



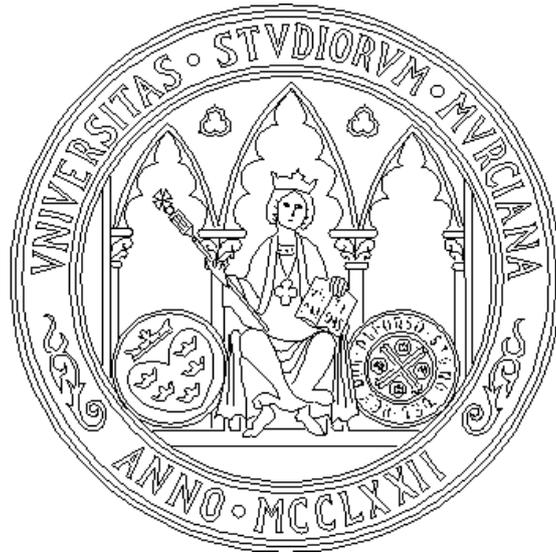
UNIVERSIDAD DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

**Factores de Riesgos Psicosociales y
Satisfacción Laboral en Personal Sanitario
de las Unidades de Cuidados Intensivos
de Servicio Murciano de Salud**

D. Jesús David Abenza Hurtado

2020



UNIVERSIDAD DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

Factores de Riesgos Psicosociales y Satisfacción
Laboral en personal sanitario de las Unidades de
Cuidados Intensivos del Servicio Murciano de Salud

DIRECTORES DE TESIS

Dra. Laura Martínez Alarcón

Dra. Francisca Sánchez Ayllón

D. Jesús David Abenza Hurtado

2020



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

D. Francisca Sánchez Ayllón, Profesor Titular de Universidad del Área de Salud Laboral en el Departamento de enfermería, AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "Factores de Riesgos Psicosociales y Satisfacción Laboral en personal sanitario de las Unidades de Cuidados Intensivos del Servicio Murciano de Salud", realizada por D. Jesús David Abenza Hurtado, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 16 de septiembre de 2020

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'F. Sánchez Ayllón', written over a horizontal line.

Mod:T-20

AGRADECIMIENTOS

A mi familia por el por el tiempo que le he robado durante estos años y que prometo devolverlo con creces.

A los compañeros de UCI de los Hospitales del Servicio Murciano de Salud, por su colaboración en la cumplimentación de los cuestionarios.

A los Jefes de Servicio y Supervisores de UCI de los hospitales, por permitirme y facilitarme el desarrollo de este trabajo.

A mi tutora y directoras de Tesis Dra. Laura Martínez Alarcón y Dra. Francisca Sánchez Ayllón por sus consejos y apoyo que me han prestado.

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.	33
	1.1 INTRODUCCIÓN.	33
	1.2 JUSTIFICACIÓN.	36
II.	MARCO TEÓRICO.	39
	2.1 ORDENACION SANITARIA DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD (SMS).	39
	2.2 CONCEPTOS GENERALES.	41
	2.2.1 Factores Psicosociales.	41
	2.2.2 Factores Psicosociales de Riesgo.	43
	2.2.3 Riesgos Psicosociales.	46
	2.2.4 Principales Riesgos Psicosociales.	48
	2.2.5 Otros Riesgos Psicosociales.	52
	2.3 MODELOS TEÓRICOS DE RIESGOS PSICOSOCIALES.	53
	2.4 MODELOS DE EVALUACION DE RIESGOS PSICOSOCIALES.	57
	2.5 SATISFACCIÓN LABORAL.	61
	2.6 PRINCIPALES DETERMINANTES DE SATISFACCIÓN LABORAL.	62
	2.7 MÉTODOS TEÓRICOS SOBRE SATISFACCIÓN LABORAL.	64
	2.7.1 Principales Teorías de Contenido.	65
	2.7.2 Principales Teorías de Proceso.	67
	2.8 MÉTODOS DE EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN LABORAL.	70
III.	OBJETIVOS.	75
	3.1 OBJEVO GENERAL.	75
	3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	75
IV.	MATERIAL Y MÉTODO.	77
	4.1 DISEÑO DEL ESTUDIO.	77
	4.2 POBLACIÓN.	77
	4.2.1 Población de estudio.	78
	4.2.2 Determinación del tamaño muestral.	79
	4.2.3 Muestra.	79
	4.3 CRONOLOGÍA Y RECOGIDA DE DATOS.	80

4.4 DISTRIBUCION ORGANIZATIVA Y ESTRUCTURAL.	81
4.5 DISTRIBUCIÓN DE TAREAS.	86
4.5.1 Personal de Enfermería.	86
4.5.2 Personal Auxiliar de Enfermería.	89
4.5.3 Personal Médico.	91
4.6 RECOGIDA DE DATOS.	93
4.6.1 Instrumentos.	93
4.6.1.1 Cuestionario de satisfacción laboral S10/12.	93
4.6.1.2 Escala de Somnolencia de Epworth (ESE).	95
4.6.1.3 Cuestionario CoPsoQ-ISTAS21 versión 2.	96
4.6.2 Variables de estudio.	100
4.6.2.1 Variables independientes.	100
4.6.2.2 Variables Dependientes.	105
4.6.3 Análisis estadístico.	107
4.6.3.1 Análisis descriptivo.	107
4.6.3.2 Análisis bivariable.	107
4.6.3.3 Análisis de fiabilidad.	107
V. RESULTADOS.	109
5.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE FACTORES INDEPENDIENTES.	109
5.1.1 Aspectos socio-antropométricos.	109
5.1.2 Aspectos laborales.	110
5.1.3 Aspectos de hábitos de salud.	112
5.2 SATISFACCIÓN LABORAL.	114
5.2.1 Análisis descriptivo de los ítems CSL 10/12.	114
5.2.2 Satisfacción con el ambiente físico.	117
5.2.3 Satisfacción con la supervisión.	117
5.2.4 Satisfacción con las prestaciones percibidas.	119
5.3 RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL TRABAJO.	121
5.3.1 Exigencias psicológicas en el trabajo.	121
5.3.2 Conflicto trabajo-familia.	125
5.3.3 Control sobre el trabajo.	128
5.3.4 Apoyo social y calidad de liderazgo.	132
5.3.5 Compensaciones del trabajo.	137
5.3.6 Capital social.	140

5.4 SOMNOLENCIA.	144
5.4.1 Análisis descriptivo de los ítems ESE.	144
5.5 ANÁLISIS BIVARIABLE.	147
5.5.1 Análisis de Cuestionario ISTAS 21 con las variables de estudio.	147
5.5.1.1 ISTAS 21 y aspectos personales y antropométricos.	147
5.5.1.2 ISTAS 21 y aspectos sobre situación laboral.	154
5.5.1.3 ISTAS 21 y aspectos sobre hábitos y estado de salud.	168
5.5.1.4 ISTAS 21 y Satisfacción Laboral S10/12.	172
5.5.1.5 ISTAS 21 y Escala de Somnolencia de Epworth.	180
VI. DISCUSIÓN.	181
6.1 ASPECTOS SOCIO-PERSONALES.	181
6.2 ASPECTOS LABORALES.	183
6.3 HÁBITOS DE SALUD.	185
6.4 SATISFACCIÓN LABORAL.	188
6.5 SOMNOLENCIA.	190
6.6 RIESGOS PSICOSOCIALES.	191
6.6.1 Exigencias psicosociales en el trabajo.	191
6.6.2 Conflicto familia-trabajo.	193
6.6.3 Control sobre el trabajo.	195
6.6.4 Apoyo social y calidad de liderazgo.	197
6.6.5 Compensación de trabajo.	200
6.6.6 Capital social.	202
6.6.7 Limitaciones del estudio.	203
6.6.8 Futuras líneas de investigación	204
VII. CONCLUSIÓN.	205
VIII. BIBLIOGRAFÍA.	207
IX. ANEXOS.	229
Anexo 1. Permisos de las diferentes gerencias del SMS.	229
Anexo 2. Informe Dictamen de conformidad favorable del CEIm.	235
Anexo 3. Cuestionario utilizado en la investigación.	236
Anexo 4. Tablas	241

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación de Factores Psicosociales.	43
Tabla 2. Factores psicosociales de riesgo o estrés.	45
Tabla 3. Población por área y categoría.	78
Tabla 4. Ítems de satisfacción con el medio ambiente físico.	94
Tabla 5. Ítems pertenecientes a satisfacción con la supervisión.	95
Tabla 6. Ítems pertenecientes a satisfacción con las prestaciones.	95
Tabla 7. Ítems pertenecientes a Escala Somnolencia Epworth.	96
Tabla 8. Ítems de ISTAS 21 por grupo de riesgo y dimensión.	98
Tabla 9. Variables de datos personales y antropométricos.	101
Tabla 10. Variables relacionadas con la situación laboral.	102
Tabla 11. Variables relacionadas con hábitos y estado de salud.	104
Tabla 12. Distribución de trabajadores por hospital.	111
Tabla 13. Satisfacción Laboral S10/12 (frecuencias/porcentajes de respuestas).	116
Tabla 14. Satisfacción ambiente físico (frecuencias/porcentajes de respuestas).	117
Tabla 15. Satisfacción supervisión (frecuencias/porcentajes de respuestas).	118
Tabla 16. Satisfacción prestaciones recibidas (frecuencias/porcentajes de respuestas).	120
Tabla 17. Satisfacción Laboral (frecuencias/porcentajes de respuestas por dimensión).	120
Tabla 18. Satisfacción Laboral (medidas de dispersión).	120
Tabla 19. Exigencias psicosociales en el trabajo (frecuencias/ porcentajes de respuestas).	123
Tabla 20. Exigencias psicosociales en el trabajo (frecuencias/porcentajes de situaciones de riesgo).	125
Tabla 21. Conflicto trabajo-familia (frecuencias/ porcentajes de respuestas).	126
Tabla 22. Conflicto trabajo-familia (frecuencias/porcentajes a de situaciones de riesgo).	127
Tabla 23. Control sobre el trabajo (frecuencias/ porcentajes de respuestas).	130

Tabla 24. Control sobre el trabajo (frecuencias/porcentajes de situaciones de riesgo).	132
Tabla 25. Apoyo social y calidad de liderazgo (frecuencias/porcentajes de respuestas).	134
Tabla 26. Apoyo social y calidad de liderazgo (frecuencias/porcentajes de situaciones de riesgo).	136
Tabla 27. Compensaciones del trabajo (frecuencias/porcentajes de respuestas).	138
Tabla 28. Compensaciones del trabajo (frecuencias/porcentajes de situaciones de riesgo).	140
Tabla 29. Capital social (frecuencias/ porcentajes de respuestas).	141
Tabla 30. Capital social (frecuencias/ porcentajes de situaciones de riesgo).	143
Tabla 31. Escala de Somnolencia de Epworth (frecuencias).	145
Tabla 32. Escala de Somnolencia de Epwoth (frecuencias).	146
Tabla 33. Relaciones significativas entre edad y dimensiones ISTAS 21.	149
Tabla 34. Relaciones significativas entre estatura y dimensiones ISTAS 21.	150
Tabla 35. Relaciones significativas entre personas a su cargo y dimensiones ISTAS 21.	152
Tabla 36. Relaciones significativas entre sexo y dimensiones ISTAS 21.	153
Tabla 37. Relaciones significativas entre estado civil y dimensiones ISTAS 21.	153
Tabla 38. Relaciones significativas entre centro de trabajo y dimensiones ISTAS 21.	155
Tabla 39. Relaciones significativas entre actividad profesional y dimensiones ISTAS 21.	158
Tabla 40. Relaciones significativas entre años de actividad sanitaria y dimensiones ISTAS 21.	160
Tabla 41. Relaciones significativas entre años de actividad en UCI y dimensiones ISTAS 21.	161

Tabla 42. Relaciones significativas entre jornada laboral y dimensiones ISTAS 21.	163
Tabla 43. Relaciones significativas entre ser profesional sanitario y dimensiones ISTAS 21.	164
Tabla 44. Relaciones significativas entre ser cambiar de trabajo y dimensiones ISTAS 21.	166
Tabla 45. Relaciones significativas entre ser cambiar de servicio y dimensiones ISTAS 21.	167
Tabla 46. Relaciones significativas entre consumo de alcohol y dimensiones ISTAS 21.	169
Tabla 47. Relaciones significativas entre actividad física y dimensiones ISTAS 21.	169
Tabla 48. Relaciones significativas entre estado de salud y dimensiones ISTAS 21.	170
Tabla 49. Relaciones significativas entre calidad de vida y dimensiones ISTAS 21.	172
Tabla 50. Relaciones significativas entre satisfacción ambiente físico y dimensiones ISTAS 21.	173
Tabla 51. Relaciones significativas entre satisfacción con supervisor y dimensiones ISTAS 21.	175
Tabla 52. Relaciones significativas entre satisfacción con prestaciones y dimensiones ISTAS 21.	178
Tabla 53. Relaciones significativas entre somnolencia y dimensiones ISTAS 21.	180

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Proceso del estrés como riesgo psicosocial.	54
Gráfico 2. Factores de Satisfacción Laboral (porcentajes de respuestas).	119
Gráfico 3. Factores de Satisfacción Laboral (medias y desviación típica).	121
Gráfico 4. Representación de Exigencias psicosociales en el trabajo (medias y desviación típica).	124
Gráfico 5. Factores de Exigencias psicosociales en el trabajo (porcentajes de situaciones de riesgo).	125
Gráfico 6. Conflicto familia-trabajo (media y desviación típica).	127
Gráfico 7. Conflicto familia-trabajo (porcentajes de situaciones de riesgo).	128
Gráfico 8. Control sobre el trabajo (media y desviación típica).	131
Gráfico 9. Control sobre el trabajo (porcentajes de situaciones de riesgo).	132
Gráfico 10. Apoyo social y capacidad de liderazgo (medias y desviación típica).	135
Gráfico 11. Apoyo social y calidad de liderazgo (porcentajes de situaciones de riesgo).	137
Gráfico 12. Compensaciones del trabajo (medias y desviación típica).	139
Gráfico 13. Compensaciones del trabajo (porcentajes de situaciones de riesgo).	140
Gráfico 14. Capital social (medias y desviación típica).	142
Gráfico 15. Capital social (porcentajes de situaciones de riesgo).	143
Gráfico 16. Somnolencia (porcentaje).	146
Gráfico 17. Somnolencia (media y desviación típica).	147

ABREVIATURAS

CoPsoQ: Cuestionario Psicosocial de Copenhague.

CSL: Cuestionario de Satisfacción Laboral.

ENCT: Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo.

ESE: Escala de Somnolencia de Epworth.

FC: Frecuencia cardiaca.

FiO₂: Fracción inspirada de oxígeno.

FR: Frecuencia respiratoria.

FR: Frecuencia respiratoria.

HUMM: Hospital Universitario Morales Meseguer.

HUMMe: Hospital Universitario del Mar Menor.

HURM: Hospital Universitario Rafael Méndez.

HURS: Hospital Universitario Reina Sofía.

HUSL: Hospital Universitario Santa Lucía.

HUVA: Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

INERMAP: Método del Instituto de Ergonomía Mapfre.

INSALUD: Instituto Nacional de Salud.

INSHT: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

IOT: Intubación orotraqueal.

LPRL: Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

MCP: Marcapasos.

MECD: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte

OIT: Organización Internacional del Trabajo.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PA: Presión arterial.

PEEP: Presión positiva al final de la espiración.

P_{max}: Presión aérea máxima.

PPico: Presión máxima vía aérea durante la ventilación mecánica

PS: Presión de soporte.

PVC: Presión venosa central.

Sat. O2: Saturación de oxígeno por pulsioximetría.

SMS: Servicio Murciano de Salud.

SNG: Sonda nasogástrica.

SPS: Statistical Package for the Social Sciences.

T^a: Temperatura.

TOT: Tubo orotraqueal.

TV: Televisión.

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

VMe: Volumen minuto espirado.

Vmínimo: Volumen minuto mínimo.

VMp: Volumen minuto programado.

RESUMEN

Introducción. Los factores psicosociales son aquellas condiciones del medio laboral que están relacionadas directamente con aspectos de la organización del trabajo, contenido del puesto, realización de la tarea y con el entorno que le rodea, pudiendo afectar al desarrollo del trabajo y salud del trabajador.

Objetivos. Caracterizar la población de trabajadores de las Unidades de Cuidados Intensivos del Servicio Murciano de Salud por medio del análisis de los factores de riesgo psicosociales relacionados con el trabajo, nivel de satisfacción laboral y somnolencia mediante la vinculación con los hábitos de vida, estado de salud y variables demográficas.

Metodología. El estudio presenta una metodología observacional descriptivo transversal no comparativo o de prevalencia. La población diana son los profesionales sanitarios que desempeñan su función en las unidades de UCI de los hospitales públicos del Servicio Murciano de Salud que cumplen criterios de inclusión y exclusión. El estudio se ha desarrollado en una muestra de 440 individuos formados por enfermería, auxiliares de enfermería y médicos intensivistas. Para el estudio se ha utilizado el cuestionario ISTAS21, cuestionario de satisfacción laboral S10/12 y la escala de somnolencia de Epworth.

Resultados. Presentan los riesgos psicosociales valorados desfavorablemente para la mayoría de las dimensiones de cada grupo de riesgo psicosocial, con situación de insatisfacción laboral del ambiente físico, supervisión y prestaciones, prevaleciendo un nivel de ausencia de somnolencia diurna.

Discusión. El grado de satisfacción laboral y riesgos psicosociales del personal sanitario de UCI ofrece niveles muy perjudiciales a los trabajadores de este servicio debido a los factores estresantes que rodean su actividad.

Conclusiones. Hay que trabajar a nivel organizativo para intentar corregir los factores que influyen negativamente en la generación de riesgos psicosociales e insatisfacción laboral, ya que la afectación de estos aspectos sobre el trabajador, puede influir negativamente en la salud del propio individuo y en el resultado del producto sanitario ofrecido.

ABSTRACT

Introduction. Psychosocial factors are those conditions of the working environment that are directly related to some working organizational aspects as the workplace content, the task accomplishment, and the environmental surroundings, this may affect the worker's job development and their health.

Objective. Describing working population in Murcia's Health Service's intensive care units by analyzing psychosocial risk factors, the job satisfaction level and sleepiness, by linking lifestyle habits, health conditions and demographic variables.

Method. This research applies a non-comparative or prevalence, transversal, descriptive, observational methodology. The target population involve workers who take part in intensive care units in public hospitals that meet inclusion and exclusion criteria. This research has been developed over a sample of 440 people including nurses, nurse assistants and intensive care physicians. ISTAS21 Questionnaire has been taken into account during this research, S10/12 Job Satisfaction Questionnaire and the Epworth's Sleepiness Scale.

Results. They present the psychosocial risks unfavorably rated in most of the dimensions around every group in psychosocial risk, in a situation of occupational dissatisfaction about physical ambient, supervision and features, prevailing a high level of daytime sleepiness.

Discussion. Job satisfaction level and health worker's psychosocial risks in intensive care units offers very harmful levels for the workers of this service due to the stressors surrounding their activity.

Conclusions. Organizational issues have to be attended in order to improve the elements that may affect in a negative way ending up in psychosocial risks and labor dissatisfaction, just because the impact they might cause to workers can harm their health and the sanitary outcome.

I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.

1.1 INTRODUCCIÓN.

El Servicio Murciano de Salud (SMS), nació de la descentralización y derivación de las competencias en materia de sanidad a cada Comunidad Autónoma en 1994¹, que hasta el momento asumía el estado a través del Instituto Nacional de Salud (INSALUD). Posteriormente en 1998², se reformó la ley orgánica 4/1982³ del Estatuto de Autonomía de la Región de Murcia, por la cual, la Comunidad de Murcia asumía un mayor número de competencias. Del avance de todas estas leyes, fue en 2001⁴ cuando el SMS, en su condición de instrumento legal para la regulación de las condiciones de trabajo del personal estatutario, estableció la distribución de competencias de dicho personal.

Los factores psicosociales son aquellas condiciones del medio laboral que están relacionadas directamente con aspectos de la organización del trabajo, contenido del puesto, realización de la tarea, y con el entorno que le rodea. Estos aspectos tienen la capacidad de afectar al desarrollo del trabajo y a la salud de los trabajadores (EU-OSHA, 2002).

Estos factores psicosociales pueden ser favorables o desfavorables para la realización de la actividad y vida laboral de la persona. Los primeros influyen positivamente en el desarrollo laboral y personal del trabajador, mientras que los segundos provocan consecuencias perjudiciales para su salud y bienestar. Cuando se dan los factores de riesgo psicosocial desfavorables, se puede hablar de fuentes de estrés laboral y pueden causar daño psicológico, físico o social a los individuos.

Es por ello, que el bienestar en el trabajo debe ser un valor al que hay que aspirar y un derecho de la persona, bajo el concepto de calidad de vida (Ardilla, 2003). Debido a que los profesionales de salud son un pilar fundamental en el llamado Estado de Bienestar (Morales et al., 1985), surge la inquietud de profundizar en el conocimiento de los factores psicosociales en el personal sanitario de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

¹ Ley 4/1994 de 26 Julio de Salud de la Región de Murcia.

² Ley 1/1998 de 15 de Junio.

³ Ley 4/1982 de 9 Junio del Estatuto de Autonomía para la Región de Murcia.

⁴ Ley 5/2001 de 5 Diciembre de personal estatutario del Servicio Murciano de Salud.

Los riesgos psicosociales forman parte de los denominados “riesgos emergentes” y en la actualidad tienen igual o más importancia que los riesgos más conocidos en seguridad o higiene y, como estos, su origen suele estar en unas condiciones de trabajo deficientes a nivel organizativo.

Las importancias de los factores psicosociales ya fueron considerados como actuación prioritaria por la Unión Europea en su estrategia sobre seguridad y salud laboral para el periodo 2002-2006.

Los principales efectos de los factores psicosociales a corto plazo se suelen manifestar en forma de estrés, a través de aspectos de la salud física, mental y social. A largo plazo, su exposición puede desencadenar en alteraciones cardiovasculares, respiratorias, inmunitarias, gastrointestinales, musculoesqueléticas y de salud mental.

En la actualidad, los factores de riesgo psicosociales en el medio laboral, son unos de las principales causantes de enfermedades y accidentes laborales. Según la VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo en España elaborada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) el 69% de los trabajadores encuestados percibe estar expuesto al riesgo de accidentarse en su trabajo (70,9% en ENCT 2007), y el porcentaje se eleva al 81,9% en el caso del personal sanitario (74,9% en ENCT 2007). En cuanto a la exposición a los factores psicosociales (sobrecarga de trabajo, exceso de carga mental, realización de tareas repetitivas y de muy corta duración) muestra porcentajes de respuesta significativamente mayores en sintomatología psicósomática (problemas de sueño, cansancio, dolores de cabeza, mareos, etc.) que los no expuestos.

Por otra parte, la última Encuesta sobre Calidad de Vida en el Trabajo realizada en 2010 por el Ministerio de Trabajo e Inmigración concluye que el 50,9% de las personal ocupadas manifiestan niveles altos o muy altos de estrés (50,9% en 2008 y 44,4% en 2007) frente al 25,5% que expresan niveles bajos o muy bajos (21,4% en 2008 y 27,7% en 2007) (Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2010).

Un informe publicado por la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo⁵ sobre riesgos psicosociales pone de manifiesto que los cambios técnicos u organizativos en el mundo laboral, junto con los cambios socioeconómicos,

⁵ European Agency for Safety and Health at Work. Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2007

políticos y demográficos, incluido el aspecto de la globalización, han originado riesgos psicosociales de carácter emergente que están teniendo consecuencias sobre la población, ya que pueden provocar mayor estrés laboral y repercusión sobre la salud y la seguridad de los trabajadores.

Estos aspectos se han agrupado en 5 puntos:

- nuevas formas de contratación (contratos más precarios y la subcontratación e inseguridad de puestos de trabajo).
- envejecimiento de la población activa (son más vulnerables a la carga mental y emocional).
- intensificación del trabajo (hace necesario manejar más cantidad de información bajo una mayor presión).
- fuertes exigencias emocionales en el trabajo, junto al aumento del acoso psicológico y la violencia (en asistencia sanitaria y servicios en general).
- desequilibrio y conflicto entre la vida personal y laboral (por falta de conciliación entre las condiciones laborales, contratación y vida personal).

Entre las consecuencias de los riesgos psicosociales, el síndrome del quemarse por el trabajo, también conocido como “*burnout*”, ha tomado gran relevancia en los últimos años debido al incremento de su prevalencia en el sector servicios (sanidad y educación). Esta enfermedad (aunque no se reconoce como tal en el cuadro de enfermedades profesionales de la Seguridad Social), si tiene condición de accidente de trabajo, y existe literatura que concluye que el *burnout* puede ser considerado un problema relevante para la salud pública, siendo incluida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Clasificación Internacional de Enfermedades en la Asamblea Mundial de la organización celebrada el 20 de mayo en Ginebra (2019). La dimensión de este problema debe tenerse en cuenta, ya que según la Encuesta de Población Laboral Activa del cuarto trimestre de 2013⁶, el 75,8% de la población española ocupada trabaja en el sector servicios.

El número de personas que sufren patologías relacionadas con los factores psicosociales, va a ir en aumento debido a los cambios del medio laboral, que va incrementando las exigencias en el medio laboral, más sobrecarga laboral, el aumento de contratos cada vez más precarios (temporalidad y subcontratas) y la falta de estabilidad laboral (Gil-Monte, 2012).

⁶ Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Población Laboral Activa. Cuarto Trimestre 2013

1.2 JUSTIFICACIÓN.

El mundo sanitario público no es ajeno a la evolución y tecnificación que está presente en la empresa privada. Maximizar los recursos de los que se dispone, para conseguir su producto al menor coste, se ve cada día en los hospitales públicos por medio de recortes en los presupuestos, que se traducen en menos personal para seguir dando los mismos servicios.

La sanidad pública ha ido evolucionando paralelamente a los cambios sociales y culturales de la población, al mismo tiempo que los avances técnicos han obligado al personal a una mayor cualificación y tecnificación. Los usuarios, han visto aumentadas sus expectativas e índices de calidad, paralelamente al desarrollo económico y social. Este conjunto de cambios, sería una fuente de conflictos en la relación usuario/personal sanitario, que se traduce en un mayor riesgo de síndrome de *burnout*, estrés laboral, conflictos interpersonales, carga mental y violencia (Olmedo Montes, Germán, Jiménez Tornero y Castillo, 2001) (Gil-Monte, 2005) (Gil-Monte y Moreno-Jiménez, 2005).

Los profesionales sanitarios y el resto de trabajadores del sector servicios han sido objeto de varios estudios sobre calidad de vida, estrés y burnout, convirtiéndose en grupos de profesionales de riesgo involuntario de los agentes psicosociales (Duro Martín, 2005) (Da Silva, 2006) (Gil-Monte y Moreno-Jiménez, 2005).

Este tipo de profesiones que prestan sus servicios a la comunidad, en la que la vocación tiene un papel importante, y existe un contacto directo entre profesional sanitario y usuario, se ve entorpecido por el conflicto provocado por sobrecarga laboral, comunicación inadecuada y conflictos sanitario/usuario (Flores Lozano, 1998).

El entorno laboral del profesional sanitario, está repleto de situaciones que generan riesgos psicosociales derivados de la presión asistencial, sobrecarga de trabajo, presiones de estructura organizativa, conflictos con el usuario, etc. (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2017) (European Agency for Safety and Health at Work y European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2014).

La forma de organización del trabajo en el ámbito hospitalario, el tipo de supervisión, la remuneración, las jornadas de trabajo rotativas, los turnos de noche, violencia en el trabajo, las altas cargas psicológicas y los alargamientos de jornadas

de trabajo por horas extras o dobletes de turno, pueden provocar situaciones de estrés y diferentes problemas de salud para el trabajador sanitario que en ocasiones terminan en periodos de absentismo o incapacidad laboral. Estas características son comunes para el personal médico, de enfermería y auxiliar de enfermería (Spector, Zhou y Che, 2014) (Niven, Sprigg y Armitage, 2013) (Blanch, 2011) (Vicente Pardo, 2015) (Molina Aragonés, 2010).

Dentro de estas características que sufre el personal sanitario hospitalario, los servicios especiales, como las Unidades de Cuidados Intensivos, convergen elementos como la alta responsabilidad sobre los cuidados de enfermos de elevada gravedad, la exigencia emocional, el conflicto de rol, la falta de claridad en las tareas, el ritmo de trabajo, etc. Estas características se ven enfrentadas con trastornos psicossomáticos, trastornos de estado de ánimo, irritabilidad, fatiga crónica, y alteración de los periodos de vigilia-sueño, pueden provocar una exacerbación de la manifestación de riesgos psicosociales. En resumen, situaciones que impiden el desarrollo normal de la vida personal y profesional de estos profesionales, y que repercuten en la calidad asistencial y en el entorno familiar.

En la actualidad existen numerosas organizaciones y autores, tanto a nivel nacional como internacional, que se han hecho eco de estas situaciones, y han elaborado estudios que ponen de manifiesto su influencia en la salud del trabajador, creando campañas y objetivos de mejora (OIT, 1986) (EU-OSHA, 2002) (Houdmont y Leka, 2010) (Leka y Houdmont, 2010) (EU-OSHA, 2008) (INSHT, 2010) (Eurofound, 2012, 2017) (Eurofound y EU-OSHA, 2014). Del mismo modo, la legislación vigente se ha ido adaptando a la aparición de estos riesgos en el mundo laboral (LPRL, 1995).

El presente trabajo se va a estructurar en siete bloques principales. El primero de ellos contiene una introducción y justificación del tema a tratar. El segundo bloque engloba el marco teórico, donde vamos se realiza una revisión sobre factores de riesgo psicosocial, satisfacción laboral, trastornos del sueño. El tercer bloque, contiene el objetivo general y los objetivos específicos del estudio. El cuarto bloque es el marco empírico, el cual engloba la metodología de investigación (campo de estudio, tamaño y tipo de muestra, instrumentos utilizados en el estudio, herramientas para análisis de datos y elaboración de resultados). El quinto bloque contiene los resultados descriptivos del estudio, mientras que el sexto apartado se

expondrá la discusión y en el séptimo bloque las conclusiones que arrojan los resultados.

Por último, el octavo y noveno bloque lo componen las referencias bibliográficas y anexos respectivamente.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 ORDENACION SANITARIA DEL SMS.

La ordenación territorial de la Región de Murcia, para su sistema sanitario que ha estado vigente hasta el año 2009, estaba regulado por el Decreto 27/1987 del 7 de mayo (BORM, 1987). Este decreto, delimitaba las áreas de salud en 6 y fueron ampliadas a 9 áreas con la publicación de la Orden de 24 de abril de 2009, de la Consejería de Sanidad y Consumo, por el que se establece el actual mapa sanitario de la Región de Murcia (BORM, 2009).

En la actualidad, el mapa sanitario del SMS se establece de la siguiente manera:

A) Área de salud I (Murcia Oeste). Su hospital de referencia es el Hospital General Universitario “Virgen de la Arrixaca” (HUVA) y comprende las siguientes zonas básicas de salud: Alcantarilla, Alcantarilla/Sangonera la Seca, Murcia/Sangonera la Verde, Alhama de Murcia, Mula, Murcia/Espinardo, Murcia/San Andrés, Murcia/La Ñora, Murcia/Nonduermas, Murcia/La Alberca, Murcia/Algezares, Murcia/El Palmar, Murcia/Campo de Cartagena y Murcia/Aljucer. La presente área está compuesta por un total de 32 camas de cuidados intensivos de adultos, repartidos en cuatro zonas físicas dentro de la misma unidad.

B) Área de salud II (Cartagena). Cuyo hospital de referencia es el Hospital General Universitario “Santa Lucía” (HUSL) y engloba las siguientes zonas básicas de salud: Cartagena/Oeste, Cartagena/Molinos Marfagones, Cartagena/San Antón, Cartagena/Los Barreros, Cartagena/Los Dolores, Cartagena/Isaac Peral, Cartagena/Pozo Estrecho, Cartagena/Este, Cartagena/Casco Antiguo, Cartagena/Santa Lucía, Cartagena/Mar Menor, Cartagena/Santa Ana, Fuente Álamo, Mazarrón, Puerto de Mazarrón, La Unión y La Manga. El área II tiene un total de 18 camas de cuidados intensivos abiertas permanentemente repartidas en dos unidades de 9 camas, y una cama preingreso para los pacientes que van a ser ingresados. Dispone de una tercera unidad de cuatro camas que se abre cuando los servicios de UCI de la región están colapsados y no se dispone de camas.

C) Área de salud III (Lorca). El hospital de referencia es el Hospital Universitario “Rafael Méndez” (HURM) y comprende las siguientes zonas básicas de salud: Águilas/Sur, Águilas/Norte, Lorca/Centro, Lorca/San Diego, Lorca/San José, Lorca/La Paca, Lorca/Sutullena, Lorca/San Cristóbal, Puerto Lumbreras, Totana/Norte y Totana/Sur. La disponibilidad de ocupación de camas de cuidados intensivos de esta área es de un total de 8 camas.

D) Área de salud IV (Noroeste). Cuyo hospital de referencia es el Hospital Comarcal del Noroeste y tiene adheridas las siguientes zonas básicas de salud: Bullas, Calasparra, Caravaca, Caravaca/Barranda, Cehegín y Moratalla.

E) Área de salud V (Altiplano). Su hospital de referencia es el Hospital “Virgen del Castillo” y comprende las siguientes zonas básicas de salud: Jumilla, Yecla/Este y Yecla Oeste.

F) Área de salud VI (Vega Media del Segura). El hospital de referencia es el Hospital General Universitario “Morales Meseguer” (HUMM) y engloba las siguientes zonas básicas de salud: Murcia/Vista Alegre, Murcia/Santa María de Gracia, Murcia/Cabezo de Torres, Murcia/Centro, Abanilla, Alguazas, Archena, Fortuna, Molina/Norte, Molina/Sur, Molina/Este, Las Torres de Cotillas, Ceutí, Lorquí, Murcia/Santiago y Zairaiche, Murcia/Zarandona y Murcia/El Ranero. Esta área tiene una disponibilidad de ocupación de camas de cuidados intensivos de 18 camas.

G) Área de salud VII (Murcia Este). Cuyo hospital de referencia es el Hospital General Universitario “Reina Sofía” (HURS) y comprende las siguientes zonas básicas de salud: Beniel, Murcia/Vistabella, Murcia/Beniaján, Murcia/Alquerías, Murcia/Puente Tocinos, Murcia/Monteagudo, Murcia/Barrio del Carmen, Murcia/Infante, Santomera, Murcia/Santiago El Mayor, Murcia/Floridablanca y Murcia/Llano de Brujas. El área VII está compuesto por 12 camas de cuidados intensivos.

H) Área de salud VIII (Mar Menor). Su hospital de referencia es el Hospital General Universitario “Los Arcos del Mar Menor” (HUMMe) y tiene adheridas las siguientes zonas básicas de salud: San Javier, San Pedro del Pinatar, Torre

Pacheco/Este, Torre Pacheco/Oeste y Los Alcázares. El nivel de camas que dispone esta área es de 8 camas.

I) Área de salud IX (Vega Alta del Segura). El hospital de referencia es el Hospital “Vega del Río Segura” y engloba las siguientes zonas básicas de salud: Abarán, Blanca, Cieza/Este y Cieza/Oeste.

Las áreas del SMS que no disponen de UCI son el área IV, V y IX, por lo que lo que ante la necesidad de tener que recurrir a estos servicios, se ven obligados a trasladar a sus pacientes a cualquiera de las otras áreas, siendo elegidas preferentemente las áreas I, VI y VII.

2.2 CONCEPTOS GENERALES.

El estudio de los factores relacionados con los aspectos psicosociales y organizativos en el entorno de la salud laboral, aunque no es nuevo, ha ido cobrando importancia en los últimos años, desde su comienzo en la década de los 70 (EU-OSHA, 2002) (Leka y Houdmont, 2010) (Eurofound y EU-OSHA, 2014).

El entorno que rodea la actividad laboral es el principal medio que hay que cuidar para prevenir los factores/efectos de los riesgos psicosociales. Un entorno laboral saludable y seguro es un buen indicador predictivo para fomentar el rendimiento laboral, la salud de los trabajadores y su implicación organizativa de la empresa.

Para poder profundizar en el tema, vamos a proceder a conocer los términos factores psicosociales, factores psicosociales de riesgo y riesgos psicosociales.

2.2.1 Factores Psicosociales.

Los factores psicosociales van unidos a todo tipo de organizaciones. La Organización Internacional del Trabajo (OIT, 1986) en 1986 propuso como definición: *“Los factores psicosociales en el trabajo consisten en interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de organización, por una parte, y por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, puede influir en la salud, en el rendimiento y en la satisfacción en el trabajo”.*

De esta definición, se extrae que el descuido de estos factores produce consecuencias tanto en la salud del trabajador como de la organización empresarial.

Al hablar de factores psicosociales, nos referimos a la descripción de elementos inherentes a un sistema social, que son necesarios para su funcionamiento. Por lo tanto, se trata de condiciones generales, que pueden aparecer con origen en la organización de la empresa, al igual que forman parte de ella, la maquinaria o la propia plantilla (tabla 1).

Las condiciones organizacionales del trabajo pueden afectar a la salud laboral, de forma positiva o negativa. La cultura, el liderazgo o el clima organizacional pueden generar unas magníficas o pésimas condiciones de trabajo.

Tabla 1.

Clasificación de Factores Psicosociales.

<i>Factores organizacionales</i>	
<i>Política y filosofía de la organización</i>	<i>Relación Trabajo-Familia Gestión de los Recursos Humanos Política de Seguridad y Salud Responsabilidad Social Corporativa Estrategia Empresarial</i>
<i>Cultura de la Organización</i>	<i>Política de Relaciones Laborales Información Organizacional Comunicación Organizacional Justicia Organizacional Supervisión/Liderazgo</i>
<i>Relaciones Industriales</i>	<i>Clima laboral Representación Sindical Convenios Colectivos</i>
<i>Factores Laborales</i>	
<i>Condiciones de Empleo</i>	<i>Tipo de contrato Salario Diseño de carreras</i>
<i>Diseño del Puesto</i>	<i>Rotación de puestos Trabajo grupal</i>
<i>Calidad en el Trabajo</i>	<i>Uso de habilidades personales Demandas laborales Autonomía y capacidad de control Seguridad física en el trabajo Apoyo social Horas de trabajo Teletrabajo</i>

Nota: Clasificación de los Riesgos Psicosociales en el trabajo. Tomada de "Monitoring Psychosocial Risks at work" por M. B. Roozeboom, I. Houtman, S. Van den Bossche, 2008. S. Leka y T. Cox (Eds.), The European Framework for psychosocial Risk management: PRIMA-EF. (pp. 17-36). Nottingham: I-WHO.

2.2.2 Factores Psicosociales de Riesgo.

Los factores psicosociales, cuando son factores que probablemente pueden afectar negativamente a la salud y bienestar del trabajador, pasan a ser factores psicosociales de riesgo o de estrés (Benavides et al., 2002), es decir, factores desencadenantes de tensión y estrés laboral (Peiró, 2005).

Los factores psicosociales de riesgo presentan unas cualidades que los caracterizan por sí mismos (tabla 2). Estas cualidades son:

A) Extensión en el espacio-tiempo: Son difícil de limitar a un momento concreto, por lo tanto, no presentan una localización concreta. Aun pudiendo ser elementos del puesto de trabajo, no se limitan a él, y no es posible ubicarlos en un lugar de la organización (Rick y Briner, 2000).

B) Dificultad de objetivación: Se debe a la falta de unidades de medida objetivas para los factores de riesgo psicosociales. La dificultad se encuentra en que no son variables que atiendan a unidades de medida físicas (centímetros, grados, presión), sino que son percepciones derivadas, tales como el tipo de supervisión o comunicación entre otras (Roozeboom et al., 2008). La OIT (OIT, 1986) las describe como “percepciones y experiencias” del colectivo y estructura organizacional.

C) Afectan a otros riesgos: La persona es una unidad en contacto con los factores externos, y la agresión de alguno de ellos, se entiende como a afectación en su conjunto bio-psico-social (Engel, 1977) (Ghaemi, 2009) (Tizón García, 2007) (Gritti, 2017). La influencia de un riesgo psicosocial puede repercutir en el aumento de otros factores de ergonomía, higiene o seguridad, generando conductas inapropiadas que originan accidentes y aumentan la vulnerabilidad del trabajador.

D) Escasa cobertura legal: La falta de una unidad de medida para los factores psicosociales de riesgo dificulta la legislación, por lo que las medidas y las leyes se orientan hacia la prohibición del daño sobre la salud de la persona. Debido a que los factores psicosociales de riesgo se han tratado de forma general, no resulta efectivo a nivel del trabajador, empresario ni inspección.

E) Modulado por otros factores: Se encuentran influenciados por percepciones personales de cada trabajador, de manera que no van a afectar por igual a todos los trabajadores. Las variables personales de cada persona actúan como agente moderador de estos riesgos, determinando el resultado final (Buunk et al., 1998).

F) Dificultad de intervención: Relacionado con la propia naturaleza de la organización. No tenemos una medida que discrimine a partir de qué momento un acto, la presión organizacional, etc., va a generar un riesgo sobre el trabajador. Sin

embargo, la dificultad no disminuye la necesidad de intervención sino que la hace más importante (Rick y Briner, 2000).

Tabla 2.

Factores psicosociales de riesgo o estrés.

FACTORES DE ESTRÉS PSICOSOCIAL	
Contenido del trabajo	Falta de variedad en el trabajo, ciclos cortos de trabajo, trabajo fragmentado y sin sentido, bajo uso de habilidades, alta incertidumbre, relación intensa.
Sobrecarga y ritmo	Exceso de trabajo, ritmo del trabajo, alta presión temporal, plazos urgentes de finalización.
Horarios	Cambio de turnos, cambio nocturno, horarios inflexibles, horario de trabajo imprevisible, jornadas largas o sin tiempo para la interacción.
Control	Baja participación en la toma de decisiones, baja capacidad de control sobre la carga de trabajo y otros factores laborales
Ambiente y equipos	Condiciones malas de trabajo, equipos de trabajo inadecuados, ausencia de mantenimiento de los equipos, falta de espacio personal, escasa luz o excesivo ruido.
Cultura organizacional y funciones	Mala comunicación interna, bajos niveles de apoyo, falta de definición de las propias tareas o de acuerdo en los objetivos organizacionales.
Relaciones interpersonales	Aislamiento físico o social, escasas relaciones con los jefes, conflictos interpersonales, falta de apoyo social.
Rol en la organización	Ambigüedad de rol, conflicto de rol y responsabilidad sobre personas.
Desarrollo de carreras	Incertidumbre o paralización de la carrera profesional baja o excesiva promoción, pobre remuneración, inseguridad contractual.
Relación Trabajo-Familia	Demandas conflictivas entre el trabajo y la familia, bajo apoyo familiar, problemas duales de carrera.
Seguridad contractual	Trabajo precario, trabajo temporal, incertidumbre de futuro laboral, insuficiente remuneración

Nota: Relación de factores psicosociales de riesgo o estrés. Tomada de: “*The assessment of psychosocial hazards at work.*”, por T. Cox, A. J. Griffiths, 1996, In M.J.Schabracq, J. A. M. Winnubst, y C. L. Cooper (Eds.), *Handbook of Work and Health Psychology*. (pp. 127-146). Chichester: Wiley and Sons.

Según Cox y Griffiths (1996), los factores psicosociales de estrés (o riesgo) por medio de mecanismos psicofisiológicos activados por el estrés, pueden

perjudicar a la salud psicológica y física. De manera que se plantea la necesidad de dos marcos teóricos que expliquen estos fenómenos.

Dentro de los modelos que intentan explicar el estrés originado por el sistema organizacional, funcionamiento y estructura, cuatro destacan sobre los demás: modelo de estrés organizacional de Michigan (Kahn et al., 1964), el modelo de ajuste persona-entorno (French, Rogers, y Cobb, 1974), modelo de demandas control (Karasek, 1976, 1979) y el modelo esfuerzo-recompensa (Siegrist, 1996).

Al mismo tiempo que se desarrollaron los modelos teóricos sobre el estrés, aparecieron modelos sobre los efectos nocivos sobre la salud del estrés (Cooper y Dewe, 2004). Hoy en día existe una opinión común, acerca de que la respuesta de estrés supone una modificación sistémica del organismo (Mc Ewen, 2002) (Martínez Plaza, 2006), aunque la respuesta del organismos puede conllevar a la enfermedad (Selye, 1975).

En el medio laboral, se identificaba la relación entre los factores psicosociales de riesgo y el daño a la salud. El modelo inicial de Kagan y Levi (1971), relacionaba los estresores psicosociales, organizacionales y los problemas de salud, y de aquí se extrajo la importancia de medir los factores psicosociales en los trabajadores, como determinantes de su salud (Levi, 1972).

En España, la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL 31/1995) no trata riesgos específicos, aunque si establece la obligación del empresario de “garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo”, incluidos los factores psicosociales. El R.D. 39/1997, DE 17 de enero de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales, es la primera referencia relevante sobre la importancia de los factores psicosociales, y describe en el Anexo VI la formación necesaria para el Técnico Superior en Prevención de Riesgos Laborales. Estas consideraciones, se empiezan a reflejar en las Encuestas nacionales de condiciones de trabajo, publicadas por el INSHT desde 1987, que incluyen un apartado sobre Factores Psicosociales a partir de 1999.

2.2.3 Riesgos Psicosociales.

Los riesgos psicosociales están asociados a estos factores de riesgo, pero no son consecuencia directa de ello, ya que para afectar al individuo tienen que intervenir más aspectos y repercutir de forma diferente sobre los trabajadores. Los

riesgos psicosociales laborales tienen como precursor a los factores psicosociales de riesgo. Las principales características que presentan los estos riesgos son:

A) Afectan a los derechos fundamentales del trabajador: los riesgos psicosociales se refieren a elementos básicos de las características de la persona que trabaja, del derecho a la libertad, integración física y personal, su dignidad como persona. Los factores psicosociales más conocidos, como la violencia, acoso sexual o laboral, son atentados contra la persona, sobre su dignidad, que pertenecen a los derechos fundamentales de las personas^{7,8}.

B) Tienen efectos globales sobre la salud del trabajador: los factores psicosociales asociados al estrés agudo, genera que los efectos sean mayores. De esta manera, el acoso laboral o sexual tienen efectos que suelen afectar a la globalidad del comportamiento del trabajador, mientras que otras, como la inseguridad laboral y el *burnout*, generan estrés crónico y suelen afectar a la totalidad de la organización del estilo de vida personal o profesional. Por lo tanto, unos y otros, afectan a la globalidad del funcionamiento del trabajador.

C) Afectan a la salud mental de los trabajadores: los riesgos psicosociales tienen la capacidad de afectar a la salud física y mental del trabajador. Los trastornos depresivos, suicidas o conductas parasuicidas, suelen estar entre los trastornos más comunes. El trastorno de estrés postraumático, es incluido en la lista de enfermedades profesionales de la OIT⁹.

D) Cobertura legal: su importancia, incidencia y relevancia, ha obligado a desarrollar una cobertura legal y jurisprudencia sobre los riesgos psicosociales, tanto a nivel europeo¹⁰ como en el territorio nacional, mediante la evaluación de riesgo de estrés cuando la empresa perciba su presencia¹¹, o reconociendo el acoso laboral como infracción en PRL¹².

⁷ Constitución Española, art. 10, art. 14, art. 15.

⁸ Estatuto de los Trabajadores, art. 4, apartado 2.e.

⁹ OIT, Lista de Enfermedades Profesionales (revisada 2010) 2.4.1.

¹⁰ Directiva European Social Partners, 2004 y European Social Partners, 2007.

¹¹ TSJ de Madrid, sentencia 5 octubre 2005.

¹² Criterio Técnico 62/2009 de la Inspección de Trabajo.

2.2.4 Principales Riesgos Psicosociales.

Los más reconocidos, son los que ofrecen un importante riesgo en el ámbito laboral por sus consecuencias en la salud e influencia en la calidad de vida del trabajador, entre los que destacan:

A) Estrés.

Debido a su concepto global, se puede considerar el principal riesgo psicosocial.

La Comisión Europea en el año 2000, consideró el estrés como “un conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno de trabajo. Es un estado que se caracteriza por altos niveles de excitación y de angustia, con la frecuente sensación de no poder hacer frente a la situación.”

Existen varios modelos que intentan explicar las diferentes formas que el proceso de estrés es padecido por las personas que lo sufren. El modelo transaccional (Lazarus y Folkman, 1986) y el modelo Hobfoll (1989) hablan sobre la influencia de los procesos mediadores en el estrés, de manera que el estrés su podría definir como un patrón de reacciones que se producen cuando los empleados se encuentran con demandas de trabajo que no se corresponden con sus conocimientos, destrezas o habilidades y que cuestionan su capacidad para hacerles frente (Houtman, Jettinghof, y Cedillo, 2008).

A partir de la segunda mitad del siglo XX, se empezaron a desarrollar diferentes modelos y teorías estrés, aunque no se ha llegado a ninguna teoría general sobre el estrés laboral, pero sí que hay un esquema general sobre la presencia de factores de estrés.

No existe legislación específica sobre el estrés laboral, solamente referencias que aluden a las cargas de trabajo, y tampoco se ha podido incluir legalmente como enfermedad profesional, por lo que se ha optado por considerarlo accidente laboral.¹³

B) Violencia.

Es considerado como el segundo riesgo psicosocial más importante por detrás del estrés.

¹³ TSJ de Extremadura (Sala de los Social) Sentencia de 14 de diciembre de 2010.

“Violencia laboral es toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable en la cual una persona es asaltada, amenazada, humillada o lesionada como consecuencia directa de su trabajo”¹⁴.

Entre los diferentes tipos de violencia laboral, distinguimos dos tipos, por un lado, la violencia laboral física y por otro la violencia laboral psicológica. Estos tipos de violencia laboral se pueden dar de manera separada o al mismo tiempo.

Tipos de violencia:¹⁵

- a) Tipo I: la acción violenta es generada por personal ajeno al medio laboral. Este tipo de violencia la encontramos en asaltos, atracos y robos en el trabajo, cuyo fin material, es la obtención de bienes para el atracador.
- b) Tipo II: la acción violenta es generada por los usuarios a los que se les presta el servicio. La finalidad de este tipo de violencia es la consecución de un servicio no recibido y es frecuente a la hora de exigir ciertos derechos o realizar reclamaciones.
- c) Tipo III: la acción violenta viene de jefes o compañeros de trabajo. El objetivo de este tipo de violencia es la obtención de un beneficio no conseguido y se asocia a problemas de tipo personal u organizacional.

Hay que mencionar la violencia del cliente como uno de los tipos básicos de violencia laboral, y que tiene gran importancia en los trabajadores del sector servicios (Grandey, Dickter, y Hock-Peng, 2004).

La modalidad de violencia física, suele prevalecer en la Violencia tipo I, y genera en el trabajador miedo y posteriormente disminución de sus recursos emocionales y cognitivos. Sin embargo, la violencia laboral tiene dos afectados, el primero es el que sufre el acto violento, y el segundo es el que está presente en dicho acto, de manera que ambos sufren sus efectos.

La modalidad de violencia psicológica tiene una manera de presentarse a través del “incivismo”, definido como comportamiento de baja intensidad con la ambigua intención de hacer daño, violando las normas de trabajo de respeto mutuo.¹⁶ Se caracteriza por conductas groseras y descortés, mostrando falta de consideración por los demás.

¹⁴ Organización Internacional del Trabajo (2003).

¹⁵ Clasificación propuesta por la California Occupational Safety and Health, 1995

¹⁶ Anderson y Pearson, 1999.

Otra forma de violencia psicológica es la “pequeña tiranía” y “supervisión abusiva”. La “pequeña tiranía” se refiere al ejercicio de poder de forma personal y arbitraria donde las normas son ignoradas, puestas o quitadas en función de la conveniencia del momento (Ashforth, 1994). La “supervisión abusiva” es una conducta hostil sin que se manifieste la agresión física, y es definida como conducta interpersonal persistente agresiva y negativa (Moberg, Ritter, y Fischbein, 2002).

Dentro de la legislación española, se reconoce el derecho a la integridad física y psicológica de toda persona¹⁷ y son sancionadas como violencia, las coacciones o amenazas que pueden infringirse a las personas¹⁸.

C) Acoso Laboral.

Es una manifestación de la violencia laboral, que además es considerado como riesgo laboral.

“Es una forma de comportamiento negativo entre compañeros o entre superiores jerárquicos y subordinados, por el que la persona en cuestión es humillada y atacada varias veces, directa o indirectamente por una o más personas con el propósito y con el efecto de alienarla”¹⁹.

En la actualidad, el *mobbing* o acoso laboral, está considerado como uno de los riesgos laborales de mayor importancia en el ámbito laboral.

La legislación española, garantiza el mantenimiento de la dignidad en cualquier situación²⁰ y el derecho a la igualdad²¹. El Estatuto de los trabajadores en el artículo 4.2 de 1995, garantiza la no discriminación, la dignidad en el trabajo y respeto a la intimidad.

D) Acoso Sexual.

Puede estar considerado como una forma de violencia o acoso laboral, aunque posee unas consecuencias particulares, que hace que se considere un riesgo laboral específico.

¹⁷ Art. 15 Constitución Española.

¹⁸ Art. 170-172 Código Penal.

¹⁹ Comité Consultivo de la Comisión Europea para la Seguridad, Higiene y Protección de la Salud en el Trabajo, 2001.

²⁰ Art. 10 Constitución Española.

²¹ Art. 14 Constitución Española.

“Es la conducta de naturaleza sexual u otros comportamientos basados en el sexo que afectan a la dignidad de la mujer y del hombre en el trabajo. Esto puede incluir comportamientos físicos, verbales o no verbales indeseados”²².

Se han diferenciado dos tipos de acoso sexual, en función de si hay o no chantaje. El “*quid pro quo*” (chantaje sexual), en este caso los favores sexuales son a cambio de beneficios laborales o de no sufrir consecuencias desagradables en el trabajo (despido). La persona afectada posee el poder de decidir si puede sacar beneficio o puede verse perjudicada laboralmente. El segundo tipo, se produce por un ambiente hostil. Se suele dar en mujeres, en las que sus atributos sexuales deben ser exhibidos. En este caso, la mujer se ve reducida a sus aspectos sexuales, lo que conlleva un riesgo de acoso.

En los últimos años, se ha ido desarrollando documentación y legislación sobre el acoso sexual a nivel laboral que ha pasado a ser una infracción muy grave, como el realizado por la OIT por medio de “la lucha contra el acoso sexual en el trabajo” que establece el nuevo marco conceptual, jurídico, laboral y social del acoso sexual, mientras que las leyes españolas reconocen el derecho a la intimidad de todo ciudadano²³.

E) *Burnout* o Desgaste Profesional.

Es el resultado de un proceso de estrés laboral crónico y organizacional, que produce agotamiento emocional y desmotivación hacia las tareas laborales. Hay que hacer una salvedad con respecto al estrés, ya que el *burnout* produce un agotamiento emocional (no tanto físico) y una pérdida de motivación laboral.

“El *burnout* es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal que puede aparecer en personas que trabajan con gente de alguna forma”²⁴.

El desgaste profesional es producto del trabajo profesional y las situaciones que allí se producen. Su incidencia y prevalencia es más frecuente en los profesionales de educación y sanidad, siendo considerado por la legislación vigente como accidente de trabajo²⁵.

²² Código de Conducta de la comisión Europea.

²³ Art. 18 Constitución Española.

²⁴ Maslach y Jackson, 1986.

²⁵ Sala de lo Social del Tribunal Supremo, 26 de Octubre de 2000.

F) Inseguridad Contractual.

Es la preocupación acerca de la existencia de trabajo en el futuro, y la amenaza de características de trabajo diferentes referentes a la posición dentro de la organización u oportunidades de carrera. Destaca sobre los diferentes factores de riesgo por la importancia de sus consecuencias (continuidad laboral).

Se pueden diferenciar cuatro aspectos (Rodgers y Rodgers, 1989) bajo nivel de certeza sobre la continuidad del contrato, bajo nivel de control sobre el número de horas de trabajo y las condiciones del mismo, bajo nivel de protección social (desempleo o discriminación) y bajo nivel de control sobre la paga o salario.

Tanto la solvencia de la organización empresarial como el tipo de contrato de trabajo, son los indicadores más importantes de inseguridad laboral.

Según Benach, Amable, Muntaner y Benavides (2002), la percepción de inseguridad laboral es indicativo de un aumento de los problemas de salud y seguridad.

La legislación y jurisprudencia española proporcionan márgenes de seguridad en el propio contrato.

2.2.5 Otros Riesgos Psicosociales.

Los cambios que se presentan en el mercado a nivel económico, financiero y laboral, hacen posible la aparición de nuevas formas de riesgos psicosociales.

A) Trabajo Emocional.

“Es el autocontrol de la emociones positivas y negativas, especialmente de estas últimas que se derivan de la existencia de normas organizacionales sobre la expresión emocional en el desempeño de su puesto y que tiene como objetivo asegurar la satisfacción del cliente y la consecución de objetivos organizaciones.”²⁶

El trabajo emocional implica el control de las propias emociones para tratar de influir en las del cliente. Según Hirschfeld (2003), el trabajador puede establecer emociones organizacionalmente deseables en los clientes de dos maneras, mediante una actuación superficial (el trabajador manifiesta una emoción diferente a la que siente) o una actuación profunda (el trabajador modifica la emoción que siente

²⁶ Martínez Iñigo, 2001

y que expresa), que conlleva un trabajo cognitivo implícito que lo hace más auténtico.

B) Conflicto Familia-Trabajo.

La causa que provoca que se considere riesgo psicosocial, es que tanto la familia como el trabajo, ocupan el tiempo de las personas.

La entrada de la mujer en el mundo laboral de forma progresiva, ha supuesto que la organización en el seno familiar sea a veces muy difícil de conciliar.

El conflicto familia-trabajo aparece cuando las exigencias de la familia y el trabajo no son compatibles.

