosocial y la satisfacción laboral, burnout, engagement, tensión laboral, salud y sueño de los policías locales.

H11: Existen diferentes factores de riesgo psicosocial que inciden sobre la satisfacción laboral de los policías locales.

H12: Existen diferentes factores de riesgo psicosocial que inciden sobre el burnout de los policías locales.

H13: Existen diferentes factores de riesgo psicosocial que inciden sobre el engagement de los policías locales.

H14: Existen diferentes factores de riesgo psicosocial que inciden sobre la tensión laboral de los policías locales.

H15: Existen diferentes factores de riesgo psicosocial que inciden sobre la salud de los policías locales.

H16: Existen diferentes factores de riesgo psicosocial que inciden sobre el sueño de los policías locales.



II. MARCO EMPÍRICO





CAPÍTULO VI

MÉTODO





6. MÉTODO

Dentro de este sexto capítulo, se presentarán las características de los participantes que compusieron la muestra, el procedimiento que se llevó a cabo para el desarrollo del trabajo, de los instrumentos de medida, haciendo una subdivisión entre las variables sociodemográficas y laborales y los cuestionarios y variables utilizados, para concluir el apartado con una descripción del análisis de datos efectuado.

6.1. Participantes

La plantilla de la Policía Local de Elda, constaba de 118 policías locales. Como criterio de inclusión se exigió únicamente formar parte de la Plantilla de la Policía Local de Elda. No se dieron criterios de exclusión.

La muestra estuvo compuesta por 95 policías locales, de los cuales 93 fueron hombres (97.90%). Las edades estaban comprendidas entre los 23 y los 60 años ($M = 40.86$; $DE = 7.78$), perteneciendo los individuos de dicha muestra a la Policía Local de dos municipios de la Provincia de Alicante, en concreto, el 84.21% ($n = 80$) eran policías locales de la población de Elda y el 15.79% ($n = 15$) lo eran de la población de Elche (más adelante se explicará el porqué de la inclusión en la muestra de los policías de Elche).

La muestra se recogió en el año 2014, tratándose de un estudio transversal de los colectivos de la Policía Local de Elda y de la Policía Local de Elche.

Todos los sujetos que componían dicha muestra tenían nacionalidad española. La mayoría de ellos estaban casados o viviendo con su pareja, concretamente 53 de ellos (55.80%), 4 (4.20%) eran solteros y vivían con sus padres, 14 (14.70%) eran solteros y vivían solos, 15 (15.80%) eran divorciados o separados, 8 (8.40%) viudos y 1 (1.10%) se autocalificó en el apartado de otros sin especificar. La mayoría de los policías locales tenían hijos, concretamente 66 de ellos (69.50%).

De los individuos objeto de este estudio, 44 (46.30%) constituían el 100% de los ingresos económicos del hogar familiar, 38 (40.00%) más del 50%, 8 (8.40%) el 50% y 5 (5.30%) menos del 50% de dichos ingresos.

Respecto a la responsabilidad en las tareas de casa, 25 (26.30%) eran los principales responsables, 49 (51.60%) compartían las tareas y 21 (22.10%) contaban con otra persona sobre la que recaía dicha responsabilidad.

En cuanto al nivel de estudios, 3 (3.16%) tenían el graduado escolar, 67 (70.53%) bachiller, 9 (9.47%) una diplomatura y 16 (16.84%) eran licenciados. De estos últimos, 89 (93.70%) habían concluido sus estudios.

Dentro de las variables laborales, respecto a los años que llevaban trabajando, éstos oscilaban entre 3 y 42 ($M = 19.98$; $DE = 8.64$), mientras que los años que llevaban trabajando en la empresa actual estaban comprendidos entre 3 y 40 años ($M = 14.48$; $DE = 8.18$, en cuanto a los años) ($M = 1.74$; $DE = 2.71$, en cuanto a los meses).

De los sujetos que componían la muestra, 5 (5.30%) eran mandos intermedios y 90 (94.70%) eran agentes. Existían diversos turnos de trabajo, realizando alguno de los trabajadores un turno fijo o turnos rotatorios; concretamente, prestaban sus servicios sólo por la mañana 1 (1.10%), turnos de mañana y tarde 8 (8.40%), turnos de noche 15 (15.80%) e indistintamente 71 (74.70%) (ver anexo 2).

Todos ellos eran funcionarios de carrera, prestando sus servicios en el Sector Público. De ellos, 65 (68.40%) realizaban de 24 a 40 horas semanales y 30 (31.60%) más de 41 horas a la semana.

6.2 Procedimiento

Para el reclutamiento de la muestra, se contactó con la Policía Local de Elda y con la Policía Local de Elche. En primer lugar, se estableció contacto con la Policía Local de Elda, concretamente con el Oficial de la Unidad Administrativa, al que se le proporcionó la información oportuna y de quien se obtuvo el permiso correspondiente para poder efectuar la evaluación de los participantes. Este primer contacto tuvo lugar a primeros del mes de mayo del año 2014.

Como el estudio precisaba de la participación de policías sometidos a todos los turnos de trabajo existentes, se tuvo que acudir varias veces a las instalaciones de la Policía Local de Elda para hacer la entrega de los cuestionarios en varias

sesiones. Para ello, se aprovechó el momento de “briefing”. Es en ese momento, antes de empezar el servicio, cuando se reúne a los policías del turno en cuestión en una sala, llamada “sala de briefing”, para darles las llaves de su coche o moto, el equipo de telecomunicaciones (walkie-talkies) e indicarles los servicios a realizar durante la jornada a través de un parte de servicio.

En cada uno de los turnos se dio la información oportuna y se pidió la colaboración voluntaria de los policías allí presentes. Una vez repartidos los cuestionarios con las debidas instrucciones, éstas se leyeron en voz alta y se aclararon todas las dudas que surgieron al respecto.

Se hizo hincapié en la sinceridad de las respuestas y en el anonimato y confidencialidad que en todo momento iba a caracterizar al proceso. Para reforzar este último punto, se entregó a todos los sujetos un sobre vacío para que, una vez cumplimentado el cuestionario, lo introdujeran en él y fuera entregado al investigador principal, el cual estuvo presente en todo momento.

Al cumplimentarse los cuestionarios en cada una de las sesiones, se recogían todas las pruebas y el investigador principal se ofrecía para responder a cualquier pregunta que pudiera surgir referente a la medición del cuestionario o al trabajo de investigación en su totalidad.

Ante la necesidad de tener que contar en la muestra con policías que rotaran en todos los turnos y otros que tuvieran turnos fijos y al no existir en el Cuerpo de la Policía Local de Elda personal que hiciera un turno fijo de noche, hubo que contactar con otra localidad en la que sí se diera el caso. Fue entonces, en el mes de junio, cuando se estableció contacto con la Policía Local de Elche, donde sí que existía ese turno fijo de noche, al objeto de completar la muestra. Concretamente, se contactó con el oficial responsable de dicho turno de noche, dándole toda la información correspondiente y solicitando el permiso oportuno.

El procedimiento llevado a cabo fue el mismo que el seguido con la Policía Local de Elda, con la única salvedad de que se pudo hacer la entrega de los cuestionarios en un mismo día, puesto que se trataba de sólo 15 policías locales del turno de noche que voluntariamente iban a participar.

Esta sesión de entrega y recogida de cuestionarios tuvo lugar a mediados del mes de junio de 2014.

6.3 Instrumentos y variables

En este apartado se hará una descripción de los instrumentos utilizados en la presente investigación y las diferentes variables que componen cada uno de ellos.

Satisfacción laboral

La evaluación de la satisfacción laboral se hizo con el Cuestionario de Satisfacción Laboral S20/23 de Meliá y Peiró (1989). Este cuestionario, que consta de 23 ítems, está diseñado para la obtención de una evaluación útil y rica de contenido de la satisfacción laboral, teniendo en cuenta las restricciones y motivaciones temporales a las que están frecuentemente expuestos los sujetos en contextos organizacionales. Además, permite una medida global de la satisfacción y la descripción de cinco factores: satisfacción con la supervisión, satisfacción con el ambiente físico de trabajo, satisfacción con las prestaciones recibidas, satisfacción intrínseca del trabajo y satisfacción con la participación.

En lo referente al primer factor, satisfacción con la supervisión, da cuenta de cómo los superiores juzgan la tarea, la supervisión recibida, la proximidad y frecuencia de supervisión, el apoyo recibido de los superiores, las relaciones personales con los superiores, y la igualdad y justicia de trato recibida de la empresa.

El segundo factor, satisfacción con el ambiente físico de trabajo, agrupa cinco ítems relativos al entorno físico y el espacio en el lugar de trabajo, la limpieza, higiene y salubridad, la temperatura, la ventilación y la iluminación.

El factor número tres, la satisfacción con las prestaciones recibidas, se refiere al grado en que la empresa cumple con el convenio, la forma en que se da la negociación, el salario recibido, las oportunidades de promoción y las de formación.

Por su parte, el factor cuarto, la satisfacción intrínseca del trabajo, se refiere a las satisfacciones que da el trabajo por sí mismo, las oportunidades que ofrece el trabajo de hacer aquello que gusta o en lo que se destaca y los objetivos, metas y producción a alcanzar.

Por último, el quinto factor, la satisfacción con la participación, se refiere a la satisfacción con la participación en las decisiones del grupo de trabajo, del departamento o sección o de la propia tarea.

La fiabilidad del cuestionario está situada en 0,95, según Coeficiente Alfa de Cronbach.

Burnout

Para la evaluación del burnout se utilizó la adaptación al castellano de Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró y Grau (2000) del *Maslach Burnout Inventory General Survey* (MBI-GS) de Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson (1996). Se trata de un instrumento que mide el burnout fuera de los servicios humanos ya que sus dimensiones o escalas se definen de forma más general al trabajo que uno realiza. El burnout es un estado de agotamiento en el que el trabajador se muestra cínico con respecto al valor y sentido de su trabajo y duda de su capacidad para realizarlo.

Las bajas puntuaciones en eficacia profesional y altas puntuaciones en agotamiento, cinismo y despersonalización, suponen percibirse más quemado en el trabajo. En cuanto a los factores que contempla, el primero, agotamiento, mide la fatiga emocional; el segundo factor, el cinismo, refleja indiferencia o actitud de distancia hacia el trabajo que uno realiza y no se centra en las personas hacia las que se dirige éste. Se considera que evalúa el intento de los individuos de distanciarse del trabajo como estrategia de afrontamiento frente a las exigencias agotadoras de éste, y las actitudes de cinismo pueden ser una estrategia de afrontamiento disfuncional, pues reducen la energía del individuo para hacer un buen trabajo y para desarrollar soluciones creativas a los problemas laborales. El tercer factor, la eficacia profesional, es la eficacia percibida en el desarrollo del trabajo. Se centra más en las expectativas de éxito del sujeto. Por último, el cuarto factor es la despersonalización, que es la

cualidad de burnout que está de forma más exclusiva asociada al trabajo con personas.

Los resultados del análisis de fiabilidad de la adaptación española, demuestran que la consistencia interna de las escalas del cuestionario presenta unos valores altamente satisfactorios que oscilan entre 0,84 y 0,89 para las tres subescalas.

En este instrumento, el valor de cada uno de los ítems es directo, haciendo referencia a 0, 1, 2, 3, 4, 5 ó 6. Consta de 21 ítems.

Engagement

Para la evaluación de esta variable, se utilizó el cuestionario Utrecht Work Engagement Scale de Schaufeli, Slanova, González-Romá y Bakker (2002). Según Maslach y Leiter (1997), el engagement se caracteriza por energía, implicación y eficacia, que son los opuestos directos a las tres dimensiones del burnout. El compromiso con el trabajo es un estado genérico en el que un trabajador se empeña en realizar su trabajo de manera excelente y experimenta altos sentimientos de efectividad. Los trabajadores que puntúan alto en engagement tienen una alta energía y conectan perfectamente con su trabajo, percibiéndose a sí mismos como capaces de afrontar eficazmente las diferentes demandas de sus trabajos. El engagement se ha definido (Schaufeli et al., 2002) como un constructo motivacional positivo relacionado con el trabajo que está caracterizado por el vigor, dedicación y absorción. Más que un estado específico y temporal, el engagement se refiere a un estado cognitivo-afectivo más persistente en el tiempo, que no está focalizado sobre un objeto o conducta específica.

En cuanto a sus tres factores, el vigor se caracteriza por altos niveles de energía mientras se trabaja, de persistencia y de un fuerte deseo de esforzarse en el trabajo. El segundo factor, la dedicación, se manifiesta por altos niveles de significado del trabajo, de entusiasmo, inspiración, orgullo y reto relacionados con el trabajo que uno realiza. Es un concepto cercano al término "implicación en el trabajo". Por último, el tercer factor, la absorción, se caracteriza por estar plenamente concentrado y feliz realizando el trabajo,

mientras se tiene la sensación de que el tiempo pasa rápidamente y uno se deja “llevar” por el trabajo. Es un concepto cercano al término “flow” o estado de experiencia óptima caracterizado por la atención focalizada, claridad mental, control sobre el ambiente, pérdida de auto-consciencia, distorsión del tiempo y disfrute de la tarea (Csikszentmihalyi, 1990). No obstante, el “flow” se refiere a una experiencia temporal y no tanto a un estado psicológico más persistente en el tiempo, como es el caso del engagement.

Su fiabilidad en su conjunto, según el Coeficiente de Cronbach, es de 0,87. Este instrumento consta de 17 ítems, siendo el valor de cada uno de ellos directo, haciendo referencia a 0, 1, 2, 3, 4, 5 ó 6.

Autoeficacia

La evaluación de esta variable se hizo con la Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarzer (1996). En relación a esta variable, hay que decir que cuando se habla de autoeficacia, se hace en un sentido concreto, es decir, se hace 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. Su fiabilidad, según el Coeficiente de Cronbach, es de 0,75.

Este instrumento consta de 10 ítems, siendo el valor de cada uno de los ítems directo, haciendo referencia a 1, 2, 3 ó 4 puntos. La puntuación total se obtiene del promedio de los 10 ítems.

Factores de riesgo psicosocial

Para la evaluación de esta variable se utilizó la versión de Solanes, Tirado y Martín del Río (2004), de la Encuesta del Método de Evaluación de los Factores Psicosociales del INSHT (Martín y Pérez, 1997). Al pretenderse el establecimiento del grado de riesgo psicosocial, tras invertir los valores de aquellos ítems que indican bienestar psicosocial, las puntuaciones en cada factor se interpretan de la siguiente forma: a mayor puntuación, menor bienestar psicosocial y, por tanto, mayor riesgo psicosocial derivado del factor. A continuación, se va a explicar cómo se produce la evaluación de los 18 factores que contempla.

- *Capacidad para tomar decisiones en el trabajo*: se evalúa la capacidad del sujeto para tomar decisiones en su trabajo en cuanto a la planificación del mismo, resolución de incidencias, distribución de tareas y calidad y cantidad de trabajo a realizar. Se podría definir la capacidad para tomar decisiones como la aptitud del trabajador para controlar sus actividades y la utilización de sus capacidades. El ofrecimiento de mayores oportunidades a los trabajadores de participar en el proceso de toma de decisiones contribuye a incrementar el rendimiento, reducir la rotación de personal y mejorar los niveles de bienestar físico y mental. En cuanto a la puntuación, cuanto más puntuación se obtenga, menor capacidad para tomar decisiones dentro de su trabajo.
- *Ambigüedad de rol*: se evalúa la ambigüedad de rol preguntando al sujeto acerca de la claridad de sus funciones y tareas tanto de forma cuantitativa como cualitativa, la claridad del producto que se debe obtener y del servicio a prestar, del tiempo asignado para ello y de la responsabilidad que el sujeto tiene sobre su propio trabajo. Cuanto mayor sea la puntuación obtenida, mayor la ambigüedad del rol, es decir, el sujeto no recibe información clara respecto a diferentes aspectos de su trabajo.
- *Relaciones interpersonales*: mide la calidad de las relaciones personales de los trabajadores y es evaluado a través de diferentes conceptos como la calidad de las relaciones que el trabajador tiene con los distintos colectivos con los que se puede tener contacto (compañeros de trabajo, subordinados

y clientes) y la valoración de las relaciones que se dan generalmente en el grupo de trabajo. Las buenas relaciones entre los miembros de un equipo de trabajo se consideran un elemento primordial de la salud personal y de la organización (Cooper y Payne, 1988). Las malas relaciones laborales se caracterizan por la poca confianza, el bajo nivel de apoyo y el escaso interés por solucionar problemas dentro de la organización. A mayor puntuación, el sujeto mantiene unas peores relaciones con las personas de su entorno laboral.

- *Supervisión*: los aspectos que se han tenido en cuenta para evaluar el grado de supervisión ejercido sobre el trabajo del sujeto han sido 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. El estilo de supervisión por parte de los directivos es un factor de riesgo de origen psicosocial importante debido a los sentimientos de presión en el trabajo que puede generar un comportamiento desconsiderado del superior. Una supervisión estrecha y una rígida supervisión del rendimiento se constituyen como importantes factores de estrés. A mayor puntuación, el sujeto percibe mayor control de la jefatura sobre su trabajo.
- *Habilidades motoras y cognitivas básicas para el trabajo*: evalúan las diferentes habilidades tanto de carácter motor como cognitivo que el sujeto percibe que son las requeridas por su puesto de trabajo. Las habilidades que se evalúan son la atención, la memoria, la destreza manual, la capacidad de concentración y la precisión. A mayor puntuación, el sujeto percibe que puede participar menos de las decisiones de la empresa y aportar menos sugerencias.
- *Canales de participación*: este factor se evalúa a partir de la valoración que el trabajador otorga al grado de participación efectiva respecto a distintos aspectos del trabajo, así como por la valoración que el trabajador realiza de distintos medios de participación. A mayor puntuación, el sujeto percibe que puede participar menos de las decisiones de la empresa y aportar menos sugerencias.
- *Autonomía temporal*: los ítems del cuestionario que hacen referencia a la autonomía temporal miden la posibilidad del individuo de marcarse su propio

ritmo de trabajo y las pausas durante el transcurso del mismo. Por autonomía se entiende el margen de discrecionalidad concedida al trabajador sobre la gestión de su tiempo de trabajo y descanso (Martín y Pérez, 1997). Está asociada, sobre todo, a las teorías que se refieren a la oportunidad de diseñar el trabajo de tal manera que sea intrínsecamente motivador, satisfactorio y conducente al bienestar físico y mental. A mayor puntuación, el sujeto percibe que tiene una menor autonomía en su trabajo.

- *Importancia del trabajo*: este factor evalúa la percepción del sujeto acerca de la importancia que tiene su trabajo para el conjunto de las personas que le rodean. Así, evalúa el nivel de importancia que percibe que su trabajo tiene 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. A mayor puntuación, el sujeto percibe que el trabajo que realiza es menos importante para la empresa, sus superiores, sus compañeros de trabajo, los clientes y para su familia y amistades.
- *Poca variedad y repetitividad*: evalúa el grado en que el sujeto percibe que la tarea que realiza es monótona y repetitiva. Se pregunta acerca de la variedad de las tareas, la repetitividad y duración de las mismas y de si el trabajo resulta, en líneas generales, rutinario. A mayor puntuación, el sujeto percibe que su trabajo es más repetitivo y monótono.
- *Dificultad de la tarea*: mide el grado de dificultad que el sujeto percibe que la tarea que realiza. Evalúa aspectos como la cantidad de información que el sujeto maneja, el grado de dificultad de la información y, a nivel general, si el trabajo que realiza le resulta o no difícil. A mayor puntuación el sujeto percibe que su trabajo posee una dificultad mayor, mayor cantidad de información, información más complicada y trabajo difícil de realizar.
- *Habilidades sociales de gestión para el trabajo*: se evalúan las diferentes habilidades sociales que el sujeto percibe que son las requeridas para la gestión del puesto de trabajo. Las habilidades que se evalúan son la capacidad de organización y planificación del trabajo, el grado de iniciativa propia del trabajador, transmisión de información y la capacidad de trabajo

en equipo. A mayor puntuación, el sujeto percibe que su trabajo requiere de mayores habilidades sociales para gestionarlo.

- *Nivel de fatiga en el trabajo*: este factor evalúa, sobre todo, aspectos relativos a la fatiga mental. De este modo, quedan reflejados aspectos como el nivel de atención sostenida, la rapidez de ejecución de la tarea y una medida de fatiga en general. La fatiga percibida es una de las principales consecuencias que se desprenden de una sobrecarga de las exigencias de la tarea. La fatiga mental es una consecuencia normal del proceso de enfrentarse a la carga mental del trabajo. Las cargas prolongadas o las exigencias de un trabajo demasiado intensas, pueden llegar a causar, a corto plazo, situaciones de sobre carga (fatiga) y subcarga (monotonía, hastío) y a largo plazo, incluso, otras consecuencias como síntomas de estrés y enfermedades laborales. A mayor puntuación, el sujeto percibe que la realización de su trabajo produce un nivel de fatiga mayor.
- *Capacidad de adaptación a nuevas situaciones derivadas del entorno laboral*: los ítems referentes a la capacidad del sujeto de adaptarse a nuevas situaciones del entorno laboral se basan principalmente en dos aspectos a medir, que son la capacidad de adaptarse a nuevas situaciones que el trabajo requiere y la oportunidad que ofrece de aprender nuevas cosas y métodos nuevos para el sujeto. A mayor puntuación, el sujeto percibe que la realización de su trabajo produce un nivel de fatiga mayor.
- *Información de la organización*: este factor evalúa el nivel de información que el sujeto recibe de la organización tanto de forma escrita y común en tablones de anuncios, de forma individual dirigida a cada trabajador y de forma oral mediante reuniones y asambleas. La falta de información de la organización puede contribuir en gran medida a aumentar la ambigüedad del rol del sujeto y es una fuente de incertidumbre y estrés laboral. A mayor puntuación, el sujeto percibe que tiene menos acceso a medios de información de la empresa (tablones de anuncios, información escrita dirigida a los trabajadores, información oral).
- *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 y la información que está disponible para el trabajador

desde la dirección. A mayor puntuación, el sujeto percibe que se relaciona menos con sus superiores, tanto a nivel formal como informal.

- *Carga mental (retrasos y recuperación de los mismos)*: 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 recuperar éstos. Por carga mental, se entiende el grado de movilización, el esfuerzo intelectual que debe realizar el trabajador para hacer frente al conjunto de demandas que recibe el sistema nervioso en el curso de realización de su trabajo. 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.
- *Motivación intrínseca en el trabajo*: se consideran aspectos intrínsecos de la motivación aquellos relacionados con el contenido del trabajo, con la actividad que se requiere para su desempeño. Se ha medido la variable motivación intrínseca 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. A mayor puntuación, el sujeto se siente menos motivado de forma intrínseca en su trabajo en cuanto a su posibilidad de promoción profesional y la posibilidad de que el trabajo suponga un reto para él.
- *Motivación extrínseca (salario)*: se consideran aspectos extrínsecos de la motivación aquellos relacionados con el entorno laboral, con el ambiente en el que se desarrolla la actividad y que son de naturaleza material. La 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. 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.

Tensión laboral

Para la evaluación de esta variable, se utilizó la versión de Steptoe, Cropley y Joeques (1999), basada en el modelo de demandas-control de Karasek (1979).

La tensión laboral se define como las respuestas físicas y psicológicas perjudiciales que se dan cuando los requerimientos del trabajo no se ajustan con las capacidades, recursos o necesidades del trabajador. Las mayores reacciones adversas de la tensión psicológica suceden cuando las demandas psicológicas son altas y la latitud de decisión del trabajador es baja. Si además se produce un bajo apoyo social en el trabajo, se incrementa más el riesgo.

Existen tres factores que influyen en esta variable; el primero, las demandas psicológicas, está relacionada con “cómo de duro trabajan los trabajadores”, sobrecarga mental (Meshkati, Hancock y Rahami, 1990), restricciones de la organización en la finalización de la tarea y las demandas contradictorias, englobando así la cantidad de trabajo, sus exigencias mentales y sus constreñimientos temporales. El segundo factor es la latitud de decisión, es decir, el control. Se relaciona con el control del trabajador sobre el desempeño de su trabajo, mediante la posibilidad de ser creativo y desarrollar las propias habilidades y con la habilidad de tomar decisiones en el trabajo. Está medida se evalúa mediante dos subdimensiones (Karasek y Theorell, 1990). La primera *skill discretion* (criterio de habilidad) se mide mediante un conjunto de cuestiones que calcula el nivel de habilidades y creatividad requerida en el trabajo y la flexibilidad permitida al trabajador para decidir qué habilidades usar. La segunda, *decisión authority* (autoridad de decisión), evalúa las posibilidades que la organización transmite a los trabajadores para que decidan sobre su trabajo (autonomía, ej. Hackman y Lawler, 1971). Una pregunta sobre las habilidades requeridas por el trabajo permite una evaluación de la subutilización de las habilidades. Además, también se evalúa la posibilidad de influencia de la participación en el nivel organizacional, así como la unión y la participación en grupo. Por último, el tercer factor, es el apoyo social que se añade posteriormente al modelo (Johnson y Hall, 1988) ampliaron el modelo mediante la adición del apoyo social. Se supone que los trabajos con altas demandas, bajo control y bajo apoyo social en el trabajo (de los compañeros y de los supervisores), son los que tienen un mayor riesgo de enfermedad (Johnson, 1989; Karasek y Theorell, 1990).

Este instrumento consta de 15 ítems, siendo el valor de cada uno de ellos directo, haciendo referencia a 1, 2, 3 ó 4 puntos. Hay que indicar que se han de invertir las puntuaciones del ítem 14.

Sueño

Una de las herramientas que se utilizó para la evaluación de esta variable, fue el Cuestionario de historia del Sueño (Miró, Martínez y Arriaza, 2006). En este instrumento, que consta de 12 ítems, las escalas tienen una interpretación cualitativa. A la hora de interpretar el patrón de sueño del individuo, hay que tener en cuenta los siguientes datos:

- Si se duerme menos de 6 horas, se trata de un patrón de sueño corto.
- Si se duerme entre 7 y 8 horas, el patrón de sueño es intermedio.
- Si se duerme más de 9 horas, se trata de un patrón de sueño largo.

Si el sujeto duerme siesta a diario, hay que sumar ese tiempo de la siesta al número de horas que se duerme por la noche, obteniéndose el patrón de sueño con el número de horas resultantes de la suma. La interpretación de los datos es más fiable cuando no se duerme siesta, siendo información adicional lo que ésta proporciona.

Debe de existir una coherencia en las respuestas a las distintas preguntas formuladas en la escala, de tal manera que ha de coincidir, por ejemplo, hora de acostarse, hora de levantarse, número de despertares nocturnos y el tiempo que tarda en dormirse el sujeto, con el número de horas que se han dormido.

Otra cuestión a tener en cuenta es que se excluirán a todos aquellos sujetos que tengan trastornos de sueño, puesto que sus patrones de sueño no estarán dentro de la normalidad y, por tanto, modificarían los resultados.

Distintos síntomas. SCL-90

Para la medición de las variables que a continuación se detallarán en este apartado, se utilizó el Inventario de Síntomas SCL-90-R (Derogatis, 1977). Dicho inventario se desarrolló para la evaluación de patrones de síntomas

presentes en individuos, pudiéndose utilizar tanto en tareas comunitarias como en diagnóstico clínico.

Es un cuestionario que consta de 90 ítems y se responde sobre la base de una escala de cinco puntos (0-4). La evaluación e interpretación se hace en función de nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico. Las primeras son: somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. En cuanto a los índices globales, son los siguientes: Índice Global de Severidad, Índice Positivo de Malestar y Total de Síntomas Positivos. Hay que tener en cuenta que, para la confección de este cuestionario, se pide que se responda en función de cómo se ha sentido durante los últimos siete días.

A continuación, pasaremos a hacer una breve explicación de lo que hay que tener en cuenta para la evaluación de las distintas dimensiones.

En cuanto a las somatizaciones, se evalúa la presencia de malestar que el sujeto percibe en relación con diferentes disfunciones corporales tales como las de tipo cardiovascular, gastrointestinal y respiratorias.

En referencia a las obsesiones y compulsiones, se incluyen síntomas que se identifican con pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados.

Respecto a la sensibilidad interpersonal, hay que decir que se focaliza en detectar la existencia de sentimientos de inferioridad, inadecuación y especialmente cuando la persona se compara con sus semejantes.

En cuanto al síntoma de la depresión, hay que tener en cuenta que los ítems que componen esta subescala, representan una muestra representativa de las principales manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo (estado de ánimo disfórico, falta de motivación, sentimientos de desesperanza, poca energía vital e ideas de suicidio).

Con respecto a la ansiedad, se evalúa la existencia de signos generales dicha ansiedad, tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico y miedos.

La hostilidad es otro de los síntomas evaluados en este cuestionario. Esta dimensión hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enfado.

Para la ansiedad fóbica, se alude a una respuesta persistente de miedo a personas específicas, lugares, objetos y situaciones, la cual es en sí misma irracional y desproporcionada en relación al estímulo que la provoca.

Otra de los síntomas objeto de estudio en este cuestionario, es la ideación paranoide. Se evalúan comportamientos paranoides, fundamentalmente en desórdenes del pensamiento (pensamiento proyectivo, suspicacia y temor a la pérdida de autonomía).

La última de las dimensiones es la del psicoticismo. El objetivo de esta dimensión es representar el constructo como dimensión continua de la experiencia humana. Se incluyen síntomas referentes a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control de pensamiento.

Además de las nueve dimensiones descritas, existen siete ítems que no se incorporan a ninguna de dichas dimensiones, pero que tienen relevancia clínica. A saber:

- 19: Poco apetito.
- 44: Problemas para dormir.
- 59: Pensamientos sobre la muerte.
- 60: Comer en exceso.
- 64: Despertarse muy temprano.
- 66: Sueño intranquilo.
- 89: Sentimientos de culpa.

En cuanto a los tres índices globales enumerados anteriormente, hay que tener en cuenta una serie de matices, los cuales se van a detallar a continuación.

El primero de los índices es el de Severidad Global. Es un buen indicador del nivel actual de la severidad del malestar, combinando el número de síntomas reconocidos como presentes con la intensidad del malestar percibido. Se calcula con la suma de las puntuaciones obtenidas en las nueve dimensiones

de síntomas y en los ítems adicionales, sumando después ese número obtenido por el total de respuestas dadas.

El segundo es el Índice Total de Síntomas Positivos. Para su estimación, hay que contar el total de ítems que tienen una respuesta positiva, es decir, mayor que cero. En sujetos de población general, puntuaciones brutas iguales o inferiores a 3 en varones e iguales o inferiores a 4 en mujeres son consideradas como indicadoras de un intento consciente de mostrarse mejores de lo que realmente están, queriendo dar una imagen positiva. Las puntuaciones brutas superiores a 50 en varones y a 60 en mujeres indican lo contrario, es decir, que se tiende a exagerar la patología.

Por último, el Índice de Malestar Positivo, evalúa el estilo de respuesta indicando si la persona tiende a exagerar o a minimizar el malestar que le aqueja. Se calcula dividiendo la suma total de las respuestas dadas a los ítems por el valor obtenido en el Índice de Síntomas Totales Positivos. Las puntuaciones extremas en este índice, también sugieren patrones de respuestas que deben analizarse en términos de actitudes de fingimiento.

Para la evaluación e interpretación de este inventario, hay que seguir las siguientes pautas:

- a) Calcular las puntuaciones directas o brutas para cada una de las nueve dimensiones y los tres índices.
- b) Sumar los valores signados a cada ítem y dividir ese total por el número de ítems respondidos.
- c) Esas puntuaciones directas se convierten en puntuaciones T (Media=50 y D.T.=10).
- d) Se considera indicativa de una persona “en riesgo” toda puntuación T igual o superior a 65.
- e) Indica presencia de patología severa toda puntuación T igual o superior a 80.

Por último, faltaría saber qué ítems corresponden a qué dimensiones, teniendo en cuenta que anteriormente ya se han enumerado los ítems adicionales, los cuales no se incorporan a ninguna de dichas dimensiones.

Este inventario tiene una fiabilidad entre el 0,69 y el 0,85, según el Coeficiente Alfa de Cronbach.

Calidad del sueño

Esta variable fue evaluada con el, PSQI, Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (Buysse et al., 1989). Este cuestionario fue diseñado con la intención de disponer de un instrumento que analizase la calidad del sueño y al mismo tiempo pudiera ser utilizado en ensayos clínicos. Se trata de un cuestionario autoadministrado, que consta de 19 ítems autoevaluados por el propio sujeto y 5 cuestiones evaluadas por el compañero de cama. Esas últimas 5 cuestiones son utilizadas como información clínica, pero no contribuyen a la puntuación total del PSQI.

Como instrumento autoadministrado, puede ser difícil de aplicar en pacientes con bajo nivel cultural. Este cuestionario ofrece una medida estandarizada y cuantitativa de la calidad del sueño que rápidamente identifica a *buenos* y a *malos* dormidores, pero sin proporcionar un diagnóstico, aunque orientando al clínico hacia las áreas del sueño más deterioradas.

En población psiquiátrica puede identificar a pacientes que presentan un trastorno del sueño concomitante con su proceso mental. El Cuestionario de Calidad del Sueño de Pittsburgh fue diseñado con la intención de disponer de un instrumento que analizase la calidad del sueño y que pudiera ser utilizado en ensayos clínicos. La traducción y adaptación al castellano fue realizada por Macías y Royuela (1996). Su fiabilidad alfa de Cronbach es de 0.81.

Para su interpretación, las 4 primeras preguntas se contestan de forma concreta, contestando las restantes mediante una escala con 4 grados. Como se ha comentado anteriormente, al llevarse a cabo la corrección, sólo se valoran las 18 primeras preguntas, que son las que debe de contestar el propio sujeto, ya que las 5 últimas las debería de contestar el compañero de cama.

De los resultados se obtienen 7 puntuaciones que nos informan de los diversos componentes de la calidad de sueño; a saber: calidad subjetiva de sueño, latencia de sueño, duración de sueño, eficiencia de sueño, perturbaciones de

sueño, es decir, frecuencia de alteraciones como tos, ronquidos, calor, frío, etc., uso de medicación hipnótica y disfunción diurna, es decir, interferencia de la alteración del sueño en la vida diaria.

Cada componente recibe una puntuación discreta que puede ir de 0 a 3 puntos. La obtención de una puntuación 0, indica que no existen problemas a ese respecto, mientras que, si la puntuación es de 3, señala graves problemas a ese nivel.

La suma de las puntuaciones obtenidas en cada uno de los componentes parciales, genera una puntuación total que puede ir de 0 a 21. Según los autores de este cuestionario (Buysse et al., 1989), una puntuación total de 5 sería el punto de corte que separaría a los sujetos que tienen buena calidad de sueño de aquellos que la tienen mala. Por ende, una puntuación igual o inferior a 5, señalaría a los *buenos dormidores*.

Somnolencia

Para la medición de esta variable se ha usado la Escala de Somnolencia de Stanford (Hoddes, Zarcoone, Smythe, Phillips y Dement (1973), adaptada en España por Buela-Casal y Sierra (2001).

Se trata de una escala autoadministrada, compuesta de 7 ítems, que evalúa el grado inmediato de activación y somnolencia excesiva. Se puede usar tanto para establecer un patrón de somnolencia como para controlar cambios en la somnolencia a lo largo del tiempo.

El sujeto en cuestión debe de elegir la oración que mejor describe su estado de vigilia en el momento de la evaluación. La información se puede registrar de dos maneras: evaluar la actividad autoinformada por el sujeto cada hora a lo largo de todo el día o registrar su estado de somnolencia en tres momentos diferentes del día.

Para la corrección e interpretación, se han de observar las puntuaciones de la escala en cada momento. Si se obtiene una puntuación baja, indica alerta, mientras que, si se obtiene una puntuación alta, indica somnolencia. Si se

obtiene una puntuación entre 3 y 7, indica que se tiene una deuda de sueño y que el sujeto debe dormir más.

Ruiz (2007), en un estudio sobre los diversos métodos de evaluación del insomnio, habla de la Escala de Somnolencia de Stanford (Stanford Sleepiness Scale, SSS). En dicho estudio dice que es desarrollada por Hoddes y sus colegas (Hoddes, et al., 1973) para evaluar las percepciones subjetivas de somnolencia diurna en una escala de Guttman oscilando entre 1, que describe el estado del individuo como, “sintiéndose activo y vital, alerta, muy despierto” y 7, “a punto de conciliar el sueño, pérdida de fuerzas para permanecer despierto”. Los individuos que responden a la escala deben seleccionar la opción que mejor describe lo somnolientos que se sienten. Las puntuaciones altas indican si una persona padece somnolencia de tipo patológico. La SSS posee dos versiones: una primera mediante la cual puede evaluarse la activación subjetiva cada hora durante las 24 horas del día, y una segunda que permite detectar la activación en 3 momentos del día a lo largo de la semana. Buela-Casal y Sierra (1994), en su revisión de la SSS llegaron a las siguientes conclusiones: (a) la activación autoinformada fluctúa a lo largo del día, pudiendo discriminar mediante esta escala, sujetos “matutinos” de “vespertinos”, (b) las medidas subjetivas de la activación han demostrado ser sensibles a pequeñas modificaciones en los niveles de activación; por lo que esta escala es muy útil para evaluar los efectos residuales de las sustancias depresoras del sistema nervioso central, (c) los sujetos en estados bajos de activación (somnolencia crónica) pierden la capacidad de autoevaluarse con lo cual, sus puntuaciones en la SSS no correlacionan con la activación fisiológica o el rendimiento en las pruebas de vigilancia.

En cuanto a los criterios de calidad de este cuestionario, la fiabilidad, con una forma alternativa es del 0.88. Con respecto a la validez, se ha encontrado una fuerte relación entre la ESS y otras medidas subjetivas del sueño. Por otro lado, hay resultados inconsistentes en cuanto a las relaciones de esta escala con otras medidas más objetivas de evaluación del sueño. También se ha encontrado que fluctuaciones de la ESS correlacionan significativamente con otras variables fisiológicas como la temperatura periférica, la tasa cardíaca, con el Test de Adicción de Wilkinson y con la Escala Analógica Visual para la fatiga

(0.52). La ESS se muestra sensible a los efectos de intervenciones farmacológicas y a los estados de privación y recuperación del sueño.

Depresión

Para evaluar esta variable, se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbauhg, 1961), el cual se elaboró con el fin de hacer una evaluación objetiva de las manifestaciones de la depresión, determinando la profundidad o intensidad de la misma.

El inventario consta de 21 categorías de síntomas y actitudes con 4 ó 5 afirmaciones, cada una de ellas reflejando un grado creciente de profundidad de la depresión. El sujeto ha de marcar la alternativa más adecuada a su situación actual. Hay que tener en cuenta que 14 categorías corresponden a síntomas de naturaleza cognitiva y afectiva y 7 a síntomas somáticos y conductuales.

Para la corrección e interpretación, cada una de las 21 proposiciones tiene varias alternativas de respuesta, teniendo que seleccionar una de ellas el sujeto en cuestión. De acuerdo a la alternativa que haya seleccionado, se obtendrá una anotación que fluctúa entre 0 y 3 puntos. Se suma, además, la anotación alcanzada en cada una de las 21 categorías para obtener una puntuación total. Esa puntuación total, permite determinar el grado de la depresión: leve, moderada y severo.

Las puntuaciones medias correspondientes a las distintas gravedades de la depresión son:

- Depresión ausente o mínima: puntuación media de 10,9 puntos.
- Depresión leve: puntuación media de 18,7 puntos.
- Depresión moderada: puntuación media de 25,4 puntos.
- Depresión grave: puntuación media de 30 puntos.

Por último, hay que destacar su fiabilidad, establecida en un 0,83 según el Coeficiente de Cronbach.

Ansiedad

Esta variable fue medida con el Inventario de Ansiedad de Beck (Beck et al., 1988). Se trata de un cuestionario autoadministrado para medir la ansiedad en adultos y adolescentes. Se utiliza tanto en la evaluación clínica como en la investigación básica de forma habitual.

Está compuesto por 21 ítems que miden la gravedad de la ansiedad actual, describiendo los síntomas emocionales, fisiológicos y cognitivos de la ansiedad, siendo una prueba ideal para discriminar la ansiedad de la depresión.

Para la confección de este cuestionario, al sujeto objeto de evaluación se le pide que informe sobre la medida en que se ha visto afectado por cada uno de los 21 síntomas a lo largo de la semana anterior. Cada elemento tiene cuatro posibles opciones de respuesta:

- Nada en absoluto.
- Levemente (no me molesta mucho).
- Moderadamente (fue muy desagradable, pero podía soportarlo).
- Severamente (Apenas podía soportarlo).

Para su interpretación, se asigna valores de 0 a 3 a cada uno de los ítems. Los valores de cada elemento se suman obteniéndose una puntuación total que puede ir de 0 a 63 puntos. Una puntuación total entre 0 y 7, se interpreta como un nivel mínimo de ansiedad; una puntuación total entre 8 y 15, implica una ansiedad leve; una puntuación total entre 16 y 25, se interpreta como una ansiedad moderada y, por último, una puntuación total entre 26 y 63 supone una ansiedad grave.

Según el Coeficiente de Cronbach, su fiabilidad es de 0,90.

6.4. Análisis de datos

Para el tratamiento estadístico de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 24 (IBM, 2016). Se utilizó un diseño transversal de grupos independientes. Las variables de la investigación fueron de tipo

sociodemográfico y laboral (sexo, edad, nivel de estudios, profesión anterior, situación laboral, turnos de trabajo y horas de trabajo), salud (física y mental), burnout, engagement, tensión laboral, satisfacción laboral, sueño y factores de riesgo psicosocial (18 factores).

Para el estudio de las diferencias en las variables, primero se realizó un estudio sobre su distribución normal (prueba de Kolmogorov-Smirnov). Éste determinó que se llevara a cabo una vía de análisis no paramétrico para el estudio de las comparaciones entre grupos. Seguidamente se realizó la prueba de Kruskal-Wallis para establecer la existencia de diferencias significativas en función de las variables independientes. Posteriormente, se realizó la prueba de Mann-Whitney para establecer la dirección y entre qué niveles de la variable independiente se estaban dando las diferencias significativas.

Por último, para poner a prueba la hipótesis sobre la existencia de diferentes factores de riesgos psicosocial que inciden sobre la salud de los policías (física y mental), sobre su tensión laboral, burnout y engagement, satisfacción laboral, tensión laboral, salud y sueño) se realizaron análisis de correlación y regresión. Dado que los datos no están normalmente distribuidos según el test de Kolmogorov-Smirnov, 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 VII

RESULTADOS





7. RESULTADOS

7.1. Estadísticos descriptivos

En la tabla 4, se presentan los estadísticos descriptivos de las variables relacionadas con la satisfacción laboral, el burnout, el engagement, la tensión laboral, las variables contempladas en el cuestionario SCL-90, el sueño y los factores psicosociales.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de las variables estudiadas

Variables	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	Mínimo	Máximo
Satisfacción laboral					
Satisf. con la supervisión	95	3.38	1.17	1.00	5.83
Satisf. con el ambiente físico	95	4.40	1.05	1.40	7.00
Satisf. con las prestaciones recibidas	95	3.18	0.96	1.00	6.00
Satisf. con los instr. de trabajo	95	4.17	1.12	2.00	7.00
Satisf. con la participación	95	3.34	1.25	1.00	6.67
Burnout					
Agotamiento emocional	95	2.56	1.43	0.20	6.00
Cinismo	95	3.24	1.96	0.00	6.00
Eficacia profesional	95	3.95	0.91	2.17	6.00
Despersonalización	95	2.43	1.31	0.00	5.00
Engagement					
Vigor	95	3.92	0.90	2.50	6.00
Dedicación	95	3.65	0.99	1.00	6.00
Absorción	95	3.18	1.06	0.00	5.60
Tensión Laboral					
Demandas laborales	95	2.64	0.40	1.67	3.67
Control en el trabajo	95	2.91	0.46	1.67	4.00
Uso de habilidades sociales	95	2.73	0.41	1.25	3.75
Apoyo social	95	2.74	0.52	1.40	3.80
Síntomas					
Somatizaciones	95	0.39	0.41	0.00	1.67
Obsesiones	95	0.54	0.54	0.00	2.40
Sensibilidad	95	0.60	0.61	0.00	2.11
Depresión	95	0.50	0.55	0.00	1.85
Ansiedad	95	0.40	0.76	0.00	6.00
Hostilidad	95	0.35	0.55	0.00	3.83
Ansiedad fóbica	95	0.21	0.41	0.00	2.00
Ideaciones paranoides	95	0.57	0.61	0.00	2.00
Psicoticismo	95	0.27	0.44	0.00	1.90

Tabla 1 (continuación). Estadísticos descriptivos de las variables estudiadas

Variables	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	Mínimo	Máximo
Sueño					
Calidad de sueño	95	6.24	3.41	0.00	13.00
Factores de riesgos psicosociales					
Capacidad para la toma de decisiones	95	3.15	7.43	1.00	5.00
Ambigüedad de rol	95	3.44	0.73	1.00	5.00
Relaciones interpersonales	95	2.47	0.66	1.00	3.80
Supervisión	95	2.36	0.78	1.00	4.50
Habilidades motoras y cognitivas	95	3.71	0.59	2.20	5.00
Canales de participación	95	3.97	0.74	1.00	5.00
Autonomía temporal	95	3.51	0.67	2.20	4.80
Importancia del trabajo	95	2.90	0.52	1.67	4.33
Poca variedad y repetitividad	95	2.42	0.63	1.33	5.00
Dificultad de la tarea	95	2.19	0.83	1.00	4.00
Habilidades sociales para la gestión del trabajo	95	3.99	0.69	2.00	5.00
Fatiga en el trabajo	95	2.41	0.48	1.33	3.33
Capacidad de adaptación a las nuevas situaciones laborales	95	3.48	0.85	1.00	5.00
Información de la organización	95	3.15	0.80	1.00	4.33
Relaciones y canales de información con los jefes	95	3.33	1.12	1.00	9.33
Carga mental	95	2.17	1.05	1.00	5.00
Motivación intrínseca	95	2.93	0.86	1.50	5.00
Motivación extrínseca	95	2.50	1.09	1.00	5.00

7.2. Estudio de la normalidad

Se llevó a cabo el estudio de normalidad de la distribución de las variables cuantitativas continuas, es decir, satisfacción laboral, burnout, engagement, tensión laboral, las variables contempladas en el cuestionario SCL-90, sueño y factores psicosociales, para comprobar si siguen una distribución normal en la población objeto de estudio.

Al ser el tamaño de la muestra superior a 30 casos en todos los factores, la prueba que procede aplicar es la de Kolmogorov-Smirnov (K-S) (Rivas-Ruiz, Moreno-Palacios y Talavera, 2013). Las hipótesis que se plantearon fueron dos: a) H_0 : El factor tiene distribución Normal; b) H_1 : La distribución de la puntuación del factor es distinta a la distribución Normal.