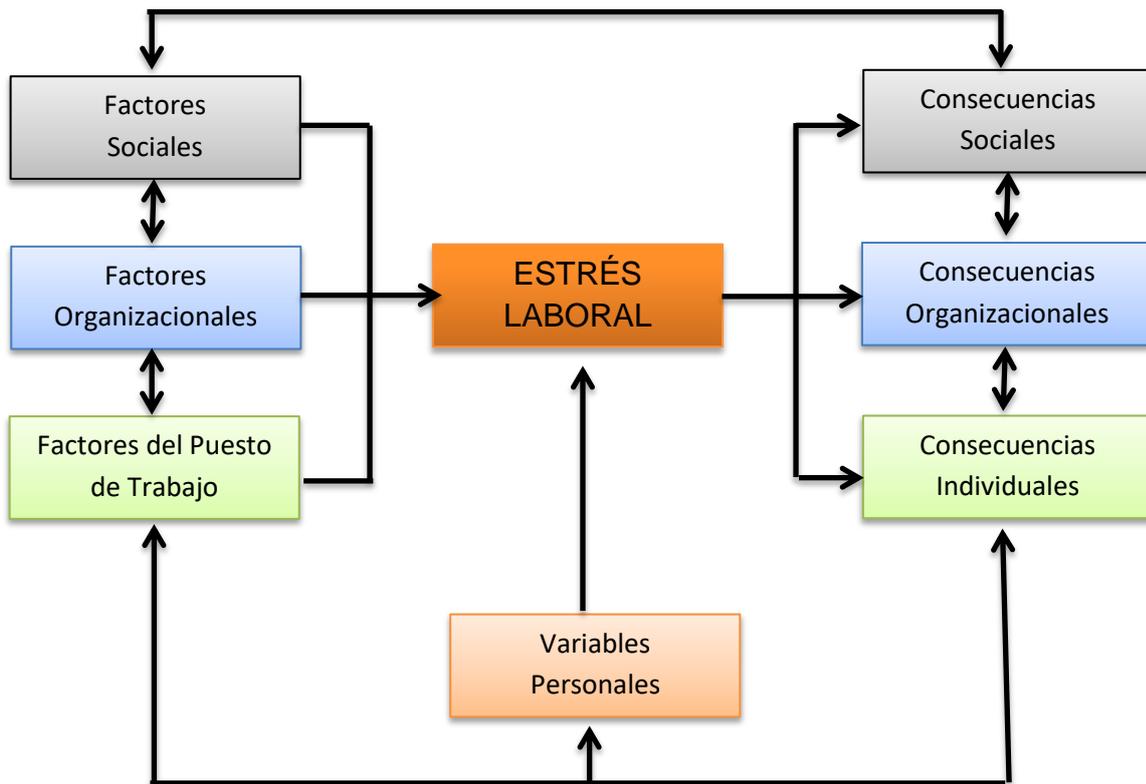
La Ley 39/1999, de 5 de noviembre, promueve la conciliación de la vida familiar y laboral de los trabajadores, y muestra la importancia del tema. El objetivo de la ley es facilitar la conciliación entre la familia y el trabajo, como derechos fundamentales de la Constitución, y crear un marco legal que lo posibilite.

2.3 MODELOS TEÓRICOS DE RIESGOS PSICOSOCIALES.

Como hemos podido ver anteriormente, el estrés es un riesgo psicosocial de tipo general, resultado de los factores psicosociales presentes en la organización (Eurofound, 2007).

Dentro del entorno laboral, el estrés aparece cuando la capacidad de las personas se ven superadas por las exigencias del entorno laboral. Para Cano (2002) el estrés laboral aparece cuando se produce una discrepancia entre las demandas del ambiente, y los recursos de la persona para hacerles frente (gráfico 1).

Gráfico 1. Proceso del estrés como riesgo psicosocial.



Nota: Variables generadoras de estrés laboral; modificado por M. B. Roozeboom, I. Houtman, S. Van den Bossche, 2008. S. Leka y T. Cox (Eds.), *The European Framework for psychosocial Risk management: PRIMA-EF*. (pp. 17-36).

El estudio del estrés presenta como principal problema, la forma en la que es estimado. Por lo que para ello han surgido diferentes modelos teóricos que intentan describir este fenómeno de una manera objetiva. El Modelo Socioambiental (French y Kahn, 2010), el Modelo de ajuste Entorno-Persona (French y Caplan, 1972), el Modelo Demanda-Control (Karasek, 1979), el Modelo Vitamínico (Warr, 1987), el Modelo Cibernético (Edwards, 1988), el Modelo de Demanda-Control-Apoyo (Karasek y Theorell, 1990) y el Modelo de Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa (Siegrist, 1996). De todos los modelos mencionados, tres son las principales teorías que han centrado el desarrollo del estudio del estrés:

A) Modelo de Ajuste Persona-Entorno (PE).

Este modelo de estudio del estrés, focaliza su objeto de intervención en identificar puntos de intervención preventiva (French y Caplan, 1972). Para ello intenta evaluar y predecir la manera que las características del entorno laboral y

personales del trabajador determinan el bienestar del trabajador. Varios han sido los estudios que han contribuido al desarrollo del Modelo PE, destacando las aportaciones de Levi (1972), French, Rodgers y Cobb (1974), Mc Grath (1976) y Dawis y Lofquist (1984).

A la hora de describir las características de la persona y del entorno, dentro de la persona se observan sus capacidades y necesidades, mientras que en el entorno monitorizamos las exigencias a las que deben hacer frente las capacidades del trabajador, así como las oportunidades que se ofrecen para satisfacer sus necesidades. De la monitorización de los elementos de la persona y del entorno, surgen el enfrentamiento de dos binomios, por un lado, el “ajuste necesidades-ofertas” y por otro el “ajuste exigencias capacidades”. En el “ajuste necesidades-ofertas”, hace alusión por parte de la persona a sus capacidades y aptitudes, frente a las oportunidades que el entorno ofrece para satisfacer las necesidades. El “ajuste exigencias-capacidades” manifiesta la manera que las aptitudes y capacidades de la persona satisfacen las exigencias del entorno.

Cuando existe una relación de igualdad entre la persona y el entorno da como resultado un nivel bajo de tensión psicológica y esta tensión psicológica se ve aumentada cuando las capacidades o necesidades de la persona están por debajo o encima de las exigencias del entorno.

B) Modelo Demanda-Control.

Centra su estudio en los estresores de los entornos de trabajo en materia de organización. Para ello, examina las demandas psicológicas, características psicosociales del trabajo y la combinación del control de tareas y las capacidades (Karasek, 1976, 1979) (Karasek y Theorell, 1990).

Intenta prevenir el riesgo de enfermedad en relación con el estrés y la relación del comportamiento activo-pasivo del puesto de trabajo. En este sentido, se ha utilizado en estudios de enfermedades crónicas, siendo una de ellas las enfermedades cardiovasculares, como la enfermedad coronaria (Schnall, Landsbergis, y Baker, 1994) (Brotman, Golden, y Wittstein, 2007).

Ofrece datos a nivel organizativo por medio de la dimensión demanda psicológica y la dimensión latitud de forma de decisiones. La primera hace referencia a cuanto se trabaja (conflictos, carga mental, imposición de plazos) y la segunda a tareas de organización de trabajo (toma de decisiones y ejecución de tareas).

El Modelo Demanda-Control muestra dos tipos de hipótesis sobre el funcionamiento psicosocial en el trabajo y que explica por medio de la tensión en el trabajo y el aprendizaje activo. La tensión en el trabajo se manifiesta por medio de la tensión psicológica más negativa (ansiedad y fatiga) y aparece cuando la exigencia psicológica del puesto es grande y hay poca toma de decisiones por parte del trabajador, dando lugar a reacciones de tensión psicológica. El aprendizaje activo muestra situaciones en las que las demandas psicológicas y el control sobre el trabajo es elevado pero sin llegar a ser excesivas, dando lugar al aprendizaje, al crecimiento personal y a la motivación (Johnson y Johansson, 1991).

Así, predice que la productividad se ve aumentada en los centros donde se ven favorecidos el crecimiento personal y el aprendizaje. De igual modo que situaciones de baja exigencia y control, da lugar a ambientes laborales muy poco motivadores que generan pérdida de aprendizajes adquiridos, baja motivación y conductas negativas para el trabajador y la organización.

Años más tarde se le añadió una tercera dimensión, el “apoyo social” (Johnson, 1986), debido a que puestos de trabajo con exigencias elevadas, bajo control y poco apoyo social, presentan mayor riesgo de enfermedades de carácter crónico, como pueden ser las cardiovasculares. La aportación supuso la presencia del “apoyo social” al modelo y puso de manifiesto la necesidad de evaluar las relaciones sociales en el estudio del estrés en el medio laboral (Johnson y Hall, 1988). De esta manera, con la incorporación del “apoyo social” al modelo, se hace efectivo cualquier tipo de interacción a todos los niveles, tanto al mismo nivel (compañeros) como a niveles superiores (jefes, supervisores).

C) Modelo Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa.

El modelo de Johannes Siegrist (1996) es una de las teorías más actuales para estudiar el estrés a nivel laboral. Parte de la teoría de que el estrés laboral aparece cuando se da la combinación de un elevado nivel de esfuerzo y una baja recompensa. El desequilibrio se crea entre el esfuerzo y la recompensa recibida impacta de manera negativa en el trabajador (autoestima, status social merecido), perdiendo el trabajo su efecto motivacional y regulador emocional basado en la reciprocidad (Gil-Monte, 2010).

Explica el nivel de esfuerzo por medio de dos factores, uno es el factor intrínseco, que depende de la capacidad de afrontamiento del trabajador en relación

a las demandas que precise la situación y el factor extrínseco, que hace referencia a las demandas de la organización (trabajo). Dentro del factor extrínseco, el modelo incluye el esfuerzo de carácter físico y psicológico, enfatiza la posibilidad de que el trabajador tenga una percepción no real entre el esfuerzo realizado y la recompensa recibida (sujeto excesivamente comprometido u overcommitment), que es característico de personas que exageran los esfuerzos que realizan (Siegrist, 1996).

Las recompensas que propone el modelo son de tres tipos. La primera sería de tipo monetario, por medio de un salario adecuado. La segunda sería la estima, la seguridad en el puesto de trabajo y la oportunidad de promoción. Y la tercera comprende el status profesional, el apoyo social y el respeto, que se reflejan en el control de aspectos de la vida laboral. El desequilibrio entre las elevadas demandas y la escasa recompensa pueden desencadenar sentimientos de amenaza, ira, moral baja y depresión (Gil-Monte, 2010).

Este tipo de modelo, ha generado un número considerable de estudios, que manifiestan riesgos psicosociales en el trabajo, enfermedades cardiovasculares y problemas psicosomáticos (De Cuyper, De White, Kinnunen y Nätti, 2010) (Berkman, Buxton, Ertel y Okechukwu, 2010).

Este modelo tiene una gran similitud con el Modelo Demanda-Control de Karasek, pero sustituye el concepto de control por las recompensas que recibe de su puesto de trabajo. De esta manera, el desequilibrio influye negativamente aspectos como la autoestima y la percepción de estatus social, con lo que el trabajo pierde su función emocional reguladora y motivacional que se basa en la reciprocidad.

2.4 MÉTODOS DE EVALUACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES.

En el campo de la prevención de riesgos, el instrumento básico sobre el que se centra toda acción es la evaluación de los riesgos laborales. Esta metodología de actuación es regulada por la LPRL²⁷, que más tarde fue modificada por la Ley 54/2003²⁸.

El objetivo de los diferentes métodos de evaluación de los riesgos psicosociales, se centran en modelos generales de estrés organizacional, que buscan una visión global de estos riesgos que pueden afectar a trabajadores, para

²⁷ LEY 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

²⁸ Ley 54/2003, de 12 de diciembre, de reforma del marco normativo de la prevención de riesgos laborales.

que puedan ser controlados y prevenidos. De este modo, se intenta mejorar bienestar general a nivel de la organización y de los empleados.

Para poder llevar a cabo el análisis, control y prevención de dichos riesgos, se han elaborado multitud de instrumentos de la mano de Mutuas de trabajo, Organismos autonómicos, Nacionales o Universidades.

A) Método de evaluación de riesgos psicosociales FPSICO.

Elaborado por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (Martín Daza y Pérez Bilbao, 1997). Este método va por su tercera versión en la actualidad. La primera versión que vio la luz (v. 3.0) tenía un total de 75 preguntas y evaluaba 7 factores. Más tarde, en el año 2012 se actualizó a la v. 3.1 que elevaba el número de preguntas a 89 y 9 factores de riesgo psicosocial (tiempo de trabajo, autonomía, carga de trabajo, demandas psicológicas, variedad/contenido de trabajo, participación/supervisión, interés por el trabajador/compensación, desempeño de rol y relaciones/apoyo social). Posee una aplicación informática que presenta los resultados de dos formas, un perfil descriptivo (media, desviación típica, mediana y rango) y otro valorativo (adecuado, moderado, elevado y muy elevado) que transforma las puntuaciones de cada factor psicosocial en percentiles (Pérez Bilbao y Nogareda Cuixart, 2012). En el 2018, ha sufrido su última actualización con la v. 4.0, manteniendo el mismo número de preguntas y factores de riesgo psicosociales, pero mejorando la gestión de la aplicación para el administrador, pudiendo obtener informes agrupados y comparativos por unidad de análisis (INSST, 2018).

B) Modelo ISTAS 21.

Es una adaptación validada al castellano del Cuestionario Psicosocial de Copenhague (CoPsoQ). La primera versión de este modelo apareció en 2003, para sufrir en 2010 algunas mejoras por medio de la versión 1.5 (ISTAS, 2010), y la última actualización ha sido en el 2014 con su versión 2 (Moncada, Llorenc, Andrés y Molinero, 2014). Posee tres versiones según el tamaño de trabajadores de la empresa. La versión media (destinada a empresas de más de 25 trabajadores) ha pasado de evaluar 20 factores, a través de 5 dimensiones por medio de 124 ítems en la versión 1.5, a 6 las dimensiones manteniendo los 20 factores (exigencias psicosociales en el trabajo, conflicto trabajo/familia, control sobre el trabajo, apoyo social/calidad de liderazgo, compensaciones del trabajo, y capital social) mediante

109 ítems en la versión 2. La versión corta (empresa de menos de 25 trabajadores) ha aumentado a 15 los factores analizados (en lugar de 6 en la versión 1.5) y el número de preguntas lo ha reducido a 30 (38 en la versión 1.5). Existe una versión larga que está destinada exclusivamente a investigación.

C) Método del Instituto de Ergonomía Mapfre (INERMAP).

Desarrollado por el instituto Mapfre, tiene diferentes versiones, ya que nace de la premisa que cada sector profesional tiene sus propios riesgos psicosociales. Para el sector educativo tiene la versión EDUMAP, OFIMAP para administrativos u oficina, PSICOMAP para la industria, SANIMAP en sector sanitario, TELEMAT para sector de teleoperadores y PSICOPYME para empresas pequeñas. Evalúa seis dimensiones psicosociales como son distribución/diseño, comunicación, control/liderazgo, carga mental, turnicidad y satisfacción social (Gracia Camón, 2003).

D) Factores Psicosociales.

Desarrollado por el Instituto Navarro de Salud Laboral (Lahera y Nogareda Cuixart, 2006). El método evalúa 4 factores psicosociales (participación/implicación/responsabilidad, formación/información /comunicación, gestión del tiempo y cohesión del grupo) a través de 30 preguntas, otorgando la etiqueta de adecuada, inadecuada o muy inadecuada.

E) Batería MC Mutual-UB.

Método desarrollado entre la Universidad de Barcelona y MC Mutual en colaboración con Guardia, Però y Barrios (Guardia Olmos, Però, y Barrios Cerrejón, 2008). Destinado al análisis PYMEs. Se compone de tres instrumentos: checklist que cumplimenta el técnico (12 ítems), entrevista al responsable de áreas/departamento y cuestionario a los trabajadores (46 ítems). Evalúa un total de siete dimensiones (comunicación, organización del tiempo de trabajo, formación/desarrollo, participación, contenido del trabajo, efectos sociales, y exigencias de la tarea/entorno de trabajo). Los resultados los expresa mostrando medias de cada factor analizado (perfil valorativo) y porcentaje de cada opción de respuesta a las preguntas (perfil descriptivo). También asigna el nivel de riesgo a cada dimensión por medio de riesgo muy elevado, riesgo elevado, riesgo moderado y ausencia de riesgo.

F) Método MARC-UV.

Está formado por dos grupos de baterías de preguntas que se utilizan por separado: Batería de Valencia PREVACC y Batería de Factores Psicosociales de Salud Laboral (BFPSL). Elaborado por la Universidad de Valencia. La BFPSL evalúa factores organizaciones y riesgos psicosociales (Meliá, 2007) y consta de un total de 150 ítems. La Batería de Valencia PREVACC analiza factores psicosociales relacionados con enfermedades profesionales y accidentes laborales (Meliá, 1998) y consta de 77 ítems repartidos en cuestionario a trabajadores, cuestionario para el técnico y cuestionario de formación subjetiva y objetiva para el técnico.

G) Método PREVENLAB-PSICOSOCIAL.

Este método se basa en el modelo AMIGO (Análisis Multifacético para la Intervención y Gestión Organizacional) (Peiró, 1999) y se elaboró en la Universidad de Valencia (Peiró, 2006). Evalúa los riesgos psicosociales por medio de: sistemas de trabajo, tecnología en el trabajo, estructura de la organización, infraestructura/recursos disponibles, clima social/comunicación, gestión de recursos humanos, estilo de dirección, personas/grupos de trabajo, misión/cultura de empresa, ambiente de la organización y estrategia empresarial.

H) Cuestionario RED-WONT.

Elaborado por la Universidad Jaume I de Castellón bajo el equipo de trabajo WONT (work and organizacional network) dio lugar al Cuestionario RED (resources, emotions and demands). El cuestionario consta de 150 ítems y está formado por 37 escalas, en las que evalúa riesgos psicosociales, consecuencias psicológicas y organizacionales (Salanova, Llorenc, Cifre y Martínez, 2006). Posee cuatro versiones: RED TIC para empleados de tecnologías de la comunicación y de la información, RED TT para teletrabajadores, RED UNI para estudiantes universitarios y RED ADI para analizar la adición al trabajo.

I) Cuestionario DECORE.

Elaborado en la Universidad Complutense de Madrid (Martín García, Jaén Díaz, y Luceño Moreno, 2005). Evalúa 4 riesgos psicosociales: demandas cognitivas (cuantitativas y cualitativas), recompensas, apoyo organizacional y control del trabajo (tipo de tarea, lugar de trabajo y método). Consta de 44 ítems que expresan

los resultados en base a 4 niveles de riesgo: emergencia, alerta, saludable y nivel excelente.

2.5 SATISFACCIÓN LABORAL.

La satisfacción laboral es uno de los mejores indicadores de la calidad de la vida laboral. Es una prolongación del concepto salud y su combinación con la importancia que representa el trabajo en la vida personal. Su estudio es muy amplio, dando como resultado un gran número de definiciones desde cualquiera de las disciplinas que ha sido objeto de estudio (Seashore, 1974).

En este sentido, la OMS, en 1974 definió la salud como el “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad”, dando importancia a aspectos psicológicos que influyen nuestro entorno socioeconómico, familiar, emocional, laboral y medioambiental, quedando la satisfacción laboral y personal íntimamente relacionadas (Frias Azcárate, 2006).

Partiendo de la premisa, que por medio del trabajo podemos satisfacer parte de las necesidades del individuo y la importancia que tiene el trabajo en la vida de las personas, podemos deducir el interés que ha suscitado el estudio de la satisfacción laboral, que se remonta a los conceptos de la psicología del trabajo más antiguos (Muñoz Adánez, 1990).

La satisfacción laboral ha ido tomando importancia desde 1930 y se ha relacionado con aspectos individuales y organizativos, dando lugar a su abordaje desde el punto de vista personal, satisfaciendo las necesidades de la persona a través del trabajo, y el social, con la interacción de la persona con el entorno e interrelaciones sociales y calidad de vida de la sociedad (Blanco Roca, García Hernández, y Padrón Hernández, 2001).

El abordaje de su definición, manifiesta aspectos por los que llegamos a sentirnos insatisfechos o satisfechos por medio de la interacción entre las expectativas de la persona y la realidad laboral, al igual que refleja el grado en que el trabajo se ajusta a los deseos de la persona y cubre sus necesidades. Pero para poder elaborar una definición adecuada, la satisfacción debe conjugar el componente afectivo, cognitivo y comportamental del individuo y el laboral (Anaya & Suárez, 2010).

2.6 PRINCIPALES DETERMINANTES DE SATISFACCION LABORAL.

El origen multidimensional de la palabra satisfacción laboral, ha originado el uso indistinto con términos como motivación, calidad de vida laboral, etc., debido a la ambigüedad de los vocablos y la relación que los une. Por lo tanto, vamos diferenciar algunos términos que intervienen en la satisfacción laboral y que en ocasiones pueden utilizarse indistintamente:

A) Calidad del trabajo.

Tiene un concepto multidimensional, en el que se relacionan por un lado el esfuerzo-recompensa (aspecto económico) y por otro lado las condiciones de trabajo, intensidad del trabajo, contenido, salud laboral y las relaciones con compañeros y superiores (aspecto psicológico). En la calidad del trabajo tiene que verse integrada la satisfacción laboral en todos los estados de la Unión Europea (Truchero, Machado, Llorente y Arechavala, 2010).

B) Calidad de vida laboral.

Es un proceso continuo y dinámico de la actividad laboral, que comprende condiciones relacionadas con el trabajo que son importantes para la satisfacción, motivación y rendimiento laboral.

La calidad de vida laboral se puede estructurar en condiciones objetivas, las cuales están relacionadas con el entorno laboral y es puesto de trabajo, y condiciones subjetivas, que manifiesta la relación existente entre su experiencia psicológica y el propio trabajador.

Dentro de este contexto, tenemos que incidir, en que la satisfacción laboral es un indicador de la calidad de vida laboral, y no se puede utilizar indistintamente (Casas, Repullo, Lorenzo y Cañas, 2002).

C) Comportamiento organizacional.

Analiza el impacto de los individuos, grupos y estructuras sobre las actitudes de los trabajadores dentro de las organizaciones con la finalidad de usar los conocimientos adquiridos en el aumento de la eficacia de la empresa. Por ello, su acción está centrada en el compromiso organizacional, satisfacción laboral y motivación laboral (Robbins, 1996).

D) Compromiso organizativo.

Es la fuerza con la que un individuo se identifica con una organización en particular y su implicación en ella (Mowday, 1998). El compromiso organizativo tiene un concepto más global, que enfatiza un sentimiento afectivo a la organización, como son las metas y valores, siendo más estables a lo largo del tiempo. A diferencia de él, la satisfacción laboral es inherente al puesto de trabajo y a los aspectos laborales y tiene un sentimiento más inmediato y específico al entorno de trabajo y a las tareas que se desarrollan (Porter, Steers, Mowday y Boulian, 1974).

E) Clima laboral.

Es una dimensión que forma parte del comportamiento organizacional y diferente a la satisfacción laboral. La relación existente entre la satisfacción laboral y el clima laboral se va a ver influenciada por factores como el apoyo a los empleados desde la organización, la percepción del individuo de la organización y el clima real, política y reglamento de empresa, grado de libertad de toma de decisiones e independencia del trabajador en temas de innovación. Por lo que se puede decir que para el trabajador es la percepción conjunta que tiene de la organización, a partir de apreciaciones subjetivas y objetivas de la empresa (Álvarez Carrillo y Villalobos Hidalgo, 1999).

F) Moral en el trabajo.

Es el sentimiento de satisfacción y cohesión que genera el grupo en la realización y obtención de los objetivos, por medio de las pautas y normas de conducta que el grupo ha aceptado externamente o han sido fijadas internamente (Alfaro de Prado, Rodríguez Félix, y Román Onsaló, 1999). De esta definición se deduce que es un sentimiento de grupo, el cual comparten la consecución del logro como un objetivo compartido.

Su estabilidad en el tiempo puede variar positiva o negativamente en función de la personalidad individual, expectativas, valores internos, etc. (Puchol Moreno, 1997).

G) Motivación.

Respecto a la definición de motivación, hay diferentes formas de expresarla, pero la mayoría hace referencia a la fuerza y energía que de manera individual está

dispuesta hacer una persona en la actividad que le ocupa (Walker, Churchill, y Ford, 1977) (Latham y Pinder, 2004, 2005). De esta expresión, hay que hacer hincapié en que su finalidad está encaminada a la consecución del objetivo pretendido, de forma que la satisfacción final resulta de la valoración de lo conseguido, del producto del comportamiento y de su acción.

Expertos en el campo de la psicología han intentado dar una clasificación de la motivación desde el punto del trabajador, diferenciando motivación intrínseca que se genera de factores internos del individuo (satisfacción personal) y la motivación extrínseca que es inducida por factores externos a la persona (aumento de salario, reconocimiento social). Desde la perspectiva del estímulo percibido, encontramos la motivación *positiva*, la cual llega como un premio o recompensa y la motivación *negativa*, en la que el refuerzo provocado por la conducta del trabajador se asocia a castigo o amenaza (Ryan y Deci, 2000).

2.7 MÉTODOS TEÓRICOS SOBRE SATISFACCION LABORAL.

El desarrollo y evolución que ha sufrido el estudio de la satisfacción laboral a largo de la historia, ha sido gracias a la aportación de diversos autores y modelos teóricos.

El pionero y considerado el primer teórico en el estudio de las organizaciones, fue Taylor en 1969, a través de sus estudios sobre la Administración Científica a través de la cual enunció los cuatro principios de la administración científica en los que postulaba que su método disminuía el desempleo y aumentaba la remuneración y formación de los obreros (Taylor y Fayol, 1987). Hasta este momento no se contemplaban el factor psicológico de la persona, que más tarde fue incorporado a por medio de los estudios de Mayo, por el que se le considera el precursor de la teoría de las relaciones humanas, y defendía que el empleado debía ser escuchado por su superiores para que existiese cooperación del trabajador en los proyectos y poder alcanzar los objetivos fijados (Mayo, 1933). Posteriormente, surgen los estudios sobre los tipos de necesidades que presentan los trabajadores, mediante la Teoría Bifactorial, que identifica los factores higiénicos y motivadores (Herzberg y Hamlin, 1963).

Considerados estos tres acontecimientos, como los momentos que han marcado la evolución de los estudios sobre la satisfacción laboral, se han definido

tres etapas de estudio, que corresponden con tres escuelas (Locke, 1976). La Escuela físico-económica es el primer tipo que se dio, correspondiendo con la Teoría de la Administración Científica del Trabajo de Taylor que se centra en los efectos de las condiciones físicas y fisiológicas del trabajo (luz, ventilación, descansos, etc.). Le siguió la Escuela de Relaciones Humanas, que da un sentido más humanizado de la organización y en el que hay un vínculo entre las relaciones humanas y la satisfacción en el trabajo, y en los que destacaron los estudios de Hawthorne de Mayo. La tercera es la Escuela del Desarrollo, cuyo precursor fue la Teoría Bifactorial de Herzberg a finales de los años 50 (Locke, 1976).

A partir de la Teoría de Herzberg, los estudios se han centrado en los aspectos de la persona, facetas de la tarea, la organización y la satisfacción, organizando la proliferación de las diferentes teorías en las que se centran en el contenido y en el proceso. De esta manera fueron clasificadas por Campbell, cuyas investigaciones se centran en las necesidades del individuo e intenta buscar los factores ambientales y personales que estimulan su comportamiento por medio de las Teorías de Contenido, y las Teorías de Proceso que indaga en los mecanismos que activan el acto motivacional por medio de la generación del deseo, desarrollo de expectativas-recompensas, interfiriendo en la relación motivación-satisfacción (Campbell, Dunnette, Lawler y Weick, 1970).

2.7.1 Principales Teorías de Contenido.

A) Teoría de la Jerarquía de las Necesidades de Maslow.

Maslow en 1943, sostiene que la satisfacción de las necesidades humanas se cubre mediante una jerarquía de las mismas. Una vez que se cubren las necesidades más esenciales de la vida, nos dirigimos a satisfacer necesidades del nivel superior y así progresivamente.

Para ello, el autor define las necesidades básicas de la persona en cinco niveles en forma de pirámide, en las que en el nivel más bajo y esencial están las necesidades fisiológicas (alimentación, descanso, respiración, etc.), seguidamente la necesidad de seguridad y protección (física, empleo, recursos, familia, etc.), en tercer escalón las necesidades sociales y de pertenencia (amistad, afecto, etc.), en el cuarto la necesidad de estima (respeto, éxito) y en el nivel más alto la necesidad de autorrealización.

A través de su teoría sostiene que el trabajo ayuda a satisfacer las necesidades más esenciales y de nivel inferior, y contribuye a alcanzar necesidades de niveles superiores que para obtener el bienestar de la persona (Maslow, 1943) (Murillo, 1991).

B) Teoría Bifactorial de Satisfacción.

Explica que los factores que producen satisfacción o insatisfacción guían el comportamiento de la persona para alcanzar su crecimiento y autorrealización y para ello distingue dos factores que influyen sobre la satisfacción laboral. Diferencia los factores higiénicos o extrínsecos, los cuales solamente pueden prevenir la insatisfacción o evitarla cuando exista, pero no pueden producir satisfacción (supervisión, condiciones generales de trabajo, relaciones con compañeros). Por otro lado están los factores motivadores o intrínsecos, causante de la satisfacción (actividades que hacen referencia al contenido del trabajo: interés en la tarea, logro personal, reconocimiento) (Herzberg y Hamlin, 1963).

C) Teoría de Necesidades.

Dentro de esta teoría, podemos destacar la Teoría de Clayton Alderfer o ERG (Existence, Relationship y Growth), que partiendo de la Teoría de Maslow, reduce sus cinco necesidades a tres (existencia, relación y crecimiento). En la necesidad de Existence agrupa las necesidades básicas, como las fisiológicas y de seguridad de Maslow. La necesidad de Relationship se refiere a las necesidades sociales entre individuos (tercer escalón de la Teoría de Maslow), y la necesidad de Growth comprende la necesidad de estima y autorrealización (cuarto y quinto escalón de Maslow), el cual incide en el crecimiento interno de la persona. También muestra que un individuo puede intentar satisfacer más de una necesidad al mismo tiempo y que la no satisfacción de una necesidad de nivel superior, aumenta el deseo de conseguir satisfacer una necesidad de inferior nivel (Alderfer ,1969).

McClelland, al igual de Alderfer, redujeron las necesidades de Maslow a tres tipos: realización o logro, afiliación o pertenencia y poder o control. McClelland destaca la importancia de la faceta cultural y social en los procesos aprendidos del individuo para satisfacer las necesidades que el mismo se fija como objetivo. La necesidad de Realización o Logro se refiere a las ganas de sobresalir, asumir responsabilidades y luchar por tener éxito en la búsqueda de la excelencia, huyendo

del logro de méritos al azar. La necesidad de Afiliación o Pertenencia muestra el deseo de tener relaciones interpersonales, anteponiendo las situaciones de cooperación y colaboración a las de competencia. La necesidad de Poder o Control va a reflejar la necesidad de conseguir lograr tener influencia y control sobre individuos, de manera que sin su indicación no lo habrían realizado. Esta teoría incide en localizar el tipo de necesidad presente en los individuos y poder ubicarlos en el medio más adecuado para su satisfacción a nivel organizacional (McClelland, 1961).

2.7.2 Principales Teorías de Proceso.

A) Modelo de Expectativas.

El modelo defiende que la intensidad para actuar de una determinada manera es en función de la expectativa que el acto tenga como resultado un u otro valor y lo apetecible que sea para la persona. Es decir, que el individuo que ha realizar un mayor esfuerzo, cuando cree que esa acción va tener un buen resultado, originando recompensas por parte de la organización que a su vez satisfagan las necesidades del trabajador (Vroom, 1964).

La teoría establece tres relaciones, esfuerzo-desempeño (probabilidad que tiene el trabajador para realizar un esfuerzo que le llevará al desempeño), desempeño-recompensa (grado de desempeño del individuo que le reportará el resultado deseado) y recompensa-metas personales (grado de satisfacción del trabajador y lo atractivas que son las recompensas que ofrece la organización).

Según esta teoría la motivación se debe a la combinación de tres factores:

- a) Valencia: Es el deseo que muestra el individuo por conseguir un determinado objetivo o meta. Es individual de cada persona y puede variar en el tiempo.
- b) Expectativa: Es certeza de que el esfuerzo de su trabajo tendrá el efecto deseado. Depende de la percepción sobre si misma de la persona.
- c) Instrumentalidad: Es la valoración que hace la persona de que, al realizar su trabajo, la organización valore y ofrezca la recompensa adecuada.

B) Modelo de Equidad.

Este modelo incide en los efectos de motivar positivamente o negativamente la capacidad del individuo para comparar el ambiente interno y externo que le rodea, es decir la relación que existe entre la motivación laboral y las distribuciones organizativas en relación al nivel de eficiencia de su trabajo y las recompensas recibidas comparadas con las de sus compañeros. Adams establece que además de interesarles las recompensas por su trabajo, éstas deben ser equitativas y las compara con otras personas de su organización o no. De este modo, la situación de comparación con otros compañeros cuya relación aporte-recompensa sea igual, se considera una situación equitativa. Si la comparación da como resultado que el empleado es recompensado excesivamente, compensará la situación con conductas de mayor intensidad en el trabajo e influir en sus compañeros. Por el contrario, los compañeros que establezcan una comparación de desigualdad, están en situaciones de tensión que intentan compensar con absentismo, disminución de esfuerzo, etc. (Adams, 1965).

C) Modelo de Expectativas.

Se aproxima mucho al modelo propuesto por Vroom (1964), en el que se diferencian 3 variables a nivel motivacional en el proceso de ejecución.

- a) Esfuerzo: Energía empleada en una determinada situación (fuerza necesaria para realizar la tarea). El esfuerzo va en función de la percepción de recompensa y posibilidad subjetiva que la recompensa dependa del esfuerzo.
- b) Habilidad: Capacidad del individuo para realizar la tarea. Se ve condicionada por la inteligencia, las habilidades manuales, etc. Están compuestas por variables individuales de las personas que permanecen más o menos estables a lo largo del tiempo.
- c) Percepción de rol: Es el tipo de actividad y de conducta que la persona percibe que debe realizar para ejecutar su trabajo con éxito.

La relación de estas variables se puede sintetizar diciendo que un elevado esfuerzo repercute en una mejor ejecución en la medida que se tengan habilidades para la tarea y la percepción de rol sea consecuente con las de los individuos que tienen de valorar su ejecución (Porter y Lawler, 1968).

D) Modelo de Modificación de la Conducta.

El inicio de sus estudios se sustentó en animales, para más tarde probarlo en seres humanos, indicando los comportamientos y las reacciones que se tienen frente a un estímulo. Su teoría sostiene que, para provocar cambios de conducta duraderos, la crítica no es válida y puede desencadenar resentimiento.

Habla sobre dos tipos de refuerzos, el positivo y el negativo. El refuerzo positivo se basa en recompensas por el trabajo bien realizado, generando cambios en el comportamiento que a menudo son en el sentido deseado (modifica el comportamiento y enseña). El refuerzo negativo se sustenta en amenazas de sanciones que provocan el cambio de comportamiento pero de una forma indeseable e impredecible (Winokur, 1971).

E) Modelo de Discrepancia.

Es una de las teorías más influyentes de la motivación laboral. Se basa en que la satisfacción del trabajador se producirá en función del nivel de ejecución logrado si logra sus propósitos (Locke, 1968). Por ello, las metas de la organización deben ir en consonancia con las de los trabajadores, ya que de ello va a derivar la conducta del individuo y por consiguiente en la realización de su tarea.

Presenta a nivel laboral tres variables, satisfacción con las facetas (valoración afectiva de las variables laborales individuales), descripción de las facetas (percepciones afectivas relacionadas con las experiencias específicas del trabajo) e importancia de las facetas (importancia personal o valoración propia de la persona respecto a variables laborales individuales).

Referente al concepto de discrepancia, hay dos facetas que determina la satisfacción laboral, por un lado, hablamos de la faceta particular que el individuo siente que tiene en el trabajo y le gustaría tener (lo que él da al trabajo) y por otro, el grado de importancia personal o valor que el individuo otorga a cada faceta de su tarea (lo que percibe en base a su trabajo). El desequilibrio entre estas dos facetas va a producir insatisfacción (E. Locke, 1976; E. A. Locke, 1968) (Locke, Frederick, Lee y Bobko, 1984).

2.8 MÉTODOS DE EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN LABORAL.

La finalidad de la medición de la satisfacción laboral en el entorno laboral se va a centrar en el binomio trabajador-organización, para conocer, controlar, prevenir y modificar conductas negativas, obtener información y fomentar el flujo de comunicación.

Los métodos utilizados para llevar a cabo esta evaluación se centran en entrevistas, grupos de discusión y encuestas o cuestionarios. La literatura consultada sobre los diferentes cuestionarios elaborados estandarizados para dicha medición, están fundamentados en las distintas teorías explicadas en el apartado anterior y en el análisis de las distintas dimensiones de la satisfacción laboral.

A) Cuestionario General de Satisfacción en Organizaciones Laborales.

Es un cuestionario S4/82 (Meliá, Peiró, y Calatayud, 1986) elaborado para medir de manera eficaz y eficiente la satisfacción laboral de los recursos humanos en la empresa. Evalúa un total de seis factores (satisfacción con la supervisión y la participación en la organización, con el ambiente físico del trabajo, prestaciones materiales y compensas complementarias, satisfacción intrínseca del trabajo, satisfacción con la remuneración, prestaciones básicas, seguridad en el empleo y con las relaciones interpersonales). Se compone de un total de 82 ítems con siete opciones de respuestas (muy, bastante o algo insatisfecho, indiferente y algo, bastante o muy satisfecho, con puntuaciones de 1 para muy insatisfecho hasta 7 para muy satisfecho). Posteriormente se han elaborado versiones más cortas que han mantenido su utilidad diagnóstica, fiabilidad y validez. Estas versiones son la S20/23 (Meliá y Peiró, 1989b) que se compone de 23 ítems extraídos de su antecesor S4/82, con mismas opciones de respuestas, pero con la evaluación de 5 factores (satisfacción con la supervisión, ambiente físico, con las prestaciones, satisfacción intrínseca del trabajo y satisfacción con la participación. La última versión es la S10/12 (Meliá y Peiró, 1989a) con solamente 12 ítems con mismas opciones de respuesta y que redujo los factores a analizar a tres (satisfacción con la supervisión, con el ambiente físico y con las prestaciones recibidas).

B) Cuestionario de Satisfacción Laboral de Profesionales de la Salud.

Dentro de este apartado, vamos a empezar por el cuestionario para Equipos de Atención Primaria (CSLPS-EAP) (Peiró, González, Zurriaga, Ramos y Bravo, 1989) que consta de 73 ítems. Mide un total de 14 factores: satisfacción con el equipo, con la retribución e incentivos, con las condiciones ambientales y medios del equipo, intrínseca del trabajo, elección y actuación de los coordinadores, con la empresa y relaciones con otras unidades, con la carga de trabajo, con los procedimientos para cubrir sustituciones y vacantes, con los usuarios, promociones y normativa, definición, planificación y evaluación de objetivos y actividades, estabilidad de empleo, horarios y guardias, y satisfacción con otras unidades y la composición del equipo.

Más tarde, con la finalidad de ahorrar esfuerzo y tiempo, el cuestionario CSLPS.EAP, sufrió una modificación que se denominó CSLPS.EAP/33 (Lloret y González-Romá, 1992), pasando a tener 33 ítems y reduciendo los factores a analizar a ocho: satisfacción con el equipo, con la retribución, con las condiciones ambientales del trabajo y medios del equipo, satisfacción intrínseca del trabajo, con la empresa y relaciones con otras unidades, con la carga de trabajo, con el grado de autonomía en el trabajo y con la definición de objetivos y actividades. La escala de respuesta oscila desde muy insatisfecho hasta muy satisfecho, con puntuaciones de 1 hasta 7.

Derivado del cuestionario CSLPS-ESP, también surgió otro sistema de evaluación de satisfacción laboral llamado Cuestionario Modular de Satisfacción Laboral para Profesionales de la Salud que se identificó con las siglas BOP (Bravo, Peiró, y Llorens, 1991). Está compuesto por un total de 66 ítems que se dividen en tres módulos. Un módulo básico (destinado a todos profesionales de la salud) de 32 ítems que mide seis factores (satisfacción intrínseca, posibilidad de formación y desarrollo del trabajo, satisfacción con incentivos y retribuciones, satisfacción con ambiente físico y disponibilidad de personal auxiliar, satisfacción con autonomía de tareas y claridad de tareas, satisfacción por horarios y carta de trabajo, y satisfacción con relaciones con los pacientes y compañeros. Otro modulo organizacional (destinado a profesionales de salud cuyo rol sea en organizaciones laborales) de 26 ítems que van a medir cuatro factores (satisfacción de relaciones con la empresa en aspectos normativos, sistemas de comunicación y evaluación, con el trabajo en equipo, política de distribución del personal, selección y sustitución, y satisfacción

con el funcionamiento, eficacia y composición del equipo de trabajo. El tercer bloque es el público (para profesionales que trabajen en centros públicos) de 8 ítems y solamente dos factores (satisfacción de coordinación de diferentes unidades sanitarias, satisfacción de promociones y traslados, y satisfacción con reparto de pacientes y normas de prescripción de medicamentos).

C) Cuestionario de Satisfacción de Font Roja.

Elaborado para medir satisfacción laboral en los profesionales sanitarios de centros hospitalarios (Aranaz Andrés, 1988), consta de 24 ítems en los que se agrupan un total de 9 factores que exploran las siguientes dimensiones de satisfacción laboral: satisfacción en el trabajo, tensión relacionada con el trabajo, competencia profesional, presión laboral, promoción profesional, relación interpersonal con sus superiores, relación interpersonal con los compañeros, características extrínsecas de status y monotonía laboral. Las opciones de respuesta son en una escala de 1 a 5, en el sentido de menor a mayor satisfacción.

D) Minnesota Satisfaction Questionnaire (MSQ).

Cuestionario destinado a la medición de los aspectos gratificadores para el individuo, junto con las necesidades vocacionales del cliente, asesorar sobre estudios de seguimiento y proporcionar información sobre los aspectos reforzadores en los trabajos. Presenta tres modalidades, dos de ellas largas (versión de 1967 y versión de 1977) y una corta. Las versiones largas miden 20 aspectos laborales (utilidad de habilidad, logro, actividad, adelanto, autoridad, compañía de policías, compensación, compañeros de trabajo, creatividad, independencia, valores morales, reconocimiento, responsabilidad, seguridad, estatus social, servicio social, supervisión-relaciones humanas, supervisión-técnica, variedad y condiciones de trabajo) y satisfacción general, con cinco opciones de respuesta y un total de 100 ítems. La versión corta consta de 20 ítems con cada una de las preguntas que mejor representa cada uno de los 20 aspectos laborales de las escalas largas y los agrupa en factores de satisfacción intrínseca, extrínseca y también satisfacción general (Weiss, Dawis, y England, 1967)

E) Job Descriptive Index (JDI).

Se trata de un cuestionario multidimensional que mide los sentimientos del trabajador sobre el empleo que posee. Consta de un total de 72 ítems referente a cinco aspectos laborales (salario, el trabajo propio, promoción, supervisión y los compañeros) con tres opciones de respuesta (Smith, Kendall, y Hulin, 1969).

Más tarde, y de forma adicional a la escala JDI, se desarrolló el cuestionario Job in General scale (JIG), el cual mide satisfacción global por medio de 18 ítems, y que pueden tratarse junto al JDI (Ironson, Smith, Brannick, Gibson y Paul, 1989).

F) Overall Job Satisfaction.

Se trata de una escala de satisfacción laboral que refleja la experiencia de los trabajadores remunerados y muestra una respuesta afectiva al contenido de su trabajo. Consta de 15 ítems con 7 opciones de respuesta que va desde muy insatisfecho (puntuación de 1) a muy satisfecho (puntuación de 7) y da información respecto a factores intrínsecos (reconocimiento, responsabilidad, promoción, tipo de trabajo), extrínsecos (condiciones físicas del trabajo, horario, remuneración) y satisfacción general (total de preguntas) (Warr, Cook, y Wall, 1979).

III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL.

– Estudiar la población de trabajadores de las Unidades de Cuidados Intensivos del Servicio Murciano de Salud por medio de la observación de los factores de riesgo psicosociales relacionados con el trabajo, nivel de satisfacción laboral y somnolencia mediante la vinculación con los hábitos de vida, estado de salud y variables laborales.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

– Describir la población de estudio en función de las variables antropométricas y sociales, factores laborales y hábitos e indicadores de salud.

– Conocer los factores de riesgo psicosocial, satisfacción laboral y somnolencia de los trabajadores de cuidados intensivos del Servicio Murciano de Salud.

– Examinar la relación entre factores psicosociales y satisfacción laboral.

– Averiguar la asociación entre factores psicosociales y somnolencia.

– Evaluar la relación de los factores psicosociales con los datos antropométricos, sociales, hábitos e indicadores de salud y aspectos laborales.

IV. MATERIAL Y MÉTODO.

4.1 DISEÑO DEL ESTUDIO.

La presente investigación se enmarca en el ámbito de la metodología de los estudios observacionales, que no permiten la manipulación de las variables independientes.

Las herramientas utilizadas permiten la recogida de datos que no están bajo control ni manipulación del investigador, ya que muestra la situación del estado en el que se encuentra la población objeto de estudio en el momento de realizar la investigación.

Dentro del método observacional, se enmarca en la línea de los descriptivos, ya que se limita a indicar lo que se observa sin hacer ningún otro tipo de análisis. Además, sigue una secuencia transversal, analizando las variables por medio de métodos cuantitativos.

La elección del problema de investigación, así como las características de la población han determinado la metodología a utilizar. El tipo de variables implicadas, muchas de ellas variables de sujeto, impiden su manipulación, prestándose únicamente a su observación a través de cuestionario.

Por lo tanto, el estudio presenta una metodología observacional descriptivo transversal no comparativa o de prevalencia.

La recopilación de artículos científicos, informes, manuales y otros documentos se ha realizado mediante la búsqueda bibliográfica en bases de datos electrónicas, libros electrónicos, revistas electrónicas y en catálogos de la Universidad de Murcia, Universidad Católica de Murcia y Murciasalud.

Las bases de datos electrónicas consultadas han sido CINAHL, CUIDEN, EMBASE, DIALNET, LILACS, SCIELO, SCOPUS, PUBMED y WEB OF SCIENCE.

4.2 POBLACIÓN.

La investigación se ha centrado en la población de profesionales sanitarios (personal médico, de enfermería y auxiliares de enfermería) de las Unidades de Cuidados Intensivos del Servicio Murciano de Salud de la Región de Murcia. Los centros que ofrecen el servicio de Cuidados Intensivos son un total de seis en toda

la Región de Murcia, formando una población diana de un total de 510 trabajadores (tabla 3). La determinación del total de la población ha sido delimitada tras la consulta con la supervisión médica y de enfermería de cada hospital, ya que el número de trabajadores queda delimitado por el nivel de UCI, características estructurales, cargas de trabajo, y de organización interna de cada UCI (MSPS, 2010).

Tabla 3.

Población por área y categoría

Área	Enfermería	Auxiliar Enfermería	Médicos	Total
I	104	51	22	177
II	50	43	15	108
III	30	15	6	51
VI	37	27	18	82
VII	21	21	12	54
VIII	18	12	8	38

4.2.1 Población de estudio.

Está formada por el total de los trabajadores sanitarios que desarrollan su actividad laboral en las Unidades de Cuidados Intensivos del Servicio Murciano de Salud.

La población de estudio ha quedado delimitada por los siguientes criterios:

a) Criterios de inclusión.

- Personal sanitario (médico, enfermería, auxiliar de enfermería) que realiza su actividad diaria en el servicio de Cuidados Intensivos de los hospitales pertenecientes al SMS.

- Tener una antigüedad en el servicio de más de 3 meses.

- Poseer contrato con al SMS.

b) Criterios de exclusión.

- Personal del hospital que no realiza su actividad en UCI.

- Estar en situación de excedencia, permiso sin sueldo o baja laboral (por cualquier motivo).

- Ser personal residente o realizando prácticas.

- No dar el consentimiento para la realización del cuestionario.

4.2.2 Determinación del tamaño muestral.

Para determinar la muestra necesaria de trabajadores de UCI de SMS sobre los que vamos a estudiar factores de riesgos psicosociales, hemos utilizado la fórmula de tamaño muestral para población finita:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * (1 - p)}{e^2 * (N - 1) + Z^2 * p * (1 - p)}$$

Dónde:

N: tamaño de la población.

Z²: puntuación típica correspondiente al nivel de confianza 95%.

p: probabilidad de éxito o proporción esperada.

e: error máximo admisible.

Sabiendo que según estudios previos realizados en UCI sobre factores de riesgos psicosociales de sus trabajadores (Gázquez Linares, 2015), el 40% de la población sufre riesgos psicosociales y estimando un nivel de confianza del 95% (α : 0,05) y un error o precisión de estimación de $\pm 2\%$, aplicada la determinación del tamaño muestral, obtenemos:

$$n = \frac{510 * 1,96^2 * 0,4 * (1 - 0,4)}{0,02^2 * (510 - 1) + 1,96^2 * 0,4 * (1 - 0,4)} = 418$$

Por lo tanto, se necesitan un total de 418 participantes para estimar la proporción de trabajadores que sufren riesgo psicosocial en la población de trabajadores del SMS, con una precisión del 2% y un nivel de confianza del 95%.

4.2.3 Muestra.

El total de sujetos que han participado en el estudio, han sido 431, un 3% más de lo estimado.

Los sujetos se han seleccionado mediante un procedimiento de muestreo no probabilístico de tipo consecutivo. Los participantes se incorporaron a la muestra, los días acordados con los responsables de sus centros de trabajo para entregar los

cuestionarios por medio del jefe de servicio y supervisor de enfermería y se cumplieren los criterios de inclusión y exclusión.

Se ha garantizado que la muestra esté libre de sesgos de medida como de selección, lo que hace posible la aplicación de técnicas estadísticas, a pesar de que no se obtuvieron de forma aleatoria.

4.3 CRONOLOGÍA Y RECOGIDA DE DATOS.

El estudio se ha realizado en el marco de la evaluación de riesgos laborales de naturaleza psicosocial. Durante el proceso de investigación de nuestro trabajo, se han seguido las distintas fases de la metodología científica.

En primer lugar, se realizaron varias reuniones con las directoras del trabajo, para poder establecer un objetivo inicial y comenzar con la revisión bibliográfica de los riesgos psicosociales y satisfacción general de los trabajadores para profundizar más tarde en los profesionales de sanitarios de los servicios especiales, con la intención de investigar un marco teórico que guiara el diseño y guiara una metodología cuantitativa. A partir de este punto, se definió un objetivo general de investigación, población que compondría el estudio, recursos materiales y humanos necesarios.

En segundo lugar, se fijaron los objetivos específicos y se establece el estudio, basado en la elaboración de un cuestionario sobre datos sociodemográficos y de salud, que incluye factores de riesgo psicosociales, satisfacción laboral y somnolencia.

Se contactó con las distintas gerencias de los centros que poseían Unidades de Cuidados Intensivos, para informar del estudio que se pretendía realizar. Más tarde, se realizaron reuniones con el jefe de servicio y supervisor de cada unidad, con la intención de informar, obtener su colaboración y aprobación sobre dicho estudio. Tras recibir los diferentes vistos buenos al estudio, se redactaron los permisos con la documentación solicitada al gerente de cada área de salud a través de las unidades de docencia e investigación de cada hospital, previa entrada por registro, obteniendo la autorización (Anexo 1). Posteriormente, se obtuvo la aprobación por Comité de Ética e Investigación del Servicio Murciano de Salud por medio del Comité del Hospital J. M. Morales Meseguer (Anexo 2).

Antes de la entrega y recogida de los datos, se realizó una entrevista con los colaboradores para concretar la estrategia a seguir.

Posteriormente, se procedió a la entrega y recogida de los datos planteados de nuestro cuestionario (Anexo 3) del 1 de octubre de 2017 al 2 de febrero de 2018, con un total de 511 cuestionarios entregados.

Para este proceso se ha contado con la participación de 6 colaboradores que han sido incorporados al equipo de investigación para tales efectos, uno por cada hospital de forma voluntaria y desinteresada. La coordinación de entrega y recogida de los datos ha sido realizada por el investigador principal.

Durante todo el proceso de entrega y recogida de los cuestionarios se aseguró el anonimato de los trabajadores y el mecanismo para llevarlo a cabo, por medio de sobres cerrados a la recogida y autocumplimentado del propio trabajador. El tratamiento de los datos se ha realizado de forma colectiva.

4.4 DISTRIBUCIÓN ORGANIZATIVA Y ESTRUCTURAL.

El personal sanitario que está destinado a desarrollar el trabajo que se realiza en UCI, está formado por profesionales médicos con la especialidad en atención al paciente crítico y competencias profesionales para desarrollarlas. Junto a ellos, colaboran los profesionales Graduados en Enfermería, o equivalente, sin ningún tipo de especialidad (aún no desarrollado el programa formativo de enfermería médico-quirúrgica por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte) y Técnicos en Cuidados Auxiliares en Enfermería o equivalente. En cuanto a tipo de titulación necesaria, estructura, recurso, etc., está definido por Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS, 2010).

Las UCI del SMS están distribuidas en 6 centros:

A) Área de salud I (Murcia Oeste). En el área I se ubica en la primera planta del pabellón general del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca en la El Palmar. Se divide en cuatro estructuras físicas con distribuciones de camas diferentes, con un total de 32 camas. Posee dos zonas de 6 camas cada una, que denominan comúnmente “coronaria” que se destina a pacientes coronarios y que posee boxes cerrados y la unidad “centro”, cuyos boxes también están cerrados, con un control de enfermería que dispone de circuito cerrado de TV para ver las estancias de los

pacientes. Hacia los lados tienen dos unidades físicas de 10 camas cada una, la “izquierda” se distribuye en dos líneas de 5 camas cada lado, con 8 boxes abiertos/2 cerrados y en la “derecha” también posee 5 camas a cada lado en dos líneas con boxes cerrados. Cada unidad física posee un control de enfermería con monitorización de constantes vitales de los pacientes y cuarto de preparación de medicación. Existe un habitáculo de “preingreso o hemodinámica” donde son recibidos los pacientes antes de ser ingresados, en el cual se le van a hacer las pruebas y técnicas pertinentes antes de ingresar en su box definitivo. Los boxes cerrados no tienen la posibilidad de realizar presión positiva o negativa ante la necesidad de pacientes con obligación de hacer cualquier tipo de aislamiento respiratorio.

La distribución de personal es de un total de 5 turnos de trabajo con turnos de 8-15, 15-22 y 22-8 horas y los turnos están compuestos por 16 enfermeros, 8 auxiliares y el encargado de turno enfermero con su auxiliar de enfermería. Durante la mañana suele estar un enfermero responsable de material, otro de responsable de protocolos (a media jornada y la otra media jornada en asistencial con turno rodado) y la figura del supervisor de enfermería. La distribución de camas para el personal es de 2 pacientes por enfermero y 5 pacientes por auxiliar (varia en las unidades de 6 camas, oscilando de 3 a 6 pacientes). En cuanto al personal médico, tienen una distribución por zonas (coronaria, centro, derecha o izquierda) y las presencias físicas van a depender de las libranzas por las salidas de las guardias, con turnos de mañanas de 8-15 y las guardias de 2 médicos que comienzan de 8-8 horas de la mañana siguiente. El total de médicos es de 22 intensivistas, 104 enfermeros y 51 auxiliares de enfermería, siendo recopilados un total de 12 médicos, 98 enfermeros y 34 auxiliares.

El personal de enfermería posee un “turno 0” o personal sin turno definido de 19 personas y el de auxiliares es de 11 trabajadores.

En el periodo que se realizó el cuestionario en este centro, tanto el personal enfermero, como el auxiliar de enfermería se encontraban realizando turno de 8-22, un día libre y de 22 a 8 con dos días libres. Este turno se puede llevar a cabo, por la existencia de un turno que realiza noches fijas a días alternos, con horario de 22 a 8 horas.

B) Área de salud II (Cartagena). El área II se localiza en la primera planta del bloque 1 del Hospital Universitario Santa Lucía de Cartagena. Presenta una distribución con 3 unidades físicas con 3 controles de enfermería con circuito de tv cerrado para vigilancia de boxes y vigilancia de constantes vitales, cuya composición de camas es en la “zona 1” de 9 camas y que solamente abre 4 camas cuando la ocupación de camas de UCI en la región es muy alta, la “zona 2” y “zona 3” de 9 camas, cada una cerrada en las tres zonas. Posee una zona de recepción del paciente agudo, otra de técnicas de canalización de vías venosas centrales y una sala de quirófano con escopia para implantes de marcapasos definitivos, transitorios y reservorios. También dispone de una consulta de seguimiento de marcapasos definitivos (martes por la tarde, lunes y miércoles por la mañana) cubierto por 1 enfermero, 1 auxiliar y 1 intensivista.

La distribución de turnos es de 5 claves con turnos de 12 horas que van de 8-20 horas y de 20 a 8 horas con tres días libres. Los turnos están compuestos por 7 enfermeros y 6 auxiliares. Existe un encargado de turno enfermero y un auxiliar de enfermería, que no llevan pacientes y cuyo cometido es organizar el turno, junto con las incidencias que se produzcan y encargarse del box de paciente agudo. Durante la mañana hay un enfermero y auxiliar responsables de material que ayudan a la supervisora del servicio y la figura del supervisor del servicio. Durante las mañanas de lunes a viernes no festivos se llevan a cabo las actividades de implantación de marcapasos y reservorios en el quirófano de la unidad de UCI que dispone de un enfermero, un auxiliar de enfermería y un intensivista. La distribución de camas para los enfermeros es de 2-3 camas y de auxiliares de 3 camas. En cuanto a la distribución de los médicos se realiza por asignación de boxes fijos y las presencias van a depender de las salidas de las guardias, con turnos de mañanas de 8-15 horas y las guardias de 2 médicos que comienzan de 8-8 horas de la mañana siguiente, más el de quirófano. El total de médicos durante el periodo de estudio fue de 15 médicos intensivistas, 50 enfermeros, 43 auxiliares de enfermería y los cuestionarios recopilados es de 11 médicos, 47 enfermeros y 32 auxiliares.

La unidad posee un grupo de trabajadores enfermeros y auxiliares de enfermería sin turno definido o “clave 9” propio de la unidad compuesto por 8 enfermeros y 7 auxiliares.

C) Área de salud III (Lorca). El área III se ubica en la segunda planta del Hospital Universitario Rafael Méndez de Lorca. Posee una única unidad de 9 camas, 3 de ellas cerradas (con control de enfermería de constantes vitales monitorizadas y preparación de medicación) y un quirófano de implantación de marcapasos y reservorios.

La distribución de turnos es de 5 claves con turnos de 8-15 horas y 15-8 horas del día siguiente y tres días libres. Los turnos se componen por 4 enfermeros y 2 auxiliares. De lunes a viernes hay un refuerzo de auxiliar de mañanas y de enfermero para el quirófano de marcapasos, junto con la figura del supervisor. La distribución de camas para los enfermeros es de 2-3 camas y para los auxiliares de 4-5 camas. El personal médico se distribuye por boxes y las presencias físicas dependen de las salidas de las guardias (que son de 8-8 horas del día siguiente y de un intensivista), junto con el intensivista de implantación de marcapasos en el quirófano. Se han recopilado un total de 6 médicos, 28 enfermeros y 10 auxiliares, de un total de 6 médicos, 30 enfermeros y 15 auxiliares (existen trabajadores con reducción de jornada enfermeros y auxiliares).

D) Área de salud VI (Vega Media del Segura). El área VI se encuentra en la quinta planta del pabellón "D" del Hospital Universitario Morales Meseguer de Murcia. Su distribución está compuesta por dos unidades comunicadas con 12 camas en una unidad "polivalente" y 6 camas en "coronaria". La unidad "coronaria" presenta 2 boxes abiertos y 4 boxes cerrados, de los cuales 2 presenta la posibilidad de realizar presión positiva para aislamientos inversos, 1 con presión negativa para aislamientos respiratorio y el restante con paredes plomadas para poder utilizar el arco de rayos X para implantación de marcapasos. La unidad polivalente se distribuye en dos secciones de 6 camas cada una con boxes abiertos. Cada unidad presenta un control de enfermería con control de constantes vitales monitorizadas y preparación de medicación.

El personal se distribuye en 5 claves de 7 enfermeros y 5 auxiliares en enfermería con turnos de 12 horas que van de 8-20 horas y de 20-8 horas del día siguiente y tres días libres. Durante las mañanas de lunes a viernes hay un enfermero y un auxiliar de refuerzo con tarea asistencias en los boxes, y un enfermero y un auxiliar de apoyo al supervisor de la unidad, que realizan tareas de control de material. La distribución de pacientes es de 2-3 para enfermería y de 3-4

para los auxiliares. El personal médico se organiza por secciones (camas de 1-6, 7-12 y 13-18) con asignación a cada sección de 4 médicos. Las presencias de mañanas (8-15 horas) para los médicos depende de las salidas de guardias, y que son de 8-8 del día siguiente. El total de cuestionarios recopilados es de 18 médicos (existen 6 médicos que realizan exclusivamente guardias), 37 enfermeros y 25 auxiliares de enfermería de un total de 18 médicos, 37 enfermeros y 27 auxiliares.

E) Área de salud VII (Murcia Este). En el área VII se encuentra en la segunda planta del Hospital Universitario Reina Sofía de Murcia. Posee un total de 12 camas situadas en dos zonas de 6 camas cada una con un control de enfermería con constantes vitales monitorizadas, circuito de TV para control de pacientes en cada una de ellas y sala de preparación de medicación. También posee un box para realización de pruebas especiales o canalización venosa central que debe ser asumido por el personal del turno. De los 12 boxes existentes, 4 de ellos poseen una antesala con posibilidad de realizar presión positiva y negativa para los aislamientos.

El personal se distribuye en 5 claves compuestas por 4 enfermeros y 4 auxiliares con turnos de 12 horas que van de 8-20 horas y de 20-8 horas del día siguiente y tres días libres. Durante las mañanas de lunes a viernes hay un enfermero y un auxiliar de refuerzo con tarea asistencias en los boxes 6-7 y el supervisor. La distribución de pacientes es de 2-3 tanto para enfermeros como para auxiliares. El personal médico se distribuye en jornadas de mañanas y guardias, estando las presencias de mañana condicionado por las salidas de las guardias. Las guardias son de 8-8 horas del día siguiente, presentando 2 médicos de guardia hasta las 18 horas y a partir de esta hora solamente hay un médico presente. Durante los fines de semana y festivos las guardias las realizan 2 médicos durante las 24 horas. El total de cuestionarios recopilados es de 12 médicos (2 de ellos solamente realizan guardias), 12 enfermeros y 13 auxiliares de enfermería de un total de 12 médicos, 21 enfermeros y 21 auxiliares.

F) Área de salud VIII (Mar Menor). El área VIII se ubica en la primera planta del Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor en San Javier. Tiene una unidad única de 8 camas, con 2 de los boxes cerrados sin posibilidad de realizar presiones. Presenta un control de enfermería con circuito cerrado de TV de los boxes, control de constantes monitorizadas y sala de preparación de medicación. Tienen un

quirófano para realizar marcapasos, cardioversiones y pruebas especiales con 2 intensivistas de mañanas que se alternan y 1 enfermero y 1 auxiliar de lunes a viernes.

La distribución del personal es en 5 turnos compuestos cada uno de ellos con 3 enfermeros y 2 auxiliares en horario de 8-20 horas y 20-8 horas del día siguiente con 3 días libres. De lunes a viernes hay un enfermero de exteriores que realiza tareas de apoyo al supervisor de la unidad y un auxiliar de refuerzo con tareas asistenciales. La distribución de camas por turno es de 2-3 para enfermería y 2-4 para auxiliares. El personal médico se distribuye en jornadas de mañanas y guardias, estando estas condicionadas por el personal médico saliente de la guardia. Las guardias son de 8-8 horas del día siguiente con la presencia de 1 intensivista. El total de cuestionario recopilados ha sido de 8 médicos (1 solamente hace guardias), 17 enfermeros y 12 auxiliares, de un total de 8 médicos, 18 enfermeros y 12 auxiliares.

Todas las UCI poseen fuera de la zona asistencial, habitáculos destinados a almacenamiento de material (fungible, aparataje de perfusión, respiradores, lencería, etc.), zona de sucio, salas de estar para el personal, salas de estar de familiares, sala de juntas de la unidad, secretaría y despacho de supervisor, jefe de servicio y dormitorios médicos para los turnos de guardia.

4.5 DISTRIBUCIÓN DE TAREAS.

4.5.1 Personal de Enfermería.

a) Por turno.

- Dar y recibir información de los pacientes que le corresponden al enfermero saliente y entrante del turno.

- Observación de la gráfica del turno saliente para ver la evolución hemodinámica, diuresis, balance hídrico y cualquier otra incidencia a tener en cuenta.

- Revisión de órdenes médicas, verificando con gráfica, comprobando sueros y perfusiones que están pasando, comprobando ritmos de infusión.

- Revisión de parámetros del respirador, anotados en gráfica: modalidad de ventilación invasiva, porcentaje de fracción inspirada de oxígeno (FiO₂), volumen minuto espirado (VMe), volumen minuto programado (VMp) presión máxima de la

vía aérea durante la ventilación mecánica (PPico), presión positiva al final de la espiración (PEEP), frecuencia respiratoria (FR). En caso de estar con respiraciones espontáneas la presión de soporte (PS). Revisión de alarmas estableciendo presión aérea máxima (Pmax) y volumen minuto mínimo (Vminimo). Cuando haya cambios en los parámetros del respirador habrá que anotarlos igualmente en gráfica.

- Revisión de alarmas del monitor (límites y arritmias). Estos límites son generales y se adaptaran a cada paciente según circunstancias, modificándolas si cambia la situación del paciente.

- Toma de Constantes: temperatura (T^a), presión arterial (PA), frecuencia cardiaca (FC), frecuencia respiratoria (FR), saturación de oxígeno por pulsioximetría (Sat. O₂), presión venosa central (PVC) y resto de constantes hemodinámicas según pauta o estado del paciente.

- Comprobación del estado de vías, catéteres, sondas y drenajes, chequeando que funcionen, que sean permeables y realizando curas correspondientes.

- Comprobación y anotación en gráfica de estado de marcapasos (MCP) provisional.

- Realizar la higiene de los pacientes intubados. higiene ocular, movilización de sonda nasogástrica (SNG) y cambio de sujeción de la misma, lavado de boca y movilización de tubo orotraqueal (TOT).

- Realizar cambios posturales en los pacientes que esté indicado.

- Instauración de sondas, vías y catéteres.

- Extracción de analíticas programadas o urgentes.

- Revisión del Protocolo de insulina y realización de glucemias pautadas.

- Realizar cambios de apósitos de vías endovenosas y úlceras por presión si no están en condiciones.

- Preparación del paciente para salir del servicio para pruebas diagnósticas.

- Preparación de medicación, tras repasar las nuevas órdenes médicas, generalmente en el turno de mañana.

- Administración de medicación y sueroterapia pautada y aquella extra que se ordene, reflejándolo en la gráfica.

- Colaboración con el médico en la instauración de catéteres y dispositivos, como Swan-Ganz, marcapasos (MCP), intubación orotraqueal (IOT), drenajes torácicos, sistemas de filtrado u oxigenación extracorpóreo, etc. y en la realización

de pruebas diagnósticas: gastroscopias, colonoscopias, punciones lumbares o torácicas, etc., anotándolo en gráfica a la hora en que se realice.

- Escribir en gráfica el estado del paciente, indicando evolución clínica, cambios y ritmo cardiaco apreciable en el monitor.

- Enviar a laboratorio para cultivar las puntas de catéteres retirados por flebitis, infección o fiebre.

- Atender a las peticiones que se realizan al servicio de UCI para la canalización de vías venosas de acceso periférico de pacientes de otras especializadas del hospital.

- Cumplir y registrar los protocolos existentes en UCI (Neumonía Zero, Bacteriemia Zero, ITU Zero, Resistencia Zero).

- Realización de balance hídrico según indicación médica.

- Atender las demandas de los familiares en el horario de vista programados en UCI.

b) Ingresos en UCI.

- Admisión de los ingresos procedentes de urgencias, planta o quirófano.

- Colaborar en el pase de cama o camilla.

- Avisar médico de guardia.

- Monitorización, toma de constantes, puesta de alarmas y arritmias en monitor, puesta de nombre en Central de Monitores.

- Electrocardiograma, analítica, ayuda en la realización de rayos X.

- Instaurar el Protocolo existentes en UCI.

- Colocación de catéteres venosos y ordenar control radiológico si procede y analítica según petición médica

- Puesta en marcha y administración de órdenes médicas.

- Abrir gráfica y anotar todo lo que lleve el paciente (drenajes, sondas, etc.) y lo que se le haga.

- Continuación de los cuidados del paciente en UCI.

- Ofrecer el pase de visita a familiares en el paciente ingresado y recoger teléfono de contacto.

c) Altas a otra unidad.

- Solicitar habitación.

- Elaborar informe de alta de enfermería.

- Avisar a familiares antes de su traslado a planta.

- Preparar al paciente para su traslado, desconectando bombas, retirando catéteres arteriales, etc.

- Adjuntar toda la documentación del paciente.

- En caso de empeoramiento o éxitus avisar a la familia o encargado de celadores, cuando el médico de la orden.

4.5.2 Personal Auxiliar de Enfermería.

a) Por turno.

- Dar y recibir información de los pacientes que le corresponden al auxiliar saliente y entrante del turno.

- Comprobación de órdenes de tratamiento, gráfica, dietas orales, nutriciones enterales y medicación oral.

- Toma de constantes, temperatura, diuresis, drenajes, heces, etc.

- Comprobar los sistemas de oxigenación, aspirativos y su buen funcionamiento.

- Comprobación del buen funcionamiento de los colchones antiescaras.

- Ordenar y reponer los boxes al final de cada turno, comprobando que no falta nada para el siguiente turno (sueros, gasas estériles o no, guantes..., etc.) con especial cuidado de los pacientes aislados por causa de agentes de contagio, ya sea aéreo o de contacto, ya que al alta el material sobrante se desecha.

- Colaboración con el médico y enfermera en la instauración de catéteres y dispositivos, como vías centrales, marcapasos, drenajes torácicos, etc.; y en la realización de pruebas diagnósticas: gastroscopias, colonoscopias, punciones lumbares o torácicas, etc. La auxiliar debe permanecer en el box durante todo el tiempo de realización de la técnica, adoptando la función de circulante.

- Dejar preparado al menos un respirador, anotando fecha y quien lo prepara, en la hoja que se adjunta a él, debiendo dejarlo preparado para comprobación por parte del personal de enfermería y médicos.

- Llevar muestras de analíticas o cultivos al laboratorio apropiado.

- Comprobar que exista al menos una hoja completa de pegatinas identificativas, y/o pedir las a la secretaria del servicio, o admisión si no es así.

- Atender a los timbres de llamada de pacientes.

- Higiene del paciente cada vez que sea necesario. Incluye el aseo de la boca.

- Realización junto con la enfermería los cuidados que precise el paciente (curas, cambios posturales, etc.).

- Colaborar con el personal de enfermería en la realización y registro de los protocolos existentes en UCI (Neumonía Zero, Bacteriemia Zero, ITU Zero, Resistencia Zero).

- Comprobar la dieta en planilla de cocina, y hacer los cambios que sean necesarios en la aplicación de dietética o peticiones de ayunas.

- En los turnos que no haya personal encargado del material, se encargaran de realizar tareas de preparación de material para esterilización, balas de oxígeno y respirador portátil listos para su uso.

- Comprobar que haya, al menos, un respirador montado y calibrado y listo para funcionar, y que no queden aparatos de ventilación no invasiva sin limpiar y/o montar.

- Atender las demandas de los familiares en el horario de vista programados en UCI.

b) Ingresos en UCI.

- Comprobar que el box que se va a ocupar está montado y equipado con el material necesario.

- Actualización de hoja de pacientes ingresados.

- Petición de etiquetas a admisión de hospitalización o a de urgencias (dependiendo de su procedencia y hora del día).

- Rellenar hoja de objetos personales, indicando si trae dentadura postiza y donde queda ésta. Entregar dichos objetos a la familia y/o seguridad previa firma de la hoja.

- Colaborar en las técnicas (vía central, SNG, sonda vesical, etc.)

- Facilitarle la botella de diuresis y el timbre para cualquier demanda del paciente.

- Anotar en la gráfica números de teléfono del familiar responsable, informar de horas de comida, visita, información médica, situación de la sala de espera de 4ª planta, etc.

- Entregar hoja de información de UCI.

- Poner una gráfica en blanco, y petición de micro y torunda en tubo seco para exudado nasofaríngeo.

- Dejar aspirador preparado y conectado a la toma de vacío comprobando que funciona correctamente.

- Colchón antiescaras inflado con su motor. Consultar a la enfermera por si hay contraindicación.

- Preparar respirador, enchufar siempre a la toma de corriente eléctrica con apoyo de grupo eléctrico de emergencia en caso de corte eléctrico (si procede).

c) Altas a otra unidad.

- Recoger objetos personales (gafas, peine, etc.) entregándoselos al paciente.

- Acondicionar al paciente para su traslado: camisón o pijama.

- Inspeccionar si hay objetos personales en las bandejas, bajo el lavabo y en la mesilla para que se los lleve en su traslado a otra unidad.

- Reunir la medicación del paciente en una bolsa etiquetada (depende de cada hospital).

- Poner accesorios de tratamiento en otra bolsa etiquetada (incentivador respiratorio, frascos de inhaladores, cámara de nebulización, etc.)

- Sustitución o vaciado de bolsas de sonda nasogástrica y vesical.

- Colaborar en el cambio de cama o a silla de ruedas.

- Asegurarnos de que hemos eliminado las etiquetas de UCI para evitar que se usen en planta.

- Asegurarnos de que el paciente lleva la pulsera de identificación al salir.

- Avisar de que el traslado se ha hecho a admisión de hospitalización, a la limpiadora para que proceda a la limpieza del box, y a cocina.

- Al alta de un paciente la auxiliar responsable de éste deberá dejar el material, monitores, cables, caudalímetros, aspiradores, etc., limpios y preparados para otro ingreso, así como repuesto todo el material del box.

4.5.3 Personal Médico.

Las tareas del personal médico se van a distribuir en turno de mañana y guardia.

a) Turno de mañana.

- Sesión médica (en sala de juntas de UCI) a primera hora para contar la evolución de los pacientes que ya estaban ingresados desde el día anterior, nuevos ingresos, consultas que han tenido durante la guardia. En estas sesiones, cada día de la semana se cuenta con el jefe de servicio de las especialidades de los

pacientes ingresados en UCI (digestivo, cirugía, traumatología, urología, etc.) para coordinar la actuación a seguir.

- Tras la sesión, hacen un pase a pie de cama, junto con el personal de enfermería para contar tratamiento a seguir y como va evolucionando.

- El grupo de médicos de cada sección, comenta los pacientes que va a llevar y comienza a revisar sus analíticas, radiografías, pruebas complementarias que se le hayan hecho, etc., para ver su estado actual y proceder a poner tratamiento nuevo para las 24 horas siguientes y pedir interconsultas a otras especialidades (nutrición, rehabilitación, etc.) para que continúe su evolución.

- Realizar pruebas que precisan la colaboración de enfermería (canalización de vía central, pericardiocentesis, traqueostomía, colocación tubo torácico, ecocardiografía, etc.).

- Atender las consultas del personal de enfermería por alguna anomalía o cambio de estado neurológico, cardiovascular, respiratorio, etc., de pacientes a su cargo.

- Acompañar a paciente y personal de enfermería cuando hay que acudir a realizar alguna prueba a los pacientes fuera de la unidad y dentro del hospital (ecografías, TAC, Escáner, Quirófano, etc.).

- Realizar los informes de alta de los pacientes que van a ser dados de alta de UCI para ir a una planta.

b) Turno de guardia.

- Los días de lunes a viernes, se ven liberados de 8-15 horas de llevar pacientes para poner tratamiento y solamente se encargan durante esas 7 horas de atender a posibles consultas desde la puerta de urgencia u otras especialidades sobre la posibilidad de algún ingreso en UCI. Los fines de semana y festivos durante esas 7 horas, alternan las posibles consultas procedentes de otras especialidades o puerta de urgencia, con los pacientes que tienen que llevar en UCI para poner tratamientos. Los días de cambio de guardia en los días festivos o fines de semana, no hay sesión médica en sala de juntas y se realiza un pase a pie de cama de los médicos salientes y entrantes de guardia, en la cual se cuenta la evolución de los pacientes y comentan el tratamiento a seguir.

- A lo dicho en el apartado anterior (turno de mañanas), hay que sumarle la posibilidad de colocación de vías centrales que solicitan para pacientes de otras

especialidades para poder administrar tratamiento en planta o por su mal acceso periférico.

- Realizar informes de ingreso de los pacientes que son ingresados durante la guardia en la unidad de UCI.

- Realización de estadísticas de control de vías centrales, sondas nasogástricas, sondas vesicales, TOT, traqueostomías, etc., para uso interno de la unidad.

- Recibir consultas de otros hospitales que poseen este centro como hospital de referencia de área de salud y posibles traslados a nuestra unidad por empeoramiento de estos pacientes.

4.6 RECOGIDA DE DATOS.

4.6.1 Instrumentos.

La elaboración del cuadernillo utilizado para llevar a cabo el estudio consta de 4 cuestionarios con un total de 70 preguntas (Anexo 3), entre los que podemos distinguir en el primer cuestionario de elaboración propia, preguntas de aspecto personal, datos antropométricos, laborales y sobre hábitos de salud (ítems del 1 al 20). El resto de cuestionarios utilizados, presentan una validez contrastada por sus autores y diferentes estudios de investigación:

- Cuestionario de satisfacción laboral S10/12 (Meliá y Peiró, 1989a) (ítems del 21 al 32).

- Escala de Somnolencia de Epworth (Murray, 1991)(ítems del 33 al 40).

- Cuestionario ISTAS21 (CoPsoQ) (versión corta) (Moncada, Llorenc, et al., 2014) (ítems del 41 al 70).

4.6.1.1 Cuestionario de satisfacción laboral S10/12.

Para medir la satisfacción laboral de nuestra población, se ha utilizado el Cuestionario S10/12 (Meliá y Peiró, 1989a) de la Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia. Este cuestionario se deriva de dos versiones anteriores S4/82 y el S20/23.

La versión S4/82, consta de 82 ítems y evalúa 6 dimensiones (Satisfacción con la supervisión y la participación en la organización, Satisfacción con el ambiente físico de trabajo, Satisfacción con las prestaciones materiales y recompensas

complementarias, Satisfacción intrínseca del trabajo, Satisfacción con la remuneración y las prestaciones básicas, y Satisfacción con las relaciones interpersonales).

La versión S20/23 se creó debido a los elevados costes de tiempo, de manera que se redujo a 23 ítems y 5 dimensiones a evaluar (Satisfacción con la supervisión, Satisfacción con el ambiente físico, Satisfacción con las prestaciones recibidas, Satisfacción intrínseca del trabajo, Satisfacción con la participación).

El Cuestionario S10/12 surge de la necesidad disminuir costes y tiempo, dando lugar a un cuestionario de 12 ítems con 7 opciones de respuesta de escala Likert (al igual que los anteriores), que presenta tres grados de Insatisfacción (1 “muy insatisfecho”, 2 “bastante insatisfecho”, 3 “algo insatisfecho”), un grado de indiferencia (4 “indiferente”) y tres grados de satisfacción (5 “algo satisfecho”, 6 “bastante satisfecho” y 7 “muy satisfecho”).

A través de las diferentes preguntas, mide tres dimensiones:

- Satisfacción con el medio ambiente físico (4 ítems). Está formado por los cuatro primeros ítems que ofrecen información sobre entorno físico, espacio de trabajo, limpieza, higiene y temperatura del lugar de trabajo (tabla 4).

Tabla 4.

Ítems de satisfacción con el medio ambiente físico.

-
1. Los objetivos, metas y tasas de producción que debe alcanzar.
 2. La limpieza, higiene y salubridad de su lugar de trabajo.
 3. El entorno físico y el espacio de que dispone en su lugar de trabajo.
 4. La temperatura de su local de trabajo.
-

- Satisfacción con la supervisión (6 ítems). Lo componen las preguntas de la 5 a la 10 e indaga sobre relaciones personales con superiores, manera de juzgar la las tareas por parte de los superiores, apoyo recibido, igualdad y justicia de trato recibido (tabla 5).

Tabla 5.

Ítems pertenecientes a satisfacción con la supervisión.

-
1. Las relaciones personales con sus superiores.
 2. La supervisión que ejercen sobre usted.
 3. La proximidad y frecuencia con que es supervisado
 4. La forma en que sus supervisores juzgan su tarea
 5. La "igualdad" y "justicia" de trato que recibe de su empresa
 6. El apoyo que recibe de sus superiores
-

- Satisfacción con las prestaciones (2 ítems). Son los ítems 11 y 12 del cuestionario e investiga sobre cumplimiento de convenios, leyes laborales y manera de negociar la empresa los aspectos laborales (tabla 6).

Tabla 6.

Ítems pertenecientes a satisfacción con las prestaciones.

-
1. El grado en que su empresa cumple el convenio, las disposiciones y leyes laborales.
 2. La forma en que se da la negociación en su empresa sobre aspectos laborales.
-

4.6.1.2 Escala de Somnolencia de Epworth (ESE).

La Escala de Somnolencia de Epworth (Murray, 1991) que se ha utilizado, es la versión adaptada (Ferrer et al., 1999), sirve para medir el nivel de somnolencia diurna como indicador de calidad del sueño, por medio de situaciones que se pueden considerar monótonas para la persona.

Consta de 8 ítems (del 33 al 40 de nuestro cuestionario) con una escala Likert de 4 puntos que oscila de 0 a 4 puntos (0 "nunca tengo sueño", 1 "ligera probabilidad de tener sueño", 2 "moderada probabilidad de tener sueño" y 3 "alta probabilidad de tener sueño") (tabla 7).

Las puntuaciones que se pueden alcanzar un rango de 0-24. Según Serra (2000) las puntuaciones que oscilan de 0-6 puntos se consideran como "ausencia de somnolencia", de 7-13 puntos describen situaciones de "ligera somnolencia", de 14-19 puntos "moderada somnolencia" y de 20-24 puntos "somnolencia grave".

Tabla 7.

Ítems pertenecientes a Escala Somnolencia Epworth.

-
1. Sentado y leyendo.
 2. Viendo la TV.
 3. Sentado, inactivo en un lugar público.
 4. Como pasajero de un coche en un viaje de 1 hora sin paradas.
 5. Estirado para descansar al mediodía cuando las circunstancias lo permiten.
 6. Sentado y hablando con otra persona.
 7. Sentado tranquilamente después de una comida sin alcohol.
 8. En un coche, estando parado por el tránsito unos minutos (semáforo, retención, etc.).
-

4.6.1.3 Cuestionario CoPsoQ-istas21 versión 2.

El Cuestionario CoPsoQ-istas21 es la versión en castellano del Cuestionario Psicosocial de Copenhague (CoPsoQ) desarrollado por un grupo de investigadores del National Research Centre for the Working Environment (Kristensen, Hannerz, Hogh y Borg, 2006), destinado a la evaluación y prevención de los riesgos psicosociales en el trabajo. La versión al castellano fue adaptada por el Instituto Sindical del Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS) (Moncada, Llorenc, Navarro y Kristensen, 2005). El CoPsoQ ha sido modificado en 2010 con su versión 1.5 (Pejtersen et al., 2010) y en 2014 con su versión 2, ambas adaptadas al castellano ISTAS (Moncada et al., 2014).

El método consta de 3 cuestionarios según el tamaño de la empresa:

- Versión corta: para empresas de menos de 25 trabajadores (utilizada en nuestro estudio).
- Versión media: para empresas de más de 25 trabajadores.
- Versión larga: para investigación.

La versión corta más actualizada, la 2, identifica y valora un total de 15 dimensiones, a través de 6 grandes grupos mediante un total de 30 preguntas (tabla 8):

- Exigencias psicológicas en el trabajo
 - Exigencias psicológicas cuantitativas
 - Ritmo de trabajo

- Exigencias psicológicas emocionales
- Conflicto trabajo-familia
 - Doble presencia
- Control sobre el trabajo
 - Influencia
 - Posibilidad de desarrollo
 - Sentido del trabajo
- Apoyo social y calidad de liderazgo
 - Calidad de liderazgo
 - Previsibilidad
 - Claridad de rol
 - Conflicto de rol
- Compensaciones del trabajo
 - Inseguridad sobre el empleo
 - Inseguridad sobre las condiciones de trabajo
- Capital social
 - Confianza vertical
 - Justicia

La versión corta se estructura en seis bloques, al igual que la versión media, con la diferencia que analiza 15 dimensiones psicosociales en lugar de 20.

Su cumplimentación es anónima e individual para garantizar la confidencialidad. Los datos son tratados únicamente por el personal investigador, el cual cumple rigurosamente con todos los aspectos éticos y legales de protección de datos, informaciones personales e intimidad.

Tabla 8.

Ítems de ISTAS 21 por grupo de riesgo y dimensión.

Grupo (Dimensión)	Preguntas
Exigencias en el trabajo (Cuantitativas)	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Con qué frecuencia la distribución de tareas es irregular y provoca que se te acumule el trabajo? 2. ¿Con qué frecuencia tienes tiempo suficiente para hacer tu trabajo?
Exigencias en el trabajo (Ritmo de trabajo)	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Con qué frecuencia tienes que trabajar muy rápido? 2. ¿En qué medida el ritmo de trabajo es alto durante toda la jornada?
Exigencias en el trabajo (Emociones)	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Con qué frecuencia en el trabajo tienes que ocuparte de los problemas personales de otras personas? 2. ¿En qué medida tu trabajo, en general, es desgastador emocionalmente?
Conflicto trabajo-familia (Doble presencia)	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Con qué frecuencia hay momentos en los que necesitarías estar en la empresa y en casa a la vez? 2. ¿Con qué frecuencia sientes que tu trabajo te ocupa tanto tiempo que perjudica a tus tareas doméstico-familiares?
Conflicto trabajo-familia (Influencia)	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Con qué frecuencia tienes mucha influencia sobre las decisiones que afectan a tu trabajo? 2. ¿Con qué frecuencia tienes influencia sobre cómo realizas tu trabajo?
Control sobre el trabajo (Posibilidad de desarrollo)	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿En qué medida tu trabajo permite que aprendas cosas nuevas? 2. ¿En qué medida tu trabajo permite que apliques tus habilidades y conocimientos?
Control sobre el trabajo (Sentido del trabajo)	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿En qué medida tus tareas tienen sentido? 2. ¿En qué medida las tareas que haces te parecen importantes?

Tabla 8 (Continuación).

Ítems de ISTAS 21 por grupo de riesgo y dimensión.

Grupo (Dimensión)	Preguntas
Apoyo social y capacidad de liderazgo (Calidad de liderazgo)	1. ¿En qué medida se puede afirmar que tu jefe inmediato planifica bien el trabajo? 2. ¿En qué medida se puede afirmar que tu jefe inmediato resuelve bien los conflictos?
Apoyo social y capacidad de liderazgo (Previsibilidad)	1. ¿En qué medida en tu empresa se te informa con suficiente antelación de decisiones importantes, cambios y proyectos de futuro? 2. ¿En qué medida recibes toda la información que necesitas para realizar bien tu trabajo?
Apoyo social y capacidad de liderazgo (Claridad de rol)	1. ¿En qué medida tu trabajo tiene objetivos claros? 2. ¿En qué medida sabes exactamente qué se espera de ti en el trabajo?
Apoyo social y capacidad de liderazgo (Conflicto de rol)	1. ¿En qué medida se te exigen cosas contradictorias en el trabajo? 2. ¿En qué medida tienes que hacer tareas que tú crees que deberían hacerse de otra manera?
Compensación del trabajo (Inseguridad sobre el empleo)	1. En estos momentos ¿estás preocupado/a por si te despiden o no te renuevan el contrato? 2. En estos momentos ¿estás preocupado/a lo difícil que sería encontrar otro trabajo en el caso de que te quedaras en paro?
Compensación del trabajo (Inseguridad condiciones trabajo)	1. En estos momentos ¿estás preocupado/a por si te cambian el horario (turno, días de la semana, horas de entrada y salida) contra tu voluntad? 2. En estos momentos ¿estás preocupado/a por si te varían el salario (que no te lo actualicen, que te lo bajen, que introduzcan el salario variable, que te paguen en especies, etc.)?

Tabla 8 (Continuación).

Ítems de ISTAS 21 por grupo de riesgo y dimensión.

Grupo (Dimensión)	Preguntas
Capital social (Confianza vertical)	1. ¿En qué medida confía la Dirección en que los trabajadores hagan un buen trabajo? 2. ¿En qué medida te puedes fiar de la información procedente de la Dirección?
Capital social (Justicia)	1. ¿En qué medida se solucionan los conflictos de una manera justa? 2. ¿En qué medida se distribuyen las tareas de una forma justa?

4.6.2 Variables de estudio.

Estas variables se recogen por medio de cuestionario individual anónimo a cada trabajador.

4.6.2.1 Variables independientes.

- a) Variables de datos personales y antropométricos (tabla 9).
- Edad: Variable cuantitativa expresada en años.
 - Sexo: Variable categórica dicotómica (Hombre, Mujer).
 - Peso: Variable cuantitativa expresada en kilogramos.
 - Estatura: Variable cuantitativa expresada en centímetros.
 - Estado civil: Variable cualitativa de triple opción de respuesta (Soltero/a, Casado/en pareja, Separado/Divorciado/Viudo).
 - Personas a su cargo en la familia: Variable cuantitativa expresado en unidades.

Tabla 9

Variables de datos personales y antropométricos.

Variable	Tipo	Categoría	Unidad	Indicador
Edad	Razón		Años	Edad
Sexo	Nominal	Hombre, Mujer		Género
Peso	Razón		Kilogramos	Peso
Estatura	Razón		Centímetros	Estatura
Estado civil	Nominal	Soltero/a Casado/en pareja Separado/viudo/divorciado		
Personas a cargo	Razón		Unidades	Personas a cargo

b) Variables de situación laboral (tabla 10).

- Centro de trabajo: Variable cualitativa con cinco opciones de respuesta (Morales Meseguer, Reina Sofía, Arrixaca, Santa Lucía, Mar Menor, Rafael Méndez).

- Actividad: Variable cualitativa de triple opción de respuesta (Auxiliar, Enfermero/a, Médico).

- Años totales de actividad sanitaria: Variable cuantitativa con cuatro opciones de respuesta (1 a 12 meses, 1 a 5 años, 5 a 10 años, > 10 años).

- Años totales de actividad en UCI: Variable cuantitativa con cinco opciones de respuesta (< 3 meses, 3 a 12 meses, 1 a 5 años, 5 a 10 años, > 10 años).

- Jornada Laboral: Variable cualitativa con ocho opciones de respuesta. Diurno (cualquier turno que no haga noches en horario de 22-8 horas), Rodado de 7 horas (comprende turnos de 8-15 horas, 15-22 horas y 22-8 horas), Rodado de 12 horas (turnos de 8-20 horas y de 20-8 horas), Guardias (periodos de 8-8 horas en fines de semana y festivos o 15-8 horas los días laborales), Noches fijas (turno de 22-8 horas a días alternos), Mañanas + Guardias (turno de 8-15 horas de lunes a viernes y guardias de 8-8 horas fines de semana y 15-8 horas los días laborales), Rodado de 14 + 10 horas (turno de 8-22 horas y de 22-8 horas) y Rodado de mañana + tarde/noche (turno de 8-15 horas y de 15-8 horas).

- Tipo de jornada: Variable cuantitativa dicotómica (completa, reducida).

- Satisfecho de ser profesional sanitario: Variable cualitativa de 5 opciones de respuesta (muy insatisfecho, insatisfecho, normal, satisfecho y muy insatisfecho).
- Cambiaría de trabajo: Variable cualitativa dicotómica (si, no).
- Cambiaría de servicio: Variable cualitativa dicotómica (si, no).

Tabla 10

Variables relacionadas con la situación laboral.

Variable	Tipo	Categoría	Unidad	Indicador
Centro de trabajo	Nominal	Morales Meseguer Reina Sofía Arrixaca Santa Lucía Mar Menor Rafael Méndez		Centro de trabajo
Actividad	Nominal	Auxiliar Enfermería Enfermero/a Médico		Categoría profesional
Años actividad	Ordinal	1-12 meses 1-5 años 5-10 años >10 años	Meses/años	Tiempo de trabajo de sanitario
Años en UCI	Ordinal	<3 meses 3-12 meses 1-5 años 5-10 años >10 años	Meses/años	Tiempo de trabajo en UCI

Tabla 10 (Continuación)

Variables relacionadas con la situación laboral.

Variable	Tipo	Categoría	Unidad	Indicador
Jornada laboral	Nominal	Diurno Rodado 7 horas Rodado 12 horas Guardias Noches fijas Mañanas + guardias Rodado 14+10 horas Mañana + tarde-noche		Turno de trabajo
Tipo jornada	Nominal	Competa Reducida		Tipo jornada
Satisfecho	Ordinal (Likert)	Muy insatisfecho Insatisfecho Normal Satisfecho Muy satisfecho		Satisfacción de ser profesional sanitario
Cambiar trabajo	Nominal	Si, No		Cambio profesión
Cambiar servicio	Nominal	Si, No		Cambiar de unidad

c) Variables sobre hábitos y estado de salud (tabla 11).

- Tabaco: Variable cualitativa con tres opciones de respuesta (sí, no y exfumador).

- Consumo de alcohol: Variable cualitativa con cuatro opciones de respuesta (no, a diario, fin de semana y ocasional).

- Realiza actividad física o deporte: Variable cualitativa con cuatro opciones de respuesta (nunca, menos de 1 vez/semana, 1 vez/semana y más de 1 vez/semana).

- Estado de salud de últimos tres meses: Variable cualitativa de cinco opciones de respuesta (malo, regular, bueno, muy bueno y excelente).

- Calidad de vida percibida: Variable cualitativa con cinco opciones de respuesta (muy mala/no puede ser peor, bastante mala, a veces bien a veces mal, bastante bien y estupendo).

Tabla 11

Variables relacionadas con hábitos y estado de salud.

Variable	Tipo	Categoría	Unidad	Indicador
Tabaco	Nominal	Si No Exfumador		Hábito tabáquico
Alcohol	Nominal	No A diario Fin de semana Ocasional		Consumo de bebidas alcohólicas
Actividad física	Nominal	Nunca <1 vez/semana 1 vez/semana >1 vez/semana		Hábito de actividad física
Estado salud	Ordinal (Likert)	Malo Regular Bueno Muy bueno Excelente		Estado de salud percibido en los últimos 3 meses
Calidad vida	Ordinal (Likert)	Muy mala Bastante mala Ni bien/ni mal Bastante bien Estupendo		Calidad de vida percibida

4.6.2.2 Variables Dependientes.

Estas variables se han obtenido por medio de cuestionario individual anónimo. Las variables dependientes están definidas por cada uno de las 15 dimensiones psicosociales del Cuestionario ISTAS21, los 3 tipos de satisfacción evaluados en el Cuestionario de satisfacción laboral S10/12 y la Escala de Somnolencia de Epworth.

El Cuestionario de satisfacción laboral S10/12 ofrece información respecto a tres variables:

- Satisfacción con el medio ambiente físico: Variable cuantitativa con valores comprendidos entre 4 (muy insatisfecho) y 28 (muy satisfecho).
- Satisfacción con la supervisión: Variable cuantitativa con valores comprendidos entre 6 (muy insatisfecho) y 42 (muy satisfecho).
- Satisfacción con las prestaciones: Variable cuantitativa con valores comprendidos entre 2 (muy insatisfecho) y 14 (muy satisfecho).

La Escala de Somnolencia de Epworth da lugar a una variable cuantitativa con valores comprendidos entre 0-6 (ausencia de somnolencia) y 20-24 (somnolencia grave).

El Cuestionario ISTAS21 versión 2 ofrece información mediante seis grandes bloques, que engloba a cada una de sus dimensiones.

- Exigencias psicosociales en el trabajo: Variable cuantitativa con puntuaciones comprendidas entre 0 (sin riesgo) y 24 (máximo riesgo).
- Conflicto trabajo-familia: Variable cuantitativa con puntuaciones comprendidas entre 0 (sin riesgo) y 8 (máximo riesgo).
- Control sobre el trabajo: Variable cuantitativa con puntuaciones comprendidas entre 24 (sin riesgo) y 0 (máximo riesgo).
- Apoyo social y calidad de liderazgo: Variable cuantitativa con puntuaciones comprendidas entre 25 (sin riesgo) y 4 (máximo riesgo).
- Compensaciones del trabajo: Variable cuantitativa con puntuaciones comprendidas entre 0 (sin riesgo) y 16 (máximo riesgo).
- Capital social: Variable cuantitativa con puntuaciones comprendidas entre 16 (sin riesgo) y 0 (máximo riesgo).

Se establecen tres zonas de riesgo (situación favorable, intermedia y situación desfavorable), en base a las puntuaciones de corte obtenidas.

- Exigencias psicosociales en el trabajo:

- Exigencias psicológicas cuantitativas (ítems 41 y 42): favorable 0-1, intermedio 2-3 y desfavorable 4-8.
 - Ritmo de trabajo (ítems 46 y 50): favorable 0-1, intermedio 2-3 y desfavorable 4-8.
 - Exigencias psicológicas emocionales (ítems 45 y 49): favorable 0-3, intermedio 4-5 y desfavorable 6-8.
- Conflicto trabajo-familia:
- Doble presencia (ítems 43 y 44): favorable 0-3, intermedio 4-5 y desfavorable 6-8.
- Control sobre el trabajo:
- Influencia (ítems 47 y 48): favorable 6-8, intermedio 4-5 y desfavorable 0-3.
 - Posibilidad de desarrollo (ítems 51 y 52): favorable 6-8, intermedio 4-5 y desfavorable 0-3.
 - Sentido del trabajo (ítems 53 y 54): favorable 7-8, intermedio 6 y desfavorable 0-5.
- Apoyo social y calidad de liderazgo:
- Calidad de liderazgo (ítems 69 y 70): favorable 7-8, intermedio 5-6 y desfavorable 0-4.
 - Previsibilidad (ítems 59 y 60): favorable 7-8, intermedio 5-6 y desfavorable 0-4.
 - Claridad de rol (ítems 55 y 56): favorable 8, intermedio 6-7 y desfavorable 0-5.
 - Conflicto de rol (ítems 57 y 58): favorable 0-1, intermedio 2-3 y desfavorable 4-8.
- Compensaciones del trabajo:
- Inseguridad sobre el empleo (ítems 63 y 64): favorable 0-2, intermedio 3-4 y desfavorable 5-8.
 - Inseguridad sobre las condiciones de trabajo (ítems 61 y 62): favorable 0-1, intermedio 2-3 y desfavorable 4-8.
- Capital social:
- Confianza vertical (ítems 65 y 66): favorable 7-8, intermedio 5-6 y desfavorable 0-4.

- Justicia (ítems 67 y 68): favorable 7-8, intermedio 5-6 y desfavorable 0-4.

4.6.3 Análisis estadístico

Los datos obtenidos se han introducido y procesados en el programa estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para Windows, versión 22.0.

Antes de realizar el análisis de los datos, se ha realizado una depuración de posibles errores de transcripción, tanto de forma manual como mediante estadísticos.

4.6.3.1 Análisis descriptivo.

Las variables de estudio se han analizado mediante el cálculo de estadísticos descriptivos básicos. Las variables cualitativas han sido descritas con frecuencias absolutas y porcentajes de cada una de las categorías. Las variables cuantitativas continuas, se expresan con el valor de la media aritmética y desviación típica, con su intervalo de confianza al 95%, cuando se trataba de un parámetro cuantitativo, y análisis del valor de los percentiles y cuartiles según estrategia de la investigación.

4.6.3.2 Análisis bivariable.

El análisis de los factores de estudio, variables independientes y dependientes se han realizado mediante contraste bilateral.

La comparación de dos o más variables cualitativas (dependiente e independiente), se ha realizado mediante la prueba de χ^2 de Pearson, Razón de verosimilitud y Asociación lineal por lineal.

La comparación de variable cuantitativa con cualitativa de más de dos opciones, mediante la prueba de ANOVA.

4.6.3.3 Análisis de fiabilidad.

La fiabilidad de las distintas escalas utilizadas para la medición de las variables de este estudio, son escalas que están validadas para la población española, pero que hemos querido verificar, ya que se ha aplicado a una población muy concreta, como es el personal sanitario de UCI.

Para ello, hemos utilizado el estadístico coeficiente alfa de Cronbach, que toma valores entre 0 y 1, según nivel de consistencia interna de fiabilidad. Considerando valores del alfa superiores a 0,7 ó 0,8 para garantizar la fiabilidad de la escala (Cronbach, 1951).

Se ha realizado un análisis del conjunto de ítem de cada escala de valoración. La Escala de Satisfacción Laboral ha obtenido un valor de 0,847 y la Escala de Somnolencia de Epworth 0,818 puntos en alfa de Cronbach, con lo que queda demostrada su fiabilidad interna para la muestra del estudio.

El Cuestionario ISTAS 21, presenta una fiabilidad de consistencia interna de alfa de Cronbach para la población española de 0,65-0,92 (Moncada et al., 2005), este dato es de relevancia para comprender la fiabilidad que presenta dentro de nuestra muestra. El análisis del conjunto de ítem del ISTAS 21 ha obteniendo una fiabilidad de 0,67 en alfa de Cronbach, que aunque está por debajo del valor de 0,7 que establece alfa de Cronbach para su fiabilidad, está dentro de los valores comprendidos para la población española en general.

V. RESULTADOS.

Para la realización del estudio, se ha conseguido una muestra de 440 trabajadores, de ambos sexos, pertenecientes a las categorías sanitarias de auxiliar de enfermería, enfermeros/as y médicos que desarrollan su actividad laboral en UCI de los 6 hospitales públicos que tiene el SMS en la Región de Murcia.

A los sujetos que forma la muestra, completaron un cuestionario anónimo, para su autocumplimentación, con unas breves instrucciones para su realización. Dicho cuestionario evalúa factores de riesgos psicosociales en el trabajo y satisfacción laboral a través de 2 escalas, CoPsoQ ISTAS 21 versión 2 corta y Satisfacción Laboral S10/12. Ambas escalas se han acompañado de datos socio-antropométricos, laborales y de hábitos de salud.

5.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE FACTORES INDEPENDIENTES

5.1.1 Aspectos socio-antropométricos.

a) Edad.

La edad media obtenida es de $43,32 \pm 8,42$ años, con un rango que oscila entre 26 y 66 años, siendo 42 años el valor del percentil 50, 37 años el percentil 25 y 50 años el percentil 75. Este ítem ha sido respondido por 410 personas (93,18%).

b) Sexo.

La distribución por género de los sujetos es de 116 hombres (26,5%), frente a 322 mujeres (73,5%). Este ítem ha sido contestado por 438 sujetos (99,54%).

c) Peso.

El análisis del peso de la muestra es de $68,77 \pm 12,34$ Kilogramos (Kg), siendo el valor mínimo 46 Kg y el máximo 108 Kg. En la distribución por percentiles, observamos un peso de 68 Kg en el percentil 50, 60 Kg el valor del percentil 25 y 78 Kg para el percentil 75. Este apartado ha obtenido 416 respuestas (94,54%).

d) Talla.

La talla media es de $1,67 \pm 0,09$ metros (m), con un rango mínimo de 1,46 m y máximo de 1,95 m. El valor del percentil 50 es de 1,67 m, 1,60 m para el percentil 25 y de 1,73 m para el percentil 75. Este ítem ha sido contestado por 420 (95,45%).

e) Estado civil.

La muestra se ha dividido en 63 solteros/as (14,6%), 318 casados /en pareja (73,8%) y en 50 separados/divorciados/viudos (11,6%). Este ítem ha obtenido 431 respuestas (97,95%).

f) Personas a su cargo.

El valor que presenta las personas a cargo que tiene cada trabajador es de $1,47 \pm 1,31$ personas, siendo el valor mínimo de 0 y el valor máximo de 7. Cabe destacar que el mayor número de trabajadores es de 139, e indican no tener ninguna persona a su cargo (32,2%), seguido de 130 respuestas con 2 personas a su cargo (30,1%) y muy cerca le siguen 1 y 3 personas a su cargo con un 75 (17,5%) y 63 (14,6%) sujetos respectivamente. El resto de la muestra es de 25 (5,8%) con entre 4 y 7 personas a su cargo. Este apartado ha obtenido 432 respuestas (98,18%).

g) Índice de peso corporal (IMC).

Al analizar el IMC encontramos un valor medio de $24,42 \pm 3,45$ Kg/m², que corresponde con un rango mínimo de 17,01 Kg/m² y máximo de 38,58 Kg/m². Los percentiles son de 24,09 Kg/m² para el percentil 50, 21,94 Kg/m² para el percentil 25 y de 26,66 Kg/m² en el percentil 75.

5.1.2 Aspectos laborales.

a) Centro de trabajo.

La muestra se ha distribuido en 6 centros de trabajo, que corresponden con los hospitales que tienen en su cartera de servicio la especialidad de UCI en la sanidad pública de la Región de Murcia. A continuación, se refleja la distribución de trabajadores y porcentajes de la muestra por hospital (tabla 12).

Tabla 12

Distribución de trabajadores por hospital.

Hospital	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Morales Meseguer	80	18,2	18,2
Reina Sofía	37	8,4	26,6
Arrixaca	145	33	59,5
Santa Lucía	90	20,5	80
Mar Menor	37	8,4	88,4
Rafael Méndez	51	11,6	100
Total	440	100	

b) Actividad.

Las categorías profesionales que se han analizado, han sido tres, cuya distribución ha quedado en 130 (29,5%) auxiliares de enfermería, 242 (55%) enfermeros/as y 67 (15,5%) médicos. El índice de respuesta ha sido del 439 (99,8%) (Anexo 4, tabla 1).

c) Años totales de actividad sanitaria.

El tiempo de actividad sanitaria se ha distribuido en cuatro opciones, siendo el periodo de más de 10 años el que mayor valor refleja con 364 (82,7%) respuestas y el resto de valores que engloban de 1 mes a 10 años es de 76 (17,3%). Este ítem ha obtenido 440 (100%) respuestas (Anexo 4, tabla 2).

d) Años totales de actividad en UCI.

El tiempo que el profesional sanitario de la muestra ha desarrollado en UCI, se ha repartido en cinco opciones, siendo el mayor valor el de más de 10 años con 181 (41,1%) respuestas, seguido del periodo de 5 a 10 años con 123 (28%) sujetos, 95 (21,6%) en el periodo de 1 a 5 años y el de menos de 3 meses hasta 12 meses con 41 (9,3%). El índice de respuesta ha sido del 440 (100%) (Anexo 4, tabla 3).

e) Jornada laboral.

La distribución de la muestra se ha repartido en un total de 7 tipos de turnos de trabajo, siendo los turnos que más organizan la actividad laboral, el turno de Rodado de 12 horas con 187 (42,5%) sujetos, seguido del turno rodado de 7 horas 111 (25,2%), posteriormente el turno de mañana/guardias con 53 (12%), el turno de mañana y tarde/noche con 39 (8,9%) y el que menor valor presenta es el de noches fijas, diurno y guardias con 24 (5,5%), 18 (4,1%) y 8 (1,8%) respuestas

respectivamente. Este ítem ha sido contestado por 440 sujetos (100%) (Anexo 4, tabla 4).

f) Tipo de jornada.

La jornada de trabajo se divide en jornada completa con un total del 401 (91,1%) sujetos y reducida con 39 (8,9%) respuestas de la muestra. El índice de respuesta ha sido del 440 (100%) (Anexo 4, tabla 5).

g) Satisfecho haber elegido ser profesional sanitario.

La muestra presenta un mayor grado de satisfacción con la elección de ser profesional sanitario para las opciones satisfecho y muy satisfecho con un valor de 359 (81,6%), frente insatisfecho y muy insatisfecho con 46 (10,5%), mientras que los que indican un grado normal de satisfacción son 35 (8%). El índice de respuesta ha sido 440 (100%) (Anexo 4, tabla 6).

h) Cambiar de trabajo.

La muestra ha reflejado 403 (91,6%) trabajadores que no quieren cambiar de trabajo frente a 35 (8%) que desean cambiar de trabajo. Este ítem ha tenido 438 respuestas (99,8%) (Anexo 4, tabla 7).

i) Cambiar de servicio.

El deseo de cambiar de servicio presenta 341 (77,5%) sujetos que no desean cambiar, mientras que 97 (22%) trabajadores sí manifiestan el deseo de cambiar de servicio. El índice de respuesta de este ítem ha sido de 438 (99,5%) personas (Anexo 4, tabla 8).

5.1.3 Aspectos de hábitos de salud

a) Hábito tabáquico.

El hábito de fumar se encuentra relacionado con el personal sanitario, debido a que como profesionales de la salud deben predicar con el ejemplo. Es destacable más de la mitad de la muestra presenta un hábito tabáquico negativo con 259 (58,9%) trabajadores, frente a 105 (23,9%) que sí fuman y 76 (17,3%) exfumadores. Este ítem ha sido contestado por 440 (100%) sujetos (Anexo 4, tabla 9).

b) Consumo de alcohol.

El consumo de bebidas alcohólicas en los trabajadores sanitarios de la muestra, refleja un valor de 194 (44,1%) sujetos que no beben alcohol, frente 198

(45%) que beben de manera ocasional y 48 (10,9) que beben a diario o durante los fines de semana. El índice de respuesta ha sido de 440 (100%) (Anexo 4, tabla 10).

c) Actividad física/deporte.

La actividad física y deportiva presenta la proporción más elevada con 240 (54,5%) trabajadores en la opción de más de 1 vez a la semana, frente al 51 (11,6%) que indican no practicar nunca deporte. En las opciones intermedias hay un total de 149 (33,9%) profesionales que realizan deporte menos de una vez o una vez a la semana. Este ítem ha sido contestado por 440 (100%) (Anexo 4, tabla 11).

d) Estado de salud percibido.

La percepción del estado de salud en los últimos tres meses de la muestra es de 199 (45,2%) sujetos como bueno, seguido de 158 (35,9) trabajadores como muy bueno, 45 (10,2%) trabajadores de excelente y malo o regular de 38 (8,6%) trabajadores (Anexo 4, tabla 12).

e) Calidad de vida percibida.

La autopercepción de la calidad de vida de la muestra presenta un valor de 283 (64,3%) trabajadores con la sensación de bastante bien, para el valor a veces bien/a veces mal hay 81 (18,4%) trabajadores, la etiqueta de estupendo presenta un valor de 69 (15,7%) trabajadores y con 7 (1,6%) trabajadores para la etiqueta muy mala y bastante mala (Anexo 4, tabla 13).

5.2 SATISFACCIÓN LABORAL.

La evaluación de la satisfacción laboral ha sido evaluada con el Cuestionario de Satisfacción Laboral (CSL) S10/12 (Meliá & Peiró, 1989a) versión 2 (Anexo 3). El cuestionario está formado por 12 ítem y mide tres dimensiones, como son satisfacción del ambiente físico (ítem del 1 al 4), satisfacción con la supervisión (ítem del 5 al 10) y satisfacción con las prestaciones recibidas (ítem 11 y 12). Cada ítem puede adoptar 7 opciones de respuesta que van de muy insatisfecho (valor de 1) hasta muy satisfecho (valor de 7).

5.2.1. Análisis descriptivo de los ítems CSL 10/12.

El ítem 1 de CSL, “*los objetivos, metas y tasas de producción que debe alcanzar*”, refleja los porcentajes más altos a las opciones de respuesta *bastante satisfecho* y *algo satisfecho* con 160 (36,4%) y 152 (34,6%) trabajadores respectivamente, seguidas de 64 (14,6%) sujetos, 34 (7,7%) trabajadores y 16 (3,6%) profesionales a las opciones de respuestas *indiferente*, *algo insatisfecho* y *bastante insatisfecho* respectivamente (tabla 13).

El ítem 2 de CSL, “*la limpieza, higiene y salubridad de su lugar de trabajo*”, responden 179 (40,8%) y 95 (21,6%) sujetos las opciones *bastante satisfecho* y *algo satisfecho* respectivamente, siendo las respuestas con menor valor las opciones *muy insatisfecho* con 13 (3%) trabajadores y *bastante insatisfecho* con 27 (6,2%) sujetos (tabla 13).

El ítem 3 de CSL, “*el entorno físico y el espacio de que dispone en su lugar de trabajo*”, la mayoría responde *bastante satisfecho* con 112 (25,5%) trabajadores, *algo satisfecho* y *algo insatisfecho* con igual número, 97 (22,12%) profesionales. Por otro lado, las opciones de menor valor han sido *muy satisfecho* y *muy insatisfecho* con 30 (6,8%) sujetos (tabla 13).

El ítem 4 de CSL, “*la temperatura de su lugar de trabajo*”, refleja los valores más altos a las opciones de respuesta *algo insatisfecho* y *algo satisfecho* con 114 (26%) y 95 (21,6%) trabajadores respectivamente, seguidas de 75 (17,1%), 58 (13,2%) y 55 (12,5%) profesionales a las opciones de respuestas *bastante insatisfecho*, *bastante satisfecho* y *muy insatisfecho* respectivamente (tabla 13).

El ítem 5 de CSL, “*las relaciones personales con sus superiores*”, responden 183 (41,7%) y 92 (21%) sujetos las opciones *bastante satisfecho* y *algo satisfecho* respectivamente, siendo las respuestas con menor valor las opciones *muy*

insatisfecho con 12 (2,7%) trabajadores y *bastante insatisfecho* con 13 (3%) de sujetos (tabla 13).

El ítem 6 de CSL, “*la supervisión que ejercen sobre usted*”, refleja los valores más altos a las opciones de respuesta *bastante satisfecho* y *algo satisfecho* con 171 (39%) trabajadores y 96 (21,9%) trabajadores respectivamente, seguidas de 71 (16,2%) sujetos y 51 (11,6%) trabajadores a las opciones de respuestas *indiferente* y *muy satisfecho* respectivamente (tabla 13).

El ítem 7 de CSL, “*la proximidad y frecuencia con que es supervisado*”, responden 147 (33,5%), 103 (23,5%) y 96 (21,9%) profesionales las opciones *bastante satisfecho*, *algo satisfecho* e *indiferente* respectivamente, siendo las respuestas con menor valor las opciones *muy insatisfecho* con 9 (2,1%) trabajadores y *bastante insatisfecho* con 15 (3,4%) de sujetos (tabla 13).

El ítem 8 de CSL, “*la forma en que sus supervisores juzgan su tarea*”, refleja los índices más altos a las opciones de respuesta *bastante satisfecho* y *algo satisfecho* con 130 (29,6%) y 97 (22,1%) trabajadores respectivamente, seguidas de 82 (18,7%) y 52 (11,8%) trabajadores a las opciones de respuestas *indiferente* y *algo insatisfecho* respectivamente (tabla 13).

El ítem 9 de CSL, “*la igualdad y justicia de trato que recibe de su empresa*”, refleja los valores más altos a las opciones de respuesta *bastante satisfecho* y *algo satisfecho* con 101 (23%) y 97 (22,1%) trabajadores respectivamente, seguidas de 72 (16,4%) y 67 (15,3%) trabajadores a las opciones de respuestas *algo insatisfecho* e *indiferente* respectivamente (tabla 13).

El ítem 10 de CSL, “*el apoyo que recibe de sus superiores*”, refleja los índices más altos a las respuestas *bastante satisfecho* y *algo satisfecho* con 114 (26%) y 103 (23,5%) trabajadores respectivamente, seguidas de 68 (15,5%), 51 (11,6%) y 45 (10,3%) profesionales a las opciones de respuestas *indiferente*, *algo insatisfecho* y *muy satisfecho* respectivamente (tabla 13).

El ítem 11 de CSL, “*el grado en que su empresa cumple el convenio, las disposiciones y leyes laborales*”, indican 124 (28,3%) y 113 (25,8%) sujetos las opciones *algo satisfecho* y *bastante satisfecho* respectivamente, siendo las respuestas con menor frecuencia las opciones *muy insatisfecho* con 17 (3,9%) trabajadores y *muy satisfecho* con 22 (5%) de sujetos (tabla 13).