Tabla 2. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para todas las variables del estudio

Variables	M	DE	K-S	p
Satisfacción laboral				
Satisf. con la supervisión	3.38	1.17	.09	.027
Satisf. con el ambiente físico	4.40	1.05	.11	.122
Satisf. con las prestaciones recibidas	3.18	0.96	.13	.004
Satisf. con los instr. de trabajo	4.17	1.12	.08	.253
Satisf. con la participación	3.34	1.25	.14	.033
Burnout				
Agotamiento emocional	2.56	1.43	.14	.000
Cinismo	3.24	1.96	.14	.000
Eficacia profesional	3.95	0.91	.15	.002
Despersonalización	2.43	1.31	.12	.001
Engagement				
Vigor	3.92	0.90	.14	.003
Dedicación	3.65	0.99	.13	.044
Absorción	3.18	1.06	.08	.466
Tensión Laboral				
Demandas laborales	2.64	0.40	.19	.000
Control en el trabajo	2.91	0.46	.23	.000
Uso de habilidades sociales	2.73	0.41	.18	.000
Apoyo social	2.74	0.52	.15	.000
Síntomas				
Somatizaciones	0.39	0.41	.17	.000
Obsesiones	0.54	0.54	.17	.000
Sensibilidad	0.60	0.61	.19	.000
Depresión	0.50	0.55	.21	.000
Ansiedad	0.40	0.76	.30	.000
Hostilidad	0.35	0.55	.27	.000
Ansiedad fóbica	0.21	0.41	.31	.000
Ideaciones paranoides	0.57	0.61	.21	.000
Psicoticismo	0.27	0.44	.27	.000
Sueño				
Calidad de sueño	6.24	3.41	.18	.000

Tabla 2 (continuación). Prueba de Kolmogorov-Smirnov para todas las variables del estudio

Variables	M	DE	K-S	p
Factores de riesgos psicosociales				
Capacidad para la toma de decisiones	3.15	7.43	.16	.003
Ambigüedad de rol	3.44	0.73	.13	.009
Relaciones interpersonales	2.47	0.66	.17	.005
Supervisión	2.36	0.78	.12	.000
Habilidades motoras y cognitivas	3.71	0.59	.15	.004
Canales de participación	3.97	0.74	.16	.000
Autonomía temporal	3.51	0.67	.11	.009
Importancia del trabajo	2.90	0.52	.14	.006
Poca variedad y repetitividad	2.42	0.63	.17	.000
Dificultad de la tarea	2.19	0.83	.16	.000
Habilidades sociales para la gestión del trabajo	3.99	0.69	.17	.000
Fatiga en el trabajo	2.41	0.48	.20	.000
Capacidad de adaptación a las nuevas situaciones laborales	3.48	0.85	.13	.001
Información de la organización	3.15	0.80	.20	.000
Relaciones y canales de información con los jefes	3.33	1.12	.20	.000
Carga mental	2.17	1.05	.19	.000
Motivación intrínseca	2.93	0.86	.22	.000
Motivación extrínseca	2.50	1.09	.25	.000

De la tabla 2, se desprende que, a excepción de la satisfacción con los instrumentos de trabajo ($p = .253$) y la absorción ($p = .466$), para todas las demás dimensiones y variables se obtienen puntuaciones significativas, por lo que se rechaza la hipótesis nula de normalidad.

7.3 Estudio de las diferencias en función de las variables sociodemográficas y laborales

Al no cumplirse la condición de normalidad en las dimensiones objeto de estudio, se utilizaron pruebas no paramétricas para poner a prueba las diferencias en los factores evaluados. Para ello, se utilizó la prueba H de Kruskal-Wallis al objeto de establecer si los valores obtenidos por los policías locales son similares en función del sexo, edad, estado civil, contribución económica, responsabilidad en tareas y compras, nivel de estudios, nivel jerárquico, turnos de trabajo, horas de trabajo semanales y horario de trabajo.

Las hipótesis barajadas fueron: a) H_0 : No existen diferencias significativas en función de las variables sociodemográficas y laborales estudiadas; y b) H_1 : Sí existen diferencias estadísticamente significativas en función de las variables sociodemográficas y laborales objeto de estudio. Para ello, hay que especificar que con un nivel de significación superior a .05 aceptaríamos la hipótesis nula y con un valor inferior a .05 se aceptaría la alternativa.

Con respecto al factor de satisfacción laboral, se obtuvieron diferencias significativas en todas sus variables. En la variable de satisfacción con la supervisión, dichas diferencias se mostraron en función del sexo [$H(1) = 5.78, p = .016$], del estado civil [$H(3) = 9.10, p = .028$], de la responsabilidad en las tareas y compras [$H(2) = 7.27, p = 0.26$], de los estudios [$H(2) = 6.82, p = .033$], de los turnos de trabajo [$H(3) = 18.70, p = .000$], de las horas de trabajo semanales [$H(1) = 8.61, p = .003$] y del horario de trabajo [$H(1) = 5.10, p = .024$]. En la variable de satisfacción con el ambiente físico, se obtuvieron en cuanto a los turnos de trabajo [$H(3) = 15.23, p = .002$] y el horario de trabajo [$H(1) = 13.07, p = .000$]. En referencia a la variable de satisfacción con las prestaciones recibidas, las diferencias significativas se mostraron en cuanto a la edad [$H(2) = 6.65, p = .036$], los turnos de trabajo [$H(3) = 15.95, p = .001$] y el horario de trabajo [$H(1) = 15.53, p = .000$]. En cuanto a la variable de satisfacción con los instrumentos de trabajo, las diferencias significativas se manifestaron en cuanto al estado civil [$H(3) = 8.67, p = .034$], los turnos de trabajo [$H(3) = 23.33, p = .000$] y el horario de trabajo [$H(1) = 19.03, p = .000$]. Por último, en cuanto a la variable de satisfacción con la participación, las diferencias significativas se obtuvieron en relación a los turnos de trabajo [$H(3) = 29.13, p = .000$], a las horas de trabajo semanales [$H(1) = 9.14, p = .002$] y al horario de trabajo [$H(1) = 14.75, p = .000$].

Con respecto al constructo de burnout, se obtuvieron diferencias significativas en todas sus variables. Con respecto al agotamiento emocional, las diferencias se dieron en relación a los turnos de trabajo [$H(3) = 11.20, p = .011$], a las horas de trabajo semanales [$H(1) = 6.01, p = .014$]. Por su parte, la variable de cinismo, mostró diferencias significativas dependiendo de los turnos de trabajo [$H(3) = 10.13, p = .018$] y de las horas de trabajo semanales [$H(1) = 11.10, p = .001$]. En cuanto a la variable de eficacia profesional, se obtuvieron diferencias

significativas dependiendo del estado civil [$H(3) = 9.52, p = .023$], de la responsabilidad en las tareas y compras [$H(2) = 6.84, p = .033$], de los estudios [$H(2) = 9.73, p = .008$], de los turnos de trabajo [$H(3) = 15.97, p = .001$], de las horas de trabajo semanales [$H(1) = 8.37, p = .004$] y del horario de trabajo [$H(1) = 4.62, p = .032$]. Por último, en la variable de despersonalización, las diferencias se obtuvieron en su relación con el estado civil [$H(3) = 7.96, p = .047$], con los turnos de trabajo [$H(3) = 8.53, p = .036$] y con las horas de trabajo semanales [$H(1) = 9.27, p = .002$].

Por lo que respecta al constructo de engagement, también se obtuvieron diferencias significativas en todas las variables. En la variable de vigor, dichas diferencias se mostraron en cuanto al estado civil [$H(3) = 9.14, p = .028$] y los turnos de trabajo [$H(3) = 11.08, p = .011$]. En la variable de dedicación, se obtuvieron diferencias en cuanto al sexo [$H(1) = 4.74, p = .029$], a la edad [$H(2) = 7.03, p = .030$] y al nivel de estudios [$H(2) = 6.27, p = .044$]. Finalmente, la variable de absorción mostró diferencias significativas en la contribución económica [$H(3) = 7.91, p = .048$].

En referencia al factor de tensión laboral, a excepción de la variable de uso de habilidades sociales, todas las demás obtuvieron diferencias significativas. En cuanto a la variable de demandas laborales, las diferencias se mostraron en la edad [$H(2) = 9.15, p = .010$], la de contribución económica [$H(3) = 11.14, p = .011$] y la de responsabilidad en las tareas y compras [$H(2) = 7.90, p = .019$]. Respecto a la variable de control en el trabajo, las diferencias significativas se encontraron en la edad [$H(2) = 11.90, p = .003$], la responsabilidad en las tareas y compras [$H(2) = 6.94, p = .031$], el nivel jerárquico [$H(1) = 4.95, p = .026$], los turnos de trabajo [$H(3) = 19.75, p = .000$] y el horario de trabajo [$H(1) = 9.96, p = .002$]. Por último, en cuanto a la variable de apoyo social, se encontraron diferencias significativas en la edad [$H(2) = 6.35, p = .042$] y en los turno de trabajo [$H(3) = 10.49, p = .015$].

También se obtuvieron diferencias significativas en todas las variables que forman parte del cuestionario SCL-90. En lo que se refiere a la variable de somatizaciones, las diferencias se mostraron solo en la edad [$H(2) = 10.78, p = .005$]. La variable de obsesiones, mostró diferencias significativas en edad [$H(2) = 13.85, p = .001$] y turnos de trabajo [$H(3) = 11.04, p = .011$]. Al igual que

la anterior, la variable de sensibilidad, obtuvo diferencias significativas en edad [$H(2) = 11.79, p = .003$] y turnos de trabajo [$H(3) = 9.63, p = .022$]. El resto de variables, obtuvieron diferencias significativas solo con la edad: depresión [$H(2) = 17.72, p = .000$], ansiedad [$H(2) = 12.39, p = .002$], hostilidad [$H(2) = 11.09, p = .004$], ansiedad fóbica [$H(2) = 11.68, p = .003$], ideaciones paranoides [$H(2) = 16.23, p = .000$] y psicoticismo [$H(2) = 13.88, p = .001$].

Igualmente, las dos variables pertenecientes al constructo de sueño, obtuvieron diferencias significativas. La variable de calidad de sueño, obtuvo diferencias en la edad [$H(2) = 7.43, p = .024$].

Por último, respecto a los 18 factores de riesgo psicosocial laboral, también se obtuvieron diferencias significativas, las cuales se exponen a continuación.

1. En la variable de capacidad de toma de decisiones, se encontraron diferencias significativas en relación con el sexo [$H(1) = 4.30, p = .038$], la edad [$H(2) = 10.81, p = .005$] y el nivel de estudios [$H(2) = 9.23, p = .010$].
2. En la variable de ambigüedad de rol, los policías locales de la muestra objeto de estudio, no presentaron diferencias en ninguna de las variables sociodemográficas y laborales estudiadas.
3. En la variable de relaciones interpersonales, se encontraron diferencias significativas respecto al nivel de estudios [$H(2) = 7.51, p = .023$], a los turnos de trabajo [$H(3) = 15.19, p = .002$] y el horario de trabajo [$H(1) = 14.92, p = .000$].
4. En cuanto a la variable de supervisión, se mostraron diferencias significativas en la edad [$H(2) = 9.28, p = .010$], la contribución económica [$H(3) = 12.67, p = .005$], nivel de estudios [$H(1) = 11.33, p = .003$] y el horario de trabajo [$H(1) = 4.93, p = .026$].
5. La variable de habilidades motoras y cognitivas, obtuvo diferencias significativas en edad [$H(1) = 4.61, p = .032$] y en turnos de trabajo [$H(3) = 10.04, p = .018$].
6. Por su parte, en la variable de canales de participación, se obtuvieron diferencias significativas en sexo [$H(1) = 4.61, p = .032$].

7. En la variable de autonomía temporal, se mostraron diferencias en edad [$H(2) = 13.45, p = .001$] y turnos de trabajo [$H(3) = 16.09, p = .001$].



Tabla 3. Valores de contraste de Kruskal Wallis entre los factores de estudio y las variables sociodemográficas (I)

Variables	Sexo			Edad			Estado civil			Contribución económica			Responsable tareas y compras		
	H	Gl	p	H	Gl	p	H	Gl	p	H	Gl	p	H	Gl	p
Satisfacción laboral															
Satisfacción con la supervisión	5.78	1	.016	1.36	2	.507	9.10	3	.028	1.14	3	.767	7.27	2	.026
Satisfacción con el ambiente físico	0.16	1	.687	0.75	2	.686	0.05	3	.997	2.83	3	.418	2.09	2	.353
Satisfacción con las prestaciones recibidas	2.10	1	.147	6.65	2	.036	0.84	3	.084	1.12	3	.772	1.61	2	.447
Satisfacción con instrumentos trabajo	2.77	1	.096	3.39	2	.184	8.67	3	.034	0.41	3	.938	0.59	2	.745
Satisfacción con la participación	0.86	1	.354	1.19	2	.551	5.44	3	.142	0.73	3	.865	4.82	2	.090
Burnout															
Agotamiento emocional	0.01	1	.938	2.71	2	.258	4.07	3	.254	0.04	3	.998	0.52	2	.770
Cinismo	0.12	1	.725	0.06	2	.970	6.33	3	.097	1.18	3	.759	1.96	2	.376
Eficacia profesional	1.35	1	.246	1.61	2	.446	9.52	3	.023	2.33	3	.506	6.84	2	.033
Despersonalización	1.90	1	.169	2.98	2	.226	7.96	3	.047	1.05	3	.789	2.68	2	.262
Engagement															
Vigor	0.22	1	.640	2.62	2	.270	9.14	3	.028	0.92	3	.821	1.04	2	.595
Dedicación	4.74	1	.029	7.03	2	.030	3.18	3	.365	2.93	3	.403	1.19	2	.552
Absorción	1.76	1	.185	3.46	2	.177	3.03	3	.387	7.91	3	.048	1.97	2	.373
Tensión Laboral															
Demandas laborales	3.29	1	.070	9.15	2	.010	2.71	3	.439	11.14	3	.011	7.90	2	.019
Control en el trabajo	0.11	1	.744	11.90	2	.003	4.81	3	.186	4.88	3	.181	6.94	2	.031
Uso de habilidades sociales	3.29	1	.070	1.61	2	.446	2.21	3	.530	4.03	3	.259	5.44	2	.066
Apoyo social	0.54	1	.463	6.35	2	.042	3.78	3	.286	1.15	3	.766	2.77	2	.251
Síntomas															
Somatizaciones	0.38	1	.538	10.78	2	.005	3.94	3	.268	2.49	3	.477	0.58	2	.749
Obsesiones	0.20	1	.657	13.85	2	.001	1.68	3	.653	1.073	3	.784	0.93	2	.629
Sensibilidad	1.15	1	.285	11.79	2	.003	2.75	3	.433	2.58	3	.462	0.15	2	.928
Depresión	0.35	1	.555	17.72	2	.000	4.68	3	.197	2.29	3	.515	1.05	2	.593
Ansiedad	2.71	1	.100	12.39	2	.002	0.78	3	.854	2.56	3	.464	0.67	2	.716

Tabla 3 (continuación). Valores de contraste de Kruskal Wallis entre los factores de estudio y las variables sociodemográficas (II)

Variables	Sexo			Edad			Estado civil			Contribución económica			Responsable tareas y compras		
	H	Gl	p	H	Gl	p	H	Gl	p	H	Gl	p	H	Gl	p
Síntomas															
Hostilidad	2.44	1	.119	11.09	2	.004	4.17	3	.937	0.29	3	.962	2.59	2	.274
Ansiedad fóbica	1.40	1	.237	11.68	2	.003	6.71	3	.082	5.07	3	.167	3.77	2	.152
Ideaciones paranoides	1.29	1	.256	16.23	2	.000	2.37	3	.499	0.57	3	.903	2.25	2	.324
Psicoticismo	1.65	1	.198	13.88	2	.001	2.80	3	.423	4.26	3	.235	0.04	2	.983
Sueño															
Calidad de sueño	1.29	1	.257	7.43	2	.024	3.20	3	.362	5.59	3	.133	1.93	2	.380
Factores riesgos psicosociales															
Capacidad para la toma de decisiones	4.30	1	.038	10.81	2	.005	2.68	3	.445	3.31	3	.347	1.06	2	.588
Ambigüedad de rol	0.51	1	.474	0.55	2	.761	2.01	3	.570	3.10	3	.377	0.53	2	.767
Relaciones interpersonales	0.18	1	.676	5.05	2	.080	6.96	3	.073	4.91	3	.179	2.33	2	.312
Supervisión	0.02	1	.876	9.28	2	.010	6.90	3	.075	12.67	3	.005	2.37	2	.305
Habilidades motoras y cognitivas	4.61	1	.032	4.47	2	.107	1.06	3	.788	2.39	3	.496	0.01	2	.994
Canales de participación	4.28	1	.039	0.07	2	.965	1.19	3	.755	2.50	3	.475	1.03	2	.597
Autonomía temporal	0.02	1	.876	13.45	2	.001	2.75	3	.432	2.11	3	.550	3.96	2	.138
Importancia del trabajo	1.78	1	.182	1.94	2	.379	6.81	3	.078	6.31	3	.098	0.19	2	.911
Poca variedad y repetitividad	3.23	1	.072	11.23	2	.004	4.53	3	.210	4.03	3	.259	1.55	2	.460
Dificultad de la tarea	0.21	1	.645	0.35	2	.839	5.87	3	.118	2.16	3	.540	2.72	2	.257
Habilidades sociales para gestión trabajo	4.68	1	.030	5.69	2	.058	6.36	3	.095	0.31	3	.958	4.36	2	.113
Fatiga en el trabajo	0.07	1	.789	0.12	2	.944	10.74	3	.013	5.55	3	.136	0.13	2	.935
Capac. adaptación nuevas situaciones	1.18	1	.278	1.35	2	.509	8.94	3	.030	7.83	3	.050	4.31	2	.116
Información de la organización	0.37	1	.543	10.59	2	.005	7.84	3	.050	8.13	3	.043	2.54	2	.281
Relac. canales información con jefes	2.08	1	.149	2.70	2	.259	2.91	3	.406	3.71	3	.294	1.11	2	.574
Carga mental	0.00	1	.979	0.02	2	.989	5.47	3	.140	7.75	3	.051	4.51	2	.105
Motivación intrínseca	1.45	1	.228	8.32	2	.016	17.94	3	.000	4.00	3	.262	17.17	2	.000
Motivación extrínseca	0.80	1	.372	9.04	2	.011	14.46	3	.002	8.27	3	.041	0.55	2	.761

Tabla 3 (continuación). Valores de contraste de Kruskal Wallis entre los factores de estudio y las variables sociodemográficas (III)

Variables	Estudios			Nivel jerárquico			Turnos de trabajo			Horas de trabajo semanales			Horario de trabajo		
	H	Gl	p	H	Gl	p	H	Gl	p	H	Gl	p	H	Gl	p
Satisfacción laboral															
Satisfacción con la supervisión	6.82	2	.033	0.31	1	.576	18.70	3	.000	8.61	1	.003	5.10	1	.024
Satisfacción con el ambiente físico	0.56	2	.756	0.01	1	.913	15.23	3	.002	0.56	1	.455	13.07	1	.000
Satisfacción con las prestaciones recibidas	1.95	2	.377	0.08	1	.782	15.95	3	.001	1.64	1	.201	15.53	1	.000
Satisfacción con instrumentos trabajo	3.69	2	.158	2.94	1	.086	23.33	3	.000	0.37	1	.544	19.03	1	.000
Satisfacción con la participación	5.20	2	.074	0.42	1	.518	29.13	3	.000	9.14	1	.002	14.75	1	.000
Burnout															
Agotamiento emocional	1.18	2	.555	0.02	1	.887	11.20	3	.011	6.01	1	.014	1.63	1	.202
Cinismo	5.27	2	.072	0.02	1	.900	10.13	3	.018	11.10	1	.001	2.49	1	.115
Eficacia profesional	9.73	2	.008	0.43	1	.514	15.97	3	.001	8.37	1	.004	4.62	1	.032
Despersonalización	2.72	2	.257	0.04	1	.835	8.53	3	.036	9.27	1	.002	2.12	1	.146
Engagement															
Vigor	1.75	2	.417	3.26	1	.071	11.08	3	.011	0.86	1	.353	2.36	1	.124
Dedicación	6.27	2	.044	0.21	1	.651	6.07	3	.108	0.06	1	.800	0.21	1	.649
Absorción	4.00	2	.135	0.85	1	.358	6.92	3	.074	2.83	1	.092	2.91	1	.088
Tensión Laboral															
Demandas laborales	3.21	2	.201	0.32	1	.574	3.94	3	.268	1.46	1	.227	0.16	1	.691
Control en el trabajo	3.84	2	.147	4.95	1	.026	19.75	3	.000	0.37	1	.542	9.96	1	.002
Uso de habilidades sociales	3.43	2	.180	0.69	1	.406	2.10	3	.553	0.06	1	.814	0.15	1	.701
Apoyo social	0.34	2	.846	0.43	1	.511	10.49	3	.015	0.91	1	.339	2.96	1	.085
Síntomas															
Somatizaciones	2.81	2	.245	0.58	1	.448	6.19	3	.103	1.62	1	.204	0.01	1	.908
Obsesiones	0.17	2	.919	2.14	1	.144	11.04	3	.011	0.46	1	.498	1.29	1	.255
Sensibilidad	0.15	2	.930	3.76	1	.053	9.63	3	.022	2.35	1	.126	1.79	1	.181
Depresión	0.03	2	.986	0.30	1	.583	7.73	3	.052	1.72	1	.190	0.06	1	.813
Ansiedad	0.03	2	.988	0.22	1	.639	5.74	3	.125	0.60	1	.438	1.27	1	.260

Tabla 3 (continuación). Valores de contraste de Kruskal Wallis entre los factores de estudio y las variables sociodemográficas (IV)

Variables	Estudios			Nivel jerárquico			Turnos de trabajo			Horas de trabajo semanales			Horario de trabajo		
	H	Gl	p	H	Gl	p	H	Gl	p	H	Gl	p	H	Gl	p
Síntomas															
Hostilidad	0.57	2	.751	1.36	1	.243	3.92	3	.270	1.16	1	.282	0.81	1	.369
Ansiedad fóbica	3.47	2	.176	0.45	1	.505	5.43	3	.143	2.44	1	.118	2.28	1	.131
Ideaciones paranoides	0.15	2	.926	1.67	1	.196	4.31	3	.230	0.90	1	.344	0.13	1	.715
Psicoticismo	0.02	2	.991	0.27	1	.602	4.69	3	.196	1.25	1	.264	0.85	1	.356
Sueño															
Calidad de sueño	1.04	2	.594	0.10	1	.750	2.84	3	.418	2.20	1	.138	0.51	1	.474
Factores riesgos psicosociales															
Capacidad para la toma de decisiones	9.23	2	.010	0.48	1	.486	7.34	3	.062	0.37	1	.546	0.19	1	.660
Ambigüedad de rol	3.95	2	.139	0.25	1	.615	5.77	3	.123	0.86	1	.355	0.03	1	.857
Relaciones interpersonales	7.51	2	.023	1.57	1	.211	15.19	3	.002	0.03	1	.869	14.92	1	.000
Supervisión	11.33	2	.003	0.42	1	.519	5.36	3	.147	0.01	1	.910	4.93	1	.026
Habilidades motoras y cognitivas	3.60	2	.165	0.21	1	.649	10.04	3	.018	0.10	1	.749	2.03	1	.154
Canales de participación	0.46	2	.795	0.27	1	.602	6.38	3	.094	0.52	1	.472	1.42	1	.234
Autonomía temporal	0.70	2	.706	0.56	1	.456	16.09	3	.001	0.85	1	.356	3.07	1	.080
Importancia del trabajo	2.14	2	.343	1.63	1	.201	9.22	3	.026	0.00	1	.974	0.92	1	.338
Poca variedad y repetitividad	1.88	2	.391	0.87	1	.350	8.31	3	.040	1.39	1	.239	0.33	1	.567
Dificultad de la tarea	5.32	2	.070	0.73	1	.392	3.83	3	.280	8.27	1	.004	0.10	1	.754
Habilidades sociales para gestión trabajo	0.12	2	.941	0.00	1	.966	11.09	3	.011	3.59	1	.058	1.65	1	.200
Fatiga en el trabajo	1.16	2	.561	1.61	1	.204	5.36	3	.147	0.80	1	.371	0.07	1	.794
Capac. adaptación nuevas situaciones	5.22	2	.074	0.00	1	.986	10.89	3	.012	2.52	1	.113	5.34	1	.021
Información de la organización	13.18	2	.001	1.79	1	.181	6.11	3	.107	2.94	1	.087	2.50	1	.114
Relac. canales información con jefes	7.65	2	.022	0.06	1	.800	3.13	3	.371	0.07	1	.789	2.22	1	.136
Carga mental	0.80	2	.669	3.49	1	.062	1.62	3	.656	8.55	1	.003	0.01	1	.910
Motivación intrínseca	1.65	2	.438	0.83	1	.361	7.77	3	.051	5.60	1	.018	3.97	1	.046
Motivación extrínseca	1.21	2	.547	0.02	1	.889	10.67	3	.014	2.08	1	.150	0.31	1	.579

8. Con respecto a la importancia del trabajo, se mostraron diferencias en función de los turnos de trabajo [$H(3) = 9.22, p = .026$].
9. El factor de riesgo poca variedad y repetitividad, mostró diferencias significativas en función de la edad [$H(2) = 11.23, p = .004$] y de los turnos de trabajo [$H(3) = 8.31, p = 0.40$].
10. Con respecto a la dificultad de la tarea, solo se mostró diferencias significativas en función de las horas de trabajo a la semana [$H(1) = 8.27, p = .004$].
11. Por su parte, en la variable de habilidades sociales para la gestión de trabajo, se obtuvieron diferencias significativas en sexo [$H(1) = 4.68, p = .030$] y en turnos de trabajo [$H(3) = 11.09, p = .011$].
12. En la variable de fatiga en el trabajo, solo se obtuvieron diferencias significativas en el estado civil [$H(3) = 10.74, p = .013$].
13. Con respecto a la variable de capacidad de adaptación a las nuevas situaciones laborales, se encontraron diferencias significativas en el estado civil [$H(3) = 8.94, p = .030$], la contribución económica [$H(3) = 7.83, p = .050$], en los turnos de trabajo [$H(3) = 10.89, p = .012$] y en el horario de trabajo [$H(1) = 5.34, p = .021$].
14. En cuanto a la variable de información de la organización, se obtuvieron diferencias significativas en edad [$H(2) = 10.59, p = .005$], en estado civil [$H(3) = 7.84, p = .050$] y en nivel de estudios [$H(2) = 13.18, p = .001$].
15. La variable de relaciones y canales de información con los jefes, únicamente mostró diferencias significativas en el nivel de estudios [$H(2) = 7.65, p = .022$].
16. En cuanto a la variable de carga mental, únicamente mostró diferencias significativas en las horas de trabajo semanales [$H(1) = 8.55, p = 0.03$].
17. La variable de motivación intrínseca, mostró diferencias significativas en edad [$H(2) = 8.32, p = .016$], en estado civil [$H(3) = 17.94, p = .000$], en responsabilidad en tarea y compras [$H(2) = 17.17, p = .000$], en horas de trabajo semanales [$H(1) = 5.60, p = 0.18$] y en horario de trabajo [$H(1) = 3.97, p = .046$].

18. Por último, en la variable de motivación extrínseca, se obtuvieron diferencias significativas en edad [$H(2) = 9.04, p = .011$], en estado civil [$H(3) = 14.46, p = .002$] y en turno de trabajo [$H(3) = 10.67, p = .014$].

7.4 Estimación de la dirección y magnitud de las diferencias encontradas

Para conocer la dirección y magnitud de las diferencias en función de las variables sociodemográficas y laborales estudiadas se realizó el análisis U de Mann-Whitney sobre cada par de grupos. A continuación, se van a detallar cada una de las variables de las distintas dimensiones en las que se han encontrado diferencias significativas en función de las variables sociodemográficas y las variables sociolaborales.

7.4.1 Satisfacción laboral

En la dimensión de satisfacción laboral, se han encontrado diferencias significativas en función de las variables sociodemográficas y las variables laborales de los policías. Con respecto a la variable de satisfacción con la supervisión y en cuanto al sexo, los resultados muestran que los hombres presentan significativamente una mayor satisfacción con la supervisión que las mujeres ($U = 0.50, p = .016$).

En cuanto al estado civil, de los resultados se obtuvo que los policías solteros viviendo solos o con sus padres, presentan de forma significativa una menor satisfacción con la supervisión que sus compañeros casados o viviendo en pareja ($U = 301.00, p = .020$), o con los divorciados o separados ($U = 73.50, p = .025$).

Además, también muestran de forma significativa una mayor satisfacción con la supervisión los policías que no son los responsables de las tareas de casa y las compras, con respecto a los que sí que son los principales responsables ($U = 150, p = .013$).

También se han encontrado diferencias significativas con respecto al nivel de estudios, de modo que los policías con estudios primarios, muestran una mayor satisfacción con la supervisión que los policías con estudios medios ($U = 30.50, p = .042$).

Por su parte, los turnos de trabajo también muestran diferencias significativas; en concreto, los policías que realizan el turno de mañana y tarde, tienen una mayor

satisfacción con la supervisión con respecto a los que trabajan en turnos indistintos ($U = 58, p = .016$). A su vez, los que prestan un turno indistinto, también tienen menor satisfacción con la supervisión comparados con los que realizan turno de noche ($U = 321.50, p = .016$).

En cuanto al número de horas de trabajo semanales, los policías que hacen de 24 a 40 horas muestran una mayor satisfacción con la supervisión que sus compañeros que hacen más de 40 horas ($U = 609.50, p = .003$).

Para terminar ya con esta variable de la satisfacción con la supervisión, hay que señalar que también se han producido diferencias significativas en cuanto al horario de trabajo, mostrando mayor satisfacción con la supervisión los policías que hacen un de trabajo fijo con respecto a los que lo hacen de forma rotatoria ($U = 405.50, p = .024$). (Ver tabla 4).



Tabla 4. Diferencias en la variable satisfacción con la supervisión

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p
Sexo									
Hombre	93	1.17	5.83	3.43	1.13	48.99	0.50	-2.40	.016
Mujer	1	1.00	1.17	1.08	0.12	1.75			
Estado civil									
Soltero viviendo solo o con padres	18	2.33	5.00	3.01	0.68	26.22	301.00	-2.34	.020
Casado o viviendo en pareja	53	1.33	5.83	3.56	1.21	39.32			
Soltero viviendo solo o con padres	18	2.33	5.00	3.01	0.68	13.58	73.50	-2.24	.025
Divorciado o separado	15	1.17	5.83	3.70	1.27	21.10			
Resp. Tareas/compras									
Principal resp. de Tareas y compras	25	1.00	5.00	3.07	0.88	19.00	150.00	-2.49	.013
No, otra persona es La responsable	21	1.50	5.83	3.86	1.17	28.86			
Estudios									
Primarios	3	3.83	5.00	4.50	0.60	58.83	30.50	-2.04	.042
Medios	67	1.00	5.83	3.24	1.14	34.46			
Turnos trabajo									
Noche	15	1.00	5.83	4.11	1.40	57.57	321.50	-2.41	.016
Indistinto	71	1.17	5.00	3.12	1.01	40.53			
Indistinto	71	1.17	5.00	3.12	1.01	36.82	58.00	-3.69	.000
Mañana y tarde	8	4.17	4.83	4.58	0.28	68.25			
Horas trabajo/semana									
De 24 a 40 horas	65	1.00	5.83	3.64	1.21	53.62	609.50	-2.93	.003
Más de 40 horas	30	1.17	5.00	2.91	0.86	35.82			
Horario de trabajo									
Fijo	16	1.00	5.83	4.16	1.36	62.16	405.50	-2.26	.024
Rotatorio	79	1.17	5.00	3.27	1.06	45.13			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

Con respecto a la variable de satisfacción con el ambiente físico, de los resultados se desprende que los policías que realizan el turno de noche muestran de forma significativa mayor satisfacción con el ambiente físico que los compañeros que realizan un turno indistinto ($U = 231.00$, $p = .001$).

También se han encontrado diferencias significativas en cuanto al horario de trabajo, de tal manera que los policías que realizan un turno fijo, muestran mayor satisfacción con el ambiente físico que los policías que están sometidos a un turno de carácter rotatorio ($U = 270.00$, $p = .000$) (Ver tabla 5)

Tabla 5. Diferencias en la variable satisfacción con el ambiente físico

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p
Turnos trabajo									
Noche	15	3.60	7.00	5.33	1.12	63.60	231.00	-3.45	.001
Indistinto	71	1.40	6.00	4.15	0.88	39.25			
Horario de trabajo									
Fijo	16	3.60	7.00	5.33	1.08	70.63	270.00	-3.62	.000
Rotatorio	79	1.40	6.00	4.20	0.94	43.42			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

En cuanto a la variable satisfacción con las prestaciones recibidas, de los resultados obtenidos se observa cómo los policías mayores de 56 años o más, presentan de forma significativa mayor satisfacción con las prestaciones recibidas que sus compañeros con intervalos de edad entre 41 y 55 ($U = 3.00$, $p = .026$). Además, los policías que realizan el turno de noche muestran significativamente mayor satisfacción con las prestaciones recibidas que los compañeros que tienen asignado un turno de trabajo indistinto ($U = 232.00$, $p = .001$) (Ver tabla 6).

Tabla 6 Diferencias en la variable satisfacción con las prestaciones recibidas

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p
Edad									
Entre 41 y 55 años	43	1.40	5.20	2.96	0.88	22.07	3.00	-2.22	.026
56 años o más	2	4.20	4.60	4.40	0.28	43.00			
Turnos trabajo									
Noche	15	2.20	6.00	4.10	1.24	63.53	232.00	-3.45	.001
Indistinto	71	1.00	4.80	2.94	0.81	39.27			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

Por lo que respecta a la variable de satisfacción con los instrumentos de trabajo, hay diferencias significativas en cuanto al estado civil, a los turnos de trabajo y al horario de trabajo. En cuanto al estado civil, los policías locales que son divorciados o separados muestran significativamente mayor satisfacción con los

instrumentos de trabajo que los compañeros que son solteros y viven solos o con sus padres ($U = 58.00, p = .005$). Por el contrario, dichos policías solteros que viven solos o con sus padres, muestran mayor satisfacción con los instrumentos de trabajo con respecto a los que son viudos ($U = 32.50, p = .026$).

Respecto a los turnos de trabajo, los policías que trabajan en el turno de noche muestran significativamente mayor satisfacción con los instrumentos de trabajo que los que trabajan en un turno indistinto ($U = 143.50, p = .000$) y que los que trabajan haciendo turnos de mañana y tarde ($U = 27.50, p = .034$). Por su parte, los policías que prestan sus servicios haciendo turnos de mañana y tarde muestran una mayor satisfacción con los instrumentos de trabajo, comparados con sus compañeros que trabajan en turnos indistintos ($U = 152.00, p = .031$).

Por último, en referencia al horario de trabajo, hay que señalar que existen diferencias significativas entre el horario fijo y el rotatorio. Concretamente, los policías que realizan un turno fijo, muestran significativamente una mayor satisfacción con los instrumentos de trabajo que los compañeros que están sometidos a un horario rotatorio ($U = 195.00, p = .000$) (Ver tabla 7).

Tabla 7. Diferencias en la variable satisfacción con los instrumentos de trabajo

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p
Estado civil									
Soltero viviendo solo o con padres	18	3.00	5.75	3.72	0.64	12.72	58.00	-2.81	.005
Divorciado o separado	15	2.25	7.00	4.82	1.35	22.13			
Soltero viviendo Solo o con padres	18	3.00	5.75	3.72	0.64	11.31	32.50	-2.23	.026
Viudo	8	1.00	4.33	2.58	1.00	18.44			
Turnos trabajo									
Noche	15	4.00	6.75	5.29	0.83	69.43	143.50	-4.44	.000
Indistinto	71	2.00	7.00	3.88	1.06	38.02			
Noche	15	4.00	6.75	5.29	0.83	14.17	27.50	-2.12	.034
Mañana y tarde	8	3.00	5.50	4.53	0.70	7.94			
Indistinto	71	2.00	7.00	3.88	1.06	38.14	152.00	-2.15	.031
Mañana y tarde	8	3.00	5.50	4.53	0.70	56.50			
Horario de trabajo									
Fijo	16	4.00	6.75	5.23	0.83	75.31	195.00	-4.36	.000
Rotatorio	79	2.00	7.00	3.95	1.04	42.47			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

En referencia a la variable satisfacción con la participación, los resultados muestran que los policías que realizan turnos indistintos, presentan de forma significativa menor satisfacción con la participación que sus compañeros con turno de noche ($U = 176.00$, $p = .000$) y que los policías con turno de mañana y tarde ($U = 51.00$, $p = .000$).

También se obtiene que los policías que prestan de 24 a 40 horas, muestran de forma significativa una mayor satisfacción con la participación que los que hacen más de 40 horas ($U = 600.00$, $p = .0029$).

Por último, por lo que respecta a la variable de satisfacción con la participación, también se dieron diferencias significativas en el horario de trabajo, de tal manera que los policías que realizan un turno fijo tienen mayor satisfacción con la participación que los compañeros que prestan sus servicios mediante un horario sujeto a rotación ($U = 248.50$, $p = .000$) (Ver tabla 8).

Tabla 8. Diferencias en la variable satisfacción con la participación

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p
Turnos trabajo									
Noche	15	1.00	6.67	4.57	1.43	67.27	176.00	-4.09	.000
Indistinto	71	1.00	5.53	2.94	1.01	38.48			
Indistinto	71	1.00	5.53	2.94	1.01	36.72	51.00	-3.83	.000
Mañana y tarde	8	3.33	5.00	4.58	0.68	69.13			
Horas trabajo semana									
De 24 a 40 horas	65	1.00	6.67	3.59	1.33	53.77	600.00	-3.02	.002
Más de 40 horas	30	1.33	5.00	2.80	0.89	35.50			
Horario de trabajo									
Fijo	16	1.00	6.67	4.58	1.38	71.97	248.50	-3.84	.000
Rotatorio	79	1.00	5.33	3.11	1.09	43.15			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

7.4.2. Burnout

Con respecto a las dimensiones de burnout, se han encontrado diferencias significativas en todas sus variables, a excepción de la de cinismo. En primer lugar, se describirán los resultados obtenidos en la variable de agotamiento emocional. Se han encontrado diferencias significativas en relación a los turnos de trabajo y a las horas semanales realizadas. Concretamente, los policías

locales que realizan un turno de trabajo indistinto, presentan significativamente mayor agotamiento emocional que los que prestan sus servicios en turno de mañana y tarde ($U = 103.50, p = .003$).

Por otra parte, los policías que realizan más de 40 horas a la semana muestran mayor agotamiento emocional que los compañeros que hacen entre 24 y 40 horas semanales ($U = 669.50, p = .014$) (Ver tabla 9).

Tabla 9. Diferencias en la variable agotamiento emocional

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p
Turnos de trabajo									
Indistinto	71	0.20	6.00	2.79	1.42	42.54	103.50	-2.95	.003
Mañana y tarde	8	0.80	2.40	1.30	0.60	17.44			
Horas trabajo semana									
De 24 a 40 horas	65	0.20	6.00	2.32	1.46	43.30	669.50	-2.45	.014
Más de 40 horas	30	0.40	4.40	3.09	1.25	58.18			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

En referencia a la variable de despersonalización, de los resultados obtenidos se desprende que los policías casados o que viven en pareja muestran significativamente menor despersonalización con respecto a sus compañeros solteros que viven solos o con sus padres ($U = 307.00, p = .024$) y con los policías viudos ($U = 119.50, p = .025$).

Además, los policías que realizan un turno de trabajo indistinto, presentan mayor despersonalización que los que trabajan solo con turnos de mañana y tarde ($U = 136.00, p = .016$).

También se encontraron diferencias significativas respecto a las horas de trabajo realizadas a la semana, siendo la despersonalización significativamente mayor en los policías que trabajan más de 40 horas semanales con respecto a los que lo hacen entre 24 y 40 horas ($U = 595.50, p = .002$) (Ver tabla 10).

Tabla 10. Diferencias en la variable despersonalización

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p
Estado civil									
Soltero viviendo solo o con padres	18	1.80	4.00	3.00	0.66	45.44	307.00	-2.25	.024
Casado o viviendo en pareja	53	0.20	5.00	2.13	1.32	32.79			
Casado o viviendo en pareja	53	0.20	5.00	2.13	1.32	29.25	119.50	-1.98	.025
Viudo	8	0.80	4.20	3.03	1.43	42.56			
Turnos de trabajo									
Indistinto	71	0.20	5.00	2.63	1.26	42.08	136.00	-2.41	.016
Mañana y tarde	8	0.80	3.00	1.50	0.73	21.50			
Horas trabajo/semana									
De 24 a 40 horas	65	0.20	5.00	2.22	1.28	42.16	595.50	-3.05	.002
Más de 40 horas	30	0.20	4.40	2.97	1.20	60.65			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

En relación a la variable de eficacia profesional, se han obtenido diferencias significativas respecto al estado civil, responsabilidad de las tareas y compras en el hogar, el nivel de estudios, turnos de trabajo, cantidad de horas de trabajo semanales y el horario de trabajo de los policías. En cuanto al estado civil, los policías solteros que viven solos o con sus padres muestran significativamente menor eficacia profesional con respecto a los compañeros que están casados o viven en pareja ($U = 286.00$, $p = .011$) y a los que son divorciados o separados ($U = 62.50$, $p = .008$).

Por su parte, los policías que comparten tareas y las compras en el hogar, muestran significativamente una mayor eficacia profesional con respecto a los policías que son los principales responsables de dichas tareas y compras en el hogar ($U = 390.00$, $p = .011$).

En cuanto al nivel de estudios de los policías objeto de este trabajo, los que poseen estudios superiores muestran significativamente mayor eficacia profesional que los que tienen estudios medios ($U = 512.00$, $p = .004$).

Además, los policías que realizan un turno indistinto, poseen significativamente menor eficacia profesional que los compañeros que realizan un turno únicamente de noche ($U = 306.00$, $p = .009$), o que los que trabajan por la mañana y tarde ($U = 81.50$, $p = .001$).

También se obtuvieron diferencias significativas en relación a las horas de trabajo semanales prestadas por los policías. Concretamente, los que trabajaban de 24 a 40 horas semanales mostraron mayor eficacia profesional que los que trabajaban más de 40 horas a la semana ($U = 615.50, p = .004$).

Por último, los policías sujetos a un horario de trabajo fijo, mostraron significativamente mayor eficacia profesional que los que poseen un horario sujeto a rotación ($U = 417, p = .032$) (Ver tabla 11).

Tabla 11. Diferencias en la variable eficacia profesional

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p
Estado civil									
Soltero viviendo solo o con padres	18	2,83	5.00	3.53	0.63	25.39	286.00	-2.54	.011
Casado o viviendo en pareja	53	2.50	5.83	4.04	0.92	39.60			
Soltero viviendo solo o con padres	18	2,83	5.00	3.53	0.63	12.97	62.50	-2.65	.008
Divorciado o separado	15	2.17	6.00	4.31	1.01	21.83			
Resp. tareas/compras									
Principal resp. de tareas y compras	25	2.83	5.17	3.65	0.66	28.60	390.00	-2.56	.011
Comparto tareas y compras	49	2.17	6.00	4.13	0.98	42.04			
Estudios									
Medios	67	2.17	6.00	3.79	0.88	41.64	512.00	-2.83	.004
Superiores	25	2.50	5.83	4.38	0.83	59.52			
Turnos trabajo									
Noche	15	3.33	5.83	4.52	0.76	58.60	306.00	-2.59	.009
Indistinto	71	2.17	6.00	3.76	0.86	40.31			
Indistinto	71	2.17	6.00	3.76	0.86	37.15	81.50	-3.32	.001
Mañana y tarde	8	4.00	5.33	4.85	0.50	65.31			
Horas trabajo/semana									
De 24 a 40 horas	65	2.50	6.00	4.14	0.92	53.53	615.50	-2.89	.004
Más de 40 horas	30	2.17	5.67	3.61	0.73	36.02			
Horario de trabajo									
Fijo	16	3.33	5.83	4.49	0.75	61.44	417.00	-2.15	.032
Rotatorio	79	2.17	6.00	3.87	0.89	45.28			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

7.4.3. Engagement

En todas las variables de la dimensión engagement (vigor, dedicación y absorción), se encontraron diferencias significativas dignas de mención. A continuación, se hará una descripción de todas ellas, dando comienzo por la variable de vigor. En dicha variable, se muestra cómo los policías solteros o que viven solos o con sus padres, presentan significativamente menor vigor que los policías que están casados o viven con su pareja ($U = 321.00$, $p = .039$), que los que están divorciados o separados ($U = 77.00$, $p = .035$) y que los que son viudos ($U = 20.00$, $p = .004$).

Con respecto a los turnos de trabajo, los policías que trabajan en turno de mañana y tarde, muestran significativamente mayor vigor que los que trabajan con un turno indistinto ($U = 109.50$, $p = .004$) (Ver tabla 12).

Tabla 12. Diferencias en la variable vigor

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p
Estado civil									
Soltero viviendo solo o con padres	18	2.50	5.33	3.42	0.73	27.33	321.00	-2.07	.039
Casado o viviendo en pareja	53	2.50	6.00	3.95	0.90	38.94			
Soltero viviendo solo o con padres	18	2.50	5.33	3.42	0.73	13.78	77.00	-2.11	.035
Divorciado o separado	15	2.50	6.00	4.19	1.06	20.87			
Soltero viviendo solo o con padres	18	2.50	5.33	3.42	0.73	10.61	20.00	-2.92	.004
Viudo	8	3.83	5.00	4.33	0.51	20.00			
Turnos trabajo									
Indistinto	71	2.50	6.00	3.73	0.83	37.54	109.50	-2.85	.004
Mañana y tarde	8	2.83	5.17	4.71	0.77	61.81			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

De los resultados obtenidos en la variable de dedicación, se obtuvo que las mujeres presentan de forma significativa una menor dedicación que los miembros del género masculino ($U = 9.50$, $p = .013$).

Por su parte, los policías locales de hasta 40 años, muestran significativamente una mayor dedicación con respecto a sus compañeros mayores de 56 años ($U = 2.50$, $p = .022$).

Además, y con respecto a esta variable, se observa cómo los policías que poseen estudios primarios muestran significativamente una mayor dedicación que los compañeros que tienen estudios medios ($U = 23.00$, $p = 0.24$) (Ver tabla 13).

Tabla 13. Diferencias en la variable dedicación

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p
Sexo									
Hombre	93	1.20	6.00	3.69	0.96	48.90	9.50	-2.18	.013
Mujer	2	1.00	2.60	1.80	1.13	6.25			
Edad									
Hasta 40 años	50	2.40	6.00	3.83	0.76	27.45	2.50	-2.29	.022
56 años o más	2	2.00	2.60	2.30	0.42	2.75			
Estudios									
Primarios	3	4.20	5.00	4.67	0.42	61.33	23.00	-2.27	.024
Medios	67	1.00	6.00	3.54	0.97	34.34			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

Por último, dentro de la variable de absorción, se observa cómo los policías que contribuyen económicamente aproximadamente con el 50% de los ingresos del hogar familiar, muestran significativamente una menor absorción que los compañeros que son los únicos responsables y aportan el 100% ($U = 83.00$, $p = .018$) y los que contribuyen aportando más del 50% de los ingresos ($U = 66.00$, $p = .012$) (Ver tabla 14).

Tabla 14. Diferencias en la variable absorción

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p
Contribución económica									
Único responsable	44	0.00	5.60	3.26	1.19	28.61	83.00	-2.37	.018
Aprox. 50%	8	1.40	4.00	2.30	0.94	14.88			
Más del 50%	38	1.40	5.60	3.33	0.90	25.76	66.00	-2.51	.012
Aprox. 50%	8	1.40	4.00	2.30	0.94	12.75			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

7.4.4. Tensión Laboral

Todas las variables de la dimensión de tensión laboral, a excepción de la de habilidades sociales en el trabajo, obtuvieron diferencias significativas en función

de las variables sociodemográficas o las variables sociolaborales de los policías locales.