El ítem 12 de CSL, “*la forma en que se da la negociación en su empresa sobre aspectos laborales*”, responden 103 (23,5%), 100 (22,8%) y 95 (21,6%)

profesionales las opciones *algo satisfecho*, *indiferente* y *algo insatisfecho* respectivamente, siendo las respuestas con menor frecuencia las *opciones muy satisfecho* con 10 (2,3%) y *muy insatisfecho* con 25 (5,7%) de sujetos (tabla 13).

Tabla 13

Satisfacción Laboral S10/12 (frecuencias/porcentajes de respuestas)

Ítem	Insatisfecho			Indiferente	Satisfecho		
	Muy	Bastante	Algo		Algo	Bastante	Muy
CSL 1	3 (0,7%)	16 (3,6%)	34 (7,7%)	64 (14,6%)	152 (34,6%)	160 (36,4%)	10 (2,3%)
CSL 2	13 (3%)	27 (6,2%)	63 (14,4%)	14 (3,2%)	95 (21,6%)	179 (40,8%)	48 (10,9%)
CSL 3	30 (6,8%)	55 (12,5%)	97 (22,1%)	18 (4,1%)	97 (22,1%)	112 (25,5%)	30 (6,8%)
CSL 4	55 (12,5%)	75 (17,1%)	114 (26%)	36 (8,2%)	95 (21,6%)	58 (13,2%)	6 (1,4%)
CSL 5	12 (2,7%)	13 (3%)	24 (5,5%)	56 (12,8%)	92 (21%)	183 (41,7%)	59 (13,4%)
CSL 6	8 (1,8%)	15 (3,4%)	27 (6,2%)	71 (16,2%)	96 (21,9%)	171 (39%)	51 (11,6%)
CSL 7	9 (2,1%)	15 (3,4%)	37 (8,4%)	96 (21,9%)	103 (23,5%)	147 (33,5%)	32 (7,3%)
CSL 8	16 (3,6%)	23 (5,2%)	52 (11,8%)	82 (18,7%)	97 (22,1%)	130 (29,6%)	39 (8,9%)
CSL 9	31 (7,1%)	48 (10,9%)	72 (16,4%)	67 (15,3%)	97 (22,1%)	101 (23%)	23 (5,2%)
CSL 10	23 (5,2%)	35 (8%)	51 (11,6%)	68 (15,5%)	103 (23,5%)	114 (26%)	45 (10,3%)
CSL 11	17 (3,9%)	34 (7,8%)	67 (15,3%)	61 (13,9%)	124 (28,3%)	113 (25,8%)	22 (5%)
CSL 12	25 (5,7%)	48 (10,9%)	95 (21,6%)	100 (22,8%)	103 (23,5%)	58 (13,2%)	10 (2,3%)

5.2.2. Satisfacción con el ambiente físico.

Se ha obtenido una puntuación media de 4,44 con una desviación típica de 1,66 (tabla 18) (gráfico 2).

La escala de satisfacción con el ambiente físico corresponde con los ítems del 1 al 4, medidos por puntuaciones de 1 (muy insatisfecho) al 7 (muy satisfecho). Se han agrupado las puntuaciones de cada ítem en *insatisfecho* (del 1 al 3), *indiferente* (4) y *satisfecho* (del 5 al 7). Los valores obtenidos han sido 59 (13,4%) *insatisfechos*, 196 (44,6%) *indiferentes* y 184 (41,9%) empleados *satisfechos* (tabla 16) (gráfico 2). Atendiendo a cada ítem que evalúa esta variable, en CSL 1, CSL 2 y CSL 3 el mayor índice de sujetos pertenece a la *satisfacción* con 322 (73,34%), 322 (73,34%) y 239 (54,44%) trabajadores respectivamente. Mientras que en CSL 4 la mayor proporción es en *insatisfechos* con 244 (55,58%) de sujetos (tabla 14).

Tabla 14

Satisfacción ambiente físico (frecuencias/porcentajes de respuestas).

Ítems	Insatisfecho	Indiferente	Satisfecho
CSL 1	53 (12,07%)	64 (14,57%)	322 (73,34%)
CSL 2	103 (23,46%)	14 (3,18%)	322 (73,34%)
CSL 3	182 (41,45%)	18 (4,1%)	239 (54,44%)
CSL 4	244 (55,58%)	36 (8,2%)	159 (36,21%)

5.2.3. Satisfacción con la supervisión.

Se ha obtenido una puntuación media de 4,82 con una desviación típica de 1,53 (tabla 18) (gráfico 2).

La escala de satisfacción con la supervisión corresponde con los ítems del 5 al 10, medidos por puntuaciones de 1 (muy insatisfecho) al 7 (muy satisfecho). Se han agrupado las puntuaciones de cada ítem en *insatisfecho* (del 1 al 3), *indiferente* (4) y *satisfecho* (del 5 al 7). Los valores obtenidos han sido 45 (10,3%) trabajadores *insatisfecho*, 164 (37,4%) sujetos *indiferentes* y 230 (55,4%) empleados *satisfechos* (tabla 17) (gráfico 2). Al agrupar las opciones de respuesta en insatisfecho,

indiferente y satisfecho, se puede observar que en todos los ítems que evalúan la supervisión, los valores más elevados se encuentran en la *satisfacción* con valores por encima de 266 sujetos (60%), excepto en CSL 9 que está en 221 trabajadores (50,34%) (tabla 15).

Tabla 15

Satisfacción supervisión (frecuencias/porcentajes de respuestas).

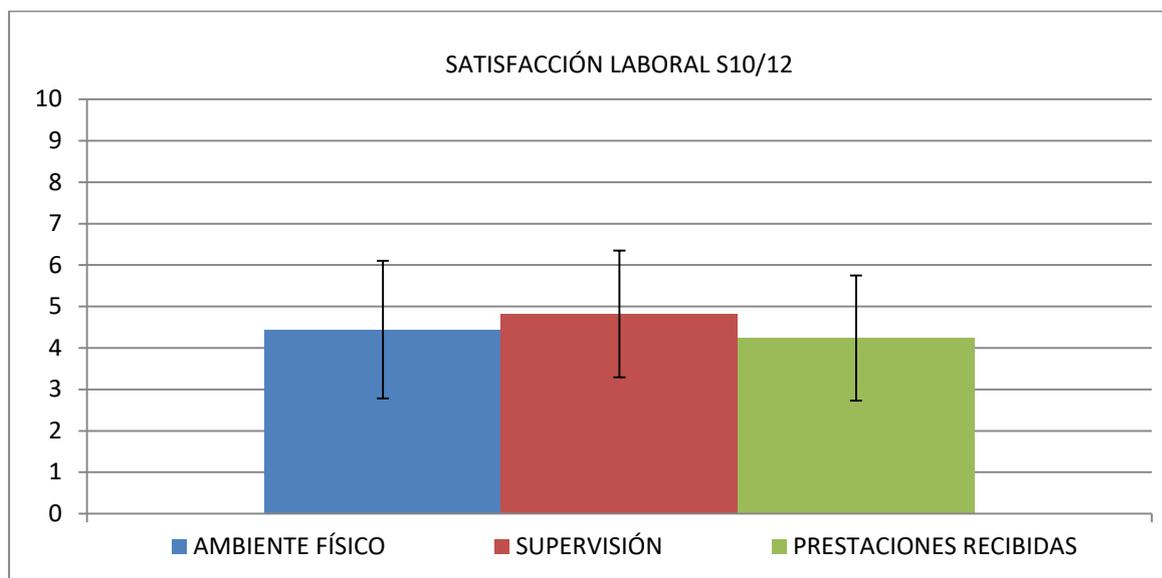
Ítems	Insatisfecho	Indiferente	Satisfecho
CSL 5	49 (11,16%)	56 (12,75%)	334 (76,08%)
CSL 6	50 (11,38%)	71 (16,17%)	318 (72,43%)
CSL 7	61 (13,89%)	96 (21,86%)	282 (64,23%)
CSL 8	91 (20,72%)	82 (18,67%)	266 (60,59%)
CSL 9	151 (34,39%)	67 (15,26%)	221 (50,34%)
CSL 10	109 (24,82%)	68 (15,48%)	262 (59,68%)

5.2.4. Satisfacción con las prestaciones percibidas.

Se ha obtenido una puntuación media de 4,24 con una desviación típica de 1,51 (tabla 18) (gráfico 2).

Gráfico 2

Factores de Satisfacción Laboral (medias y desviación típica).



La escala de satisfacción con las prestaciones recibidas corresponde con los ítems del 11 y 12, las opciones de respuesta y agrupación es igual que en las anteriores mediciones de satisfacción. Los valores obtenidos han sido 112 (25,6%) *insatisfecho*, 147 (33,6%) *indiferentes* y 179 (40,9%) empleados *satisfechos* (tabla 16) (gráfico 3). Al agrupar en las tres opciones de respuesta, CSL 11 presenta su valor más elevado en *satisfecho* con 259 (59,13%) trabajadores, mientras que la CSL 12 presenta unos valores muy similares en *insatisfecho* y *satisfecho* con 168 (38,26%) y 171 (38,95%) sujetos respectivamente (tabla 16).

Atendiendo a las tres dimensiones que analiza el CSL 10/12, encontramos en el grupo de *satisfechos* con la supervisión, a 230 (52,4%) sujetos y en prestaciones recibidas con 179 (40,9%) sanitarios, mientras que para el ambiente físico indican indiferencia un 196 (44,6%) de los trabajadores por 184 (41,9%) *satisfechos* (tabla 17).

Tabla 16

Satisfacción prestaciones recibidas (frecuencias/porcentajes de respuestas).

Ítems	Insatisfecho	Indiferente	Satisfecho
CSL 11	118 (26,94%)	61 (13,92%)	259 (59,13%)
CSL 12	168 (38,26%)	100 (22,77%)	171 (38,95%)

Tabla 17

Satisfacción Laboral (frecuencias/porcentajes de respuestas por dimensión).

Satisfacción	Insatisfecho	Indiferente	Satisfecho
Ambiente físico	59 (13,4%)	196 (44,6%)	184 (41,9%)
Supervisión	45 (10,3%)	164 (37,4%)	230 (52,4%)
Prestaciones recibidas	112 (25,6%)	147 (33,6%)	179 (40,9%)

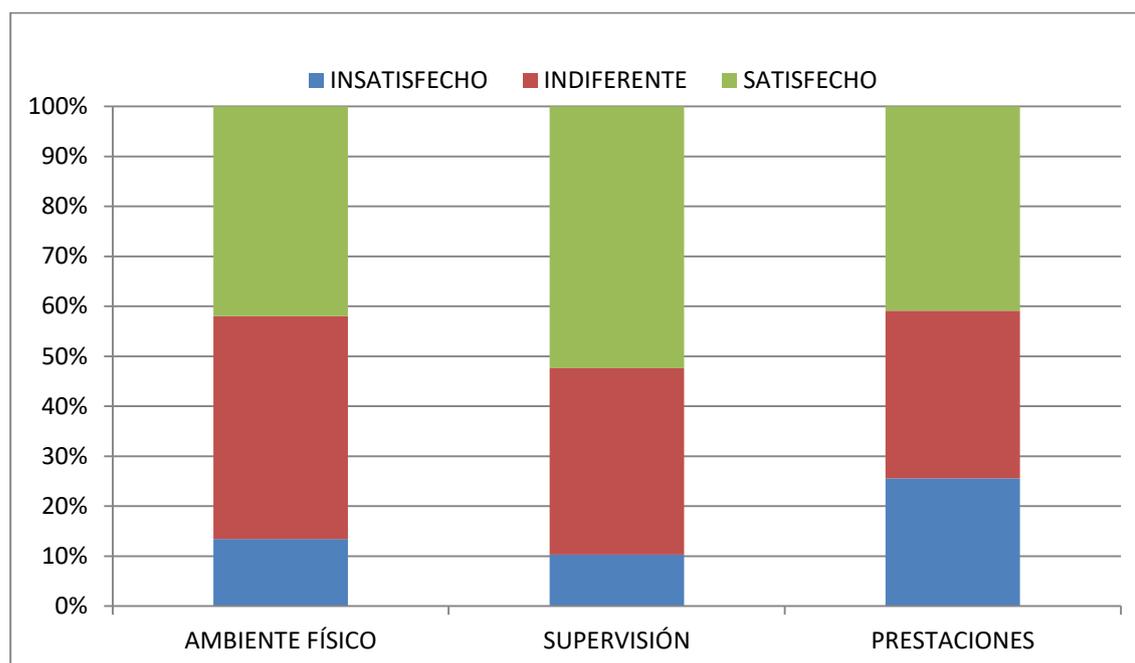
Tabla 18

Satisfacción Laboral (medidas de dispersión)

Satisfacción	Media	Desviación típica
Ambiente físico	4,44	1,66
Supervisión	4,82	1,53
Prestaciones recibidas	4,24	1,51

Gráfico 3

Factores de Satisfacción Laboral (porcentajes de respuestas).



5.3 RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL TRABAJO.

El instrumento de medida utilizado para recoger la información de los trabajadores ha sido la versión corta del cuestionario de riesgos psicosociales en el trabajo CoPsoQ-istas21 versión 2, que es la versión en castellano del Cuestionario Psicosocial de Copenhague (CoPsoQ). El ISTAS 21 versión corta está diseñado para evaluar la exposición a 15 dimensiones de factores de riesgos psicosociales para la salud agrupándolos en 6 grandes grupos:

- Exigencias psicosociales en el trabajo.
- Conflicto trabajo-familia.
- Control sobre el trabajo.
- Apoyo social y calidad de liderazgo.
- Compensaciones del trabajo.
- Capital social.

5.3.1. Exigencias psicológicas en el trabajo.

Está compuesta a su vez por 3 dimensiones psicosociales, que valoran las exigencias cuantitativas derivadas de la cantidad de trabajo, el ritmo de trabajo relacionado con la intensidad, cantidad y tiempo de trabajo, y las exigencias

emocionales referidas de las situaciones emocionales derivadas de las relaciones interpersonales.

A) Análisis descriptivo del bloque “Exigencias Psicosociales”.

Como podemos observar en la tabla 18, se describen los valores absolutos y relativos de las distintas opciones de respuesta a cada pregunta de las tres dimensiones psicosociales que engloba el grupo exigencias psicosociales en el trabajo.

La dimensión, delimitada en el ítem 1, “*¿la distribución de tareas es irregular y provoca que se le acumule el trabajo?*”, presenta la opción “*algunas veces*” con el mayor número de respuestas con 223 (55,7%) sujetos, a diferencia de las respuestas de los extremos “*nunca*” o “*siempre*” 16 (3,6%) y 12 (2,7%) sujetos respectivamente, mientras que “*solo alguna vez*” con 99 (22,5%) trabajadores y “*muchas veces*” con 9 (20,5%) sujetos, son muy similares. El ítem 2 “*¿tienes tiempo suficiente para hacer tu trabajo?*” de esta misma dimensión, el valor “*muchas veces*” es el que mayor número presenta con 180 (40,9%) de trabajadores, seguido “*algunas veces*” con 176 (40%) sujetos, y las respuestas extremas, apenas suman 59 (13,4%) trabajadores (tabla 19).

La dimensión exigencias emocionales, está representada por el ítem 3 “*¿en el trabajo tienes que ocuparte de los problemas personales de otras personas?*” e ítem 4 “*¿tu trabajo, en general, es desgastador emocionalmente?*”. El ítem 3 presenta mayores respuestas en “*solo alguna vez*” con 153 (34,8%) sujetos, seguido de “*nunca*” con 121 (27,5%) trabajadores y “*algunas veces*” con 118 (26,8%), mientras que las opciones “*muchas veces*” y “*siempre*” acumulan 48 (10,9%) trabajadores. El ítem 4 refleja un mayor índice de respuesta en las opciones de mayor frecuencia “*muchas veces*” y “*siempre*” con un total de 255 (57,7%) trabajadores frente a las opciones de menor frecuencia “*nunca*” y “*solo alguna vez*” con 55 (12,5%) sujetos (tabla 19).

La dimensión ritmo de trabajo, engloba el ítem 5, “*¿tienes que trabajar muy rápido?*” con 347 (78,8%) trabajadores en las opciones “*algunas veces*” y “*muchas veces*”, frente a 31 (7%) sujetos que responde “*nunca*” o “*siempre*”. El ítem 6, “*¿el ritmo de trabajo es alto durante toda la jornada?*” con 290 (65,9%) trabajadores en las opciones “*en cierta medida*” y “*en buena medida*”, frente a 60 (13,6%)

trabajadores de la opción “en ningún caso” y “en alguna medida” y 90 (20,5%) trabajadores para la opción “en gran medida” (tabla 19).

Tabla 19

Exigencias psicosociales en el trabajo (frecuencias/ porcentajes de respuestas).

Ítems	Nunca	Solo alguna vez	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
ISTAS 21					
1	16	99	223	90	12
Exigencias cuantitativas	(3,6%)	(22,5%)	(55,7%)	(20,5%)	(2,7%)
2	9	25	176	180	50
	(2%)	(5,7%)	(40%)	(40,9%)	(11,4%)
3	121	153	118	39	9
Exigencias emocionales	(27,5%)	(34,8%)	(26,8%)	(8,9%)	(2%)
4	10	45	130	133	122
	(2,3%)	(10,2%)	(29,5%)	(30,2%)	(27,5%)
5	11	62	207	140	20
	(2,5%)	(14,1%)	(47%)	(31,8%)	(4,5%)
Ritmo de trabajo	En ningún caso	En alguna medida	En cierta medida	En buena medida	En gran medida
6	4	56	130	160	90
	(0,9%)	(12,7%)	(29,5%)	(36,4%)	(20,5%)

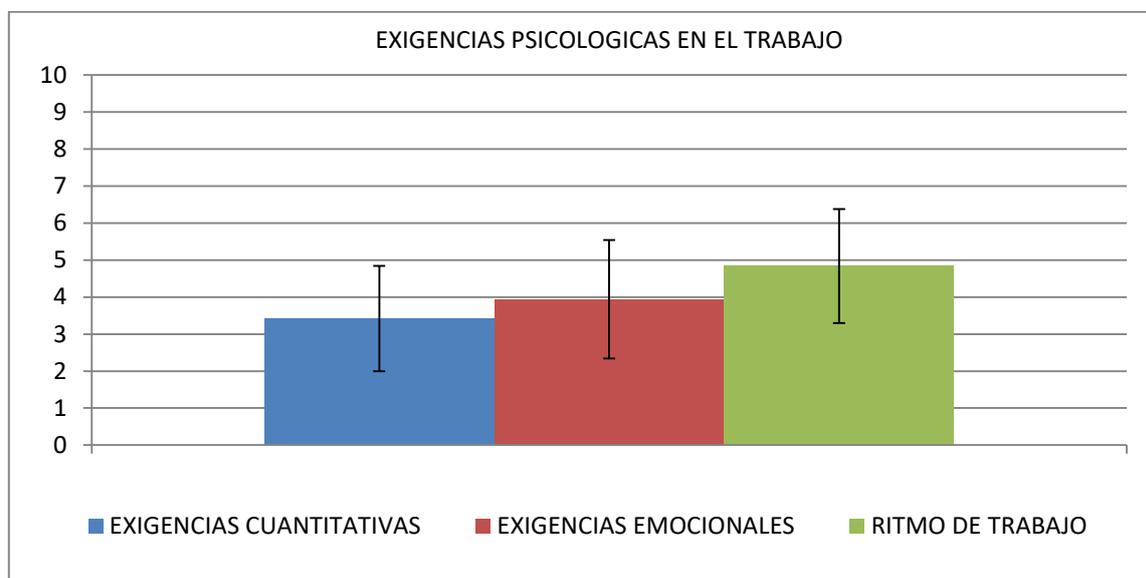
El valor medio de la dimensión exigencias cuantitativas es de 3,42 puntos, con una desviación típica de 1,42 (gráfico 4) y percentiles comprendidos entre 3 y 4 puntos, que coinciden con el límite inferior de riesgo desfavorable y límite superior del intermedio (gráfico 5).

Las exigencias emocionales presentan una media de 3,94 puntos y una desviación típica de 1,60 (gráfico 4). Los percentiles están en 3 y 5 puntos, que abarcan la zona desfavorable e intermedia (gráfico 5).

En ritmo de trabajo se observa una media de 4,54 puntos y una desviación típica de 1,54 (gráfico 4), con percentiles de 4 y 6 que coinciden plenamente con la situación de riesgo desfavorable (gráfico 5).

Gráfico 4

Representación de Exigencias psicosociales en el trabajo (medias y desviación típica).



B) Valoración del bloque “Exigencias Psicosociales”.

Para poder establecer si las condiciones de trabajo implican un riesgo para la salud de los trabajadores, el cuestionario de riesgos psicosociales en el trabajo CoPsoQ-istas21 versión 2, establece tres niveles de exposición (favorable, intermedia y desfavorable), en función de las puntuaciones obtenidas (Anexo 4, tabla 14). Cada dimensión puede tomar un valor que puede oscilar de 0 a 8.

Al analizar las exigencias psicosociales en el trabajo (gráfico 5), la dimensión exigencia cuantitativa, en la distribución de frecuencias, destaca un total de 196 (44,6%) sujetos del estudio en situación desfavorable, frente a los 35 (8%) trabajadores en favorable, poniendo de manifiesto esta dimensión psicosocial en un riesgo desfavorable para la salud de los trabajadores (tabla 20).

La dimensión exigencia emocional, destaca la opción favorable e intermedia con 183 (41,7%) y 184 (41,9%) de trabajadores respectivamente, con lo que presenta un nivel de exposición psicosocial favorable para la salud del trabajador (tabla 20).

La dimensión ritmo de trabajo, indica un valor muy elevado en situación desfavorable con 355 (80,9%) de los trabajadores y apenas 8 (1,8%) de sujetos en favorable. Esta dimensión presenta una situación muy desfavorable para la salud de los trabajadores (tabla 20).

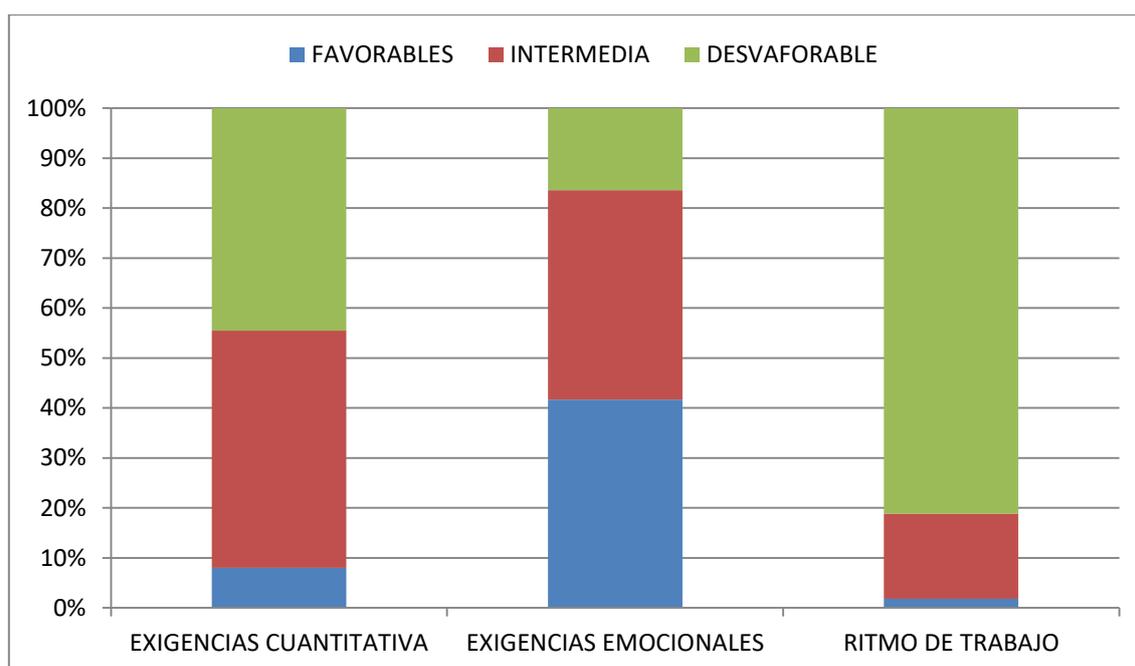
Tabla 20

Exigencias psicosociales en el trabajo (frecuencias/porcentajes de situaciones de riesgo).

DIMENSIÓN	FAVORABLE	INTERMEDIA	DESFAVORABLE
Exigencias cuantitativas	35 (8%)	208 (47,5%)	195 (44,5%)
Exigencias emocionales	183 (41,7%)	184 (41,9%)	72 (16,4%)
Ritmo de trabajo	8 (1,8%)	75 (17,1%)	355 (81,1%)

Gráfico 5

Factores de Exigencias psicosociales en el trabajo (porcentajes de situaciones de riesgo).



5.3.2. Conflicto trabajo-familia.

El conflicto trabajo-familia, es valorado a través de la dimensión doble presencia, refiriéndose a las exigencias sincrónicas y simultáneas que se pueden dar entre el ámbito laboral y el doméstico-familiar. Para ello se utilizan 2 ítems con 5 opciones de respuesta cada una, que oscilan de 0 puntos la situación más favorable hasta 4 puntos para la más desfavorable.

A) Análisis descriptivo del bloque “Conflicto trabajo-familia”.

El ítem 1 de la dimensión doble presencia, “¿hay momentos que necesitarías estar en la empresa y en casa a la vez?”, la respuesta que mayor frecuencia encontramos es la opción “*algunas veces*” con 160 (36,4%) trabajadores y las opciones “*nunca*” y “*solo alguna vez*” comprenden 202 (44,9%) sujetos, frente a las respuestas “*muchas veces*” y “*siempre*” con 78 (17,7%) trabajadores. El ítem 2, “¿sientes que el trabajo en la empresa te ocupa tanto tiempo que perjudica a tus tareas domésticas y familiares?”, es similar al ítem anterior, ya que la mayor frecuencia de respuestas que comprende el rango “*nunca*” y “*solo alguna vez*” con 253 (57,5%) sujetos y solamente 71 (16,2%) trabajadores “*muchas veces*” y “*siempre*” (tabla 21).

Tabla 21

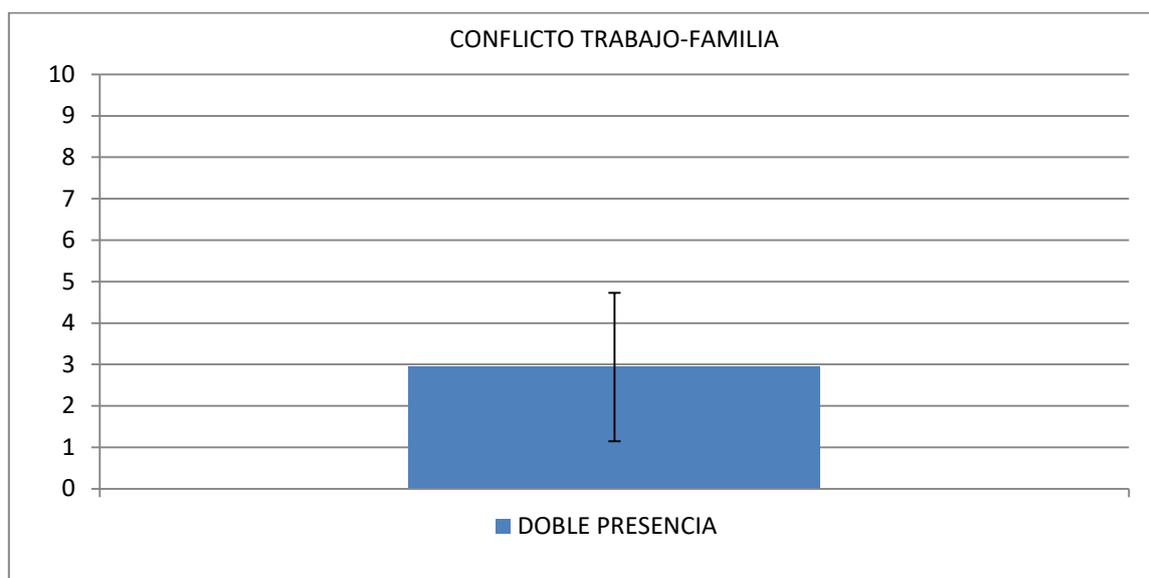
Conflicto trabajo-familia (frecuencias/ porcentajes de respuestas).

Ítems ISTAS 21	Nunca	Solo alguna vez	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
1	78 (17,7%)	124 (28,2%)	160 (36,4%)	69 (15,7%)	9 (2%)
2	99 (22,5%)	154 (35%)	116 (26,4%)	61 (13,9%)	10 (2,3%)

El valor medio de la dimensión doble presencia es de 2,94 puntos y una desviación típica de 1,79 (gráfico 6), con percentiles entre 3 y 5 puntos, que oscilan entre la situación de favorable e intermedia.

Gráfico 6

Conflicto familia-trabajo (media y desviación típica).



B) Valoración del bloque “Conflicto trabajo-familia”.

Al igual en el bloque anterior, la valoración de las puntuaciones obtenidas, se establecen en tres rangos de exposición (favorable, intermedia y desfavorable) para la dimensión doble presencia (Anexo 4, tabla 15).

El análisis del conflicto trabajo-familia (gráfico 7) a través de la dimensión doble presencia, es muy indicativo que 275 (62,6%) sujetos presentan una situación favorable, mientras que tan solo es desfavorable para el 39 (8,9%) trabajadores, lo cual demuestra ser un nivel de exposición psicosocial favorable para la salud del trabajador (tabla 22).

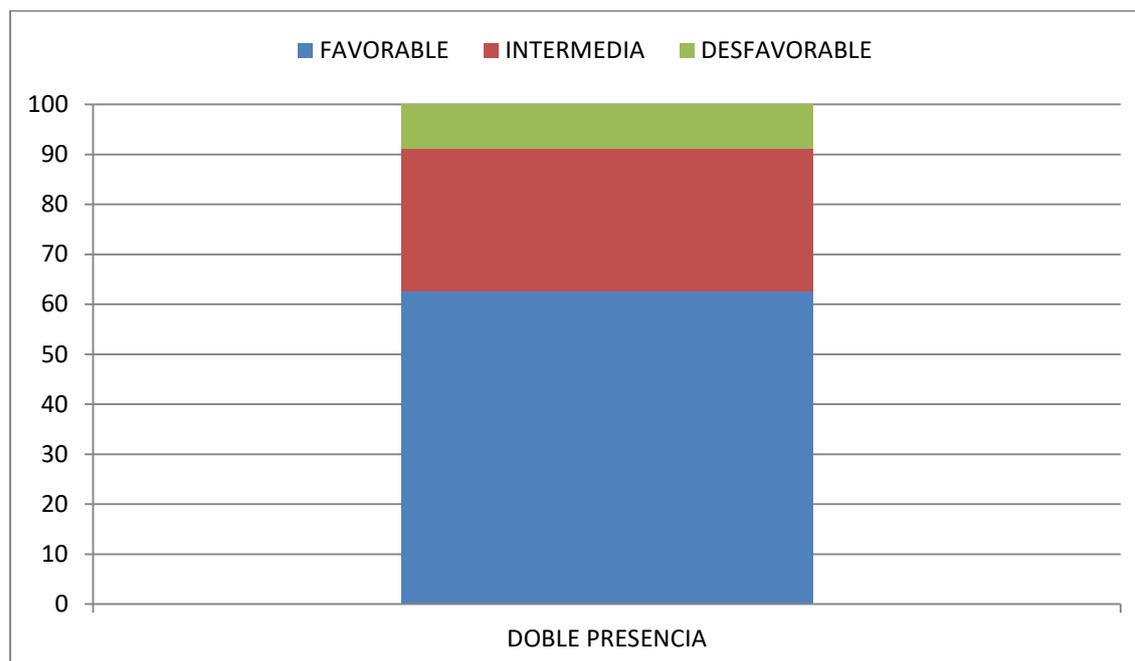
Tabla 22

Conflicto trabajo-familia (frecuencias/porcentajes a de situaciones de riesgo).

DIMENSIÓN	FAVORABLE	INTERMEDIA	DESFAVORABLE
Doble presencia	275 (62,6%)	125 (28,5%)	39 (8,9%)

Gráfico 7

Conflicto familia-trabajo (porcentajes de situaciones de riesgo).



5.3.3. Control sobre el trabajo.

El control sobre el trabajo se valora por medio de 3 dimensiones psicosociales, compuestas por influencia, posibilidad de desarrollo y sentido de trabajo. La influencia hace referencia a la capacidad que tiene el trabajador en la toma de decisiones en aspectos cotidianos de su trabajo, en cuanto a métodos utilizados y su limitación de autonomía. La posibilidad de desarrollo pretende poner de manifiesto la capacidad de poner en práctica habilidades, conocimientos, experiencia y adquirir nuevos. El sentido del trabajo tiene que ver con el significado de las tareas por sí mismas.

La valoración de estas dimensiones se realiza a través de 6 ítems (2 por dimensión) con puntuaciones de 0 a 4, siendo de 0 “nunca” y 4 “siempre” para la dimensión influencia, mientras que para las dimensiones posibilidad de desarrollo y sentido de trabajo el valor 0 es para “en ningún caso” y de 4 para “en gran medida”.

A) Análisis descriptivo del bloque “Control sobre el trabajo”.

Para influencia, el ítem 1 “¿tienes mucha influencia sobre las decisiones que afectan a tu trabajo?”, la gran mayoría se posiciona en las puntuaciones centrales con 174 (8,9%), 97 (22%) y 96 (21,8%) sujetos para “algunas veces”, “muchas

veces” y “solo alguna vez” respectivamente, posicionándose en los extremos con 73 (16,6%) trabajadores. El ítem 2, “¿tienes influencia sobre cómo realizas tu trabajo?”, presenta una proporción mayor en la zona positiva de influencia con 203 (46,1%) trabajadores por 80 (18,3%) sujetos de la parte negativa de esta dimensión (tabla 23).

La dimensión psicosocial posibilidad de desarrollo, ítem 3 “¿tu trabajo permite que aprendas cosas nuevas?” e ítem 4, “¿tu trabajo permite que apliques tus habilidades y conocimientos?”, se muestran idénticos, poniendo de manifiesto con un 371 (84,3%) respuestas “en buena medida” y “en gran medida”, frente a 28 (6,3%) y de 16 (3,7%) trabajadores para las respuestas más desfavorables respectivamente (tabla 23).

El sentido de trabajo, ítem 5, “¿tus tareas tienen sentido?” e ítem 6, “¿las tareas que haces te parecen importantes?”, concentran el mayor número de respuestas en las opciones positivas de la dimensión con 383(87%) y 394(89,5%) sujetos respectivamente (tabla 23).

Tabla 23

Control sobre el trabajo (frecuencias/ porcentajes de respuestas).

Ítems		Nunca	Solo alguna vez	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
ISTAS 21						
	1	62	96	174	97	11
Influencia		(14,1%)	(21,8%)	(39,5%)	(22%)	(2,5%)
	2	25	55	157	162	41
		(5,7%)	(12,5%)	(35,7%)	(36,8%)	(9,3%)
Ítems		En ningún caso	En alguna medida	En cierta medida	En buena medida	En gran medida
ISTAS 21						
	3	1	27	53	192	179
Posibilidades de desarrollo		(0,2%)	(6,1%)	(12%)	(43,6%)	(40,7%)
	4	3	13	53	192	179
		(0,7%)	(3%)	(12%)	(43,6%)	(40,7%)
	5	1	8	48	184	199
Sentido del trabajo		(0,2%)	(1,8%)	(10,9%)	(41,8%)	(45,2%)
	6	0	8	38	144	250
		(0%)	(1,8%)	(8,6%)	(32,7%)	(56,8%)

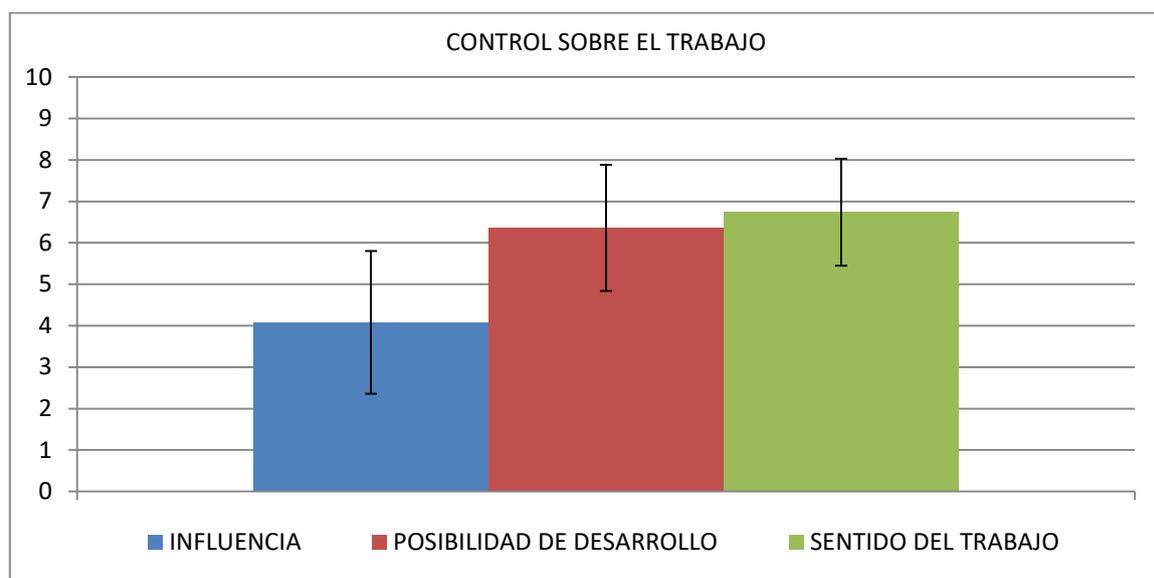
El valor medio de la dimensión influencia es de $4,08 \pm 1,72$ puntos (gráfico 8), con percentiles entre 3 y 5 puntos, que la sitúan en la zona intermedia y desfavorable.

La dimensión posibilidad de desarrollo, tiene una media de $6,36 \pm 1,52$ puntos (gráfico 8) y percentiles entre 6 y 8, que lo posicionan en la opción favorable.

El sentido de trabajo refleja su puntuación media en $6,74 \pm 1,29$ puntos (gráfico 8), con percentiles entre 6 y 8, coincidiendo con la zona favorable e intermedia.

Gráfico 8

Control sobre el trabajo (media y desviación típica).



B) Valoración del bloque “Control sobre el trabajo”.

Analizando las puntuaciones que pueden adoptar cada dimensión para catalogar las 3 zonas de riesgo, observamos que oscilan de 0 a 8, coincidiendo los valores de influencia y posibilidad de desarrollo para la zona favorable (de 6 a 8 puntos) intermedia (4 a 5 puntos) y desfavorable (0 a 3 puntos), mientras que las puntuaciones de sentido de trabajo con superiores para todos los tramos con 7-8 puntos para favorable, 6 puntos intermedio y de 0-5 puntos para desfavorable (Anexo 4, tabla 16).

La valoración del control sobre el trabajo (gráfico 9) que ofrece la dimensión influencia, no es muy aclaratoria, ya que la zona de riesgo intermedio es el de mayor proporción con 204 (46,5%) trabajadores, aunque se decanta hacia la zona desfavorable con un porcentaje superior de 30,3% (133 sujetos) frente al 23,2% (102 trabajadores) de favorable, lo que implica una exposición psicosocial de riesgo (tabla 24).

La dimensión posibilidad de desarrollo, es muy definitoria, ya que congrega más del 75% en valoración favorable, indicando una ausencia de exposición de riesgo para el trabajador (tabla 24).

El sentido de trabajo, alberga al 56,9% (250 sujetos) en la zona favorable, frente al 12,8% (56 trabajadores) en desfavorable, lo que se traduce en un nivel de exposición psicosocial favorable para la salud (tabla 24).

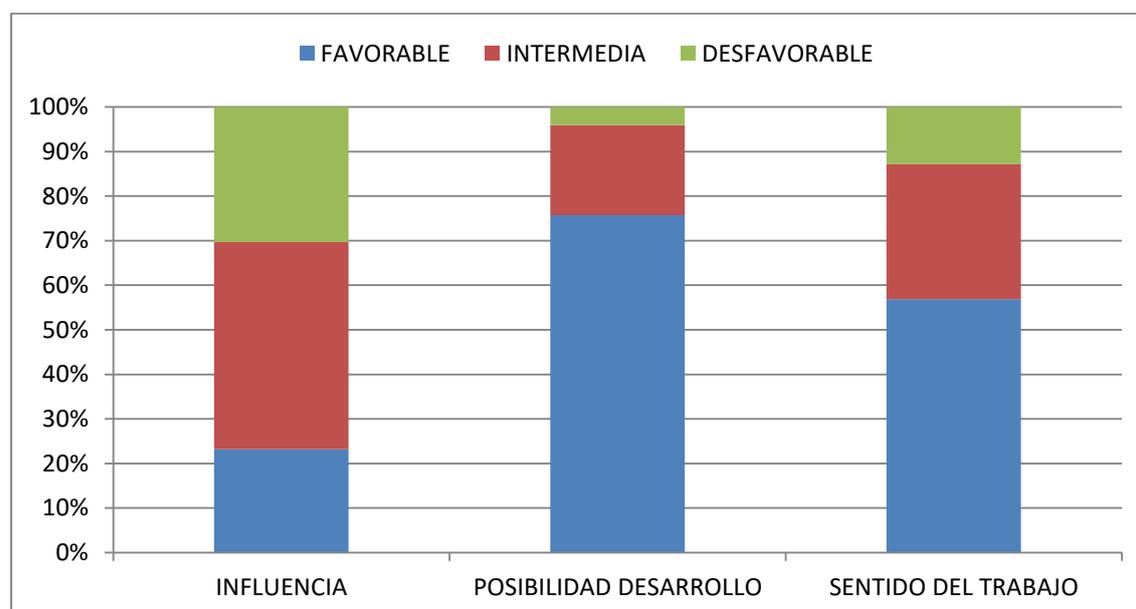
Tabla 24

Control sobre el trabajo (frecuencias/porcentajes de situaciones de riesgo).

DIMENSIÓN	FAVORABLE	INTERMEDIA	DESFAVORABLE
Influencia	102 (23,2%)	204 (46,5%)	133 (30,3%)
Posibilidad de desarrollo	333 (75,9%)	88 (20,2%)	18 (4,1%)
Sentido del trabajo	250 (56,9%)	133 (30,3%)	56 (12,8%)

Gráfico 9

Control sobre el trabajo (porcentajes de situaciones de riesgo).



5.3.4. Apoyo social y calidad de liderazgo.

El apoyo social y calidad de liderazgo se calcula con las dimensiones psicosociales calidad de liderazgo, previsibilidad, claridad de rol y conflicto de rol. La calidad de liderazgo se refiere a la gestión del equipo humano de los mandos inmediatos. La previsibilidad implica disponer de la información suficiente y adecuada para realizar correctamente el trabajo y adaptarse a los cambios. La claridad de rol es el conocimiento concreto de las tareas a realizar, recursos a utilizar, objetivos y autonomía en el trabajo. El conflicto de rol son las exigencias contradictorias que suponen conflicto ético o profesional.

El estudio de las 4 dimensiones se realiza por medio de 8 ítems (2 por dimensión) con 5 opciones de respuesta con valores que van del 0 “en ningún caso” a 4 “en gran medida”.

A) Análisis descriptivo del bloque “Apoyo social y calidad de liderazgo”.

La dimensión claridad de rol, el ítem 1 “¿tu trabajo tiene objetivos claros?”, hay 343 (78%) sujetos de la muestra que responde las opciones “en buena medida” y “en gran medida” y solamente el 17 (3,9%) responde “en alguna medida”. El ítem 2 “¿sabes exactamente qué se espera de ti en el trabajo?”, también presenta el mayor porcentaje de respuesta en las opciones “en buena medida” y “en gran medida” con el 313 (71,1%) sujetos de la muestra y un 33 (7,5%) las opciones más negativas “en ningún caso” y “en alguna medida” (tabla 25).

En conflicto de rol, el ítem 3 “¿se te exigen cosas contradictorias en el trabajo?”, el mayor porcentaje de respuesta se encuentra “en alguna medida” con 166 (37,7%) sujetos y “en cierta medida” con 103 (23,4%) trabajadores, seguido de “en ningún caso” con 86 (19,5%) sujetos y 85 trabajadores (19,3%) para las opciones “en buena medida” y “en gran medida”. El ítem 4 “¿tienes que hacer tareas que crees que deberían hacerse de otra manera?”, se comportan las respuestas similares al ítem anterior, con las mayores respuestas en las opciones “en alguna medida” y “en cierta medida” con 141 (32%) y 159 (36,1%) sujetos respectivamente, seguido de 79 (18%) personas “en buena medida” (tabla 25).

La dimensión previsibilidad, el ítem 5 “¿en tu empresa se te informa con suficiente antelación de decisiones importantes, cambios y proyectos de futuro?”, 177 (40%) sujetos contesta la opción “en alguna medida” por delante de “en cierta medida” con el 127 (28,9%), y un 70 (15,9%) personas la opción conjunta de “en buena medida” y “en gran medida”, mientras que solamente 66 (15%) sujetos para “en ningún caso”. El ítem 6 “¿recibes toda la información que necesitas para realizar bien tu trabajo?”, refleja las mayores frecuencias de respuestas las opciones centrales “en cierta medida”, “en buena medida” y “en alguna medida” con 145 (33%), 128 (29,1%) y 110 (25%) sujetos, y las respuestas de los extremos “en ningún caso” y “en gran medida” no alcanzan el 13% de manera conjunta (tabla 25).

La calidad de liderazgo se evalúa por el ítem 7 “¿tu jefe inmediato planifica bien el trabajo?”, alcanzando el 176 (40%) trabajadores la respuesta “en buena medida” seguido por detrás de “en cierta medida” con 102 (23,2%) respuestas, sin

que las otras 3 opciones de respuesta alcancen de manera individual el 19%. El ítem 8 “¿tu jefe inmediato resuelve bien los conflictos?”, refleja 242 (55%) respuestas para las opciones más favorables “en buena medida” y “en gran medida”, por 84 (19,1%) para las opciones más negativas “en ningún caso” y “en alguna medida” (tabla 25).

Tabla 25

Apoyo social y calidad de liderazgo (frecuencias/porcentajes de respuestas).

Ítems ISTAS 21	En ningún caso	En alguna medida	En cierta medida	En buena medida	En gran medida	
Claridad de rol	1	0	17	80	212	131
		(0%)	(3,9%)	(18,2%)	(48,2%)	(29,8%)
Conflicto de rol	2	8	25	94	195	118
		(1,8%)	(5,7%)	(21,4%)	(44,3%)	(26,8%)
Previsibilidad	3	86	166	103	65	20
		(19,5%)	(37,7%)	(23,4%)	(14,8%)	(4,5%)
Calidad de liderazgo	4	30	141	159	79	31
		(6,8%)	(32%)	(36,1%)	(18%)	(7%)
	5	66	177	127	48	22
		(15%)	(40,2%)	(28,9%)	(10,9%)	(5%)
	6	16	110	145	128	41
		(3,6%)	(25%)	(33%)	(29,1%)	(9,3%)
	7	14	67	102	176	81
		(3,2%)	(15,2%)	(23,2%)	(40%)	(18,4%)
	8	16	68	114	166	76
		(3,6%)	(15,5%)	(25,9%)	(37,7%)	(17,3%)

El valor medio de la dimensión calidad de liderazgo es de $5,04 \pm 2,01$ puntos con percentiles entre 4 y 6 que lo posicionan en el riesgo desfavorable e intermedio.

La previsibilidad ha obtenido una media de $3,66 \pm 1,80$ puntos y percentiles entre 2 y 5, coincidiendo con el riesgo desfavorable y primer punto de corte de intermedio.

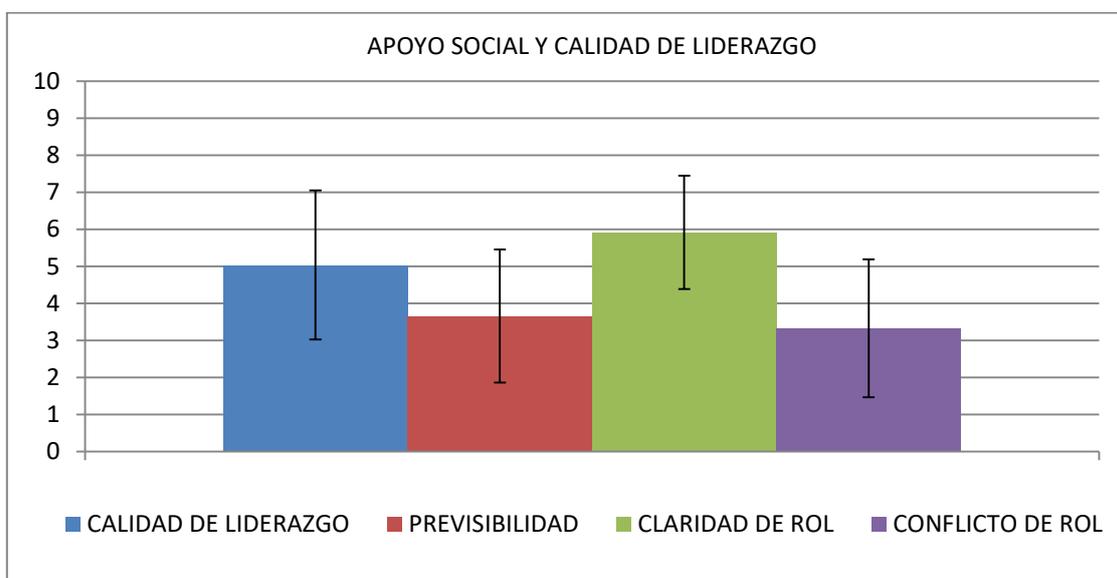
La claridad de rol tiene una puntuación media de $5,92 \pm 1,53$ puntos y percentiles entre 5 y 7 que se corresponden con el riesgo intermedio y extremo superior del riesgo desfavorable.

Por último, la dimensión conflicto de rol ha alcanzado una media de $3,33 \pm 1,86$ puntos con percentiles entre 2 y 5 que lo sitúan en el riesgo desfavorable e intermedio.

En el gráfico 10, podemos ver reflejados los datos expuestos en el grupo apoyo social y capacidad de liderazgo.

Gráfico 10

Apoyo social y capacidad de liderazgo (medias y desviación típica).



B) Valoración del bloque “Apoyo social y calidad de liderazgo”.

La clasificación en las 3 categorías, en función de la exposición de riesgo para la salud del trabajador, es similar para las dimensiones calidad de liderazgo y previsibilidad con puntos de corte de 0-4 (desfavorable), 5-6 (intermedia) y 7-8 (favorable), difiriendo los puntos de corte de claridad de rol con 0-5 (desfavorable), 6-7 (intermedia), 8 (favorable) y para conflicto de rol con puntuaciones inversa a las

anteriores, siendo las puntuaciones inferiores 0-1 (favorable), 2-3 (intermedia) y 4-8 (desfavorable) (Anexo 4, tabla 17).

Los resultados del bloque apoyo social y calidad de liderazgo (gráfico 11), para la dimensión psicosocial claridad de rol, observamos el riesgo intermedio con un 215 (49%) respuestas, mientras que el extremo desfavorable con 144 (32,8%) sujetos prevalece por encima del favorable con 80 (18,2%) trabajadores, por lo que presenta un riesgo de exposición para la salud de los trabajadores (tabla 26).

El conflicto de rol presenta un valor similar de 186 (42%) respuestas para la zona desfavorable e intermedia, frente a la favorable con un 65 (14,8%) sujetos, por lo que también hay exposición de riesgo para la salud de los empleados (tabla 26).

La previsibilidad indica una cifra muy contundente en la zona desfavorable con 301 (68,6%) personas, frente a un 30 (6,8%) trabajadores en favorable, lo que indica exposición de riesgo para la salud (tabla 26).

La calidad de liderazgo indica valores similares en la zona intermedia con 179 (40,8%) y desfavorable con 170 (38,7%) sujetos y superiores a la opción favorable que es de 90 (20,5%) trabajadores, por lo que prevalece la exposición de riesgo para la salud del trabajador (tabla 26).

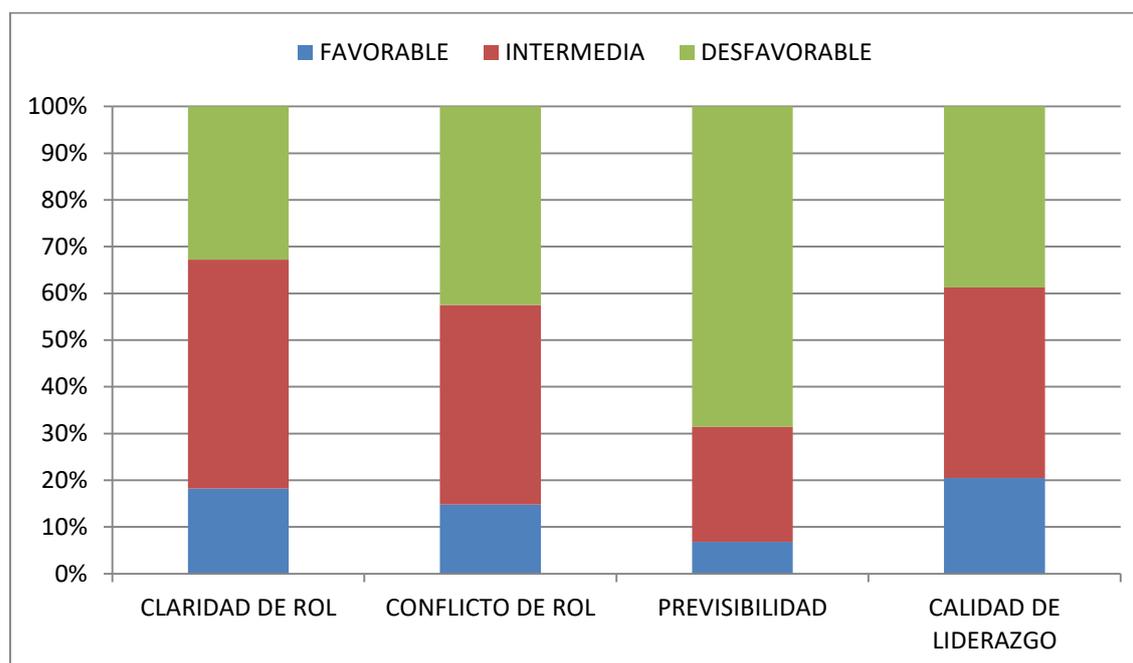
Tabla 26

Apoyo social y calidad de liderazgo (frecuencias/porcentajes de situaciones de riesgo).

DIMENSIÓN	FAVORABLE	INTERMEDIA	DESFAVORABLE
Claridad de rol	80 (18,2%)	215 (49%)	144 (32,8%)
Conflicto de rol	65 (14,8%)	187 (42,7%)	186 (42,5%)
Previsibilidad	30 (6,8%)	108 (24,6%)	301 (68,6%)
Calidad de liderazgo	90 (20,5%)	179 (40,8%)	170 (38,7%)

Gráfico 11

Apoyo social y calidad de liderazgo (porcentajes de situaciones de riesgo).



5.3.5. Compensaciones del trabajo.

Las compensaciones en el trabajo son evaluadas por medio de las dimensiones inseguridad sobre el empleo y la inseguridad sobre las condiciones de trabajo. La inseguridad sobre el empleo hace referencia a la estabilidad del empleo y la inseguridad sobre las condiciones de trabajo a los cambios que puede sufrir los aspectos de trabajo como el puesto, tareas, horario, salario, etc.

Para la valoración de las 2 dimensiones, se utilizan 4 ítems (2 por dimensión) con opciones de respuesta que van de 0 “en ningún caso” a 4 “en gran medida”.

A) Análisis descriptivo del bloque “Compensaciones del trabajo”.

La dimensión inseguridad sobre las condiciones de trabajo, el ítem 1 “¿estás preocupado/a por si te cambian el horario (turno, días, horas de entrada y salida) contra tu voluntad?”, las respuestas que mayor frecuencia presentan son los extremos “en ningún caso” con 128 (29,1%) sujetos y “en gran medida” con 104 (23,6%) trabajadores, seguido de “en alguna medida” con 86 (19,5%) personas, mientras que el resto de opciones de respuesta no superan el 15% individualmente. El ítem 2 “¿estás preocupado/a por si te varían el salario (no lo actualizan, lo bajan, introduzcan el salario variable, que paguen en especie, etc.)?”, ocurre igual que el

ítem 1, donde lo más votado contestado son las opciones de los extremos, con 119 (27%) personas “*en gran medida*” y 104 (23,6%) sujetos “*en ningún caso*”, con 95 (21,6%) trabajadores la opción “*en alguna medida*”, con menos del 15% de respuestas para el resto de opciones (tabla 27).

La inseguridad sobre el empleo, el ítem 3 “*¿estás preocupado/a por si te despiden o no te renuevan el contrato?*”, presenta a 191 (43,3%) personas en la opción “*en ningún caso*” por delante de la siguiente más contestada 98 (con 27%) trabajadores para “*en gran medida*”. El ítem 4 “*¿estás preocupado/a por lo difícil que sería encontrar otro trabajo en el caso de que te quedases en paro?*”, alcanza porcentajes similares, con un 180 (40,9%) sujetos para “*en ningún caso*”, seguido con 86 (19,5%) y 76 (17,3%) trabajadores para “*en gran medida*” y “*en alguna medida*” respectivamente, con el resto de opciones por debajo del 13% (tabla 27).

Tabla 27

Compensaciones del trabajo (frecuencias/porcentajes de respuestas).

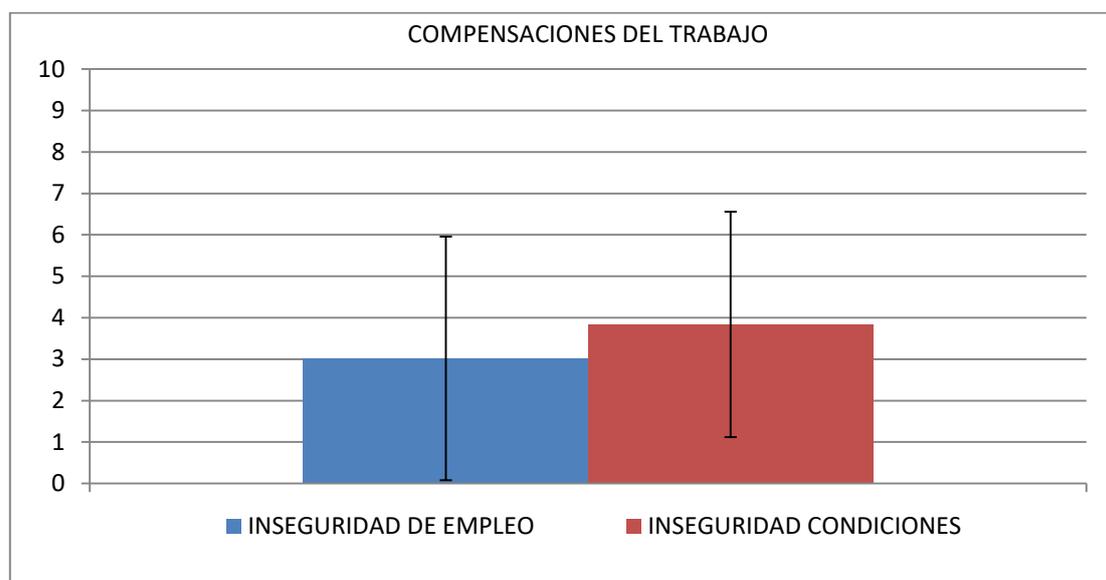
Ítems		En ningún caso	En alguna medida	En cierta medida	En buena medida	En gran medida
ISTAS 21						
Inseguridad	1	128	86	58	64	104
condiciones		(29,1%)	(19,5%)	(13,2%)	(14,5%)	(23,6%)
de trabajo	2	104	95	57	65	119
		(23,6%)	(21,6%)	(13%)	(14,8%)	(27%)
Inseguridad	3	191	58	57	36	98
sobre el		(43,4%)	(13,2%)	(13%)	(8,2%)	(22,3%)
empleo	4	180	76	57	41	86
		(40,9%)	(17,3%)	(13%)	(9,3%)	(19,5%)

El valor medio de la dimensión inseguridad sobre las condiciones de trabajo es de $3,84 \pm 2,72$ (gráfico 12), y percentiles obtenidos entre 2 y 6 puntos, que lo sitúan en riesgo intermedio y desfavorable.

La inseguridad sobre el empleo tiene una media de $3,02 \pm 2,94$ (gráfico 12) con percentiles entre 0 y 5 que corresponden con el riesgo favorable e intermedio principalmente.

Gráfico 12

Compensaciones del trabajo (medias y desviación típica).



B) Valoración del bloque “Compensaciones del trabajo”.

La exposición al riesgo de las 2 dimensiones que estudian las compensaciones del trabajo, va a diferir en el rango de puntuación asignado para cada grado de exposición, de manera que para la dimensión inseguridad sobre las condiciones de trabajo la puntuación de 0-1 es favorable, 2-3 desfavorable y 4-8 desfavorable, mientras que para la inseguridad sobre el empleo, las puntuaciones de 0-2 es favorable, 3-4 intermedio y 5-8 desfavorable (Anexo 4, tabla 18).

Los resultados que arrojan dicha clasificación para la dimensión inseguridad sobre las condiciones de trabajo (gráfico 13) es de 232 (52,8%) personas en situación desfavorable por 109 (24,8%) y 98 (22,3%) trabajadores en situación favorable e intermedia respectivamente, con lo que esta dimensión supone un riesgo de exposición para la salud de los trabajadores (tabla 28).

La inseguridad sobre el empleo (gráfico 13), por el contrario, refleja un mayor índice de respuesta la zona favorable con 229 (52,2%) sujetos, frente a las situaciones desfavorables e intermedia con 143 (32,6%) y 67 (15,3%) personas respectivamente, suponiendo que dicha dimensión no supone un riesgo de exposición para la salud del trabajador (tabla 28).

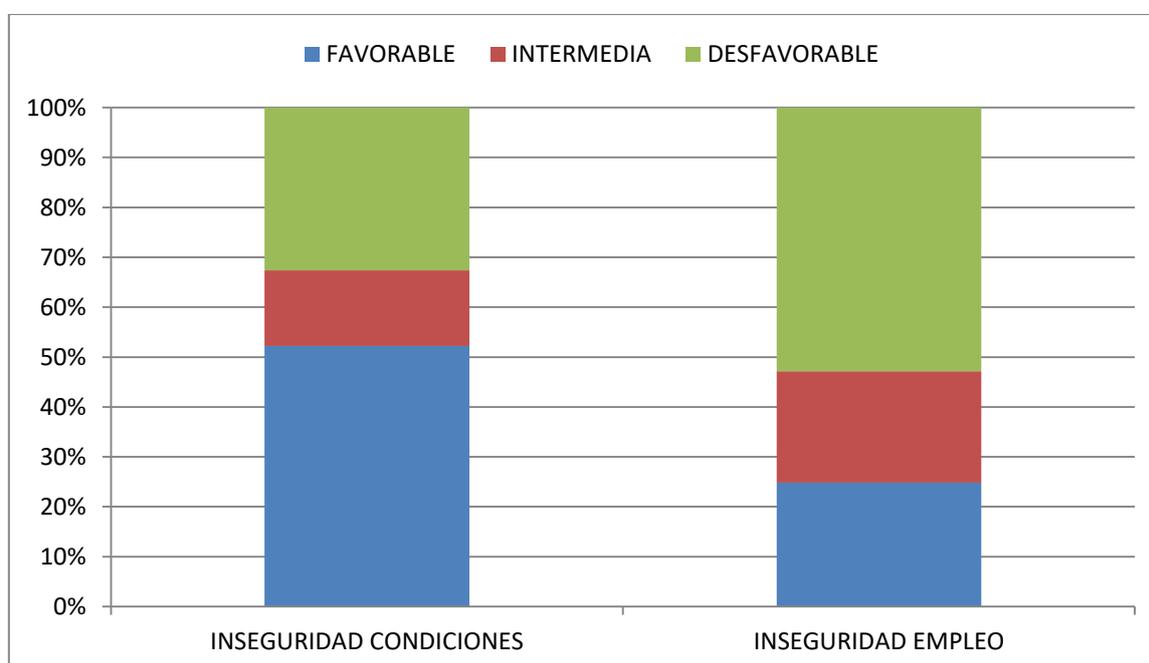
Tabla 28

Compensaciones del trabajo (frecuencias/porcentajes de situaciones de riesgo).

DIMENSIÓN	FAVORABLE	INTERMEDIA	DESFAVORABLE
Inseguridad empleo	229 52,2%	67 15,3%	143 32,6%
Inseguridad condiciones	109 24,8%	98 22,3%	232 52,8%

Gráfico 13

Compensaciones del trabajo (porcentajes de situaciones de riesgo).



5.3.6. Capital social.

Para poder evaluar el capital social, se realiza por medio de las dimensiones psicosociales confianza vertical y justicia. La confianza vertical se identifica con la seguridad que se tiene de que la dirección y trabajadores actuarán de manera adecuada o competente, sin que la parte que ostenta más poder intente sacar ventaja de situaciones de vulnerabilidad de otras personas. Por otra parte, la justicia es referida al trato equitativo de las personas trabajadoras en temas de toma de decisiones, nivel de participación, etc.

Para la valoración de las 2 dimensiones, se utilizan 4 ítems (2 por dimensión) con opciones de respuesta que van de 0 “en ningún caso” a 4 “en gran medida”.

A) Análisis descriptivo del bloque “Capital social”.

La dimensión confianza vertical, es valorada por el ítem 1 “¿confía la dirección en que los trabajadores hagan un buen trabajo?”, donde 162 (36,8%) sujetos responde la opción “en buena medida” seguida de 136 (30,9%) y 70 (15,9%) trabajadores para “en cierta medida” y “en gran medida” respectivamente, destacando con a 14 (3,2%) sujetos para la opción “en ningún caso” por su bajo porcentaje. El ítem 2 “¿te puedes fiar de la información procedente de la dirección?”, posiciona a las opciones extremas con las frecuencias más bajas, con 38 (8,6%) sujetos para “en ningún caso” y 31 (7%) personas “en gran medida”, congregando el mayor porcentaje las opciones centrales con 155 (35,2%), 112 (25,5%) y 104 (23,6%) personas para “en cierta medida”, “en buena medida” y “en alguna medida” respectivamente (tabla 29).

Para justicia, el ítem 3 “¿se solucionan los conflictos de una manera justa?”, encontramos “en cierta medida” el mayor valor con 177 (40,2%) personas, seguido de 130 (29,5%) y 86 (19,5%) trabajadores para “en alguna medida” y “en buena medida”, siendo los extremos las respuestas menos elegidas. El ítem 4 “¿se distribuyen las tareas de una forma justa?”, sigue el mismo patrón de respuesta, concentrado el mayor número las opciones centrales (por encima del 25% para “en cierta medida”, “en alguna medida” y “en buena medida”), mientras que los extremos no superan las 26 (6%) personas (tabla 29).

Tabla 29

Capital social (frecuencias/ porcentajes de respuestas).

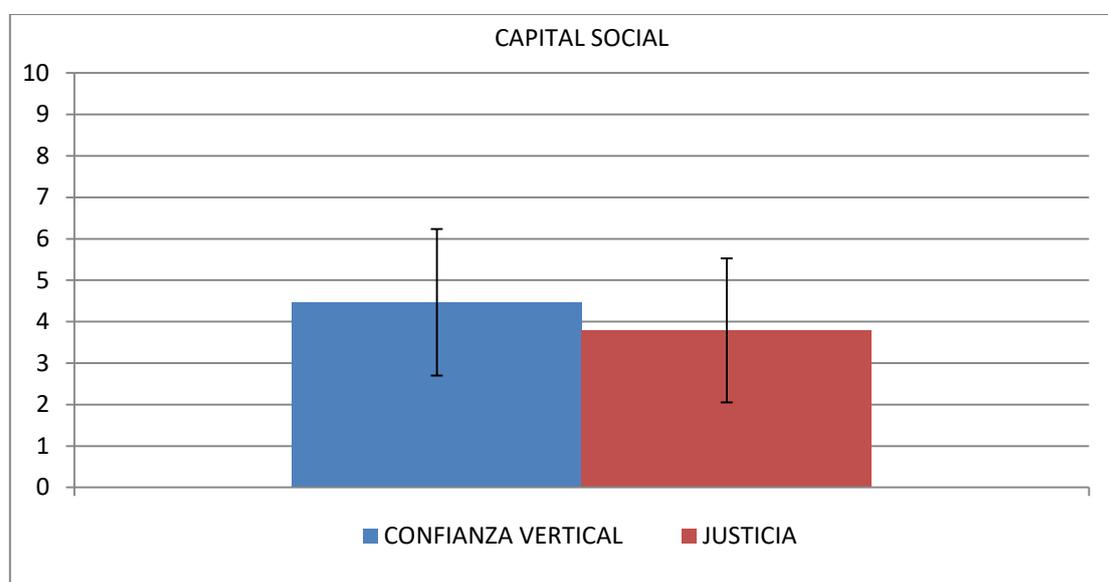
Ítems	En ningún caso	En alguna medida	En cierta medida	En buena medida	En gran medida
ISTAS 21					
1	14	58	136	162	70
Confianza vertical	(3,2%)	(13,2%)	(30,9%)	(36,8%)	(15,9%)
2	38	104	155	112	31
	(8,6%)	(23,6%)	(35,2%)	(25,5%)	(7%)
3	35	130	177	86	12
Justicia	(8%)	(29,5%)	(40,2%)	(19,5%)	(2,7%)
4	26	112	158	124	20
	(5,9%)	(25,5%)	(35,9%)	(28,2%)	(4,5%)

La puntuación media que de confianza vertical es de $4,47 \pm 1,77$ puntos (gráfico 14) y percentiles entre 3 y 6 puntos, que coinciden con los riesgos predominantes desfavorable e intermedio.

La justicia tiene una media de $3,79 \pm 1,74$ puntos (gráfico 14) con percentiles entre 2 y 5, que abarca una un mayor rango de puntos de riesgo desfavorable y el primer punto de corte de riesgo intermedio.

Gráfico 14

Capital social (medias y desviación típica).



B) Valoración del bloque “Capital social”.

Ambas dimensiones van a adoptar puntuaciones de 0 a 8 para delimitar las zonas de riesgo, que van a quedar establecidas para ambas, en 7-8 puntos para favorable, 5-6 puntos para intermedio y 0-4 puntos para desfavorable (Anexo 4, tabla 19).

En el gráfico 15, podemos ver la representación de los porcentajes de cada zona de riesgo en función de cada dimensión psicosocial que valora el capital social.

La confianza vertical destaca por su mayor porcentaje riesgo desfavorable con 217 (49,4%) personas frente al riesgo favorable que con 43 (10%) sujetos, indicando la ausencia de riesgo para la salud del trabajador (tabla 30).

La dimensión justicia se comporta igual que confianza vertical, pero acentuando más el porcentaje de riesgo desfavorable, con 293 (66,7%) personas,

mientras que solo 19 (4,3%) sujetos en riesgo favorable, reflejando la ausencia de riesgo de exposición para el trabajador en capital social en su conjunto (tabla 30).

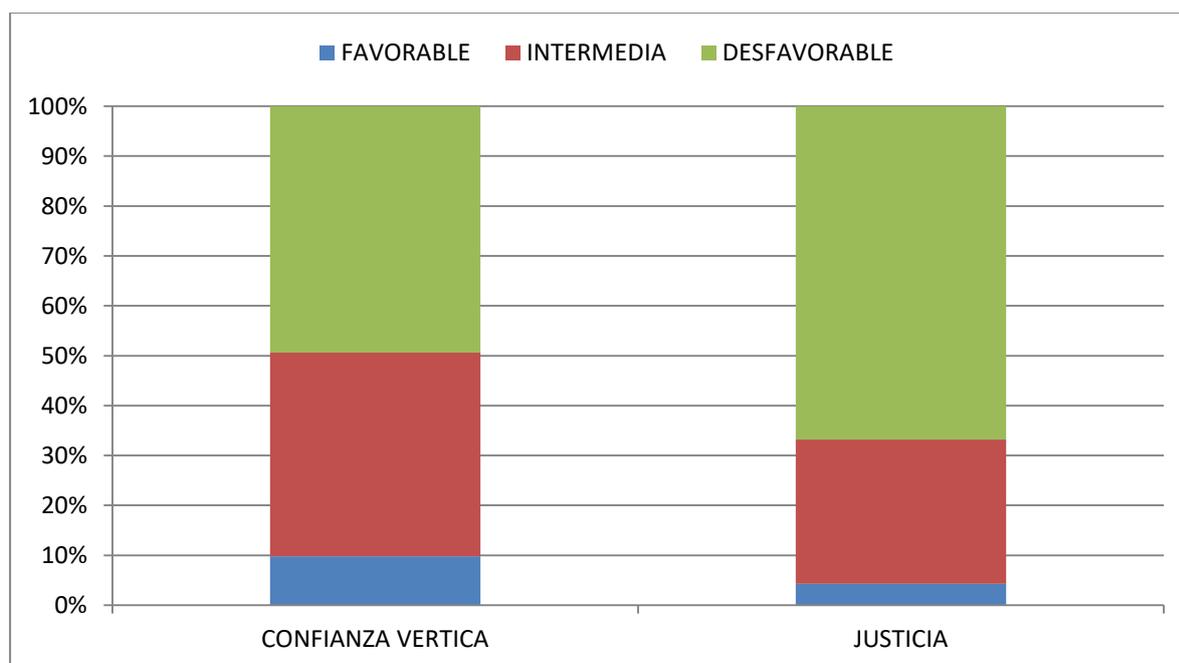
Tabla 30

Capital social (frecuencias/ porcentajes de situaciones de riesgo).

DIMENSIÓN	FAVORABLE	INTERMEDIA	DESFAVORABLE
Confianza vertical	43 (9,8%)	179 (40,8%)	217 (49,4%)
Justicia	19 (4,3%)	127 (28,9%)	293 (66,7%)

Gráfico 15

Capital social (porcentajes de situaciones de riesgo).



5.4. SOMNOLENCIA.

La evaluación de la somnolencia se ha realizado por medio de la Escala de Somnolencia de Epworth (ESE) (Murray, 1991), la versión adaptada (Ferrer et al., 1999) que mide la calidad del sueño por medio de la somnolencia diurna en situaciones que la persona puede creer como monótonas. El cuestionario se compone de 8 ítems, con 4 opciones de respuesta que oscilan de “*nunca tengo sueño*” (valor 0) hasta “*alta probabilidad de tener sueño*” (valor 3).

5.4.1. Análisis descriptivo de los ítems ESE.

El ítem 1 de ESE, “*puede llegar a quedarse dormido sentado y leyendo*”, presenta la mayor frecuencia de respuesta en las opciones “*nunca*” y “*ligera probabilidad*” con 124 (28,1%) y 182 (41,3%) trabajadores respectivamente y la opción con menor índice de respuesta ha sido *alta probabilidad* con 37 (8,4%) sujetos (tabla 30).

El ítem 2 de ESE, “*puede llegar a quedarse dormido viendo la televisión (TV)*”, refleja las respuestas “*ligera probabilidad*” con 143 (32,4%) sujetos y “*moderada probabilidad*” con 130 (29,5%) trabajadores, mientras que “*nunca*” y “*alta probabilidad*” presentan cifras similares con 82 (18,6%) y 85 (19,3%) individuos respectivamente (tabla 31).

El ítem 3 de ESE, “*puede llegar a quedarse dormido sentado, inactivo en un lugar público*”, la inmensa mayoría ha respondido “*nunca*” con 301 (68,3%) trabajadores, seguido de “*ligera probabilidad*” con 110 (24,9%) sujetos y el menor valor corresponde a “*alta probabilidad*” con 8 (1,8%) personas (tabla 31).

El ítem 4 de ESE, “*puede llegar a quedarse dormido como pasajero de un coche en un viaje de 1 hora sin paradas*”, los porcentajes mayores se encuentran en las opciones “*nunca*” con 205 (46,5%) trabajadores y “*ligera probabilidad*” con 125 (28,3%) sujetos, y las respuestas “*moderada*” y “*alta probabilidad*” presentan valores similares con 60 (13,6%) y 50 (11,3%) profesionales respectivamente (tabla 31).

El ítem 5 de ESE, “*puede llegar a quedarse dormido estirado para descansar al mediodía cuando las circunstancias lo permiten*”, indica la respuesta “*nunca*” con el mayor porcentaje con 205 (46,5%) sujetos y el menor porcentaje en la opción “*alta probabilidad*” con 50 (11,3%) trabajadores (tabla 31).

El ítem 6 de ESE, “*puede llegar a quedarse dormido sentado y hablando con otra persona*”, engloba con a 380 (86,2%) individuos en la respuesta “*nunca*”, mientras que la opción “*alta probabilidad*” tiene un 3 (0,3%) personas (tabla 31).

El ítem 7 de ESE, “*puede llegar a quedarse dormido sentado tranquilamente después de una comida sin alcohol*”, tiene cifras similares en las opciones “*nunca*” y “*ligera probabilidad*” con 142 (32,2%) y 167 (37,9%) trabajadores respectivamente, mientras que “*alta probabilidad*” ofrece el menor valor con 39 (8,8%) sujetos (tabla 31).

El ítem 8 de ESE, “*puede llegar a quedarse dormido en un coche, estando parado por el tránsito unos minutos (semáforo, retención,...)*”, indica el valor más alto en “*nunca*” con 383 (86,8%) personas, seguido de lejos por la respuesta “*ligera probabilidad*” con 36 (8,2%) individuos y el dato más bajo para “*alta probabilidad*” con 3 (0,7%) trabajadores (tabla 31).

Tabla 31

Escala de Somnolencia de Epworth (frecuencias).

Ítems	NUNCA	LIGERA PROBABILIDAD	MODERADA PROBABILIDAD	ALTA PROBABILIDAD
ESE 1	124 (28,2%)	182 (41,4%)	97 (22%)	37 (8,4%)
ESE 2	82 (18,6%)	143 (32,5%)	130 (29,5%)	85 (19,3%)
ESE 3	301 (68,4%)	110 (25%)	21 (4,8%)	8 (1,8%)
ESE 4	205 (46,6%)	125 (28,4%)	60 (13,6%)	50 (11,4%)
ESE 5	205 (46,6%)	125 (28,4%)	60 (13,6%)	50 (11,4%)
ESE 6	380 (86,2%)	48 (10,9%)	9 (2%)	3 (0,7%)
ESE 7	142 (32,3%)	167 (38%)	92 (20,9%)	39 (8,9%)
ESE 8	383 (87%)	36 (8,2%)	17 (3,9%)	1 (0,2%)

A) Análisis valorativo de la ESE.

Las puntuaciones obtenidas de cada ítem se han agrupado en 4 bloques que identifican situaciones de somnolencia (ausencia, ligera, moderada y grave) (Anexo 4, tabla 20).

El análisis de la somnolencia (gráfico 16), refleja ausencia de somnolencia con en 255 (58%) personas, seguido de ligera somnolencia para 151 (34,3%)

trabajadores, mientras que moderada somnolencia refleja a 30 (6,8%) individuos y grave somnolencia solamente a 4 (0,9%) sujetos (tabla 32).

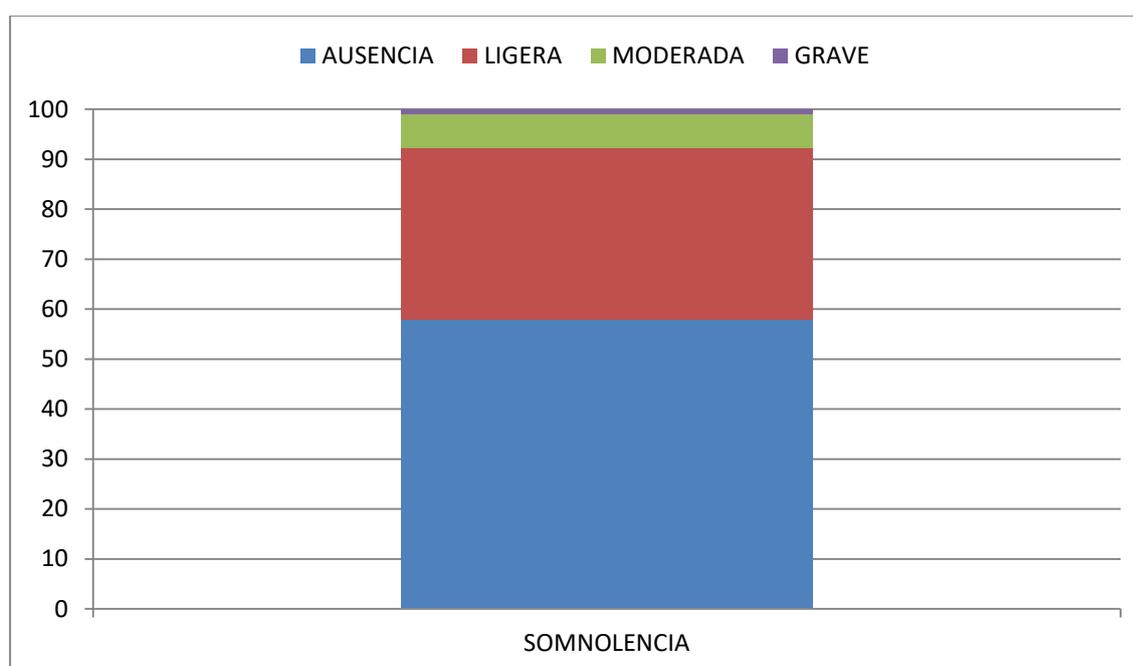
Tabla 32

Escala de Somnolencia de Epworth (frecuencias).

Somnolencia	Frecuencia/Porcentaje
Ausencia somnolencia	255 (58%)
Ligera somnolencia	151 (34,3%)
Moderada somnolencia	30 (6,8%)
Grave somnolencia	4 (0,9%)

Gráfico 16

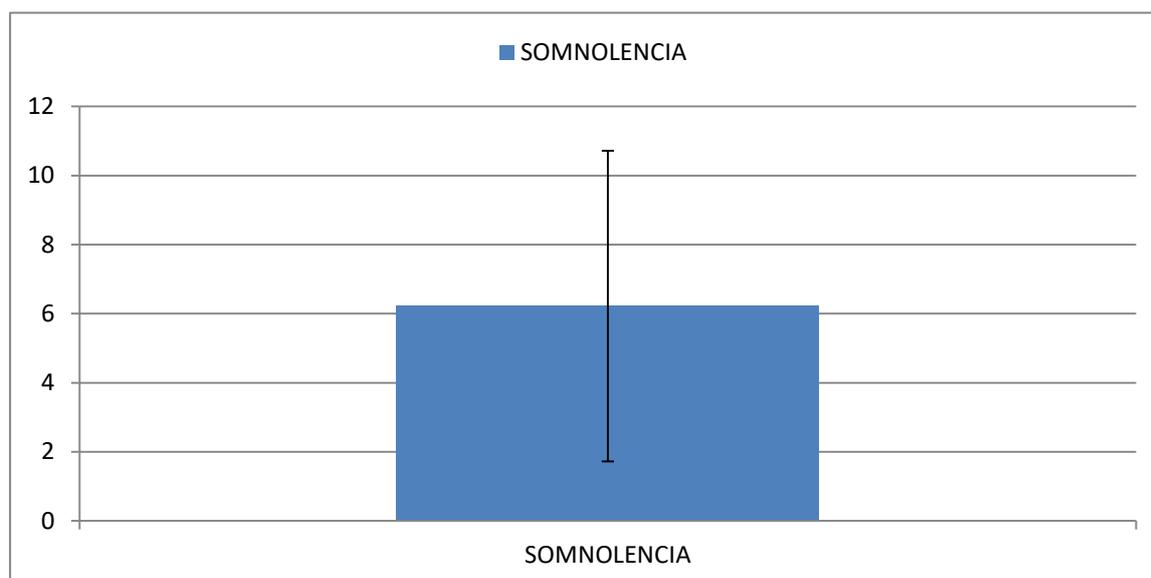
Somnolencia (porcentaje).



La puntuación media es de $6,22 \pm 4,5$ puntos, coincidiendo con las opciones ausencia de somnolencia y ligera somnolencia (gráfico 17).

Gráfico 17

Somnolencia (media y desviación típica).



5.5 ANÁLISIS BIVARIABLE.

5.5.1 Análisis de Cuestionario ISTAS 21 con las variables de estudio.

Vamos a realizar el análisis bivariable de las 15 dimensiones de riesgo psicosocial; ISTAS 21, con el conjunto de variables de estudio, agrupadas en el siguiente orden:

- Aspectos personales y antropométricos.
- Situación laboral.
- Hábitos y estado de salud.
- Cuestionario de satisfacción laboral.
- Escala de somnolencia.

El estudio de los resultados, se ha llevado por medio del análisis de las tres categorías, favorable (verde), intermedia (amarilla) y desfavorable (rojo), en las que se agrupan los valores del Cuestionario ISTAS 21, versión 2.0 reducida, de las 15 dimensiones de riesgo psicosocial, dentro de los grupos que lo componen.

5.5.1.1 ISTAS 21 y aspectos personales y antropométricos.

- Edad

Dentro de las exigencias psicosociales en el trabajo, la edad no obtenemos resultados estadísticamente significativos en ninguna de las tres dimensiones

analizadas, aunque podemos destacar una disminución en la edad media, que se muestra desfavorable para el ritmo de trabajo y exigencia emocional (Anexo 4, tabla 21).

El bloque conflicto familia-trabajo no hay relación significativa entre la edad y la dimensión doble presencia, aunque si muestra la edad media más baja como desfavorable (Anexo 4, tabla 22).

El grupo control sobre el trabajo, encontramos resultados estadísticamente significativos en la dimensión posibilidad de desarrollo ($p=0,002$), mostrando el valor de edad media más baja del grupo favorable frente al intermedio y desfavorable (tabla 33). Para el resto de dimensiones no hay resultados significativos (Anexo 4, tabla 23).

El bloque apoyo social y capacidad de liderazgo no muestra resultados significativos en ninguno de sus cuatro dimensiones analizadas, pero podemos destacar la edad media más baja en la dimensión calidad liderazgo favorable (Anexo 4, tabla 24).

El grupo compensación de trabajo, presenta resultados estadísticamente muy significativos la edad media de la dimensión inseguridad en el empleo intermedia frente a la favorable y desfavorable ($p<0,001$), mientras que la dimensión inseguridad de condiciones de trabajo también tiene resultados estadísticamente significativa la edad media del grupo favorable frente a intermedia y desfavorable ($p=0,008$) (tabla 33).

El grupo capital social, no muestra resultados significativos de edad con las dimensiones confianza vertical y justicia (Anexo 4, tabla 25).

Tabla 33

Relaciones significativas entre edad y dimensiones ISTAS 21.

Dimensión	Edad		p
	Media	Desviación estándar	
Posibilidad Desarrollo			
	Favorable	42,47	8,42
	Intermedia	45,97	8,18
	Desfavorable	45,52	6,78
Inseguridad Empleo			
	Favorable	44,86	8,02
	Intermedia	39,68	8,43
	Desfavorable	42,50	8,49
Inseguridad Condiciones de trabajo			
	Favorable	45,52	8,14
	Intermedia	42,77	8,19
	Desfavorable	42,48	8,51

– Peso

Tras el análisis de los 15 riesgos psicosociales relacionados con la variable peso, no se ha encontrado ningún resultado estadísticamente significativo, mostrando valores similares de peso en cada grupo de respuestas para cada riesgo psicosocial de estudio (Anexo 4, tabla 26-31)

– Estatura

Dentro de los 6 grupos que engloba los 15 riesgos psicosociales, hemos encontrado resultados estadísticamente significativos en la estatura media de la dimensión ritmo de trabajo favorable frente a intermedia y desfavorable, del grupo exigencias psicosociales en el trabajo ($p=0,021$) (tabla 34).

La dimensión doble presencia del grupo conflicto familia-trabajo, obtenemos resultados estadísticamente significativos desfavorables frente a favorable e intermedia de la variable estatura media ($p=0,042$) (tabla 34).

La estatura media también presenta resultados significativos en la dimensión influencia favorable del grupo control sobre el trabajo, frente a desfavorable e intermedia ($p=0,008$) (tabla 34).

El análisis del resto de dimensiones estudio no han reflejado resultados significativos con la estatura media (Anexo 4, tabla 33-36).

Tabla 34

Relaciones significativas entre estatura y dimensiones ISTAS 21.

Dimensión	Estatura		p
	Media	Desviación estándar	
Ritmo de Trabajo			
	Favorable	1,73	0,10
	Intermedia	1,65	0,08
	Desfavorable	1,67	0,09
Doble Presencia			
	Favorable	1,67	0,09
	Intermedia	1,66	0,08
	Desfavorable	1,70	0,09
Influencia			
	Favorable	1,69	0,09
	Intermedia	1,66	0,08
	Desfavorable	1,65	0,08

– IMC

Observado el IMC medio con todas las dimensiones psicosociales, no se ha encontrado ningún resultado estadísticamente significativo, siendo el IMC medio similar en las distintas categorías de cada riesgo psicosocial (Anexo 4, tabla 37-42).

– Personas a su cargo

El resultado del análisis del riesgo psicosocial con la variable personas a su cargo, presenta resultados estadísticamente significativa la media de personas a su cargo con el grupo intermedio de la dimensión ritmo de trabajo frente a favorable y desfavorable ($p=0,039$) (tabla 35).

El grupo desfavorable de la dimensión doble presencia, frente al favorable e intermedia refleja resultados estadísticamente muy significativos ($p<0,001$) (tabla 34).

El grupo de control sobre el trabajo, muestra datos estadísticamente significativos en la dimensión desfavorable de la dimensión posibilidad de desarrollo frente a desfavorable e intermedia ($p=0,005$) (tabla 35).

El grupo de riesgo psicosocial compensación de trabajo refleja resultados estadísticamente significativos en sus 2 dimensiones, siendo el grupo favorable de inseguridad en el trabajo frente a intermedia y desfavorable ($p=0,003$) y muy significativa la dimensión inseguridad en el empleo el grupo favorable frente al intermedia y desfavorable ($p<0,001$) (tabla 35).

El resto de dimensiones de estudio no presentan resultados estadísticamente significativos (Anexo 4, tabla 43-47).

Tabla 35

Relaciones significativas entre personas a su cargo y dimensiones ISTAS 21.

Dimensión	Personas a su cargo		p
	Media	Desviación estándar	
Ritmo de Trabajo			
	Favorable	1,50	1,69
	Intermedia	1,82	1,49
	Desfavorable	1,39	1,25
Doble Presencia			
	Favorable	1,32	1,30
	Intermedia	1,57	1,25
	Desfavorable	2,20	1,30
Posibilidad de Desarrollo			
	Favorable	1,47	1,30
	Intermedia	1,64	,136
	Desfavorable	0,52	0,87
Inseguridad en el Empleo			
	Favorable	1,72	1,38
	Intermedia	1,10	1,18
	Desfavorable	1,23	1,16
Inseguridad en Condiciones de Trabajo			
	Favorable	1,84	1,43
	Intermedia	1,38	1,21
	Desfavorable	1,33	1,26

– Sexo

Analizados los resultados, podemos observar que el género del sexo, no está relacionado con la existencia de riesgo psicosocial de las dimensiones de estudio (Anexo 4, tabla 48-53), con la dimensión influencia en el control sobre el trabajo, donde es estadísticamente significativa la presencia de riesgo en mujeres (32%), que en hombres (25%) ($p=0,013$) (tabla 36).

Tabla 36

Relaciones significativas entre sexo y dimensiones ISTAS 21.

Dimensión	Sexo		p
	Hombre n = 116	Mujer n = 322	
Influencia			
	Favorable	39 (33,6%) 64 (19,9%)	
	Intermedia	48 (41,4%) 155 (48,1%)	0,013
	Desfavorable	29 (25%) 103 (32%)	

– Estado Civil

La variable estado civil relacionado con los riesgos psicosociales de estudio, solo ofrece resultados estadísticamente muy significativos en la dimensión posibilidad de desarrollo del grupo casados/pareja frente a los grupos solteros y separados ($p < 0,001$) (tabla 37), mientras que en el resto de dimensiones no se observa relación (Anexo 4, tabla 54-59).

Tabla 37

Relaciones significativas entre estado civil y dimensiones ISTAS 21.

Dimensión	Estado Civil			p
	Soltero n = 63	Casado/Pareja n = 318	Separado* n = 50	
Posibilidad Desarrollo				
	Favorable	41 (65,1%) 249 (78,3%)	38 (76%)	
	Intermedia	14 (22,2%) 65 (20,4%)	7 (14%)	<0,001
	Desfavorable	8 (12,7%) 4 (1,3%)	5 (10%)	

* Separado/divorciado/viudo

5.5.1.2 ISTAS 21 y aspectos sobre situación laboral.

– Centro de Trabajo

El análisis de resultados es estadísticamente significativo en la dimensión exigencia cuantitativa y ritmo de trabajo ($p < 0,001$) y en exigencia emocional ($p = 0,001$) (tabla 38).

El grupo control sobre el trabajo, solamente presenta resultados significativos en una de sus tres dimensiones, en posibilidad de desarrollo ($p = 0,014$) (tabla 36).

El grupo apoyo social y capacidad de liderazgo, analiza cuatro dimensiones, de las cuales, calidad de liderazgo, previsibilidad y conflicto de rol son estadísticamente muy significativas ($p < 0,001$) (tabla 38).

Compensación de trabajo es estadísticamente significativa en la dimensión inseguridad de empleo ($p = 0,007$) y muy significativa la dimensión inseguridad en las condiciones de trabajo ($p < 0,001$) (tabla 38).

El capital social, analiza las dimensiones confianza vertical y justicia, presentado ambos resultados estadísticamente significativos ($p = 0,022$ y $p = 0,003$ respectivamente) (tabla 38).

El resto de dimensiones analizadas no han presentado resultados significativos (Anexo 4, tabla 61-62).

Tabla 38

Relaciones significativas entre centro de trabajo y dimensiones ISTAS 21.

Dimensión	Centro de Trabajo						p
	HUMM n = 80	HURS n = 37	HUVA n = 141	HUSL n = 94	HUMMe n = 36	HURM n = 52	
Exigencia Cuantitativa							
Favorable	11 (13,8%)	6 (16,2%)	2 (1,4%)	8 (8,5%)	2 (5,6%)	6 (11,5%)	<0,001
Intermedia	37 (46,3%)	22 (59,2%)	47 (33,3%)	47 (50%)	27 (75%)	29 (55,8%)	
Desfavorable	32 (40%)	9 (24,3%)	92 (65,2%)	39 (41,5%)	7 (19,4%)	17 (32,7%)	
Ritmo de Trabajo							
Favorable	1 (1,3%)	3 (8,1%)	1 (0,7%)	2 (2,1%)	1 (2,8%)	0 (0%)	<0,001
Intermedia	12 (15%)	16 (43,2%)	14 (9,9%)	14 (14,9%)	10 (27,8%)	11 (21,2%)	
Desfavorable	67 (83,8%)	18 (48,6%)	126 (89,4%)	78 (83%)	25 (69,4%)	41 (78,8%)	
Exigencia Emocional							
Favorable	29 (36,3%)	23 (62,2%)	53 (37,6%)	28 (29,8%)	23 (63,9%)	28 (53,8%)	0,001
Intermedia	32 (40%)	8 (21,6%)	66 (46,8%)	50 (53,2%)	10 (27,8%)	18 (34,6%)	
Desfavorable	19 (23,8%)	6 (16,2%)	22 (15,6%)	16 (17%)	3 (8,3%)	6 (11,5%)	
Posibilidad de Desarrollo							
Favorable	52 (65 %)	24 (64,9%)	110 (78%)	76 (80,9%)	31 (86,1%)	40 (76,9%)	0,014
Intermedia	21 (26,3%)	11 (29,7%)	23 (16,3%)	17 (18,1%)	5 (13,9%)	12 (23,1%)	
Desfavorable	7 (8,8%)	8 (5,7%)	8 (5,7%)	1 (1,1%)	0 (0%)	0 (0%)	

Tabla 38 (Continuación)

Relaciones significativas entre centro de trabajo y dimensiones ISTAS 21.

Dimensión	Centro de Trabajo						p
	HUMM n = 80	HURS n = 37	HUVA n = 141	HUSL n = 94	HUMMe n = 36	HURM n = 52	
Calidad Liderazgo							
Favorable	13 (16,3%)	8 (21,6%)	26 (18,4%)	10 (10,6%)	18 (50,0%)	16 (30,8%)	<0,001
Intermedia	32 (40%)	14 (37,8%)	62 (44%)	29 (30,9%)	13 (36,1%)	29 (55,8%)	
Desfavorable	35 (43,8%)	15 (40,5%)	53 (37,6%)	55 (58,5%)	5 (13,9%)	7 (13,5%)	
Previsibilidad							
Favorable	4 (5%)	2 (5,4%)	4 (2,8%)	5 (5,3%)	7 (19,4%)	8 (15,3%)	<0,001
Intermedia	20 (25%)	11 (29,7%)	26 (18,4%)	16 (17%)	19 (52,7%)	16 (30,7%)	
Desfavorable	56 (70%)	24 (64,8%)	111 (78,7%)	73 (77,6%)	10 (27,7%)	28 (53,8%)	
Conflicto de Rol							
Favorable	16 (20%)	5 (13,5%)	16 (11,3%)	7 (7,4%)	12 (33,3%)	9 (17,3%)	<0,001
Intermedia	27 (33,8%)	20 (54,1%)	56 (39,7%)	38 (40,4%)	19 (52,8%)	28 (53,8%)	
Desfavorable	37 (46,3%)	12 (32,4%)	69 (48,9%)	49 (52,1%)	5 (13,9%)	15 (28,8%)	
Inseguridad Empleo							
Favorable	49 (61,3%)	23 (62,2%)	72 (51,1%)	43 (45,7%)	27 (75%)	16 (30,8%)	0,007
Intermedia	10 (12,5%)	4 (10,8%)	25 (17,7%)	16 (17%)	2 (5,6%)	10 (19,2%)	
Desfavorable	21 (26,3%)	10 (27%)	44 (31,2%)	35 (37,2%)	7 (19,4%)	26 (50%)	

Tabla 38 (Continuación)

Relaciones significativas entre centro de trabajo y dimensiones ISTAS 21.

Dimensión	Centro de Trabajo						p
	HUMM n = 80	HURS n = 37	HUVA n = 141	HUSL n = 94	HUMMe n = 36	HURM n = 52	
Inseguridad Condiciones Trabajo							
Favorable	27 (33,8%)	15 (40,5%)	19 (13,5%)	23 (24,5%)	16 (44,4%)	9 (17,3%)	
Intermedia	17 (21,3%)	7 (18,9%)	26 (18,4%)	27 (28,7%)	11 (30,6%)	10 (19,2%)	<0,001
Desfavorable	36 (45%)	15 (40,5%)	96 (68,1%)	44 (46,8%)	9 (25%)	33 (63,5%)	
Confianza Vertical							
Favorable	9 (11,3%)	2 (5,4%)	9 (6,4%)	7 (7,4%)	7 (19,4%)	9 (17,3%)	
Intermedia	29 (36,3%)	13 (35,1%)	56 (39,7%)	39 (41,5%)	21 (58,3%)	22 (42,3%)	0,022
Desfavorable	42 (52,5%)	22 (59,5%)	76 (53,9%)	48 (51,1%)	8 (22,2%)	21 (40,4%)	
Justicia							
Favorable	4 (5%)	1 (2,7%)	3 (2,1%)	5 (5,3%)	2 (5,6%)	4 (7,7%)	
Intermedia	19 (23,8%)	9 (24,3%)	30 (21,3%)	28 (29,8%)	19 (52,8%)	23 (44,2%)	0,003
Desfavorable	57 (71,3%)	27 (73%)	108 (76,6%)	61 (64,9%)	15 (41,7%)	25 (48,1%)	

– Actividad Profesional

El análisis de los resultados que relacionan la variable actividad profesional (Auxiliar de Enfermería, Enfermería y Médico) con las dimensiones de riesgo psicosocial a estudio, presenta resultados estadísticamente significativos en el riesgo psicosocial exigencia cuantitativa y exigencia emocional ($p=0,026$ y $p=0,046$ respectivamente) y significativa en ritmo de trabajo ($p<0,001$) (tabla 39).

Para el grupo de riesgos que comprende el control sobre el trabajo, los resultados son estadísticamente significativos en las dimensiones influencia y posibilidad de desarrollo ($p < 0,001$) (tabla 39).

Dentro del apoyo social y capacidad de liderazgo, de los 4 riesgos psicosociales evaluados, contenemos resultados estadísticamente muy significativos en las dimensiones previsibilidad, claridad de rol y conflicto de rol ($p < 0,001$) (tabla 39).

El riesgo psicosocial del grupo compensación por el trabajo, obtiene resultados estadísticamente significativos en las dimensiones inseguridad de empleo e inseguridad en las condiciones de trabajo ($p = 0,012$ y $0,001$ respectivamente) (tabla 39).

El resto de dimensiones no han indicado relación significativa (Anexo 4, tabla 63-66)

Tabla 39

Relaciones significativas entre actividad profesional y dimensiones ISTAS 21.

Dimensión	Actividad Profesional			p
	A. Enfermería n = 130	Enfermería n = 242	Médico n = 67	
Exigencia Cuantitativa				
Favorable	12 (9,2%)	14 (5,8%)	9 (13,4%)	
Intermedia	59 (45,4%)	111 (45,9%)	39 (58,2%)	0,026
Desfavorable	59 (45,4%)	117 (48,3%)	19 (28,4%)	
Ritmo de Trabajo				
Favorable	2 (1,5%)	1 (0,4%)	5 (7,5%)	
Intermedia	24 (18,5%)	29 (12%)	24 (35,8%)	<0,001
Desfavorable	104 (80%)	212 (87,6%)	38 (56,7%)	
Exigencia Emocional				
Favorable	67 (51,5%)	88 (36,4%)	29 (43,3%)	
Intermedia	47 (36,2%)	107 (44,2%)	30 (44,8%)	0,046
Desfavorable	16 (12,3%)	47 (19,4%)	8 (11,9%)	

Tabla 39 (Continuación)

Relaciones significativas entre actividad profesional y dimensiones ISTAS 21.

Dimensión	Actividad Profesional			p
	A. Enfermería n = 130	Enfermería n = 242	Médico n = 67	
Influencia				
Favorable	11 (8,5%)	54 (22,3%)	38 (56,7%)	
Intermedia	54 (41,5%)	129 (53,3%)	21 (31,3%)	<0,001
Desfavorable	65 (50%)	59 (24,4%)	8 (11,9%)	
Posibilidad Desarrollo				
Favorable	87 (66,9%)	192 (79,3%)	53 (79,1%)	
Intermedia	29 (22,3%)	46 (19%)	14 (20,9%)	<0,001
Desfavorable	14 (10,8%)	4 (1,7%)	0 (0%)	
Previsibilidad				
Favorable	12 (40%)	7 (23,3%)	11 (36,7%)	
Intermedia	31 (29%)	50 (46,7%)	26 (24,3%)	<0,001
Desfavorable	87 (28,8%)	185 (61,3%)	30 (9,9%)	
Claridad de Rol				
Favorable	32 (24,6%)	28 (29,9%)	20 (29,9%)	
Intermedia	61 (46,9%)	35 (52,2%)	35 (52,2%)	<0,001
Desfavorable	37 (28,5%)	12 (17,9%)	12 (17,9%)	
Conflicto de Rol				
Favorable	25 (19,2%)	22 (9,1%)	18 (26,9%)	
Intermedia	62 (47,7%)	94 (38,8%)	31 (46,3%)	<0,001
Desfavorable	43 (33,1%)	126 (52,1%)	18 (26,9%)	
Inseguridad Empleo				
Favorable	55 (42,3%)	133 (55%)	41 (61,2%)	
Intermedia	18 (13,8%)	42 (17,4%)	7 (10,4%)	0,012
Desfavorable	57 (43,8%)	67 (27,7%)	19 (27,4%)	

Tabla 39 (Continuación)

Relaciones significativas entre actividad profesional y dimensiones ISTAS 21.

Dimensión	Actividad Profesional			p
	A. Enfermería n = 130	Enfermería n = 242	Médico n = 67	
Inseguridad Condiciones Trabajo				
Favorable	29 (22,3%)	51 (21,1%)	28 (41,8%)	
Intermedia	22 (16,9%)	58 (24%)	18 (26,9%)	0,001
Desfavorable	79 (60,8%)	133 (55%)	21 (31,3%)	

– Años de Actividad Sanitaria

La asociación de años de actividad sanitaria con las variables a estudio de riesgo psicosocial, solamente ha presentado resultados estadísticamente significativos en el grupo compensación del trabajo en sus 2 dimensiones analizadas, en inseguridad en condiciones de trabajo ($p=0,031$) y muy significativas en inseguridad en el empleo ($p<0,001$) (tabla 40), mientras que el resto de dimensiones no existe relación significativa (Anexo 4, tabla 67-71).

Tabla 40

Relaciones significativas entre años de actividad sanitaria y dimensiones ISTAS 21.

Dimensión	Años de Actividad Sanitaria				p
	0-12 años n = 1	1-5 años n = 10	5-10 años n = 65	+10 años n = 364	
Inseguridad Empleo					
Favorable	0 (0%)	1 (10%)	16 (24,6%)	213 (58,5%)	
Intermedia	1 (100%)	2 (20%)	15 (23,1%)	49 (13,5%)	<0,001
Desfavorable	0 (0%)	7 (70%)	34 (52,3%)	102 (28%)	
Inseguridad Condiciones Trabajo					
Favorable	0 (0%)	0 (0%)	7 (10,8%)	102 (28%)	
Intermedia	0 (0%)	2 (20%)	16 (24,6%)	98 (22,3%)	0,031
Desfavorable	1 (100%)	8 (80%)	42 (64,6%)	233 (53%)	

– Años de Actividad en UCI

El análisis de años de actividad en UCI con los riesgos psicosociales a estudio, pone de manifiesto resultados estadísticamente significativos en la dimensión exigencia emocional ($p=0,032$) (tabla 41).

Para el grupo de riesgos psicosociales que engloba el grupo de apoyo social y capacidad de liderazgo, solo se han encontrado resultados estadísticamente significativos en la dimensión conflicto de rol ($p=0,022$) (tabla 41).

Las dimensiones inseguridad de empleo e inseguridad en condiciones de trabajo que se analizan en el grupo de compensación en el trabajo, obtenemos datos estadísticamente significativos en ambos riesgos psicosociales ($p=0,001$) (tabla 41).

En el grupo que analiza el capital social, solamente encontramos datos estadísticamente significativos en el riesgo psicosocial confianza vertical ($p=0,028$) (tabla 41).

El resto de dimensiones no han indicado relación significativa (Anexo 4, tabla 72-76).

Tabla 41

Relaciones significativas entre años de actividad en UCI y dimensiones ISTAS 21.

Dimensión	Años de Actividad en UCI					p
	<3 meses n = 3	3-12 meses n = 38	1-5 años n = 95	5-10 años n = 123	<10 años n = 181	
Exigencia Emocional						
Favorable	2 (66,7%)	25 (65,8%)	44 (46,3%)	48 (39%)	65 (35,9%)	
Intermedia	0 (0%)	8 (21,1%)	35 (36,8%)	58 (47,2%)	83 (45,9%)	0,032
Desfavorable	1 (33,3%)	5 (13,2%)	16 (16,8%)	17 (13,8%)	33 (18,2%)	
Conflicto de Rol						
Favorable	2 (66,7%)	10 (26,3%)	19 (20%)	15 (12,2%)	19 (10,5%)	
Intermedia	0 (0%)	16 (42,1%)	44 (46,3%)	48 (39%)	80 (44,2%)	0,020
Desfavorable	1 (33,3%)	12 (31,6%)	32 (33,7%)	60 (48,8%)	82 (45,3%)	
Inseguridad Empleo						
Favorable	0 (0%)	12 (31,6%)	39 (41,1%)	67 (54,5%)	112 (61,9%)	
Intermedia	0 (0%)	10 (26,3%)	17 (17,9%)	20 (16,3%)	20 (11%)	0,001
Desfavorable	3 (100%)	16 (42,1%)	39 (41,1%)	36 (29,3%)	49 (27,1%)	

Tabla 41 (Continuación)

Relaciones significativas entre años de actividad en UCI y dimensiones ISTAS 21.

Dimensión	Años de Actividad en UCI					p
	<3 meses n = 3	3-12 meses n = 38	1-5 años n = 95	5-10 años n = 123	<10 años n = 181	
Inseguridad Condiciones Trabajo						
Favorable	0 (0%)	5 (13,2%)	16 (16,8%)	40 (32,5%)	48 (26,5%)	0,001
Intermedia	0 (0%)	7 (18,4%)	14 (14,7%)	30 (24,4%)	47 (26%)	
Desfavorable	3 (100%)	26 (68,4%)	65 (68,4%)	53 (43,1%)	86 (47,5%)	
Confianza Vertical						
Favorable	2 (66,7%)	9 (23,7%)	7 (7,4%)	11 (8,9%)	14 (7,7%)	0,028
Intermedia	0 (0%)	15 (39,5%)	44 (46,3%)	52 (42,3%)	69 (38,1%)	
Desfavorable	1 (33,3%)	14 (36,8%)	44 (46,3%)	60 (48,8%)	98 (54,1%)	

– Jornada Laboral

Para el análisis de datos de la variable Jornada Laboral se han agrupado las opciones de respuesta de turno diurno y noches fijas en turno fijo y por otro lado los turnos que hacen turnos rodados cíclicamente en rodados.

La variable jornada relacionada con el riesgo psicosocial, presenta resultados estadísticamente significativos para la dimensión exigencia cuantitativa ($p < 0,001$) (tabla 42).

Dentro del grupo apoyo social y capacidad de liderazgo, la dimensión previsibilidad presenta datos estadísticamente significativos ($p = 0,005$) (tabla 42).

El grupo compensación de trabajo, presenta resultados estadísticamente significativos en la dimensión inseguridad en las condiciones de trabajo ($p = 0,002$) (tabla 42).

La dimensión justicia del grupo de riesgos psicosociales que mide el capital social, presenta resultados estadísticamente significativos ($p = 0,020$) (tabla 42).

El resto de dimensiones no indican relación significativa (Anexo 4, tabla 77-82).

Tabla 42

Relaciones significativas entre jornada laboral y dimensiones ISTAS 21.

Dimensión	Jornada Laboral		p	
	Turno fijo n = 129	Turno Rodado n = 311		
Exigencia Cuantitativa				
	Favorable	3 (2,3%)	32 (10,3%)	<0,001
	Intermedia	49 (38%)	160 (51,4%)	
	Desfavorable	77 (59,7%)	119 (38,3%)	
Previsibilidad				
	Favorable	4 (3,1%)	26 (8,4%)	0,005
	Intermedia	23 (17,8%)	85 (27,3%)	
	Desfavorable	102 (79,1%)	200 (64,3%)	
Exigencia Emocional				
	Favorable	22 (17,1%)	87 (28%)	0,002
	Intermedia	22 (17,1%)	76 (24,4%)	
	Desfavorable	85 (65,9%)	148 (47,6%)	
Justicia				
	Favorable	3 (2,3%)	16 (5,1%)	0,020
	Intermedia	28 (21,7%)	100 (32,2%)	
	Desfavorable	98 (76%)	195 (62,7%)	

– Tipo de Jornada

El tipo de jornada no presenta resultados estadísticamente significativos con ninguna de las variables de estudio de riesgo psicosocial, aunque se han aproximado mucho las dimensiones exigencia emocional ($p=0,052$), doble presencia ($p=0,061$) y justicia ($p=0,052$) (Anexo 4, tabla 83-87).

– Satisfecho de haber elegido ser profesional sanitario

El análisis de satisfacción de ser profesional sanitario con el riesgo psicosocial, indica datos estadísticamente significativos en el riesgo exigencia emocional del grupo exigencias psicosociales en el trabajo ($p=0,022$) (tabla 43).

Dentro del conflicto familia trabajo, el riesgo doble presencia es estadísticamente significativa ($p=0,05$) (tabla 43).

El grupo de riesgo psicosocial que pertenece al control sobre el trabajo, tenemos resultados estadísticamente significativos en la dimensión influencia ($p=0,016$), sentido de trabajo ($p=0,022$) y en posibilidad de desarrollo ($p<0,001$) (tabla 43).

Para el grupo de apoyo social y capacidad de liderazgo, solamente se obtienen resultados estadísticamente significativos para el riesgo previsibilidad ($p=0,036$) (tabla 43).

El resto de dimensiones no han indicado relación significativa (Anexo 4, tabla 88-90).

Tabla 43

Relaciones significativas entre ser profesional sanitario y dimensiones ISTAS 21.

Dimensión	Satisfacción de ser Profesional Sanitario			p
	Insatisfecho n = 46	Normal n = 35	Satisfecho n = 359	
Exigencia Emocional				
Favorable	17 (37%)	6 (17,1%)	161 (44,8%)	
Intermedia	21 (45,7%)	19 (54,3%)	144 (40,2%)	0,020
Desfavorable	8 (17,4%)	10 (28,6%)	54 (15%)	
Doble Presencia				
Favorable	27 (58,7%)	15 (42,9%)	234 (65,2%)	
Intermedia	12 (26,1%)	16 (45,7%)	97 (27%)	0,050
Desfavorable	7 (15,2%)	4 (11,4%)	28 (7,8%)	
Influencia				
Favorable	4 (8,7%)	5 (14,3%)	94 (36,2%)	
Intermedia	24 (52,2%)	14 (40%)	166 (46,2%)	0,016
Desfavorable	18 (39,1%)	16 (45,7%)	99 (27,6%)	

Tabla 43 (Continuación)

Relaciones significativas entre ser profesional sanitario y dimensiones ISTAS 21.

Dimensión	Satisfacción de ser Profesional Sanitario			p
	Satisfecho n = 46	Normal n = 35	Insatisfecho n = 359	
Posibilidad Desarrollo				
Favorable	32 (69,6%)	14 (40%)	287 (79,9%)	0,016
Intermedia	12 (26,1%)	16 (45,7%)	61 (17%)	
Desfavorable	2 (4,3%)	5 (14,3%)	11 (3,1%)	
Sentido Trabajo				
Favorable	25 (54,3%)	12 (34,3%)	213 (59,3%)	<0,001
Intermedia	17 (37%)	13 (37,1%)	104 (29%)	
Desfavorable	4 (8,7%)	10 (28,6%)	42 (11,7%)	
Previsibilidad				
Favorable	3 (6,5%)	2 (5,7%)	25 (7%)	0,036
Intermedia	12 (26,1%)	1 (2,9%)	95 (26,5%)	
Desfavorable	31 (67,4%)	32 (91,4%)	239 (66,6%)	

– Cambiar de trabajo

La asociación entre cambiar de trabajo y el riesgo psicosocial, presenta resultados estadísticamente significativos en el riesgo doble presencia del grupo conflicto familia-trabajo ($p=0,002$) (tabla 44).

En el control sobre el trabajo, el riesgo posibilidad de desarrollo es estadísticamente significativo ($p=0,037$) (tabla 44).

El grupo de apoyo social y capacidad de liderazgo, tenemos resultados estadísticamente significativos en el riesgo claridad de rol ($p=0,035$ y en conflicto de rol ($p<0,001$) (tabla 44).

El resto de riesgos psicosociales no ofrecen relación estadísticamente significativa (Anexo 4, tabla 91-95).

Tabla 44

Relaciones significativas entre ser cambiar de trabajo y dimensiones ISTAS 21.

Dimensión	Cambiar de Trabajo		p	
	No n = 403	Si n = 35		
Doble Presencia				
	Favorable	262 (65%)	13 (37,1%)	
	Intermedia	110 (27,3%)	14 (40%)	0,002
	Desfavorable	31 (7,7%)	8 (22,9%)	
Posibilidad Desarrollo				
	Favorable	309 (76,7%)	24 (68,6%)	
	Intermedia	81 (20,1%)	6 (14,1%)	0,037
	Desfavorable	13 (3,2%)	5 (14,3%)	
Claridad de Rol				
	Favorable	74 (18,4%)	6 (17,1%)	
	Intermedia	205 (50,9%)	11 (31,4%)	0,035
	Desfavorable	124 (30,8%)	18 (51,4%)	
Conflicto de Rol				
	Favorable	64 (15,9%)	0 (0%)	
	Intermedia	179 (44,4%)	9 (25,7%)	<0,001
	Desfavorable	160 (39,7%)	26 (74,3%)	

– Cambiar de Servicio

El análisis de la variable cambio de servicio relacionada con el riesgo psicosocial, ha presentado resultados estadísticamente significativos en el grupo exigencias psicosociales para las dimensiones exigencia cuantitativa ($p=0,002$) y exigencia emocional ($p=0,004$) (tabla 45).