Por lo que respecta a la variable de demandas del trabajo, se observa cómo los policías entre 41 y 55 años presentan significativamente mayor percepción de demandas del trabajo que los que tienen hasta 40 años ($U = 704.00$, $p = .003$).

En cuanto a la contribución económica, los policías locales que aportan más del 50% de los ingresos del hogar familiar presentan significativamente mayor percepción de demandas laborales que los compañeros que son los únicos responsables y aportan el total de ingresos al hogar ($U = 531.00$, $p = .003$).

Concluyendo con esta variable y en relación a la responsabilidad de las tareas y compras del hogar, de los resultados obtenidos se observa cómo los policías que comparten las tareas y compras en el hogar muestran significativamente mayor percepción de demandas en el trabajo que los policías que son los principales responsables en cuanto a la realización de las tareas y compras en el hogar ($U = 386$, $p = .007$) (Ver tabla 15).

Tabla 15. Diferencias en la variable demandas del trabajo

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p	
Edad										
Hasta 40 años	50	2.00	3.33	2.54	0.34	39.58	704.00	-2.96	.003	
Entre 41 y 55 años	43	1.67	3.67	2.76	0.43	55.63				
Contribución económica										
Único responsable	44	1.67	3.67	2.53	0.37	34.57	531.00	-2.96	.003	
Más del 50%	38	2.00	3.67	2.78	0.39	49.53				
Resp. tareas/compras										
Principal resp. tareas y compras	25	2.00	3.33	2.51	0.33	28.44	386.00	-2.68	.007	
Comparto tareas y compras	49	2.00	3.67	2.73	0.39	42.12				

* \bar{R}_m = Rango Promedio

Con respecto a la variable de control en el trabajo, los resultados muestran que los policías de hasta 40 años presentan significativamente un mayor control en el trabajo que sus compañeros con edades comprendidas entre los 41 y 55 años ($U = 668.50$, $p = .001$).

En cuanto a las responsabilidades de las tareas y compras del hogar, los policías que son los principales responsables de ello muestran significativamente un mayor control en el trabajo que los que tienen a otra persona como responsable de dichas tareas y compras ($U = 146.00, p = .005$).

Por lo que respecta al nivel jerárquico, los policías locales que son mandos intermedios presentan un menor control en el trabajo que los que son meros agentes ($U = 98.00, p = .026$).

También se obtuvo que los policías que realizan el turno de noche presentan significativamente un mayor control en el trabajo que sus compañeros con turnos indistintos ($U = 248.00, p = .001$) y que los policías con turnos de mañana y tarde ($U = 12.50, p = .002$). Además, los policías con turno indistinto, presentan significativamente un mayor control en el trabajo con respecto a los que trabajan realizando un turno de mañana y tarde ($U = 141.50, p = .014$).

Por último y con respecto al horario de trabajo, los resultados obtenidos muestran que los policías sometidos a un horario de trabajo fijo presentan significativamente un mayor control en el trabajo que los compañeros que tienen un horario rotatorio ($U = 330.00, p = .002$) (Ver tabla 16).

Tabla 16. Diferencias en la variable control en el trabajo

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p
Edad									
Hasta 40 años	50	1.67	4.00	3.03	0.48	55.13	668.50	-3.29	.001
Entre 41 y 55 años	43	2.00	3.67	2.78	0.40	37.55			
Resp. tareas/compras									
Principal resp.	25	2.00	3.67	3.04	0.34	28.16	146.00	-2.78	.005
No, otra persona es la responsable	21	2.00	4.00	2.78	0.49	17.95			
Nivel jerárquico									
Mando intermedio	5	2.33	3.00	2.53	0.30	22.60	98.00	-2.22	.026
Trabajador	90	1.67	4.00	2.94	0.46	49.41			
Turnos de trabajo									
Noche	15	2.00	4.00	3.31	0.53	62.47	248.00	-3.43	.001
Indistinto	71	1.67	3.67	2.89	0.40	39.49			
Noche	15	2.00	4.00	3.31	0.53	15.17	12.50	-3.13	.002
Mañana y tarde	8	2.00	3.00	2.54	0.35	6.06			
Indistinto	71	1.67	3.67	2.89	0.40	42.01	141.50	-2.46	.014
Mañana y tarde	8	2.00	3.00	2.54	0.35	22.19			
Horario de trabajo									
Fijo	16	2.00	4.00	3.24	0.57	66.88	330.00	-3.16	.002
Rotatorio	79	1.67	3.67	2.85	0.41	44.18			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

Con respecto a la variable de apoyo social, los resultados muestran que los policías de hasta 40 años de edad presentan de forma significativa una percepción mayor de apoyo social que sus compañeros con edades comprendidas entre los 41 y 55 años (U = 756.00, p = .013).

Por su parte, los policías que prestan sus servicios bajo un turno de trabajo indistinto, muestran de forma significativa una mayor percepción de apoyo social que los policías que trabajan en el turno de mañana y tarde (U = 122.50, p = .008) (Ver tabla 17).

Tabla 17. Diferencias en la variable apoyo social

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p
Edad									
Hasta 40 años	50	1.40	3.80	2.88	0.47	53.37	756.50	-2.49	.013
Entre 41 y 55 años	43	1.60	3.40	2.59	0.55	39.59			
Turnos de trabajo									
Indistinto	71	1.40	3.40	2.65	0.52	37.73	122.50	-2.66	.008
Mañana y tarde	8	2.40	3.40	3.13	0.34	60.19			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

7.4.5. Salud

Por lo que respecta a las variables de salud, se obtuvieron diferencias significativas en todas ellas (somatizaciones, obsesiones, sensibilidad, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideaciones paranoides y psicoticismo). A continuación, se describirán los resultados observados en todas ellas.

Por lo que respecta a las somatizaciones, de los resultados obtenidos se observa cómo los policías con edades comprendidas entre los 41 y 55 años presentan de forma significativa una mayor somatización que sus compañeros con edades de hasta 40 años ($U = 672.00$, $p = .002$) (Ver tabla 18).

Tabla 18. Diferencias en la variable somatizaciones

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p
Edad									
Hasta 40 años	50	0.00	1.17	0.26	0.30	38.94	672.00	-3.14	.002
Entre 41 y 55 años	43	0.00	1.67	0.54	0.47	56.37			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

En cuanto a la variable de obsesiones, los resultados muestran cómo los policías con edades comprendidas entre los 41 y 55 años, presentan significativamente mayores obsesiones que los policías que tienen hasta 40 años ($U = 600.00$, $p = .000$).

También se han obtenido diferencias significativas, dentro de esta variable, en referencia al turno de trabajo, de tal manera que los policías que prestan sus servicios bajo un turno de trabajo indistinto, presentan significativamente mayores

obsesiones que sus compañeros del turno de mañana y tarde ($U = 111.00$, $p = .005$) (Ver tabla 19).

Tabla 19. Diferencias en la variable obsesiones

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p
Edad									
Hasta 40 años	50	0.00	1.30	0.34	0.37	37.50	600.00	-3.69	.000
Entre 41 y 55 años	43	0.00	2.40	0.77	0.62	58.05			
Turnos de trabajo									
Indistinto	71	0.00	2.40	0.59	0.49	42.44	111.00	-2.83	.005
Mañana y tarde	8	0.00	1.60	0.21	0.56	18.38			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

Con respecto a la variable de sensibilidad, los policías con edades comprendidas entre los 41 y 55 años, presentan significativamente mayor sensibilidad que los policías de hasta 40 años de edad ($U = 655.50$, $p = .001$).

Por lo que respecta a los turnos de trabajo, de los resultados se obtuvieron diferencias significativas; concretamente, los policías con turno de trabajo indistinto muestran de forma significativa mayor sensibilidad que los policías con turno de mañana y tarde ($U = 128.50$, $p = .011$) (Ver tabla 20).

Tabla 20. Diferencias en la variable sensibilidad

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p
Edad									
Hasta 40 años	50	0.00	1.67	0.42	0.51	38.61	655.50	-3.26	.001
Entre 41 y 55 años	43	0.00	2.11	0.83	0.66	56.76			
Turnos de trabajo									
Indistinto	71	0.00	2.11	0.66	0.59	42.19	128.50	-2.54	.011
Mañana y tarde	8	0.00	1.89	0.28	0.65	20.56			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

En cuanto a la variable de depresión, de los resultados obtenidos se observa cómo lo policías entre 41 y 55 años presentan de forma significativa mayor depresión que sus compañeros con edades comprendidas hasta los 40 años ($U = 541.50$, $p = .000$) (Ver tabla 21).

Tabla 21. Diferencias en la variable depresión

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p
Edad									
Hasta 40 años	50	0.00	1.31	2.82	0.42	36.33	541.50	-4.17	.000
Entre 41 y 55 años	43	0.00	1.85	0.75	0.60	59.41			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

Con respecto a la variable de ansiedad, los policías cuyas edades quedan comprendidas entre los 41 y los 55 años, muestran de forma significativa mayor ansiedad que sus compañeros de hasta 40 años (U = 634.00, p = .001) (Ver tabla 22).

Tabla 22. Diferencias en la variable ansiedad

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p
Edad									
Hasta 40 años	50	0.00	6.00	0.27	0.85	38.18	634.00	-3.47	.001
Entre 41 y 55 años	43	0.00	2.00	0.57	0.62	57.26			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

Por lo que respecta a la variable de hostilidad, de los resultados obtenidos se desprende que los policías con edades entre 41 y 55 años presentan de forma significativa mayor hostilidad que sus compañeros de hasta 40 años (U = 661.50, p = .001) (Ver tabla 23).

Tabla 23. Diferencias en la variable hostilidad

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p
Edad									
Hasta 40 años	50	0.00	0.83	0.17	0.21	38.73	661.50	-3.31	.001
Entre 41 y 55 años	43	0.00	3.83	0.56	0.74	56.62			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

En cuanto a la variable de ansiedad fóbica, se observa cómo los policías de hasta 40 años presentan de forma significativa más ansiedad fóbica que sus compañeros con edades comprendidas entre los 41 y 55 años (U = 678.50, p = .001) (Ver tabla 24).

Tabla 24. Diferencias en la variable ansiedad fóbica

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p
Edad									
Hasta 40 años	50	0.00	0.83	0.93	0.18	39.07	678.50	-3.40	.001
Entre 41 y 55 años	43	0.00	2.00	0.35	0.55	56.22			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

Por lo que atañe a la variable de ideaciones paranoides, de los resultados obtenidos de la muestra objeto de estudio se desprende que los policías con edades comprendidas entre los 41 y 55 años presentan de forma significativa unas mayores ideaciones paranoides que los compañeros de hasta 40 años (U = 568.50, p = .000) (Ver tabla 25).

Tabla 25. Diferencias en la variable ideaciones paranoides

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p
Edad									
Hasta 40 años	50	0.00	1.17	0.32	0.40	36.87	568.50	-3.98	.000
Entre 41 y 55 años	43	0.00	2.00	0.88	0.69	58.78			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

Para terminar con el cuestionario SCL-90, los últimos datos obtenidos a describir corresponden a la variable de psicoticismo. De los resultados de la muestra se observa cómo los policías locales cuyas edades se comprenden entre los 41 y 55 años, presentan de forma significativa un mayor psicoticismo que sus compañeros de hasta 40 años (U = 633.00, p = .000) (Ver tabla 26).

Tabla 26. Diferencias en la variable psicoticismo

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p
Edad									
Hasta 40 años	50	0.00	0.70	0.11	0.19	38.16	633.00	-3.67	.000
Entre 41 y 55 años	43	0.00	1.90	0.46	0.58	57.28			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

7.4.6. Sueño

Con respecto a las dimensiones de sueño, se han encontrado diferencias significativas en calidad de sueño. En este sentido, de los datos obtenidos se observa cómo los policías con edades comprendidas entre 41 y 55 años muestran

de forma significativa peor calidad de sueño que los compañeros con edades de hasta 40 años ($U = 730.00$, $p = .007$) (Ver tabla 27).

Tabla 27. Diferencias en la variable calidad del sueño

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p
Edad									
Hasta 40 años	50	0.00	12.00	5.32	3.21	40.10	730.00	-2.68	.007
Entre 41 y 55 años	43	1.00	13.00	7.30	3.43	55.02			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

7.4.7. Factores de riesgo psicosocial

Por lo que respecta a las dimensiones de factores de riesgo psicosocial, en relación con el factor de riesgo de capacidad de tomar decisiones en el trabajo, hay diferencias significativas entre los policías locales en función del sexo, de la edad y del nivel de estudios. En referencia al sexo, el género femenino muestra de forma significativa un mayor riesgo de capacidad para la toma de decisiones que el masculino ($U = 13.50$, $p = .025$).

Con respecto a lo expuesto anteriormente, existe un mayor riesgo en este factor entre los policías con edades comprendidas entre los 41 y 55 años que en los que tienen hasta 40 años ($U = 649$, $p = .001$).

También este factor de riesgo es mayor entre los policías que poseen estudios medios con respecto a los que tienen estudios superiores ($U = 548.50$, $p = .011$) (Ver tabla 28).

Tabla 28. Diferencias en la variable capacidad para la toma de decisiones

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p
Sexo									
Hombre	93	1.00	5.00	3.12	0.72	47.15	13.50	-2.07	.025
Mujer	2	4.00	5.00	4.50	0.71	87.75			
Edad									
Hasta 40 años	50	1.67	4.50	2.94	0.58	38.48	649.00	-3.30	.001
Entre 41 y 55 años	43	1.00	5.00	3.40	0.83	56.91			
Estudios									
Medios	67	2.00	5.00	3.30	0.64	50.81	548.50	-2.55	.011
Superiores	25	1.67	4.50	2.85	0.79	34.94			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

Según los resultados obtenidos, se da significativamente un mayor riesgo y, por tanto, unas peores relaciones interpersonales en función de los estudios, los turnos de trabajo y el horario de trabajo. Estas diferencias muestran cómo los policías que poseen estudios medios tienen unas peores relaciones interpersonales que los que tienen estudios primarios ($U = 29.50$, $p = .038$) y que los policías con estudios superiores ($U = 596.50$, $p = .033$).

Por su parte, los policías con turno de noche tienen mejores relaciones interpersonales que sus compañeros con turnos indistintos ($U = 205.00$, $p = .042$) y que los policías con turnos de mañana y tarde ($U = 29.00$, $p = .042$).

Además, de los resultados obtenidos se observa cómo los policías con horario de trabajo rotatorio tienen peores relaciones interpersonales que sus compañeros con turno fijo ($U = 246.50$, $p = .000$) (Ver tabla 29).

Tabla 29. Diferencias en la variable relaciones interpersonales

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p
Estudios									
Primarios	3	1.80	2.20	2.00	0.20	11.83	29.50	-2.08	.038
Medios	67	1.00	3.80	2.60	0.57	36.56			
Medios	67	1.00	3.80	2.60	0.57	50.10	596.50	-2.13	.033
Superiores	25	1.00	3.80	2.20	0.82	36.86			
Turnos de trabajo									
Noche	15	1.00	2.80	1.83	0.63	21.67	205.00	-3.75	.000
Indistinto	71	1.00	3.80	2.61	0.60	48.11			
Noche	15	1.00	2.80	1.83	0.63	9.93	29.00	-2.04	.042
Mañana y tarde	8	1.00	3.40	2.48	0.68	15.88			
Horario de trabajo									
Fijo	16	1.00	2.80	1.84	0.61	23.91	246.50	-3.86	.000
Rotatorio	79	1.00	3.80	2.59	0.61	52.88			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

Por otra parte, y respecto a la variable de supervisión, se dan diferencias significativas en función de la edad, de la contribución económica, de los estudios y del horario de trabajo. En referencia a la edad, los policías de entre 41 y 55 años perciben una mayor supervisión que los policías de hasta 40 años ($U = 678.50$, $p = .002$).

Con respecto a la contribución económica, los policías locales que aportan más del 50% de los ingresos del hogar, perciben una mayor supervisión que los policías que son los únicos responsables ($U = 540.00$, $p = .006$) y que los que aportan menos del 50 % ($U = 34.50$, $p = .018$). Los policías que aportan más del 50% perciben más supervisión que los que son únicos responsables ($U = 90.50$, $p = .028$).

En cuanto al nivel de estudios, los policías con estudios primarios perciben más supervisión que los policías con estudios medios ($U = 22.00$, $p = .022$) y que los compañeros con estudios superiores ($U = 5.50$, $p = .010$). Por otra parte, los policías con estudios medios requieren de más supervisión que los policías con estudios superiores ($U = 559.00$, $p = .014$).

Por último, respecto al horario de trabajo, perciben más supervisión los policías sujetos a horarios de trabajo con rotación que los que tienen un turno fijo ($U = 410$, $p = .026$) (Ver tabla 30).



Tabla 30. Diferencias en la variable supervisión

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p
Edad									
Hasta 40 años	50	1.00	4.50	2.13	0.80	39.07	678.50	-3.07	.002
Entre 41 y 55 años	43	1.00	3.50	2.62	0.66	56.22			
Contribución económica									
Único responsable	44	1.00	3.50	2.14	0.69	34.77	540.00	-2.77	.006
Más del 50%	38	1.00	3.50	2.61	0.74	49.29			
Único responsable	44	1.00	3.50	2.14	0.69	24.56	90.50	-2.18	.028
Aprox. 50%	8	1.00	4.50	2.77	1.09	37.19			
Más del 50%	38	1.00	3.50	2.61	0.74	23.59	34.50	-2.31	.018
Menos del 50%	5	1.17	2.50	1.93	0.48	9.90			
Estudios									
Primarios	3	3.17	3.50	3.33	1.67	61.67	22.00	-2.29	.022
Medios	67	1.00	4.50	2.45	0.74	34.33			
Primarios	3	3.17	3.50	3.33	1.67	25.17	5.50	-2.40	.010
Superiores	25	1.00	3.50	2.04	0.78	13.22			
Medios	67	1.00	4.50	2.45	0.74	50.66	559.00	-2.46	.014
Superiores	25	1.00	3.50	2.04	0.78	35.36			
Horario de trabajo									
Fijo	16	1.00	3.50	2.08	0.68	34.13	410.00	-2.22	.026
Rotatorio	79	1.00	4.50	2.42	0.78	50.81			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

En relación a las habilidades motoras y cognitivas básicas para la realización el trabajo, en primer lugar, se dan diferencias significativas en función del sexo y, en segundo lugar, de los turnos de trabajo. En cuanto al primer factor, el sexo, hay que decir que se encontraron diferencias significativas; concretamente, los hombres perciben que se requieren mayores habilidades motoras y cognitivas que las mujeres ($U = 11.00$, $p = .019$).

De esta manera y en relación a los turnos de trabajo, se perciben que se precisan menos habilidades motoras y cognitivas por parte de los policías que prestan sus servicios en el turno de mañana y tarde que los que lo hacen en el de noche ($U = 26.50$, $p = .028$) y los que trabajan en turnos indistintos ($U = 135.50$, $p = .014$) (Ver tabla 31).

Tabla 31. Diferencias en la variable habilidades motoras y cognitivas

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	P
Sexo									
Hombre	93	2.40	5.00	3.73	0.58	48.88	11.00	-2.15	.019
Mujer	2	2.20	3.20	2.70	0.71	7.00			
Turnos de trabajo									
Noche	15	3.20	5.00	4.11	0.62	14.23	26.50	-2.18	.028
Mañana y tarde	8	2.40	4.40	3.25	0.59	7.81			
Indistinto									
Mañana y tarde	71	2.40	5.00	3.70	0.52	42.09	135.50	-2.45	.014
	8	2.40	4.40	3.25	0.59	21.44			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

En cuanto a la variable de canales de participación, el riesgo psicosocial es menor en los hombres que en las mujeres, puesto que los primeros requieren menores canales de participación que sus compañeras ($U = 14.00$, $p = .029$).

Tabla 32. Diferencias en la variable canales de participación

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	P
Sexo									
Hombre	93	1.00	5.00	3.95	0.73	47.15	14.00	-2.07	.029
Mujer	2	4.75	5.00	4.88	0.18	87.50			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

Con respecto a la variable de autonomía temporal, de los resultados obtenidos se observa cómo los policías locales de hasta 40 años, mostraron de forma significativa percepción de menor autonomía temporal que sus compañeros de entre 41 y 55 años ($U = 663.50$, $p = .001$) y que los policías de 56 o más años ($U = 7.00$, $p = .039$).

También se obtuvieron diferencias significativas en cuanto a los turnos de trabajo, de tal manera que los policías que tenían asignado el turno de mañana y tarde mostraron significativamente una percepción mayor de autonomía temporal que sus compañeros con turnos de noche ($U = 30$, $p = .050$) y los del turno indistinto ($U = 76.00$, $p = .001$). Por su parte, los policías con turno de noche mostraron mayor percepción de autonomía temporal que los policías con un turno indistinto ($U = 358$, $p = .045$) (Ver tabla 33).

Tabla 33. Diferencias en la variable autonomía temporal

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p
Edad									
Hasta 40 años	50	2.20	4.80	3.28	0.68	38.77	663.50	-3.19	.001
Entre 41 y 55 años	43	2.60	4.80	3.73	0.57	56.57			
Hasta 40 años	50	2.20	4.80	3.28	0.68	25.64	7.00	-2.06	.039
56 años o más	2	4.00	4.80	4.40	0.57	48.00			
Turnos de trabajo									
Noche	15	2.40	4.80	3.73	0.68	55.13	358.00	-2.00	.045
Indistinto	71	2.20	4.80	3.36	0.62	41.04			
Noche	15	2.40	4.80	3.73	0.68	10.00	30.00	-1.96	.050
Mañana y tarde	8	3.40	4.60	4.28	0.48	15.75			
Indistinto	71	2.20	4.80	3.36	0.62	37.07	76.00	-3.40	.001
Mañana y tarde	8	3.40	4.60	4.28	0.48	66.00			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

Por lo que respecta a la variable de importancia del trabajo, solo se dieron diferencias significativas en cuanto a los turnos de trabajo, de tal manera que de los resultados obtenidos se observa cómo los policías con un turno de trabajo indistinto, muestran un mayor riesgo psicosocial, ya que consideran menos importante el trabajo con respecto a sus compañeros con turno de mañana y tarde ($U = 111.50$, $p = .005$) (Ver tabla 34).

Tabla 34. Diferencias en la variable importancia del trabajo

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p
Turnos de trabajo									
Indistinto	71	1.83	4.00	2.98	4.36	42.43	111.50	-2.83	.005
Mañana y tarde	8	1.67	3.50	2.38	0.60	18.44			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

En referencia a la variable de poca variedad y repetitividad y en cuanto a la edad, existe menor riesgo psicosocial en los policías de hasta 40 años en comparación con los que tienen entre 41 y 55 ($U = 738.00$, $p = .008$) y con los que tienen 56 años o más ($U = 4.50$, $p = .028$), puesto que perciben el trabajo con más variedad y menos repetitividad.

En cuanto a los turnos de trabajo, los policías con turno de mañana y tarde perciben una menor variedad y mayor repetitividad que los que hacen un turno indistinto ($U = 150.00$, $p = .027$) (Ver tabla 35).

Tabla 35. Diferencias en la variable poca variedad y repetitividad

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p
Edad									
Hasta 40 años	50	1.33	4.33	2.25	0.60	40.26	738.00	-2.65	.008
Entre 41 y 55 años	43	1.33	5.00	2.56	0.58	54.84			
Hasta 40 años	50	1.33	4.33	2.25	0.60	25.59	4.50	-2.20	.028
56 años o más	2	3.00	4.33	3.67	0.94	49.25			
Turnos de trabajo									
Indistinto	71	1.33	5.00	2.35	0.61	38.12	150.00	-2.22	.027
Mañana y tarde	8	2.00	3.33	2.75	0.46	56.69			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

En la percepción de la dificultad de la tarea, se observa cómo los policías que prestan sus servicios de 24 a 40 horas a la semana perciben una mayor dificultad de la tarea que los compañeros que hacen más de 40 horas ($U = 621.50$, $p = .004$) (Ver tabla 36).

Tabla 36. Diferencias en la variable dificultad de la tarea

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p
Horas trabajo/semana									
De 24 a 40 horas	65	1.00	3.67	2.35	0.81	53.44	621.50	-2.88	.004
Más de 40 horas	30	1.00	4.00	1.86	0.77	36.22			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

Por lo que respecta a la variable de habilidades sociales para la gestión del trabajo y en referencia al sexo, los hombres perciben de forma significativa una mayor demanda de habilidades sociales para poder gestionar el trabajo que las mujeres ($U = 10.50$, $p = .016$), por lo que el factor de riesgo psicosocial es mayor en el género masculino.

En referencia a los turnos de trabajo, de los datos obtenidos se observa cómo los policías con turno indistinto perciben significativamente mayor demanda de habilidades sociales para la gestión del trabajo que los policías que realizan el turno de mañana y tarde ($U = 104.50$, $p = .003$) (Ver tabla 37)

Tabla 37. Diferencias en la variable habilidades sociales para la gestión del trabajo

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p
Sexo									
Hombre	93	2.00	5.00	4.02	0.67	48.89	10.50	-2.16	.016
Mujer	2	2.50	3.00	2.75	0.35	6.75			
Turnos de trabajo									
Indistinto	71	2.00	5.00	4.10	0.66	42.53	104.50	-2.97	.003
Mañana y tarde	8	2.00	4.50	3.31	0.69	17.56			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

Con respecto al nivel de fatiga en el trabajo percibido por los policías objeto del presente estudio, únicamente se han obtenido diferencias significativas en función del estado civil. Concretamente, los policías que son solteros y viven solos o con sus padres, muestran de forma significativa mayor fatiga en el trabajo que los policías que están casados o viven en pareja ($U = 283.50$, $p = .009$), que los compañeros de trabajo que son divorciados o separados ($U = 63.50$, $p = .008$) y que los policías que son viudos ($U = 25.50$, $p = .007$) (Ver tabla 38).

Tabla 38. Diferencias en la variable fatiga en el trabajo

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p
Estado civil									
Soltero viviendo solo o con padres	18	1.67	3.33	2.72	0.45	46.75	283.50	-2.63	.009
Casado o viviendo en pareja	53	1.33	3.33	2.38	0.49	32.35			
Soltero viviendo solo o con padres	18	1.67	3.33	2.72	0.45	20.97	63.50	-2.71	.008
Divorciado o separado	15	1.33	3.00	2.29	0.42	12.23			
Soltero viviendo solo o con padres	18	1.67	3.33	2.72	0.45	16.08	25.50	-2.70	.007
Viudo	8	1.67	2.67	2.17	0.36	7.69			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

Por su parte, la variable de capacidad de adaptación a las nuevas situaciones laborales ha obtenido diferencias significativas referentes a estado civil, turnos de trabajo y horario de trabajo. En cuanto al estado civil, de los datos obtenidos se observa cómo los policías solteros que viven solos o con sus padres muestran

significativamente una mayor percepción de capacidad de adaptación a las nuevas situaciones laborales que los policías casados o que viven en pareja ($U = 265.50, p = .004$) y que los policías divorciados o separados ($U = 78.00, p = .036$).

Además, con respecto a los turnos de trabajo, los policías que realizan un turno de mañana y tarde, muestran significativamente una mayor percepción de capacidad de adaptación a las nuevas situaciones laborales con respecto a los que lo hacen en el turno de noche ($U = 15.00, p = .003$) y a los que lo hacen en un turno indistinto ($U = 140.50, p = .017$).

Por último, los policías locales que realizan un horario de trabajo fijo, presentan significativamente más capacidad de adaptación a las nuevas situaciones laborales que los que prestan sus servicios sometidos a un horario de trabajo rotatorio ($U = 404.50, p = .021$) (Ver tabla 39), por lo que el riesgo psicosocial en los policías con turnos rotatorios es menor.

Tabla 39. Diferencias en la variable capacidad de adaptación a las nuevas situaciones laborales

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p
Estado civil									
Soltero viviendo solo o con padres	18	1.00	4.00	2.94	0.82	24.25	265.50	-2.86	.004
Casado o viviendo en pareja	53	2.00	5.00	3.59	0.77	39.99			
Soltero viviendo solo o con padres	18	1.00	4.00	2.94	0.82	13.83	78.00	-2.10	.036
Divorciado o separado	15	2.00	5.00	3.80	1.01	20.80			
Turnos de trabajo									
Noche	15	3.00	5.00	4.00	0.76	15.00	15.00	-3.02	.003
Mañana y tarde	8	2.50	3.50	2.88	0.35	6.38			
Indistinto	71	1.00	5.00	3.45	0.86	42.02	140.50	-2.38	.017
Mañana y tarde	8	2.50	3.50	2.88	0.35	22.06			
Horario de trabajo									
Fijo	16	3.00	5.00	4.00	0.73	62.22	404.50	-2.31	.021
Rotatorio	79	1.00	5.00	3.39	0.84	45.12			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

En cuanto a la variable de información de la organización, de los datos obtenidos en el presente estudio se observan diferencias significativas en relación a la edad,

la contribución económica y los estudios. Comenzando por la edad, hay que decir que los policías cuya edad oscila entre los 41 y 55 años, perciben significativamente una menor información de la organización que los policías de hasta 40 años ($U = 689.50$, $p = .002$).

En lo que se refiere a la contribución económica, los policías que son los únicos responsables de los ingresos en su unidad familiar tienen una menor percepción de información de la organización con respecto a los policías que aportan aproximadamente el 50% de los ingresos ($U = 88.00$, $p = .021$) y con los que aportan menos de la mitad de dichos ingresos ($U = 51.50$, $p = 0.45$).

Para finalizar con la variable de información de la organización, de los datos obtenidos de la muestra del presente trabajo, se observa que los policías con estudios medios muestran de forma significativa menor percepción de información de la organización que los policías con estudios primarios ($U = 15.50$, $p = .011$) y que los que tienen estudios superiores ($U = 521.50$, $p = .005$) (Ver tabla 40).

Tabla 40. Diferencias en la variable información de la organización

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	p
Edad									
Hasta 40 años	50	1.00	4.33	2.99	0.81	39.29	689.50	-3.04	.002
Entre 41 y 55 años	43	1.00	4.33	3.37	0.76	55.97			
Contribución económica									
Único responsable	44	1.33	4.33	3.41	0.58	28.50	88.00	-2.30	.021
Aprox. El 50%	8	1.33	4.33	2.58	1.04	15.50			
Único responsable	44	1.33	4.33	3.41	0.58	26.33	51.50	-2.01	.045
Menos del 50%	5	2.00	3.67	2.73	0.72	13.30			
Estudios									
Primarios	3	2.00	2.33	2.11	0.19	7.17	15.50	-2.56	.011
Medios	67	1.00	4.33	3.33	0.70	36.77			
Medios	67	1.00	4.33	3.33	0.70	51.22	521.50	-2.84	.005
Superiores	25	1.00	4.33	2.81	0.91	33.86			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

Por su parte, en cuanto a la variable de relaciones y canales de información con los superiores, de los resultados obtenidos se desprende que hay diferencias significativas en cuanto al nivel de estudios, de tal forma que los policías que poseen estudios medios muestran significativamente menor percepción de

relaciones y canales de información con los jefes que sus compañeros con estudios primarios ($U = 24.00$, $p = .021$) (Ver tabla 41).

Tabla 41. Diferencias en la variable relaciones y canales de información con los jefes

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	P
Estudios									
Primarios	3	2.00	2.33	2.11	0.19	10.00	24.00	-2.25	.021
Medios	67	1.33	9.33	3.52	1.09	36.64			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

Otra de las variables que forma parte de los factores de riesgo psicosocial es la de carga mental. En relación a esta variable, solo se han mostrado diferencias significativas en función de las horas de trabajo realizadas a la semana. En tal sentido, los policías locales que realizan de 24 a 40 horas semanales presentan significativamente mayor percepción de carga mental que los policías que realizan más de 40 horas a la semana ($U = 621.50$, $p = .003$) (Ver tabla 42).

Tabla 42. Diferencias en la variable carga mental

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	P
Horas trabajo/semana									
De 24 a 40 horas	65	1.00	5.00	2.41	1.03	53.44	621.50	-2.93	.003
Más de 40 horas	30	1.00	3.00	1.68	0.90	36.22			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

Por lo que respecta a la variable de motivación intrínseca, en sus resultados se observa cómo hay diferencias significativas en referencia a la edad, estado civil, responsabilidad en las compras y tareas de casa, las horas de trabajo semanales y el horario de trabajo de los policías locales. En referencia al primero de ellos, la edad, los policías entre 41 y 55 años muestran significativamente una mayor motivación intrínseca que sus compañeros de hasta 40 años ($U = 745.50$, $p = .009$).

En cuanto al estado civil, los policías solteros que viven solos o con sus padres presentan de forma significativa una percepción de mayor motivación intrínseca que lo policías casados o que viven en pareja ($U = 257.50$, $p = .003$) y que los divorciados o separados ($U = 58.50$, $p = .003$). Por su parte, los policías viudos

muestran significativamente mayor percepción de motivación intrínseca que sus compañeros casados o viviendo en pareja ($U = 78.00, p = .003$) y que los policías divorciados o separados ($U = 13.50, p = .002$).

Además, los policías que son los principales responsables en las tareas y compras del hogar, presentan de forma significativa una mayor percepción de motivación intrínseca que sus compañeros que comparten las tareas y compras ($U = 249.00, p = .000$) y que los policías que cuentan con otra persona que es la responsable de dichas tareas y compras ($U = 166.00, p = .021$).

Por lo que respecta a las horas de trabajo a la semana, se ha obtenido que los policías que prestan entre 24 y 40 horas de trabajo semanales, presentan significativamente menor percepción de motivación intrínseca que los policías que hacen más de 40 horas a la semana ($U = 689, p = .018$).

Por último, en referencia al horario de trabajo, de los resultados obtenidos se desprende que los policías con turno de trabajo fijo, muestran significativamente menor percepción motivación intrínseca que sus compañeros con horario de trabajo sometido a rotación ($U = 438.00, p = .046$) (Ver tabla 43).

Tabla 43. Diferencias en la variable motivación intrínseca

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	P
Edad									
Hasta 40 años	50	1.50	4.50	2.70	0.76	40.41	745.50	-2.63	.009
Entre 41 y 55 años	43	2.00	5.00	3.16	0.88	54.66			
Estado civil									
Soltero viviendo solo o con padres	18	2.00	4.50	2.42	0.79	23.81	257.50	-3.00	.003
Casado o viviendo en pareja	53	1.50	5.00	3.11	0.84	40.14			
Soltero viviendo solo o con padres	18	2.00	4.50	2.42	0.79	12.75	58.50	-2.93	.003
Divorciado o separado	15	2.00	4.00	3.20	0.65	22.10			
Casado o viviendo en pareja	53	1.50	5.00	3.11	0.84	33.53	78.00	-2.94	.003
Viudo	8	2.00	3.00	2.19	0.37	14.25			
Divorciado o separado	15	2.00	4.00	3.20	0.65	15.10	13.50	-3.14	.002
Viudo	8	2.00	3.00	2.19	0.37	6.19			
Responsable tareas/compras									
Principal responsable	25	2.00	3.50	2.27	0.47	22.96	249.00	-4.30	.000
Comparto tareas y compras	49	2.00	4.50	3.19	0.76	44.92			
Principal responsable	25	2.00	3.50	2.27	0.47	19.64	166.00	-2.31	.021
No, otra persona es la responsable	21	1.50	5.00	3.00	0.99	28.10			
Horas trabajo/semana									
De 24 a 40 horas	65	1.50	4.50	3.03	0.80	52.40	689.00	-2.37	.018
Más de 40 horas	30	2.00	5.00	2.67	0.90	38.47			
Horario de trabajo									
Fijo	16	2.00	4.00	3.20	0.46	60.13	438.00	-1.99	.046
Rotatorio	79	1.50	5.00	2.86	0.89	45.54			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

Dentro de los factores de riesgo psicosocial, como última variable aparece la de la motivación extrínseca. Al respecto de esta variable, se han detectado diferencias significativas en referencia a la edad, el estado civil, la contribución económica y los turnos de trabajo de los policías locales objeto del presente estudio. Por lo que respecta a la edad, los policías de hasta 40 años presentaron significativamente

mayor motivación extrínseca que sus compañeros entre 41 y 55 años ($U = 763.50, p = .012$).

En cuanto al estado civil, los policías solteros que viven solos o con sus padres mostraron de forma significativa mayor motivación extrínseca que sus compañeros casados o que viven en pareja ($U = 259.00, p = .003$), que los policías divorciados o separados ($U = 53.50, p = .002$) y que los policías locales viudos ($U = 19.00, p = .002$).

En base a la contribución económica, los policías que aportan menos del 50% de los ingresos familiares presentaron de forma significativa mayor motivación extrínseca que los policías que aparecen como únicos responsables de dichos ingresos ($U = 36.50, p = .011$) y los que aportan más del 50% ($U = 39.00, p = .028$).

Para concluir, dentro de los turnos de trabajo de los policías también se han observado diferencias significativas. Concretamente, los policías locales que prestan sus servicios en el turno de mañana y tarde, mostraron significativamente menor motivación extrínseca que sus compañeros del turno de noche ($U = 25.50, p = .019$) y que los policías del turno indistinto ($U = 91.50, p = .001$) (Ver tabla 44).

Tabla 44. Diferencias en la variable motivación extrínseca

	N	Min	Max	M	DE	\bar{R}_m^*	U	Z	P
Edad									
Hasta 40 años	50	1.00	5.00	2.74	1.08	53.23	763.50	-2.51	.012
Entre 41 y 55 años	43	1.00	5.00	2.16	0.97	39.76			
Estado civil									
Soltero viviendo solo o con padres	18	2.00	5.00	3.33	0.97	48.11	259.00	-3.00	.003
Casado o viviendo en pareja	53	1.00	5.00	2.42	1.10	31.89			
Soltero viviendo solo o con padres	18	2.00	5.00	3.33	0.97	21.53	53.50	-3.06	.002
Divorciado o separado	15	1.00	4.00	2.13	0.92	11.57			
Soltero viviendo solo o con padres	18	2.00	5.00	3.33	0.97	16.44	19.00	-3.11	.002
Viudo	8	1.00	3.00	1.88	0.64	6.88			
Contribución económica									
Único responsable	44	1.00	5.00	2.30	1.08	23.33	36.50	-2.53	.011
Menos del 50%	5	3.00	4.00	3.60	0.55	39.70			
Más del 50%	38	1.00	5.00	2.50	1.13	20.53	39.00	-2.20	.028
Menos del 50%	5	3.00	4.00	3.60	0.55	33.20			
Turnos de trabajo									
Noche	15	1.00	5.00	2.71	1.44	14.30	25.50	-2.35	.019
Mañana y tarde	8	1.00	3.00	1.37	0.74	7.69			
Indistinto	71	1.00	5.00	2.59	0.99	42.71	91.50	-3.30	.001
Mañana y tarde	8	1.00	3.00	1.37	0.74	15.94			

* \bar{R}_m = Rango Promedio

7.5. Análisis de la relación entre los factores de riesgo psicosocial y la satisfacción laboral, burnout, engagement, tensión laboral, salud y sueño de los policías locales de Elda y Elche

En primer lugar, se ha realizado un análisis de correlación de Spearman entre las variables satisfacción laboral, burnout, engagement, tensión laboral, salud y sueño con las de los 18 factores de riesgo psicosocial (ver Tablas 45, 46, 47, 48, 49 y 50).

Tabla 45. Correlaciones entre los factores de riesgo psicosocial y las variables de satisfacción laboral

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
1. S Supervisión	1																							
2. S Ambiente	.34**	1																						
3. S Prestaciones	.36†	.59†	1																					
4. S Instrumentos	.48†	.35**	.56†	1																				
5. S Participación	.78†	.37†	.42†	.51†	1																			
6. DECISIÓN	-.26*	-.45	-.13	-.10	-.11	1																		
7. AMBIGUED	-.49†	-.17	-.35**	-.43†	-.31**	.23*	1																	
8. RELACION	-.36†	-.22*	-.62†	-.46†	-.45†	.22*	.18	1																
9. SUPERVIS	-.14	-.21*	-.03	-.17*	-.30**	-.07	-.41†	-.00	1															
10. HABMYC	.24*	.00	.08	.38†	.21*	-.45†	-.10	-.29**	-.10	1														
11. PARTICIP	-.38†	-.34**	-.41†	-.22*	-.33**	.17	.21*	.39†	-.12	-.04	1													
12. AUTONOMI	-.13	.01	.14	-.01	.10	.44†	.05	-.09	.24*	-.19*	-.04	1												
13. IMPORTAN	-.44†	-.28**	-.37†	-.46†	-.41†	.19*	.47†	.30**	-.20*	-.40†	.27**	-.18*	1											
14. VARIEDAD	-.04	.14	.23*	-.01	.12	.06	-.17*	-.23*	.18*	.00	-.44†	.34**	-.19*	1										
15. DIFICULT	-.15	-.33**	-.46†	-.21*	-.15	-.18*	.12	.27**	.19*	.10	.22*	-.12	.05	-.34**	1									
16. HHSS	-.09	.04	.12	.22*	-.09	-.50†	-.09	-.09	-.01	.61†	-.08	-.29**	-.29**	-.03	-.08	1								
17. FATIGA	-.29**	-.12	-.21*	-.45†	-.19*	-.13	.23*	.14	.06	.17	.23*	-.07	.27**	.10	.30**	-.02	1							
18. ADAPTA	.17	.13	.16	.29**	.18*	-.43†	.04	-.18*	-.08	.62†	-.06	-.24*	-.34**	-.12	.18*	.56†	-.05	1						
19. INFORMA	-.36†	-.01	-.27**	-.36†	-.28**	.29**	.36†	.55†	-.17	.23*	.23*	.13	.24*	.03	-.12	-.09	.09	-.10	1					
20. CANALINF	-.45†	-.13	-.42†	-.31**	-.36†	.27**	.36†	.53†	-.15	-.24*	.40†	.08	.31**	-.16	.10	-.23*	.26*	-.29**	.50†	1				
21. CMENTAL	.14	-.33**	-.13	-.09	.13	-.13	-.03	-.01	.14	.29**	-.01	-.10	-.03	.02	.31**	.05	.16	.25*	-.09	-.18	1			
22. MOTINT	.02	-.19*	-.17	-.16	.18*	.37†	.22*	-.04	.06	-.28**	.20*	.48†	.14	.01	.21*	-.54†	-.08	-.09	.04	-.05	.29**	1		
23. MOTEXTR	-.13	-.02	-.14	-.21*	-.16	-.20	.13	.01	-.06	.11	.21*	-.18*	.26*	-.08	.14	-.04	.45†	-.20*	-.30**	.15	.06	-.11	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; SG = Salud general; SM = Salud mental. † $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

Tabla 46. Correlaciones entre los factores de riesgo psicosocial y las variables de burnout

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
1. Agot. emoc.	1																				
2. Despersonaliz.	.73 [†]	1																			
3. Efic. profesional	-.41 [†]	-.51 [†]	1																		
4. DECISIÓN	.01	-.04	-.13	1																	
5. AMBIGUED	.11	.08	-.37 [†]	.23 [*]	1																
6. RELACION	.24 [*]	.27 ^{**}	-.28 ^{**}	.22 [*]	.18	1															
7. SUPERVIS	.46 [†]	.24 [*]	-.07	-.07	-.41 [†]	-.00	1														
8. HABMYC	-.21 [*]	-.22 [*]	.455 [†]	-.45 [†]	-.10	-.29 ^{**}	-.10	1													
9. PARTICIP	.07	.04	-.27 ^{**}	.17	.21 [*]	.39 [†]	-.12	-.04	1												
10. AUTONOMI	.13	-.11	.12	.44 [†]	.05	-.09	.24 [*]	-.19 [*]	-.04	1											
11. IMPORTAN	.26 [*]	.38 [†]	-.41 [†]	.19 [*]	.47 [†]	.30 ^{**}	-.20 [*]	-.40 [†]	.27 ^{**}	-.18 [*]	1										
12. VARIEDAD	.23 [*]	.05	.13	.06	-.17 [*]	-.23 [*]	.18 [*]	.00	-.44 [†]	.34 ^{**}	-.19 [*]	1									
13. DIFICULT	.09	.00	-.00	-.18 [*]	.12	.27 ^{**}	.19 [*]	.10	.22 [*]	-.12	.05	-.34 ^{**}	1								
14. HHSS	.11	.02	.22 [*]	-.50 [†]	-.09	-.09	-.01	.61 [†]	-.08	-.29 ^{**}	-.29 ^{**}	-.03	-.08	1							
15. FATIGA	.28 ^{**}	.23 [*]	-.24 [*]	-.13	.23 [*]	.14	.06	.17	.23 [*]	-.07	.27 ^{**}	.10	.30 ^{**}	-.02	1						
16. ADAPTA	-.15	-.23 [*]	.34 ^{**}	-.43 [†]	.04	-.18 [*]	-.08	.62 [†]	-.06	-.24 [*]	-.34 ^{**}	-.12	.18 [*]	.56 [†]	-.05	1					
17. INFORMA	.22 [*]	.21 [*]	-.34 ^{**}	.29 ^{**}	.36 [†]	.55 [†]	-.17	.23 [*]	.23 [*]	.13	.24 [*]	.03	-.12	-.09	.09	-.10	1				
18. CANALINF	.18 [*]	.31 ^{**}	-.38 [†]	.27 ^{**}	.36 [†]	.53 [†]	-.15	-.24 [*]	.40 [†]	.08	.31 ^{**}	-.16	.10	-.23 [*]	.26 [*]	-.29 ^{**}	.50 [†]	1			
19. CMENTAL	-.26 [*]	-.32 ^{**}	.34 ^{**}	-.13	-.03	-.01	.14	.29 ^{**}	-.01	-.10	-.03	.02	.31 ^{**}	.05	.16	.25 [*]	-.09	-.18	1		
20. MOTINT	-.24	-.25 [*]	.16	.37 [†]	.22 [*]	-.04	.06	-.28 ^{**}	.20 [*]	.48 [†]	.14	.01	.21 [*]	-.54 [†]	-.08	-.09	.04	-.05	.29 ^{**}	1	
21. MOTEXTR	.04	.19 [*]	-.29 ^{**}	-.20	.13	.01	-.06	.11	.21 [*]	-.18 [*]	.26 [*]	-.08	.14	-.04	.45 [†]	-.20 [*]	-.30 ^{**}	.15	.06	-.11	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; SG = Salud general; SM = Salud mental. [†] $p < .001$; ^{**} $p < .01$; ^{*} $p < .05$

Tabla 47. Correlaciones entre los factores de riesgo psicosocial y las variables de engagement