El riesgo psicosocial doble presencia, que se analiza dentro del conflicto familia-trabajo, ofrece datos estadísticamente significativos ($p=0,001$) (tabla 45).

En el control sobre el trabajo, tenemos resultados estadísticamente significativos en el riesgo influencia ($p=0,021$) y posibilidad de desarrollo ($p=0,004$) (tabla 45).

En el grupo apoyo social y capacidad de liderazgo, tenemos datos estadísticamente significativos en calidad de liderazgo ($p=0,024$), previsibilidad ($p=0,050$), claridad de rol ($p=0,027$) y conflicto de rol ($p<0,001$) (tabla 45).

Dentro del grupo que analiza el capital social, solo hay un riesgo estadísticamente significativo, justicia ($p=0,013$) (tabla 45).

El resto de riesgos psicosociales de estudio no obtienen relaciones significativas (Anexo 4, tabla 96-99).

Tabla 45

Relaciones significativas entre ser cambiar de servicio y dimensiones ISTAS 21.

Dimensión	Cambiar de Servicio		p	
	No n = 341	Si n = 97		
Exigencia Cuantitativa				
	Favorable	32 (9,4%)	3 (3,1%)	0,002
	Intermedia	172 (50,4%)	37 (38,1%)	
	Desfavorable	137 (40,2%)	57 (58,8%)	
Exigencia Emocional				
	Favorable	154 (45,2%)	29 (29,9%)	0,004
	Intermedia	140 (41,1%)	43 (44,3%)	
	Desfavorable	47 (13,8%)	25 (25,8%)	
Exigencia Emocional				
	Favorable	224 (65,7%)	51 (52,6%)	0,001
	Intermedia	96 (28,2%)	28 (28,9%)	
	Desfavorable	21 (6,2%)	18 (18,6%)	
Influencia				
	Favorable	88 (25,8%)	15 (15,5%)	0,021
	Intermedia	160 (46,9%)	43 (44,3%)	
	Desfavorable	93 (27,3%)	39 (40,2%)	

Tabla 45 (Continuación)

Relaciones significativas entre ser cambiar de servicio y dimensiones ISTAS 21.

Dimensión	Cambiar de Servicio		p	
	No n = 341	Si n = 97		
Posibilidad Desarrollo				
	Favorable	268 (78,6%)	65 (67%)	
	Intermedia	65 (19,1%)	22 (22,7%)	0,004
	Desfavorable	8 (2,3%)	10 (10,3%)	
Justicia				
	Favorable	17 (5%)	2 (2,1%)	
	Intermedia	109 (32%)	19 (19,6%)	0,013
	Desfavorable	215 (63%)	76 (78,4%)	

5.5.1.3 ISTAS 21 y aspectos sobre hábitos y estado de salud.

– Tabaco

Para el análisis de la variable hábito tabáquico, se ha recodificado las respuestas sí y exfumador como “sí”, de manera que solamente se tenemos como opción final “si” y “no” al hábito tabáquico.

Estudio de dicha variable con el riesgo psicosocial que se evalúa a través de los 6 grupos del ISTAS 21, no ha presentado resultados estadísticamente significativos en ninguno de los 15 riesgos psicosociales de estudio (Anexo 4, tabla 100-105).

– Consumo de Alcohol

El consumo de alcohol, se ha recodificado en las opciones “no” (para las respuestas no y ocasional) y “si” (para las respuestas a diario y fin de semana).

El consumo de alcohol, ha presentado resultados estadísticamente significativos para el riesgo psicosocial inseguridad en el empleo que pertenece al grupo de compensación de trabajo ($p=0,011$) (tabla 46). El resto de variables no son estadísticamente significativas (Anexo 4, tabla 106-111).

Tabla 46

Relaciones significativas entre consumo de alcohol y dimensiones ISTAS 21.

Dimensión	Consumo de Alcohol		p	
	No n = 203	Si n = 237		
Inseguridad Empleo				
	Favorable	109 (53,7%)	121 (51,1%)	
	Intermedia	20 (9,9%)	47 (19,8%)	0,011
	Desfavorable	74 (36,5%)	69 (29,1%)	

– Realiza Actividad Física

La actividad física se ha recodifica en las opciones “no” (para las respuestas nunca y menos de 1 vez a la semana) y “si” (para las respuestas 1 vez por semana o más de 1 vez por semana).

Hemos obtenido resultados estadísticamente significativos ($p=0,041$) para el riesgo psicosocial confianza vertical, perteneciente al grupo capital social (tabla 47). Para el resto de variables de riesgo psicosocial no hay resultados estadísticamente significativos (Anexo 4, tabla 112-117).

Tabla 47

Relaciones significativas entre actividad física y dimensiones ISTAS 21.

Dimensión	Actividad Física		p	
	No n = 113	Si n = 327		
Justicia				
	Favorable	14 (12,4%)	29 (8,9%)	
	Intermedia	35 (31%)	145 (44,3%)	0,041
	Desfavorable	64 (56,6%)	153 (46,8%)	

– Estado de Salud

El estado de salud se ha recodificado en 3 opciones, agrupadas en “malo” (las respuestas malo y regular), “excelente” (para las respuestas muy bueno y excelente) y “bueno” (que se sigue conservando de la respuesta original).

Dentro del grupo de exigencias psicosociales, encontramos resultados estadísticamente significativos para el riesgo exigencia emocional ($p=0,012$) (tabla 48).

En el grupo de conflicto familia-trabajo, el riesgo doble presencia es estadísticamente significativo ($p=0,004$) (tabla 48).

El riesgo sentido de trabajo que es analizado dentro del control sobre el trabajo, refleja resultados estadísticamente significativos ($p=0,018$) (tabla 48).

El grupo que valora el apoyo social y capacidad de liderazgo, pone de manifiesto resultados estadísticamente significativos con el riesgo claridad de rol ($p=0,027$) (tabla 48).

Para el resto de variables de estudio no se hay significancia estadística (Anexo 4, tabla 118-122).

Tabla 48

Relaciones significativas entre estado de salud y dimensiones ISTAS 21.

Dimensión	Estado de Salud			p
	Malo n = 38	Bueno n = 199	Excelente n = 203	
Exigencia Emocional				
Favorable	9 (23,7%)	76 (38,2%)	99 (48,8%)	0,012
Intermedia	18 (47,4%)	87 (43,7%)	79 (38,9%)	
Desfavorable	11 (28,9%)	36 (18,1%)	25 (12,3%)	
Doble Presencia				
Favorable	14 (36,8%)	123 (61,8%)	139 (68,5%)	0,004
Intermedia	16 (42,1%)	57 (28,6%)	52 (25,6%)	
Desfavorable	8 (21,1%)	19 (9,5%)	12 (5,9%)	
Sentido Trabajo				
Favorable	22 (57,9%)	112 (56,3%)	116 (57,1%)	0,018
Intermedia	15 (39,5%)	52 (26,1%)	67 (33%)	
Desfavorable	1 (2,6%)	35 (17,6%)	20 (9,9%)	

Tabla 48 (Continuación)

Relaciones significativas entre estado de salud y dimensiones ISTAS 21.

Dimensión	Estado de Salud			p
	Malo n = 38	Bueno n = 199	Excelente n = 203	
Calidad Liderazgo				
Favorable	8 (21,1%)	32 (16,1%)	40 (19,7%)	
Intermedia	14 (36,8%)	90 (45,2%)	112 (55,2%)	0,027
Desfavorable	16 (42,1%)	77 (38,7%)	51 (25,1%)	

– Calidad de Vida

Para el análisis de la calidad de vida percibido por la población de estudio, sea recodificado las respuestas en tres opciones, “mal” (muy mala/no puede ser peor y bastante malo) “normal” (a veces bien a veces mal) y “bien/estupendo” (bastante bien y estupendo).

Los resultados del estudio de la calidad de vida con las variables de riesgo psicosocial, indica resultados estadísticamente significativos para el riesgo psicosocial exigencia emocional ($p=0,040$) (tabla 49).

El riesgo doble presencia que evalúa el conflicto familia-trabajo es estadísticamente muy significativo ($p<0,001$) (tabla 49).

La claridad de rol que es analizado dentro del grupo apoyo social y capacidad de liderazgo, refleja resultados estadísticamente significativos ($p=0,048$) (tabla 49).

Los resultados del capital social, presente datos estadísticamente significativos para el riesgo justicia ($p=0,006$) (tabla 49).

El resto de riesgos psicosocial evaluado no indica resultados estadísticamente significativos (Anexo 4, tabla 123-127).

Tabla 49

Relaciones significativas entre calidad de vida y dimensiones ISTAS 21.

Dimensión	Calidad de Vida			p
	Mal n = 7	Normal n = 81	Bien/Estupendo n = 352	
Exigencia Emocional				
Favorable	3 (42,9%)	24 (29,6%)	157 (44,6%)	0,040
Intermedia	2 (28,6%)	36 (44,4%)	146 (41,5%)	
Desfavorable	2 (28,6%)	21 (25,9%)	49 (13,9%)	
Doble Presencia				
Favorable	0 (0%)	39 (48,1%)	237 (67,3%)	<0,001
Intermedia	5 (71,4%)	27 (33,3%)	93 (26,4%)	
Desfavorable	2 (28,6%)	15 (18,5%)	22 (6,3%)	
Claridad de Rol				
Favorable	1 (14,3%)	13 (16%)	66 (18,8%)	0,048
Intermedia	6 (42%)	34 (42%)	176 (50%)	
Desfavorable	0 (0%)	34 (42%)	110 (31,3%)	
Justicia				
Favorable	0 (0%)	3 (3,7%)	16 (4,5%)	0,006
Intermedia	2 (28,6%)	11 (13,6%)	115 (32,7%)	
Desfavorable	5 (71,4%)	67 (82,7%)	221 (62,8%)	

5.5.1.4 ISTAS 21 y Satisfacción Laboral S10/12.

– Satisfacción Ambiente Físico.

La medición de la satisfacción laboral por medio del cuestionario S10/12, para la variable de estudio del ambiente físico frente al riesgo psicosocial, el grupo de exigencias psicosociales, presenta resultados estadísticamente significativos para el riesgo ritmo de trabajo ($p=0,001$) y la exigencia cuantitativa ($p<0,001$) (tabla 50)

El grupo que analiza el control sobre el trabajo refleja datos estadísticamente significativos en el riesgo posibilidad de desarrollo ($p=0,004$) y el sentido de trabajo ($p<0,001$) (tabla 50).

El grupo que evalúa la capacidad de liderazgo presenta datos estadísticamente significativos en todos sus riesgos psicosociales, siendo significativos para

previsibilidad y conflicto de rol ($p < 0,001$), calidad de liderazgo ($p = 0,005$) y claridad de rol la relación ($p = 0,001$) (tabla 50).

Para el grupo de analiza la compensación con el trabajo, encontramos resultados estadísticamente significativos en el riesgo inseguridad en las condiciones de trabajo ($p = 0,048$) (tabla 50).

Dentro del grupo que estudia el capital social, obtenemos resultados estadísticamente significativos para del riesgo confianza vertical y justicia ($p < 0,001$) (tabla 50).

El resto de riesgos psicosociales no presentan relación de significancia con el ambiente físico (Anexo 4, tabla 128-131).

Tabla 50

Relaciones significativas entre satisfacción ambiente físico y dimensiones ISTAS 21.

Dimensión	Satisfacción Ambiente Físico			p
	Insatisfecho n = 59	Indiferente n = 196	Satisfecho n = 184	
Exigencia Cuantitativa				
Favorable	1 (1,7%)	11 (5,6%)	23 (12,5%)	<0,001
Intermedia	24 (40,7%)	83 (42,3%)	101 (54,9%)	
Desfavorable	34 (57,6%)	102 (52%)	60 (32,6%)	
Ritmo de Trabajo				
Favorable	0 (0%)	1 (0,5%)	7 (3,8%)	0,001
Intermedia	4 (6,8%)	30 (15,3%)	42 (22,8%)	
Desfavorable	55 (93,2%)	165 (84,2%)	135 (73,5%)	
Posibilidad Desarrollo				
Favorable	36 (61%)	142 (72,4%)	155 (84,2%)	0,004
Intermedia	19 (32,2%)	45 (23%)	24 (13%)	
Desfavorable	4 (6,8%)	9 (4,6%)	5 (2,7%)	
Sentido Trabajo				
Favorable	29 (49,2%)	101 (51,5%)	120 (65,2%)	<0,001
Intermedia	12 (20,3%)	69 (35,2%)	52 (28,3%)	
Desfavorable	18 (30,5%)	26 (13,3%)	12 (6,5%)	

Tabla 50 (Continuación)

Relaciones significativas entre satisfacción ambiente físico y dimensiones ISTAS 21.

Dimensión	Satisfacción Ambiente Físico			p
	Insatisfecho n = 59	Indiferente n = 196	Satisfecho n = 184	
Calidad Liderazgo				
Favorable	7 (11,9%)	31 (15,8%)	52 (28,3%)	0,005
Intermedia	30 (50,8%)	77 (39,3%)	72 (39,1%)	
Desfavorable	22 (37,3%)	88 (44,9%)	60 (32,6%)	
Previsibilidad				
Favorable	3 (5,1%)	6 (3,1%)	21 (11,4%)	<0,001
Intermedia	8 (13,6%)	39 (19,9%)	61 (33,2%)	
Desfavorable	48 (81,4%)	151 (77%)	102 (55,4%)	
Claridad de Rol				
Favorable	8 (13,6%)	31 (15,8%)	41 (22,3%)	0,001
Intermedia	22 (37,3%)	92 (46,9%)	101 (54,9%)	
Desfavorable	29 (49,2%)	73 (37,2%)	42 (22,8%)	
Conflicto de Rol				
Favorable	2 (3,4%)	20 (10,2%)	43 (23,3%)	<0,001
Intermedia	20 (33,9%)	85 (43,4%)	82 (44,6%)	
Desfavorable	37 (62,7%)	91 (46,4%)	59 (32,1%)	
Inseguridad Condiciones Trabajo				
Favorable	11 (18,6%)	39 (19,9%)	59 (32,1%)	0,048
Intermedia	12 (20,3%)	47 (24%)	39 (21,2%)	
Desfavorable	36 (61%)	110 (56,1%)	86 (46,7%)	
Confianza Vertical				
Favorable	2 (3,4%)	13 (6,6%)	28 (15,2%)	<0,001
Intermedia	19 (32,2%)	76 (38,8%)	84 (45,7%)	
Desfavorable	38 (64,4%)	107 (54,6%)	72 (39,1%)	
Justicia				
Favorable	1 (1,7%)	5 (2,6%)	13 (7,1%)	<0,001
Intermedia	11 (18,6%)	45 (23%)	71 (38,6%)	
Desfavorable	47 (79,7%)	146 (74,5%)	100 (54,3%)	

– Satisfacción con el Supervisor.

La satisfacción con el supervisor, pone de manifiesto resultados estadísticamente significativos para el riesgo exigencia cuantitativa ($p=0,001$) y exigencia emocional dentro del grupo que evalúa las exigencias psicosociales ($p=0,008$) (tabla 41).

El grupo conflicto familia-trabajo, refleja resultados estadísticamente significativos para el riesgo doble presencia ($p=0,030$) (tabla 51).

Dentro del grupo que analiza el control sobre el trabajo, tenemos datos estadísticamente significativos ($p<0,001$) en los riesgos posibilidad de desarrollo y sentido de trabajo (tabla 51).

La capacidad de liderazgo relacionada con la satisfacción con el supervisor, presenta resultados estadísticamente significativos ($p<0,001$) para sus 4 dimensiones analizadas calidad de liderazgo, previsibilidad, claridad de rol y conflicto de rol (tabla 51).

El análisis del capital social, obtiene datos estadísticamente muy significativos para sus dimensiones confianza vertical y justicia ($p<0,001$) (tabla 51).

El resto de dimensiones no indican relación significativa (Anexo 4, tabla 132-134).

Tabla 51

Relaciones significativas entre satisfacción con supervisor y dimensiones ISTAS 21.

Dimensión	Satisfacción Supervisor			p
	Insatisfecho n = 45	Indiferente n = 164	Satisfecho n = 230	
Exigencia Cuantitativa				
Favorable	0 (0%)	11 (6,7%)	24 (10,4%)	0,001
Intermedia	17 (37,8%)	71 (43,3%)	120 (52,2%)	
Desfavorable	28 (62,2%)	82 (50%)	86 (37,4%)	
Exigencia Emocional				
Favorable	13 (28,9%)	56 (34,1%)	114 (49,6%)	0,008
Intermedia	22 (48,9%)	75 (45,7%)	87 (37,8%)	
Desfavorable	10 (22,2%)	33 (20,1%)	29 (12,6%)	

Tabla 51 (Continuación)

Relaciones significativas entre satisfacción con supervisor y dimensiones ISTAS 21.

Dimensión	Satisfacción Supervisor			p
	Insatisfecho n = 45	Indiferente n = 164	Satisfecho n = 230	
Doble Presencia				
Favorable	19 (42,2%)	110 (67,1%)	146 (63,5%)	0,030
Intermedia	20 (44,4%)	38 (23,2%)	67 (29,1%)	
Desfavorable	6 (13,3%)	16 (9,8%)	17 (7,4%)	
Posibilidad Desarrollo				
Favorable	25 (55,6%)	112 (68,3%)	196 (85,2%)	<0,001
Intermedia	15 (33,3%)	46 (28%)	27 (11,7%)	
Desfavorable	5 (11,1%)	6 (3,7%)	7 (3%)	
Sentido Trabajo				
Favorable	15 (33,3%)	86 (52,4%)	149 (64,8%)	<0,001
Intermedia	14 (31,1%)	54 (32,9%)	65 (28,3%)	
Desfavorable	16 (35,6%)	24 (14,6%)	16 (7%)	
Calidad Liderazgo				
Favorable	3 (6,7%)	12 (7,3%)	75 (32,6%)	<0,001
Intermedia	9 (20%)	56 (34,2%)	114 (49,6%)	
Desfavorable	33 (73,3%)	96 (58,5%)	41 (17,8%)	
Previsibilidad				
Favorable	0 (0%)	3 (1,8%)	27 (11,7%)	<0,001
Intermedia	3 (6,7%)	21 (12,8%)	84 (36,5%)	
Desfavorable	42 (93,3%)	140 (85,4%)	119 (51,7%)	
Claridad de Rol				
Favorable	3 (6,7%)	16 (9,8%)	61 (26,5%)	<0,001
Intermedia	16 (35,6%)	77 (47%)	122 (53%)	
Desfavorable	26 (57,8%)	71 (43,3%)	47 (20,5%)	

Tabla 51 (Continuación)

Relaciones significativas entre satisfacción con supervisor y dimensiones ISTAS 21.

Dimensión	Satisfacción Supervisor			p
	Insatisfecho n = 45	Indiferente n = 164	Satisfecho n = 230	
Conflicto de Rol				
Favorable	1 (2,2%)	12 (7,3%)	52 (22,6%)	<0,001
Intermedia	11 (24,4%)	65 (39,6%)	111 (48,3%)	
Desfavorable	33 (73,3%)	87 (53,1%)	67 (29,1%)	
Confianza Vertical				
Favorable	1 (2,2%)	7 (4,3%)	35 (15,2%)	<0,001
Intermedia	7 (15,6%)	50 (30,5%)	122 (53,1%)	
Desfavorable	37 (82,2%)	107 (65,2%)	73 (31,7%)	
Justicia				
Favorable	0 (0%)	4 (2,4%)	15 (6,5%)	<0,001
Intermedia	2 (4,4%)	23 (14%)	102 (44,3%)	
Desfavorable	43 (95,6%)	137 (83,5%)	113 (49,1%)	

– Satisfacción con las prestaciones.

El estudio de la satisfacción con las prestaciones recibidas frente al riesgo psicosocial que evalúa el ISTAS 21, es estadísticamente significativo para el riesgo ritmo de trabajo ($p=0,0031$) y exigencia emocional del grupo exigencias psicosociales ($p=0,001$) (tabla 52).

En el análisis del control sobre el trabajo, encontramos resultados estadísticamente significativos para la dimensión posibilidad de desarrollo ($p=0,006$) y sentido de trabajo ($p=0,003$) (tabla 52).

La relación de la capacidad de liderazgo frente a la satisfacción con las prestaciones, presenta datos estadísticamente significativos en el riesgo claridad de rol ($p=0,001$) y para calidad de liderazgo, previsibilidad y conflicto de rol ($p<0,001$) (tabla 52).

La inseguridad en las condiciones de trabajo es estadísticamente significativa, dentro del grupo de compensación con el trabajo con una $p=0,005$ (tabla 52).

Para el grupo de analiza el capital social, obtenemos resultados estadísticamente significativos ($p < 0,001$) para el riesgo psicosocial de confianza vertical y justicia (tabla 52).

El resto de dimensiones analizadas, no indican relación significativa (Anexo 4, tabla 135-138).

Tabla 52

Relaciones significativas entre satisfacción con prestaciones y dimensiones ISTAS 21.

Dimensión	Satisfacción Prestaciones			p
	Insatisfecho n = 112	Indiferente n = 147	Satisfecho n = 179	
Ritmo de Trabajo				
Favorable	2 (1,8%)	1 (0,7%)	5 (2,8%)	0,031
Intermedia	12 (10,7%)	22 (15%)	41 (22,9%)	
Desfavorable	98 (87,5%)	124 (84,4%)	133 (74,3%)	
Exigencia Emocional				
Favorable	38 (33,9%)	49 (33,3%)	95 (53,1%)	0,001
Intermedia	50 (44,6%)	73 (49,7%)	61 (34,1%)	
Desfavorable	24 (21,4%)	25 (17%)	23 (12,8%)	
Posibilidad Desarrollo				
Favorable	74 (66,1%)	107 (72,8%)	151 (84,4%)	0,006
Intermedia	30 (26,8%)	34 (23,1%)	24 (13,4%)	
Desfavorable	8 (7,1%)	6 (4,1%)	4 (2,2%)	
Sentido Trabajo				
Favorable	52 (46,4%)	83 (56,5%)	114 (63,7%)	0,003
Intermedia	35 (31,3%)	46 (31,3%)	52 (29,1%)	
Desfavorable	25 (22,3%)	18 (12,2%)	13 (7,3%)	
Calidad Liderazgo				
Favorable	10 (8,9%)	28 (19%)	52 (29,1%)	<0,001
Intermedia	39 (34,8%)	55 (37,4%)	84 (46,9%)	
Desfavorable	63 (56,3%)	64 (43,5%)	43 (24%)	

Tabla 52 (Continuación)

Relaciones significativas entre satisfacción con prestaciones y dimensiones ISTAS 21.

Dimensión	Satisfacción Prestaciones			p
	Insatisfecho n = 112	Indiferente n = 147	Satisfecho n = 179	
Previsibilidad				
Favorable	1 (0,9%)	4 (2,7%)	25 (14%)	<0,001
Intermedia	11 (9,8%)	33 (22,4%)	64 (35,8%)	
Desfavorable	100 (89,3%)	110 (74,8%)	90 (50,3%)	
Claridad de Rol				
Favorable	12 (10,7%)	22 (15%)	46 (25,7%)	0,001
Intermedia	53 (47,3%)	70 (47,6%)	91 (50,8%)	
Desfavorable	47 (42%)	55 (37,4%)	42 (23,5%)	
Conflicto de Rol				
Favorable	9 (8%)	17 (11,6%)	39 (21,8%)	<0,001
Intermedia	38 (33,9%)	66 (44,9%)	83 (46,4%)	
Desfavorable	65 (58%)	64 (43,5%)	57 (31,8%)	
Inseguridad Condiciones Trabajo				
Favorable	14 (12,5%)	42 (28,6%)	53 (29,6%)	0,005
Intermedia	26 (23,2%)	37 (25,2%)	34 (19%)	
Desfavorable	72 (64,3%)	68 (46,2%)	92 (51,4%)	
Confianza Vertical				
Favorable	2 (1,8%)	11 (7,5%)	30 (16,8%)	<0,001
Intermedia	26 (23,2%)	57 (38,8%)	96 (53,6%)	
Desfavorable	84 (75%)	79 (53,7%)	53 (29,6%)	
Justicia				
Favorable	0 (0%)	5 (3,4%)	14 (7,8%)	<0,001
Intermedia	15 (13,4%)	33 (22,4%)	79 (44,2%)	
Desfavorable	97 (86,6%)	109 (74,2%)	86 (48%)	

5.5.1.5 ISTAS 21 y Escala de Somnolencia de Epworth.

– Somnolencia

El grado de somnolencia diurna que es medido a través de la escala de Epworth, presenta resultados estadísticamente significativos en el riesgo exigencia cuantitativa del grupo exigencias psicosociales ($p=0,035$) (tabla 53).

Para el análisis del apoyo social y capacidad de liderazgo, encontramos datos estadísticamente significativos en una de sus cuatro riesgos evaluados, en concreto en claridad de rol ($p=0,007$) (tabla 53).

La dimensión confianza vertical, presenta resultados estadísticamente significativos dentro del grupo capital social ($p=0,034$) (tabla 53).

El resto de riesgo psicosocial objeto de estudio no presenta relación de significancia con la somnolencia (Anexo 4, tabla 139-144).

Tabla 53

Relaciones significativas entre somnolencia y dimensiones ISTAS 21.

Dimensión	Somnolencia				p
	Ausencia n = 255	Ligera n = 151	Moderada n = 30	Grave n = 4	
Exigencia Cuantitativa					
Favorable	20 (7,8%)	14 (9,3%)	1 (3,3%)	0 (0%)	0,035
Intermedia	135 (52,9%)	64 (42,4%)	8 (26,7%)	2 (50%)	
Desfavorable	100 (39,2%)	73 (48,3%)	21 (70%)	2 (50%)	
Claridad de Rol					
Favorable	49 (19,2%)	29 (19,2%)	2 (6,6%)	0 (0%)	0,007
Intermedia	135 (52,9%)	67 (44,4%)	14 (46,7%)	0 (0%)	
Desfavorable	71 (27,9%)	55 (36,4%)	14 (46,7%)	4 (100%)	
Confianza Vertical					
Favorable	16 (6,3%)	25 (16,6%)	2 (6,7%)	0 (0%)	0,034
Intermedia	114 (44,7%)	51 (33,8%)	13 (43,3%)	2 (50%)	
Desfavorable	125 (49%)	75 (49,7%)	15 (50%)	2 (50%)	

VI. DISCUSIÓN.

Los resultados de nuestro estudio reflejan las consecuencias de los factores de riesgo psicosocial de los profesionales sanitarios que desarrollan su actividad en las unidades de cuidados intensivos de los hospitales gestionados por el Servicio Murciano de Salud y su correlación con la satisfacción laboral, somnolencia y características sociodemográficas de los sujetos de la muestra.

A lo largo del estudio hemos puesto de manifiesto, a través de la bibliografía consultada, que los riesgos psicosociales pueden variar según las características individuales, situaciones familiares, recursos de afrontamiento del sujeto y variables organizativas en el entorno laboral.

Este tipo de diferencias, nos han impulsado a realizar la investigación de las consecuencias a nivel psicosocial de los trabajadores, que por las cualidades y exigencias que caracteriza el trabajo en UCI, pueden sufrir sobre sus relaciones personales y laborales que pueden desencadenar en riesgos para el propio trabajador y para el propio usuario del sistema de salud.

A continuación, vamos a proceder a discutir los resultados obtenidos en base a la bibliografía consultada a lo largo de la investigación y a los objetivos formulados, para poder aportar más información. Así como la posibilidad de orientar nuevas líneas de investigación en este campo.

6.1. ASPECTOS SOCIO-PERSONALES.

Dentro de los aspectos socio-personales hemos englobado la edad, sexo, estado civil, personas a su cargo e IMC.

Con respecto a la edad obtenida en la muestra de nuestra investigación, hemos obtenido un valor de $43,32 \pm 8,42$ años y el percentil 50 en 42 años. Este resultado es más elevado que estudios previos, como el realizado por Ríos Ríquez (2008) sobre un total de 125 enfermeras de UCI y urgencias, con edades mínimamente inferiores con un valor de $36,13 \pm 7,98$ años (Ríos Ríquez et al., 2008). En Madrid en 2009, los datos obtenidos sobre todo el personal de distintas UCI, puso de manifiesto una edad media de 37 ± 9 años (Frade Mera et al., 2009). En el año 2010, un estudio realizado en Murcia sobre las consecuencias psicosociales en el personal de enfermería, presentó un valor más próximo a nuestra

investigación, al obtener una edad media de 42 años (López, 2010). Para el personal de una UCI neonatal de Perú en 2019, los datos indican una menor edad de su población trabajadora, situándola de 26 a 30 años para percentil 50 (Toia Larsen, 2019). Otra investigación realizada en un hospital público de Chile en 2018 sobre la población enfermera, situó la edad media de su población en 31,46 años y el 60% de la del personal de enfermería entre los 23 y 30 años, siendo ambas cifras menores que las obtenidas en nuestro estudio (Ramos Guajardo y Ceballos Vasquez, 2018).

La variable sexo obtiene una mayor representación del género femenino con 322 (73,5%) frente al masculino con 116 (26,5%) sujetos. La bibliografía consultada indica que el género femenino predomina entre el personal empleado en el sector sanitario. Esto se ve reflejado en los trabajos de Ríos Rísquez con un valor de 74,20% mujeres frente a 25,80% hombres (Ríos Rísquez et al., 2008), siendo para Frade (2009) del 81% de mujeres (Frade Mera et al., 2009), mientras que para López (2010) de 71.3% mujeres por 28,7% hombres (López, 2010). Otro dato más reciente realizado en Chile en 2018, eleva al 82,9% la proporción de mujeres (Ramos Guajardo & Ceballos Vasquez, 2018), mientras que en Perú en 2019, en una UCI neonatal el porcentaje se ve disminuido a 64% mujeres frente a 36% hombres (Toia Larsen, 2019).

El estado civil de nuestra investigación es de 14,6% solteros/as, 73,8% casados/en pareja y 11,6% separados/divorciados/viudos, por lo que el mayor valor lo obtenemos en los casados/en pareja. Esta tendencia se cumple para el personal de enfermería casado/en pareja sobre el que se ha estudiado las consecuencias psicosociales en Murcia en 2010 con un porcentaje del 64,4% (López, 2010), siendo para el personal de distintas UCI de Madrid en 2009 de un 60% de casados/en pareja, 33% solteros/as y 7% viudos/separados/divorciados (Frade Mera et al., 2009), mientras que para el personal de enfermería en Chile en 2018 el porcentaje de casados/en pareja es de 67,1% (Ramos Guajardo y Ceballos Vasquez, 2018).

Las personas que se encuentran a cargo de cada trabajador a nivel familiar, tenemos $1,47 \pm 1,31$ personas, siendo las opciones más contestados el de 0, 1 y 2 personas a su cargo con un valor de 139 (32,2%), 75 (17,4%) y 130 (30,1%) respectivamente. En el estudio realizado sobre el personal de distintas UCI en 2009 en Madrid por Frade, encontramos un valor medio de 2 ± 1 para el 42% de su muestras (Frade Mera et al., 2009). Entre el personal de enfermería de UCI y Urgencias sobre el que se estudió el Burnout en Murcia en 2008, los valores

predominantes coinciden con los de nuestro estudio, siendo de 58%, 17,5% y 18,6% hijos para las respuestas 0, 1 y 2 hijos respectivamente (Ríos Risquez et al., 2008). En Chile (2018), el estudio de los riesgos psicosociales percibidos por el personal de enfermería, la opción más contestada fue la ausencia de personas a su cargo con 62,9% (Ramos Guajardo & Ceballos Vasquez, 2018).

Se calculó el IMC de la muestra, con un resultado medio de 24,42 Kg/m², un percentil 50 de 21,94 Kg/m² y 26,66 Kg/m² para el percentil 75. La media se encuentra dentro del normopeso, según los criterios de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) y el percentil 75 se encontraría en la zona de sobrepeso grado I (Salas-Salvadó, Rubio, Barbany y Moreno, 2007). Entre los datos sobre los factores de riesgo cardiovascular de los pacientes que han sufrido un Síndrome Coronario Agudo (SCA) durante el año 2014 en el Área VI de Murcia, encontramos valores medios de IMC comprendidos en obesidad tipo I (IMC 35-39,9) (Abenza Hurtado, 2015). Si nos centramos en la población de la Región de Murcia, en los datos obtenidos por el INE en 2014, encontramos el porcentaje más elevado en ambos sexos con normopeso (IMC 18,5-25) para el 42,8% de la población y se eleva para la población de española hasta el 45,12% (INE, 2014). Pero si diferenciamos por sexo, el valor más elevado para los hombres, lo obtenemos en el sobrepeso (IMC 25-29,9) con el 44,6% en Murcia y el 43,6% en España, mientras que las mujeres aumentan su porcentaje en el normopeso con un 50,1% en Murcia y 51,8% en el total de la población española (INE, 2014).

6.2. ASPECTOS LABORALES.

Las categorías profesionales evaluadas de los sanitarios de UCI, coinciden con los estándares y recomendaciones de las unidades de cuidados intensivos, según el nivel de las UCI y las cargas de trabajo (MSPS, 2010), siendo los enfermeros los que soportan mayor cargas de trabajo, seguido de los auxiliares de enfermería y los médicos, con unas proporciones de 55% enfermeros, 29,5 auxiliares de enfermería y 15,5% médicos. Un estudio publicado sobre distintas UCI en Madrid (2009) indican cifras de profesionales similares con 58% de enfermeros, 27% de auxiliares de enfermería y 13% de médicos (Frade Mera et al., 2009), porcentajes que se mantienen en estudios posteriores (Sánchez Alonso y Sierra Ortega, 2014) (Gázquez Linares, 2015) (Toia Larsen, 2019).

Los años de actividad sanitaria realizados en UCI varían según los estudios consultados ya que, aunque para el personal médico es una especialidad académica obligatoria para poder desarrollar su profesión en este servicio y no pueden desempeñar su actividad laboral fuera de su especialidad, el resto de categorías evaluadas si lo pueden hacer fuera de este servicio, ya el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (MECD) no tiene programa de especialización para Enfermería y auxiliares enfermería de UCI. En este estudio se encuentran los mayores porcentajes en las franjas de 5-10 años y más de 10 años en UCI con un 28% y 41% respectivamente, valores que contrastan con otros estudios, cuyos años de actividad en UCI son inferiores y que pueden sugerir el exceso de trabajo y carga psicológica de este servicio para los profesionales que desarrollan su actividad asistencial en ella. Estos datos se reflejan en los trabajadores de urgencias y UCI en 2008 en Murcia, cuya antigüedad laboral en estos servicios era de 3,5 años (Ríos Rísquez et al., 2008). Mientras que para los trabajadores de UCI de Madrid en 2009, la media de años de trabajo en este servicio es de 9 años, valor similar al obtenido por nosotros (Frade Mera et al., 2009). En Chile en 2018, datos sobre el personal de enfermería que realizaba su actividad asistencial en todo el hospital, presentó valores bajos de antigüedad laboral en su categoría profesional, situándose en una media de 5 años y siendo para el 56,7% de la población enfermera una antigüedad de 1-5 años (Ramos Guajardo y Ceballos Vasquez, 2018). Para los trabajadores de UCI neonatal de Chile en 2019, el mayor porcentaje de tiempo trabajado en este servicio es de 1-5 años para el 82% de su plantilla (Toia Larsen, 2019)

Por otro lado, las jornadas laborales de este servicio son muy dispares y van desde turnos rotatorios, noches fijas, diurnos fijos, etc. En este estudio, el turno que realizan más profesionales es el rodado de 12 horas con un 42% de la muestra, seguido por el rodado de 7 horas con un 25%. Estos turnos largos y que implican la realización de trabajo durante horas nocturnas de manera cíclica fomentan trastornos del sueño, problemas psicosociales por incompatibilidad de la vida familiar que fomentan el estrés, ansiedad, satisfacción laboral, motivación, problemas musculoesqueléticos, etc. (Ríos Rísquez, Meca Sánchez, y Fernández Godoy, 2010) (Valdehita et al., 2010) (Aguado Martín, Bátiz Cano, y Quintana Pérez, 2013) (Ramírez-Elizondo, Paravic-Klijn, y Valenzuela-Suazo, 2013) (Carrillo-García, Ríos-Rísquez, Martínez-Hurtado y Noquera-Villaescusa, 2016) (Díaz Ramiro, Rubio

Valdehita, López Núñez y Aparicio García, 2012) (Caruso et al., 2020) (Bastida Parra, 2020).

El tipo de jornada que realizan los profesionales, se distribuye en completa (37,5 horas/semana) y reducida (según conveniencia del trabajador) para la muestra de estudio. Estas reducciones de la jornada laboral se deben en su mayoría a situaciones familiares de hijos y otras cargas familiares, a la vez que los requerimientos económicos de las familias pueden ser una obligación para desarrollar la jornada completa. Nuestro estudio presenta la mayor parte de la población de la muestra en jornada completa con el 91% y solamente el 9% como jornada reducida, siguiendo la tendencia de los estudios consultados. En 2008, se observó que el personal de UCI y de urgencias de Murcia era capaz de realizar jornadas adicionales para el 26% de los trabajadores, teniendo el 61% de los trabajadores una edad de 20-35 años, mientras que para nuestra población de estudio es de 42 años de media (Ríos Rísquez et al., 2008). En 2013, el análisis de las condiciones de trabajo del personal de UCI en Colombia, presentó un 6% de personal que realizaba jornadas de trabajo por encima de su turno laboral debido al multiempleo, mientras que el 33% tenía un turno reducido (Arco Canoles, 2013). En 2014 el análisis de la calidad del sueño sobre la población de enfermería y auxiliares de enfermería en Brasil presento un 88% de trabajadores con jornada completa frente al 12% con jornada reducida (Palhares, Corrente, y Matsubara, 2014). Los datos de los trabajos consultados indican porcentajes del tipo de jornada similares a los obtenidos sobre la muestra de estudio, con valores del 88-91% para los trabajadores que realizan su actividad a jornada completa, frente al 9-12% que ejerce una jornada reducida sobre su actividad.

6.3. HÁBITOS DE SALUD.

El consumo tabáquico es un hábito del cual que los profesionales de la salud no se salvan, aunque el porcentaje de fumadores es inferior al de no fumadores en nuestro análisis. Presentan este hábito el 24% y un 17% manifiesta que han fumado con anterioridad. El incremento de consumo de tabaco se suele asociar falsamente a situaciones de estrés y ansiedad (Mae Wood, Cano-Vindel, Iruarrizaga y Dongil, 2009) (Tamayo Caballero, Alejo Pocoma, y Chambí Huanaco, 2015). La actividad que se desarrolla en cuidados intensivos y el alto grado de complejidad de técnicas

asociado a la rápida toma de decisiones, hace que, aunque la cifra de fumadores entre la población en general, y de manera particular en los profesionales sanitarios, haya disminuido durante esta última década (Sánchez Rodríguez, 2020), siga siendo elevado en nuestra muestra. Este dato se pone de manifiesto en el estudio sobre el hábito tabáquico del personal médico y de enfermería de un hospital de la baja California en 2014, donde el porcentaje de fumadores ascendía al 30%, mientras que el porcentaje de exfumadores se elevaba hasta el 22% (Zonana-Nacach y Márquez Sanjuana, 2014). En los trabajadores del área de Palma en 2015, la prevalencia global de tabaquismo era del 33%, siendo para los trabajadores sin formación universitaria del 43%, cifra que desciende al 18% para los exfumadores (Hernández Pérez et al., 2015). Esta tendencia se ha acompañado por leyes de endurecimiento sobre su consumo y prohibición en espacios cerrados públicos sobre espacios sin humo (Ley 42, 2010) (Pérez Parra, 2018).

El consumo de bebidas alcohólicas en la muestra presenta cifras del 45% de bebedores ocasionales, del 44% de no bebedores y del 9% que lo hacen los fines de semana. De estos datos se observa que el consumo entre la población sanitaria no es generalizado y no tiene por qué influir en el desempeño de sus decisiones y realización de tareas profesionales, siendo beneficioso para el sistema sanitario y la atención al paciente. El consumo de bebidas alcohólicas se ve influenciado por factores genéticos, psicosociales y ambientales que pueden generar dependencia (Ochoa Mangado, 2011) (Babor, Higgins-Bibdle, Saunders y Monteiro, 2019) . Estudios sobre factores de riesgo en el consumo de alcohol en la población en general, pone de manifiesto la búsqueda de evasión de situaciones que sobrepasan la capacidad de afrontamiento en búsqueda de una satisfacción inmediata (Ochoa Mangado y Madoz Gúrpide, 2008) (Ochoa Mangado, 2011) (Babor et al., 2019), datos que no coinciden con nuestra muestra, que indican un bajo nivel de hábito alcohólico. Las autoridades a nivel nacional e internacional han puesto su punto de mira en estos hábitos por medio de campañas de sensibilización ciudadana para reducir su consumo (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018) (Babor et al., 2019), siendo el escaso consumo alcohólico del personal sanitario de nuestro estudio un reflejo de estas campañas.

La actividad física que ha reflejado el estudio es de más de 1 vez por semana para el 54,5% de la muestra y nunca o menos de 1 vez por semana para 25,7%, lo que se traduce, en que una cuarta parte de la muestra no presenta como hábito

establecido esta actividad. El ejercicio físico practicado de manera habitual produce un estímulo sobre la liberación de endorfinas, que intervienen en la generación de placer y efecto analgésico de manera natural. También son conocidos sus beneficios a nivel metabólico, aumento de fuerza muscular y óseo, lo que nos previene de dolencias musculoesqueléticas derivadas de la manipulación de pacientes y disminución de enfermedades de origen cardiovascular (Bonet, Parrado, y Capdevila, 2017) (León Olivares, Capella Peris, Chiva Bartoll y Ruiz Montero, 2019) (Aquino et al., 2020). El estudio sobre el personal sanitario de Melilla en 2007, compuesto en el 80% por enfermería, auxiliares de enfermería y médicos presentó un 67% de población sedentaria frente al 20% de sanitarios con un hábito de actividad física óptima y ejercicio físico habitual del 20% (Alfaya Góngora et al., 2007). En el 2010, es análisis del hábito de actividad física del personal sanitario hospitalario el personal sedentario era del 27%, mientras que el 72% declaraba realizar algún tipo de actividad física habitual (Díaz-Sampedro, López-Maza, y González-Puente, 2010). El desgaste físico y emocional de la actividad desarrollada con los pacientes críticos contribuye a desarrollar síndrome de burnout, que es contrarrestado de manera positiva por la práctica regular del ejercicio físico (Jodra y Domínguez, 2020).

Los resultados obtenidos sobre la percepción de salud indican un 45% de sujetos con una percepción de salud buena y un 36% de sujetos con percepción muy buena. Sin embargo, no debemos olvidar que este colectivo de profesionales se encuentra expuesto a situaciones y condiciones de trabajo que pueden repercutir de manera negativa sobre su salud. Así, datos previos sobre la percepción de salud de personal sanitario, presentaba cansancio emocional y síntomas psicológicos o psicosomáticos en un 43%, con datos estadísticamente significativos entre el agotamiento y la percepción general de salud con $p < 0,001$ y niveles moderados-altos de agotamiento profesional en el personal de cuidados críticos (Ríos Ríquez et al., 2008).

La calidad de vida percibida por los profesionales estudiados, es para la mayoría bastante buena (64,3%) o estupenda (15,7%). Estos resultados indican una percepción de satisfacción y de bienestar entre la relación del contexto que rodea su actividad laboral, social y familiar. Así, entre las condiciones que interfieren a nivel laboral y de la calidad de vida del personal sanitario, destacan los riesgos derivados del entorno físico, demandas de trabajo, contenido de trabajo, estabilidad laboral,

tensión laboral, etc., que repercuten de manera negativa sobre su salud percibida (Rodríguez-Marín, 2010) (Burgos Díez et al., 2012). Entre los principales factores que influyen de manera negativa son los de tipo organizativo, en cuanto a lo referido a las condiciones de trabajo estresante, tipo de jornada laboral y horarios (Vidal Blanco, 2017).

6.4. SATISFACCIÓN LABORAL.

El concepto de satisfacción laboral está relacionado positivamente con la salud y negativamente con el estrés laboral (Faragher, Cass, y Cooper, 2005), siendo un indicador de la presencia de riesgos de origen psicosocial.

La satisfacción laboral con el ambiente físico del trabajo de la muestra analizada, presenta un porcentaje de satisfechos del 41,9%, con casi 30 puntos de diferencia con los insatisfechos con un 13,4%, mientras que el resto indica indiferencia en esta valoración. En Navarra en 2012, un estudio sobre satisfacción de personal de enfermería de distintas unidades, ofreció datos similares con un porcentaje superior de satisfechos (44% de sanitarios satisfechos), frente al 22% de insatisfechos con el entorno de las condiciones de trabajo (Iriarte Cerdán, 2012). En Perú en 2015, el personal enfermero de la UCI presentó unos niveles de satisfacción sobre las condiciones físicas y materiales de su trabajo, donde un 31% tenía un alto grado de satisfacción y ningún grado de insatisfacción (Calcina Cáceres, 2015). Un estudio sobre el personal enfermero de 5 hospitales de Extremadura en 2016, presenta cifras de satisfacción laboral del 47% de satisfechos frente al 35% de insatisfechos con respecto a las condiciones de seguridad de su unidad de trabajo, en cuanto al acondicionamiento ambiental (climatización, iluminación, decoración, ruidos, ventilación, etc.), un 32,6% están satisfechos por un 54% de insatisfechos, en lo referente a las instalaciones (superficie, dotación mobiliario y equipos) para desarrollar su trabajo adecuadamente el 34% estaba satisfecho frente al 59% de insatisfechos y en relación a los recursos informáticos de la unidad el 28% estaba satisfecho por el 51% de insatisfechos (Pablos González, 2016). Estos datos reflejan que el nivel de satisfacción varía según los aspectos del medio ambiente físico evaluado, siendo más elevado el porcentaje de insatisfacción según los estudios consultados, lo que indican valores de insatisfacción superiores a la muestra de estudio.

La satisfacción laboral de la supervisión de la actividad realizada en la muestra es indica un 55% de satisfechos frente al 37% de insatisfechos. Los estudios referidos a la satisfacción con el nivel de supervisión ejercida de estudios previos, podemos ver como en el área quirúrgica de un hospital de Cantabria en 2011, sobre el personal de enfermería, el grado de satisfacción referido a la relación con sus jefes, tiene un valor desfavorable con una puntuación de 2,9 de media en la escala de Font Roja y es generadora de insatisfacción (Moya Mier, 2011). Para la población enfermera de un hospital de Navarra en 2012, el grado de satisfacción con la supervisión que se ejerce sobre su actividad indica un 76% de satisfacción del personal, mientras que la relación con la supervisión del nivel jerárquico superior (médicos) indican cifras muy desfavorables con un 47% de insatisfacción frente al 16% de satisfechas, al igual que ocurre con las cifras que se obtienen del grado de satisfacción con la dirección de la empresa, con un 37% de insatisfechos y un 14% de satisfechos (Iriarte Cerdán, 2012). Los datos del personal de enfermería que trabaja en UCI de Lima en 2015, indica un grado de satisfacción con la dirección del centro del 25% de satisfechos frente al 31% de insatisfacción, mientras que la valoración que hace de la relación con sus superiores también es bajo, con un 23% de satisfacción (Calcina Cáceres, 2015). Para el personal de enfermería de UCI de Oviedo (2015) tras la modificación de un horario de visita sin horario restringido, valoraron el grado de relación interpersonal con sus superiores con un 67% de satisfacción y un 33% de insatisfacción (Villar San Juan, 2015) En Extremadura en 2016, la valoración de la comunicación con el supervisor ofrecen una cifra abrumadora de satisfacción con un 92%, destacando la manera con la que la supervisión hace partícipe al personal de la unidad en la toma de decisiones, la capacidad para solucionar problemas de manera eficaz y el conocimiento de sus atribuciones (Pablos González, 2016). Las cifras obtenidas en la muestra de estudio, indican un mayor porcentaje de satisfacción, aunque hay que incidir en que estudios consultados presentan datos más favorables en las relaciones interpersonales con los superiores, comunicación con la supervisión y participación en toma de decisiones, por lo que los resultados obtenidos tienen un margen de insatisfacción sobre el que se debería trabajar.

La satisfacción con las prestaciones recibidas en nuestro estudio, encontramos un 25% de insatisfechos frente al 41% de satisfechos, no superando el grado de satisfechos la mitad de la muestra. Resultados publicados sobre el

personal de enfermería del área quirúrgica de un hospital de Cantabria en 2011, valora la satisfacción con el grado de promoción profesional desfavorable con una puntuación de 2,64 en el cuestionario de Font Roja (Moya Mier, 2011). Mientras que la población de enfermería sobre la que se investigó el grado de satisfacción en Navarra en 2012, la compensación en forma de salario es favorable para el 40% mientras que el 43% está insatisfecho, para la variable horas de trabajo el grado de satisfacción es del 22% y los insatisfechos ascienden al 56% (Iriarte Cerdán, 2012). Para el personal de enfermería de UCI de Cantabria en 2015, las prestaciones referidas a la posibilidad de promoción profesional son para el 63% satisfactorias y para el 37% insatisfechas (Villar San Juan, 2015). En México en 2017, la satisfacción laboral sobre las prestaciones de salario recibidas del personal de enfermería, presenta el 32% de satisfacción frente el 41% que está insatisfecho (Marín Laredo, Álvarez Huante, y Valenzuela Gandarilla, 2017). En nuestro estudio, obtenemos un mayor porcentaje de satisfacción, pero sin que este aspecto lo alcance el 50% de la población. Este es un aspecto a mejorar, ya que los estudios consultados presentan en su mayoría niveles de satisfacción con las prestaciones recibidas superiores en promoción profesional con el 63%, mientras que otros aspectos de insatisfacción como la compensación en forma de salario, horas de trabajo obtienen peores porcentajes.

6.5. SOMNOLENCIA.

El grado de somnolencia de la muestra del estudio, indica que el 58% no presenta ningún tipo de somnolencia, un 34% dice sentir ligera somnolencia, un 7% moderada y grave somnolencia solamente el 1%. Por lo que la afectación de trastorno y calidad del sueño se ve afectada por menos de la mitad de la población, y solamente el 8% tendría un trastorno del sueño acusado. Para la población de enfermería de centros hospitalarios de Granada en 2012, el análisis de la ansiedad-insomnio en los profesiones que realizan turno rodado o fijo no presentó datos significativos, mientras que si se han encontrado para los años de profesión (22 años) y antigüedad en el sector (19 años) (Díaz Ramiro et al., 2012).

El estudio sobre el personal sanitario de Madrid en 2020 refleja que las categorías profesionales de auxiliar de enfermería, enfermeros y médicos, tienen

altos niveles de mala salud y hábitos de sueño inadecuados para los aspectos de calidad del sueño en el 45% del personal y somnolencia diurna a lo largo de la jornada en el 38% (Díaz Ramiro et al., 2020). En un estudio realizado en la población de enfermería de UCI del hospital de la Arrixaca en 2020, sobre la alteración del sueño entre los turnos de trabajo que realizaban turno fijo de noches y turno rodado con noches, ambos grupos presentaron ansiedad por insomnio, siendo más prevalente en el turno fijo de noches (Bastida Parra, 2020). Los datos obtenidos en nuestra población, indica resultados menos preocupantes que los de los estudios consultados, esto puede deberse a que el trabajo nocturno no afecta tan gravemente a la muestra de estudio, al igual que puede influir una menor edad laboral o el tiempo de actividad en el sector.

6.6. RIESGOS PSICOSOCIALES.

6.6.1. Exigencias psicosociales en el trabajo.

El nivel de las exigencias psicológicas de los trabajadores sanitarios de cuidados críticos de la muestra se encuentra en un nivel intermedio-desfavorable en las exigencias cuantitativas, mientras para las exigencias emocionales tienen un nivel favorable-intermedio y claramente desfavorable en el ritmo de trabajo. Las exigencias cuantitativas presentan un porcentaje similar en la zona intermedia con un 47% y desfavorable con 44%. Las exigencias emocionales tienen el mismo porcentaje en la situación favorable e intermedia con 41%. El ritmo de trabajo es muy indicativo el alto porcentaje que encontramos en la zona desfavorable con un 81% de la muestra.

Analizados los datos, existen resultados que predicen los niveles de riesgo para el grupo exigencias psicosociales para los centros de trabajo, actividad profesional, años de actividad en UCI, jornada laboral, satisfacción con ser profesional sanitario, cambio de servicio, calidad de vida, satisfacción con el ambiente físico, satisfacción con la supervisión, satisfacción con las prestaciones y somnolencia.

En un estudio sobre el personal sanitario de tres UCI sobre la carga mental a la que se encuentra sometida los sanitarios, arrojó la variable tiempo para realizar las tareas y rapidez de toma de decisiones, como principales generadores de sobrecarga mental (Arco Canoles, 2013). Estos datos coinciden con los resultados

obtenidos para la dimensión ritmo de trabajo con un porcentaje del 81% desfavorable, mientras que la dimensión exigencia emocional obtenida indica mejores resultados para nuestra muestra con solamente un 18% desfavorable.

La población enfermera de un hospital de tercer nivel de México en 2015, refiere una carga de trabajo baja para el 73% (Aldrete Rodríguez, Navarro Meca, González Baltazar, Contreras Estrada y Pérez Aldrete, 2015), siendo contrario al obtenido en la dimensión exigencia cuantitativa con un 44% desfavorable para el personal de UCI de nuestro estudio, a diferencia de los servicios mayoritariamente de hospitalización. Años más tarde, un estudio colombiano sobre las tareas que más carga mental soportan los profesionales sanitarios, destaca la administración de tratamientos, la realización de pruebas para obtener muestras para laboratorio y la realización de la actividad asistencial en el turno de mañana y de noche, por este orden. La actividad con pacientes de unidades de cuidados intensivos está en segundo lugar, por detrás de medicina interna, siendo el ritmo de trabajo para la realización de tareas, el principal generador de carga mental (Arias Barrera, 2018). Esto coincide con los resultados obtenidos en la dimensión exigencia cuantitativa que presenta una situación desfavorable para el 44% de nuestra población, lo que corrobora la alta carga de tareas en UCI.

Otro estudio sobre riesgos psicosociales en hospitales de larga estancia, presentó datos de cansancio emocional en su escala de valores (bajo, medio y alto) con porcentajes del 31% al 34%, ritmo de trabajo adecuado del 65%, carga de trabajo adecuada del 47% frente a la suma de riesgo elevado y muy elevado con un 40% y demandas psicológicas adecuadas del 54% frente al 32% del sumatorio de riesgo elevado y muy elevado (Merino-Plaza et al., 2018).

Los datos obtenidos por Merino-Plaza en 2018 en hospitales de Valencia, coinciden en la dimensión exigencia emocional con nuestros datos, ya que su valoración indica un riesgo bajo y medio con un 34% para cada valor, mientras que nosotros hemos observado un riesgo similar de favorable e intermedio con un porcentaje solamente 7% superior que mejora los resultados de la muestra. Siendo la valoración del ritmo de trabajo la que presenta datos más positivos que nuestro estudio, ya que su porcentaje de riesgo bajo es del 65% el nuestro se sitúa en un riesgo desfavorable para el 81% para la muestra, lo que se puede deber a la urgencia en los cuidados del paciente crítico, datos que coinciden con la exigencia cuantitativa y la carga de trabajo.

Para el personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos de Murcia, las demandas psicológicas y el control sobre el trabajo presentan un nivel de riesgo elevado, derivadas del nivel de estrés que genera la sobrecarga de trabajo, la falta de tiempo y la urgencia para realizar tareas por turno, junto con la rapidez de toma de decisiones (Carrillo-García et al., 2016). Para estos autores, las demandas psicológicas obtienen peores resultados que las exigencias emocionales de la población de estudio, lo que nos hace pensar que existe una mayor carga mental por parte de los trabajadores. Mientras que el control sobre el trabajo, con riesgo elevado, coincide con el riesgo desfavorable del ritmo de trabajo de nuestros datos, ya que ambos estudios se centran en los cuidados del paciente crítico.

Dentro del campo de la docencia, se han observado datos dispares dependiendo de la universidad de procedencia. Para los profesores de la universidad de la Coruña en 2016, indican cifras muy desfavorables con un 75,3% en la grupo exigencias psicológicas (García et al., 2016),. En la Universidad de Soria en 2016, las dimensiones del grupo exigencias psicosociales en el trabajo, ofrecen peores datos que los profesionales sanitarios de nuestra muestra en exigencias emocionales con 76% desfavorable y exigencia cuantitativa con 66% desfavorable (Soria Santa Barbara, 2016). Así como para los profesores universitarios de Mar de Plata en Argentina en 2017, presentaron datos más comedidos con una situación global del grupo exigencias psicológicas del 48% desfavorable (Arriagada y Pujol Cols, 2017). De esta manera podemos ver como las altas exigencias psicológicas no solo afectan al personal sanitario de UCI de nuestra muestra, sino también a la docencia, pero manteniendo peores cifras en la dimensión ritmo de trabajo con un 81% que los estudios consultados, lo que puede deberse a la alta carga de tareas de la jornada laboral de los sanitarios.

6.6.2. Conflicto familia-trabajo.

Para valorar el conflicto que puede producir la conciliación de la familia con el trabajo, se analiza la dimensión doble presencia, que valora las interferencias de las exigencias laborales sobre las familiares. La valoración que se desprende de la muestra analizada presenta un nivel adecuado, obteniendo un riesgo desfavorable el 9% frente al 62,6% que indica esta dimensión favorable.

Se han encontrado como predictores significativos del conflicto familia-trabajo, el número de personas a cargo, la satisfacción de ser profesional sanitario, el deseo

de cambiar de trabajo y de servicio, el estado de salud, calidad de vida y la satisfacción con el supervisor.

El estudio sobre el género de la población sanitaria, coincide con nuestro estudio, ya que la muestra femenina está representada por el 73%, y que este mayor porcentaje, puede afectar negativamente a la salud, al converger las actividades de su jornada laboral con las actividades del trabajo doméstico-familiar, aunque este segundo supuesto no se da entre nuestra población (Ortega, 2019).