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
1. Vigor.	1																					
2. Dedicación.	.56 [†]	1																				
3. Absorción	.30**	.56 [†]	1																			
4. DECISIÓN	-.08	-.29**	-.08	1																		
5. AMBIGUED	-.42 [†]	-.19*	-.18*	.23*	1																	
6. RELACION	-.32**	-.13	.20*	.22*	.18	1																
7. SUPERVIS	-.08	-.28**	-.05	-.07	-.41 [†]	-.00	1															
8. HABMYC	.29**	.49 [†]	.02	-.45 [†]	-.10	-.29**	-.10	1														
9. PARTICIP	-.26*	-.31**	-.23*	.17	.21*	.39 [†]	-.12	-.04	1													
10. AUTONOMI	.11	-.12	.17	.44 [†]	.05	-.09	.24*	-.19*	-.04	1												
11. IMPORTAN	-.50 [†]	-.44 [†]	-.29**	.19*	.47 [†]	.30**	-.20*	-.40 [†]	.27**	-.18*	1											
12. VARIEDAD	.09	-.12	.11	.06	-.17*	-.23*	.18*	.00	-.44 [†]	.34**	-.19*	1										
13. DIFICULT	-.27**	-.10	-.11	-.18*	.12	.27**	.19*	.10	.22*	-.12	.05	-.34**	1									
14. HHSS	.34**	.43 [†]	.33**	-.50 [†]	-.09	-.09	-.01	.61 [†]	-.08	-.29**	-.29**	-.03	-.08	1								
15. FATIGA	-.54 [†]	-.19*	-.13	-.13	.23*	.14	.06	.17	.23*	-.07	.27**	.10	.30**	-.02	1							
16. ADAPTA	.31**	.43 [†]	.10	-.43 [†]	.04	-.18*	-.08	.62 [†]	-.06	-.24*	-.34**	-.12	.18*	.56 [†]	-.05	1						
17. INFORMA	.09	.18**	.33 [†]	.29**	.36 [†]	.55 [†]	-.17	.23*	.23*	.13	.24*	.03	-.12	-.09	.09	-.10	1					
18. CANALINF	.17**	.18**	.28 [†]	.27**	.36 [†]	.53 [†]	-.15	-.24*	.40 [†]	.08	.31**	-.16	.10	-.23*	.26*	-.29**	.50 [†]	1				
19. CMENTAL	-.02	-.28 [†]	-.14*	-.13	-.03	-.01	.14	.29**	-.01	-.10	-.03	.02	.31**	.05	.16	.25*	-.09	-.18	1			
20. MOTINT	.09	.05	-.07	.37 [†]	.22*	-.04	.06	-.28**	.20*	.48 [†]	.14	.01	.21*	-.54 [†]	-.08	-.09	.04	-.05	.29**	1		
21. MOTEXTR	-.05	.00	.19**	-.20	.13	.01	-.06	.11	.21*	-.18*	.26*	-.08	.14	-.04	.45 [†]	-.20*	-.30**	.15	.06	-.11	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; SG = Salud general; SM = Salud mental. [†] $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

Tabla 48. Correlaciones entre los factores de riesgo psicosocial y las variables de tensión laboral

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
1. Demandas	1																						
2. Control	.12	1																					
3. Uso Habilidades	.24*	.17	1																				
4. Apoyo social	-.06	.38†	.08	1																			
5. DECISIÓN	-.08	-.44†	-.10	-.16	1																		
6. AMBIGUED	-.11	-.15	-.33**	-.33**	.23*	1																	
7. RELACION	.83	-.44†	-.11	-.51†	.22*	.18	1																
8. SUPERVIS	.20*	-.16	.04	-.27**	-.07	-.41†	-.00	1															
9. HABMYC	.14	.36†	.43†	.13	-.45†	-.10	-.29**	-.10	1														
10. PARTICIP	-.11	-.18*	-.12	-.28**	.17	.21*	.39†	-.12	-.04	1													
11. AUTONOMI	.20*	-.27**	.43	-.20*	.44†	.05	-.09	.24*	-.19*	-.04	1												
12. IMPORTAN	-.27**	-.35**	-.42†	-.32**	.19*	.47†	.30**	-.20*	-.40†	.27**	-.18*	1											
13. VARIEDAD	.16	.05	-.03	.12	.06	-.17*	-.23*	.18*	.00	-.44†	.34**	-.19*	1										
14. DIFICULT	.28**	-.18*	.10	-.50†	-.18*	.12	.27**	.19*	.10	.22*	-.12	.05	-.34**	1									
15. HHSS	.18*	.38†	.12	.10	-.50†	-.09	-.09	-.01	.61†	-.08	-.29**	-.29**	-.03	-.08	1								
16. FATIGA	.09	-.19*	-.14	-.18*	-.13	.23*	.14	.06	.17	.23*	-.07	.27**	.10	.30**	-.02	1							
17. ADAPTA	.08	.43†	.17*	.01	-.43†	.04	-.18*	-.08	.62†	-.06	-.24*	-.34**	-.12	.18*	.56†	-.05	1						
18. INFORMA	-.07	-.25*	-.11	-.25*	.29**	.36†	.55†	-.17	.23*	.23*	.13	.24*	.03	-.12	-.09	.09	-.10	1					
19. CANALINF	-.01	-.24*	-.18*	-.40†	.27**	.36†	.53†	-.15	-.24*	.40†	.08	.31**	-.16	.10	-.23*	.26*	-.29**	.50†	1				
20. CMENTAL	.12	-.09	.02	-.01	-.13	-.03	-.01	.14	.29**	-.01	-.10	-.03	.02	.31**	.05	.16	.25*	-.09	-.18	1			
21. MOTINT	-.04	-.37†	-.21*	-.25*	.37†	.22*	-.04	.06	-.28**	.20*	.48†	.14	.01	.21*	-.54†	-.08	-.09	.04	-.05	.29**	1		
22. MOTEXTR	-.08	-.07	-.28**	-.07	-.20	.13	.01	-.06	.11	.21*	-.18*	.26*	-.08	.14	-.04	.45†	-.20*	-.30**	.15	.06	-.11	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; SG = Salud general; SM = Salud mental. † $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

Tabla 49. Correlaciones entre los factores de riesgo psicosocial y las variables de salud (síntomas)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1. Somatizaciones	1																	
2. Obsesiones	.74†	1																
3. Sensibilidad	.83†	.87†	1															
4. Depresión	.83†	.88†	.92†	1														
5. Ansiedad	.61†	.59†	.61†	.61†	1													
6. Hostilidad	.61†	.79†	.70†	.69†	.50†	1												
7. Ansiedad fóbica	.77†	.65†	.74†	.72†	.59†	.63†	1											
8. Ideac. paran.	.71†	.86†	.78†	.78†	.57†	.73†	.60†	1										
9. Psicoticismo	.82†	.84†	.86†	.84†	.63†	.79†	.90†	.76†	1									
10. DECISIÓN	.06	.10	.10	.07	.04	.04	.15	.07	.19*	1								
11. AMBIGUED	.01	.16	.06	.10	.07	.03	.02	.26*	.07	.23*	1							
12. RELACION	.35†	.35**	.39†	.32**	.26*	.18*	.35**	.36†	.32**	.22*	.18	1						
13. SUPERVIS	.09	.23*	.18*	.27*	.18*	.21*	.07	.26*	.15	-.07	-.41†	-.00	1					
14. HABMYC	-.27**	-.14	-.26*	-.23*	-.20*	.00	-.35†	-.10	-.28**	-.45†	-.10	-.29**	-.10	1				
15. PARTICIP	-.15	-.03	-.09	-.14	-.14	-.15	-.16	-.27*	-.20*	.17	.21*	.39†	-.12	-.04	1			
16. AUTONOMI	.05	.13	.06	.09	.05	.08	-.05	.20*	.08	.44†	.05	-.09	.24*	-.19*	-.04	1		
17. IMPORTAN	.26*	.22*	.29**	.19*	.15	.06	.20*	.18*	.23*	.19*	.47†	.30**	-.20*	-.40†	.27**	-.18*	1	
18. VARIEDAD	.09	.04	.09	.12	-.04	.06	.06	.04	.04	.06	-.17*	-.23*	.18*	.00	-.44†	.34**	-.19*	1
19. DIFICULT	.01	.20*	-.03	-.02	.06	.11	-.08	.30**	.02	-.18*	.12	.27**	.19*	.10	.22*	-.12	.05	-.34**
20. HHSS	-.21*	-.16	-.12	-.06	-.14	-.20*	-.40†	-.14	-.36†	-.50†	-.09	-.09	-.01	.61†	-.08	-.29**	-.29**	-.03
21. FATIGA	-.14	.16	.03	-.01	-.03	.09	-.18*	.12	-.07	-.13	.23*	.14	.06	.17	.23*	-.07	.27**	.10
22. ADAPTA	-.14	.08	-.21*	-.09	-.13	-.03	-.28**	.03	-.21*	-.43†	.04	-.18*	-.08	.62†	-.06	-.24*	-.34**	-.12
23. INFORMA	.24*	.29**	.36†	.34†	.24*	.19*	.27**	.30**	.29**	.29**	.36†	.55†	-.17	-.23*	.23*	.13	.24*	.03
24. CANALINF	.13	.19*	.21*	.19*	.10	.04	.14	.22*	.15	.27**	.36†	.53†	-.15	-.24*	.40†	.08	.31**	-.16
25. CMENTAL	-.15	-.10	-.20*	-.20*	-.08	.08	-.09	.00	-.06	-.13	-.03	-.01	.14	.29**	-.01	-.10	-.03	.02
26. MOTINT	.17*	.13	.04	.03	.08	.20*	.09	.20**	.18*	.37†	.22*	-.04	.06	-.28**	.20*	.48†	.14	.01
27. MOTEXTR	-.05	.04	-.12	-.11	-.08	.05	-.12	-.08	-.09	-.20*	.13	-.01	-.06	.11	.21*	-.18*	.26*	-.08

Tabla 49 (continuación). Correlaciones entre los factores de riesgo psicosocial y las variables de salud (síntomas)

	19	20	21	22	23	24	25	26	27
19. DIFICULT	1								
20. HHSS	-.08	1							
21. FATIGA	.30**	-.02	1						
22. ADAPTA	.18*	.56†	-.05	1					
23. INFORMA	-.12	-.09	.09	-.10	1				
24. CANALINF	.10	-.23*	.26*	-.29**	.50†	1			
25. CMENTAL	.31**	.05	.16	.25*	-.09	-.18*	1		
26. MOTINT	.21*	-.54†	-.08	-.09	.04	-.05	.28**	1	
27. MOTEXTR	.14	-.04	.45†	-.20	-.30**	.15	.06	-.11	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; SG = Salud general; SM = Salud mental. † $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

Tabla 50. Correlaciones entre los factores de riesgo psicosocial y sueño

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. Calidad sueño	1																			
2. Matut./vespert.	.08	1																		
3. DECISIÓN	-.10	.03	1																	
4. AMBIGUED	.11	.15	.23*	1																
5. RELACION	.05	-.11	.22*	.18	1															
6. SUPERVIS	.33**	-.20*	-.07	-.41†	-.00	1														
7. HABMYC	-.10	-.01	-.45†	-.10	-.29**	-.10	1													
8. PARTICIP	-.18	-.01	.17	.21*	.39†	-.12	-.04	1												
9. AUTONOMI	.11	-.01	.44†	.05	-.09	.24*	-.19*	-.04	1											
10. IMPORTAN	.06	.20	.19*	.47†	.30**	-.20*	-.40†	.27**	-.18*	1										
11. VARIEDAD	.08	.08	.06	-.17*	-.23*	.18*	.00	-.44†	.34**	-.19*	1									
12. DIFICULT	.12	-.10	-.18*	.12	.27**	.19*	.10	.22*	-.12	.05	-.34**	1								
13. HHSS	-.05	.07	-.50†	-.09	-.09	-.01	.61†	-.08	-.29**	-.29**	-.03	-.08	1							
14. FATIGA	-.00	.07	-.13	.23*	.14	.06	.17	.23*	-.07	.27**	.10	.30**	-.02	1						
15. ADAPTA	-.04	-.03	-.43†	.04	-.18*	-.08	.62†	-.06	-.24*	-.34**	-.12	.18*	.56†	-.05	1					
16. INFORMA	.12	-.01	.29**	.36†	.55†	-.17	.23*	.23*	.13	.24*	.03	-.12	-.09	.09	-.10	1				
17. CANALINF	.09	.06	.27**	.36†	.53†	-.15	-.24*	.40†	.08	.31**	-.16	.10	-.23*	.26*	-.29**	.50†	1			
18. CMENTAL	-.18*	-.06	-.13	-.03	-.01	.14	.29**	-.01	-.10	-.03	.02	.31**	.05	.16	.25*	-.09	-.18	1		
19. MOTINT	.08	.01	.37†	.22*	-.04	.06	-.28**	.20*	.48†	.14	.01	.21*	-.54†	-.08	-.09	.04	-.05	.29**	1	
20. MOTEXTR	-.08	.11	-.20	.13	.01	-.06	.11	.21*	-.18*	.26*	-.08	.14	-.04	.45†	-.20*	-.30**	.15	.06	-.11	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; SG = Salud general; SM = Salud mental. † $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

Se llevaron a cabo análisis de regresión para cada una de las variables de satisfacción laboral, burnout, engagement, tensión laboral, salud y sueño medidas en policías locales, con el fin de elaborar ecuaciones de regresión a partir de los factores de riesgo psicosocial. Se utilizaron como variables criterio cada una de las variables de satisfacción laboral, burnout, engagement, tensión laboral, salud y sueño y como variables predictoras, los factores de riesgo psicosocial. Las tablas que aparecen a continuación se muestran los índices referentes a los modelos de regresión obtenidos mediante el método 'stepwise' para las variables de riesgo psicosocial que resultaron significativas.

Tabla 51. Regresiones sobre la dimensión de Satisfacción laboral

Variable	S. Supervisión			S. Amb. Físico			S. Prestaciones		
	β	ES	t	β	ES	t	β	ES	t
(Constante)		1.20	12.23***		.77	11.84***		.41	16.54***
AMBIGUED	-.42	.12	-5.45***				-.22	.10	-3.10**
SUPERVIS	-.33	.10	-4.90***	-.26	.12	-2.86**			
CANALINF	-.15	.08	-2.13*						
HHSS	-.45	.15	-5.18***						
IMPORTAN	-.24	.16	-3.35**	-.26	.18	-2.80**			
DECISION	-.22	.11	-2.98**						
VARIEDAD	-.34	.12	-5.00***						
PARTICIP	-.33	.11	-4.63***	-.30	.13	-3.37**			
HABMYC	-.26	.16	3.33**						
DIFICULT	-.19	.10	-2.77**				-.30	.09	-3.90***
MOTINT	.18	.11	2.28*						
CMENTAL				-.30	.09	-3.43**			
RELACION							-.50	.11	-6.51***
ΔR^2	.72			.30			.50		

Nota: ES: Error Estándar. AMBIGUED = Ambigüedad de rol; SUPERVIS = Supervisión; CANALINF = Relaciones y canales de información con los jefes; HHSS = Habilidades sociales de gestión; IMPORTAN = Importancia del trabajo; DECISION = Capacidad tomar decisiones; VARIEDAD = Poca variedad y repetitividad; PARTICIP = Canales de participación; HABMYC = Habilidades motoras y cognitivas; DIFICULT = Dificultad de la tarea; MOTINT = Motivación intrínseca. CMENTAL = Carga mental. RELACION = Relaciones interpersonales. *** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

Tabla 51. (continuación). Regresiones sobre la dimensión de Satisfacción laboral

Variable	S. Instrumentos Trab			S. Participación		
	β	ES	t	β	ES	t
(Constante)		.87	9.34***		.74	13.99***
AMBIGUED	-.38	.12	-4.84***	-.45	.14	-5.56***
SUPERVIS	-.28	.11	-3.66***	-.61	.12	-8.38***
CANALINF						
HHSS						
IMPORTAN				-.30	.18	-3.99***
DECISION						
VARIEDAD						
HABMYC						
DIFICULT	.30	.14	4.06***			
MOTINT						
PARTICIP				.42	.10	6.03***
CMENTAL				-.28	.12	-3.84***
RELACION	-.25	.12	-3.50**	-.17	.14	-2.44*
FATIGA	-.36	.17	-4.99***	.15	.18	2.21*
ΔR^2	.58			.63		

Nota: ES: Error Estándar. AMBIGUED = Ambigüedad de rol; SUPERVIS = Supervisión; CANALINF = Relaciones y canales de información con los jefes; HHSS = Habilidades sociales de gestión; IMPORTAN = Importancia del trabajo; DECISION = Capacidad tomar decisiones; VARIEDAD = Poca variedad y repetitividad; PARTICIP = Canales de participación; HABMYC = Habilidades motoras y cognitivas; DIFICULT = Dificultad de la tarea; MOTINT = Motivación intrínseca. CMENTAL = Carga mental. RELACION = Relaciones interpersonales. FATIGA = Nivel de fatiga. *** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

Tal como muestran los resultados del análisis de regresión, la satisfacción laboral de los policías se explica en diferentes proporciones de varianza y de forma diferente, en función de si se trata de satisfacción relacionada con la supervisión, con el ambiente físico, con las prestaciones recibidas, con los instrumentos de trabajo o con la participación.

En primer lugar, el modelo de regresión realizado explica un 72% de la variable *satisfacción con la supervisión*, con un conjunto de 11 factores de riesgo psicosocial como variables explicativas significativas. De este modo una mayor satisfacción con la supervisión de los policías está explicada por una menor ambigüedad de rol ($\beta = -.42$, $SE = 0.12$, $p < .001$); una menor supervisión ($\beta = -.33$, $SE = 0.10$, $p < .001$); unas mayores relaciones y canales de información con los jefes ($\beta = -.15$, $SE = 0.08$, $p = .05$); una percepción de menor demanda de habilidades sociales de gestión ($\beta = -.45$, $SE = 0.15$, $p < .001$); una mayor percepción de la importancia de su trabajo ($\beta = -.24$, $SE = 0.16$, $p < .01$); una mayor capacidad de tomar decisión ($\beta = -.22$, $SE = 0.11$, $p < .01$); una mayor

variedad de tareas ($\beta = -.34$, $SE = 0.12$, $p < .001$); unos mayores canales de participación ($\beta = -.33$, $SE = 0.11$, $p < .001$); una percepción de menores demandas de habilidades motoras y cognitivas ($\beta = -.26$, $SE = 0.16$, $p < .01$); una menor dificultad de las tareas ($\beta = -2.77$, $SE = 0.10$, $p < .01$) y una mayor motivación intrínseca ($\beta = .18$, $SE = 0.11$, $p < .05$).

Por su parte y con respecto a la *satisfacción con el ambiente físico*, el modelo de regresión realizado estaría explicando un 30% de su varianza, con un conjunto de cuatro factores de riesgo psicosocial, como variables explicativas significativas. Así, una mayor satisfacción con el ambiente físico en los policías está explicada por una menor supervisión ($\beta = -.26$, $SE = 0.12$, $p < .01$); una mayor percepción de la importancia de su trabajo ($\beta = -.26$, $SE = 0.18$, $p < .01$); unos mayores canales de participación ($\beta = -.30$, $SE = 0.13$, $p < .01$) y por una menor carga mental ($\beta = -.30$, $SE = 0.09$, $p < .01$).

En tercer lugar y con respecto a la *satisfacción relacionada con las prestaciones recibidas*, el modelo de regresión llevado a cabo, explica un 50% de su varianza, con un conjunto de tres factores de riesgo psicosocial, como variables explicativas significativas. De esta manera, una mayor satisfacción con las prestaciones recibidas en los policías locales objeto de estudio, está explicada por una menor ambigüedad de rol ($\beta = -.22$, $SE = 0.10$, $p < .01$), una menor dificultad de las tareas ($\beta = -.30$, $SE = 0.09$, $p < .001$) y unas mayores relaciones interpersonales ($\beta = -.50$, $SE = 0.11$, $p < .001$).

En cuarto lugar, el modelo de regresión realizado explica un 58% de la variable *satisfacción con los instrumentos de trabajo*, con un conjunto de cinco factores de riesgo psicosocial como variables explicativas significativas. De este modo, una mayor satisfacción con los instrumentos de trabajo en los policías locales, está explicada por una menor ambigüedad de rol ($\beta = -.38$, $SE = 0.12$, $p < .001$), una mayor supervisión ($\beta = -.28$, $SE = 0.11$, $p < .001$), una percepción de menores demandas de habilidades motoras y cognitivas ($\beta = -.30$, $SE = 0.14$, $p < .001$), unas mayores relaciones personales ($\beta = -.25$, $SE = 0.12$, $p < .01$) y un menor nivel de fatiga ($\beta = -.36$, $SE = 0.17$, $p < .001$).

Por último, y en referencia a la variable de *satisfacción con la participación*, el modelo de regresión realizado explica un 63% de su varianza, con un conjunto de siete factores de riesgo psicosocial como variables explicativas

significativas. En este sentido, una mayor satisfacción con la participación en los policías, está explicada por una menor ambigüedad de rol ($\beta = -.45$, $SE = 0.14$, $p < .001$), una menor supervisión ($\beta = -.61$, $SE = 0.12$, $p < .001$), una mayor percepción de la importancia del trabajo ($\beta = -.30$, $SE = 0.18$, $p < .001$), una mayor motivación intrínseca ($\beta = -.42$, $SE = 0.10$, $p < .001$), mayores canales de participación ($\beta = -.28$, $SE = 0.12$, $p < .001$), unas mayores relaciones interpersonales ($\beta = -.17$, $SE = 0.14$, $p < .05$) y un menor nivel de fatiga ($\beta = -.36$, $SE = 0.17$, $p < .001$).

Tabla 52. Regresiones sobre la dimensión de Burnout

Variable	Agotamiento emocional			Despersonalización			Eficacia profesional		
	β	ES	t	β	ES	t	β	ES	t
(Constante)		.14	2.91**	.80		-1.43	.75		5.59***
AMBIGUED							-.36	.10	-4.59***
SUPERVIS	.54	.13	7.80***	.40	.14	4.96***	-.29	.08	-4.02***
CANALINF				.17	.10	2.04*			
HHSS	.31	.14	4.51***						
IMPORTAN	.44	.20	6.22***	.44	.21	5.14***			
DECISION									
VARIEDAD	.31	.16	4.30***						
HABMYC							.52	.11	7.39***
DIFICULT	.25	.13	3.30**						
MOTINT				-.25	.13	-3.05**	.43	.07	5.95***
PARTICIP							-.24	.09	-3.20**
CMENTAL	-.40	.09	-5.83***	-.26	.10	-3.17**			
RELACION							.22	.12	2.60*
FATIGA									
INFORMA	.22	.12	3.28**				-.31	.10	-3.42**
MOTEXTR							-.31	.06	-4.18***
ΔR^2	.61			.43			.62		

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

Tal y como se desprende de los resultados del análisis de regresión, el burnout de los policías se explica en diferentes proporciones de varianza y de forma diferente, en función de si se trata de agotamiento emocional, despersonalización o eficacia profesional.

En primer lugar, el modelo de regresión realizado explica un 61% de la variable agotamiento emocional, con un conjunto de siete factores de riesgo psicosocial como variables explicativas significativas. De este modo un mayor agotamiento emocional está explicado por una mayor supervisión ($\beta = .54$, $SE = 0.13$, $p < .001$), la percepción de mayores demandas de habilidades de gestión ($\beta = .31$, $SE = 0.14$, $p < .001$), una percepción de menor importancia del trabajo ($\beta = .44$, $SE = 0.20$, $p < .001$), una mayor repetitividad de las tareas ($\beta = .31$, $SE = 0.16$, $p < .001$), una mayor dificultad de la tarea ($\beta = .25$, $SE = 0.13$, $p < .01$), una menor carga mental ($\beta = -.40$, $SE = 0.09$, $p < .001$) y una menor información de la organización ($\beta = .22$, $SE = 0.12$, $p < .01$).

En cuanto a la variable de despersonalización, el modelo de regresión llevado a cabo explica un 43% de dicha variable, con un conjunto de cinco factores de riesgo psicosocial como variables explicativas significativas. En este sentido, una mayor despersonalización se explica por una mayor supervisión ($\beta = .40$, $SE = 0.14$, $p < .001$), unas menores relaciones y canales de información con los jefes ($\beta = .17$, $SE = 0.10$, $p < .05$), una menor importancia percibida del trabajo ($\beta = .44$, $SE = 0.21$, $p < .001$), una mayor motivación intrínseca ($\beta = -.25$, $SE = 0.13$, $p < .01$) y una menor carga mental ($\beta = -.26$, $SE = 0.10$, $p < .01$).

Por su parte y con respecto a la eficacia profesional, el modelo de regresión realizado estaría explicando un 62% de su varianza, con un conjunto de ocho factores de riesgo psicosocial, como variables explicativas significativas. De esta manera, una mayor eficacia profesional se explica por una menor ambigüedad de rol ($\beta = -.36$, $SE = 0.10$, $p < .001$), una menor supervisión ($\beta = -.29$, $SE = 0.08$, $p < .001$), unas mayores demandas de habilidades motoras y cognitivas percibidas ($\beta = .52$, $SE = 0.11$, $p < .001$), una menor motivación intrínseca ($\beta = .43$, $SE = 0.07$, $p < .001$), unos mayores canales de participación ($\beta = -.24$, $SE = 0.09$, $p < .01$), unas menores relaciones interpersonales ($\beta = .22$, $SE = 0.12$, $p < .05$), una mayor información de la organización ($\beta = -.31$, $SE = 0.10$, $p < .01$) y una menor motivación extrínseca ($\beta = -.31$, $SE = 0.06$, $p < .001$).

Tabla 53. Regresiones sobre la dimensión de Engagement

Variable	Vigor			Dedicación			Absorción		
	β	ES	t	β	ES	t	β	ES	t
(Constante)		.70	6.88***		1.05	5.66***		.63	5.33***
AMBIGUED	-.38	.09	-5.15***						
SUPERVIS	-.27	.09	-3.60**	-.41	.10	-5.38***			
HHSS	.22	.11	2.67**						
IMPORTAN				-.18	.17	-2.01*			
DECISION							-.24	.13	-2.58*
HABMYC	.22	.13	2.67**	.26	.14	3.16**			
DIFICULT				.20	.09	2.61*			
MOTINT				-.46	.10	-5.20***	-.50	.11	-5.54***
RELACION							.28	.13	3.47**
FATIGA	-.32	.14	-4.27***						
INFORMA				-.22	.10	-2.77**			
MOTEXTR	-.29	.06	-4.11***	-.37	.07	-4.73***	-.40	.07	-5.10***
AUTONOMI	.23	.09	3.28**	.20	.13	2.23*	.46	.15	4.91***
ΔR^2	.64			.57			.44		

Nota: ES: Error Estándar. AMBIGUED = Ambigüedad de rol; SUPERVIS = Supervisión; HHSS = Habilidades sociales de gestión; IMPORTAN = Importancia del trabajo; DECISION = Capacidad tomar decisiones; HABMYC = Habilidades motoras y cognitivas; DIFICULT = Dificultad de la tarea; MOTINT = Motivación intrínseca; CMENTAL = Carga mental; RELACION = Relaciones interpersonales. FATIGA = Nivel de fatiga. INFORMA = Información de la organización. MOTEXTR = Motivación extrínseca. AUTONOMI = Autonomía temporal. *** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

Tal y como ha ocurrido con los dos constructos anteriores y según los resultados obtenidos del análisis de regresión, también el engagement de los policías se explica en diferentes proporciones de varianza y de forma distinta, en función de si se trata de vigor, dedicación o absorción.

En primer lugar, el modelo de regresión realizado explica un 64% de la variable vigor, con un conjunto de ocho factores de riesgo psicosocial como variables explicativas significativas. De este modo, un mayor vigor de los policías está explicado por menor ambigüedad de rol ($\beta = -.38$, $SE = 0.09$, $p < .001$), un mayor supervisión ($\beta = -.27$, $SE = 0.09$, $p < .01$), unas mayores demandas de habilidades sociales de gestión ($\beta = .22$, $SE = 0.11$, $p < .01$), menor demanda de habilidades motoras y cognitivas ($\beta = -.22$, $SE = 0.13$, $p < .01$), un menor nivel de fatiga ($\beta = -.32$, $SE = 14$, $p < .001$), menor motivación extrínseca ($\beta = -.29$, $SE = 0.06$, $p < .001$) y una mayor autonomía temporal ($\beta = .23$, $SE = 0.09$, $p < .01$).

Por su parte y con respecto a la dedicación, el modelo de regresión realizado estaría explicando un 57% de su varianza, con un conjunto de ocho factores de

riesgo psicosocial, como variables explicativas significativas. Así, una mayor dedicación en los policías locales de la muestra viene explicada por una mayor supervisión ($\beta = -.41$, $SE = 0.10$, $p < .01$), una mayor importancia percibida del trabajo ($\beta = -.18$, $SE = 0.17$, $p < .05$), una mayor demandas de habilidades motoras y cognitivas ($\beta = .26$, $SE = 0.14$, $p < .01$), una mayor dificultad de las tareas ($\beta = .20$, $SE = 0.09$, $p < .05$), una mayor motivación intrínseca ($\beta = -.46$, $SE = 0.10$, $p < .001$), una mayor información de la organización ($\beta = -.22$, $SE = 0.10$, $p < .01$), una menor de motivación extrínseca ($\beta = -.37$, $SE = 0.07$, $p < .001$) y menor autonomía temporal ($\beta = .20$, $SE = 0.13$, $p < .05$).

En tercer lugar y para concluir con la dimensión de engagement, se terminará comentando los resultados obtenidos en referencia a la variable de absorción. De los datos obtenidos mediante el modelo de regresión utilizado, se explican el 44% de la varianza de dicha variable, con un conjunto de cinco factores de riesgo psicosocial, como variables explicativas. De tal manera, una mayor absorción de los policías objeto de estudio se explica por una capacidad de tomar decisiones ($\beta = -.24$, $SE = 0.13$, $p < .05$), una mayor motivación intrínseca ($\beta = -.46$, $SE = 0.10$, $p < .001$), unas menores relaciones interpersonales ($\beta = .28$, $SE = 0.13$, $p < .01$), una menor motivación extrínseca ($\beta = -.40$, $SE = 0.07$, $p < .001$) y una menor autonomía del tiempo ($\beta = .46$, $SE = 0.15$, $p < .001$).

Tabla 54. Regresiones sobre la dimensión de Tensión laboral

Variable	Demandas			Control			Uso habilidades		
	β	ES	t	β	ES	t	β	ES	t
(Constante)		.32	7.60***	.27	13.29***		.35	7.95***	
AMBIGUED							-.31	.05	-3.44**
SUPERVIS							-.21	.05	-2.27*
IMPORTAN	-.25	.07	-2.58*						
VARIEDAD	.24	.06	2.33*						
HABMYC							.60	.08	5.52***
DIFICULT	.37	.05	3.70***				.24	.04	2.80**
MOTINT				-.36.04		-4.56***			
RELACION				-.39.06		-4.88***			
MOTEXTR							-.42	.03	-4.75***
ADAPTA				.32.04		4.03***	-.33	.05	-2.99**
ΔR^2	.18			.42			.42		

Nota: ES: Error Estándar. AMBIGUED = Ambigüedad de rol; SUPERVIS = Supervisión; IMPORTAN = Importancia del trabajo; VARIEDAD = Poca variedad y repetitividad; HABMYC = Habilidades motoras y cognitivas; DIFICULT = Dificultad de la tarea; MOTINT = Motivación intrínseca. RELACION = Relaciones interpersonales; MOTEXTR = Motivación extrínseca; ADAPTA = Capacidad de adaptación a nuevas situaciones. *** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

Tabla 54 (continuación). Regresiones sobre la dimensión de Tensión laboral

Variable	Apoyo social		
	β	ES	t
(Constante)		.45	15.32***
SUPERVIS	-.26	.05	-3.56**
CANALINF	-.20	.04	-2.46*
IMPORTAN	-.36	.08	-4.67***
DIFICULT	-.32	.05	-4.49***
RELACION	-.29	.06	-3.54**
AUTONOMI	-.32	.06	-4.40***
ADAPTA	-.26	.05	-3.37**
ΔR^2	.60		

Nota: ES: Error Estándar. SUPERVIS = Supervisión; CANALINF = Relaciones y canales de información con los jefes; IMPORTAN = Importancia del trabajo; DIFICULT = Dificultad de la tarea; RELACION = Relaciones interpersonales; AUTONOMI = Autonomía temporal; ADAPTA = Capacidad de adaptación a nuevas situaciones. *** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

De acuerdo a los resultados obtenidos del análisis de regresión, la tensión laboral de los policías se explica en diferentes proporciones de varianza y de forma distinta, dependiendo de si se trata de demandas laborales, control, uso de habilidades o apoyo social.

En primer lugar, el modelo de regresión realizado explica un 18% de la variable demandas de trabajo, con un conjunto de tres factores de riesgo psicosocial como variables explicativas significativas. De esta forma, unas mayores

demandas laborales se explican con una mayor importancia percibida del trabajo ($\beta = -.25$, $SE = 0.07$, $p < .05$), una menor variedad de tareas ($\beta = .24$, $SE = 0.06$, $p < .05$) y una mayor dificultad de la tarea ($\beta = .37$, $SE = 0.05$, $p < .001$).

Dentro de la tensión laboral y por lo que respecta al control, de los datos obtenidos con el modelo de regresión utilizado, se explican un 42% de dicha variable con un conjunto de tres factores de riesgo psicosocial actuando como variables explicativas significativas. De tal forma, un mayor control se explica con una mayor motivación intrínseca ($\beta = -.36$, $SE = 0.04$, $p < .001$), unas mayores relaciones interpersonales ($\beta = -.39$, $SE = 0.07$, $p < .001$) y una menor capacidad de adaptación a nuevas situaciones ($\beta = .32$, $SE = 0.04$, $p < .001$).

Con respecto a la variable uso de habilidades, los datos obtenidos del modelo de regresión utilizado muestran que un 42% de dicha variable se explica con un conjunto de seis factores de riesgo psicosocial como variables explicativas significativas. Concretamente, un mayor uso de habilidades se explica con una menor ambigüedad de rol ($\beta = -.31$, $SE = 0.05$, $p < .01$), una menor supervisión ($\beta = -.21$, $SE = 0.05$, $p < .05$), una mayor percepción de demanda de habilidades motoras y cognitivas ($\beta = .60$, $SE = 0.08$, $p < .001$), una mayor dificultad de la tarea ($\beta = .24$, $SE = 0.04$, $p < .01$), una menor motivación extrínseca ($\beta = -.42$, $SE = 0.03$, $p < .001$) y una menor capacidad de adaptación a las nuevas situaciones ($\beta = -.40$, $SE = 0.07$, $p < .001$).

Por su parte y con respecto al apoyo social, el modelo de regresión realizado estaría explicando un 60% de su varianza, con un conjunto de siete factores de riesgo psicosocial, como variables explicativas significativas. Así, un mayor apoyo social en los policías está explicado por un menor supervisión ($\beta = -.26$, $SE = 0.05$, $p < .01$), unas menores relaciones y canales de información con los jefes ($\beta = -.20$, $SE = 0.04$, $p < .05$), una menor importancia del trabajo percibida ($\beta = -.36$, $SE = 0.08$, $p < .001$), una menor dificultad de la tarea ($\beta = -.32$, $SE = 0.05$, $p < .001$), unas mayores relaciones interpersonales ($\beta = -.29$, $SE = 0.06$, $p < .01$), una autonomía temporal ($\beta = -.32$, $SE = 0.06$, $p < .001$) y una mayor capacidad de adaptación a las nuevas situaciones laborales ($\beta = -.26$, $SE = 0.05$, $p < .01$).

Tabla 55. Regresiones sobre la dimensión de Salud

Variable	Somatizaciones			Obsesiones			Sensibilidad		
	β	ES	t	β	ES	t	β	ES	t
(Constante)		.27	.58		.38	-3.17**		.45	-1.86*
AMBIGUED				.24	.08	2.32*			
SUPERVIS				.33	.07	3.23**	.27	.07	3.15**
IMPORTAN	.20	.07	2.28*				.28	.11	3.17**
DECISION	-.21	.05	-2.22*						
MOTINT	.41	.05	4.20***						
PARTICIP	-.45	.05	-4.90***				-.31	.08	-3.31**
CMENTAL	-.29	.04	-3.24**				-.21	.05	-2.54*
RELACION	.53	.06	5.58***	.30	.08	3.20**	.29	.10	2.75**
INFORMA							.23	.08	2.26*
ΔR^2	.37			.19			.36		

Nota: ES: Error Estándar. AMBIGUED = Ambigüedad de rol; SUPERVIS = Supervisión; IMPORTAN = Importancia del trabajo; DECISION = Capacidad tomar decisiones; MOTINT = Motivación intrínseca. PARTICIP = Canales de participación; CMENTAL = Carga mental; RELACION = Relaciones interpersonales; INFORMA = Información de la organización. *** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

Tabla 55 (continuación). Regresiones sobre la dimensión de Salud

Variable	Depresión			Ansiedad			Hostilidad		
	β	ES	t	β	ES	t	β	ES	t
(Constante)		.41	-1.55		.42	1.30		.30	-1.93*
SUPERVIS	.35	.06	3.97***				.25	.07	2.48*
IMPORTAN	.21	.10	2.29*						
PARTICIP	-.31	.07	-3.36**	-.30	.11	-2.85**			
CMENTAL	-.21	.05	-2.53*						
RELACION	.22	.09	2.07*	.38	.12	3.60**			
INFORMA	.28	.07	2.78**				.24	.07	2.35*
ΔR^2	.35			.13			.08		

Nota: ES: Error Estándar. SUPERVIS = Supervisión; IMPORTAN = Importancia del trabajo; PARTICIP = Canales de participación; CMENTAL = Carga mental; RELACION = Relaciones interpersonales; INFORMA = Información de la organización. *** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

Tabla 55 (continuación). Regresiones sobre la dimensión de Salud

Variable	Ansiedad fóbica			Ideaciones paranoides			Psicoticismo		
	β	ES	t	β	ES	t	β	ES	t
(Constante)		.27	5.34***		.60	-4.73***		.32	4.29***
AMBIGUED				.32	.07	3.60**			
SUPERVIS				.38	.07	4.43***			
HHSS	-.39	.05	-5.05***				-.35	.06	-4.11***
PARTICIP	-.49	.05	-5.83***	-.39	.07	-4.45***	-.40	.06	-4.40***
HABMYC				.31	.10	3.28**			
MOTINT				.45	.07	4.80***			
CMENTAL				-.25	.05	-2.83**			
RELACION	.50	.05	5.92***	.55	.08	6.09***	.45	.06	4.88***
ΔR^2	.44			.46			.33		

Nota: ES: Error Estándar. AMBIGUED = Ambigüedad de rol; SUPERVIS = Supervisión; HHSS = Habilidades sociales de gestión; PARTICIP = Canales de participación; HABMYC = Habilidades motoras y cognitivas; MOTINT = Motivación intrínseca. CMENTAL = Carga mental; RELACION = Relaciones interpersonales. *** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

Los resultados del análisis de regresión muestran que la salud de los policías se explica en diferentes proporciones de varianza y de forma distinta, en función de si se trata de somatizaciones, obsesiones, sensibilidad, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideaciones paranoides o psicoticismo.

En primer lugar, el modelo de regresión realizado explica un 37% de la variable somatizaciones, con un conjunto de seis factores de riesgo psicosocial como variables explicativas significativas. De este modo una mayor somatización se explica por una menor importancia del trabajo ($\beta = .20$, $SE = 0.07$, $p < .05$), una menor capacidad de tomar decisiones ($\beta = .21$, $SE = 0.05$, $p < .05$), una menor motivación intrínseca ($\beta = .41$, $SE = 0.05$, $p < .001$), unos mayores canales de participación ($\beta = -.45$, $SE = 0.05$, $p < .001$), una menor carga mental ($\beta = -2.29$, $SE = 0.04$, $p < .01$) y unas menores relaciones interpersonales ($\beta = .53$, $SE = 0.06$, $p < .001$).

En segundo lugar y con respecto a las obsesiones, el modelo de regresión realizado estaría explicando un 19% de su varianza, con un conjunto de tres factores de riesgo psicosocial, como variables explicativas significativas. Así, unas mayores obsesiones en los policías están explicada por una mayor ambigüedad de rol ($\beta = .24$, $SE = 0.08$, $p < .05$), una mayor supervisión ($\beta = .33$, $SE = 0.07$, $p < .01$) y unas menores relaciones interpersonales ($\beta = .30$, $SE = 0.08$, $p < .01$).

Por su parte y con respecto a la sensibilidad interpersonal de los policías, de los resultados obtenidos del modelo de regresión, se explica un 36% de su varianza, con un conjunto de seis factores de riesgo psicosocial, que actúan como variables explicativas significativas. De esta manera, una mayor sensibilidad se explica por una mayor supervisión ($\beta = .27$, $SE = 0.07$, $p < .01$), una menor importancia del trabajo percibida ($\beta = .28$, $SE = 0.11$, $p < .01$), unos mayores canales de participación ($\beta = -.31$, $SE = 0.08$, $p < .01$), una menor carga mental ($\beta = -.21$, $SE = 0.05$, $p < .05$), unas menores relaciones interpersonales ($\beta = .29$, $SE = 0.10$, $p < .01$) y una menor información de la organización ($\beta = .23$, $SE = 0.08$, $p < .05$).

En cuanto a la variable de depresión en los policías y teniendo en cuenta los resultados obtenidos del modelo de regresión utilizado al efecto, se explica un 35% de su varianza, con un conjunto de seis factores de riesgo psicosocial, como variables explicativas significativas. Así, una mayor depresión en los policías se explica por una mayor supervisión ($\beta = .35$, $SE = 0.06$, $p < .001$), una menor importancia percibida del trabajo ($\beta = .21$, $SE = 0.10$, $p < .05$), una mayor participación en las decisiones de la empresa ($\beta = -.31$, $SE = 0.07$, $p < .001$), una menor carga mental ($\beta = -.21$, $SE = 0.05$, $p < .05$), unas menores relaciones interpersonales ($\beta = .22$, $SE = 0.09$, $p < .05$) y unas menores relaciones y canales de información con los jefes ($\beta = .28$, $SE = 0.07$, $p < .01$).

En quinto lugar, dentro de la dimensión de salud, aparece la ansiedad. De los datos obtenidos del modelo de regresión utilizado, se explica un 13% de su varianza, solo con dos factores de riesgo psicosocial que actúan como variables explicativas significativas. Se trata de las relaciones interpersonales. De esta manera, una mayor ansiedad en los policías locales se explica por unas menores relaciones interpersonales ($\beta = .38$, $SE = 0.12$, $p < .01$) y mayores canales de participación en las decisiones de la empresa ($\beta = -.31$, $SE = 0.07$, $p < .001$).

Por su parte y con respecto a la hostilidad de los policías, de los resultados obtenidos del modelo de regresión, se explica solo un 8% de su varianza, con dos factores de riesgo psicosocial, que actúan como variables explicativas significativas. De esta manera, una mayor hostilidad viene explicada por una

mayor supervisión ($\beta = .25$, $SE = 0.07$, $p < .05$) y una menor información de la organización ($\beta = .24$, $SE = 0.07$, $p < .05$).

En séptimo lugar y en referencia a la variable de ansiedad fóbica, tomando los resultados obtenidos con el modelo de regresión utilizado en el presente trabajo, se explica un 44% de su varianza, con un conjunto de tres factores de riesgo psicosocial, como variables explicativas significativas. De esta forma, una mayor ansiedad fóbica se explica por una menor demanda de habilidades sociales de gestión ($\beta = -.39$, $SE = 0.05$, $p < .001$), unos mayores canales de participación en las decisiones de la empresa ($\beta = -.49$, $SE = 0.05$, $p < .001$) y unas menores relaciones interpersonales ($\beta = .50$, $SE = 0.05$, $p < .001$).

En penúltimo lugar, dentro del constructo salud, aparecen las ideaciones paranoides. En referencia a los resultados obtenidos del modelo de regresión usado en este trabajo, hay que decir que se explica un 46% de la varianza de esta variable, con un conjunto de siete factores de riesgo psicosocial, como variables explicativas significativas. De este modo, unas mayores ideaciones paranoides se explican por una mayor ambigüedad de rol ($\beta = .32$, $SE = 0.07$, $p < .01$), una mayor supervisión ($\beta = .38$, $SE = 0.07$, $p < .001$), unos mayores canales de participación en las decisiones de la empresa ($\beta = -.39$, $SE = 0.07$, $p < .001$), unas mayores habilidades motoras y cognitivas demandadas ($\beta = .31$, $SE = 0.10$, $p < .01$), una menor motivación intrínseca ($\beta = .45$, $SE = 0.07$, $p < .001$), una menor carga mental ($\beta = -.25$, $SE = 0.05$, $p < .01$) y unas menores relaciones interpersonales ($\beta = .55$, $SE = 0.08$, $p < .001$).

Por último y en cuanto a la variable de psicoticismo, de los datos analizados con el modelo de regresión, se explica un 33% de su varianza con un conjunto de tres factores de riesgo psicosocial, como variables explicativas significativas. Concretamente, un mayor psicoticismo se explica por unas menores habilidades sociales de gestión demandadas ($\beta = -.35$, $SE = 0.06$, $p < .001$), unos mayores canales de participación en las decisiones de la empresa ($\beta = -.40$, $SE = 0.06$, $p < .001$) y menores relaciones interpersonales ($\beta = .45$, $SE = 0.06$, $p < .001$).

Tabla 56. Regresiones sobre la dimensión de Sueño

Variable	Calidad de sueño		
	β	ES	t
(Constante)		2.69	.47
AMBIGUED	.33	.47	3.29**
SUPERVIS	.47	.44	4.75***
PARTICIP	-.20	.43	-2.12*
CMENTAL	-.23	.30	-2.54*
ΔR^2	.23		

Nota: ES: Error Estándar. AMBIGUED = Ambigüedad de rol; SUPERVIS = Supervisión; PARTICIP = Canales de participación. CMENTAL = Carga mental. *** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

A continuación, se describirá los resultados obtenidos mediante el modelo de regresión en referencia a la calidad de sueño. De los citados resultados se obtiene que en cuanto a la variable de calidad de sueño, de los datos analizados con el modelo de regresión, se explica un 23% de su varianza con un conjunto de cuatro factores de riesgo psicosocial, como variables explicativas significativas. De este modo, una menor calidad de sueño se explica por una mayor ambigüedad de rol ($\beta = .33$, $SE = 0.47$, $p < .01$), una mayor supervisión ($\beta = .47$, $SE = 0.44$, $p < .001$), una mayor participación en las decisiones de la empresa ($\beta = -.23$, $SE = 0.30$, $p < .05$) y una menor carga mental ($\beta = -.23$, $SE = 0.30$, $p < .05$).



CAPÍTULO VIII

DISCUSIÓN





8. DISCUSIÓN

En el presente apartado plantearemos y analizaremos los resultados que se han alcanzado en los análisis realizados con el objetivo de relacionar las evidencias encontradas con los resultados de otros investigadores.

Como se ha detallado anteriormente, el presente estudio ha intentado examinar si en la satisfacción laboral, burnout, engagement, tensión laboral, salud, sueño y factores de riesgo psicosocial mostrados por los policías locales objeto de estudio, influyen variables sociodemográficas generales y específicas a este colectivo, en concreto sexo, edad, estado civil, contribución económica a la unidad familiar, responsabilidad en tareas y compras en el hogar familiar, nivel de estudios, nivel jerárquico en la empresa, turno de trabajo, horas de trabajo semanales y horario de trabajo, identificando, además, si existen diferencias significativas en los valores de satisfacción laboral, burnout, engagement, tensión laboral, salud y sueño con respecto a los principales factores de riesgo psicosocial mostrados por los policías locales.

Al discutir los diferentes resultados se seguirá el orden de las hipótesis formuladas en la presente investigación.

Hipótesis 1. Sexo

Por lo que respecta a la primera hipótesis planteada H1, se afirma que existen diferencias significativas en satisfacción laboral, burnout, engagement, tensión laboral, salud, sueño y factores de riesgo psicosocial mostrados por los policías locales en función del sexo.