La realización de trabajos sobre el estrés que puede influir sobre el conflicto familia-trabajo como riesgo psicosocial en población de enfermería de cuidados intensivos y área quirúrgica, dan resultados similares a nuestro trabajo en cuanto a la valoración de riesgo adecuado en la dimensión doble presencia. Mientras que en su asociación con el estrés, el riesgo adecuado y bajo nivel de estrés, está presente en el 67% de su muestra frente al 15% que tiene un riesgo desfavorable y nivel alto de estrés, estableciendo relación significativa entre ambos factores (Castro Mas, 2016).

Otros resultados sobre valoración de riesgo psicosocial en enfermería de cuidados intensivos, son discordantes con nuestros datos, ya que, sus cifras en la dimensión doble presencia, indican el porcentaje más elevado en el riesgo desfavorable con un 57%, frente al 26% de nivel intermedio y 15% del nivel favorable. Estos valores presentan datos contrarios a los obtenidos en nuestro análisis para el nivel favorable y desfavorable (Ceballos Vásquez, Valenzuela, y Paravic Klijn, 2014), lo que implica mayor dificultad en la conciliación de la vida familiar y laboral para su población debido a aspectos personales y familiares, como por aspectos laborales de jornadas de trabajo.

En el ámbito universitario, el profesorado presenta datos de riesgos psicosociales, como demuestran estudio sobre los docentes en 2016 en Soria y la Coruña en la conciliación de la vida familiar y laboral, con cifras desfavorables del 52% de los docentes gallegos (García et al., 2016) y tan solo un 28% desfavorable para los sorianos (Soria Santa Barbara, 2016). Estos datos se alejan mucho de las cifras de profesorado de Argentina de 2017, que manifestaron un 78% desfavorable el conflicto familia-trabajo. Los datos de nuestra población, mejora con un 39% desfavorable a los estudios de docentes gallegos y argentinos. Esta mejora se puede deber a que la mayoría de los profesionales sanitarios de la muestra estudiada, tiene un turno de trabajo rodado, que le permite disponer de horario de

mañanas y tardes libres para conciliar la vida familiar con la laboral, sin que el trabajo de noche incremente la parte negativa.

6.6.3. Control sobre el trabajo.

El control sobre el trabajo es valorado por medio la influencia que tiene el trabajador sobre la capacidad decisión que se posee sobre los aspectos cotidianos de su actividad, por la posibilidad de desarrollo que ofrece la actividad para demostrar conocimientos, habilidades y adquirir nuevos, y por el sentido de trabajo en la medida que nuestras tareas contribuyen en el servicio final. El valor obtenido en la dimensión influencia es mayoritariamente de riesgo intermedio con 46,5% con tendencia al extremo desfavorable con el 30%. La posibilidad de desarrollo revela un nivel de riesgo claramente favorable con un 76%, mientras que la dimensión sentido de trabajo ofrece su mayor valor en el riesgo favorable con el 57% con tendencia al riesgo intermedio con el 30%.

En el análisis se han encontrado predictores significativos en el control sobre el trabajo en las variables edad, género, satisfacción de ser profesional sanitario, cambiar de trabajo, cambiar de servicio, actividad profesional, personas a su cargo, estado de salud, centro de trabajo, estado civil y los tres tipos de satisfacción (ambiente físico, supervisión y prestaciones). Posibilidad de desarrollo es la dimensión que más predictores ha presentado, con un total de 11, seguido de sentido de trabajo con 6 e influencia con 3.

Para los profesionales de la salud de varios servicios de un hospital de Valencia en 2018, en el que se valoraron los riesgos psicosociales, manifestaron tener en situación adecuada con un 85% de autonomía sobre las decisiones relacionadas con su trabajo, al igual que en referencia a la variedad y contenido del trabajo donde el porcentaje de situación adecuada se eleva hasta el 89% (Merino-Plaza et al., 2018). Estos datos difieren con los obtenidos en la variable influencia sobre la capacidad de decisión, ya que los trabajadores que realizan su actividad en UCI suelen manifestar que existe en su actividad diaria una excesiva carga laboral y ambiental que se traduce en falta de tiempo para llevar a cabo las actividades y el nivel de urgencia de estas (Jourdain y Chênevert, 2010) (Muñoz Zambrano, Rumie Díaz, Torres Gómez y Villarroel Julio, 2015) (Williams Jiménez, 2016). Solamente obtienen un 13% de situación favorable frente al 85% de autonomía sobre las decisiones del trabajo de Merino-Plaza, mientras que coinciden en variedad y

contenido de trabajo con sentido de trabajo, ambos en situación favorable. Sin embargo, los datos de Merino-Plaza mejoran los obtenidos en nuestra muestra en un 32% que se puede traducir en el escaso seguimiento que desde los servicios de UCI se hace de los pacientes hasta el alta hospitalaria, centrándose en el proceso agudo que causa su ingreso en cuidados intensivos.

En México en 2015, la población enfermera refirió un nivel bajo del 70% de los profesionales en el contenido y características de la tarea, así como el papel laboral y desarrollo de la carrera bajo para el 72% de los trabajadores (Aldrete Rodríguez et al., 2015). Este último dato, es similar al porcentaje de posibilidad de desarrollo de la muestra de estudio y un 13% superior a los datos obtenidos en la dimensión sentido de trabajo, por lo que ambos estudios presentan los mejores porcentajes en las situaciones favorables y no hay grandes diferencias en este sentido entre la población de UCI y la de hospitalización en general.

Datos sobre el personal de enfermería de las unidades quirúrgicas y UCI de Perú en 2016, muestran situaciones de estrés bajo para el 70% de las personas que tienen un control sobre el trabajo adecuado, mientras que para el 64% de las personas que perciben situaciones desfavorables de control del trabajo se eleva el nivel de estrés hasta el 64% (Castro Mas, 2016). Estos resultados si los extrapolamos al nivel desfavorable del 30% para la dimensión influencia sobre el trabajo de la muestra a estudio generarían niveles elevados de estrés en esta población, mientras que solamente el 13% no tendría estrés derivado del control sobre el trabajo realizado.

Para los profesionales de enfermería de cuidados críticos de tres hospitales de Chile en 2014, que desarrolla su actividad en UCI, presentó un 49% de riesgo medio y 21% de riesgo alto sobre la percepción de desarrollo de habilidades y trabajo activo, a la vez que consideran que tienen mayor oportunidad de desarrollo profesional que en otros servicios (Ceballos Vásquez et al., 2014). Este análisis coincide con la dimensión influencia en el trabajo por valores similares en la zona intermedia y desfavorable, a su vez que la posibilidad de desarrollo percibida con la población estudiada por Ceballos Vásquez et al, es similar a la nuestra población con un 76% es situación favorable, por lo que la percepción de los trabajadores de ambos estudios es similar.

Estudios sobre los docentes en España, presentan datos muy favorables en el grupo control sobre el trabajo, como reflejan las cifras de los profesores de la Coruña

con una valoración favorable del 82% (García et al., 2016). Estos datos son mejorados en algunas dimensiones por la Universidad de Soria con datos favorables del 92% de posibilidad de desarrollo, 80% en influencia sobre su trabajo y un 76% en el sentido de su trabajo (Soria Santa Barbara, 2016). Fuera de nuestras fronteras, las cifras se mantienen elevadas en este aspecto con un 84% favorable (Arriagada y Pujol Cols, 2017). Las cifras mostradas por el colectivo docente analizado, mejora con creces los resultados del personal sanitario de la muestra estudiada y solamente igualada por el 75,9% favorable de la dimensión posibilidad de desarrollo. La valoración más baja alcanzada por los sanitarios, puede ser el reflejo del origen del trabajo que se realiza en UCI, que está expuesto a trabajo imprevisto y urgente de muchas de las tareas que se realiza en un servicio de urgencias de este tipo.

6.6.4. Apoyo social y calidad de liderazgo.

Los ítems de grupo apoyo social y calidad de liderazgo en el cuestionario ISTAS 21 también presenta un riesgo psicosocial relevante para los participantes de nuestro estudio. Se ha valorado la calidad de liderazgo por medio de la gestión que hace del equipo humano el mando inmediatamente superior. La dimensión previsibilidad, valora la disposición de información de forma adecuada, suficiente y con el tiempo adecuado. Otras dimensiones analizadas en este grupo, es la claridad de rol, referido al conocimiento concreto que tiene el individuo sobre la definición de su puesto de trabajo y del resto de la organización y conflicto de rol, entendiendo como tal, las contradicciones que se pueden encontrar en el trabajo generando conflicto de carácter ético o profesional.

La calidad de liderazgo presenta un riesgo intermedio-desfavorable con unos porcentajes del 41% y 38% respectivamente, mientras que la dimensión previsibilidad tiene un 68% de riesgo desfavorable. En cuanto al conflicto de rol, el riesgo obtenido es intermedio-desfavorable con porcentajes similares del 42% en ambas opciones de riesgo y la claridad de rol tiene un riesgo intermedio con un 49%, con tendencia a desfavorable con un 33%.

Hemos encontrado predictores significativos en nuestra muestra para el apoyo social y calidad de liderazgo con las variables centro de trabajo, actividad profesional, años de actividad en UCI, jornada laboral, satisfecho de ser personal sanitario, cambiar de trabajo y de servicio, estado de salud percibido, calidad de vida percibida y los tres tipos de satisfacción con el ambiente físico, supervisión y

prestaciones. Siendo las dimensiones que más predictores han presentado, la previsibilidad, claridad de rol y conflicto de rol con 8, mientras que calidad de liderazgo tiene solamente 5.

Estudios que han analizado la calidad de liderazgo en centros sanitarios de Chile en 2020 sobre el personal de enfermería, describen tipos de liderazgo autocrático o tiránico (posee el control del poder y no puede participar el grupo) y *laissez-faire* o no autoritario (que se suele ejercer sobre empleados con experiencia y motivación para ser productivos), semejándose nuestra muestra más hacia el liderazgo autocrático debido al riesgo intermedio-desfavorable (Palma-Contreras y Ansoleaga, 2020). Datos similares ofrece el estudio sobre personal sanitario de un hospital de Servicio Valenciano de Salud al que se le aplicó el cuestionario FPSICO, indica la relación participación/supervisión con un riesgo muy elevado para el 59% de los trabajadores y elevado para el 23% de profesionales del estudio. Estos valores describen la calidad de liderazgo negativamente, al igual que sucede en nuestra población de estudio, mientras que el apoyo social percibido por los trabajadores es positivo al igual que ocurre con la claridad de rol con una situación de riesgo adecuado para ambos del 50% (Merino-Plaza et al., 2018). Este último dato, es diferente al valor de nuestra muestra, que ofrece en el riesgo intermedio-desfavorable el 82% en claridad de rol que suele deberse a la indefinición de tareas de las categorías profesionales, falta de autonomía, o recursos a emplear, debiendo fomentar estrategias organizacionales que favorezcan la positividad del trabajador y del equipo (Salanova, Martínez, y Llorens, 2014).

En el estudio del personal sanitario de UCI y quirúrgico en Perú se observó que un nivel desfavorable del riesgo apoyo social y calidad de liderazgo desarrollaba un nivel intermedio de estrés en el 72% de la población, mientras que niveles favorables y poco favorables, presentaban nivel bajo de estrés en el 100% y 84% respectivamente (Castro Mas, 2016), por lo tanto, valores inadecuados de apoyo social y calidad de liderazgo, pueden influir de manera negativa sobre el estrés desarrollado por el trabajador. Mientras que otro estudio del estrés para el personal de enfermería exclusivamente de UCI en Murcia en 2016, se observó que el apoyo social recibido de compañeros y superiores, la mayor parte de los trabajadores indicó el escaso apoyo social por parte de los superiores (Carrillo-García et al., 2016), dato que coincide con el 38% de sanitarios de la muestra a estudio y que

suele verse influenciado por la gran cantidad de personal que pertenece a estas unidades de pacientes críticos.

El estudio sobre el personal enfermero de UCI en Chile en 2014, indicó en la dimensión conflicto de rol, la combinación de funciones de enfermería, administrativas y formativas, que el 47% de los profesionales no tiene claramente definido su rol y el apoyo de superiores y compañeros es insuficiente con riesgo alto, mientras el 44% de los trabajadores percibe un riesgo medio. Los turnos rotatorios valoran de manera más desfavorable el apoyo de superiores y compañeros que los que trabajan a turno diurno, fomentando la carga mental (Ceballos Vásquez et al., 2014), obteniendo valores de conflicto de rol desfavorables a igual que nuestra muestra que aun así, refleja un mayor porcentaje de riesgo favorable del 21% frente al 8%.

Los valores observados de previsibilidad y calidad de liderazgo desfavorables de nuestra muestra coinciden con los observados sobre la población sanitaria (enfermería y facultativos) de la provincia de Granada en 2015, donde encontramos niveles bajos de calidad de liderazgo y previsibilidad tanto en la población sanitaria de atención primaria como de la de hospitalización, siendo generadores de estrés en el colectivo. Todo lo contrario ocurre en la dimensión claridad de rol, que alcanzan valores adecuados tanto en atención primaria como hospitalizada para ambos colectivos a diferencia de nuestra población que presenta un valor intermedio-desfavorable (García-Rodríguez et al., 2015).

El grupo de dimensiones que abarca el apoyo social y capacidad de liderazgo, presenta datos más homogéneos entre los estudios de los docentes consultados. Para los profesores de la universidad de la Coruña, contestaron un 41% desfavorable para todo el grupo (García et al., 2016), mientras que para los profesionales de la universidad de Mar de Plata, su mayor porcentaje de respuesta desfavorable fue del 39% para la zona intermedia y el 28% para favorable (Arriagada y Pujol Cols, 2017). Así como para los docentes de la universidad de Soria, las dimensiones que mayor porcentaje alcanzaron fueron calidad de liderazgo con 40% desfavorable, previsibilidad 50% desfavorable, claridad de rol 60% intermedio y 36% desfavorable y conflicto de rol 48% favorable y 44% intermedio (Soria Santa Barbara, 2016). En vista de los resultados obtenidos, nuestro estudio presenta niveles de riesgo similares, excepto en la dimensión previsibilidad con un riesgo desfavorable del 68%, que puede ser causado por la imprevisibilidad de las

urgencias y estado crítico de los pacientes tratados, a diferencia de la actividad programada que pueden desarrollar los docentes.

6.6.5. Compensación de trabajo.

Las compensaciones del trabajo suponen una balanza entre el esfuerzo invertido y la compensación recibida como describe el modelo esfuerzo-recompensa, y su desequilibrio puede generar un riesgo para la salud (Siegrist, 1996). Para ello se valora la dimensión inseguridad sobre el empleo analizando la estabilidad del empleo y la responsabilidad familiar del trabajador y la dimensión inseguridad sobre las condiciones de trabajo contempla aspectos de empeoramiento de condiciones laborales actuales y futuras que pueden afectar con mayor riesgo a personas con menor posibilidad de empleabilidad, aceptando el deterioro de las condiciones por miedo a perder el empleo. Los estudios sobre la salud que se relacionan con la inseguridad en el empleo tiene la capacidad de afectar de forma negativa sobre la salud del trabajador (Ferrie, 2001), así como la inseguridad en el trabajo está relacionada con afectación de síntomas a nivel somático (Mohren, Swaen, Van Amelsvoort, Borm y Galama, 2003)

La dimensión inseguridad en el empleo tiene un valor favorable de riesgo con 52% frente al 32% desfavorable. Datos que difieren de la inseguridad en las condiciones de trabajo, que tiene su valor más elevado en la zona de riesgo desfavorable con 52% frente al 24% favorable, por lo que la tendencia descrita en ambas dimensiones es contraria en nuestra muestra.

Los predictores significativos que presenta las compensaciones del trabajo son la edad, personas a su cargo, centro de trabajo, actividad profesional, años de actividad en UCI, jornada laboral, consumo de alcohol, satisfacción con el ambiente físico y satisfacción con las prestaciones. La dimensión inseguridad en el empleo tiene 9 predictores, mientras que inseguridad en las condiciones de trabajo obtiene 7.

En trabajos realizados con anterioridad sobre los sanitarios de atención primaria y hospitalizada del Servicio Andaluz de Salud en 2015, encontramos valores de inseguridad laboral en enfermeros y facultativos de atención primaria y hospitalización en el 40%, siendo del personal de hospitalización un 3% superior al de atención primaria, datos que son significativos de producir estrés en el trabajo (García-Rodríguez et al., 2015). Los datos extraídos de nuestra muestra indican

resultados más optimistas, ya que el mayor porcentaje se encuentra en la opción favorable con más de la mitad de la muestra, lo que se puede ser consecuencia de que más del 40% de la muestra lleva más de 10 años de trabajo en UCI.

La compensación con el trabajo relacionado con la enfermedad sobre la población sanitaria de atención primaria en Chile, establecieron una relación significativa de desarrollarla para el 44% de la población que tenía niveles de riesgo alto en esta grupo de riesgo psicosocial, con lo que se establece un riesgo para la salud del trabajador como estableció Siegrist en 1996 en su modelo esfuerzo-recompensa (Castro Méndez, 2018), siendo los niveles alcanzados en nuestra población superiores en inseguridad en condiciones de trabajo con el 52% desfavorable e inferior para inseguridad en el empleo con un 32%, personal susceptible de poder influir negativamente sobre el estado de salud del trabajador (Ferrie, 2001). Mientras que en la población hospitalaria de Chile la valoración que se realiza de vulnerabilidad laboral alcanza el 40%, desciende al 23% y 27% para la precariedad y baja estabilidad laboral respectivamente (Palma-Contreras y Ansoleaga, 2020), obteniendo peores resultados que en el personal sanitario de UCI del SMS.

Dentro de la investigación desarrollada sobre la población de enfermería de UCI y área quirúrgica de Chile en 2016, niveles desfavorables de inseguridad laboral producen niveles de estrés intermedios en el 67% de la población, mientras que un riesgo adecuado de estrés genera valores de estrés bajos en el 80% del estudio (Castro Mas, 2016), confirmando el riesgo para la salud que estableció el modelo esfuerzo-recompensa de Siegrist (Siegrist, 1996).

El interés por el trabajador y compensación recibida por los sanitarios de un hospital de la Comunidad Valenciana, refleja un porcentaje del 67% en situación adecuada de riesgo en una plantilla trabajadora con un contrato eventual para el 63%, que aunque podría suponer un inconveniente para este riesgo psicosocial, no se ve afectado (Merino-Plaza et al., 2018).

El personal docente universitario, en el riesgo psicosocial que evalúa las compensaciones del trabajo, obtuvo resultados similares a los profesionales sanitarios de nuestra muestra, indicando un 56% de los docentes un riesgo favorable en la dimensión inseguridad en el empleo y un 60% riesgo desfavorable en inseguridad en las condiciones de trabajo (Soria Santa Barbara, 2016). Estos datos

semejantes a nuestra población, puede responder a que ambos estamentos están sometidos a las normas de la administración referentes a los tipos de contrataciones.

6.6.6. Capital social.

Para medir el riesgo psicosocial por medio del capital social, se ha realizado desde la dimensión de la confianza vertical, referido a que tanto la dirección como el trabajador actúan de manera adecuada, sin que la parte que ostenta más poder intente sacar beneficios de la otra parte que es más vulnerable. También valora la dimensión justicia, atendiendo a la equidad de trato de los trabajadores en su componente procedimental (solución de conflictos, distribución de tareas o promoción de manera equitativa).

Los datos obtenidos en la muestra, para la dimensión confianza vertical, informan de un riesgo de nivel desfavorable-intermedio con porcentajes de 49% y 40% respectivamente, mientras que la valoración de la dimensión justicia, presenta niveles de riesgo más extremo, con un porcentaje desfavorable del 66%.

El capital social ha presentado predictores significativos con las variables centro de trabajo, años de actividad en UCI, realiza actividad física, jornada laboral, cambiar de servicio, calidad de vida percibida, satisfacción con el ambiente físico, satisfacción con el supervisor, satisfacción con las prestaciones y con la somnolencia.

La importancia de confianza vertical, se inicia en la confianza organizacional y en esta premisa surge el Modelo Healthy & Resilient Organizations Model (HERO) para el desarrollo de organizaciones saludables y resilientes (Salanova et al., 2012), que aplicado sobre el personal sanitario de un hospital en Valencia, demostraba mayor compromiso con la organización y mayor calidad en la atención de los pacientes (Hernández-Vargas, Llorens-Gumbau, y Rodríguez-Sánchez, 2014). En este sentido, dentro del ámbito sanitario, el estudio del liderazgo transformacional y la confianza para el desempeño de equipo de trabajo, produce un estado positivo sobre los equipos de trabajo y la ejecución en equipo (Olvera, Llorens, Acosta y Salanova, 2017).

En el estudio de la población sanitaria de atención primaria del área III de Lorca en 2020, los resultados derivados del estudio del riesgo psicosocial capital social, ofrecen resultados muy optimistas, con un porcentaje de riesgo favorable del

96% de su población y un 76% favorable sobre la dimensión justicia (Sánchez Rodríguez, 2020), datos que difieren totalmente de los generados sobre el personal sanitario de UCI de nuestra muestra lo que implica que es necesario mejorar la relación de la dirección con el trabajador en su condición de vulnerabilidad y trato equitativo.

Para la población sanitaria del ámbito de Granada, el nivel encontrado de la dimensión justicia es de riesgo desfavorable para el 57% de los sanitarios, siendo superior en el personal de hospitalización, con el 59%, frente al de atención primaria del 51%, mientras que la confianza vertical indica un riesgo desfavorable del 55% del total de la población y siendo superada por los profesionales de hospitalización frente a de primaria con porcentajes de 59% y 50% respectivamente (García-Rodríguez et al., 2015), encontrando estos datos más en la línea de los resultados de nuestro trabajo.

Dentro de los docentes universitarios, observamos como las dimensiones que forman el grupo capital social obtienen el mayor porcentaje en el riesgo favorable con un 88% confianza vertical y un 72% para justicia (Soria Santa Barbara, 2016). De igual manera el personal sanitario de UCI de nuestro estudio indica el riesgo favorable con mayor porcentaje, pero siendo la dimensión vertical un 29% más bajo que la de los docentes. Esta diferencia se puede deber a que en el ámbito sanitario de nuestra población evalúa a tres categorías profesionales que jerárquicamente unas obedecen a las otras en el escalón de mando y categoría profesional, mientras en el ámbito de la docencia no existe esta diferencia tan marcada de categoría.

6.6.7. Limitaciones del estudio.

El presente estudio está sometido a las limitaciones de los estudios descriptivos, los cuales no pueden extrapolar sus resultados y establecer relaciones de causalidad. Se ha limitado al personal al ámbito sanitario del servicio público de salud de la Región de Murcia y concretamente al servicio de UCI, donde las cargas de trabajo, situaciones de actuación urgentes, la gravedad de los pacientes y situación crítica pueden provocar mayor riesgo de origen psicosocial.

También se han encontrado limitaciones en el momento de la búsqueda de investigaciones previas sobre el tema de estudio que abarcara al estamento sanitario de facultativos y auxiliares de enfermería, ya que la mayoría de estudios se han elaborado sobre el personal de enfermería, tal vez por ser los principales

investigadores sobre los riesgos psicosociales y satisfacción laboral en el personal sanitario.

No se han podido establecer comparaciones con estudios similares que analicen las variables del estudio bivalente, y nos puedan permitir establecer relaciones con nuestros predictores significativos.

6.6.8. Futuras líneas de investigación.

Repetir el estudio tras la instauración de medidas correctoras sobre los aspectos valorados negativamente por los trabajadores de UCI del Servicio Murciano de Salud.

También sería interesante, dada la situación actual de presión sobre el sistema sanitario provocado por la pandemia del COVID-19, la realización de un estudio similar sobre los servicios que más demanda sanitaria están soportando.

VII. CONCLUSIONES.

Los profesionales sanitarios que realizan su trabajo en las unidades de cuidados intensivos están rodeados de unas condiciones derivadas de las cargas asistenciales, aspectos emocionales y de urgencia, que hacen difícil la organización y reparto de cargas de trabajo en situaciones de máximo estrés laboral. Es por esta razón, que a nivel organizativo se deben de fomentar otros aspectos que impliquen la cohesión entre el grupo de trabajo y de éste con la organización, que refuerce el compromiso y la percepción de recompensa. Para disminuir por medio de estas estrategias los distintos riesgos psicosociales y mejorar los niveles de satisfacción laboral.

En base a los objetivos planteados en el estudio, podemos afirmar:

En el objetivo, *“descripción de la población según sus variables antropométricas, sociales, factores laborales y hábitos e indicadores de salud”*, los resultados indican una la distribución por género mayoritariamente femenina y una tendencia de turno laboral rodado en detrimento de turnos fijos de trabajo diurnos o nocturnos, sin que destaque otros datos de interés.

El siguiente objetivo, *“conocer los factores de riesgo psicosocial, satisfacción laboral y somnolencia de los sanitarios de UCI”*, se ha comprobado que existen elevados porcentajes de situación desfavorable en numerosas dimensiones de riesgos psicosociales (exigencia cuantitativa, ritmo de trabajo, influencia, previsibilidad, calidad de liderazgo, conflicto de rol, inseguridad condiciones de trabajo, confianza vertical y justicia), al igual que los distintos aspectos de satisfacción laboral (medio ambiente físico, supervisión y prestaciones), mientras que la ausencia de somnolencia es el indicador más frecuente.

Con respecto al objetivo, *“mostrar la relación entre factores psicosociales y satisfacción laboral”*, se ha encontrado una relación significativa entre todos los grupos de riesgos psicosociales y la satisfacción laboral con el medio ambiente físico, supervisión y prestaciones percibidas, de manera que, al aumentar el riesgo de las diferentes dimensiones psicosociales, se traduce en una disminución de satisfacción laboral y viceversa.

Para el objetivo, *“analizar la asociación entre factores psicosociales y somnolencia”*, se observa que la presencia de niveles de riesgo psicosocial elevados

interfiere el nivel de somnolencia, pero sin llegar a estados graves de somnolencia diurna.

El objetivo, “*evaluar la relación de los factores psicosociales con los datos antropométricos, sociales, hábitos e indicadores de salud y aspectos laborales*”, se encuentran relación significativa en mayor o menor medida en todos los aspectos evaluados frente a las distintas dimensiones de riesgo psicosocial, destacando la edad y tener personas a su cargo entre los datos antropométricos y sociales. Para los aspectos laborales, destacan con mayor afectación con dimensiones de riesgo psicosocial, el centro de trabajo, actividad profesional, años de actividad en UCI, jornada laboral, satisfacción de ser personal sanitario y cambio de servicio. Dentro de los hábitos y estado de salud, los más afectados con los riesgos psicosociales son el estado de salud percibido y la calidad de vida.

VIII. BIBLIOGRAFIA.

- Abenza Hurtado, J. D. (2015). *Factores de Riesgo Cardiovascular en el Síndrome Coronario Agudo*. [Universidad Católica de Murcia].
file:///D:/TFM/TFM%20SCA%20FINAL%20DIC.pdf.
- Adams, J. S. (1965). Inequity In Social Exchange. En L. Berkowitz (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 2, pp. 267-299). Academic Press.
[https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60108-2](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60108-2)
- Aguado Martín, J. I., Bátiz Cano, A., y Quintana Pérez, S. (2013). El estrés en personal sanitario hospitalario: Estado actual. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 59(231), 259-275. <https://doi.org/10.4321/S0465-546X2013000200006>
- Alderfer, C. P. (1969). An empirical test of a new theory of human needs. *Organizational Behavior & Human Performance*, 4(2), 142-175.
[https://doi.org/10.1016/0030-5073\(69\)90004-X](https://doi.org/10.1016/0030-5073(69)90004-X)
- Aldrete Rodríguez, M. G., Navarro Meza, C., González Baltazar, R., Contreras Estrada, M. I., y Pérez Aldrete, J. (2015). Factores psicosociales y síndrome de burnout en personal de enfermería de una unidad de tercer nivel de atención a la salud. *Cienc. Trab.*, 17(52), 32-36.
<https://doi.org/10.4067/S0718-24492015000100007>
- Alfaro de Prado, A., Rodríguez Félix, L., y Román Onsaló, M. (1999). *El factor humano en las relaciones laborales*. :Pirámide.
<http://catalogo.rebiun.org/rebiun/record/Rebiun07054887>
- Alfaya Góngora, M. D. M., Gallardo Vigil, M., Ruiz, M., Pernias, M., Benbunan, B., y Muñoz, M. (2007). *La actividad física en el personal sanitario. Un estudio en la Ciudad Autónoma de Melilla*.
- Álvarez Carrillo, J., y Villalobos Hidalgo, J. (1999). Diagnóstico del clima laboral del personal no sanitario en un hospital terciario. *Capital humano: revista para la integración y desarrollo de los recursos humanos*, 12(125), 40-46.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=154962>
- Anaya, D., y Suárez, J. M. (2010). Evaluación de la satisfacción laboral del profesorado y aportaciones a su mejora en orden a la calidad de la educación. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 21, 283-294.
- Aquino, R. C., Fanning Balarezo, M. M., Monsalve Requejo, N. M., Díaz Díaz, G. A., Oliva Yarlaqué, Y. M., y Cayaca Díaz, M. E. (2020). *Importancia de la*

- actividad física en el bienestar de la persona adulta: revisión sistémica cualitativa* | «*ser, saber y hacer de enfermería*». 1, 33-43.
<http://revistas2.unprg.edu.pe/ojs/index.php/RFE/article/view/378>
- Aranaz Andrés, J. M. (1988). Cuestionario Font Roja. Un instrumento de medida de la satisfacción en el medio hospitalario. *Todo hospital*, 52, 63-68.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3561583>
- Arco Canoles, O. (2013). *Sobrecarga laboral en profesionales de enfermería de unidades de cuidado intensivo en instituciones hospitalarias de Cartagena de Indias, 2012*. <http://bdigital.unal.edu.co/cgi/export/43071/>
- Ardilla, R. (2003). Calidad de vida: Una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164.
<https://pdfs.semanticscholar.org/4a75/126285776da7f7b6a58d8edd42ebe69b51c5.pdf>
- Arias Barrera, K. (2018). Carga mental en enfermeros(as) que laboran en diferentes unidades de un hospital. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(1), Article 1.
<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/842>
- Arriagada, M. C., y Pujol Cols, L. J. (2017). *Estudio de los riesgos psicosociales del trabajo docente universitario abordado como trabajo emocional—PDF Descargar libre*. <https://docplayer.es/79541979-Estudio-de-los-riesgos-psicosociales-del-trabajo-docente-universitario-abordado-como-trabajo-emocional.html>
- Ashforth, B. (1994). Petty Tyranny in Organizations. *Human Relations*, 47(7), 755-778.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2019). *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test : guidelines for use in primary health care*. <https://www.who.int/publications-detail/audit-the-alcohol-use-disorders-identification-test-guidelines-for-use-in-primary-health-care>
- Bastida Parra, A. (2020). *NOCTURNIDAD: UN RIESGO PSICOSOCIAL PARA EL PROFESIONAL DE CUIDADOS INTENSIVOS*.
<http://dspace.umh.es//handle/11000/5817>
- Benavides, F. G., Gimeno, D., Benach, J., Martínez, J. M., Jarque, S., Berra, A., y Devesa, J. (2002). Descripción de los factores de riesgo psicosocial en cuatro empresas. *Gaceta Sanitaria*, 16(3), 222-229.

- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0213-91112002000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Berkman, L. F., Buxton, O., Ertel, K., y Okechukwu, C. (2010). Managers' Practices Related to Work–Family Balance Predict Employee Cardiovascular Risk and Sleep Duration in Extended Care Settings. *Journal of occupational health psychology*, 15(3), 316-329. <https://doi.org/10.1037/a0019721>
- Blanch, J. M. (2011). *CONDICIONES DE TRABAJO Y RIESGOS PSICOSOCIALES BAJO LA NUEVA GESTIÓN*. https://www.academia.edu/8618328/CONDICIONES_DE_TRABAJO_Y_RIESGOS_PSICOSOCIALES_BAJO_LA_NUEVA_GESTI%C3%93N
- Blanco Roca, M. L., García Hernández, M. D., y Padrón Hernández, M. (2001). Los valores como moduladores de la satisfacción y el compromiso en la intervención social. *Evaluación e Intervención Psicoeducativa: Revista Interuniversitaria de Psicología de la Educación*, 6-7, 127-166. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2265248>
- Bonet, J., Parrado, E., y Capdevila, L. (2017). Efectos agudos del ejercicio físico sobre el estado de ánimo y la HRV / Acute Effects of Exercise on Mood and HRV. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, 0(65), Article 65. <https://doi.org/10.15366/rimcafd2017.65.006>
- BORM. (1987). *Decreto número 27/1987, de 7 de mayo, por el que se delimitan las Áreas de Salud de la Región de Murcia*. <http://www.murciasalud.es/legislacion.php?id=56971>
- BORM. (2009). *Orden de 24 de abril de 2009 de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se establece el Mapa Sanitario de la Región de Murcia*. <http://www.murciasalud.es/legislacion.php?id=154278>
- Bravo, M. J., Peiró, J. M., y Llorens, R. (1991). El cuestionario modular de satisfacción laboral de profesionales de la salud (B.O.P.). *Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática*, 12(6), 51-62.
- Brotman, D. J., Golden, S. H., y Wittstein, I. S. (2007). The cardiovascular toll of stress. *The Lancet*, 370(9592), 1089-1100. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61305-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61305-1)
- Burgos Díez, P., Ruiz Albi, T., Queipo Burón, D., Rescalvo Santiago, F., Martínez León, M. M., Del Amo Merino, P., y Burgos Díez, C. (2012). Calidad de vida

- relacionada con la salud en trabajadores sanitarios. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 58(226), 27-34. <https://doi.org/10.4321/S0465-546X2012000100004>
- Buunk, B. P., de Jong, J., Ybema, J. F., y Wolff, C. J. (1998). Psychosocial aspects of occupational stress. *Handbook of Work and Organizational Psychology*, 145-182. <https://research.vu.nl/en/publications/psychosocial-aspects-of-occupational-stress>
- Calcina Cáceres, M. H. (2015). *Clima organizacional y satisfacción laboral en enfermeros de unidades críticas del Hospital Nacional Dos de Mayo 2012* [Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina]. <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=782318&indexSearch=ID>
- Campbell, J. P., Dunnette, M. D., Lawler, E. E., y Weick, K. E. (1970). *Managerial behavior, performance and effectiveness*. McGraw-Hill Book Company; /z-wcorg/.
- Carrillo-García, C., Ríos-Rísquez, M. I., Martínez-Hurtado, R., y Noguera-Villaescusa, P. (2016). Nivel de estrés del personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital clínico universitario. *Enfermería Intensiva*, 27(3), 89-95. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2016.03.001>
- Caruso, C., Baldwin, C., Berger, A., Chasens, E., Edmonson, J., Gobel, B., Landis, C., Patrician, P., Redeker, N., Scott, L., Todero, C., Trinkoff, A., y Tucker, S. (2020). Informe de políticas: Fatiga, sueño y salud del personal de enfermería, y cómo garantizar la seguridad de los pacientes y el público. *Southwest Journal of Pulmonary and Critical Care*, 20, 137-146. <https://doi.org/10.13175/swjpc031-20>
- Casas, J., Repullo, J. R., Lorenzo, S., y Cañas, J. J. (2002). Dimensiones y medición de la calidad de vida laboral en profesionales sanitarios. *Rev Administración Sanit*, 6.
- Castro Mas, C. E. (2016). Riesgos psicosociales y los niveles de estrés en las enfermeras del Centro Quirúrgico y UCI de una clínica privada. *Universidad Ricardo Palma*. <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/1040>
- Castro Méndez, N. P. (2018). Riesgos Psicosociales y Salud Laboral en Centros de Salud. *Cienc. Trab.*, 20(63), 155-159. <https://doi.org/10.4067/S0718-24492018000300155>

- Ceballos Vásquez, P., Valenzuela, S., y Paravic Klijn, T. (2014). Factores de riesgos psicosociales en el trabajo: Género y enfermería. *Avances en Enfermería*, 32, 271-279. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v32n2.46231>
- Cooper, C. L., y Dewe, P. (2004). Stress: A Brief History. *Stress and Health - STRESS HEALTH*, 20, 144. <https://doi.org/10.1002/smi.1027>
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>
- Da Silva, M. (2006). *Nuevas perspectivas de la CVL y sus relaciones con la eficacia organizacional*. <http://hdl.handle.net/2445/42743>
- De Cuyper, N., De Witte, H., Kinnunen, U., y Nätti, J. (2010). The Relationship Between Job Insecurity and Employability and Well-Being Among Finnish Temporary and Permanent Employees. *International Studies of Management and Organization*, 40, 57-73. <https://doi.org/10.2753/IMO0020-8825400104>
- Díaz Ramiro, E., Rubio Valdehita, S., López Nuñez, M. I., y Aparicio García, M. E. (2012, abril). EFECTOS DE LA TURNICIDAD SOBRE LA ANSIEDAD Y LA SALUD PSICOLÓGICA EN PROFESIONALES SANITARIOS DE CENTROS HOSPITALARIOS. *Anales de Psicología*, 36(2), 242-246. DOI: 10.6018/analesps.350301
- Díaz Ramiro, E., Rubio Valdehita, S., López Nuñez, M. I., y Aparicio García, M. E. (2020). Los hábitos de sueño como predictores de la salud psicológica en profesionales sanitarios. *Anales de Psicología*, 36, 242-246. <https://doi.org/10.6018/analesps.350301>
- Díaz-Sampedro, E., López-Maza, R., y González-Puente, M. (2010). Hábitos de alimentación y actividad física según la turnicidad de los trabajadores de un hospital. *Enfermería Clínica*, 20(4), 229-235. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2010.03.005>
- Duro Martín, A. (2005). Calidad de Vida Laboral y Psicología de la Salud Laboral. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, 56, 15-56. http://www.mitramiss.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/56/Inf01.pdf
- Edwards, J. (1988). The determinants and consequences of coping with stress. *Causes, Coping, and Consequences of Stress at Work.*, 233-263. <https://www.research.manchester.ac.uk/portal/en/publications/the->

- determinants-and-consequences-of-coping-with-stress(641a4779-a8bb-4234-b2fe-4b6e5521afd9)/export.html
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science (New York, N.Y.)*, 196(4286), 129-136.
<https://doi.org/10.1126/science.847460>
 - EU-OSHA. (2002). *The world health report 2002: Reducing risks, promoting healthy life*. World Health Organization.
 - EU-OSHA. (2008). *Annual report—European Agency for Safety and Health at Work*. Office for Official Publications of the European Communities.
 - Eurofound (Ed.). (2007). *Fourth European working conditions survey*. Office for Official Publ. of the European Communities [u.a.].
 - Eurofound. (2012). *5th European working conditions survey: Overview report*. [Website]. Publications Office of the European Union.
<http://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/29b6dc38-0107-49ae-a22b-8a1415b3c73e/language-en>
 - Eurofound. (2017). *6th European working conditions survey: 2017 update*. [Website]. Publications Office of the European Union.
<http://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/b4f8d4a5-b540-11e7-837e-01aa75ed71a1/language-en/format-PDF>
 - Eurofound, y EU-OSHA. (2014). *Psychosocial risks in Europe prevalence and strategies for prevention: A joint report from the European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions and the European Agency for Safety and Health at Work*. Publications Office of the European Union.
 - European Agency for Safety and Health at Work, y European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. (2014). *Riesgos psicosociales en Europa: Prevalencia y estrategias de prevención : resumen ejecutivo*. Publications Office.
<http://bookshop.europa.eu/uri?target=EUB:NOTICE:TE0214829:ES:HTML>
 - European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. (2017). *Integrated dataset for European Working Conditions Survey 1991-2015 now available*.
<http://nesstar.ukdataservice.ac.uk/webview/index.jsp?v=2&submode=abstract&study=http%3A%2F%2F155.245.130.34%3A80%2Fobj%2FStudy%2F7363&mode=documentation&top=yes>

- Faragher, E. B., Cass, M., y Cooper, C. L. (2005). The relationship between job satisfaction and health: A meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*, 62(2), 105-112. <https://doi.org/10.1136/oem.2002.006734>
- Ferrer, M., Vilagut, G., Monasterio, C., Montserrat, J., Mayos, M., y Alonso, J. (1999). [Measurement of the perceived impact of sleep problems: The Spanish version of the functional outcomes sleep questionnaire and the Epworth sleepiness scale]. *Medicina clínica*, 113(7), 250—255. <http://europepmc.org/abstract/MED/10544379>
- Ferrie, J. E. (2001). Is job insecurity harmful to health? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 94(2), 71-76. <https://doi.org/10.1177/014107680109400206>
- Flores Lozano, J. A. (1998). El síndrome amotivacional en el médico. *Medicina Integral: Medicina preventiva y asistencial en atención primaria de salud*, 32(1), 40-46.
- Frade Mera, M. J., Vinagre Gaspar, R., Zaragoza García, I., Viñas Sánchez, S., Antúnez Melero, E., Álvarez González, S., y Malpartida Martín, P. (2009). Síndrome de burnout en distintas Unidades de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*, 20(4), 131-140. [https://doi.org/10.1016/S1130-2399\(09\)73221-3](https://doi.org/10.1016/S1130-2399(09)73221-3)
- French, J., y Kahn, R. (2010). A Programmatic Approach to Studying the Industrial Environment and Mental Health¹. *Journal of Social Issues*, 18, 1-47. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1962.tb00415.x>
- French, J. R. P., y Caplan, R. D. (1972). Organization stress and strain. In A. J. Marrow, *The failure of success*, 30-66.
- French, J. R., Rogers, W., y Cobb, S. (1974). *Adjustment as personenvironment fit* (Coping and Adaptation). En Coelho, G.V., Hamburg, D.A., Adams, J.E. (Eds.).
- Frias Azcárate, R. (2006). Estudio de Satisfacción del Profesorado en la Universidad Pública Española. *Empiria. Revista de metodología de ciencias sociales*, 175. <https://doi.org/10.5944/empiria.11.2006.1113>
- García, M. M., Iglesias, S., Saleta, M., Romay, J., García, M. M., Iglesias, S., Saleta, M., y Romay, J. (2016). Riesgos psicosociales en el profesorado de enseñanza universitaria: Diagnóstico y prevención. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 32(3), 173-182. <https://doi.org/10.1016/j.rpto.2016.07.001>

- García-Rodríguez, A., Gutiérrez-Bedmar, M., Bellón-Saameño, J. Á., Muñoz-Bravo, C., y Fernández-Crehuet Navajas, J. (2015). Entorno psicosocial y estrés en trabajadores sanitarios de la sanidad pública: Diferencias entre atención primaria y hospitalaria. *Atención Primaria*, 47(6), 359-366.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.09.003>
- Gázquez Linares, J. J. (2015). *Investigación en salud y envejecimiento. Capítulo 2: Análisis de los factores psicosociales en los profesionales de enfermería de una UCI polivalente.: Vol. II.* ASUNIVEP.
- Ghaemi, S. N. (2009). The rise and fall of the biopsychosocial model. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 195(1), 3-4.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.063859>
- Gil-Monte, P. (2005). *Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar.* Piramide.
- Gil-Monte, P. (2010). Situación actual y perspectiva de futuro en el estudio del estrés laboral: La Psicología de la Salud Ocupacional. *Información Psicológica*, 100, 68-83.
- Gil-Monte, P. (2012). Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(2), 237-241.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-46342012000200012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Gil-Monte, P. y Moreno-Jiménez, B. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) :Grupos profesionales de riesgo.* :Pirámide.
<http://catalogo.rebiun.org/rebiun/record/Rebiun07230646>
- Gracia Camón, D. A. (2003). *Criterios objetivos para la evaluación de la carta de trabajo derivada de factores psicosociales y organizacionales.* Mapfre seguridad, 2º Trimestre; 23(90):29-37.
https://www.fundacionmapfre.org/documentacion/publico/i18n/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=1024050
- Grandey, A. A., Dickter, D. N., y Hock-Peng, S. (2004). The customer is not always right: Customer aggression and emotion regulation of service employees. *Journal of Organizational Behavior*, 25(3), 397-418.
<https://doi.org/10.1002/job.252>
- Gritti, P. (2017). The bio-psycho-social model forty years later: A critical review. *Journal of Psychosocial Systems*, 1, 36-41. <https://doi.org/10.23823/jps.v1i1.14>

- Guardia Olmos, J., Però, M., y Barrios Cerrejón, M. T. (2008). Propiedades psicométricas de la batería de evaluación de riesgos psicosociales en la mediana y pequeña empresa. *Psicotherma*, 20(4), 939-944.
<http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/124449>
- Hernández Pérez, J. M., Jadraque Jiménez, P., Sánchez Castro, A. L., y Gómez Aragón, F. J. (2015). Prevalencia de consumo de tabaco entre los trabajadores del Área de Salud de la Isla de La Palma. *Medicina General y de Familia*, 4(3), 63-67. <https://doi.org/10.1016/j.mgyf.2015.08.002>
- Hernández-Vargas, C. I., Llorens-Gumbau, S., y Rodríguez-Sánchez, A. M. (2014). Empleados saludables y calidad de servicio en el sector sanitario. *Anales de Psicología*, 30(1), 247-258. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.1.143631>
- Herzberg, F., y Hamlin, R. M. (1963). The motivation-hygiene concept and psychotherapy. *Mental Hygiene*, 47, 384-397.
- Houdmont, J., y Leka, S. (2010). *Contemporary Occupational Health Psychology*. John Wiley & Sons.
- Houtman, I., Jettinghof, K., y Cedillo, L. (2008). *Sensibilizando sobre el estrés laboral en los países en desarrollo: Un riesgo moderno en un ambiente tradicional de trabajo: Consejos para empleadores y representantes de los trabajadores*. WHO IRIS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43770>
- INE. (2014). *Índice de masa corporal población adulta según sexo y comunidad autónoma. Población de 18 y más años*. INE.
<https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p420/a2014/p06/I0/&file=01004.px#!tabs-tabla>
- INSHT. (2010). VI Encuesta nacional de Condiciones de trabajo. *Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 167.
- INSST. (2018). *Factores Psicosociales. Método de evaluación. Versión 4.0*.
- Iriarte Cerdán, L. (2012). *Factores que influyen en la satisfacción laboral de enfermería en el Complejo Hospitalario de Navarra*. <https://academica-e.unavarra.es/xmlui/handle/2454/6156>
- Ironson, G., Smith, P., Brannick, M., Gibson, W., y Paul, K. (1989). Construction of a Job in General Scale: A Comparison of Global, Composite, and Specific Measures. *Journal of Applied Psychology - J APPL PSYCHOL*, 74(2), 193-200. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.74.2.193>

- ISTAS. (2010). *Manual del método CoPsoQ-istas21 (versión 1.5) para la evaluación y prevención de los riesgos psicosociales*. ISTAS.
http://istas.net/descargas/m_uso_istas212.pdf
- Jodra, P., y Domínguez, R. (2020). EFECTOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LA SALUD GENERAL PERCIBIDA DE DOCENTES. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, 20(77), 155-166.
<https://doi.org/10.15366/rimcafd2020.77.010>
- Johnson, J. V. (1986). *The impact of workplace social support, job demands and work control upon cardiovascular disease in sweden*. Johns Hopkins.
- 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 the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, 78(10), 1336-1342. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1349434/>
- Johnson, J. V., y Johansson, G. L. (1991). *The Psychosocial work environment :work organization, democratization and health*. :Baywood.
<http://catalogo.rebiun.org/rebiun/record/Rebiun14267280>
- Jourdain, G., y Chênevert, D. (2010). Job demands-resources, burnout and intention to leave the nursing profession: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47(6), 709-722.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.11.007>
- Kagan, A, L Levi. 1971. Adaptation of the psychosocial environment to man's abilities and needs. En *Society, Stress and Disease*, dirigido por L Levi. Nueva York: Oxford University Press
- Kahn, R. L., Wolfe, D. M., Qinn, R. P., Snoek, J. D., y Rosenthal, R. A. (1964). *Occupational stress: Studies in role conflict and ambiguity*.
- Karasek, R. A. (1976). *The Impact of the Work Environment on Life Outside the Job*. ResearchGate.
https://www.researchgate.net/publication/234758895_The_Impact_of_the_Work_Environment_on_Life_Outside_the_Job/stats
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24.
- Karasek, R., y Theorell, T. (1990). *Healthy work :stress, productivity, and the reconstruction of working life*. :Basic Books.
<http://catalogo.rebiun.org/rebiun/record/Rebiun02876133>

- Kristensen, T., Hannerz, H., Hogh, A., y Borg, V. (2006). The Copenhagen Psychosocial Questionnaire—A tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 31(6), 438-449. <https://doi.org/10.5271/sjweh.948>
- OMS. (2019). *La OMS incluye por primera vez el «síndrome del trabajador quemado» en su lista de enfermedades*. ELMUNDO. <https://www.elmundo.es/vida-sana/bienestar/2019/05/28/5cecec45fc6c83d0578b4641.html>
- Lahera, M., y Nogareda Cuixart, C. (2006). *NTP 840. El método del INSL para la identificación y evaluación de factores psicosociales*. INSHT. http://istas.net/descargas/ntp_840.pdf
- Latham, G. P., y Pinder, C. C. (2004). Work Motivation Theory and Research at the Dawn of the Twenty-First Century. *Annual Review of Psychology*, 56(1), 485-516. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.142105>
- Latham, G., y Pinder, C. (2005). Work Motivation Theory and Research at the Dawn of the Twenty-First Century. *Annual review of psychology*, 56, 485-516. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.142105>
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. :Martínez Roca. <http://catalogo.rebiun.org/rebiun/record/Rebiun02732919>
- Leka, S., y Houdmont, J. (2010). *Occupational health psychology*. John Wiley & Sons.
- León Olivares, J. C., Capella Peris, C., Chiva Bartoll, O., y Ruiz Montero, P. J. (2019). Efectos de un programa de entrenamiento concurrente sobre la condición física percibida, el estado emocional y la calidad de vida de personas adultas-mayores. *Revista iberoamericana de psicología del ejercicio y el deporte*, 14(2), 184-189. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7361746>
- Levi, L. (1972). Stress and distress in response to psychosocial stimuli. Laboratory and real life studies on sympathoadrenomedullary and related reactions. *Acta Medica Scandinavica. Supplementum*, 528, 1-166. <https://europepmc.org/article/med/4504638>
- Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

- (2010, diciembre 31). [BOE]. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-20138>
- Lloret, S., y González-Romá, V. (1992). La medida de la satisfacción laboral de los profesionales de la salud. El cuestionario CSPS-EAP/33. *Psicológica: Revista de metodología y psicología experimental*, 13(3), 229.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2943615>
- Locke, E. (1976). The Nature and Causes of Job Satisfaction. *The handbook of industrial and organizational psychology*, 1, 1297-1343.
- Locke, E. A. (1968). Toward a theory of task motivation and incentives. *Organizational Behavior and Human Performance*, 3(2), 157-189.
[https://doi.org/10.1016/0030-5073\(68\)90004-4](https://doi.org/10.1016/0030-5073(68)90004-4)
- Locke, E. A., Frederick, E., Lee, C., y Bobko, P. (1984). Effect of self-efficacy, goals, and task strategies on task performance. *Journal of Applied Psychology*, 69(2), 241-251. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.69.2.241>
- López, M. J. (2010). *Consecuencias psicosociales del trabajo en personal de enfermería como indicadores subjetivos de rendimiento desde el enfoque de la gestión de los recursos humanos*. <http://hdl.handle.net/10803/10782>
- LPRL. (1995). *Ley 31/1995, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales BOE nº 268*. <https://www.boe.es/eli/es/l/1995/11/08/31/con>
- Mae Wood, C., Cano-Vindel, A., Iruarrizaga, I., y Dongil, E. (2009). Ansiedad y Tabaco. *Psychosocial Intervention*, 18(3), 213-231.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-05592009000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Marín Laredo, M., Álvarez Huante, C. G., y Valenzuela Gandarilla, J. (2017). Percepción de la atención de enfermería y satisfacción laboral en un Hospital de Seguridad Social. *Revista Iberoamericana de las Ciencias Sociales y Humanísticas: RICSH*, 6(11), 287-312.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5985482>
- Martín Daza, F., y Pérez Bilbao, J. (1997). *NTP 443: Factores psicosociales: Metodología de evaluación*. 5.
- Martín García, J., Jaen Díaz, M. A., y Luceño Moreno, L. (2005). El cuestionario multidimensional DECORE: Un instrumento para la evaluación de factores psicosociales en el entorno laboral. *Ansiedad y estrés*, 11(2), 189-202.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1374168>

- Martínez Plaza, C. A. (2006). *Estrés :aspectos médicos*.
<http://catalogo.rebiun.org/rebiun/record/Rebiun07761181>
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-396. <https://doi.org/10.1037/h0054346>
- Mayo, E. (1933). *The human problems of an industrial civilization*. Macmillan Co.; /z-wcorg/.
- Mc Ewen, B. (2002). *The End of Stress as We Know it*. Washington: Joseph Henry Press.
- McClelland, D. C. (1961). *The Achieving Society* (SSRN Scholarly Paper ID 1496181). Social Science Research Network.
<https://papers.ssrn.com/abstract=1496181>
- Meliá, J. L. (1998). Un modelo causal psicosocial de los accidentes laborales. *Anuario de Psicología*, 29(3), 25-43.
<https://www.uv.es/~meliajl/Papers/1998ModeloMelia.pdf>
- Meliá, J. L. (2007). Un método para la evaluación de riesgos psicosociales. *Gestión práctica de riesgos laborales: Integración y desarrollo de la gestión de la prevención*, 39, 36-43.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2308277>
- Meliá, J. L., y Peiró, J. M. (1989a). El Cuestionario de satisfacción S10/12: Estructura Factorial, Fiabilidad y Validez. *Revista de Psicología Del Trabajo y de Las Organizaciones*, 4(11), 179-187.
https://www.uv.es/meliajl/Research/Art_Satisf/ArtS10_12.PDF
- Meliá, J. L., y Peiró, J. M. (1989b). La medida de la satisfacción laboral en los contextos organizacionales. El cuestionario de satisfacción S20/23. *Psicologemas*, 5, 59-74.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2883868>
- Meliá, J. L., Peiró, J. M., y Calatayud, C. (1986). El cuestionario general de satisfacción en organizaciones laborales: Estudios factoriales, fiabilidad y validez. *Millars*, 11, 43-77.
- Merino-Plaza, M. J., Carrera-Hueso, F.-J., Arribas-Boscá, N., Martínez-Asensi, A., Vázquez-Ferreiro, P., Vargas-Morales, A., y Fikri-Benbrahim, N. (2018). Burnout y factores de riesgo psicosocial en el personal de un hospital de larga estancia. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(11). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00189217>

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2018). *Plan de Acción sobre Adicciones 2018-2020*. 65.
- Ministerio de Trabajo e Inmigración. (2010). *Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo* (p. 152).
<http://www.mitramiss.gob.es/estadisticas/ecvt/ecvt2010/ANE/ECVT2010i.htm>
- Moberg, P. J., Ritter, B., y Fischbein, R. (2002). *Predicting abusive managerial behavior: Antecedents of supervisory job performance*. Annual meeting of the Academy of Management, Denver.
- Mohren, D. C. L., Swaen, G. M. H., Van Amelsvoort, L. P. M., Borm, P. J. A., y Galama, J. M. D. (2003). Job insecurity as a risk factor for common infections and health complaints. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 45(2), 123-129. <https://doi.org/10.1097/01.jom.0000052954.59271.2f>
- Molina Aragonés, J. M. (2010). Metanálisis: Relación entre factores psicosociales en el trabajo y absentismo laboral. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 56(220), 200-219. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0465-546X2010000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Moncada, S., Llorens, C., Andrés, R., y Molinero, E. (2014). *Manual del método CoPsoQ-istas21 (versión 2) para la evaluación y la prevención de los riesgos psicosociales*. ISTAS.
[https://copsoq.istas21.net/ficheros/documentos/v2/manual%20Copsoq%20\(24-07-2014\).pdf](https://copsoq.istas21.net/ficheros/documentos/v2/manual%20Copsoq%20(24-07-2014).pdf)
- Moncada, S., Llorens, C., Navarro, A., y Kristensen, T. S. (2005). ISTAS21: Versión en lengua castellana del cuestionario psicosocial de Copenhague (COPSOQ). *Archivos de prevención de riesgos laborales*, 8(1).
https://archivosdeprevencion.eu/view_document.php?tpd=2&i=1359
- Moncada, S., Utzet, M., Molinero, E., Llorens Serrano, C., Moreno, N., Galtés, A., y Navarro, A. (2014). The Copenhagen Psychosocial Questionnaire II (COPSOQ II) in Spain-A Tool for Psychosocial Risk Assessment at the Workplace. *American Journal of Industrial Medicine*, 57(1), 97-107.
<https://doi.org/10.1002/ajim.22238>
- Morales, J. F., Amalio, B. A., Carmen, H. C., y Miguel Ángel, F. D. (1985). *Psicología social aplicada: Vol. ;26*. :Desclée de Brouwer.
<http://catalogo.rebiun.org/rebiun/record/Rebiun03595480>

- Mowday, R. T. (1998). Reflections on the study and relevance of organizational commitment. *Human Resource Management Review*, 8(4), 387-401.
[https://doi.org/10.1016/S1053-4822\(99\)00006-6](https://doi.org/10.1016/S1053-4822(99)00006-6)
- Moya Mier, S. (2011). *Motivación y satisfacción de los profesionales de enfermería: Investigación aplicada en un área quirúrgica*.
<https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/477>
- MSPS. (2010). *Unidad de cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones*. Ministerio de Sanidad y Política Social.
<https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>
- Muñoz Adánez, A. (1990). *Satisfacción e insatisfacción en el trabajo* (p. 1) [Http://purl.org/dc/dcmitype/Text, Universidad Complutense de Madrid].
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=142001>
- Muñoz Zambrano, C. L., Rumie Díaz, H., Torres Gómez, G., y Villarroel Julio, K. (2015). IMPACTO EN LA SALUD MENTAL DE LA(DEL) ENFERMERA(O) QUE OTORGA CUIDADOS EN SITUACIONES ESTRESANTES. *Ciencia y enfermería*, 21(1), 45-53. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532015000100005>
- Murillo, J. (1991). MOTIVACION Y PERSONALIDAD. *Diaz de Santos, S.A.*, 436.
https://www.academia.edu/26151076/MOTIVACION_Y_PERSONALIDAD_MA_SLOW_ABRAHAM_H
- Murray, W. J. (1991). A New Method for Measuring Daytime Sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale. *Sleep*, 14(6), 540-545.
<https://doi.org/10.1093/sleep/14.6.540>
- Niven, K., Sprigg, C., y Armitage, C. J. (2013). *Does emotion regulation protect employees from the negative effects of workplace aggression*.
<https://doi.org/10.1080/1359432X.2011.626200>
- Ochoa Mangado, E. (2011). Consumo de alcohol y salud laboral: Revisión y líneas de actuación. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(Suplemento 1), 173-187.
<https://doi.org/10.4321/S0465-546X2011000500011>
- Ochoa Mangado, E., y Madoz Gúrpide, A. (2008). Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 54(213), 25-32.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0465-546X2008000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- OIT. (1986). *Factores psicosociales en el trabajo: Reconocimiento y control*. Autor Genève, Suiza.