H.1.1. En la variable de *satisfacción laboral*, la hipótesis planteada se confirma únicamente en relación a la satisfacción con la supervisión, en la que se han hallado diferencias significativas en relación al sexo; concretamente, se observa cómo los hombres presentan significativamente una mayor satisfacción con la supervisión que las mujeres. Estos resultados difieren con los obtenidos en trabajos anteriores, en los que no se dieron diferencias significativas en la percepción de la satisfacción en el trabajo entre hombres y mujeres (Maurya y Agarwal, 2017).

H.1.2. En cuanto a la segunda variable que presentaría diferencias respecto al sexo, el *burnout*, la hipótesis no se ha confirmado, puesto que no hay

diferencias significativas con ninguna de las tres variables que componen el constructo. Estos resultados coinciden con estudios previos en los que no se encontraron diferencias significativas en despersonalización y agotamiento emocional (Sánchez-Nieto, 2012) y otros en los que no se dieron diferencias significativas en agotamiento emocional entre hombres y mujeres (Padyab et al., 2016). Por otro lado, los resultados obtenidos también difieren con otros trabajos en los que las mujeres muestran mayores puntuaciones en cansancio emocional y, en el que los hombres, aunque sin ser significativos, presentan valores superiores en despersonalización (Durán et al., 2006), o en otros en los que los varones tienen una puntuación más elevada en eficacia profesional (Sánchez-Nieto, 2012).

H.1.3. En cuanto a las diferencias halladas en el constructo de *engagement*, los resultados apoyan parcialmente la H1 dado que en la variable dedicación, las mujeres policías de la muestra presentan de forma significativa una menor dedicación que los policías varones. Estos resultados contrastan con otros estudios en los que no se han mostrado diferencias significativas (Breevaart et al., 2013; Brough et al., 2017).

H.1.4. Dentro de la dimensión de *tensión laboral*, no se cumple la primera hipótesis, es decir, de los resultados obtenidos en los policías no presentan diferencias significativas en las variables que la componen (demandas laborales, recursos, uso de habilidades y apoyo social) en relación a su sexo. Dichos resultados coinciden con los de otros trabajos anteriores en los que el desgaste por el trabajo no presentó diferencias significativas, manteniéndose similar en ambos sexos (Bishopp y Boots, 2014). Por el contrario, existen estudios de otros investigadores en los que se obtuvieron resultados significativos en función del sexo respecto al nivel de apoyo social (Hansson et al., 2016).

H.1.5. Por lo que respecta a la variable de *salud*, en el presente trabajo no se encontraron diferencias significativas entre ambos sexos. Existen estudios previos que coinciden con los resultados aquí obtenidos y otros que difieren. Por ejemplo, Maurya y Agarwall (2017) obtuvieron resultados que evidenciaban que no hubo diferencias significativas entre hombres y

mujeres policías con respecto a los niveles de malestar psicológico, aunque sí que encontraron diferencias significativas en bienestar, constatándose que el bienestar psicológico era mayor en las mujeres policías que en los hombres. Tampoco se obtuvieron diferencias significativas en el trabajo llevado a cabo por García Albuerne y Albacete (2013), entre estrés percibido y variables de sexo. Al igual que tampoco las hubo en el estudio de Luceño-Moreno et al. (2010), en el que los agentes de policía que participaron en el estudio mostraron altos niveles de estrés, independientemente de su sexo.

Por el contrario, en otros estudios se han obtenido resultados contradictorios a los anteriores, por ejemplo, en el trabajo realizado por Gerber et al., (2010) en el que los niveles de estrés eran más altos entre los policías varones que entre las mujeres. No obstante, los resultados obtenidos en otros estudios sí que establecen relación entre el riesgo de padecer estrés socio-laboral y el sexo (Agerbo et al., 2006; Akerstedt et al., 2002; Durán et al., 2006; Firth-Cozens, 1990; He et al., 2002; Márquez et al., 2008; Morales et al., Violanti, 1994).

H.1.6. Respecto al *sueño*, no se obtuvieron resultados que evidenciaran una diferencia significativa entre hombres y mujeres en relación a la calidad del sueño, coincidiendo de esta manera con estudios de otros investigadores que igualmente no encontraron una diferencia significativa entre la calidad del sueño de policías en función del sexo (García Albuerne et al., 2013; Gerber et al., 2010), lo que contrasta con los estudios efectuados en población general que indican, en general, más quejas de pobre calidad de sueño en las mujeres, pero más anomalías objetivas de sueño en los varones (Bjorvatna y Pallesen, 2009; Yagoot, Suhail, Najman y Al Mamun, 2016). Es posible que el desempeño del rol de policía implique un estrés que tienda a igualar a los géneros en este aspecto.

H.1.7. Existen diferencias significativas en los *factores de riesgo psicosocial* en función del sexo, aunque no en todos ellos. En concreto, se encontraron diferencias en función del sexo en las variables de capacidad para la toma de decisiones, habilidades motoras y cognitivas, canales de participación

y habilidades sociales para la gestión del trabajo. Así, las mujeres presentan un mayor riesgo de capacidad para la toma de decisiones, un menor riesgo para las habilidades motoras y cognitivas, un mayor riesgo psicosocial en canales de participación y un menor riesgo psicosocial en referencia a las habilidades para la gestión del trabajo que sus compañeros policías varones.

Hipótesis 2. Edad

La segunda hipótesis aludía a que existirían diferencias significativas en la satisfacción laboral, burnout, engagement, tensión laboral, salud, sueño y factores de riesgo psicosocial en los policías locales, en función de la edad de los agentes de policía.

H.2.1 En cuanto al primer constructo, la *satisfacción laboral*, la hipótesis se cumple parcialmente ya que se obtienen diferencias significativas en la variable satisfacción con las prestaciones recibidas. En los resultados obtenidos se observa cómo los policías mayores de 56 años o más, presentan de forma significativa mayor satisfacción con las prestaciones recibidas que sus compañeros con edades comprendidas entre los 41 y 55 años. Estos resultados difieren, por ejemplo, con los obtenidos en el trabajo llevado a cabo por Maurya y Agarwal (2017), en el que no se aprecia ninguna diferencia significativa en satisfacción en el trabajo y la edad de los policías.

H.2.2. La hipótesis no se ha confirmado en *burnout*, puesto que no hay diferencias significativas con ninguna de las tres variables que componen el constructo. Hay estudios realizados por otros investigadores cuyos resultados coinciden con los obtenidos en este estudio, que mantienen que no existen diferencias en función de la edad (Sánchez-Nieto, 2012).

H.2.3. Con respecto a las diferencias encontradas en la dimensión de *engagement* y la edad, de los resultados obtenidos se desprende que existen diferencias significativas entre los policías locales de hasta 40 años y los que son mayores de 56, mostrando una mayor dedicación los primeros con respecto a los segundos. Por tanto, aquí también se cumple parcialmente la hipótesis planteada. Los datos obtenidos difieren de otros

trabajos en los cuales no existen diferencias significativas en engagement en función de la edad (Breevaart, 2013; Sakuraya, 2017).

H.2.4. También se cumple la segunda hipótesis planteada, en lo concerniente a algunas dimensiones de la *tensión laboral* y la edad. En los resultados obtenidos se observa que los policías entre 41 y 55 años presentan significativamente mayor percepción de demandas laborales que los compañeros de hasta 40 años. Por último, también se han encontrado diferencias relevantes entre los policías locales de hasta 40 años y sus compañeros cuyo intervalo de edad está comprendido entre los 41 y 55, presentando los primeros significativamente mayor percepción de apoyo social que los segundos. Existen estudios previos que difieren con estos resultados, en la línea que las diferencias que se producen entre tensión laboral en el trabajo y edad, son modestas, no significativas, y no son dignas de mención (Bishopp y Boots, 2014; Gluschkoff, 2016).

H.2.5. En la dimensión de *salud*, se vuelve a cumplir la segunda hipótesis, totalmente ya que de los resultados obtenidos se desprende que existen diferencias significativas en todas las variables analizadas de la salud en relación a la edad. De tal manera, los policías locales con edades que oscilan entre los 41 y 55 años presentan de forma significativa mayores somatizaciones, mayores obsesiones, mayor sensibilidad interpersonal, mayor ansiedad, mayor hostilidad, mayores ideaciones paranoides y mayor psicoticismo que sus compañeros policías de hasta 40 años. Por el contrario, los resultados analizados también muestran que los policías de hasta 40 años muestran mayores medidas de depresión y de ansiedad fóbica que los policías locales cuyas edades se comprenden entre 41 y 55 años.

En este sentido, nuestros resultados en el colectivo de policías locales son coherentes con lo expuesto en investigaciones previas por diversos autores, en las que se muestra que la edad es un factor que presenta diferencias significativas entre los sujetos estudiados con respecto a la salud (Delgado, 2009). No obstante, existen estudios en los que no se apreciaron diferencias significativas entre la salud y la edad de los sujetos de la muestra (Luceño-Moreno et al., 2010; Maia et al., 2007).

H.2.6. La segunda hipótesis también se cumple en diferencias entre calidad de *sueño* y edad. Los resultados indican que los policías con edades comprendidas entre los 41 y 55 años muestran de forma significativa una peor calidad de sueño que sus compañeros con edades hasta 40 años.

Este resultado va en la línea de lo que se informa en la mayoría de los estudios de sueño, en los que se ha destacado que junto a ser mujer (como expusimos anteriormente) tener una mayor edad es un factor de riesgo del desarrollo de problemas de sueño (Bjorvatna y Pallesen, 2009; Yagoot et al., 2016). Las complicaciones más habituales son el insomnio y la apnea, ésta última afecta especialmente a los varones (Sánchez et al, 2007).

H.2.7. También se confirma la segunda hipótesis: existen diferencias relevantes en los factores de riesgo psicosocial en función de la edad.

En primer lugar, existe, por un lado, un mayor riesgo percibido en la capacidad de tomar decisiones en el trabajo, y por otro, una mayor supervisión entre los policías con edades entre 41 y 55 años que entre los que tienen edades hasta 40 años.

En segundo lugar, y en referencia al grupo de policías locales que tienen entre 41 y 55 años, por un lado, perciben una mayor supervisión, una menor percepción de autonomía temporal, una menor información de la organización y una percepción de menor motivación intrínseca y mayor motivación extrínseca que los que tienen 40 o menos.

En tercer lugar, los policías con edades comprendidas hasta 40 años perciben menor riesgo psicosocial en variedad y repetitividad de tareas que sus compañeros que tienen más edad. Y una mayor mayor motivación extrínseca que los compañeros que están comprendidos en el intervalo de 41 y 55 años.

Hipótesis 3. Estado civil

La tercera hipótesis formulada, planteaba que se darían diferencias significativas entre las variables dependientes en función del estado civil.

- H.3.1. Se cumple la hipótesis en el constructo de *satisfacción laboral*, concretamente, se dan diferencias significativas tanto en las variables de satisfacción con la supervisión como en la de satisfacción con los instrumentos de trabajo. Respecto a la primera de ellas, la satisfacción con la supervisión, los policías que son solteros o que viven solos o con sus padres, muestran una menor satisfacción con la supervisión que los casados o que viven en pareja o con los divorciados o separados. Por su parte, los policías locales que son divorciados o separados muestran una mayor satisfacción con los instrumentos de trabajo que los compañeros solteros y que viven solos o con sus padres. Además, estos últimos muestran mayor satisfacción con los instrumentos de trabajo que los policías que son viudos.
- H.3.2. También se dan diferencias relevantes en algunas de las dimensiones del constructo de *burnout* con respecto al estado civil. Los policías casados o que viven en pareja muestran significativamente menor despersonalización que sus compañeros solteros que viven solos o con sus padres y con los que son viudos. Además, los policías locales solteros que viven solos o con sus padres, presentan una menor eficacia profesional con respecto a los compañeros que están casados o viven en pareja y a los que son divorciados o separados. Los resultados obtenidos entre burnout y el estado civil difieren de otros estudios en los que no se hallaron diferencias significativas (Durán et al., 2006).
- H.3.3. Con respecto a la dimensión de *engagement*, también se cumple parcialmente la tercera hipótesis, porque se vuelven a presentar diferencias significativas con el estado civil. Los policías solteros o que viven solos o con sus padres muestran significativamente menor vigor que los policías que están casados o viven con su pareja, que los que están divorciados o separados y que los que son viudos.
- H.3.4. No se hallaron diferencias significativas entre el constructo *tensión laboral*, ni ninguna de sus dimensiones y el estado civil de los policías. Estos resultados contrastan con otros estudios en los que sí se hallaron diferencias significativas entre la tensión laboral y estado civil (Hansson et al., 2016).

H.3.5. Por lo que respecta a la *salud*, no se dan diferencias significativas entre la salud y el estado civil. Los resultados obtenidos no varían de forma relevante en los distintos grupos establecidos en cuanto al estado civil: soltero viviendo solo o con padres, casado o viviendo en pareja, divorciado o separado y viudo. En este sentido, podemos encontrar estudios previos en policías donde tampoco se dan diferencias significativas entre salud y el estado civil (Maia et al., 2007).

H.3.6. Lo mismo ocurre en referencia al *sueño*, es decir, en este punto tampoco se confirma la hipótesis número tres. No se hallaron diferencias significativas entre el sueño y el estado civil.

H.3.7. No ocurre lo mismo respecto a los *factores de riesgo psicosocial*; aquí sí que se confirma la hipótesis formulada y se presentan diferencias en los factores de riesgos psicosociales siguientes: fatiga en el trabajo, capacidad de adaptación a las nuevas situaciones laborales, motivación intrínseca y motivación extrínseca.

Los policías locales que son solteros y viven solos o con sus padres, muestran más fatiga laboral que los policías que son divorciados o separados y que los viudos. Además, los solteros que viven solos o con sus padres muestran una mayor capacidad de adaptación a las nuevas situaciones del trabajo que los que son casados o viven en pareja y que los divorciados o separados. Por su parte, los solteros que viven solos o con sus padres presentan una mayor motivación intrínseca que los casados o que viven en pareja y que los divorciados o separados; también hay que señalar que los viudos presentan una mayor motivación intrínseca que sus compañeros casados o viviendo en pareja y que los divorciados o separados. Por último, también se presentan diferencias significativas en la variable de motivación extrínseca en función del estado civil. Concretamente, los policías solteros que viven solos o con sus padres muestran de forma significativa una mayor motivación extrínseca que sus compañeros casados o que viven en pareja, que los divorciados o separados y que los viudos.

Hipótesis 4. Contribución económica a la unidad familiar

La cuarta hipótesis formulada, hacía mención a que existirían diferencias significativas en la satisfacción laboral, burnout, engagement, tensión laboral, salud, sueño y factores de riesgo psicosocial en función de la contribución económica a la unidad familiar. Dicha hipótesis solo se cumple en las dimensiones de engagement, tensión laboral y en algunos de los factores de riesgo psicosocial. En los demás supuestos no se cumple, puesto que no se dan diferencias relevantes.

H.4.1. No hay diferencias significativas en satisfacción, ni ninguna de sus dimensiones y la contribución económica de los policías encuestados a su unidad familiar.

H.4.2. No hay diferencias significativas en burnout, ni ninguna de sus dimensiones y la contribución económica de los policías encuestados a su unidad familiar.

H.4.3. Con respecto a la dimensión de *engagement*, en su dimensión de absorción, se dan diferencias significativas en función de la contribución económica del policía a su hogar, de tal manera que los que aportan aproximadamente el 50% de los ingresos, muestran significativamente una menor absorción que los que son los únicos responsables y que los que aportan más del 50%.

H.4.4. En constructo de *tensión laboral*, se producen diferencias relevantes en la dimensión de demandas del trabajo, en la que los policías que aportan más del 50% presentan mayor percepción de las demandas del trabajo que los que son únicos responsables.

H.4.5 No hay diferencias significativas en *salud* y la contribución económica de los policías encuestados a su unidad familiar.

H.4.6. No hay diferencias significativas en *sueño* y la contribución económica de los policías encuestados a su unidad familiar.

H.4.7. Por lo que respecta a los *factores de riesgo psicosocial*, las diferencias en función de la contribución económica a la unidad familiar se producen en supervisión, información de la organización y motivación extrínseca.

De esta manera, los policías locales con aportaciones superiores al 50% de los ingresos del hogar, perciben una mayor supervisión que los que aportan todo y los que aportan menos del 50%. Por otra parte, los policías que aportan más de la mitad de los ingresos, perciben más supervisión que los únicos responsables. Los policías que son los únicos responsables en la contribución económica a su familia, tienen mayor percepción de información de la organización que los que aportan aproximadamente la mitad de los ingresos y los que aportan menos del 50% de los ingresos a sus familias. Por último, los que aportan menos de la mitad de los ingresos familiares presentan mayor motivación extrínseca que los que son únicos responsables de los ingresos y los que aportan más del 50%.

Hipótesis 5. Responsabilidad en tareas y compras en el hogar familiar

Se hallaron diferencias significativas en los constructos de satisfacción laboral, burnout, tensión laboral, salud, y factores de riesgo psicosocial y sus dimensiones y la responsabilidad de los policías en tareas y compras en el hogar familiar.

H.5.1. En cuanto a la *satisfacción* con la supervisión, sí que se cumple, puesto que muestran de forma significativa mayor satisfacción con la supervisión los policías que no son los responsables de las tareas de casa y las compras que los que sí que son los principales responsables.

H.5.2. En relación con el *burnout*, los policías que comparten tareas y compra en el hogar, muestran significativamente una mayor eficacia profesional que los que son los principales responsables.

H.5.3. No hay diferencias significativas en *engagement* y la responsabilidad de los policías en tareas y compras en el hogar familiar.

H.5.4. También se cumple la hipótesis número cinco parcialmente en *tensión laboral* y la responsabilidad de las tareas y compras en el hogar. En este sentido, se observa que los policías que comparten dichas tareas muestran de forma significativa mayor percepción de las demandas de trabajo que los policías que son los principales responsables. Además, los policías que son los principales responsables en tareas y compras en el

hogar familiar, presentan significativamente un mayor control en el trabajo que los que tienen a otra persona como responsable de las tareas y compras en el hogar.

H.5.6. No hay diferencias significativas en *sueño* y la responsabilidad de los policías en tareas y compras en el hogar familiar.

H.5.7. Por su parte, respecto a los *factores de riesgo psicosocial*, se cumple parcialmente la hipótesis formulada puesto que no se aprecian diferencias significativas en todos los factores. Únicamente se hallaron diferencias relevantes en motivación intrínseca y la responsabilidad en tareas y compras en el hogar. Así, los policías locales que son los principales responsables en las tareas y compras del hogar, muestran significativamente una mayor percepción de motivación intrínseca que sus compañeros que comparten las tareas y compras y los policías que cuentan con otra persona que es la principal responsable.

Hipótesis 6. Nivel de estudios

Por lo que respecta a la sexta hipótesis formulada, en la que se afirmaba que existirían diferencias significativas en la satisfacción laboral, burnout, engagement, tensión laboral, salud, sueño y factores de riesgo psicosocial mostrados por los policías locales en función del nivel de estudios.

H.6.1. En este sentido y con respecto a la *satisfacción laboral*, se cumple la hipótesis en algunas de sus dimensiones como la satisfacción con la supervisión, ya que los policías con estudios primarios muestran una mayor satisfacción con la supervisión que los policías con estudios medios. Los resultados que hemos obtenido son contrarios a los expuestos en otros estudios, en los que no se aprecian diferencias significativas (Kuo, 2015) pero, por otra parte, si coinciden con los presentados en otras investigaciones (Maurya y Agarwal, 2017).

H.6.2. También se cumple la hipótesis parcialmente en la dimensión del *burnout*, puesto que los policías que poseen estudios superiores muestran mayor eficacia profesional que los que tienen estudios medios. Estos resultados contrastan con los obtenidos en otros estudios previos en los que no se hallaron resultados relevantes en burnout en función del nivel

de estudios de los individuos de la muestra (Durán et al., 2006; Sánchez-Nieto, 2012).

- H.6.3. En algunas dimensiones del *engagement*, se obtuvieron diferencias significativas en función del nivel de estudios. En dicho sentido, los policías locales que poseen estudios primarios, muestran mayor dedicación que los policías que tienen estudios medios. Existen investigaciones (Breevaart et al., 2013) cuyos resultados muestran que no existen diferencias significativas en burnout en función del nivel de estudios, lo que contrasta con nuestros resultados.
- H.6.4. No se dan diferencias significativas en el constructo *tensión laboral* en función del nivel de estudios de los policías locales. Estos resultados también coinciden con los obtenidos por Bishopp y Boots (2014) que afirmaron que las diferencias encontradas en tensión laboral en relación al nivel de estudio de los sujetos encuestados carecieron de relevancia.
- H.6.5. No se encontraron diferencias relevantes en *salud* en función del nivel de estudios. Esta afirmación coincide con los resultados de otros trabajos de investigación, en los que tampoco se encontraron diferencias entre la salud y el nivel de estudios de los individuos objeto de estudio (Maia et al., 2007).
- H.6.6. No se encontraron diferencias relevantes en *sueño* en función del nivel de estudios. Estos resultados coinciden con los obtenidos en otros estudios (Gerber et al., 2010).
- H.6.7. Los *factores de riesgo psicosociales* sí que muestran diferencias significativas en función del nivel de estudios. Los policías con estudios medios presentan un mayor riesgo en su capacidad de toma de decisiones que los que tienen estudios superiores. Los policías con estudios medios tienen unas peores relaciones interpersonales que los que poseen estudios primarios. Los policías que tienen estudios primarios perciben más supervisión que los policías con estudios medios y superiores. Los policías que tienen estudios medios muestran menor percepción de información de la organización que lo que tienen estudios primarios y superiores. Y, por último, los policías locales con estudios

medios, muestran significativamente menor percepción de relaciones y canales de información con los jefes que sus compañeros con estudios primarios.

Hipótesis 7. Nivel jerárquico en la empresa

En cuanto a la séptima hipótesis planteada, en la que se afirmaba que existirían diferencias significativas en satisfacción laboral, burnout, engagement, tensión laboral, salud, sueño y factores de riesgo psicosocial, mostrados por los policías locales en función del nivel jerárquico en la empresa podemos concluir que:

H.7.1. No hay diferencias significativas en *satisfacción*, ni ninguna de sus dimensiones y el nivel jerárquico de los policías.

H.7.2. No hay diferencias significativas en *burnout*, ni ninguna de sus dimensiones y el nivel jerárquico de los policías.

H.7.3. No hay diferencias significativas en *engagement*, ni ninguna de sus dimensiones y el nivel jerárquico de los policías.

H.7.4. Sí que se han hallado diferencias significativas en la dimensión de *tensión laboral* y el nivel jerárquico de los policías en la empresa. En este sentido y por lo que respecta a la tensión laboral, los policías locales que son mandos intermedios presentan significativamente un menor control en el trabajo que los que son meros agentes, seguramente debido a la gran responsabilidad que poseen. Estos resultados difieren de los obtenidos por Brough et al., (2017), en el que no se mostraron diferencias significativas en tensión laboral en función del nivel jerárquico, aunque como reconocen los propios autores en las limitaciones del estudio, pudo deberse a que la mayoría de los elementos de la muestra pertenecían a un nivel jerárquico bajo.

H.7.5 No hay diferencias significativas en *salud*, ni ninguna de sus dimensiones y el nivel jerárquico de los policías. En la misma línea, nos encontramos con trabajos de investigación previos en los que no se dan diferencias significativas en cuanto a la salud de los policías y en relación al nivel jerárquico (Luceño-Moreno et al., 2016).

H.7.6. No hay diferencias significativas en *sueño* y el nivel jerárquico de los policías.

H.7.7. No hay diferencias significativas en los *factores de riesgos psicosociales* estudiados y el nivel jerárquico de los policías.

Hipótesis 8. Turnos de trabajo

En la octava hipótesis, se afirmaba que se darían diferencias significativas en satisfacción laboral, burnout, engagement, tensión laboral, salud, sueño y factores de riesgo psicosocial, mostrados por los policías locales en función de los turnos de trabajo.

H.8.1. En cuanto a lo que se refiere al constructo de *satisfacción laboral*, sí que se presentan diferencias significativas en algunas dimensiones. Concretamente, los policías que realizan el turno de mañana y tarde, tienen una mayor satisfacción con la supervisión que los que prestan sus servicios en turnos indistintos. Los policías que hacen un turno indistinto, tienen menor satisfacción con la supervisión que los que realizan turno de noche. Por otro lado, respecto a la satisfacción con el ambiente físico, los policías que realizan el turno de noche muestran mayor satisfacción con el ambiente físico que los que realiza un turno indistinto. Además, los policías que realizan turno de noche presentan mayor satisfacción con las prestaciones recibidas que los compañeros que hacen un turno indistinto. También existen diferencias significativas en relación a la satisfacción con los instrumentos de trabajo, donde los policías que trabajan en el turno de noche muestran mayor satisfacción con los instrumentos de trabajo que los policías que realizan un turno indistinto y con los que trabajan en el turno de mañana y tarde. Los policías que hacen un turno de mañana y tarde, muestran una mayor satisfacción con los instrumentos de trabajo que los compañeros que prestan sus servicios en turnos indistintos. Por último, y respecto a la satisfacción con la participación, los policías que prestan turnos indistintos, presentan de forma significativa menor satisfacción con la participación que sus compañeros del turno de noche y los que lo hacen en el turno de mañana y tarde.

H.8.2. En algunas dimensiones del *burnout*, también existen diferencias significativas en relación con los turnos de trabajo. Los policías que hacen un turno de trabajo indistinto, muestran mayor agotamiento emocional que los que prestan sus servicios en turno de mañana y tarde. Seguramente ello se deba a que los que trabajan solamente de mañana y de tarde no están sujetos a cambios de ritmos circadianos tan drásticos como los que prestan sus servicios en todos los turnos, incluido el de la noche. Además, los policías que muestran un turno de trabajo indistinto, presentan mayor despersonalización que los que trabajan solo con turnos de mañana y tarde. Por último, los policías que realizan un turno indistinto, poseen menor eficacia profesional que los que realizan un turno únicamente por la noche y los que trabajan por la mañana y tarde. Se observa cómo el turno indistinto, es decir, el que combina mañana, tarde y noche, es el que mayores niveles de burnout alcanza, debido, seguramente, a que los policías locales tardan más en adaptarse a los cambios drásticos que conllevan. En este sentido, existen trabajos de investigación previos (Knauth y Hornberger, 2003) que muestran los mismos problemas con los turnos rotatorios que los que hemos obtenido en nuestros resultados.

H.8.3. Se dan diferencias significativas en función de los turnos de trabajo en algunas dimensiones del *engagement*. Concretamente en la variable de vigor, los policías que trabajan en turno de mañana y tarde, muestran mayor vigor que los que trabajan con un turno indistinto, debido probablemente al mayor desgaste físico y emocional que se da cuando se alternan las tres combinaciones que supone el turno indistinto (mañana, tarde y noche).

H.8.4. También se cumple parcialmente la hipótesis octava en *tensión laboral*, puesto que también se evidencian diferencias significativas con los turnos de trabajo. Los policías con turno de noche presentan mayor control que los compañeros de turnos indistintos y que los policías con turnos de mañana y tarde. Además, los policías con turno de trabajo indistinto, presentan mayor control en el trabajo que lo que trabajan de mañana y tarde. Por último, los policías con turno de trabajo indistinto, muestran

significativamente mayor percepción de apoyo social que los que trabajan en el turno de mañana y tarde.

H.8.5. En cuanto a la *salud*, los turnos de trabajo solo influyen respecto a las dimensiones de obsesiones y sensibilidad interpersonal. Así, los policías locales que prestan sus servicios bajo un turno de trabajo indistinto, presentan significativamente mayores obsesiones que los que trabajan de mañana y tarde. Y los que trabajan en turnos indistintos, muestran de forma significativa una mayor sensibilidad interpersonal que los policías con turno de mañana y tarde. Son varios los estudios realizados sobre policías (Amendola et al., 2011; Kecklund et al., 2008) que confirman las diferencias encontradas en salud respecto a turnos de trabajo y coinciden con los obtenidos en este estudio.

H.8.6. No se confirma la hipótesis para el constructo de **sueño** ya que no se han hallado diferencias significativas en función de los turnos de trabajo. Estos resultados son contrarios a otros estudios de investigación sobre policías, en los que se si se dan esas diferencias en el sueño en función de los turnos de trabajo (Blasco et al., 2002; Gerber et al, 2010; Kecklund et al., 2008). Es posible que la existencia de una adecuada programación de los turnos de trabajo en los policías de Elda y Elche haya minimizado el impacto negativo de los turnos más desfavorables en en sueño.

H.8.7. Para concluir con este bloque, hay que hacer referencia a las diferencias encontradas en los *factores de riesgo psicosocial* en función de los turnos de trabajo. Efectivamente, se cumple la hipótesis número ocho en este apartado. Algunos factores de riesgo psicosocial presentan diferencias significativas en función de los turnos de trabajo. De este modo, los policías con turno de noche tienen mejores relaciones interpersonales que sus compañeros con turnos indistintos y que los policías con turnos de mañana y tarde. Los policías locales que prestan sus servicios en el turno de mañana y tarde precisan de menos habilidades motoras y cognitivas que los que trabajan en el turno de noche y los que trabajan en turnos indistintos. Por su parte, los policías con turno de mañana y tarde muestran una percepción de menor autonomía temporal que sus compañeros con turnos de noche y los del turno indistinto, pero los que

tienen turno de noche presentan mayor autonomía del tiempo que los que realizan un turno indistinto.

Los turnos de trabajo también afectan a la percepción de importancia del trabajo, de tal manera que los policías con un turno de trabajo indistinto muestran un mayor riesgo psicosocial con respecto a los compañeros de turno de mañana y tarde. Además, los policías con turno de mañana y tarde perciben una menor variedad de tareas que los que lo hacen en un turno indistinto. Por su parte, los policías con turno indistinto perciben significativamente mayor demanda de habilidades sociales para la gestión del trabajo que los que hacen el turno de mañana y tarde. Para ir concluyendo con esta apartado y en relación a la capacidad de adaptación a las nuevas situaciones laborales, los policías con un turno de mañana y tarde muestran una mayor percepción de dicha capacidad que los que lo hacen en el turno de noche y los que lo hacen en turno indistinto. Por último, los policías locales que prestan sus servicios en el turno de mañana y tarde, muestran significativamente menor motivación extrínseca que sus compañeros del turno de noche y del turno indistinto.

Como podemos observar en los resultados obtenidos, de los tres turnos de trabajo existentes el que presenta mayores diferencias significativas es el turno indistinto. Probablemente se debe a que este turno es el que exige más capacidad de adaptación por parte de los policías y, por tanto, conlleva menor satisfacción y mayores problemas de salud; más incluso que el turno de noche, posiblemente porque el turno nocturno es un turno mucho más atractivo que se solicita voluntariamente por parte de los policías locales puesto que supone un incremento salarial con respecto a los otros dos porque comporta un plus de nocturnidad.

Hipótesis 9. Horas de trabajo

Por lo que respecta a la novena hipótesis, en la que se afirmaba que existirían diferencias significativas en la satisfacción laboral, burnout, engagement, tensión laboral, salud, sueño y factores de riesgo psicosocial mostrado por los policías locales en función de las horas de trabajo podemos concluir que:

- H.9.1. Sí que se producen diferencias relevantes en cuanto a la *satisfacción laboral*. En concreto, los policías que hacen de 24 a 40 horas muestran una mayor satisfacción con la supervisión que sus compañeros que hacen más de 40 horas. Además, los policías que prestan de 24 a 40 horas muestran de forma significativa una mayor satisfacción por la participación que los que hacen más de 40 horas.
- H.9.2. Se producen diferencias significativas en el constructo de *burnout* en función de la cantidad de horas trabajadas. En concreto, los policías que realizan más de 40 horas a la semana muestran un mayor agotamiento emocional y mayor despersonalización que los compañeros que hacen entre 24 y 40. Además, los policías que que trabajan de 24 a 40 horas muestran una mayor eficacia profesional, lo que es coherente, lógicamente, con las dos afirmaciones anteriores, ya que están menos agotados emocionalmente y con menor nivel de despersonalización.
- H.9.3. Por el contrario, no se cumple la hipótesis número 9 en relación al constructo de *engagement*, ni ninguna de las dimensiones que lo componen y la cantidad de las horas de trabajo llevadas a cabo por los policías locales.
- H.9.4. No hay diferencias significativas en *tensión laboral*, ni ninguna de sus dimensiones y las horas de trabajo de los policías.
- H.9.5. No hay diferencias significativas en *salud*, ni ninguna de sus dimensiones y las horas de trabajo llevadas a cabo por de los policías.
- H.9.6. No hay diferencias significativas en *sueño*, y las horas de trabajo llevadas a cabo por de los policías. Probablemente, la ausencia de diferencias significativas en salud y sueño en función del número de horas de trabajo pone de manifiesto que más que la cantidad de horas per se, aspectos más importantes que pueden o no dañar variables de salud son el modo en que el trabajador vive su trabajo (su nivel de implicación, satisfacción, su capacidad para desconectar, etc.).
- H.9.7. Por último, quedaría ver si se cumple parte de la hipótesis con los *factores de riesgo psicosocial*. Al respecto hay que decir que solo se encuentran diferencias significativas respecto a la cantidad de horas

trabajadas en los siguientes riegos psicosociales: la dificultad de la tarea, la carga mental y la motivación intrínseca. Con respecto al primero de ellos, los policías que prestan sus servicios de 24 a 40 horas a la semana perciben una mayor dificultad de la tarea que sus compañeros que hacen más de 40 horas. Por otro lado, los policías que hacen entre 24 y 40 horas a la semana presentan significativamente una percepción de mayor carga mental que los policías que realizan más de 40 horas a la semana. Y, por último, los policías que prestan entre 24 y 40 horas de trabajo semanales presentan una percepción de menor motivación intrínseca que sus compañeros que hacen más de 40 horas.

Hipótesis 10. Horario de trabajo

Por último y en cuanto a la hipótesis número 10, que es la que cierra el primer bloque, afirmaba que existirían diferencias significativas en la satisfacción laboral, burnout, tensión laboral, salud, sueño y factores de riesgo psicosocial mostrados por los policías locales en función del horario de trabajo.

H.10.1. En cuanto a la primera dimensión, *satisfacción laboral*, sí que cumple parcialmente lo afirmado en la hipótesis planteada ya que se presentan diferencias significativas en función de los horarios de trabajo de los policías locales. En este sentido, los policías que hacen un turno de trabajo fijo muestran mayor satisfacción con la supervisión, mayor satisfacción con el ambiente físico, mayor satisfacción con las prestaciones recibidas, mayor satisfacción con los instrumentos de trabajo y mayor satisfacción con la participación que los policías que hacen un turno rotatorio. El turno fijo alcanza un grado mayor de satisfacción laboral en los policías locales en todos los niveles. En este mismo sentido, existen estudios en los que se confirma que se alcanza mayor satisfacción con los turnos fijos (Kecklund, 2008). No obstante, y por el contrario, otros trabajos de investigación muestran lo contrario, donde el turno fijo es el que más problemas presenta en los policías (Blasco et al., 2002).

H.10.2. No hay diferencias significativas en *burnout*, ni ninguna de sus dimensiones y el horario de trabajo de los policías.

- H.10.3. También se producen diferencias significativas en la dimensión *engagement* en función de los horarios de trabajo. En concreto, los policías que están sujetos a un horario de trabajo fijo mostraron significativamente un mayor vigor que los que poseen un horario sujeto a rotación.
- H.10.4. La variable de *tensión laboral* sí que muestra diferencias significativas. Concretamente, los policías sometidos a un horario fijo presentan significativamente mayor control en el trabajo que los que tienen un horario rotatorio.
- H.10.5. No se cumple, la hipótesis décima, en relación con el constructo *salud* puesto que no se presentan diferencias significativas en función del horario de trabajo. Esto difiere de otros estudios en los que los resultados obtenidos plantean cómo los policías con horarios rotatorios tenían mayores niveles de estrés (Gerber et al., 2010) y coincide con otros trabajos de investigación en los que no se dan diferencias respecto al estrés y los distintos horarios de trabajo (García Albuérne y Albacete, 2013).
- H.10.6. Sí que se dan diferencias significativas en la dimensión de *sueño*. En esta línea, existen estudios que confirman los resultados aquí obtenidos, estableciendo diferencias en el sueño en función de los horarios de los policías (Kecklund et al., 2008; Blasco et al., 2002; Gerber et al., 2010; Blasco et al, 2002).
- H.10.7. Para concluir, con lo planteado en la hipótesis número diez, sí existen diferencias en los *factores de riesgo psicosocial* en función de los horarios de trabajo. Concretamente en los factores de riesgos psicosociales siguientes: las relaciones interpersonales, supervisión, capacidad de adaptación a las nuevas situaciones laborales y en la motivación intrínseca. De esta manera, los policías con horario de trabajo rotatorio tienen peores relaciones interpersonales, percepción de mayor supervisión, una percepción de mayor capacidad de adaptación a las nuevas situaciones laborales y una percepción de mayor motivación intrínseca que los compañeros que realizan turnos fijos.

Una vez desarrollado el primer punto de los objetivos e hipótesis, el cual nos ha servido para identificar si existían diferencias significativas entre los valores de satisfacción laboral, burnout, engagement, tensión laboral, salud y sueño con respecto a factores de riesgo psicosocial mostrados por los policías locales objeto de estudio, en función de determinadas variables, ahora es el momento de explicar la relación existente entre los factores de riesgo psicosocial y la satisfacción laboral, burnout, engagement, tensión laboral, salud y sueño.

Para ello, en primer lugar, veremos si se cumple la **hipótesis H11**, que mantiene que existirían diferentes *factores de riesgo psicosocial* que incidirían sobre el constructo de *satisfacción laboral* de los policías locales y sus dimensiones. En el análisis de regresión realizado, se observa que se cumple la hipótesis propuesta. La satisfacción laboral se explica en diferentes proporciones de varianza y de forma distinta, en función de si hablamos de satisfacción relacionada con la supervisión, con el ambiente físico, con las prestaciones recibidas, con los instrumentos de trabajo o con la participación.

En cuanto a la primera de ellas, la *satisfacción con la supervisión*, su varianza se explica en un 72% con la conjunción de 11 factores de riesgo psicosocial como variables explicativas significativas. De esta manera, una mayor supervisión de los policías locales viene explicada por una menor ambigüedad de rol, una menor supervisión, unas mayores relaciones y canales de información con los jefes, una percepción de menor demanda de habilidades sociales de gestión, una mayor percepción de la importancia de su trabajo, una mayor capacidad de tomar decisión, una mayor variedad de tareas, unos mayores canales de participación, una percepción de menores demandas de habilidades motoras y cognitivas, una menor dificultad de las tareas y una mayor motivación extrínseca. Si se pudieran controlar esos 11 factores de riesgo, obtendríamos un 72% de satisfacción con la supervisión garantizada, lo que supone un dato muy esclarecedor.

La *satisfacción con el ambiente físico* se explica por cuatro factores de riesgo: canales de información, importancia del trabajo, participación y carga mental. Esos factores de riesgo explican un 30% de la varianza de la satisfacción con el ambiente físico. Concretamente, una mayor satisfacción con el ambiente físico en los policías locales se explica por una menor supervisión, por una

mayor percepción de la importancia de su trabajo, por la existencia de unos mayores canales de participación y, lógicamente, por una menor carga mental.

En cuanto a la *satisfacción con las prestaciones recibidas*, solo hay tres factores de riesgo psicosocial que explican la variable y lo hacen en un 50% de su varianza; se trata de la ambigüedad de rol, la dificultad de la tarea y las relaciones interpersonales. En este caso, una mayor satisfacción con las prestaciones recibidas en los policías se explica por una menor ambigüedad de rol, una menor dificultad de las tareas y unas mayores relaciones interpersonales.

Respecto a la *satisfacción con los instrumentos de trabajo*, la ambigüedad de rol, la supervisión, las habilidades motoras y cognitivas, las relaciones interpersonales y la fatiga, explican un 58% de su varianza. De tal modo que una mayor satisfacción en los policías con los instrumentos de trabajo viene explicada por una menor ambigüedad de rol, una mayor supervisión, una percepción de menores demandas de habilidades motoras y cognitivas, unas mayores relaciones personales y un menor nivel de fatiga.

Por último, siete factores de riesgo psicosocial explican la dimensión *satisfacción con la participación*: la ambigüedad de rol, la supervisión, la percepción de la importancia del trabajo, la motivación intrínseca, los canales de participación, las relaciones interpersonales y el nivel de fatiga. La suma de los siete factores, explican el 63% de la varianza de la variable. De esta manera, una mayor satisfacción con la participación en los policías está explicada por una menor ambigüedad de rol, una menor supervisión, una mayor percepción de la importancia del trabajo, una mayor motivación intrínseca, unos mayores canales de participación, unas mayores relaciones interpersonales y un menor nivel de fatiga.

Por los datos obtenidos en los resultados del análisis de regresión, se puede decir que los factores de riesgo psicosocial que afectan a la satisfacción laboral, se pueden utilizar como predictores de dicha variable. Existen estudios de investigación que coinciden con los resultados de nuestro trabajo de investigación. Mauyra y Agarwal (2017), decían que el bienestar psicológico está positivamente correlacionado con la satisfacción en el trabajo. Por otra parte, a mayor compañerismo y buena relación con los jefes, mayor satisfacción laboral

(Kuo, 2015). En otros estudios los estresores de rol, concretamente la ambigüedad, mostraron una correlación negativa con la satisfacción laboral (Orgambidez et al., 2015).

Hipótesis duodécima (H12). Existirían diferentes factores de riesgo psicosocial que incidirían sobre el burnout de los policías. Tras el análisis de regresión, el burnout se explica en diferentes proporciones de varianza y de forma diferente en función de sus dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización o eficacia profesional.

El *agotamiento emocional* se explica en un 61% de su varianza con un conjunto de siete factores de riesgo psicosocial. Un mayor agotamiento emocional se explica por una mayor supervisión, por una percepción de mayores demandas de habilidades sociales y de habilidades de gestión, una percepción de menor importancia de trabajo, una mayor repetitividad de las tareas, una mayor dificultad de la tarea, una menor carga mental y, por último, por una menor información de la organización.

La dimensión de *despersonalización* viene explicada por cinco factores de riesgo psicosocial que actúan como variables explicativas significativas, los cuales explican un 43% de su varianza. Una mayor despersonalización en los policías locales, vendría explicada por una mayor supervisión, unas menores relaciones y canales de información con los jefes, una menor importancia percibida del trabajo, una mayor motivación intrínseca y una menor carga mental.

Por último, la dimensión *eficacia profesional* se explica por ocho factores de riesgo psicosocial que explican un 62% de su varianza. De ese modo, una mayor eficacia profesional en los policías se explica por una menor ambigüedad de rol, una menor supervisión, unas mayores demandas de habilidades motoras y cognitivas, una menor motivación intrínseca, unos mayores canales de participación, unas menores relaciones interpersonales, una mayor información de la organización y una menor motivación extrínseca.

Los factores de riesgo citados actúan como predictores de burnout, por lo que controlando dichos factores podemos prevenir el burnout. Existen algunos estudios que explican que la única variable que influyó en el burnout de los policías fue la antigüedad en el trabajo (Durán et al., 2006; Sánchez-Nieto,

2012) mientras que en otros estudios se obtienen resultados coincidentes con los de este trabajo, en los que la ambigüedad de rol y las malas relaciones entre compañeros policías contribuían a la aparición del burnout (Kumar y Kamalanabhan, 2017; Padyab et al., 2016).

La **hipótesis número trece (H13)** también se cumple puesto que existen diferentes factores de *riesgo psicosocial* que inciden el *engagement* de los policías locales de la muestra objeto de estudio. El *engagement* se explica en diferentes proporciones de varianza y de forma distinta según sus dimensiones: vigor, dedicación o absorción. En cuanto al vigor, el 64% de su varianza se explica por un conjunto de siete factores de riesgo psicosocial como variables explicativas significativas. El vigor en los policías locales se explica con una menor ambigüedad de rol, una mayor supervisión, unas mayores demandas de habilidades sociales de gestión, unas menores demandas de habilidades motoras y cognitivas, un menor nivel de fatiga, una menor motivación intrínseca y una mayor autonomía temporal.

En cuanto a la variable de *dedicación*, el 57% de su varianza se explica por un conjunto de ocho factores de riesgo psicosocial como variables explicativas significativas. Una mayor dedicación en los policías viene explicada por una mayor supervisión, una mayor importancia percibida del trabajo, una mayor demanda de habilidades motoras y cognitivas, una mayor dificultad de las tareas, una mayor motivación intrínseca, una mayor información de la organización, una menor motivación intrínseca y una menor autonomía temporal.

Por último, la variable de *absorción* se explica en un 44% de su varianza por una conjunción de cinco factores de riesgo psicosocial como variables explicativas significativas. De este modo, un incremento de la variable absorción en los policías locales viene explicado por una mayor capacidad de tomar decisiones, una mayor motivación intrínseca, unas menores relaciones interpersonales, una menor motivación extrínseca y una menor autonomía del tiempo.

Los resultados obtenidos en este trabajo coinciden con otros estudios como el de Breevaart et al. (2013) que afirmaron que cuando el operario tiene mayor apoyo desde la organización y más autonomía ambos están positivamente

relacionados con el engagement. Posteriormente., (Brough et al., 2017; Sakuraya et al., 2017), en varios estudios llevados a cabo con policías, se obtuvieron resultados en los que se explica que los trabajadores con unas buenas relaciones y buenos canales de información con los jefes verán incrementado el engagement. Por otro lado, Albrecht, (2015) considera que las excesivas exigencias del trabajo se relacionan negativamente con el engagement.

En cuanto a la posibilidad de existencia de factores de riesgo psicosocial que incidieran sobre la tensión laboral de los policías locales **Hipotesis (H14)**, hay que señalar que también se cumple la hipótesis formulada en este sentido. Como ocurría con los anteriores constructos de satisfacción laboral, burnout y engagement, los resultados obtenidos en el análisis de regresión realizado, la tensión laboral se explica en diferentes proporciones de varianza y de forma distinta, en función de sus diferentes dimensiones: demandas laborales, control, uso de habilidades o apoyo social.

Por lo que respecta a las *demandas laborales*, un conjunto de tres factores de riesgo psicosocial, explican como variables explicativas significativas el 18% de su varianza. Concretamente, unas mayores demandas laborales en los policías locales quedan explicadas por una mayor importancia percibida del trabajo, una menor variedad de tareas y una mayor dificultad de la tarea. Al contrario de lo que ocurrió con las variables anteriores, este porcentaje resulta poco explicativo.

La variable de *control* se explica en un 42% de su varianza, por un conjunto de tres factores de riesgo psicosocial como variables explicativas significativas: motivación intrínseca, el de relaciones interpersonales y el de adaptación temporal. Concretamente, un mayor control en los policías se explica con una mayor motivación intrínseca, unas mayores relaciones interpersonales y una menor capacidad de adaptación a las nuevas situaciones en el trabajo.

Por su parte, el *uso de habilidades*, queda explicado por un conjunto de seis factores de riesgo psicosocial como variables explicativas significativas en un 42% de su varianza. En este sentido, un mayor uso de habilidades viene explicado por una menor ambigüedad de rol, una menor supervisión, una mayor percepción de demanda de habilidades motoras y cognitivas, una mayor

dificultad de la tarea, una menor motivación extrínseca y una menor capacidad de adaptación a las nuevas situaciones en el trabajo.

Por último, y en referencia a la última variable de dimensión de tensión laboral, la de *apoyo social*, hay que señalar que su varianza viene explicada en un 60% por un conjunto de siete factores de riesgo psicosocial como variables explicativas significativas. En este sentido, se observa que la variable que más influye sobre la tensión laboral es el apoyo social. En concreto, un mayor apoyo social en los policías locales se explica por una menor supervisión, unas menores relaciones y canales de información con los jefes, una menor importancia del trabajo percibida, una menor dificultad de la tarea, unas mayores relaciones interpersonales, una autonomía temporal y una mayor capacidad de adaptación a las nuevas situaciones laborales.

En cuanto a la **hipótesis número quince (H15)**, también se cumple, puesto que hay factores de riesgo psicosocial que explican la salud de los policías. En este sentido, hay que señalar que la salud de los policías se explica en diferentes proporciones de varianza y de forma distinta, en función de las siguientes dimensiones: somatizaciones, obsesiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideaciones paranoides o psicoticismo.

Por lo que respecta la variable de *somatizaciones*, se explica un 37% de su varianza con un conjunto de seis factores de riesgo psicosocial como variables significativas explicativas. En este sentido, unas mayores somatizaciones en los policías se explican con una menor importancia del trabajo, una menor capacidad de tomar decisiones, una menor motivación intrínseca, unos mayores canales de participación, una menor carga mental y unas menores relaciones interpersonales.

La variable de *obsesiones*, viene explicada solo en un 19% de su varianza por un conjunto de tres factores de riesgo como variables explicativas significativas. Se trata de los factores de riesgo de ambigüedad de rol, supervisión y relaciones interpersonales. Concretamente, un incremento de las obsesiones en los policías se explica por una mayor ambigüedad de rol, una mayor supervisión y unas menores relaciones interpersonales.

Con respecto a la variable de sensibilidad interpersonal, son siete factores de riesgo psicosocial como variables explicativas significativas, los que explican un 36% de su varianza. Se trata de los factores de riesgo psicosocial de supervisión, de importancia del trabajo, de canales de participación, de carga mental, de relaciones interpersonales y de información de la organización. En este sentido, una mayor sensibilidad interpersonal en los policías locales viene explicada por una mayor supervisión, una menor importancia del trabajo percibida, unos mayores canales de participación, una menor carga mental, unas menores relaciones interpersonales y una menor información de la organización.

Por lo que concierne a la variable de *depresión*, el 35% de su varianza viene explicado por un total de seis factores de riesgo psicosocial como variables explicativas significativas. Una mayor depresión en los policías se explica por una mayor supervisión, una menor importancia percibida del trabajo, una mayor participación en las decisiones de la empresa, una menor carga mental, unas menores relaciones interpersonales y unas menores relaciones y canales de información con los jefes.

Otra variable que forma parte de la dimensión de salud, es la *ansiedad* explicada por un 13% de su varianza con dos factores de riesgo psicosocial: los canales de participación y las relaciones interpersonales. En concreto, una mayor ansiedad en los policías locales viene explicada por unas menores relaciones interpersonales y unos mayores canales de participación en las decisiones de la empresa.

Por lo que respecta a la variable de *hostilidad*, dos factores de riesgo psicosocial como variables explicativas significativas, explican solamente un 8% de su varianza. En concreto, una mayor hostilidad se explicaría con una mayor supervisión y una menor información de la organización. Este porcentaje también es poco relevante para considerar ambos riesgos psicosociales como predictores de la hostilidad.

La *ansiedad fóbica* se explica en un 44% de su varianza por un conjunto de tres factores de riesgo psicosocial como variables explicativas significativas: habilidades sociales de gestión, canales de participación y relaciones interpersonales. En este punto, una mayor ansiedad fóbica en los policías se

explica por una menor demanda de habilidades sociales de gestión, unos mayores canales de participación en las decisiones de la empresa y unas menores relaciones interpersonales.

Otra variable que se integra en la salud es la de *ideaciones paranoides*. Se explica en un 46% de su varianza por siete factores de riesgo psicosocial que actúan como variables explicativas significativas. Los factores de riesgo psicosocial que inciden en esta variable de ideaciones paranoides son: habilidades sociales de gestión, supervisión, canales de participación, habilidades motoras y cognitivas, motivación intrínseca, carga mental y relaciones interpersonales. En este sentido, unas mayores ideaciones paranoides en los policías locales se explican por una mayor ambigüedad de rol, una mayor supervisión, unos mayores canales de participación en las decisiones de la empresa, unas mayores habilidades motoras y cognitivas demandadas, una menor motivación intrínseca, una menor carga mental y unas menores relaciones interpersonales.

Por último, la variable de *psicoticismo*, se explica en un 33% de su varianza por un conjunto de tres factores de riesgo psicosocial como variables explicativas significativas. Se trata de los factores de riesgo de habilidades sociales de gestión, canales de participación y relaciones interpersonales. En concreto, un mayor psicoticismo se explicaría por unas menores habilidades sociales de gestión demandadas, unos mayores canales de participación en las decisiones de la empresa y unas menores relaciones interpersonales.

La bibliografía existente al respecto, confirma en muchas ocasiones la relación existente entre salud en policía y algunos de los factores de riesgo psicosocial analizados en nuestro estudio. En este sentido, Gloria et al., (2003), mantenían que en la variable de salud influyen factores de riesgo psicosocial como el de dificultad de la tarea y el de habilidades sociales de gestión del trabajo. Por otra parte, hay estudios (Rui Gomes y Alfonso, 2016) que defienden que unas malas relaciones interpersonales inciden negativamente en la salud de los policías, al igual que en otros colectivos (Martín del Río, Solanes, Martínez-Zaragoza, y Benavides, 2013). Otros trabajos de investigación, también realizados con policías, muestran que los factores que más repercuten en el estrés son el de habilidades sociales para la gestión en el trabajo, las

relaciones entre compañeros, la motivación intrínseca y la importancia del trabajo (Rui Gomes y Alfonso, 2016). Otros autores como Brufao, (1994) obtuvieron en sus resultados que un factor estresor que incidía en la salud de los policías era el de la interacción social. Sobre la salud, además de las relaciones con los compañeros policías, es también muy importante el factor de riesgo psicosocial que supone la poca variedad de las tareas (Márquez et al., 2008). Luceño et al., (2010), en la misma línea, esgrimían que la baja motivación extrínseca y la ausencia de relaciones interpersonales inciden directamente en el estrés de los policías.

Por último, hay que señalar que la **hipótesis número dieciséis (H16)** también se ha cumplido, es decir, existen diferentes factores de riesgo psicosocial que inciden sobre el *sueño* de los policías locales. En este sentido, para la dimensión calidad del sueño, cuatro factores de riesgo psicosocial explican un 23% de la varianza de esta dimensión. En concreto, una peor calidad del sueño en los policías se explica con una mayor ambigüedad de rol, mayor supervisión (control de la jefatura sobre el trabajo) y una menor participación en las decisiones de la empresa y menor carga mental.

Los resultados obtenidos en los estudios previos realizados con policías, coinciden con los obtenidos en este estudio. En concreto, para Blasco et al., (2002) los factores de riesgo psicosocial que más inciden en el sueño de los policías son la importancia del trabajo y la dificultad de la tarea, la capacidad de toma de decisiones y la capacidad de adaptación a las nuevas situaciones. En el caso de Guan et al., (2007) son las habilidades sociales para la gestión del trabajo y para Fekedulegn et al., (2017) la dificultad de las tareas. Por último, uno de los factores que más incide en el sueño de los policías son los turnos de trabajo (Blasco et al., 2002; Gerber et al., 2010; Kecklund et al., 2008; Zubeidat y Garzón, 2003).



CAPÍTULO IX

CONCLUSIONES





9. CONCLUSIONES

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

Satisfacción

- Los policías hombres presentan significativamente una mayor satisfacción con la supervisión que las mujeres policía.
- Los policías mayores de 56 años o más, presentan de forma significativa mayor satisfacción con las prestaciones recibidas que sus compañeros con edades comprendidas entre los 41 y 55 años.
- Los policías que son solteros o que viven solos o con sus padres, muestran una menor satisfacción con la supervisión que los casados o que viven en pareja o con los que están divorciados o separados.
- Los policías locales que son divorciados o separados muestran una mayor satisfacción con los instrumentos de trabajo que los compañeros solteros y que viven solos o con sus padres.
- Los policías que viven solos o con sus padres muestran mayor satisfacción con los instrumentos de trabajo que los policías que son viudos.
- Los policías que no son los responsables de las tareas de casa y las compras tienen mayor satisfacción con la supervisión que los que sí que son los principales responsables.
- Los policías con estudios primarios muestran una mayor satisfacción con la supervisión que los policías con estudios medios.
- Los policías que realizan el turno de mañana y tarde, tienen una mayor satisfacción con la supervisión que los que prestan sus servicios en turnos indistintos y a su vez, los que hacen un turno indistinto, tienen menor satisfacción con la supervisión que los que realizan turno de noche.
- Los policías que realizan el turno de noche muestran mayor satisfacción con el ambiente físico, mayor satisfacción con las prestaciones recibidas y mayor satisfacción con los instrumentos de trabajo que los que realizan un turno indistinto. Además, también muestran mayor satisfacción con los instrumentos de trabajo que los policías con turno de mañana y tarde.

- Los policías que hacen un turno de mañana y tarde, muestran una mayor satisfacción con los instrumentos de trabajo que los compañeros que prestan sus servicios en turnos indistintos.
- Los policías que prestan turnos indistintos, presentan de forma significativa menor satisfacción con la participación que sus compañeros del turno de noche y que los del turno de mañana y tarde.
- Los policías que hacen de 24 a 40 horas muestran una mayor satisfacción con la supervisión y mayor satisfacción por la participación que sus compañeros que hacen más de 40 horas.
- Los policías que hacen un turno de trabajo fijo muestran mayor satisfacción con la supervisión, mayor satisfacción con el ambiente físico, mayor satisfacción con las prestaciones recibidas, mayor satisfacción con los instrumentos de trabajo y mayor satisfacción con la participación que los policías que hacen un turno rotatorio.
- El turno fijo alcanza un grado mayor de satisfacción laboral en los policías locales en todos los niveles.
- Los 11 factores de riesgo psicosocial que explican la satisfacción con la supervisión en un 72% de su varianza son: ambigüedad de rol, supervisión, relaciones y canales de información con los jefes, habilidades sociales de gestión, importancia del trabajo, capacidad de tomar decisiones, variedad de las tareas, canales de participación, habilidades motoras y cognitivas, dificultad de las tareas y motivación intrínseca.
- Una mayor satisfacción con el ambiente físico en los policías locales se explica por una menor supervisión, por una mayor percepción de la importancia de su trabajo, por la existencia de unos mayores canales de participación y, lógicamente, por una menor carga mental
- La dimensión *satisfacción con las prestaciones recibidas*, se explica en un 50% de su varianza por la ambigüedad de rol, la dificultad de la tarea y las relaciones interpersonales.
- Una mayor satisfacción en los policías con los instrumentos de trabajo viene explicada por una menor ambigüedad de rol, una mayor supervisión, una percepción de menores demandas de habilidades motoras y cognitivas, unas mayores relaciones personales y un menor nivel de fatiga.

- La satisfacción con la participación en los policías se explica por una menor ambigüedad de rol, una menor supervisión, una mayor percepción de la importancia del trabajo, una mayor motivación intrínseca, unos mayores canales de participación, unas mayores relaciones interpersonales y un menor nivel de fatiga.

Burnout

- Los policías casados o que viven en pareja muestran significativamente menor despersonalización que sus compañeros solteros que viven solos o con sus padres y que con los que son viudos.
- Los policías locales solteros que viven solos o con sus padres, presentan una menor eficacia profesional con respecto a los compañeros que están casados o viven en pareja y a los que son divorciados o separados.
- Los policías que comparten tareas y compras en el hogar, muestran significativamente una mayor eficacia profesional que los que son los principales responsables.
- Los policías que poseen estudios superiores muestran mayor eficacia profesional que los que tienen estudios medios.
- Los policías que hacen un turno de trabajo indistinto, muestran mayor agotamiento emocional que los que prestan sus servicios en turno de mañana y tarde.
- El turno indistinto, es decir, el que combina mañana, tarde y noche, es el que mayores niveles de burnout general presenta.
- Los policías que realizan más de 40 horas a la semana muestran un mayor agotamiento emocional y mayor despersonalización que los compañeros que hacen entre 24 y 40, siendo estos últimos los que muestran una mayor eficacia profesional.
- Un mayor agotamiento emocional se explica por una mayor supervisión, por una percepción de mayores demandas de habilidades sociales y de habilidades de gestión, una percepción de menor importancia de trabajo, una mayor repetitividad de las tareas, una mayor dificultad de la tarea, una menor carga mental y, por último, por una menor información de la organización.

- Una mayor despersonalización en los policías locales, vendría explicada por una mayor supervisión, unas menores relaciones y canales de información con los jefes, una menor importancia percibida del trabajo, una mayor motivación intrínseca y una menor carga mental.
- Una mayor eficacia profesional en los policías se explica por una menor ambigüedad de rol, una menor supervisión, unas mayores demandas de habilidades motoras y cognitivas, una menor motivación intrínseca, unos mayores canales de participación, unas menores relaciones interpersonales, una mayor información de la organización y una menor motivación extrínseca.

Engagement

- Las mujeres policías de la muestra presentan una menor dedicación que los policías varones.
- Los policías locales de hasta 40 años muestran una mayor dedicación que sus compañeros mayores de 56 años.
- Los policías solteros o que viven solos o con sus padres muestran menor vigor que los policías que están casados o viven con su pareja, que los que están divorciados o separados y que los que son viudos.
- Los policías que aportan aproximadamente el 50% de los ingresos, muestran significativamente una menor absorción que los que son los únicos responsables y que los que aportan más del 50%.
- Los policías locales que poseen estudios primarios, muestran mayor dedicación que los policías que tienen estudios medios.
- Los policías que trabajan en turno de mañana y tarde, muestran mayor vigor que los que trabajan con un turno indistinto. Además, los que tienen un horario de trabajo fijo mostraron significativamente un mayor vigor que los que poseen un horario sujeto a rotación.
- El vigor en los policías locales se explica con una menor ambigüedad de rol, una mayor supervisión, unas mayores demandas de habilidades sociales de gestión, unas menores demandas de habilidades motoras y cognitivas, un menor nivel de fatiga, una menor motivación intrínseca y una mayor autonomía temporal.

- Una mayor dedicación en los policías viene explicada por una mayor supervisión, una mayor importancia percibida del trabajo, una mayor demanda de habilidades motoras y cognitivas, una mayor dificultad de las tareas, una mayor motivación intrínseca, una mayor información de la organización, una menor motivación intrínseca y una menor autonomía temporal.
- Un incremento de la variable absorción en los policías locales viene explicado por una mayor capacidad de tomar decisiones, una mayor motivación intrínseca, unas menores relaciones interpersonales, una menor motivación extrínseca y una menor autonomía del tiempo.

Tensión Laboral

- Los policías entre 41 y 55 años presentan mayor percepción de demandas laborales y menor percepción de apoyo social que sus compañeros de hasta 40 años.
- Los policías que aportan más del 50% de los ingresos al hogar familiar presentan mayor percepción de las demandas del trabajo que los que son únicos responsables.
- Los policías que comparten las tareas del hogar familiar muestran de forma significativa mayor percepción de las demandas de trabajo que los policías que son los principales responsables de las tareas del hogar.
- Los policías que son los principales responsables en tareas y compras en el hogar familiar, presentan significativamente un mayor control en el trabajo que los que tienen a otra persona como responsable de las tareas y compras en el hogar.
- Los policías locales que son mandos intermedios presentan significativamente un menor control en el trabajo que los que son meros agentes.
- Los policías con turno de noche presentan mayor control que los compañeros de turnos indistintos y que los policías con turnos de mañana y tarde.
- Los policías con turno de trabajo indistinto, presentan mayor control en el trabajo y mayor percepción de apoyo social que los que trabajan de mañana y tarde.

- Los policías sometidos a un horario fijo presentan significativamente mayor control en el trabajo que los que tienen un horario rotatorio.
- Unas mayores demandas laborales en los policías locales quedan explicadas por una mayor importancia percibida del trabajo, una menor variedad de tareas y una mayor dificultad de la tarea.
- Un mayor control en los policías se explica con una mayor motivación intrínseca, unas mayores relaciones interpersonales y una menor capacidad de adaptación a las nuevas situaciones en el trabajo.
- Un mayor apoyo social en los policías locales se explica por una menor supervisión, unas menores relaciones y canales de información con los jefes, una menor importancia del trabajo percibida, una menor dificultad de la tarea, unas mayores relaciones interpersonales, una autonomía temporal y una mayor capacidad de adaptación a las nuevas situaciones laborales.

Salud

- Los policías locales con edades que oscilan entre los 41 y 55 años presentan mayores somatizaciones, mayores obsesiones, mayor sensibilidad, mayor ansiedad, mayor hostilidad, mayores ideaciones paranoides, mayor psicoticismo y menores medidas de depresión y ansiedad fóbica que sus compañeros policías de hasta 40 años.
- Los policías locales que prestan sus servicios bajo un turno de trabajo indistinto, presentan significativamente mayores obsesiones y mayor sensibilidad que los que trabajan de mañana y tarde.
- Mayores somatizaciones en los policías se explican con una menor importancia del trabajo, una menor capacidad de tomar decisiones, una menor motivación intrínseca, unos mayores canales de participación, una menor carga mental y unas menores relaciones interpersonales.
- Un incremento de las obsesiones en los policías se explica por una mayor ambigüedad de rol, una mayor supervisión y unas menores relaciones interpersonales.
- Una mayor sensibilidad en los policías locales viene explicada por una mayor supervisión, una menor importancia del trabajo percibida, unos mayores canales de participación, una menor carga mental, unas menores relaciones interpersonales y una menor información de la organización.

- Una mayor depresión en los policías se explica por una mayor supervisión, una menor importancia percibida del trabajo, una mayor participación en las decisiones de la empresa, una menor carga mental, unas menores relaciones interpersonales y unas menores relaciones y canales de información con los jefes.
- Una mayor ansiedad en los policías locales viene explicada por unas menores relaciones interpersonales y unos mayores canales de participación en las decisiones de la empresa.
- Una mayor hostilidad se explicaría con una mayor supervisión y una menor información de la organización. Hay que decir al respecto, que los valores obtenidos son poco relevantes para considerar ambos riesgos psicosociales como predictores de la hostilidad.
- Una mayor ansiedad fóbica en los policías se explica por una menor demanda de habilidades sociales de gestión, unos mayores canales de participación en las decisiones de la empresa y unas menores relaciones interpersonales.
- Unas mayores ideaciones paranoides en los policías locales se explican por una mayor ambigüedad de rol, una mayor supervisión, unos mayores canales de participación en las decisiones de la empresa, unas mayores habilidades motoras y cognitivas demandadas, una menor motivación intrínseca, una menor carga mental y unas menores relaciones interpersonales.
- Un mayor psicoticismo se explicaría por unas menores habilidades sociales de gestión demandadas, unos mayores canales de participación en las decisiones de la empresa y unas menores relaciones interpersonales.

Sueño

- Los policías con edades comprendidas entre los 41 y 55 años muestran de forma significativa una peor calidad de sueño que sus compañeros con edades hasta 40 años.
- Una peor calidad del sueño en los policías se explica con una mayor ambigüedad de rol, mayor supervisión (control de la jefatura sobre el trabajo) y una menor participación en las decisiones de la empresa y menor carga mental.

Factores de riesgos psicosociales

- Las mujeres presentan un mayor riesgo de capacidad para la toma de decisiones, un menor riesgo para las habilidades motoras y cognitivas, un mayor riesgo psicosocial en canales de participación y un menor riesgo psicosocial en referencia a las habilidades para la gestión del trabajo que sus compañeros policías varones.
- Existe, de una parte, un mayor riesgo percibido en la capacidad de tomar decisiones en el trabajo y una mayor supervisión y, de otra parte, una menor percepción de autonomía temporal, una menor información de la organización y una percepción de menor motivación intrínseca y mayor motivación extrínseca entre los policías con edades comprendidas entre 41 y 55 años que entre los que tienen edades de hasta 40 años. Además, estos últimos, perciben menor riesgo psicosocial en variedad y repetitividad de tareas y una mayor motivación extrínseca que los compañeros que están comprendidos en el intervalo de 41 a 55 años.
- Los policías locales que son solteros y viven solos o con sus padres, muestran más fatiga laboral que los policías que son divorciados o separados y que los viudos.
- Los solteros que viven solos o con sus padres muestran una mayor capacidad de adaptación a las nuevas situaciones del trabajo que los que son casados o viven en pareja y que los divorciados o separados.
- Los policías solteros que viven solos o con sus padres presentan una mayor motivación intrínseca y una mayor motivación extrínseca que los casados o que viven en pareja y que los divorciados o separados. La motivación extrínseca también es mayor en este grupo que en el de los viudos.
- Los policías viudos presentan una mayor motivación intrínseca que sus compañeros casados o viviendo en pareja y que los divorciados o separados.
- Los policías locales con aportaciones superiores al 50% de los ingresos del hogar, perciben una mayor supervisión que los que aportan todo y que los que aportan menos del 50%.

- Los policías que aportan más de la mitad de los ingresos, perciben más supervisión que sus compañeros que son los únicos responsables.
- Los policías que son los únicos responsables en la contribución económica a su familia, tienen mayor percepción de información de la organización que los que aportan aproximadamente la mitad de los ingresos y que los que aportan menos del 50% de los ingresos a sus familias.
- Los que aportan menos de la mitad de los ingresos familiares presentan mayor motivación extrínseca que los que son únicos responsables de los ingresos y que los que aportan más del 50%.
- Los policías locales que son los principales responsables en las tareas y compras del hogar, muestran significativamente una mayor percepción de motivación intrínseca que sus compañeros que comparten las tareas y compras y que los policías que cuentan con otra persona que es la principal responsable.
- Los policías con estudios medios presentan un mayor riesgo en su capacidad de toma de decisiones que los que tienen estudios superiores y menor percepción de información de la organización que los que tienen estudios primarios o superiores.
- Los policías con estudios medios tienen unas peores relaciones interpersonales y muestran menor percepción de relaciones y canales de información con los jefes que los que poseen estudios primarios.
- Los policías que tienen estudios primarios perciben más supervisión que los policías con estudios medios y superiores.
- Los policías con turno de noche tienen mejores relaciones interpersonales que sus compañeros con turnos indistintos y que los policías con turnos de mañana y tarde.
- Los policías con turno de mañana y tarde precisan de menos habilidades y motoras y cognitivas y muestran una percepción de menor autonomía temporal que sus compañeros con turnos de noche y que los del turno indistinto, pero los que tienen turno de noche presentan mayor autonomía del tiempo que los que realizan un turno indistinto.
- Los turnos de trabajo también afectan a la percepción de importancia del trabajo, de tal manera que los policías con un turno de trabajo indistinto muestran un mayor riesgo psicosocial con respecto a los compañeros de

turno de mañana y tarde. Además, los policías con turno de mañana y tarde, perciben una menor variedad de tareas y una menor demanda de habilidades sociales para la gestión del trabajo que los que lo hacen en un turno indistinto.

- Los policías con un turno de mañana y tarde muestran una mayor percepción de dicha capacidad que los que lo hacen en el turno de noche y que los que lo hacen en turno indistinto.
- Los policías locales que prestan sus servicios en el turno de mañana y tarde, muestran significativamente menor motivación extrínseca que sus compañeros del turno de noche y que los del turno indistinto.
- Los policías que hacen entre 24 y 40 horas a la semana presentan significativamente una percepción de mayor dificultad de la tarea, una percepción de mayor carga mental y una percepción de menor motivación intrínseca que los policías que realizan más de 40 horas a la semana.
- Los policías con horario de trabajo rotatorio tienen peores relaciones interpersonales, una percepción de mayor supervisión, una percepción de mayor capacidad de adaptación a las nuevas situaciones laborales y una percepción de mayor motivación intrínseca que los compañeros que realizan turnos fijos.

CAPÍTULO X

LIMITACIONES DEL ESTUDIO





10. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Como ocurre en cualquier trabajo de investigación, este estudio presenta algunas limitaciones que hay que tener en consideración. En primer lugar, al tratarse de un estudio transversal, limita la interpretación de los resultados y sería conveniente realizar estudios longitudinales. Para poder demostrar la causalidad de las variables explicativas sobre las variables dependientes, será necesario llevar a cabo una investigación que permita un análisis longitudinal para, de este modo, poder extraer conclusiones inequívocas sobre la causalidad de las variables explicativas estudiadas en este trabajo. Realizando un seguimiento posterior de la evolución de los encuestados, profesionalmente hablando, o el hecho de medir en dos momentos distintos los factores causales y sus efectos esperados, podría permitirnos extraer conclusiones más firmes.

En segundo lugar, las investigaciones llevadas a cabo con el Cuerpo de la Policía Local son escasas, por lo que una mayor información en este colectivo podría mejorar la calidad de vida en dicho Cuerpo y centrarse en prevenir los factores de riesgo específicos que se pueden presentar.

Por otra parte, en la muestra obtenida en el presente trabajo, solamente aparecen dos personas del género femenino, por lo que sería interesante llevar a cabo estudios en el mismo sentido en plantillas donde el número de mujeres policías locales fuera más representativo.

Otra limitación a tener en cuenta, sería la referente a la posibilidad de la utilización de diferentes instrumentos de medida. Dado que existen varias herramientas para medir unas mismas variables, el hecho de utilizar unas u otras podría variar el resultado en función de cuáles se usen. Por dicho motivo, sería interesante que se utilizaran otros instrumentos o herramientas de medida para seguir profundizando en el conocimiento de los factores de riesgo psicosocial que inciden en la Policía Local.

Además, los modelos aplicados se han limitado a una serie de variables dependientes que, de cara a una futura investigación, se podrían ampliar para, de este modo, incrementar el conocimiento obtenido en la materia objeto de estudio.



CAPÍTULO XI

*SUGERENCIAS Y LÍNEAS FUTURAS
DE INVESTIGACIÓN*





11. SUGERENCIAS Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

Tras el análisis de las principales limitaciones de este estudio, consideramos que también, tras los resultados y conclusiones expuestos en apartados anteriores, se plantean nuevas líneas de trabajo y posibles investigaciones a desarrollar.

En primer lugar, al tratarse de un estudio transversal, sería conveniente realizar estudios longitudinales.

Por otro lado, sería interesante realizar el mismo estudio en otros colectivos de agentes de la policía local de otras ciudades españolas, con el fin de contrastar los resultados obtenidos con otros grupos muestrales.

En esta misma línea, también aportaría información relevante el poder realizar estudios transculturales con cuerpos de policía asimilables al cuerpo de policía local en España y comparar los resultados con agentes de la policía homólogos de otras ciudades de diversos países.

Y del mismo modo, también sería interesante poder comparar los resultados obtenidos en este estudio con colectivos similares dentro de los cuerpos de seguridad del Estado dependientes del Gobierno de la nación como el Cuerpo Nacional de Policía o la Guardia Civil, los Cuerpos de Policía dependientes de las Comunidades Autónomas como los Mozos de Escuadra, Ertzaintza, Policía Foral de Navarra o la Policía Canaria o los Cuerpos de Policía dependientes de las Corporaciones Locales. A estos colectivos también podríamos añadir otros afines como el Servicio de Vigilancia Aduanera, la Policía portuaria, los Agentes forestales o seguridad privada.

Por último, también se abren líneas de investigación desde la Psicología Positiva que permitan estudiar cómo mejorar la calidad y bienestar de los trabajadores que pertenecen a los cuerpos de seguridad del estado.



CAPÍTULO XII

*PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN
PRÁCTICA*





12. PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN PRÁCTICA

A la vista de los resultados obtenidos y habiendo sacado las conclusiones oportunas, en este apartado se expondrán algunas ideas que podrían servir para minorar la incidencia de los distintos factores de riesgo psicosocial que se han utilizado en el presente estudio.

En primer lugar y en aras de mejorar los canales de participación, se podría considerar que los agentes fueran consultados, por parte de los mandos intermedios, en la toma de decisiones, es decir, que tuvieran un mayor nivel de participación en asuntos como regulación del tráfico, protocolos de actuación para determinados servicios, etc. Reforzando su participación, se sentirían más satisfechos con su trabajo y más valorados en la organización.

Otra posible mejora podría consistir en la elaboración de una detallada descripción de puestos de trabajo y una posterior reestructuración de los mismos. De tal forma que permita un reparto de las tareas más óptimo de manera que se evite la monotonía y repetitividad de algunas tareas e intentando conseguir, de este modo, una mayor variedad de tareas dentro del puesto de trabajo. En este sentido, un mismo agente de policía podría abarcar diversas funciones: regulación del tráfico, atestados, resolución de conflictos privados (molestias vecinales), infracciones de ordenanzas municipales (terrazas de los bares, pubs, vados, actos festero, lúdicos o deportivos, etc). Es decir, se trataría de evitar que los agentes se vieran encasillados en determinadas tareas, cayendo así en la monotonía del trabajo.

En tercer lugar, hay que hacer referencia a las situaciones estresantes a las que se enfrentan diariamente los policías locales. Para ello, cada cierto tiempo se ofertan ciertos cursos de formación, con el objetivo de preparar a este colectivo para enfrentarse a situaciones críticas (accidentes de tráfico, arrestos, comunicación del fallecimiento de la víctima a sus familiares, etc.). En este sentido algunos autores (Solanes y Martín del Río, 2007) proponen el uso de nuevas tecnologías de la información y comunicación como canal de comunicación que no sólo permita la formación sino también ciertos tipos de terapia de apoyo a los trabajadores. Se debería facilitar el acceso de los policías locales a esos cursos, además de potenciarlos, todo ello debido a que son de vital importancia para controlar su ansiedad y estrés.

Ya se ha comentado en el apartado oportuno que, al comienzo de los turnos, los policías locales se reúnen en la sala de briefing, momento en el que reciben las instrucciones de las tareas a realizar en la jornada de trabajo. Pues bien, ese punto debería mejorarse, en el sentido de ser más clara y más concreta la información que allí se dispensa. De esta manera, mejoraría la satisfacción en el control del trabajo, puesto que la información estaría actualizada y todos los agentes sabrían a qué atenerse ante cualquier novedad que se haya producido en el contexto laboral.

Otro punto a tener en cuenta, no sólo en este trabajo, es el del reconocimiento y el refuerzo positivo por el trabajo realizado. A todo profesional le gusta que le reconozcan el trabajo bien hecho. Se trata de pequeñas felicitaciones, procedentes tanto de los superiores como de los propios compañeros, o el simple agradecimiento ante situaciones en las que se haya actuado correctamente, motivando de esta manera a los policías y haciéndoles sentir más felices en su trabajo.

Otro punto a tener en cuenta, de cara a mejorar los factores de riesgo psicosocial estudiados, sería que la totalidad de la plantilla estuviera en buena forma física. De esta manera se obtendría, por partida doble, un buen resultado: por un lado, al estar en buena forma física, se podrían enfrentar a determinadas situaciones con una mayor garantía y, por otra parte, mejorarían la salud física y mental. Esto se podría hacer mediante la superación de determinadas pruebas físicas cada cierto tiempo.

Hemos visto cómo los policías locales que hacían turnos indistintos, es decir, mañanas, tardes y noches, eran los que mostraban menor satisfacción laboral, además de un mayor nivel de burnout y una percepción de mayor repetitividad y menor variedad en las tareas. Pues bien, esos policías hacen 8 jornadas seguidas y descansan 6 (lo que ellos denominan el 8 x 6). Una posible forma de minorar su agotamiento sería establecer turnos de rotación más cortos, es decir, por ejemplo, realizar 4 jornadas seguidas y descansar 3. De este modo, acortando los turnos y descansos, se minoraría el malestar, puesto que los 8 días continuados generan, probablemente, un mayor cansancio (aunque luego tengan 6 días para descansar). En este sentido, existen estudios de

investigación en los que se ha propuesto la rotación de turnos más rápida (p.e Kecklund et al., 2008).

También sería positivo que los agentes obtuvieran una mayor información de la organización. Se trata de que exista un mayor grado de transparencia en las comunicaciones, de manera que se haga a los policías más partícipes en la empresa y se vean, de esta forma, más valorados.





REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS





REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abitbol, G., Reinberg, A. y Mechkouri, M. (1997). Variability in the Period of the Blood Pressure Circadian Rhythm in Human Beings. *Chronobiol Int.*, 14, 307-317.
- Adan, A. (1991). Relación entre temperatura corporal y ejecución: influencia de la matutinidad y el sexo. *Rev. Psicol Gral y Aplic*, 44, 457-463.
- Adan, A. y Almirall, H. (1990). Adaptation and standarization of a Spanish Version of the Morningness-Eveningness Questionnaire: Individual Differences. *Personal Ind. Diff.*; 11, 1123-1130.
- Agerbo, E., Bonde, J. P., Mortensen, P.B. y Wiecla, W. J. (2006). Risk of affective and stress related disorders among employees in human service professions. *Occupational and Environmental Medicine*, 63, 314-319.
- Agnew, R. (1992). Foundation for a General Strain Theory of Crime and Delinquency. *Criminology*, 30, 47-88.
- Akerstedt, T. (2003). Shiftwork and disturbed sleep/wakefulness. *Occup. Med.* 53, 89-94.
- Akerstedt, T., Hume, K., Minors, D. y Waterhouse, J. (1997). Good sleep- its timing and physiological sleep characteristics. *J. Sleep Res.*, 6; 221-229.
- Akerstedt, T., Kecklund, G. y Knutsson, A. (1991). Spectral analysis of sleep electroencephalography in rotating three-shift work. *Scand J Work Environ Health*, 17, 330-336.
- Akerstedt, T., Knutsson, A., Westerholm, P., Theorell, T., Alfredsson, L. y Keckclund, G. (2002). Sleep disturbances, work stress and work hours: A cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 741-748.
- Albretch, S. L., (2015). Challenge Demands, Hindrance Demands, and Psychological Need Satisfaction.Their Influence on Employee Engagement and Emotional Exhaustion. *Journal of Personnel Psychology*, 14, 70-79.
- Allen, R. P, Walters, A. S. y Montplaisir, J. (2005). Rest-less legs syndrome prevalence and impact: Rest general population study. *Arch Intern Med.*, 165, 1286-1292.

- Alvarado, R. (1997). Polisomnografía computarizada, en J. Velásquez (coord.), *Medicina del Sueño: Aspectos Básicos y Clínicos* (pp. 251-301), Méjico, Sociedad Mexicana de Sueño/Universidad Autónoma Metropolitana.
- Amendola, K. L., Weisburd, D., Hamilton, E. E., Jones, G. y Slipka, M. (2011). An experimental study of compressed work schedules in policing: advantages and disadvantages of various shift lengths. *J Exp. Criminol*, 7, 407-442.
- American Academy of Sleep Medicine (2005). *International Classification of Sleep Disorders: An Unmet Public Health Problem*. Revised: Diagnostic and Coding Manual. Westchester: AASM.
- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Fourth Edition (DSM-IV)*. Washington, D.C., APA.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *DSM-V Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Washington, D.C.: Panamericana.
- Antúnez, J. M., Navarro, J. F., y Adan, A. (2014). Tipología circadiana y problemas de salud mental. *Anales de Psicología*, 30(3), 971-984.
- Aranda, C., Pando, M., Aldrete, R., Salazar, E., Torres, I. y Pérez, R. (2004). Síndrome de burnout y apoyo social en los médicos familiares de base del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Guadalajara, México. *Rev. Psiquiatría Fac. Médica Barna*, 31, 142-150.
- Aschoff, J. (1981). *Handbook of Behavioral Neurobiology*. Nueva York: Plenum, 4.
- Ayas, N. T., White, D. P., Manson, J. E., Stampfer, M. J. y Speizer, F. E. (2003). A prospective study of sleep duration and coronary heart disease in women. *Archives of Internal Medicine*, 163, 205-209.
- B.O.E. (1985). Ley 7/85, de 2 de abril, reguladora de las Bases del Régimen Local. *Boletín Oficial del Estado*, 80, de 3 de abril de 1985.
- B.O.E. (1986). Ley Orgánica 2/1986, de 13 de marzo, de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, *Boletín Oficial del Estado*, 63, de 14 de marzo de 1986.

- B.O.E. (1986). Real Decreto 781/86, de 18 de abril, por el que se aprueba el Texto Refundido de las disposiciones legales vigentes en materia de Régimen Local. *Boletín Oficial del Estado*, 22 de abril de 1986.
- B.O.E. (2006). Ley 1/2006, de 13 de marzo, por la que se regula el Régimen Especial del Municipio de Barcelona. *Boletín Oficial del Estado*, 62, de 14 de marzo de 2006.
- B.O.E. (2007). Ley 4/2007, de 20 de abril, de coordinación de policías locales. *Boletín Oficial del Estado*, 137, 8 de junio de 2007.
- Backhaus, J., Hohagen, F., Voderholzer, U. y Riemann, D. (2001). Long-term effectiveness of a short-term cognitive-behavioral group treatment for primary insomnia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 25, 35-41.
- Baessler, J. y Schawarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la Escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés*, 2, 1-8.
- Bakker, A. B. y Demerouti, E. (2007). The Job Demands- Resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309-328.
- Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Sixma, H., Bosveld, W., y Van Dierendonck, D. (2000). Patient demands, lack of reciprocity, and burnout: a five-year longitudinal study among general practitioners. *Journal of Organizational Behavior*, 21, 425-441.
- Bakker, A.B., Demerouti, E., Taris, T., Schaufeli, W. and Schreurs, P. (2003). A multigroup analysis of the job demands-resources model in four home care organizations, *International Journal of Stress Management*, 10(1), 16-38.
- Barton, J., Spelten, E., Totterdell, P., Smith, L., Folkard, S., y Costa, G. (1995). The Standard Shiftwork Index: A battery of questionnaires for assessing shiftwork-related problems. *Work and Stress*, 9, 4-30.
- Bastien, S. H., Vallières, A. y Morin, C. M. (2001). Validation of the Insomnia Severity Index (ISI) as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Medicine*, 2, 297-307.

- Baumeister, R., y Leary, M. R. (1995). The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, 497–529.
- Bazargan, M. (1996). Self-reported sleep disturbance among African-american elderly: The effects of depression, health status, exercise, and social support. *International Journal of Aging and Human Development*, 42, 143-160.
- Beck A. T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4, 61-571.
- Beck, A. T., Brown, G., Epstein, N. y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A. T., Kovacs, M. y Weissman, A. (1979). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 461-571.
- Beck, A. T., Steer, R., y Brown, G. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio: TX: Psychological Corporation
- Belenky, G., Wesensten, N. J., Thorne, D. R., Thomas, M.L., Sign, H. C. (2003). Patterns of performance degradation and restoration during sleep restriction and subsequent recovery: A sleep doseresponse study. *Journal of Sleep Research*, 12, 1-12.
- Belloc, N.B. y Breslow, L. (1972). Relationship of physical health status and health practices. *Preventive Medicine*, 1, 409-421.
- Benca, R.M., Obermeyer, W. H., Thisted, R. A., y Gillin, J. C. (1992). Sleep and psychiatric disorders: a meta-analysis. *Archiv Gen Pshychiat*, 49, 651-668.
- Benedict, C., Cedernaes, J., Giedraitis, V., Nilsson, E. K., Hogenkamp, P. S., Vagesjo, E., ... y Broman, J. E. (2014). Acute sleep deprivation increases serum levels of neuron-specific enolase (NSE) and S100 calcium binding protein B (S-100B) in healthy young men. *Sleep*, 37(1), 195-8.
- Berger, R. J. y Phillips, N.H. (1995). Energy conservation and sleep. *Behavioural Brain Research*, 69, 65-73.

- Berger, W., Mendlowicz, M., Souza, W. y Figueira, I. (2004). Equivalencia semántica de la versión en portugués de PTSD Checklist-Civilian versión (PCL-C) para la búsqueda del trastorno del estrés post-traumático. *Revista de Psiquiatría. Rio Gd. Sul*, 26.
- Beusterien, K.M., Rogers, A. E., Walsleben, J.A., Emsellem, H.A., Reblando, J.A. et al. (1999). Health-relates quality of life effects of modafinil for treatmentof narcolepsy. *Sleep*, 22, 757-765.
- Beutler, L. E., Cano, M. C., Miró, E. y Buela-Casal, G. (2003). The role of activation in the effect of total sleep deprivation on depressed mood. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 369-384.
- Bies, R. J., y Moag, J. S. (1986). Interactional justice: Communication criteria of fairness. *Research on negotiation in organizations*, 1, 43–55.
- Bishopp, A. y Boots, D. P. (2014). General strain theory, exposure to violence, and suicide ideation among police officers: A gendered approach. *Journal of Criminal Justice*, 42, 538-548.
- Bjorvatn, B., y Pallesen, S. (2009). A practical approach to circadian rhythm sleep disorders. *Sleep Medicine Reviews*, 13(1), 47-60.
- Blagrove, M., Alexander, C. y Horne, J. (1991). The effects of sleep deprivation on a test of field-independence, *Sleep Research*, 20, 458.
- Blasco, J. R., Llor, B., García, M., Sáez M. C. y Sánchez Ortuño, M. (2002). Relación entre la calidad del sueño, el burnout el bienestar psicológico en profesionales de la seguridad ciudadana. *Mapfre Medicina*, 13, 258-267.
- Boada-Grau, J., Merino-Tejedor, E., Gil-Ripoll, C., y Vigil-Colet, A. (2012). *Adaptación al español de la Escala de Evaluación de la Fatiga*. Manuscrito no publicado. Tarragona, España: Universitat Rovira i Virgili.
- Boada-Grau, J., Merino-Tejedor, E., Gil-Ripoll, C., y Vigil-Colet, A. (2013). *Adaptación al español del Cuestionario de Fatiga Severa*. Manuscrito no publicado. Tarragona, España: Universitat Rovira i Virgili.
- Boada-Grau, J., Sánchez-García, J. C., Prizmic-Kuzmica, A. J., y Vigil-Colet, A. (2012). Work health and hygiene in the transport industry (TRANS-18):

- Factorial structure, reliability and validity. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(1), 357-366.
- Bootzin, R.R., Epstein, D. y Word, J.M. (1991). Stimulus control instructions. En P.J. Hauri (comp.). *Case studies in insomnia* (pp. 19-28). New York: Plenum.
- Breevaart, K., Bakker, A. B., Demerouti, E. y Heuvel, M. (2015). Leader-member exchange, work engagement, and job performance. *Journal of Managerial Psychology*, 7, 754-770.
- Breslau, N., Roth, T., Rosenthal, L. y Andreski, P. (1997). Daytime sleepiness: An epidemiological study of young adults. *American Journal of Public Health*, 87, 1649-1653.
- Briones, M. (2007). Presencia del síndrome de burnout en poblaciones policiales vulnerables de carabineros de Chile. *Ciencia y Trabajo*, 9, 43-50.
- Brodsky, C. M. (1996). The psychiatry of work. *Occupational Medicine*, 11, 685-698.
- Brough, P., Drummond, S., y Biggs, A. (2017). Job Support, Coping, and Control: Assessment of Simultaneous Impacts within the Occupational Stress Process. *Journal of Occupational Health Psychology*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/ocp0000074>
- Brufao, C. (1994). Una aproximación a las enfermedades profesionales de policía. *Cuadernos de Trabajo Social*, 7, 251-263.
- Buela-Casal, G. (1990). Cronopsicofisiología del ritmo circadiano de activación durante la vigilia, *Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Madrid*.
- Buela-Casal, G. y Miró, E. (2001). *¿Qué es el sueño? Para qué dormimos y para qué soñamos*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Buela-Casal, G. y Sánchez, A. I. (2002). *Los trastornos del sueño*. Madrid: Síntesis.
- Buela-Casal, G. y Sierra, J. C. (1994). Escalas para evaluar la activación de la somnolencia. *Vigilia-Sueño*, 6, 13-19.

- Buela-Casal, G. y Sierra, J.C. (2001). Evaluación y tratamiento de los trastornos del sueño. En G. Buela-Casal, G. y J.C. Sierra (Eds.), *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*, (pp. 393-438). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Buela-Casal, G., Miró, E., Iáñez, M^a. A. y Catena, A. (2007). Habitual sleep duration influence on depressed mood state: Somatic versus cognitive symptoms. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 1-14.
- Bulliger, M., y Kirchberger, J. (1998). Der SF-12. In M. Bullinger and J. Kirchberger. *Der SF-36-Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36 Health Questionnaire)*, Germany: Z Med Psychol, pp. 65-72.
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., y Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: New instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Review*, 28, 193-213.
- Buzsáki, G., y Peyrache, A. (2013). A BOLD statement about the hippocampal-neocortical dialogue. *Trends in Cognitive Sciences*, 17(2), 57-59.
- Cabral, C. A. (1998). Psicopatología del trabajo. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 34, 237-242.
- Calvé Pérez, A. (1992). Factores de riesgo de morbilidad psiquiátrica en un grupo profesional sometido a factores estresantes. *Tesis doctoral Madrid: Universidad Autónoma ()*.
- Cano, M. C., Miró, E., Espinosa-Fernández, L. y Buela-Casal, G. (2004). Parámetros subjetivos de sueño y estado disfórico. *Rev. Psicopatol Psicol Clin*, 27,120-137.
- Caplan, R. D., Cobb, S., French, J. R. P. J., Harrison, R. V., y Pinneau, S. R. (1980). *Job demands and worker health: Main effects and occupational differences*. Ann Arbor, MI: University of Michigan, Institute for Social Research.
- Carskadon, M. A., y Dement, W. C. (2011). Monitoring and staging human sleep. En M. H. Kryger, T. Roth, y W. C. Dement (Eds.), *Principles and practice of sleep medicine*, 5th edition (pp. 16-26). St. Louis: Elsevier Saunders.

- Carskadon, M.A. y Dement, W.C. (1989). Normal human sleep: an overview, en M.H. Kryger, T. Roht y W.C. Dement (comps.), *Principles and practice of sleep medicine* (págs. 3-13), Filadelfia: Saunders.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *Int J Behav Med*, 4, 92–100.
- Chopko, B. A., Palmieri, P. A., y Adams, R. E. (2017). Relationships among Traumatic Experiences, PTSD, and Posttraumatic Growth for Police Officers: A Path Analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000261>
- Christoffersson, G., Vågesjö, E., Pettersson, U. S., Massena, S., Nilsson, E. K., Broman, J. E., y Phillipson, M. (2014). Acute sleep deprivation in healthy young men: Impact on population diversity and function of circulating neutrophils. *Brain, Behavior, and Immunity*, 41, 162-172.
- Clark, I., y Landolt, H. P. (2017). Coffee, caffeine, and sleep: A systematic review of epidemiological studies and randomized controlled trials. *Sleep Medicine Reviews*, 31, 70-78.
- Cohen, D. B., (1980). The cognitive activity of sleep, *Progress in Brain Research*, 53, 307-324.
- Colquitt, J. A. (2001). On the dimensionality of organizational justice: A construct validation of a measure. *Journal of Applied Psychology*, 86, 386.
- Cooper, C. L. y Payne, R. L. (1998). *Causes, coping and consequences of stress at work*. Chichester: Wiley y Sons.
- Costa, E, Silva, J.A., Chase, M., Sartorius, N y Roth, T. (1996). Special report from a symposium held by the world health organization and the world federation of sleep research societies: an overview of insomnias and related disorders recognition, epidemiology and rational management. *Sleep*, 19, 412-6.
- Costa, G. (1996). The impact of shift and night work on health. *Applied Ergonomics*, 27, 9-16.

- Crawford, E. R., Le Pine, J. A. y Rich, B. L. (2010). Linking Job Demands and Resources to Employee Engagement and Burnout: A theoretical Extension and Meta-Analytic Test. *Journal of Applied Psychology*, 5, 834-848.
- Crowne, D. P. y Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24, 349-354.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: the Psychology of Optimal Experience*. New York, NY: Harper and Row.
- Czeisler, C. A., Barger, L. K., Landrigan, C., Lockley, S., Rararatnam, S., Cade, B., Ronda, J. M., O'Brien, C. y Edwards, S. (2005). *Harvard Work Hours Health and Safety Studi. Unpublished instrument*. Tomado 12/01/2016 de <http://sleep.med.harvard.edu/research/labs/86/HarvardWork+Hours+Health+and+Safety+Group/>.
- Czeisler, C.A. y Richardson, M.D. (1983). Circadian Timekeeping in Healthland disease. Clinical Implications of Circadian Rhythmicity. *N. Engl. J. Med.*, 309, 530-536.
- D.O.C.V. (1999). Ley 6/99, de 19 de abril, de la Generalidad Valenciana, de Policías Locales y de Coordinación de las Policías Locales de la Comunidad Valenciana. *Diario Oficial de la Comunidad Valenciana*, 3482, de 27 de abril de 1999.
- Daniels, E., King, M.A., Smith, I. y Shneerson, J.M. (2001). Health-related quality of life in narcolepsy. *Journal of Sleep Research*, 10, 75-81.
- Dantzker, M.L. (1993). Designing a measure of job satisfaction for policing: a research note. *J Crime Justice* 16, 171-181.
- DeCharms, R. (1968). *Personal causation*. New York: Academic Press.
- Deci, W. L., y Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.
- Delgado, J. D. (2009). Evaluación de riesgos psicosociales de la Policía Local en la costa occidental de la provincia de Huelva. *Revista digital de salud y seguridad en el trabajo*, 2, 1-18.

- Derogatis, L.R. (1977). SCL-90-R: Administration, Scoring y Procedures. Manual II. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Diekelmann, S., y Born, J. (2010). The memory function of sleep. *Nature Reviews Neuroscience*, 11(2), 114-126.
- Dinges, S.F. y Broughton, R.J. (1989). *Sleep and alertness. Chronobiological, behavioural and medical aspects of napping*. New York: Raven Press.
- DOCV. (1998). Decreto 25/98, de 10 de marzo, por el que se regula la Norma Marco sobre estructura, organización y funcionamiento de los Cuerpos de Policía Local de la Comunidad Valenciana. *Diario Oficial de la Comunidad Valenciana*, 3204, de 16 de marzo de 1998.
- DuBrin, A. J. (1998). *Leadership: research findings, practice and skill*. Boston: Houghton Mifflin Co.
- Duncan, D. F., Bomar, G. J., Nicholson, T. y Wilson, R. (1995). Health practices and mental health revisited. *Psychological Reports*, 77, 205-206.
- Durán, M. A., Montalbán, M. y Stangeland, P. (2006). El síndrome de estar quemado (burnout) en la policía: perfil de incidencia e influencia de características sociodemográficas. *Revista de Psicología Social*, 21, 95-107.
- Eguchi, H., Shimazu, A., Bakker, A.B., Tims, M., Kamiyama, K., Hara, Y., et al. (2016). Validation of the Japanese version of the job crafting scale. *Journal Occupational Health*, 58, 231-40.
- Epstein, L. J., Kristo, D., Strollo, P. J., Friedman, N., Malhotra, A., Patil, S. P., y Weinstein, M. D. (2009). Clinical guideline for the evaluation, management and long-term care of obstructive sleep apnea in adults. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 5(3), 263-276.
- Espie, C.A., Lindsay, W.R., Brooks, S.N., Hood, E.M. y Turvey, T. (1989). A controlled comparative investigation of psychological treatments for chronic sleep-onset insomnia. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 79-88.
- Espinar, J. (1998). Tratamiento del síndrome de narcolepsia-cataplejía. *Vigilia y sueño*, 10, 97-106.

- Evers, A., Muñiz, J., Hagemester, C., Høstmælingen, A., Lindley, P., Sjöberg, A., y Bartram, D. (2013). Assessing the quality of tests: Revision of the EFPA review model. *Psicothema*, 25(3), 283-291.
- Ezquerro, J. (2006). *Trastornos psicológicos del sueño*. Tomado el 8/12/2016 desde <http://psicologoinfantil.com/trassleep.htm>.
- Faraut, B., Boudjeltia, K. Z., Vanhamme, L., y Kerkhofs, M. (2012). Immune, inflammatory and cardiovascular consequences of sleep restriction and recovery. *Sleep Medicine Reviews*, 16(2), 137-149.
- Fekefulegn, D., Burchfiel, C. M., Ma, C. C., Andrew, M. E., Hartley, T. A., Charles, L. E., Gu, J. K. y Violanti, J. M. (2017). Fatigue and on-duty injury among police officers: The BCOPS study. *Journal of Safety Research* 60, 43–51.
- Fernández-Guardiola, A. (1998), Dormir y soñar, en R. De la Fuente y F. J. Álvarez, *Biología de la Mente* (págs. 288-306), Méjico: El Colegio Nacional/Fondo de Cultura Económica.
- Fernández-Montalvo, J. y Garrido, E. (1999). *Psicopatología laboral*. Pamplona: Servicio de Publicaciones de la Universidad Pública de Navarra.
- Fernández-Montalvo, J. y Piñol, E. (2009). Horario laboral y salud: consecuencias psicológicas de los turnos de trabajo. *Revista de Psicología y Psicología Clínica*, 5, 207-222.
- Fernández-Motalvo, J. (1998). Los trastornos psicológicos derivados del trabajo: hacia una psicopatología laboral. *Clínica y Salud*, 9, 607-620.
- Fernández-Seara, J. L. y Mielgo, M. (2006). *Escalas de Apreciación del Estrés EAE*. Publicaciones de Psicología Aplicada, TEA Ediciones, S.A.
- Firth-Cozens, J. (1990). Source of stress in women junior house officers. *British Medical Journal*, 301, 89.
- Folkman, S., Lazarus, R.S. (1988). Manual for the ways of coping questionnaire. Palo Alto, CA: consulting psychologists press, mind garden.

- Ford, D.E. y Kamerow, D.B. (1989). Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity for prevention? *Jama*, 262, 1479-1484.
- Fordham, M. (1985). *Explorations into the self*. Library of Analytic Psychology. Vol. 7, London: London Academic Press.
- Freedman, T. y Papsdorf, J.D. (1976). Biofeedback and progressive relaxation treatment of sleep-onset insomnia: a controlled, all-night investigation. *Biofeedback and Self-Regulation*, 1, 253-271.
- Friedman, L. Bliwise, D.L., Yesavage, J.A. y Salom, S.R. (1991). A preliminary study comparing sleep restriction and relaxation treatments for insomnia in older adults. *Journal of Gerontology*, 46, 1abr-8.
- Garbarino, S., Beelke, M., Costa, G., Violani, C. y Lucidi, F. (2002). Brain function and effects of shift work: Implications for clinical neuropharmacology. *Neuropsychobiology* 45, 50-56.
- Garbarino, S., Nobili, L., Balestra, V., Beelke, M., De Carli, F., Cordelli, A., Ferrillo, F. (2000). Sleepiness in a population of italian shift-work policemen. *Research and Technology Organization*, 13, 1-4.
- García Albuérne y Albacete, (2013). Riesgo de estrés psicosocial y estrés laboral percibido en los Policías Locales. *EduPsykhé*, 12, 111-128.
- García Blázquez, A. (1991). Policía y estrés. *Policía*, 18-21.
- García, T. (2011). *Más allá del estrés*. Madrid: Bubok Publishing, S.L.
- Gerber, M., Hartmann, T., Brand, S., Holsboer-Trachsler, E. y Pühse, U. (2010). The relationship between shift work, perceived stress, sleep and health in Swiss police officers. *Journal of Criminal Justice*, 38, 1167-1175.
- Gijsbers Van Wijk, C.M. y Kolk, A.M (1997). Sex differences in perceived health. *Ned Tijdschr Geneesk*, 141, 283.
- Gil-Monte, P. (2002). Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud Pública Mexicana*, 44, 33-40.

- Gil-Monte, P. (2005). *El Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad de bienestar*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Glasberg, A.L., Eriksson, S., Dahlqvist, V., Lindahl, E., Strandberg, G., Soderberg, A., Sörlie, V. y Norberg, A. (2006). Development and initial validation of the stress of conscience questionnaire. *Nursing Ethics* 13, 633–648.
- Gluschkoff, K., Elovainio, M., Keltikangas-Järvinen, L., Hitsanen, M., Mullola, S. y Hintsala, T. (2016). Stressful psychosocial work environment, poor sleep, and depressive symptoms among primary school teachers. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 14, 462-481.
- Goh, V. H., Tong, T. Y. y Lee, L. K. (2000). Sleep/wake cycle and circadian disturbances in shift work: Strategies for their management: a review. *Annals of the Academy of Medicine Singapore*, 29, 86-90.
- Goiria, J. I., San Sebastián, X., Torres, E., Ibarretxe, R. (2003). Estudio de evaluación e intervención del estrés laboral en la policía municipal. *Revista de la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública*, 1, 5-8.
- Goldberg, D. P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Goldberg, D. P. y Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Goldberg, D. y Williams, P. (1988). *A user's guide to the general health questionnaire*. Windsor: NFER-Nelson.
- Goodman, S.A. y Svyantek, D.J. (1999). Person-organization fit and contextual performance: do shared values matter, *Journal of Vocational Behavior*, 55(2), 254-275.
- Goodrich, S. y Weaver, K. A. (1998). Differences in depressive symptoms between traditional workers and shiftworkers. *Psychological Reports*, 83, 57-576.

- Gray, E. K. y Watson, D. (2002). General and specific traits of personality and their relation to sleep and academic performance. *J. Pers*, 70, 177-206.
- Griesinger, W. (1845). *Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*. Stuttgart: Adolph Krabbe.
- Guan, N., Zhang, J. y Wang, X. (2007). A study on relationship between sleep quality and psychosocial factors in prison police officers. *Clinical Psychological Research Ctr*, 15, 403-414.
- Habte-Gabr, E., Wallace, R.B., Colsher, P.L., Hulbert, J.R., White, L.R. y Smith, I. M. (1991). Sleep patterns in rural elders: Demographic, health, and psychobehavioral correlates. *Journal of Clinical Epidemiology*, 44, 5-13.
- Hackman, J. R. y Lawler, E. E. (1971). Employee reactions to job characteristics. *Journal of Applied Psychology Monograph*, 55, 259-286.
- Hackman, J. R., y Oldham, G. R. (1980). *Work redesign*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Haimov, I y Lavie (1997). Circadian Characteristics of Sleep Propensity Function in Healthy Elderly: a Comparison with Young Adults. *Sleep*, 20, 294-300.
- Hallsten, L. (1985). *Utbränd i jobbet. Burnout in work*. Stockholm: National Institute for Working Life.
- Hambleton, R. K., Merenda, P. F., y Spielberger, C. D. (2005). *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment*. London: Erlbaum.
- Hansson, J., Hutig, A. K., Lauritz, L. E., y Padyab, M. (2016). Swedish Police Officers' Job Strain, Work-Related Social Support and General Mental Health. *J Police Crim Psych*, 1, 1-10.
- Hart, P. M., Wearing, A. J., y Heady, B. (1994). Perceived quality of life, personality and work experiences. Construct validation of the police daily hassles and uplifts scales. *Criminal Justice and Behavior*, 21, 283-311.
- Hartmann, E. (1977). *Funciones del sueño fisiológico*. Barcelona: Labor.

- Hartmann, E. (1981). The Functions of Sleep and Memory Processing, en E. Hartman (comp.), *Sleep, Dreams and Memory* (pp. 111-124). New York, Spectrum Publications.
- He, N., Zhao, J. y Archbold, C. A. (2002). Gender and police stress. The convergent and divergent impact of work environment, work-family conflict, and stress coping mechanism of female police officers. *An International Journal of Police Strategies and Management*, 25, 687-708.
- Hernández, M., Fernández, C., Ramos, F. y Contador, I. (2006). El síndrome de burnout en funcionarios de vigilancia de un centro penitenciario. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 599-611.
- Herrman, C. (1997). International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale: A review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 17-41.
- Herxheimer, A. y Petrie, K.J. (2002). *Melatonina para prevenir y tratar el jet-lag*. Cochrane Library Plus, 2. Oxford: Update Software.
- Hockey, G. J. (1993). Cognitive–energetical control mechanisms in the management of work demands and psychological health. In A. D. Baddeley, y L. Weiskrantz (Eds.), *Attention, selection, awareness and control: A tribute to Donald Broadbent* (pp. 328–345). Oxford: Oxford University Press.
- Hockey, G. J. (1997). Compensatory control in the regulation of human performance under stress and high workload: a cognitive–energetical framework. *Biological Psychology*, 45, 73–93.
- Hoddes, E., Dement, W. y Zarcone, V. (1972). The development and use of the Stanford Sleeping Scale (SSS). *Psychophysiology*, 9, 150.
- Hoddes, E., Zarcone, V., Smith, H., Phillips, K. y Dement, W. C. (1973). Quantification of sleepiness: a new approach. *Psychophysiology*, 10, 431-436.
- Hofstra, W. A., y de Weerd, A. W. (2008). How to assess circadian rhythm in humans: a review of literature. *Epilepsy y Behavior*, 13(3), 438-444.

- Hollon, S. D. y Kendall, P.C. (1980). Cognitive self-statement in depression: Development of automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 383-396.
- Horne, J. A. (1988). *Why we sleep: The functions of sleep in humans and others mammals*. Oxford: Oxford University Press.
- Horne, J. A. (1992). Human slow-wave sleep and the cerebral cortex, *Journal of sleep research*, 1, 122-124.
- Horne, J. A. (1993). Human sleep, sleep loss and behaviour. Implications for the prefrontal cortex and psychiatric disorder, *British Journal of Psychiatry*, 162, 413-419.
- Horne, J. A. y Harley, L. J. (1989). Human SES following selective head heating during wakefulness, en J. A. Horne (comp.) *Sleep 88* (págs. 188-190), Stuttgart: Gustav Fisher Verlag.
- Horne, J. A. y Shackell, B.S. (1987). Slow wave sleep elevations after body heating: proximity to sleep and effects of aspirin, *Sleep*, 10, 383-392.
- Horne, J.A. y Moore, V. J. (1985). Sleep EEG effects of exercise with and without additional body cooling. *Electroencephalogr. Clin, Neurophysiology*, 60, 33-38.
- Horne, J.A. y Osberg, O. (1976). A self-assessment Questionnaire to Determine Morningness-eveningness in Human Circadian Rhythms, *Int J. Chronobiol*, 4, 97-110.
- Hossain, J. L., y Shapiro, C. M. (2002). The prevalence, cost implications, and management of sleep disorders: an overview. *Sleep and Breathing*, 6(02), 085-102.
- Houkes, I., Janssen, P. P. M., De Jonge, J., y Nijhuis, F. J. N. (2001). Specific relationships between work characteristics and intrinsic work motivation, burnout and turnover intention: a multi-sample analysis. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10, 1-23.
- Houtman, I. L. D., y Bakker, F. C. (1989). The anxiety thermometer: A validation study. *Journal of Personality Assessment*, 53, 575-582.

- Hryshko-Mullen, A.S., Broeckl, S., Haddock, C.K. y Peterson, A.L. (2000). Behavioral treatment of insomnia: The Wilford Hall Insomnia Program. *Military Medicine*, 165, 200-207.
- Hughes, J. R., Higgins, S. T., Bickel, W. K., Hunt, W. K., Fenwick, J. W., Gulliver, S. B. y Mireault, G.C. (1991). Caffeine self-administration, withdrawal, and adverse effects among coffee drinkers. *Archives of General Psychiatry*, 48, 611-617.
- Hume, K., Van, F. y Waton, A. (1976). A field Study of Age and Gender Differences in Habitual Adult Sleep, *J Sleep Res*, 7, 85-94.
- IBM Corp. Released. (2016). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 24.0*. Armonk, NY: IBM Corp
- Iglowsein, I., Jenni, O.G., Molinari, L. y Largo, R. H. (2003). Sleep duration from infancy to adolescence: Reference values and generational trend. *Pediatrics*, 111, 302-307.
- INSHT. (2001). *NTP 603: Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo social (I)*. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
- Irwin, M. R., Carrillo, C., y Olmstead, R. (2010). Sleep loss activates cellular markers of inflammation: sex differences. *Brain, behavior, and immunity*, 24(1), 54-57.
- Jamal, M. y Baba, V. (1997). Shiftwork, burnout and well-being: a study of Canadian nurses. *International Journal of Stress Management*, 4, 197-204.
- Johns, M. V. (1991). A new method for measuring daytime sleepiness: The Epworth sleepiness scale. *Sleep*, 14, 540-545.
- Johns, M. W. (2000). Sensitivity and specificity of the multiple sleep latency test (MSLT), the maintenance of wakefulness test and the Epworth sleepiness scale: failure of the MSLT as a gold standard. *J. Sleep Res.*, 9, 5-11.
- Johnson, J. V. (1989). Collective control: Strategies for survival in the workplace. *Int. J. Health Serv.*, 19, 469-480.
- Johnson, J. V. y Hall, E, M. (1988). Job strain, work place social support and cardiovascular disease: A cross sectional study of a random sample of de

- Swedish working population. *American Journal of Public Health*, 78, 1336-1342.
- Jouvet, M. (1965). Does a genetic programming of the brain occur during paradoxical sleep? En P. A. Busser y A. Rougeul-Buser (eds), *Cerebral correlation of conscious experience* (págs. 245-251), Simposium INSERM, Amsterdam: Elsevier North-Holland Biomedical Press.
- Kageyama, T., Nishikido, N. Kobayashi, T., Oga, J. y Kawashima, M. (2001). Cross-sectional survey on risk factors for insomnia in Japanese female hospital nurses working rapidly rotating shifts systems. *Journal of Human Ergology*, 30, 149-154.
- Kales, A., Soldatos, C.R., Caldwell, A.B., Chrney, D.S., Kales, J.D., Markel, D. y Cadieux, R. (1980). Nightmares: Clinical characteristics and personality patterns. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1197-1201.
- Kales, J.D., Kales A., Bixler, E. O., Soldatos, C.R., Cadieux, R. J. (1984). Biopsychobehavioral correlates of insomnia. V. Clinical characteristics and behavioral correlates. *Am J Psychiatry*, 141, 1371-1376.
- Kanungo, R. N. (1982). Measurement of job and work involvement. *Journal of Applied Psychology*, 67, 341-349.
- Karasek, R. (1979). Job demands, Job demands, Job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- Karasek, R. A. (1985). *Job content questionnaire and user's guide*. Lowell: University of Massachusetts Lowell, Department of Environment.
- Karasek, R. y Theorell, T. (1990). *Healthy work stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Kecklund, G. y Akerstedt, T. (1995). Effects of timing of shifts on sleepiness and sleep duration. *Journal of Sleep Research*, 4, 37-40.
- Kecklund, G., Akerstedt, T. y Lowden, A. (1997). Morning work: effects of early rising on sleep and alertness. *Sleep*, 20, 215-223.

- Kecklund, G., Eriksen, C. A., Akerstedt, T. (2008). Police officers attitude to different shift systems: Association with age, present shift schedule, health and sleep/wake complaints. *Applied Ergonomics*, 39, 565-571.
- Kerkhof, G. A. (1985). Interindividual Differences in the Human Circadian System: A Review. *Biological Psychology*, 20, 83-112.
- Khaleque, A. (1999). Sleep deficiency and quality of life of shift workers. *Social Indicators Research*, 46, 181-189.
- Kirmeyer, S. L., y Dougherty, T. W. (1988). Work load, tension, and coping: Moderating effects of supervisor support. *Personnel Psychology*, 41, 125-139.
- Knardahl, S., y Ursin, H. (1985). Sustained activation and the pathophysiology of hypertension and coronary heart disease. In J. Orlebeke, G. Mulder, y L. Van Doornen (Eds.), *Psychophysiology of cardiovascular control* (pp. 151–167). New York: Plenum Press.
- Knauth, P. (1993). The design of shift systems. *Ergonomics*, 26, 15-28.
- Knauth, P. y Hornberger, S. (2003). Preventive and compensatory measures for shift workers. *Occup. Med.*, 53, 109-116.
- Knauth, P. y Rutenfranz, J. (1975). The effects of noise on the sleep of nightworkers. In *Experimental Studies of Shiftwork*, ed, by Colquhoun, P., Folkard, S., Knauth, P., and Rutenfranz, J., *Forschungsberichte des Landes Nordrhein-Westfalen Nr, 2513*, Westdeutscher Verlag, Opladen, 57-65.
- Knutsson, A. (1989). Shiftwork and coronary heart disease. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 44, 1-36.
- Knutsson, A. (2003). Health disorders of shift workers. *Occup. Med.*, 53, 103-108.
- Kojima, M., Wakai, K., Kawamura, T., Tamakoshi, A., Aoki, R., et al., (2000). Sleep patterns and total mortality: A 12-years follow-up study in Japan. *Journal of Epidemiology*, 10, 87-93.

- Kovalzon, V.M. (1990) Las funciones del Sueño, en G. Buela-Casal y J.F. Navarro (Comps.), *Avances en la Investigación del Sueño y sus Trastornos* (pp. 3-11), Madrid: Siglo XXI.
- Kripke, D.F., Garfinkel, L., Wingard, D., Klauber, M.R. y Marter, M.R. (2002). Mortality associated with sleep duration and insomnia. *Archives of General Psychiatry*, 59, 131-136.
- Krupp, L. B., La Rocca, N. G., Muir-Nash, J., y Steinberg, A.D. (1989). The Fatigue Severity Scale. Application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus. *Archives of Neurology*, 46(10), 1121-1123.
- Kumar, V., y Kamalanabhan, T. J. (2017). Moderating Role of Work Support in Stressor–Burnout Relationship: An Empirical Investigation Among Police Personnel in India. *Psychol Stud*, 62, 85-97.
- Kuo, S. Y. (2015). Occupational Stress, Job Satisfaction, and Affective Commitment to Policing Among Taiwanese Police Officers. *Police Quarterly*, 18, 27–54.
- Kuppermann, M., Lubeck, D.P., Mazonson, P.D., Patrick, D.L., Stewart, A.L., Buesching, D.P., y Fifer, S.K. (1995). Sleep problems and their correlates in a working population. *J. gen intern med.*, 10, 25-32.
- Kyriacou, C. (2000). *Stress-busting for teachers*. Cheltenham: Stanley Thornes.
- Lac, G. y Chamoux, A. (2003). Elevated salivary cortisol levels as a result of sleep deprivation in a shift worker. *Occupational Medicine*, 53, 143-145.
- Lawson, K. (1993). Stress and the Police Officer: Some West Australian Evidence. *Police Journal*, 277-290.
- Lee, R. T., y Ashforth, B. E. (1993). A longitudinal study of burnout among supervisors and managers: comparison between the Leiter and Maslach (1988) and Golembiewski et al. (1986) models. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 54, 369–398.
- Lee, R. T., y Ashforth, B. E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81, 123–133.

- Leproult, R., Colecchia, E. F., L'Hermite-Baleriaux, M. y Van Cauter, E. (2001). Transition from dim to bright light in the morning induces an immediate elevation of cortisol levels. *Journal of Endocrinology and Metabolism*, 86, 151-157.
- Liberman, A. M. Best, S. R., Metzler, T. J., Fagan, J. A., Weis, D. S., y Marmar, C. R. (2002). Routine occupational stress and psychological distress in police. Policing: An International. *Journal of Police Strategies and Management*, 25, 421-439.
- Lindberg, E., Janson, C., Gislason, T., Björnsson, E., Hetta, J., y Boman, G. (1997). Sleep disturbances in a Young Adult Population: Can gender differences be explained by differences in psychological status? *Sleep*; 20, 381-387.
- Logothetis, N. K., Eschenko, O., Murayama, Y., Augath, M., Steudel, T., Evrard, H. C., y Oeltermann, A. (2012). Hippocampal-cortical interaction during periods of subcortical silence. *Nature*, 491(7425), 547-553.
- Luceño, L. y Martín, J. (2008). *MANUAL DECORE (Cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales)*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Luceño, L., García-Albuerne, Y., Talavera-Velasco, B., y Martín García, J. (2016). Stress in Spanish police force depending on occupational rank, sex, age and work-shift. *Psicothema* 2016, 28, 4, 389-393.
- Luceño, L., Martín, J., Rubio, S., y Díaz, E. M. (2010). Análisis factorial confirmatorio del cuestionario DECORE [Confirmatory factor analysis of DECORE Questionnaire]. *Ansiedad y Estrés*, 16, 237-248.
- Luceño, L., Rubio, S., Díaz, E. y Martín, J. (2010). Percepción de riesgos psicosociales en distintas muestras de trabajadores españoles. *EduPsykhé*, 9, 119-141.
- Macías, J.A. y Royuela, R. (1996). La versión española del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh. *Informaciones Psiquiátricas*, 146, 465-472.
- Mahon, N. E. (1995). The contributions of sleep to perceived health status during adolescence. *Public Health Nursing*, 12, 127-133.

- Maia, D. B., Marmar, C. R., Metzler, T., Nóbrega, A., Berger, W., Mendlowicz, M. V., Coutinho, E. S. F., y Figuera, I. (2007). Post-traumatic stress symptoms in an elite unit of Brazilian police officers: Prevalence and impact on psychosocial functioning and on physical and mental health. *Journal of affective disorders*, 97, 241-245.
- Mallon, L., Broman, J.E. y Hetta, J. (2002). Sleep complaints predict coronary artery disease mortality in males: A 12 year follow-up study of a middleaged Swedish population. *Journal of Internal Medicine*, 251, 207-216.
- Maran, A., Varetto, A., Zedda, M. y Ieraci, V. (2015). Occupational stress, anxiety and coping strategies in police officers. *Occupational Medicine*, 65, 466–473.
- Márquez, R., García, L. A. y Velázquez, A. (2008). Ránking de Estresores e la Policía Local de Canarias. *Anuario de Psicología Jurídica*, 18, 73-79.
- Martín-Daza, F. y Pérez-Bilbao, J. (1997). *NTP 443. Factores Psicosociales: Metodología de Evaluación, INSHT*. Tomado el 8/12/2016 desde http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp_e13.htm.
- Martín del Río, B., Solanes, A., y Martínez-Zaragoza, F., y 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, M. P., Miró, E., Sánchez, A.I., Díaz-Piedra, C., Cáliz, R., Vlaeyen, J. W. S., and Buela-Casal, G. (2014). Cognitive-behavioral therapy for insomnia and sleep hygiene in fibromyalgia: A randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Medicine*, 37, 683-697.
- Martínez-Zaragoza, F., Benavides, G., Ato, M., Solanes, A., Martín del Río, B., Fernández J., y 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>
- Masilamani, R., Bulgiba, A., Chinna, K, Darus, A., Isahak, M., Kandiben, S., y Koh, D. (2013). Prevalence and associated factors of stress in the Malaysian Police Force. *Preventive medicine*, 57, 57-59.

- Maslach C, Jackson, S.E., Leiter M.P, Schaufeli, W.B. y Schwab, R.L. (1981). *Maslach burnout inventory (MBI): manual*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Maslach C, Jackson, S.E., Leiter, M.P. (1996). *MBI: the maslach burnout inventory: manual, (3rd edn)*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. (1993). Burnout: a multidimensional perspective. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 19–32). Washington, DC: Taylor y Francis.
- Maslach, C. y Jackson, S. (1981). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., y Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout*. San Francisco: Jossey Bass.
- Maslow, A.H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50, 370-396.
- Matheson, A., O'brien, L., y Reid, J. A. (2014). The impact of shiftwork on health: a literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 23(23-24), 3309-3320.
- Maurer, K.E., y Schaefer, C.E. (1998). Assessment and treatment of children's nightmares: A review. *Psychology. Journal of Human Behavior*, 35, 30-36.
- Maurya, M. K., y Agarwal, M. (2017). Relationship between Motivation to Lead, Mental Health Status and Job Satisfaction of Male and Female Civil Police Constables. *J Police Crim Psych*, 1, 1-12.
- McCreary, D., y Thompson, M. (2004). *The development of reliable and valid measure of stressors in policing. A summary of Findings from WSIB Development Grant*. Toronto, Stress and Coping Group. Defence R&D Canada.
- McCreary, D.R., y Thompson, M.M. (2006). Development of Two Reliable and Valid Measures of Stressors in Policing: The Operational and Organizational Police Stress Questionnaires. *International Journal of Stress Management*, 13, 494.

- McGinty, D. J., y Szymusiak, R. (1990). Keeping cool: a hipótesis about the mechanisms and function of slow wave sleep, *Trends Neurosciencie*, 13, 480-487.
- Meddis, R. (1975). On the function of sleep, *Animal and Behavior*, 23, 676-691.
- Meier-Ewert, H. K., Ridker, P. M., Rifai, N., Regan, M. M., Price, N. J., Dinges, D. F., y Mullington, J. M. (2004). Effect of sleep loss on C-reactive protein, an inflammatory marker of cardiovascular risk. *Journal of the American College of Cardiology*, 43(4), 678-683.
- Meijman, T. F., y Mulder, G. (1998). Psychological aspects of workload. In P. J. D. Drenth, y H. Thierry (Eds.), *Handbook of work and organizational psychology: Work psychology* (Vol. 2, pp. 5–33). Hove, U.K.: Psychology Press.
- Meliá, J.L. y Peiró, J. M. (1989). La medida de la satisfacción laboral en contextos organizacionales: el Cuestionario de Satisfacción S20/23. *Psicologemas*, 5, 59-74.
- Meshkati, N., Hancock, P.A. y Rahami, M. (1990). Techniques in mental workload assessment. In Wilson, J.R. and Corlett, E.N. (Eds.) *Evaluation of human work. A practical ergonomics methodology*. New York: Taylor and Francis.
- Michielsen, H. J., De Vries, J., Van Heck, G. L., Van de Vijver, F. J. R., y Sijtsma, K. (2004). Examination of the dimensionality of fatigue. The construction of the Fatigue Assessment Scale (FAS). *European Journal of Psychological Assessment*, 20(1), 39-48.
- Miró, E. y Buéla-Casal, G. (1994). Tratamiento del jet-lag. *Psicología Conductual*, 2, 311-322.
- Miró, E. y Buéla-Casal, G. (2001). Aplicaciones de la hipnosis al tratamiento de trastornos del sueño. En J. Gil y G. Buéla-Casal (Eds.). *Hipnosis. Fuentes históricas, marco conceptual y aplicaciones en Psicología Clínica* (pp. 297-331). Madrid: Biblioteca Nueva.

- Miró, E. y Buela-Casal, G. (2007). Trastornos del sueño. En M. J. Álava Reyes (Dir.), *La Psicología que nos ayuda a vivir. Enciclopedia para superar las dificultades del día a día* (pp. 755-771). Madrid: La esfera de los libros.
- Miró, E., Cano, M. C., Espinosa-Fernández, L. y Buela-Casal, G. (2003). Time Estimation during prolonged sleep deprivation and its relation to activation measures. *Human Factors*, 45, 148-159.
- Miró, E., Cano-Lozano, M. C., Espinosa-Fernández, L., y Buela-Casal, G. (2003). Time estimation during prolonged sleep deprivation and its relation to activation measures. *Human factors*, 45, 148-159.
- Miró, E., Cano-lozano, M.C., y Buela Casal, G. (2002). Electrodermal activity during total sleep deprivation and its relationship with other activation and performance measures. *Journal of sleep research*, 11, 105-113.
- Miró, E., Iáñez, M. A., y Cano, M. C., (2002). Patrones de sueño y salud. *Revista Internacional de Psicología Clínica/Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 301-326.
- Miró, E., Lupiáñez, J., Martínez, M.P., Sánchez, A.I., Piedra, C., Guzman, M., y Buela-Casal, G. (2011). Cognitive-behavioral therapy for insomnia improves attentional function in fibromyalgia syndrome: A pilot, randomized controlled trial. *Journal of Health Psychology*, 16, 770-782.
- Miró, E., Martínez Narváez, M. P. y Arriaza, M. R. (2006). Influencia de la cantidad y la calidad subjetiva de sueño en la ansiedad y el estado de ánimo deprimido. *Salud Mental*, 29, 30-38.
- Miró, E., Sánchez, A. y Buela-Casal, G. (2003). Tratamientos psicológicos eficaces para los Trastornos del Sueño. En Pérez Álvarez, J. R. Fernández-Hermida, C. Fernández-Rodríguez y I. Amigo Vázquez (Eds.), *Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces*. Vol II. Psicología de la Salud (pp. 255-286). Madrid: Pirámide.
- Miró, E., Solanes, A., Martínez, P, Sánchez, A. I., y Rodríguez Marín, J. (2007). Relación entre el burnout o “síndrome de quemarse por el trabajo”, la tensión laboral y las características del sueño. *Psicothema*, 19, 3, 388-394.

- Montero, I., y León, O. G. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2, 503, 508.
- Moorcroft, W. H. (1993). *Sleep, Dreaming and Sleep Disorders*. Boston: University Press of America.
- Moore-Ede, M., Zeisler, C. A., y Richardson, G. S. (1983). Circadian Timekeeping in Health and Disease. *New Engl J. Med.*, 309, 469-476
- Morales, G., Gallego, L. M., y Rotger, D. (2004). La incidencia y relaciones de la ansiedad y el Burnout en los profesionales de intervención en crisis y servicios sociales. *Interpsiquis 2004. 5º Congreso Virtual de Psiquiatría*.
- Moreno-Jiménez, B., y Báez, C. (2010). *Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas* [Psychosocial factors and psychosocial risks, forms, consequences, measures and good practice]. Madrid: INSHT.
- Morgenthaler, T., Kramer, M., Alessi, C., Friedman, L., Boehlecke, B., Brown, T., y Pancer, J. (2006). Practice parameters for the psychological and behavioral treatment of insomnia: an update. An American Academy of Sleep Medicine report. *Sleep*, 29(11), 1415.
- Morin, C.M. (1998). *Insomnio: Asistencia y tratamiento psicológico*. Barcelona: Ariel Psicología.
- Morin, C.M., Mineault, V., y Gagné, A. (1999). Nonpharmacological treatment of late-life insomnia. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 103-116.
- Munevár, M., Pérez, A., y Guzmán, E. (1995). Los sueños: Su estudio científico desde una perspectiva interdisciplinaria. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27, 41-58.
- Muñiz, J., y Bartram, D. (2007). Improving international tests and testing. *European Psychologist*, 12(3), 206-219.
- Murray, W. J. (1991). A new method for measuring daytime sleepiness: The Epworth sleepiness scale. *Sleep*, 14, 540-545.

- Musa, R. M., Fadzil, M. A., y Zain, Z. (2007). Translation, validation and psychometric properties of Bahasa Malaysia versión of the Depression Anxiety and Stress Scales (DASS). *Asian J. Psychiatry*, 82-89.
- Nahrgang, J. D., Morgeson, F. P., y Hofman, D. A. (2010). Safety at Work: A Meta-Analytic investigation of the Link Between Job Demands, Job Resources, Burnout, Engagement and Safety Outcomes. *J Appl Psychol.*, 1, 71-94.
- Netemeyer, R. G., Boles, J. S., y McMurrian, R. (1996). Development and validation of work–family conflict and family-work conflict scales. *Journal of Applied Psychology*, 81, 400–410.
- Netzer, N. C., Stoohs, R. A., Netzer, C. M., Clark, K., y Strohl, K. P. (1999). Using the Berlin Questionnaire to identify patients at risk for the sleep apnea syndrome. *Ann Intern Med*, 131, 485-491.
- Neubauer, A. C. (1992). Psychometric Comparison of Two Circadian Rhythm Questionnaires and Their Relationship with Personality. *Person Ind. Diff.*, 1, 125-131.
- Nicasio, P.M., Boylan, M.B., y McCabe, R.G. (1982). Progressive relaxation, EMG biofeedback and bio-feedback placebo in the treatment of sleep onset insomnia. *British Journal of Medical Psychology*, 55, 159-166.
- Nicholson, P. J., y D’Auria, D. A. (1999). Shift work and reproductive health. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 24, 28-34.
- Oginska, H. J., Pokorski, J., y Oginska, A. (1993). Gender, aging and shiftwork tolerance. *Ergonomics*, 36, 161-168.
- Orgambidez, A., Pérez-Moreno, P. J., y Borrego-Ales, Y. (2015). Estrés de rol y satisfacción laboral: examinando el papel mediador del engagement en el trabajo. *Journal of Work and Organizational Psychology* 31, 69–77.
- Oudejans, R. R. D., y Pijpers, J. R. (2009). Training with anxiety has a positive effect on expert perceptual-motor performance under pressure. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 62, 1631–1647.
- Oullet, M.N. (1995). Sleep satisfaction of older adults living in the community and related factors. *Case Western Reserve University*, 216.

- Parmeggiani, P. L., (1987), Interaction between sleep and thermoregulation: An aspect of the control of behavioural states, *Sleep*, 10, 426-435.
- Pátkai, P. (1971). Interindividual Differences in Diurnal Variations in Alertness, Performance and Adrenaline Excretion. *Acta Physiol Scand*, 81, 35-46.
- Peiró, J. M. (1992). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid. Eudema.
- Pilcher, J. J., Ginter, D. R., y Sadowsky, B (1997). Sleep quality versus sleep quantity: Relationships between sleep and measures of health, well-being and sleepiness in college students. *Journal Psychosom Res*, 42, 583-598.
- Pilcher, J. J., y Ott, E. S. (1998). The relationships between sleep and measures of health and well-being in college students: A repeated measures approach. *Behavioral Medicine*, 23, 170-178.
- Pilcher, J.J., Lambert, B.J., y Huffcutt, A. I. (2000). Differential effects of permanent and rotating shifts on self-report sleep length: A meta-analytic review. *Sleep*, 23, 155-163.
- Prados, G. y Miró, E. (2012). Fibromialgia y sueño: una revisión. *Revista de Neurología*, 54, 227-240.
- Qureshi, A. I., Giles, W. H., Croft, J.B., y Bliwise, D. L. (1997). Habitual sleep patterns and risk for stroke and coronary heart disease: A 10-year follow-up from NHANES I. *Neurology* 48, 904-911.
- Rajaratnam, S. M., Barger, L. K., Lockley, S. W., Shea, S. A., Wang, W., Landrigan, C. P., O'Brien, C. S., Qadri, S., Sullivan, J. P., Cade, B. E., Epstein, L. J., White, D. P., y Czeisler, C. A. 2011). Sleep disorders, health and safety in police officers. *Jama*, 306, 2567-2578.
- Randazzo, A. C., Muehlbach, M. J., Schweitzer, P. K., y Walsh, J. K. (1998). Cognitive function following acute sleep restriction in children ages 10-14. *Sleep*, 21, 861-868.
- Rechtschaffen, A., y Bergmann, B. M. (1995). Sleep deprivation in the rat by the disk-over-water method. *Behavioural Brain Research*, 69, 55-63.
- Reed, W. L. (1983). Psychological health status a consequence of health practices. *Journal of Community Health*, 8, 217-228.

- Reid, A., Maldonado, C.C., y Baker, F.C. (2002). Sleep behavior of south African adolescents. *Sleep*, 25, 423-427.
- Renden, P. G., Landman, A., Daalder, N. R., Cock, H. P., Savelsbergh, G. J. P., y Oudejans, R. R. D. (2017). Effects of threat, trait anxiety and state anxiety on police officers' actions during an arrest. *Legal and Criminological Psychology*, 22, 116–129.
- Reynolds, C.F., Monk, T. H., Hoch, C. C., Berman, S. R., y Hall, F. T. (1991). Electroencephalographic sleep in the healthy “old old”: A comparison with the “young old” in visually scored and automated measures. *Journal of Gerontology*, 46, 39-46.
- Ribet, C., y Derriennic, F. (1999). Age, working conditions, and sleep disorders: A longitudinal analysis in the French Cohort E.S. T.E.V. *Sleep*, 22, 491-504.
- Richardson, K. M., y Rothstein, H. R. (2008). Effects of occupational stress management intervention programs: A meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13(1), 69.
- Rieman, D., Spiegelhalter, K., Feige, B., Voderholzer, U., Berger, M., Perlis, M., y Niseen, C. (2010). The hyperarousal model of insomnia: A review of the concept and its evidence. *Sleep Medicine Reviews*, 14, 19-31.
- Rizzo, J. R., House, R. J., y Lirtzman, S. I. (1970). Role conflict and ambiguity in complex organizations. *Administrative Science Quarterly*, 15, 150–163.
- Roffwarg, H. P.; Muzio, J. N., y Dement, W. C. (1966). Ontogenetic development of human sleep-dream cycle, *Science*, 152, 604-619.
- Roth, T. (2007). Insomnia: definition, prevalence, etiology, and consequences. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 3(5 Suppl), S7.
- Roth, T., y Ancoli-Israel, S. (1999). Daytime consequences and correlates of insomnia in the United States: Results of the 1991 National Sleep Foundation Survey II. *Sleep*, 22, 354-358
- Roux, F., Dambrosio, C., y Mohsenin, V. (2000). Sleep related breathing disorders and cardiovascular disease. *American Journal of Medicine*, 108, 396-402.

- Rui Gomes, A., y Afonso, J. M. P. (2016). Occupational stress and coping among Portuguese Military Police Officers. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34, 47-65.
- Ruiz, C. (2007). Revisión de los diversos métodos de evaluación del trastorno de insomnio. *Anales de Psicología*, 23(1), 109-117
- Ryan, R. M., y Frederick, C. (1997). On energy, personality, and health: subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of Personality*, 65, 529–565.
- Sack, R. L., Auckley, D., Auger, R. R., Carskadon, M. A., Wright Jr, K. P., Vitiello, M. V., y Zhdanova, I. V. (2007). Circadian rhythm sleep disorders: part I, basic principles, shift work and jet lag disorders. *Sleep*, 30(11), 1460-1483.
- Sakuraya, A., Shimazu, A., Eguchi, H., Kamiyama, K., hara, Y., Namba, K., y Kawakami, N. (2017). Job crafting, work engagement, and psychological distress among Japanese employees: a cross-sectional study. *Biopsychosocial Medicine*, 11, 1-8.
- Salanova, M., Schaufeli, W. B., Llorens, S., Peiró, J. M., y Grau, R. (2000). Desde el “burnout” al “engagement”: ¿una nueva perspectiva? *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 16, 117-134.
- Sallis, J. F., Haskell, W. L., Wood, P. D., Fortmann, S. P., Rogers, T., Blair, S. N., y Paffenbarger, R. S., Jr. (1985). Physical activity assessment methodology in the Five-City Project. *American Journal of Epidemiology*, 121, 91–106.
- Sánchez, A. I., Martínez, P., Miró, E., Bardwell, W. A., y Buela-Casal, G. (2009). CPAP and behavioral therapies in patients with obstructive sleep apnea: effects on daytime sleepiness, mood, and cognitive function. *Sleep Medicine Reviews*, 13(3), 223-233.
- Sánchez, A. I., Miró, E., y Martínez, P. (2006). Síndrome de apnea obstructiva del sueño y accidentes de tráfico. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 15(2-3), 86-94.
- Sánchez, A.I., y Buela-Casal, G. (1999). Síndrome de apnea obstructiva del sueño: síntomas y consecuencias. *Archivos de Neurobiología*, 62, 289-300.

- Sánchez-Nieto, J.M. (2012). Frecuencia del burnout en policías de la Ciudad de México. *Liberabit. Revista de Psicología*, 18(1), 69-74.
- Santamaría, J. (2007). *Características normales del sueño. Aproximación al paciente con trastorno del sueño. Trastornos del sueño*. Barcelona: Ars Medica.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., Maslach, C., y Jackson, S. E. (1996). *Maslach Burnout Inventory – General Survey*. Palo Alto, C. A.: Consulting Psychologists Press.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M.P., Maslach, C., y Jackson, S. E. (1996) The Maslach Burnout Inventory-General Survey. In C. Maslach, S.E. Jackson y M.P. Leiter (Eds.), *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, C. A.: Consulting Psychologists Press.
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-Romá, V., y Bakker, A. B. (2002). The measurement of engagement and burnout: A confirmative analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71-92.
- Schaufeli, W. B., y Bakker, A. B., (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 293-315.
- Schaufeli, W.B., Bakker, A.B., y Salanova, M. (2006), “The measurement of work engagement with a short questionnaire: a cross-national study”, *Educational and Psychological Measurement*, 66, 4, 701-716.
- Schulz, P., Schlotz, W., y Becker, P. (2003). TICS. *Trierer Inventar zum chronischen Stress (TICS: Trier Inventory for the Assessment of Chronic Stress)*. Göttinge: Hogrefe,
- Scullin, M. K., y D. L. Bliwise (2015). Is cognitive aging associated with levels of rem sleep or slow wave sleep? *Sleep*, 38(3), 335-336.
- Segarra, F. (1994). Principales trastornos de sueño en la infancia y adolescencia. *Familianova Schola*, 5-24.
- Septoe, A., Croyley, M., y Joekes, K. (1999). Job strain, blood pressure and response to uncontrollable stress. *Journal of Hypertension*, 17, 193-200.

- Shapiro, C.M., y Flanigan, M. J. (1993). Function of Sleep, *British Medical Journal (ABD of Sleep disorders)*, 306, 383-385.
- Shimazu, A., Schaufeli, W., Kosugi, S., Suzuki, A., Nashiwa, H., Kato, A., et al. (2008) Work engagement in Japan: validation of the Japanese version of the Utrecht Work Engagement Scale. *Appl Psychol.*, 57, 510–523.
- Shimomitsu, T., Yokoyama, K., Ono, Y., Maruta, T., y Tanigawa, T. (1998). *Development of a novel brief job stress questionnaire*. Report of the research grant for the prevention of work-related diseases from the Ministry of Labour, Kato S, 107–115.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27–41.
- Simon, G.E., y von Korff, M. (1997). Prevalence, burden and treatment of insomnia in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1417-1423.
- Smets, E. M. A., Garssen, B., Bonke, B., y De Haes, J. C. (1995). The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI): Psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. *Journal of Psychosomatic Research*, 39(3), 315-325. [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)00125-0](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999(94)00125-0)
- Smets, E. M. A., Garssen, B., Cull, A., y De Haes, J. C. (1996). Application of the multidimensional fatigue inventory (MFI 20) in cancer patients receiving radiotherapy. *British Journal of Cancer*, 73(2), 241-245.
- Solanes, A., Macajone, M., y 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. y 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., y 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., y Martín del Río, B. (2004). Factores de riesgo psicosocial para la salud ocupacional: adaptación de un instrumento de evaluación. *Revista Psicología de la Salud*, 16(1-2), 85-110.
- Soldatos, C. R., Dikeos, D. G., y Paparrigopoulos, T. J. (2000). Athens Insomnia Scale: validation of an instrument based on IDC-10 criteria. *J Psychosom Res.*, 48, 555-560.
- Spielberger, C., Westberry, L., Grier, K., y Greefield, G. (1981). *The police stress survey: Sources of stress in law enforcement*. Tampa, Florida: Human Resources Institute.
- Stratton, J. (1978). Police stress.
- Spielgerger, C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. E. (1970). *Manual for de State/Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto. CA: Consulting Psychologists Press (version española, TEA, 1982).
- Splegel, K., Leproult, R., y Van Cauter, E. (1999). Impact of sleep debt on metabolic and endocrine function. *The Lancet*, 354, 1435-39.
- Spreng, R. N., McKinnon, M. C., Mar, R. A., y Levine, B. (2009). The Toronto Empathy Questionnaire: Scale development and initial validation of a factor-analytic solution to multiple empathy measures. *Journal of Personality Assessment*, 91, 62-71.
- Sullivan, C.E., Berthon-Jones, M., Issa, F.G., y Eves, L. (1981). Reversal of obstructive sleep apnea by continuous positive airway pressure applied through the nares. *The Lancet*, 1, 862-865.
- Tabuenca, P; Obónm, B., y Romero, M^a. F. (1999). Evolución del sueño, del niño al anciano, en J.R. Valdizán (comp.), *Sueño, Funciones y Patología* (págs. 19-28), Barcelona, César Viguera/S.C.I.S.
- Tedeschi, R. G., y Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-471.

- Toppinen-Tanner, S., Kalimo, R., y Mutanen, P. (2002). The process of burnout in white-collar and blue-collar jobs: eight year prospective study of exhaustion. *Journal of Organizational Behavior*, 23, 555–570.
- Torrente, D. (1992). Investigando a la Policía. *Revista española de investigaciones sociológicas*, 59, 289-300.
- Totterdell, P., Reynolds, S., Parkinson, B., y Briner, R. B. (1994). Associations of sleep with everyday mood, minor symptoms and social interaction experience. *Sleep*, 17, 466-475.
- Tuohy, A., Knussen, C., y Wrennall, M. J. (2005). Effects of age on symptoms of anxiety and depression in a sample of retired police officers. *Psychology and Aging*, 20, 202-210.
- Turgoose, D., Glover, N., Barker, C., y Maddox, L. (2017). *Empathy, Compassion Fatigue, and Burnout in Police Officers Working With Rape Victims*. *Traumatology*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/trm0000118>.
- Useche, S. A., Cendales, B., y Gómez, V. (2017). Measuring fatigue and its associations with job stress, health and traffic accidents in professional drivers: The case of BRT operators. *EC Neurology*, 4(4), 103-118.
- Valdizán, J.R. (1999), Nuestro Sueño, en J.R. Valdizán (comp.), *Sueño, Funciones y Patología* (págs. 1-7), Barcelona, César Viguera/S.C.I.S.
- Van der Ploeg, H. M., Defares, P. B., y Spielberger, C. D. (1980). Handleiding bij de zelfbeoordelings vragenlijst ZBV [Manual for the Dutch version of the state-trait anxiety inventory]. Lisse, the Netherlands: Swets and Zeitlinger.
- Vázquez, G., y Velázquez, J. (1997). *Estrés y sueño. Medicina del Sueño: Aspectos Básicos y Clínicos*. México: Sociedad Mexicana de Sueño. Universidad Autónoma Metropolitana. (Págs. 149-180).
- Vila, J., y Fernández, M. (1990). *Activación y conducta*. Madrid: Alambra.
- Villalba, J. A., López, J., Gavilanes, M., y Legido, J. C. (1989). Repercusión fisiológica del trabajo nocturno sobre la salud. *Salud y Trabajo*, 75, 17-20.

- Violanti, J. M., Charles, L. E., Hrtley, T. A., Mnatsakanova, A., Andreu, M. E., Fekedulegn, D., y Burchfiel, C. M. (2008). Shift-work and suicide idetiation among police officers, *American Journal of Industrial Medicine*, 51, 758-768.
- Violanti, J. M., y Aron, F. (1994). Ranking of police stressors. *Psychological Reports*, 75, 824-826.
- Wall, T. D., Jackson, P. R., y Mullarkey, S. (1995). Further evidence on some new measures of job control, cognitive demand, and production responsibility. *Journal of Organizational Behavior*, 16, 431–455.
- Walter, J. M., y Berger, R. J. (1980), Sleep as an adaptation for energy conservation functionally related to hibernation and shallow torpor, *Progress in Brain Research*, 53, 255-278.
- Wang, Z., Inslicht, S. S., Metzler, T. J., Henn-Haase, C., McCaslin, S. E., Tong, H., Neylan, T. C., y Marmar, C. R. (2010). A prospective study of predictors of depression symptoms in police. *Psychiatry Research*, 175, 211-216.
- Weathers, F., Litz, B., Herman, D., Huska, D., y Keane, T. (1993). *The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility*. Paper presented at the Annual Convention of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX.
- Webb, W. B. (1983). Theories in modern sleep research, en A. Mayes (comp.), *Sleep Mechanisms and functions in humans and animals-an evolutionary perspective*, 156-161.
- White, R. W. (1959). Motivation reconsidered: the concept of competence. *Psychological Review*, 66, 297–333.
- Wilson, R. W., y Elinson, J. (1981). National survey of personal health practices and consequences: Background, conceptual issues, and selected findings. *Public Health Reports*, 96, 218-225.
- Witteveen, A. B., Van del Ploeg, E., Bramsen, I., Huizink, A. C., Slottje, P., Smid, T., y Van der Ploeg, H. M. (2006). Dimensionality of the posttraumatic stress response among police officers and fire fighters: An evaluation of two self-report scales. *Psychiatry Research*, 141, 213-228.

- Wolf, L. A., Perhats, C., Delao, A., y Martinovich, Z. (2017). The effect of reported sleep, perceived fatigue, and sleepiness on cognitive performance in a sample of emergency nurses. *Journal of Nursing Administration*, 47(1), 41-49.
- Xie, L., Kang, H., Xu, Q., Chen, M. J., Liao, Y., Thiyagarajan, M., ... y Takano, T. (2013). Sleep drives metabolite clearance from the adult brain. *Science*, 342(6156), 373-377.
- Yagoot, F., Suhail, A. R., Najman, J. y Al Mamun, A. (2016). Exploring Gender Difference in Sleep Quality of Young Adults: Findings from a Large Population Study. *Clin. Med. Res.*, 14, 138-144.
- Zadra, A., y Dondri, D.C. (2000). Nightmares and bad dreams: their prevalence and relationship to weelbeing. *Journal of Abnormal Psychology*, 19, 273-281.
- Zapf, D., Seifert, C., Schmutte, B., Mertini, H., y Holz, M. (2001). Emotion work and job stressors and their effects on burnout. *Psychology and Health*, 16, 527-545.
- Zapf, D., Vogt, C., Seifert, C., Mertini, H., y Isic, A. (1999). Emotion work as a source of stress: The concept and development of an instrument. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 8, 371-400.
- Zeitlhofer, J., Schmeiser-Rieder, A., Tribl, G, Rosenberger, A., y Bolitschek, J. (2000). Sleep and quality of lite in the Australian population. *Acta Neurologica Scandinavica*, 102, 249-257.
- Zepelin, H. (1989). Mammalian sleep, en M.H. Kryger, T. Roth y W.C. Dement. (comps.), *Principles and Practice of Sleep Medicine* (págs. 30-49), Filadelfia: Saunders.
- Zhang, J., y Lester, D. (2008). Psychological Tensions Found in Suicide Notes: A Test for the Strain Theory of Suicide. *Archives of Suicide Research*, 12, 67-73.
- Zigmond, A. S., y Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

Zubeidat, I., y Garzón, A. (2003). Un caso de insomnio por cambio de turno de trabajo. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 381-397.





ANEXOS





Anexo I: Cuadernillo instrumentos de medida



Facultad de Ciencias Sociales y Jurídicas. Elche.

Departamento: Psicología de la Salud
Área de conocimiento: Psicología Social

PROFESORES RESPONSABLES: Ángel Solanes Puchol

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

Estimado Sr/a,

En primer lugar, queremos agradecer su participación en nuestro estudio cumplimentando este cuestionario. Este cuestionario forma parte de un trabajo de investigación dentro del Programa de Doctorado en Gestión de Recursos Humanos, Trabajo y Organizaciones de la Universidad Miguel Hernández de Elche. Se trata de analizar cómo influye el sueño y diversos factores de riesgo psicosocial en el trabajo y en las relaciones sociales. Nos gustaría resaltar que toda la información va a ser tratada de forma confidencial y que no emitiremos ningún informe de carácter individual a partir de estos datos. El alumno que le presenta el cuestionario atenderá sus dudas o preguntas acerca del mismo. No obstante, también puede ponerse en contacto con el profesor responsable del programa en la siguiente dirección:

Ángel Solanes Puchol
Prof. Psicología del Trabajo, las Organizaciones y RR. HH.
Avda. Universidad, s/n. 03202 (Elche)
Telf. 966.658.634

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	2	3	4	5

Gracias por su colaboración

Datos personales

1. Sexo: Hombre Mujer

2. Edad:

3. Estado Civil:

- Soltero/a viviendo con padres
Casado/a
- Soltero/a viviendo solo/a
- Viviendo con pareja
Viudo/a
- Divorciado/a o Separado/a

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

5. ¿Vive usted sólo con su pareja?

- Si.
 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?

- Si.
 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

- Graduado escolar Bachillerato
 Diplomado Licenciado Postgrado

10. Otros

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

11. Nacionalidad

- Español
 Otros país Indicar país: _____

Califique, de acuerdo con las siguientes alternativas, el grado de satisfacción o insatisfacción que le producen distintos aspectos de su trabajo. Marque su respuesta con una cruz (X).

	1	2	3	4	5	6	7					
	Muy Insatisfecho	Bastante Insatisfecho	Algo Insatisfecho	Indiferente	Algo Satisfecho	Bastante Satisfecho	Muy Satisfecho					
SL1	Las satisfacciones que le produce su trabajo por sí mismo					1	2	3	4	5	6	7
SL2	Las oportunidades que le ofrece su trabajo de realizar las cosas en que usted destaca					1	2	3	4	5	6	7
SL3	Las oportunidades que le ofrece su trabajo de hacer las cosas que le gustan					1	2	3	4	5	6	7
SL4	El salario que usted recibe					1	2	3	4	5	6	7
SL5	Los objetivos, metas y tasas de producción que debe alcanzar					1	2	3	4	5	6	7
SL6	La limpieza, higiene y salubridad de su lugar de trabajo					1	2	3	4	5	6	7
SL7	El entorno físico y el espacio de que dispone en su lugar de trabajo					1	2	3	4	5	6	7
SL8	La iluminación de su lugar de trabajo					1	2	3	4	5	6	7
SL9	La ventilación de su lugar de trabajo					1	2	3	4	5	6	7
SL10	La temperatura de su local de trabajo					1	2	3	4	5	6	7
SL11	Las oportunidades de formación que le ofrece la empresa					1	2	3	4	5	6	7
SL12	Las oportunidades de promoción que tiene					1	2	3	4	5	6	7
SL13	Las relaciones personales con sus superiores					1	2	3	4	5	6	7
SL14	La supervisión que ejercen sobre usted					1	2	3	4	5	6	7
SL15	La proximidad y frecuencia con que es supervisado					1	2	3	4	5	6	7
SL16	La forma en que sus supervisores juzgan su tarea					1	2	3	4	5	6	7
SL17	La "igualdad" y "justicia" de trato que recibe de su empresa					1	2	3	4	5	6	7
SL18	El apoyo que recibe de sus superiores					1	2	3	4	5	6	7
SL19	La capacidad para decidir autónomamente aspectos relativos a su trabajo					1	2	3	4	5	6	7
SL20	Su participación en las decisiones de su departamento o sección					1	2	3	4	5	6	7
SL21	Su participación en las decisiones de su grupo de trabajo relativas a la empresa					1	2	3	4	5	6	7
SL22	El grado en que su empresa cumple el convenio, las disposiciones y leyes laborales					1	2	3	4	5	6	7
SL23	La forma en que se da la negociación en su empresa sobre aspectos laborales					1	2	3	4	5	6	7

Por favor, indique con una cruz (X) con qué frecuencia experimenta en su trabajo cada una de las experiencias que describimos a continuación. Utilice para ello la escala que acompaña a cada afirmación.

	0	1	2	3	4	5	6
	Nunca / Ninguna vez	Casi nunca / Pocas veces al año	Algunas veces / Una vez al mes o menos	Regularmente / Pocas veces al mes	Bastantes veces / Una vez por semana	Casi siempre / Pocas veces por semana	Siempre / Todos los días
BR1.						0 1 2 3 4 5 6	
BR2.						0 1 2 3 4 5 6	
BR3.						0 1 2 3 4 5 6	
BR4.						0 1 2 3 4 5 6	
BR5.						0 1 2 3 4 5 6	
BR6.						0 1 2 3 4 5 6	
BR7.						0 1 2 3 4 5 6	
BR8.						0 1 2 3 4 5 6	
BR9.						0 1 2 3 4 5 6	
BR10.						0 1 2 3 4 5 6	
BR11.						0 1 2 3 4 5 6	
BR12.						0 1 2 3 4 5 6	
BR13.						0 1 2 3 4 5 6	
BR14.						0 1 2 3 4 5 6	
BR15.						0 1 2 3 4 5 6	
BR16.						0 1 2 3 4 5 6	
BR17.						0 1 2 3 4 5 6	
BR18.						0 1 2 3 4 5 6	
BR19.						0 1 2 3 4 5 6	
BR20.						0 1 2 3 4 5 6	
BR21.						0 1 2 3 4 5 6	
EN1.						0 1 2 3 4 5 6	
EN2.						0 1 2 3 4 5 6	
EN3.						0 1 2 3 4 5 6	
EN4.						0 1 2 3 4 5 6	
EN5.						0 1 2 3 4 5 6	
EN6.						0 1 2 3 4 5 6	
EN7.						0 1 2 3 4 5 6	
EN8.						0 1 2 3 4 5 6	
EN9.						0 1 2 3 4 5 6	
EN10.						0 1 2 3 4 5 6	
EN11.						0 1 2 3 4 5 6	
EN12.						0 1 2 3 4 5 6	
EN13.						0 1 2 3 4 5 6	
EN14.						0 1 2 3 4 5 6	

EN15.	Me es difícil “desconectarme” de mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
EN16.	Estoy inmerso en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
EN17.	Soy feliz cuando estoy absorto en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6

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

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

Para cada tipo de tarea desempeñada, marque su respuesta con una cruz (X), utilizando la escala que acompaña a cada afirmación.

1	2	3	4
Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo

K1.	Tengo libertad para decidir lo que hago en mi trabajo	1	2	3	4
K2.	Tengo buenas relaciones con mi jefe/supervisor(es)	1	2	3	4
K3.	Mi trabajo requiere que sea creativo	1	2	3	4
K4.	El ritmo de mi trabajo es muy intenso	1	2	3	4
K5.	Me llevo bien con mis compañeros de trabajo	1	2	3	4
K6.	Soy responsable para decidir cuánto trabajo hago en mi empleo	1	2	3	4
K7.	Mi trabajo requiere que haga las mismas cosas una y otra vez	1	2	3	4
K8.	Mi trabajo es frenético	1	2	3	4
K9.	Hay un buen ambiente en mi lugar de trabajo	1	2	3	4
K10.	Mi trabajo conlleva aprender nuevas cosas	1	2	3	4
K11.	Mi trabajo es exigente psicológicamente	1	2	3	4
K12.	Hay una buena cohesión en mi lugar de trabajo	1	2	3	4
K13.	Mi trabajo requiere un alto nivel de destrezas	1	2	3	4
K14.	En el trabajo hay a menudo conflictos y discusiones	1	2	3	4
K15.	Tengo control sobre cómo hago mi trabajo	1	2	3	4

CUESTIONARIO DE HISTORIA DEL SUEÑO

HS 1.- Normalmente me acuesto a las _____

HS 2.- Normalmente me levanto a las _____

HS 3.- ¿Cuántas horas calcula que duerme habitualmente cada noche? _____

HS 4.- Calificaría mi sueño como (Rodee una opción):

1. Excelente 2. Satisfactorio 3. Normal 4. Pobre 5. Muy Pobre

HS 5.- Normalmente tarda _____ minutos en quedarme dormido por la noche

HS 6.- Normalmente se despierta _____ veces durante la noche. A las _____, _____, _____, _____, _____ horas.

HS 7.- Si me despierto normalmente tardo _____ minutos en volver a dormirme

HS 8.- Normalmente me echo una siesta de _____ minutos al día

HS 9.- ¿Padece alguna enfermedad física? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, escriba el nombre _____

HS 10.- ¿Toma algún tipo de medicación? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, escriba el nombre _____

HS 11.- ¿Tiene ahora o ha tenido en el pasado algún problema psicológico?

Sí _____ No _____

En caso afirmativo, escriba el nombre _____

HS 12.- ¿Padece algún problema de sueño, como por ejemplo, insomnio, ronquidos (apnea), pesadillas, etc.? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, escriba el nombre _____

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK - BDI

Instrucciones

Se le pide al sujeto que en cada uno de los 21 apartados marque con una cruz a la izquierda la frase que mejor refleje su situación durante la última semana, incluyendo el día de hoy.

Lista de **items**

- BDI1. 0 No me siento triste
1 Me siento triste
2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo
3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo
- BDI2. 0 No me siento especialmente desanimado respecto al futuro
1 Me siento desanimado respecto al futuro
2 Siento que no tengo que esperar nada
3 Siento que el futuro es desesperanzador y que las cosas no van a mejorar
- BDI3. 0 No me siento fracasado
1 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas
2 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso
3 Me siento una persona totalmente fracasada
- BDI4. 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes
1 No disfruto de las cosas tanto como antes
2 Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas
3 Estoy insatisfecho o aburrido de todo
- BDI5. 0 No me siento especialmente culpable
1 Me siento culpable en bastantes ocasiones
2 Me siento culpable en la mayoría de las situaciones
3 Me siento culpable constantemente
- BDI6. 0 Creo que no estoy siendo castigado
1 Siento que puedo ser castigado
2 Espero ser castigado
3 Siento que estoy siendo castigado
- BDI7. 0 No me siento descontento conmigo mismo
1 Estoy descontento conmigo mismo
2 Me avergüenzo de mí mismo
3 Me odio
- BDI8. 0 No me considero peor que cualquier otro
1 Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores
2 Continualmente me culpo por mis faltas
3 Me culpo por todo lo malo que sucede
- BDI9. 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio
1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo haría
2 Desearía suicidarme
3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad
- BDI10. 0 No lloro más de lo que solía
1 Ahora lloro más que antes
2 Lloro continuamente
3 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera

- BDI11 0 No estoy más irritado de lo normal en mí
1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes
2 Me siento irritado continuamente
3 No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme
- BDI12 0 No he perdido el interés por los demás
1 Estoy menos interesado en los demás que antes
2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás
3 He perdido todo el interés por los demás
- BDI13 0 Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho
1 Evito tomar decisiones más que antes
2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes
3 Ya me es imposible tomar decisiones
- BDI14 0 No creo tener peor aspecto que antes
1 Estoy preocupado porque parezco mayor o poco atractivo
2 Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
3 Creo que tengo un aspecto horrible
- BDI15. 0 Trabajo igual que antes
1 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo
2 Tengo que obligarme mucho para hacer algo
3 No puedo hacer nada en absoluto
- BDI16. 0 Duermo tan bien como siempre
1 No duermo tan bien como antes
2 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir
3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir
- BDI17. 0 No me siento más cansado de lo normal
1 Me canso más fácilmente que antes
2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa
3 Estoy demasiado cansado para hacer nada
- BDI18. 0 Mi apetito no ha disminuido
1 No tengo tan buen apetito como antes
2 Ahora tengo mucho menos apetito
3 He perdido completamente el apetito
- BDI19 0 Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada
1 He perdido más de 2 kilos y medio
2 He perdido más de 4 kilos
3 He perdido más de 7 kilos
Estoy a dieta para adelgazar: Sí NO
- BDI20 0 No estoy preocupado por mi salud más de lo normal
1 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento
2 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más
3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa
- BDI21 0 No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
1 Estoy menos interesado por el sexo que antes
2 Ahora estoy mucho menos interesado por el sexo
3 He perdido totalmente mi interés por el sexo.

CUESTIONARIO DE 90 SÍNTOMAS (SCL-90-R)

(Derogais et al., 1994; TEA Ediciones, 2002)

Lea atentamente la lista que presentamos en las páginas siguientes (a continuación). Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre alguna vez. Piense si a usted le ha pasado en las últimas semanas, incluyendo el día de hoy.

Rodee con un círculo el cero 0 si no ha tenido esa molestia en absoluto; el uno 1 si la ha tenido un poco presente; el dos 2 si la ha tenido moderadamente; el tres 3 si la ha tenido bastante y el cuatro 4 si la ha tenido mucho o extremadamente

0	1	2	3	4
En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho o Extremadamente
SCL1. Dolores de cabeza				0 1 2 3 4
SCL2. Nerviosismo o agitación interior				0 1 2 3 4
SCL3. Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se van de su mente				0 1 2 3 4
SCL4. Sensaciones de desmayo o mareo				0 1 2 3 4
SCL5. Pérdida de deseo o de placer sexual				0 1 2 3 4
SCL6. Ver a la gente de manera negativa, encontrar siempre faltas				0 1 2 3 4
SCL7. La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos				0 1 2 3 4
SCL8. La impresión de que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás				0 1 2 3 4
SCL9. La dificultad para recordar las cosas				0 1 2 3 4
SCL10. Preocupación acerca del desaseo, el descuido o la desorganización				0 1 2 3 4
SCL11. Sentirse fácilmente molesto, irritado o enfadado				0 1 2 3 4
SCL12. Dolores en el corazón o en el pecho				0 1 2 3 4
SCL13. Sentir miedo de los espacios abiertos o en la calle				0 1 2 3 4
SCL14. Sentirse bajo de energías o decaído				0 1 2 3 4
SCL15. Pensamientos suicidas, o ideas de acabar con su vida				0 1 2 3 4
SCL16. Oír voces que otras personas no oyen				0 1 2 3 4
SCL17. Temblores				0 1 2 3 4
SCL18. La idea de que uno no se puede fiar de la gente				0 1 2 3 4
SCL19. Falta de apetito				0 1 2 3 4
SCL20. Llorar fácilmente				0 1 2 3 4
SCL21. Timidez o incomodidad ante el sexo opuesto				0 1 2 3 4
SCL22. La sensación de estar atrapado o como encerrado				0 1 2 3 4
SCL23. Tener miedo de repente y sin razón				0 1 2 3 4
SCL24. Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar				0 1 2 3 4
SCL25. Dolores en la parte baja de la espalda				0 1 2 3 4

SCL26. Culparse a sí mismo de todo lo que pasa	0 1 2 3 4
SCL27. Dolores en la parte baja de la espalda	0 1 2 3 4
SCL28. Sentirse incapaz de hacer las cosas o terminar las tareas	0 1 2 3 4
SCL29. Sentirse solo	0 1 2 3 4
SCL30. Sentirse triste	0 1 2 3 4
SCL31. Preocuparse demasiado por todo	0 1 2 3 4
SCL32. No sentir interés por nada	0 1 2 3 4
SCL33. Sentirse temeroso	0 1 2 3 4
SCL34. Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad	0 1 2 3 4
SCL35. La impresión de que los demás se dan cuenta de lo que está pensando	0 1 2 3 4
SCL36. La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso	0 1 2 3 4
SCL37. La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta	0 1 2 3 4
SCL38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien	0 1 2 3 4
SCL39. Que su corazón palpite o vaya muy deprisa	0 1 2 3 4
SCL40. Náuseas o malestar en el estómago	0 1 2 3 4
SCL41. Sentirse inferior a los demás	0 1 2 3 4
SCL42. Dolores musculares	0 1 2 3 4
SCL43. Sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted	0 1 2 3 4
SCL44. Dificultad para conciliar el sueño	0 1 2 3 4
SCL45. Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace	0 1 2 3 4
SCL46. Dificultad en tomar decisiones	0 1 2 3 4
SCL47. Sentir temor de viajar en coche	0 1 2 3 4
SCL48. Ahogos o dificultad para respirar	0 1 2 3 4
SCL49. Escalofríos, sentir calor o frío de repente	0 1 2 3 4
SCL50. Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le dan miedo	0 1 2 3 4
SCL51. Que se le quede la mente en blanco	0 1 2 3 4
SCL52. Entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo	0 1 2 3 4
SCL53. Sentir un nudo en la garganta	0 1 2 3 4
SCL54. Sentirse desesperanzado con respecto al futuro	0 1 2 3 4
SCL55. Tener dificultades para concentrarse	0 1 2 3 4
SCL56. Sentirse débil en alguna parte del cuerpo	0 1 2 3 4
SCL57. Sentirse tenso o con los nervios de punta	0 1 2 3 4
SCL58. Pesadez en los brazos o en las piernas	0 1 2 3 4
SCL59. Ideas sobre la muerte o el hecho de morir	0 1 2 3 4
SCL60. El comer demasiado	0 1 2 3 4

SCL61. Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted	0 1 2 3 4
SCL62. Tener pensamientos que no son suyos	0 1 2 3 4
SCL63. Sentir el impulso de pegar, golpear o hacer daño a alguien	0 1 2 3 4
SCL64. Despertarse de madrugada	0 1 2 3 4
SCL65. Impulsos a tener que hacer las cosas de manera repetida (tocar algo, Lavarse...)	0 1 2 3 4
SCL66. Sueño inquieto o perturbado	0 1 2 3 4
SCL67. Tener ganas de romper o estrellar algo	0 1 2 3 4
SCL68. Tener ideas o creencias que los demás no comparten	0 1 2 3 4
SCL69. Sentirse muy cohibido o vergonzoso entre otras personas	0 1 2 3 4
SCL70. Sentirse incómodo entre mucha gente, por ejemplo en el cine, tiendas, etc.	0 1 2 3 4
SCL71. Sentir que todo requiere un gran esfuerzo	0 1 2 3 4
SCL72. Ataques de terror o pánico	0 1 2 3 4
SCL73. Sentirse incómodo comiendo o bebiendo en público	0 1 2 3 4
SCL74. Tener discusiones frecuentes	0 1 2 3 4
SCL75. Sentirse nervioso cuando se queda solo	0 1 2 3 4
SCL76. El que otros no le reconozcan adecuadamente sus méritos	0 1 2 3 4
SCL77. Sentirse solo aunque esté con gente	0 1 2 3 4
SCL78. Sentirse tan inquieto que no puede ni estar sentado tranquilo	0 1 2 3 4
SCL79. La sensación de ser inútil o no valer nada	0 1 2 3 4
SCL80. Presentimientos de que va a pasar algo malo	0 1 2 3 4
SCL81. Gritar o tirar cosas	0 1 2 3 4
SCL82. Tener miedo de desmayarse en público	0 1 2 3 4
SCL83. La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si lo permitiera	0 1 2 3 4
SCL84. Tener pensamientos sobre el sexo que le inquietan bastante	0 1 2 3 4
SCL85. La idea de que debería ser castigado por sus pecados o sus errores	0 1 2 3 4
SCL86. Pensamientos o imágenes estremecedoras o que le dan miedo	0 1 2 3 4
SCL87. La idea de que algo serio anda mal en su cuerpo	0 1 2 3 4
SCL88. Sentirse siempre distante, sin sensación de intimidad con nadie	0 1 2 3 4
SCL89. Sentimientos de culpabilidad	0 1 2 3 4
SCL90. La idea de que algo anda mal en su mente	0 1 2 3 4

ÍNDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURG (PSQI)

(Buysse et al., 1989; Royuela y Macías, 1997)

Las siguientes preguntas hacen referencia a cómo ha dormido **normalmente durante el último mes**. Intente ajustarse en sus respuestas de la manera más exacta posible a lo ocurrido durante la **mayor parte** de los días y noches del **último mes**.

PIT1.-Durante el ultimo mes, ¿cuál ha sido normalmente su hora de acostarse? _____ :

APUNTE SU HORA HABITUAL DE ACOSTARSE: _____

PIT2.- ¿Cuánto tiempo habrá tardado en dormirse, normalmente las noches del último mes?

APUNTE EL TIEMPO EN MINUTOS: _____

PIT3.- Durante, el último mes ¿a que hora se ha levantado **habitualmente** por la mañana?

APUNTE SU HORA HABITUAL DE LEVANTARSE: _____

PIT4.- ¿Cuántas horas .calcula que, habrá dormido verdaderamente cada noche durante el? último mes? (el tiempo puede ser diferente al que permanezca en la cama).

APUNTE LAS HORAS QUE CREE HABER DORMIDO: _____

Para cada una de las siguientes preguntas, elija la respuesta que más se ajuste a su caso. Por favor, conteste a todas las preguntas.

PIT5.- Durante el **último** mes, cuántas veces ha tenido problemas para dormir a causa de:

a) No poder conciliar el sueño en la primera media hora:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

b) Despertarse durante la noche o de la madrugada:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

c) Tener que levantarse para ir al servicio:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

d) No poder respirar bien:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

- e) Toser o roncar ruidosamente:
- Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana
- f) Sentir frío:
- Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana
- g) Sentir demasiado calor:
- Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana
- h) Tener pesadillas o malos sueños:
- Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana
- i) Sufrir dolores:
- Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana.

j) Otras razones (por favor descríbalas a continuación)

PIT6. Durante el último mes, ¿cómo valoraría, en conjunto, la calidad de su sueño?

- Bastante buena.
- Buena.
- Mala.
- Bastante mala.

PIT7. Durante el último mes ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana.
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana.

PIT8.- Durante el último mes ¿cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?

- Ninguna vez en el último mes.
- Menos de una vez a la semana.
- Una o dos veces a la semana.
- Tres o más veces a la semana.

PIT9. Durante el último mes ¿ha representado para usted mucho problema el tener ánimos para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?

- Ninguna vez en el último mes.
- Menos de una vez a la semana.
- Una o dos veces a la semana.
- Tres o más veces a la semana.

ESCALA DE SOMNOLENCIA DE STANFORD (ESS)

(Hoddes et al., 1972; Buéla-Casal y Sierra, 1994)

Lea con detenimiento la siguiente escala y escriba el número correspondiente al estado con el que usted se identifica habitualmente a la hora de levantarse, antes de almorzar y antes de acostarse.

ESS1. Me siento activo, vital, alerta, completamente despierto.

ESS2. Funcionamiento alto pero no máximo, capacidad de concentrarme.

ESS3. Relajado, despierto, no completamente alerta, reactivo.

ESS4. Un poco apagado, no al máximo, disminuido.

ESS5. Apagado, comienza la pérdida de interés por estar despierto.

ESS6. Somnoliento, prefiero estar acostado, luchando con el sueño, confuso, aturdido.

ESS7. Casi en sueño, comienzo inmediato del sueño, incapacidad para permanecer despierto.

Estado a la hora de levantarse: _____

Estado antes de almorzar: _____

Estado antes de acostarse: _____



INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK - BAI

Instrucciones

El sujeto debe indicar, para cada uno de los siguientes síntomas de ansiedad, el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la última semana y en el momento actual. Para ello debe elegir de entre las siguientes respuestas la que mejor se corresponda con la intensidad de cada uno de sus síntomas: (0) En absoluto. (1) Levemente, no me molesta mucho. (2) Moderadamente, fue desagradable pero podía soportarlo. (3) Severamente, casi no podía soportarlo.

Lista de ítems

- IA1. Hormigueo o entumecimiento
- IA2. Sensación de calor
- IA3. Temblor de piernas
- IA4. Incapacidad de relajarse
- IA5. Miedo a que suceda lo peor
- IA6. Mareo o aturdimiento
- IA7. Palpitaciones o taquicardia
- IA8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física
- IA9. Terrores
- IA10. Nerviosismo
- IA11. Sensación de ahogo
- IA12. Temblores de manos
- IA13. Temblor generalizado o estremecimiento
- IA14. Miedo a perder el control
- IA15. Dificultad para respirar
- IA16. Miedo a morir
- IA17. Sobresaltos
- IA18. Molestias digestivas o abdominales
- IA19. Palidez
- IA20. Rubor facial
- IA21. Sudoración (no debida al calor).

Gracias por su colaboración

Anexo II: Ejemplos de cuadrantes mensuales de la Policía Local de Elda.





1:	MANANA	TRAFICO																																																																													
2:	TARDE	10 TRAFICO A/T												12 TRAFICO M/TN																																																																	
3:	NOCHE	6 OFICIALES						V						6119						6156						6099						6158						6157						6129						6155						6152						6162						6086						6095					
FECHA	DIA	6085	6083	6069	6148	6014	6080	6166	6180	6182	6183	6168	6171	6185	6186	6119	6156	6098	6099	6158	6157	6129	6155	6152	6162	6086	6095																																																				
01/01/2017	Domingo	1	DE	2	DE	3	DE	DE	DE	2	2	DE	DE	1	1	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2																																																				
02/01/2017	lunes	1	DE	2	DE	3	DE	DE	DE	2	2	DE	DE	1	1	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2																																																				
03/01/2017	Martes	1	DE	2	DE	3	DE	DE	DE	2	2	DE	DE	1	1	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2																																																				
04/01/2017	Miércoles	1	2	2	3	DE	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	DE	DE	2	2	1	1	3	3	2	2																																																				
05/01/2017	Jueves	DE	2	DE	3	DE	1	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE																																																				
06/01/2017	Viernes	DE	2	DE	3	DE	1	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE																																																				
07/01/2017	Sábado	DE	2	DE	3	DE	1	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE																																																				
08/01/2017	Domingo	DE	2	DE	3	DE	1	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE																																																				
09/01/2017	Lunes	DE	2	DE	3	DE	1	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE																																																				
10/01/2017	Martes	DE	2	DE	3	DE	1	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE																																																				
11/01/2017	Miércoles	2	2	3	DE	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3																																																				
12/01/2017	Jueves	2	DE	3	DE	1	DE	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3																																																				
13/01/2017	Viernes	2	DE	3	DE	1	DE	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3																																																				
14/01/2017	Sábado	2	DE	3	DE	1	DE	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3																																																				
15/01/2017	Domingo	2	DE	3	DE	1	DE	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3																																																				
16/01/2017	Lunes	2	DE	3	DE	1	DE	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3																																																				
17/01/2017	Martes	2	DE	3	DE	1	DE	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3																																																				
18/01/2017	Miércoles	2	2	DE	3	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3																																																				
19/01/2017	Jueves	DE	2	DE	3	DE	1	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE																																																				
20/01/2017	Viernes	DE	2	DE	3	DE	1	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE																																																				
21/01/2017	Sábado	DE	2	DE	3	DE	1	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE																																																				
22/01/2017	Domingo	DE	2	DE	3	DE	1	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE																																																				
23/01/2017	Lunes	DE	2	DE	3	DE	1	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE																																																				
24/01/2017	Martes	DE	2	DE	3	DE	1	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE																																																				
25/01/2017	Miércoles	2	2	3	DE	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3																																																				
26/01/2017	Jueves	2	DE	3	DE	1	DE	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3																																																				
27/01/2017	Viernes	2	DE	3	DE	1	DE	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3																																																				
28/01/2017	Sábado	2	DE	3	DE	1	DE	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3																																																				
29/01/2017	Domingo	2	DE	3	DE	1	DE	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3																																																				
30/01/2017	Lunes	2	DE	3	DE	1	DE	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3																																																				
31/01/2017	Martes	2	DE	3	DE	1	DE	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3																																																				

1:	MANANA																																	
2:	TARDE																																	
3:	NOCHE																																	
FECHA	DIA	11.BARRIOS/M.T.N												2.BARI			11.CECOCOMI						6.ATENCIÓN CIUDADANO											
		6159	6160	6132	6161	6175	6176	6177	6178	6179	6180	6173	6172	6174	6188	6062	6163	6137	6091	6015	6079	6125	6130	6033	6075	6118	6164	6044	6051	6074	6067	6050	6057	
01/01/2017	Domingo	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	3	3	DE	DE	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	3	DE	1	DE	2	
02/01/2017	Jueves	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	3	3	2	2	1	1	DE	DE	2	2	1	1	3	3	2	2	1	DE	2	1	3	2	
03/01/2017	Martes	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	3	3	2	2	1	1	DE	DE	2	2	1	1	3	3	DE	DE	1	DE	2	DE	3	DE	
04/01/2017	Miércoles	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	3	3	2	2	1	1	DE	DE	2	2	1	1	3	3	DE	DE	1	DE	2	DE	3	DE	
05/01/2017	Jueves	1	1	DE	DE	2	2	1	1	3	3	DE	DE	2	2	1	1	DE	DE	2	2	1	1	3	3	DE	DE	1	DE	2	DE	3	DE	
06/01/2017	Viernes	Fe																																
07/01/2017	Sábado	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	2	2	1	1	DE	DE	2	2	1	1	3	3	DE	DE	1	DE	2	DE	3	DE	
08/01/2017	Domingo	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	2	2	1	1	DE	DE	2	2	1	1	3	3	DE	DE	1	DE	2	DE	3	DE	
09/01/2017	Lunes	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	2	2	1	1	DE	DE	2	2	1	1	3	3	DE	DE	1	DE	2	DE	3	DE	
10/01/2017	Martes	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	2	2	1	1	DE	DE	2	2	1	1	3	3	DE	DE	1	DE	2	DE	3	DE	
11/01/2017	Miércoles	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	2	2	1	1	DE	DE	2	2	1	1	3	3	DE	DE	1	DE	2	DE	3	DE	
12/01/2017	Jueves	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3	DE	DE	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	2	2	3	3	DE	DE	1	DE	2	DE	3
13/01/2017	Viernes	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	2	2	3	3	DE	DE	1	DE	2	DE	3
14/01/2017	Sábado	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	2	2	3	3	DE	DE	1	DE	2	DE	3
15/01/2017	Domingo	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	2	2	3	3	DE	DE	1	DE	2	DE	3
16/01/2017	Lunes	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	2	2	1	1	DE	DE	2	2	1	1	3	3	DE	DE	1	DE	2	2	3	3	
17/01/2017	Martes	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	2	2	1	1	DE	DE	2	2	1	1	3	3	DE	DE	1	DE	2	DE	3	DE	
18/01/2017	Miércoles	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	2	2	1	1	DE	DE	2	2	1	1	3	3	DE	DE	1	DE	2	DE	3	DE	
19/01/2017	Jueves	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	DE	DE	2	2	1	1	DE	DE	2	2	1	1	3	3	DE	DE	1	DE	2	DE	3	DE	
20/01/2017	Viernes	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	2	2	1	1	DE	DE	2	2	1	1	3	3	DE	DE	1	DE	2	DE	3	DE	
21/01/2017	Sábado	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	2	2	1	1	DE	DE	2	2	1	1	3	3	DE	DE	1	DE	2	DE	3	DE	
22/01/2017	Domingo	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	2	2	1	1	DE	DE	2	2	1	1	3	3	DE	DE	1	DE	2	DE	3	DE	
23/01/2017	Lunes	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	2	2	1	1	DE	DE	2	2	1	1	3	3	DE	DE	1	DE	2	DE	3	DE	
24/01/2017	Martes	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	2	2	1	1	DE	DE	2	2	1	1	3	3	DE	DE	1	DE	2	DE	3	DE	
25/01/2017	Miércoles	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	2	2	1	1	DE	DE	2	2	1	1	3	3	DE	DE	1	DE	2	DE	3	DE	
26/01/2017	Jueves	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3	DE	DE	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	2	2	3	3	DE	DE	1	DE	2	DE	3
27/01/2017	Viernes	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	2	2	3	3	DE	DE	1	DE	2	DE	3
28/01/2017	Sábado	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	2	2	3	3	DE	DE	1	DE	2	DE	3
29/01/2017	Domingo	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	2	2	3	3	DE	DE	1	DE	2	DE	3
30/01/2017	Lunes	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	2	2	1	1	DE	DE	2	2	1	1	3	3	DE	DE	1	DE	2	DE	3	DE	
31/01/2017	Martes	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	2	2	1	1	DE	DE	2	2	1	1	3	3	DE	DE	1	DE	2	DE	3	DE	

1:	MAÑANA	2:	TARDE	3:	NOCHE	SEGURIDAD CIUDADANA																																	
						12. ATESTADOS										11. YANKI1.MTN										11. YANKI2.MTN													
FECHA	DIA	6110	6138	6084	6081	6111	6127	6149	6167	6169	6153	6150	6143	6139	6072	6131	6121	6068	6126	6089	6107	6140	6128	6093	6052	6078	6136	6097	6133	6109	6117	6094	6112	6142	6154	6106	6108		
01/01/2017	Domingo	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2		
02/01/2017	Jués	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2		
03/01/2017	Martes	1	1	DE	DE	2	2	1	1	3	3	2	2	1	1	DE	DE	2	2	1	1	3	3	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2		
04/01/2017	Miércoles	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2
05/01/2017	Jueves	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2
06/01/2017	Viernes	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	3	3	2	2
07/01/2017	Sábado	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	3	3	2	2
08/01/2017	Domingo	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	3	3	2	2
09/01/2017	Lunes	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	3	3	2	2
10/01/2017	Martes	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	3	3	2	2
11/01/2017	Miércoles	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	2	2
12/01/2017	Jueves	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	2	2
13/01/2017	Viernes	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	2	2
14/01/2017	Sábado	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	2	2
15/01/2017	Domingo	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	2	2
16/01/2017	Lunes	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	2	2
17/01/2017	Martes	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	2	2
18/01/2017	Miércoles	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	2	2	2	2
19/01/2017	Jueves	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	2	2	2	2
20/01/2017	Viernes	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	2	2	2	2
21/01/2017	Sábado	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	2	2	2	2
22/01/2017	Domingo	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	2	2	2	2
23/01/2017	Lunes	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	2	2	2	2
24/01/2017	Martes	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	2	2
25/01/2017	Miércoles	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	2	2
26/01/2017	Jueves	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	2	2
27/01/2017	Viernes	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	2	2
28/01/2017	Sábado	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	2	2
29/01/2017	Domingo	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	2	2
30/01/2017	Lunes	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	DE	DE	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3	2	2
31/01/2017	Martes	2	2	1	1	3	3	2	2	1	1	3	3	2	2	1	1	3	3	2	2	1	1	3	3	2	2	1	1	DE	DE	2	2	DE	DE	3	3		



Anexo III. Fotos de la Policía de Elda





Foto 1. Edificio Policía Local de Elda



Foto 2. Sala briefing Policía Local de Elda



Foto 3. Atención al público. Policía Local de Elda



Foto 4. Coche patrulla Policía Local de Elda. Turno de mañana



Foto 5. Parking coches patrulla Policía Local de Elda



Foto 6. Parking motocicletas Policía Local de Elda



Foto 7. Edificio Policía Local de Elche



Foto 8. Motoristas Policía Local de Elche. Turno de noche



Foto 9. Parking Policía Local de Elche



Foto 10. IVASPE





GLOSARIO DE TÉRMINOS





GLOSARIO DE TÉRMINOS

Alucinaciones Hipnagógicas

En el estado hipnagógico es aquel que se da entre la vigilia y el sueño, en el que es común pensar que se está despierto, hasta tal punto que se tiene seguridad de tener los ojos abiertos, de ver y oír cosas alrededor, pero no se puede uno mover.

Alucinaciones Hipnopómpicas

Se denominan alucinaciones hipnopómpicas a aquellas que se producen en un estado intermedio entre el sueño y la vigilia, es decir, ocurren cuando nos estamos despertando. Son percepciones visuales (imágenes intensas, auditivas o táctiles) que aparecen cuando se está despertando del sueño, cuyo vínculo con la realidad objetiva no está clara, pero son experimentadas como tales, de manera que el sujeto no las distingue de una experiencia normal vivida completamente despierto. También suelen ocurrir durante el fenómeno de parálisis del sueño.

Burnout

El Síndrome Burnout (estar quemado, fundido) es un tipo de estrés laboral que supone un estado de agotamiento físico, emocional o mental, que viene provocado por el trabajo. El síndrome de burnout también es llamado síndrome de desgaste profesional, síndrome del trabajador desgastado, síndrome del trabajador consumido o síndrome de quemarse por el trabajo.

Cronobiología

La cronobiología es una disciplina de la fisiología que estudia los ritmos biológicos, incidiendo tanto en su origen como en sus características y sus implicaciones. Posee especial interés en endocrinología, neurociencia y ciencia del sueño.

Disforia

La disforia se caracteriza generalmente como una emoción desagradable o molesta, como la tristeza (estado de ánimo depresivo), ansiedad, irritabilidad o inquietud. Es el opuesto etimológico de la euforia.

Disomnia

La disomnia consiste en alteración de la cantidad, calidad y/o del horario de sueño, dándose en los sujetos que las padecen insomnio o somnolencia en un grado alto.

Electromiograma

El electromiograma es una prueba que se usa para estudiar el funcionamiento del sistema nervioso periférico y los músculos que inerva. Gracias a él se pueden diagnosticar con precisión enfermedades neuromusculares congénitas o adquiridas, y permite clasificarlas según su intensidad y origen. La prueba consiste esencialmente en registrar mediante electrodos especiales las corrientes eléctricas que se forman en los nervios y músculos al producirse contracciones.

Electrooculograma

El electrooculograma es una prueba con la que se consigue un registro eléctrico de la actividad muscular de los ojos. Se ponen pequeños electrodos cerca de los músculos de los ojos para medir su movimiento. El EOG se usa para estudiar las alteraciones del sueño. Ayuda a identificar la fase de sueño REM.

Engagement

Se trata del compromiso o implicación, utilizado en el ámbito de las relaciones laborales y la cultura organizacional, que se identifica con el esfuerzo voluntario por parte de los trabajadores de una empresa o miembros de una organización.

Etología

Parte de la biología que estudia el comportamiento de los animales.

Filogenia

Parte de la biología que se ocupa de las relaciones de parentesco entre los distintos seres vivos.

Midriasis

Dilatación de la pupila del ojo.

Motilidad

Capacidad para realizar movimientos complejos y coordinados.

Ontogenia

La ontogenia describe el desarrollo de un organismo, desde la fecundación de un cigoto durante reproducción sexual hasta su senescencia, pasando por la forma adulta.

Parasomnia

Las parasomnias son trastornos que se caracterizan por comportamientos o fenómenos fisiológicos anormales que tienen lugar coincidiendo con el sueño, con algunas de sus fases específicas o con las transiciones sueño-vigilia.

Piloerección

Es un término con el que se denomina a la contracción involuntaria de los músculos erectores de los folículos pilosos y que provoca que el pelo se levante sobre la piel, acción que suele conocerse popularmente como “piel de gallina”.

Polisomnografía

Consiste en el registro de la actividad cerebral, de la respiración, del ritmo cardiaco, de la actividad muscular y de los niveles de oxígeno en la sangre mientras se duerme. Es una prueba indicada para el estudio de distintos trastornos de sueño y se realiza durante la noche.

Quiescencia

Cualidad de quiescente, es decir, que está quieto pudiendo tener movimiento propio.

Responsividad

Capacidad de respuesta.

Ritmo circadiano

Los ritmos circadianos son cambios físicos, mentales y conductuales que siguen un ciclo aproximado de 24 horas y que responden, principalmente, a la luz y la oscuridad en el ambiente de un organismo. Se encuentran en la mayoría de los seres vivos, incluidos los animales y las plantas.

Zeitgeber

Término alemán que podría traducirse como sincronizador y podría desglosarse en las palabras zeit (tiempo) y geber (dador). El concepto hace referencia a cualquier clave exógena que es capaz de sincronizar un ritmo endógeno.