- Olmedo Montes, M., Germán, S., Jiménez Tornero, R., y Castillo, G. (2001). El síndrome de Burnout: Variables laborales, personales y psicopatológicas asociadas. *Psiquis*, 3(22), 117-129.
- Olvera, J., Llorens, S., Acosta, H., y Salanova, M. (2017). El liderazgo transformacional y la confianza como antecedentes del desempeño en equipo en el ámbito sanitario. *Anales de Psicología*, 33(2), 365-375.
<https://doi.org/10.6018/analesps.33.2.237291>
- Ortega, J. (2019). "Una cuestión de entrega": Desigualdades de género y factores de riesgo psicosocial en el trabajo de enfermería. *Sociedade e Cultura*, 22.
<https://doi.org/10.5216/sec.v22i1.57893>
- Pablos González, M. M. (2016). *Estudio de satisfacción laboral y estrategias de cambio de las enfermeras en los hospitales públicos de Badajoz y Cáceres* (p. 1) [[Http://purl.org/dc/dcmitype/Text](http://purl.org/dc/dcmitype/Text), Universidad de Extremadura].
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=54193>
- Palhares, V. de C., Corrente, J. E., y Matsubara, B. B. (2014). Asociación entre calidad del sueño y calidad de vida en profesionales de enfermería que trabajan turnos rotativos. *Rev Saude Publica*, 48(4), 594-601.
<https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004939>
- Palma-Contreras, A., y Ansoleaga, E. (2020). Asociaciones entre factores de riesgos psicosociales, dimensiones organizacionales y problemas de salud mental, relacionados con la violencia laboral, en trabajadores de tres hospitales chilenos de alta complejidad. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(3).
<https://doi.org/10.1590/0102-311x00084219>
- Peiró, J. M. (1999). *El Modelo «Amigo»: Marco contextualizador del desarrollo y la gestión de recursos en las organizaciones* [Papeles de Psicólogo].
<http://www.papelesdel psicologo.es/resumen?pii=800>
- Peiró, J. M. (2005). *DESENCADENANTES DEL ESTRES LABORAL* (Madrid). Piramide. <https://www.casadellibro.com/libro-desencadenantes-del-estres-laboral/9788436814088/679127>
- Peiró, J. M. (2006). METODOLOGÍA "PREVENLAB-PSICOSOCIAL" PARA LA EVALUACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES. *Universidad de Valencia*, 13.
https://www.uv.es/jmpeiro/Doc/FICHA_TECNICA_PREVENLAB.pdf
- Peiró, J. M., González, V., Zurriaga, R., Ramos, J., y Bravo, M. J. (1989). *El Cuestionario de Satisfacción Laboral de Profesionales de la Salud de Equipos*

- de Atención Primaria (CSLPS-EAP)*. *Revista de Psicología de la Salud*(1), 135-174. <http://hdl.handle.net/10045/94402>
- Pejtersen, J. H., Kristensen, T., Borg, V., y Bjorner, J. B. (2010). The second version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ II). *Scandinavian journal of public health*, 38(3 Suppl), 8-24.
<https://doi.org/10.1177/1403494809349858>
- Pérez Bilbao, J., y Nogareda Cuixart, C. (2012). *NTP 926 Factores Psicosociales: Metodología de evaluación. Versión 3.1*. 6.
- Pérez Parra, J. (2018, noviembre). *Los inspectores detectan el incumplimiento de la ley antitabaco en los hospitales de la Región | La Verdad*.
<https://www.laverdad.es/murcia/inspectores-detectan-incumplimiento-20181104010523-ntvo.html?ref=https:%2F%2Fwww.google.com%2F>
- Porter, L. W., & Lawler, E. E. (1968). *Managerial attitudes and performance*. Homewood, Ill: R.D. Irwin..
- Porter, L. W., Steers, R. M., Mowday, R. T., y Boulian, P. V. (1974). Organizational commitment, job satisfaction, and turnover among psychiatric technicians. *Journal of Applied Psychology*, 59(5), 603-609.
<https://doi.org/10.1037/h0037335>
- Puchol Moreno, L. (1997). *Dirección y gestión de recursos humanos*.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=612207>
- Ramírez-Elizondo, N., Paravic-Klijn, T., y Valenzuela-Suazo, S. (2013). Riesgo de los turnos nocturnos en la salud integral del profesional de enfermería. *Index de Enfermería*, 22(3), 152-155. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962013000200008>
- Ramos Guajardo, S., y Ceballos Vasquez, P. (2018). Cuidado humanizado y riesgos psicosociales: Una relación percibida por profesionales de enfermería en Chile. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 7(1), 3-16.
<https://doi.org/10.22235/ech.v7i1.1537>
- Rick, J., y Briner, R. B. (2000). Psychosocial risk assessment: Problems and prospects. *Occupational Medicine (Oxford, England)*, 50(5), 310-314.
<https://doi.org/10.1093/occmed/50.5.310>
- Ríos Rísquez, M. I., Godoy Fernández, C., Peñalver Hernández, F., Alonso Tovar, A. R., López Alcaraz, F., López Romera, A., Garnés González, S., Salmerón Saura, E., López Real, M. D., Ruiz Sánchez, R., Simón Domingo, P.,

- Manzanera Nicolás, J. L., Menchón Almagro, M. A., y Liébanas Bellón, R. (2008). Estudio comparativo del burnout en personal de enfermería de Cuidados Intensivos y Urgencias. *Enfermería Intensiva*, 19(1), 2-13.
[https://doi.org/10.1016/S1130-2399\(08\)72738-X](https://doi.org/10.1016/S1130-2399(08)72738-X)
- Ríos Rísquez, M. I., Meca Sánchez, J., y Fernández Godoy, C. (2010). Personalidad resistente, autoeficacia y estado general de salud en profesionales de enfermería de cuidados intensivos y urgencias. [Hardy personality, self-efficacy, and general health in nursing professionals of intensive and emergency services.]. *Psicothema*, 22(4), 600-605.
- Robbins, S. P. (1996). *Comportamiento organizacional teoría y práctica*. Naucalpan de Juárez Prentice Hall Hispanoamericana.
<http://biblio.econ.uba.ar/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=146869>
- Rodgers, G., y Rodgers, J. (1989). Precarious jobs in labour market regulation: The growth of atypical employment in Western Europe. *Geneva : International Institute for Labour Studies*, vi, 301 p. <http://digitallibrary.un.org/record/49699>
- Rodríguez-Marín, J. (2010). Calidad de vida laboral en profesionales de la salud. *Revista de Calidad Asistencial*, 25(6), 318-320.
<https://doi.org/10.1016/j.cali.2010.09.002>
- Roozeboom, M. B., Houtman, I., y Van den Bossche, S. (2008). Monitoring Psychosocial Risks at Work. En *The European Framework for psychosocial Risk management: PRIMA-EF* (pp. 17-36). S. Leka y T. Cox.
http://www.bollettinoadapt.it/old/files/document/19784primaef_ebook_20.pdf
- Ryan, R. M., y Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Salanova, M., Llorens, S., Cifre, E., y Martínez, I. (2006). *Metodología RED-WONT*. Departamento de Psicología Evolutiva, Educativa, Social y Metodología de la Universidad Jaume I de Castellón (Perspectivas de Intervención en Riesgos Psicosociales, Evaluación de riesgos). En foment del treball nacional.
http://www.want.uji.es/wp-content/uploads/2017/10/2006_Salanova-Llorens-Cifre-Mart%C3%ADnez-Metodolog%C3%ADa-RED-WONT.pdf
- Salanova, M., Llorens, S., Cifre, E., y Martínez, I. M. (2012). We Need a Hero! Toward a Validation of the Healthy and Resilient Organization (HERO) Model.

- Group & Organization Management*.
<https://doi.org/10.1177/1059601112470405>
- Salanova, M., Martínez, I. M., y Llorens, S. (2014). Una mirada más “positiva” a la salud ocupacional desde la psicología organizacional positiva en tiempos de crisis: Aportaciones desde el equipo de investigación WoNT. *Papeles del Psicólogo*, 35(1), 22-30. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77830184004>
- Salas-Salvadó, J., Rubio, M. A., Barbany, M., y Moreno, B. (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Medicina Clínica*, 128(5), 184-196. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(07\)72531-9](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(07)72531-9)
- Sánchez Alonso, P., y Sierra Ortega, V. M. (2014). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería en UVI. *Enfermería Global*, 13(33), 252-266.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412014000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Sánchez Rodríguez, N. (2020). *Evaluación de riesgos psicosociales en Atención Primaria de Salud mediante el método CoPsoQ-ISTAS 21*.
<http://dspace.umh.es/handle/11000/5878>
- Schnall, P. L., Landsbergis, P. A., y Baker, D. (1994). Job Strain and Cardiovascular Disease. *Annual Review of Public Health*, 15(1), 381-411.
<https://doi.org/10.1146/annurev.pu.15.050194.002121>
- Seashore, S. E. (1974). Job satisfaction as an indicator of the quality of employment. *Social Indicators Research*, 1(2), 135-168.
<https://doi.org/10.1007/BF00302885>
- Selye, H. (1975). *Tensión sin angustia* (Vol. 201). :Guadarrama.
<http://catalogo.rebiun.org/rebiun/record/Rebiun18270323>
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27-41.
<https://doi.org/10.1037/1076-8998.1.1.27>
- Smith, P. C., Kendall, L. M., y Hulin, C. L. (1969). *The measurement of satisfaction in work and retirement; a strategy for the study of attitudes*. Rand McNally.
- Soria Santa Barbara, M. M. (2016). *Evaluación de riesgos psicosociales en el medio universitario: Estudio sobre el Personal Docente e Investigador del Campus Duques de Soria*. <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/23403>

- Spector, P. E., Zhou, Z. E., y Che, X. X. (2014). Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(1), 72-84.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.01.010>
- Tamayo Caballero, C., Alejo Pocomá, J. L., y Chambi Huanaco, I. (2015). Relación entre estrés y hábito de fumar en personal de salud, ciudad de La Paz Bolivia, 2014. *Cuadernos Hospital de Clínicas*, 56(1), 27–35.
- Taylor, F. W., y Fayol, H. (1987). *Principios de la administración científica: Vol. ;18* (3a ed). :Orbis. <http://catalogo.rebiun.org/rebiun/record/Rebiun12601889>
- Tizón García, J. L. (2007). A propósito del modelo biopsicosocial, 28 años después: Epistemología, política, emociones y contratransferencia. *Atención Primaria*, 39(2), 93-97. <https://doi.org/10.1157/13098677>
- Toia Larsen, M. (2019). Factores psicosociales y estrés laboral en trabajadores de las unidades de cuidados intensivos neonatales de dos hospitales de Arequipa, Perú. *Scientiarvm*, 5(1), 29-37.
<https://doi.org/10.26696/sci.epg.0089>
- Truchero, G. R., Machado, A. N., Llorente, M. C. M., y Arechavala, N. S. (2010). El empleo en la Unión Europea: Un análisis de la calidad del trabajo. *Lan harremanak: Revista de relaciones laborales*, 22, 17-43.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3336318>
- Valdehita, S., Luceño Moreno, L., García, J., y Ramiro, E. (2010). RELACIONES ENTRE PERCEPCIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES Y HÁBITOS DE SUEÑO. *Ansiedad y Estrés*, 16, 249-258.
- Vicente Pardo, J. M. (2015). La Incapacidad laboral como indicador de gestión sanitaria. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 61(239), 207-219.
<https://doi.org/10.4321/S0465-546X2015000200007>
- Vidal Blanco, G. (2017). *Calidad de vida laboral y autocuidado en personal de enfermería asistencial con alta demanda emocional*.
<http://roderic.uv.es/handle/10550/59557>
- Villar San Juan, A. (2015). *Valoración de la satisfacción del personal de enfermería tras el cambio a una UCI sin horario restringido*.
<http://digibuo.uniovi.es/dspace/handle/10651/36356>
- Vroom, V. H. (1964). *Work and motivation*. Wiley.

- Walker, O. C., Churchill, G. A., y Ford, N. M. (1977). Motivation and Performance in Industrial Selling: Present Knowledge and Needed Research. *Journal of Marketing Research*, 14(2), 156-168. JSTOR. <https://doi.org/10.2307/3150465>
- Warr, P. (1987). *Work, unemployment, and mental health*. (pp. xiv, 361). Oxford University Press.
- Warr, P., Cook, J., y Wall, T. (1979). Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *Journal of Occupational Psychology*, 52(2), 129-148. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8325.1979.tb00448.x>
- Weiss, D. J., Dawis, R. V., y England, G. W. (1967). Manual for the Minnesota Satisfaction Questionnaire. *Minnesota Studies in Vocational Rehabilitation*, 22, 120. http://vpr.psych.umn.edu/sites/vpr.dl.umn.edu/files/monograph_xxii_-_manual_for_the_mn_satisfaction_questionnaire.pdf
- Williams Jiménez, I. (2016). *Digitalización y su impacto en la regulación de riesgos psicosociales*.
- Winokur, S. (1971). Skinner's theory of behavior: An examination of B. F. Skinner's contingencies of reinforcement: A theoretical analysis. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 15(2), 253-259. <https://doi.org/10.1901/jeab.1971.15-253>
- Zonana-Nacach, A., y Márquez Sanjuana, O. (2014). Nivel de dependencia al tabaco en enfermeras y médicos de un hospital general regional. *Rev. Iberoam. Educ. investi. Enferm.*, 4(1), 45-51. <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/106/nivel-de-dependencia-al-tabaco-en-enfermeras-y-medicos-de-un-hospital-general-regional/>

IX. ANEXOS.

Anexo 1. Permisos de las diferentes gerencias del SMS.

  	
PROPUESTA DE AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN EL ÁREA I DE SALUD	
<p>Solicitante: Jesus David Abenza Hurtado</p> <p>DNI: 52818657P</p> <p>Denominación del Trabajo: "Factores de riesgo psicosociales y satisfacción laboral en personal sanitario del Servicio de Unidad de Cuidados Intensivos del Servicio Murciano de Salud"</p> <p>Tipo de trabajo (TFG, TFM, Tesis, etc.): Tesis Doctoral</p> <p>Servicio de desarrollo: UCI Adultos HCUVA</p> <p>Tutor en el centro: Laura Martínez Alarcón</p> <p>Fechas de realización: Octubre, Noviembre y Diciembre de 2017</p>	
<p>Analizada la solicitud y documentación presentada por el/la solicitante para la realización del trabajo de investigación arriba referido, reunida la COMISIÓN PARA LA EVALUACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN DEL ÁREA I DE SALUD se propone a la Dirección Gerencia del Área su AUTORIZACIÓN.</p> <p>El/la solicitante deberá ajustarse a las instrucciones aprobadas por la Dirección Gerencia del Área, debiendo remitir, una vez finalizado el mismo una copia del mismo a la Comisión para su archivo.</p>	
<p>En El Palmar, a 3 de Julio de 2017</p>	
<p>El Presidente de la Comisión</p>  <p>José Domingo Cuadrilana Herrera</p>	<p>El Director Gerente del Área I</p>   <p>Juan Antonio Marqués Espi</p>



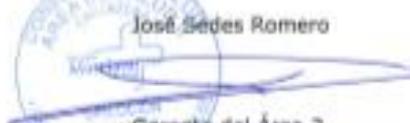
Autorización para la realización de Tesis Doctoral:

Con el título "**Factores de riesgo psicosocial y satisfacción laboral en personal sanitario del servicio de cuidados intensivos del SMS**", cuyo investigador principal es D. Jesús David Abenza Hurtado, con DNI: 52818657P, Enfermero del Área VI de Salud (HUMM), tras la presentación y posterior evaluación del citado estudio por parte de la unidad de Docencia e Investigación y la Dirección del Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena.

INFORMA:

Que está de acuerdo con la realización de dicha investigación, atendiendo a la normativa vigente sobre investigaciones clínicas y aplicación de las políticas de explotación de datos, así como, la protección de datos de carácter personal tanto de los usuarios como de los trabajadores, tal como queda recogido en el documento de confidencialidad firmado por el investigador y que se ha presentado junto con la solicitud de permiso para realizar el estudio.

Por lo tanto, esta dirección **ACEPTA** que dicho estudio pueda ser efectuado mediante la realización de una encuesta para valorar los principales factores psicosociales a los que los trabajadores sanitarios del servicio de cuidados intensivos están expuestos y analizar el nivel de satisfacción laboral de este servicio.


 José Sedes Romero
 Gerente del Área 2





APROBACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN. Comité de Investigación del Área III de Salud.

CONFORMIDAD DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO

D^a Catalina Lorenzo Gabarrón, Directora Gerente del Área III de Salud de Lorca, visto el dictamen favorable del Comité de Investigación del Área III

EXPONE:

-Que conoce la propuesta realizada sobre el estudio de investigación "FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES Y SATISFACCIÓN LABORAL EN PERSONAL SANITARIO DEL SERVICIO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL S.M.S.", estudio a realizar por D. Jesús Abenza Hurtado.

-Que acepta la realización de dicho estudio de investigación en este Centro.

Lorca, 10 de Julio del 2017

LA DIRECTORA GERENTE AREA III DE SALUD.



Fdo. D^a. CATALINA LORENZO GABARRÓN



JESUS LEAL LLOPIS,

SUPERVISOR DE INVESTIGACIÓN

ÁREA VI-VEGA MEDIA DEL SEGURA DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

INFORMA: Que se ha solicitado la autorización para realizar un estudio de investigación en el Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer.

- Solicitante: Jesús David Abenza Hurtado
- Título del estudio: Factores de riesgo psicosocial y satisfacción laboral en personal sanitario del servicio de cuidados intensivos del servicio murciano de salud
- Objetivo del estudio: Analizar los factores de riesgo psicosocial y la relación satisfacción laboral en personal sanitario de las unidades de cuidados intensivos del servicio murciano de salud
- Metodología: Cuantitativa
- Período de estudio: 2017-2018
- Supervisión y Dirección del estudio: M^º José López Montesinos

Una vez revisada la documentación enviada, se comprueba que se cumplen los siguientes requisitos:

- El protocolo de estudio cuenta con el rigor metodológico adecuado a los objetivos de la investigación.
- Se garantiza la confidencialidad de los datos y custodia de la información. Firma cláusula de confidencialidad.
- Se garantiza la idoneidad de la información al paciente, verificando la hoja de información al paciente y su autorización para participar en el estudio.

Por todo lo anteriormente expuesto informo que el estudio es viable en todos sus términos.

Y para que conste, a los efectos oportunos, se expide este informe en Murcia, a 30 de Junio 2017.


Fdo. Jesús Leal Llopis
Supervisor de Investigación


Vº Bº Ángel Boera Alcaraz
Director Gerente



Dirección de Enfermería
Avda. Intendente Jorge Palacios s/n
30003 Murcia
Tfno.: 968200204
Fax: 968200019



D^a. M^a José Terón Martínez Directora de Enfermería de la Gerencia del Área VII Murcia-Este, tras el análisis de su propuesta por la Dirección de Enfermería

AUTORIZA

La propuesta realizada por D/D^a Jesús David Abenza Hurtado, con DNI 52818657P, para que sea realizada en este Área la investigación que lleva por título:

"Factores de riesgo psicosociales y satisfacción laboral en personal sanitario del servicio de Unidad de Cuidados Intensivos del SMS"

Centrada en una recogida de datos por medio de cuestionarios al personal sanitario de UCI del SMS, y que será realizada por D/D^a. Jesús David Abenza Hurtado, como investigador principal.

Que está de acuerdo con la realización de dicha investigación, atendiendo a la normativa vigente sobre investigaciones clínicas, y aplicación de las políticas de explotación de datos, así como, la protección de datos de carácter personal tanto de los usuarios como de los trabajadores, tal como queda recogido en el documento de confidencialidad firmado por el investigador y que se ha presentado junto con la solicitud de permiso para realizar el estudio.

Que esta autorización no se vincula a proyectos que lleven a cabo ensayos clínicos, o intervenciones o tratamientos con fines experimentales, y que han de tener el visto bueno del Comité de Ética del Área y ser autorizados por el Gerente. Siendo solamente vinculante para proyectos realizados sobre profesionales pertenecientes a la división de enfermería, o aquellas áreas en las que se desarrollen funciones de enfermería independientes.

Lo que firma en Murcia, a 6 de junio de 2017,

Fdo.: M^a José Terón Martínez



[Handwritten signature of M^a José Terón Martínez]



Autorización para la realización de Tesis Doctoral:

Con el título "Factores de riesgo psicosocial y satisfacción laboral en personal sanitario del servicio de unidad de cuidados intensivos del SMS", cuyo promotor es D. Jesús David Abenza Hurtado con NIF: 52818657P, Enfermero del Área VI de Salud (HUMM), tras la presentación y posterior evaluación del citado estudio por parte de la unidad de Docencia e Investigación y de la Dirección del Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor.

INFORMA:

Que se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el estudio.

La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio, además son adecuados tanto el procedimiento previsto para obtener los datos como el respeto por la confidencialidad (*se adjuntan compromisos firmados*) y el estudio no supone un coste directo al centro.

Y que esta dirección **ACEPTA** que dicho estudio pueda ser realizado mediante la realización de una encuesta para valorar los principales factores psicosociales a los que los trabajadores sanitarios del servicio de cuidados intensivos están expuestos y analizar el nivel de satisfacción laboral de las diferentes categorías profesionales de este servicio.

Lo que firmo en Pozo Aledo a 4 de julio del 2017.


Tomás S. Fernández Pérez

Director Gerente
 Área VIII Salud
 Servicio Murciano de Salud



Anexo 2. Informe Dictamen de conformidad favorable del CEIm.

Informe Dictamen Protocolo Favorable
Otros Estudios

C.P. - C.I. EST:37/17

21 de mayo de 2019

CEIm Hospital General Universitario José María Morales Meseguer

Dra. María Dolores Nájera Pérez
Presidenta del CEIm Hospital General Universitario José María Morales Meseguer

CERTIFICA

Que el CEIm Hospital General Universitario José María Morales Meseguer en su Reunión del día 21/05/2019, Acta EXTRAORDINARIA ha evaluado la propuesta del Investigador referida al estudio:

Título: ESTUDIO: "Factores de Riesgo Psicosociales y Satisfacción Laboral en Personal Sanitario del Servicio de Unidad de Cuidados Intensivos del Servicio Murciano de Salud".

Código Interno: EST: 37/17

Promotor: Investigador.

Versión Protocolo Evaluada: V.1 de 21 de Junio de 2017. **Nueva Versión Evaluada: 11 de Febrero de 2019.**

Versión Hoja Información al Paciente Evaluada: V.1 de 21 de Junio de 2017. **Evaluada: 11 de Febrero de 2019.**

Fecha Entrada Inicial: 21/06/2017.

Fecha Entrada Aclaraciones: 11/02/2019.

Investigador Principal: *D. Jesús David ABENZA HURTADO. Enfermero del Servicio de Medicina Intensiva (UCI).*

1º. Considera que:

- Se respetan los principios éticos básicos y es adecuado el procedimiento para obtener el consentimiento informado.

2º. Por lo que este CEIm emite un **DICTAMEN FAVORABLE.**

Lo que firmo en Murcia, a 21 de mayo de 2019

Dra. María Dolores Nájera Pérez
Presidenta del CEIm Hospital General Universitario José María Morales Meseguer

Anexo 3. Cuestionario utilizado en la investigación.

Desde el Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud de la UMU, se está llevando a cabo una investigación relacionada con la actividad laboral de los profesionales de las UCI de nuestra región. Para ello solicitamos su colaboración cumplimentando un cuestionario anónimo.

Esta información será tratada con estricta confidencialidad, de acuerdo a la Ley Orgánica de protección de datos (Ley Orgánica 15/1999) y demás legislación vigente al respecto.

No existen respuestas buenas ni malas, solo le pedimos que conteste con sinceridad a lo que más se acerque a su realidad. Si tiene alguna duda sobre este documento o no entiende alguna pregunta, diríjase al personal investigador que le ha entregado el cuestionario. **NO DEJE PREGUNTAS SIN CONTESTAR.**

GRACIAS POR SU TIEMPO Y COLABORACIÓN

A rellenar por el personal investigador (NO escriba nada en este recuadro)
--

Cuestionario nº:

MARQUE CON UN CIRCULO SOBRE EL NÚMERO DE LA RESPUESTA ELEGIDA

1. **Edad:**
2. **Sexo:** Hombre Mujer
3. **Peso:**
4. **Estatura:**
5. **Estado civil:** Soltero Casado/en pareja Separado/Divorciado/Viudo
6. **Personas a su cargo en la familia:** _____ (indique el número)

PREGUNTAS RELACIONADAS CON EL TRABAJO

7. **Centro de trabajo:** Morales Meseguer Reina Sofía Arrixaca
Santa Lucía Mar Menor Rafael Méndez
8. **Actividad:** Auxiliar Enfermero/a Médico
9. **Años totales de actividad sanitaria:** 1 a 12 meses
12 meses a 5 años 5 años a 10 años Más de 10 años
10. **Años totales de activada en UCI:** menos de 3 meses 3 a 12 meses
12 meses a 5 años 5 años a 10 años Más de 10 años
11. **Jornada Laboral:** Diurno Turno Rodado 7 horas Rodado 12 horas
Guardias Noches fijas Mañanas + Guardias Rodado de 14+10 h
Rodado de Mañana + Tarde-Noche
12. **Tipo de Jornada:** Completa Reducida
13. **¿Estás satisfecho de haber elegido ser profesional sanitario?**
Muy insatisfecho Insatisfecho Normal Satisfecho Muy satisfecho
14. **¿Le gustaría cambiar de trabajo?** No Si
15. **¿Le gustaría cambiar de servicio?** No Si

HABITOS DE SALUD Y ESTADO DE SALUD

16. **Tabaco:** No Si Exfumador
17. **Consumo de alcohol:** No A diario Fin de semana Ocasional
18. **Realiza actividad física o deporte:**
Nunca Menos de 1 vez/semana 1 vez/semana Más 1 vez/semana
19. **Indique su estado de salud en los últimos tres meses:**
Malo Regular Bueno Muy Bueno Excelente
20. **Su calidad de vida le parece:**
Muy mala, no puede ser peor Bastante malo A veces bien a veces mal
Bastante bien Estupendo

(**Seleccione una opción de cada pregunta** según le satisfaga más o menos la situación existente sobre lo que se pregunta en cada ítem):

	INSATISFECHO			INDIFERENTE	SATISFECHO		
	MUY	BASTANTE	ALGO		ALGO	BASTANTE	MUY
21. Los objetivos, metas y tasas de producción que debe alcanzar.	1	2	3	4	5	6	7
22. La limpieza, higiene y salubridad de su lugar de trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
23. El entorno físico y el espacio de que dispone en su lugar de trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
24. La temperatura de su local de trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
25. Las relaciones personales con sus superiores.	1	2	3	4	5	6	7
26. La supervisión que ejercen sobre usted.	1	2	3	4	5	6	7
27. La proximidad y frecuencia con que es supervisado.	1	2	3	4	5	6	7
28. La forma en que sus supervisores juzgan su tarea.	1	2	3	4	5	6	7
29. La "igualdad" y "justicia" de trato que recibe de su empresa.	1	2	3	4	5	6	7
30. El apoyo que recibe de sus superiores.	1	2	3	4	5	6	7
31. El grado en que su empresa cumple el convenio, las disposiciones y leyes laborales.	1	2	3	4	5	6	7
32. La forma en que se da la negociación en su empresa sobre aspectos laborales.	1	2	3	4	5	6	7

(**Seleccione una opción de cada pregunta**):

SITUACIONES EN LAS QUE PUEDE LLEGAR A QUEDARSE DORMIDO	<i>Nunca tengo sueño</i>	<i>Ligera probabilidad de tener sueño</i>	<i>Moderada probabilidad de tener sueño</i>	<i>Alta probabilidad de tener sueño</i>
33. Sentado y leyendo.	0	1	2	3
34. Viendo la TV.	0	1	2	3
35. Sentado, inactivo en un lugar público.	0	1	2	3
36. Como pasajero de un coche en un viaje de 1 hora sin paradas.	0	1	2	3

SITUACIONES EN LAS QUE PUEDE LLEGAR A QUEDARSE DORMIDO	<i>Nunca tengo sueño</i>	<i>Ligera probabilidad de tener sueño</i>	<i>Moderada probabilidad de tener sueño</i>	<i>Alta probabilidad de tener sueño</i>
37. Estirado para descansar al mediodía cuando las circunstancias lo permiten.	0	1	2	3
38. Sentado y hablando con otra persona.	0	1	2	3
39. Sentado tranquilamente después de una comida sin alcohol.	0	1	2	3
40. En un coche, estando parado por el tránsito unos minutos (semáforo, retención, ...)	0	1	2	3

(Seleccione una opción de cada pregunta):

¿CON QUE FRECUENCIA...?	<i>Siempre</i>	<i>Muchas veces</i>	<i>A veces</i>	<i>Solo alguna vez</i>	<i>Nunca</i>
41. ¿La distribución de tareas es irregular y provoca que se le acumule el trabajo?	4	3	2	1	0
42. ¿Tiene tiempo suficiente para hacer tu trabajo?	0	1	2	3	4
43. ¿Hay momentos en los que necesitaría estar en la empresa y en casa a la vez?	4	3	2	1	0
44. ¿Siente que su trabajo le ocupa tanto tiempo que perjudica a sus tareas doméstico-familiares?	4	3	2	1	0
45. ¿En el trabajo tiene que ocuparte de los problemas personales de otras personas?	4	3	2	1	0
46. ¿Tiene que trabajar muy rápido?	4	3	2	1	0
47. ¿Tiene mucha influencia sobre las decisiones que afectan a su trabajo?	4	3	2	1	0
48. ¿Tiene influencia sobre cómo realiza su trabajo?	4	3	2	1	0

(Seleccione una opción de cada pregunta):

¿EN QUE MEDIDA...?	<i>En gran medida</i>	<i>En buena medida</i>	<i>En cierta medida</i>	<i>En alguna medida</i>	<i>En ningún caso</i>
49. ¿Su trabajo, en general, es desgastador emocionalmente?	4	3	2	1	0
50. ¿El ritmo de trabajo es alto durante toda la jornada?	4	3	2	1	0
51. ¿Su trabajo permite que aprenda cosas nuevas?	4	3	2	1	0
52. ¿Su trabajo permite que aplique sus habilidades y conocimientos?	4	3	2	1	0
53. ¿Sus tareas tienen sentido?	4	3	2	1	0
54. ¿Las tareas que hace le parecen importantes?	4	3	2	1	0

(Seleccione una opción de cada pregunta):

¿EN QUE MEDIDA...?	<i>En gran medida</i>	<i>En buena medida</i>	<i>En cierta medida</i>	<i>En alguna medida</i>	<i>En ningún caso</i>
55. ¿Su trabajo tiene objetivos claros?	4	3	2	1	0
56. ¿Sabe exactamente qué se espera de usted en el trabajo?	4	3	2	1	0
57. ¿Se le exigen cosas contradictorias en el trabajo?	4	3	2	1	0
58. ¿Tiene que hacer tareas que cree que deberían hacerse de otra manera?	4	3	2	1	0
59. ¿En su empresa se le informa con suficiente antelación de decisiones importantes, cambios y proyectos de futuro?	4	3	2	1	0
60. ¿Recibe toda la información que necesita para realizar bien su trabajo?	4	3	2	1	0

(Seleccione una opción de cada pregunta):

EN ESTOS MOMENTOS, ESTÁS PREOCUPADO/A POR ... :	<i>En gran medida</i>	<i>En buena medida</i>	<i>En cierta medida</i>	<i>En alguna medida</i>	<i>En ningún caso</i>
61. ... si le cambian el horario (turno, días de la semana, horas de entrada y salida) contra tu voluntad?	4	3	2	1	0
62. ...si le varían el salario (que no se lo actualicen, que se lo bajen, que introduzcan el salario variable, que le paguen en especies, etc.)?	4	3	2	1	0
63. ...si le despiden o no le renuevan el contrato?	4	3	2	1	0
64. ...lo difícil que sería encontrar otro trabajo en el caso de que se quedara en paro?	4	3	2	1	0

(Seleccione una opción de cada pregunta):

¿EN QUÉ MEDIDA...?	<i>En gran medida</i>	<i>En buena medida</i>	<i>En cierta medida</i>	<i>En alguna medida</i>	<i>En ningún caso</i>
65. ¿Confía la Dirección en que los trabajadores hagan un buen trabajo?	4	3	2	1	0
66. ¿Se puede fiar de la información procedente de la Dirección?	4	3	2	1	0
67. ¿Se solucionan los conflictos de una manera justa?	4	3	2	1	0
68. ¿Se distribuyen las tareas de una forma justa?	4	3	2	1	0
69. ¿Se puede afirmar que su jefe inmediato planifica bien el trabajo?	4	3	2	1	0
70. ¿Se puede afirmar que su jefe inmediato resuelve bien los conflictos?	4	3	2	1	0

Anexo 4. Tablas.

Tabla 1

Actividad.

Actividad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Auxiliar de enfermería	130	29,6	29,6
Enfermeros/as	242	55,1	84,7
Médicos	67	15,3	100
Total	439	100	

Tabla 2

Distribución de años de actividad sanitaria.

Tiempo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1-12 meses	1	0,2	0,2
1-5 años	10	2,3	2,5
5-10 años	65	14,8	17,3
>10 años	364	82,7	100
Total	440	100	

Tabla 3

Distribución de años de actividad en UCI.

Tiempo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<3 meses	3	0,7	0,7
3-12 meses	38	8,6	9,3
1-5 años	95	21,6	30,9
5-10 años	123	28	58,9
>10 años	181	41,1	100
Total	440	100	

Tabla 4

Distribución de turnos de trabajo.

Turno	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Diurno	18	4,1	4,1
Rodado 7 h	111	25,2	29,3
Rodado 12 h	187	42,5	71,8
Guardias	8	1,8	73,6
Noches fijas	24	5,5	79,1
Mañana/Guardias	53	12	91,1
Mañana-tarde/noche	39	8,9	100
Total	440	100	

Tabla 5

Tipo de jornada.

Jornada	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Completa	401	91,1	91,1
Reducida	39	8,9	100
Total	440	100	

Tabla 6

Grado de satisfacción por ser profesional sanitario.

Grado satisfacción	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Muy insatisfecho	38	8,6	8,6
Insatisfecho	8	1,8	10,5
Normal	35	8	18,4
Satisfecho	150	34,1	52,5
Muy satisfecho	209	47,5	100
Total	440	100	

Tabla 7

Cambiar de trabajo.

Cambiar de trabajo	Frecuencia	Porcentaje
No	403	91,6
SI	35	8
Total	438	100

Tabla 8

Cambiar de servicio

Cambiar de servicio	Frecuencia	Porcentaje
No	403	91,6
SI	35	8
Total	438	100

Tabla 9

Hábito tabáquico

Hábito tabáquico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	259	58,9	58,9
SI	105	23,9	82,9
Exfumador	76	17,2	100
Total	438	100	

Tabla 10

Hábito consumo de bebida alcohólicas

Consumo alcohol	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	194	44,1	44,1
A diario	9	2	46,1
Fin de semana	39	8,9	55
Ocasional	198	45	100
Total	440	100	

Tabla 11

Actividad deportiva a la semana

Actividad física	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nunca	51	11,6	11,6
<1 vez semana	62	14,1	25,7
1 vez semana	87	19,8	45,5
>1 vez semana	240	54,5	100
Total	440	100	

Tabla 12

Percepción de estado de salud

Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
38 (8,6%)	199 (45,2%)	158 (35,9%)	45 (10,2%)
Total 440 (100%)			

Tabla 13

Percepción de calidad de vida

Muy mala	Bastante mala	A veces bien/a veces mal	Bastante bien	Estupenda
1 (0,2%)	6 (1,4%)	81 (18,4%)	283 (64,3%)	69 (15,7%)
Total 440 (100%)				

Tabla 14

Exigencias psicosociales en el trabajo (puntuación por dimensión).

DIMENSIÓN	FAVORABLE	INTERMEDIA	DESFAVORABLE
Exigencias cuantitativas	0-1	2-3	4-8
Exigencias emocionales	0-3	4-5	6-8
Ritmo de trabajo	0-1	2-3	4-8

Tabla 15

Conflicto trabajo-familia (puntuación por dimensión).

DIMENSIÓN	FAVORABLE	INTERMEDIA	DESFAVORABLE
Doble presencia	0-3	4-5	6-8

Tabla 16

Control sobre el trabajo (puntuación por dimensión).

DIMENSIÓN	FAVORABLE	INTERMEDIA	DESFAVORABLE
Influencia	6-8	4-5	0-3
Posibilidad de desarrollo	6-8	4-5	0-3
Sentido del trabajo	7-8	6	0-5

Tabla 17

Apoyo social y calidad de liderazgo (puntuación por dimensión).

DIMENSIÓN	FAVORABLE	INTERMEDIA	DESFAVORABLE
Claridad de rol	8	6-7	0-5
Conflicto de rol	0-1	2-3	4-8
Previsibilidad	7-8	5-6	0-4
Calidad de liderazgo	7-8	5-6	0-4

Tabla 18

Compensaciones del trabajo (puntuación por dimensión).

DIMENSIÓN	FAVORABLE	INTERMEDIA	DESFAVORABLE
Inseguridad condiciones	0-1	2-3	4-8
Inseguridad empleo	0-2	3-4	5-8

Tabla 19

Capital social (puntuación por dimensión).

DIMENSIÓN	FAVORABLE	INTERMEDIA	DESFAVORABLE
Confianza vertical	7-8	5-6	0-4
Justicia	7-8	5-6	0-4

Tabla 20

Puntuaciones de ESE.

Somnolencia	Puntuación
Ausencia somnolencia	0-6
Ligera somnolencia	7-13
Moderada somnolencia	14-19
Grave somnolencia	20-24

Tabla 21

Valores medios entre edad y grupo exigencias psicosociales en el trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Edad			
	Media	Desviación estándar	p	
Exigencia Cuantitativa	Favorable	41,43	8,09	0,420
	Intermedia	43,45	8,74	
	Desfavorable	43,50	8,14	
Ritmo de Trabajo	Favorable	45,75	12	0,053
	Intermedia	45,33	8,51	
	Desfavorable	42,83	8,26	
Exigencia Emocional	Favorable	43,53	8,84	0,719
	Intermedia	43,40	8,33	
	Desfavorable	42,57	7,62	

Tabla 22

Valores medios entre edad y grupo conflicto familia-trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Edad		p	
	Media	Desviación estándar		
Doble Presencia				
	Favorable	43,77	8,76	0,147
	Intermedia	43,07	8,38	
	Desfavorable	40,91	5,37	

Tabla 23

Valores medios entre edad y grupo control sobre el trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Edad		p	
	Media	Desviación estándar		
Influencia				
	Favorable	43,27	8,13	0,562
	Intermedia	42,92	8,45	
	Desfavorable	43,96	8,63	
Posibilidad Desarrollo				
	Favorable	42,47	8,42	0,002
	Intermedia	45,97	8,18	
	Desfavorable	45,52	6,78	
Sentido de Trabajo				
	Favorable	43,36	9,09	0,654
	Intermedia	42,87	7,67	
	Desfavorable	44,12	7,10	

Tabla 24

Valores medios entre edad y grupo apoyo social y capacidad de liderazgo ISTAS 21.

Dimensión	Edad		p
	Media	Desviación estándar	
Calidad Liderazgo			
	Favorable	41,78	7,88
	Intermedia	43,81	8,74
	Desfavorable	43,59	8,31
Previsibilidad			
	Favorable	44,50	8,18
	Intermedia	43,05	8,27
	Desfavorable	43,30	8,52
Claridad de Rol			
	Favorable	43,90	8,63
	Intermedia	43,69	8,59
	Desfavorable	42,42	8,04
Conflicto de Rol			
	Favorable	42,17	9,14
	Intermedia	44	8,37
	Desfavorable	43,06	8,20

Tabla 25

Valores medios entre edad y grupo capital social ISTAS 21.

Dimensión	Edad		p
	Media	Desviación estándar	
Confianza Vertical			
Favorable	44,17	8,98	0,621
Intermedia	43,63	8,29	
Desfavorable	43,27	8,45	
Justicia			
Favorable	41,94	7,36	0,292
Intermedia	42,46	8,80	
Desfavorable	43,77	8,31	

Tabla 26

Valores medios entre peso y grupo exigencias psicosociales en el trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Peso		p
	Media	Desviación estándar	
Exigencia Cuantitativa			
Favorable	66,52	10,94	0,387
Intermedia	69,48	12,72	
Desfavorable	68,44	12,18	
Ritmo de Trabajo			
Favorable	71,75	12,98	0,756
Intermedia	69,13	10,39	
Desfavorable	68,63	12,70	
Exigencia Emocional			
Favorable	68,40	12,37	0,745
Intermedia	68,77	11,70	
Desfavorable	69,79	14,05	

Tabla 27

Valores medios entre peso y grupo conflicto familia-trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Peso		p
	Media	Desviación estándar	
Doble Presencia			
	Favorable	68,38	12,51
	Intermedia	68,28	11,58
	Desfavorable	73,16	12,88
			0,077

Tabla 28

Valores medios entre peso y grupo control sobre el trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Peso		p
	Media	Desviación estándar	
Influencia			
	Favorable	70,22	12,77
	Intermedia	68,23	12
	Desfavorable	68,51	12,56
			0,412
Posibilidad Desarrollo			
	Favorable	69,33	12,68
	Intermedia	67,42	10,65
	Desfavorable	65,11	13,17
			0,209
Sentido de Trabajo			
	Favorable	68,71	12,30
	Intermedia	69,08	12,60
	Desfavorable	68,38	12,12
			0,934

Tabla 29

Valores medios entre peso y grupo apoyo social y capacidad de liderazgo ISTAS 21.

Dimensión	Peso		p
	Media	Desviación estándar	
Calidad Liderazgo			
	Favorable	69,02	12,11
	Intermedia	68,42	12,06
	Desfavorable	69,02	12,82
Previsibilidad			
	Favorable	67,43	12,33
	Intermedia	71,27	13,18
	Desfavorable	68,02	11,95
Claridad de Rol			
	Favorable	67,29	10,79
	Intermedia	70,06	12,75
	Desfavorable	67,63	12,40
Conflicto de Rol			
	Favorable	68,15	12,37
	Intermedia	69,37	12,88
	Desfavorable	68,40	11,82

Tabla 30

Valores medios entre peso y grupo compensación de trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Peso		p
	Media	Desviación estándar	
Inseguridad Empleo			
	Favorable	68,58	12,14
	Intermedia	70,18	13,10
	Desfavorable	68,42	12,36
Inseguridad Condiciones de trabajo			
	Favorable	68,21	12,32
	Intermedia	68,02	11,55
	Desfavorable	69,37	12,69

Tabla 31

Valores medios entre peso y grupo capital social ISTAS 21.

Dimensión	Peso		p
	Media	Desviación estándar	
Confianza Vertical			
	Favorable	68,40	11,68
	Intermedia	67,91	11,45
	Desfavorable	69,56	13,16
Justicia			
	Favorable	68,41	10,73
	Intermedia	70,28	12,85
	Desfavorable	68,16	12,20

Tabla 32

Valores medios entre estatura y grupo exigencias psicosociales en el trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Estatura		p
	Media	Desviación estándar	
Exigencia Cuantitativa			
Favorable	1,66	0,07	0,517
Intermedia	1,68	0,09	
Desfavorable	1,67	0,08	
Exigencia Emocional			
Favorable	1,67	0,08	0,758
Intermedia	1,67	0,09	
Desfavorable	1,68	0,09	

Tabla 33

Valores medios entre estatura y grupo control sobre el trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Estatura		p
	Media	Desviación estándar	
Posibilidad Desarrollo			
Favorable	1,67	0,09	0,113
Intermedia	1,65	0,08	
Desfavorable	1,68	0,07	
Sentido de Trabajo			
Favorable	1,67	0,08	0,463
Intermedia	1,68	0,09	
Desfavorable	1,67	0,08	

Tabla 34

Valores medios entre estatura y grupo apoyo social y capacidad de liderazgo ISTAS 21.

Dimensión	Estatura		p
	Media	Desviación estándar	
Calidad Liderazgo			
	Favorable	1,68	0,08
	Intermedia	1,66	0,09
	Desfavorable	1,68	0,09
Previsibilidad			
	Favorable	1,67	0,08
	Intermedia	1,68	0,10
	Desfavorable	1,66	0,08
Claridad de Rol			
	Favorable	1,66	0,07
	Intermedia	1,68	0,09
	Desfavorable	1,67	0,08
Conflicto de Rol			
	Favorable	1,67	0,08
	Intermedia	1,67	0,09
	Desfavorable	1,67	0,08

Tabla 35

Valores medios entre estatura y grupo compensación de trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Estatura		p
	Media	Desviación estándar	
Inseguridad Empleo			
	Favorable	1,66	0,08
	Intermedia	1,68	0,09
	Desfavorable	1,67	0,09
Inseguridad Condiciones de trabajo			
	Favorable	1,67	0,09
	Intermedia	1,66	0,07
	Desfavorable	1,68	0,09

Tabla 36

Valores medios entre estatura y grupo capital social ISTAS 21.

Dimensión	Estatura		p
	Media	Desviación estándar	
Confianza Vertical			
	Favorable	1,66	0,09
	Intermedia	1,67	0,09
	Desfavorable	1,67	0,08
Justicia			
	Favorable	1,67	0,07
	Intermedia	1,68	0,09
	Desfavorable	1,67	0,08

Tabla 37

Valores medios entre IMC y grupo exigencias psicosociales en el trabajo ISTAS 21.

Dimensión	IMC		p	
	Media	Desviación estándar		
Exigencia Cuantitativa				
	Favorable	23,86	3,30	0,583
	Intermedia	24,53	3,47	
	Desfavorable	24,41	3,46	
Ritmo de Trabajo				
	Favorable	23,91	4,68	0,101
	Intermedia	25,24	3,21	
	Desfavorable	24,27	3,45	
Exigencia Emocional				
	Favorable	24,33	3,73	0,906
	Intermedia	24,48	3,07	
	Desfavorable	24,49	3,72	

Tabla 38

Valores medios entre IMC y grupo conflicto familia-trabajo ISTAS 21.

Dimensión	IMC		p	
	Media	Desviación estándar		
Doble Presencia				
	Favorable	24,34	3,50	0,660
	Intermedia	24,47	3,31	
	Desfavorable	24,89	3,59	

Tabla 39

Valores medios entre IMC y grupo control sobre el trabajo ISTAS 21.

Dimensión	IMC		p
	Media	Desviación estándar	
Influencia			
	Favorable	24,17	3,09
	Intermedia	24,45	3,52
	Desfavorable	24,57	3,63
Posibilidad Desarrollo			
	Favorable	24,50	3,54
	Intermedia	24,44	3,05
	Desfavorable	22,76	3,49
Sentido de Trabajo			
	Favorable	24,58	3,60
	Intermedia	24,27	3,20
	Desfavorable	24,08	3,36

Tabla 40

Valores medios de IMC y grupo apoyo social y capacidad de liderazgo ISTAS 21.

Dimensión	IMC		p
	Media	Desviación estándar	
Calidad Liderazgo			
	Favorable	24,40	3,73
	Intermedia	24,54	3,33
	Desfavorable	24,30	3,45
Previsibilidad			
	Favorable	24	4,28
	Intermedia	24,85	3,46
	Desfavorable	24,31	3,35
Claridad de Rol			
	Favorable	24,42	3,39
	Intermedia	24,67	3,45
	Desfavorable	24,04	3,48
Conflicto de Rol			
	Favorable	24,17	3,79
	Intermedia	24,59	3,54
	Desfavorable	24,34	3,25

Tabla 41

Valores medios entre IMC y grupo compensación de trabajo ISTAS 21.

Dimensión	IMC		p
	Media	Desviación estándar	
Inseguridad Empleo			
	Favorable	24,54	3,50
	Intermedia	24,41	3,47
	Desfavorable	24,23	3,39
Inseguridad Condiciones de trabajo			
	Favorable	24,35	3,49
	Intermedia	24,41	3,28
	Desfavorable	24,46	3,52

Tabla 42

Valores medios entre IMC y grupo capital social ISTAS 21.

Dimensión	IMC		p
	Media	Desviación estándar	
Confianza Vertical			
	Favorable	24,66	3,99
	Intermedia	24,11	2,97
	Desfavorable	24,62	3,70
Justicia			
	Favorable	24,53	4,33
	Intermedia	24,68	3,70
	Desfavorable	24,30	3,29

Tabla 43

Valores medios entre personas a su cargo y grupo exigencias psicosociales en el trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Personas a su cargo		
	Media	Desviación estándar	p
Exigencia Cuantitativa			
Favorable	1,97	1,44	0,060
Intermedia	1,45	1,36	
Desfavorable	1,40	1,21	
Exigencia Emocional			
Favorable	1,49	1,41	0,726
Intermedia	1,49	1,23	
Desfavorable	1,35	1,25	

Tabla 45

Valores medios entre personas a su cargo y grupo control sobre el trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Personas a su cargo		
	Media	Desviación estándar	p
Influencia			
Favorable	1,67	1,46	0,125
Intermedia	1,35	1,17	
Desfavorable	1,49	1,38	
Sentido de Trabajo			
Favorable	1,5	1,31	0,711
Intermedia	1,47	1,38	
Desfavorable	1,33	1,13	

Tabla 46

Valores medios entre personas a su cargo y grupo apoyo social y capacidad de liderazgo ISTAS 21.

Dimensión	Personas a su cargo		
	Media	Desviación estándar	p
Calidad Liderazgo			
	Favorable	1,37	1,32
	Intermedia	1,47	1,33
	Desfavorable	1,52	1,28
Previsibilidad			
	Favorable	1,34	1,00
	Intermedia	1,57	1,56
	Desfavorable	1,44	1,24
Claridad de Rol			
	Favorable	1,40	1,17
	Intermedia	1,52	1,33
	Desfavorable	1,43	1,35
Conflicto de Rol			
	Favorable	1,21	1,35
	Intermedia	1,57	1,40
	Desfavorable	1,45	1,19

Tabla 47

Valores medios entre personas a su cargo y grupo capital social ISTAS 21.

Dimensión	Personas a su cargo		p
	Media	Desviación estándar	
Confianza Vertical			
Favorable	1,66	1,54	0,443
Intermedia	1,50	1,30	
Desfavorable	1,40	1,27	
Justicia			
Favorable	1,42	1,46	0,981
Intermedia	1,48	1,38	
Desfavorable	1,47	1,27	

Tabla 48

Asociación entre sexo y grupo exigencias psicosociales en el trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Sexo		p
	Hombre n = 116	Mujer n = 322	
Exigencia Cuantitativa			
Favorable	6 (5,2%)	29 (9%)	0,253
Intermedia	61 (52,6%)	147 (45,7%)	
Desfavorable	49 (42,2%)	146 (45,3%)	
Ritmo de Trabajo			
Favorable	3 (2,6%)	4 (1,2%)	0,612
Intermedia	21 (18,1%)	55 (17,1%)	
Desfavorable	92 (79,3%)	263 (81,7%)	
Exigencia Emocional			
Favorable	46 (39,7%)	137 (42,5%)	0,726
Intermedia	52 (44,8%)	132 (41%)	
Desfavorable	18 (15,5%)	53 (16,5%)	

Tabla 49

Asociación entre sexo y grupo conflicto familia-trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Sexo		p
	Hombre n = 116	Mujer n = 322	
Doble Presencia			
Favorable	76 (65,5%)	198 (61,5%)	0,431
Intermedia	28 (24,1%)	97 (30,1%)	
Desfavorable	12 (10,3%)	27 (8,4%)	

Tabla 50

Asociación entre sexo y grupo control sobre el trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Sexo		p
	Hombre n = 116	Mujer n = 322	
Posibilidad Desarrollo			
Favorable	90 (77,6%)	242 (75,2%)	0,866
Intermedia	22 (19%)	67 (20,8%)	
Desfavorable	4 (3,4%)	13 (4%)	
Sentido de Trabajo			
Favorable	56 (48,3%)	193 (59,9%)	0,079
Intermedia	44 (37,9%)	89 (27,6%)	
Desfavorable	13 (13,8%)	40 (12,8%)	

Tabla 51

Asociación entre sexo y grupo apoyo social y capacidad de liderazgo ISTAS 21.

Dimensión	Sexo		p	
	Hombre n = 116	Mujer n = 322		
Calidad Liderazgo				
	Favorable	22 (19%)	69 (21,4%)	0,353
	Intermedia	43 (37,1%)	136 (42,2%)	
	Desfavorable	51 (44%)	117 (36,3%)	
Previsibilidad				
	Favorable	7 (6%)	23 (7,1%)	0,186
	Intermedia	36 (31%)	72 (22,4%)	
	Desfavorable	73 (62,9%)	227 (70,5%)	
Claridad de Rol				
	Favorable	14 (12,1%)	66 (20,5%)	0,092
	Intermedia	64 (55,2%)	151 (46,6%)	
	Desfavorable	38 (32,8%)	105 (32,6%)	
Conflicto de Rol				
	Favorable	16 (13,8%)	46 (14,8%)	0,933
	Intermedia	50 (43,1%)	187 (42,7%)	
	Desfavorable	50 (43,1%)	186 (42,5%)	

Tabla 52

Asociación entre sexo y grupo compensación de trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Sexo		p
	Hombre n = 116	Mujer n = 322	
Inseguridad Empleo			
Favorable	62 (53,4%)	167 (51,9%)	0,280
Intermedia	22 (19%)	45 (14%)	
Desfavorable	32 (27,6%)	110 (34,2%)	
Inseguridad Condiciones de trabajo			
Favorable	31 (26,7%)	78 (24,2%)	0,840
Intermedia	26 (22,4%)	71 (22%)	
Desfavorable	59 (50,9%)	173 (53,7%)	

Tabla 53

Asociación entre sexo y grupo capital social ISTAS 21.

Dimensión	Sexo		p
	Hombre n = 116	Mujer n = 322	
Confianza Vertical			
Favorable	9 (7,8%)	34 (10,6%)	0,670
Intermedia	48 (41,4%)	131 (40,7%)	
Desfavorable	59 (50,9%)	157 (48,8%)	
Justicia			
Favorable	4 (3,4%)	15 (4,7%)	0,210
Intermedia	41 (35,3%)	86 (26,7%)	
Desfavorable	71 (61,2%)	221 (66,7%)	

Tabla 54

Asociación entre estado civil y grupo exigencias psicosociales en el trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Estado Civil			p
	Soltero n = 63	Casado/Pareja n = 318	Separado* n = 50	
Exigencia Cuantitativa				
Favorable	4 (6,3%)	27 (8,5%)	4 (8%)	0,154
Intermedia	23 (36,5%)	153 (48,1%)	29 (58%)	
Desfavorable	36 (57,1%)	138 (43,4)	17 (34%)	
Ritmo de Trabajo				
Favorable	2 (3,2%)	3 (0,9%)	2 (4%)	0,097
Intermedia	6 (9,5%)	62 (19,5%)	6 (12%)	
Desfavorable	55 (87,3)	253 (79,6%)	42 (84 %)	
Exigencia Emocional				
Favorable	23 (36,5%)	133 (41,8%)	23 (46 %)	0,585
Intermedia	30 (47,6%)	130 (40,9%)	22 (44%)	
Desfavorable	10 (45,9%)	55 (17,3%)	5 (10%)	

* Separado/divorciado/viudo

Tabla 55

Asociación entre estado civil y grupo conflicto familia-trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Estado Civil			p
	Soltero n = 63	Casado/Pareja n = 318	Separado* n = 50	
Doble Presencia				
Favorable	47 (74,6%)	189 (59,4%)	34 (68%)	0,089
Intermedia	14 (22,2%)	95 (29,9%)	13 (26%)	
Desfavorable	2 (3,2%)	34 (10,7%)	3 (6%)	

* Separado/divorciado/viudo

Tabla 56

Asociación entre estado civil y grupo control sobre el trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Estado Civil			p
	Soltero n = 63	Casado/Pareja n = 318	Separado* n = 50	
Influencia				
Favorable	14 (22,2%)	78 (24,5%)	10 (20%)	0,456
Intermedia	28 (44,4%)	153 (48,1%)	20 (40%)	
Desfavorable	21 (33,3%)	87 (27,4%)	20 (40%)	
Sentido Trabajo				
Favorable	37 (58,7%)	182 (57,2%)	28 (56 %)	0,428
Intermedia	15 (23,8%)	100 (31,4%)	13 (26%)	
Desfavorable	11 (17,5%)	36 (11,3%)	9 (18%)	

* Separado/divorciado/viudo

Tabla 57

Asociación entre estado civil y grupo apoyo social y capacidad de liderazgo ISTAS 21.

Dimensión	Estado Civil			p
	Soltero n = 63	Casado/Pareja n = 318	Separado* n = 50	
Calidad Liderazgo				
Favorable	12 (19%)	64 (20,1%)	13 (26%)	0,849
Intermedia	28 (44,4%)	129 (40,6%)	18 (36%)	
Desfavorable	23 (36,5%)	125 (39,3%)	19 (38%)	
Previsibilidad				
Favorable	3 (10%)	23 (7,23%)	4(8%)	0,859
Intermedia	14 (13,3%)	77(24,2%)	14(28%)	
Desfavorable	46 (15,5%)	218(68,5%)	32(64%)	
Claridad de Rol				
Favorable	10 (15,9%)	57 (17,9%)	12 (24%)	0,654
Intermedia	29 (46%)	157 (49,4%)	25 (50%)	
Desfavorable	24 (38,1%)	104 (32,7%)	13 (26%)	
Conflicto de Rol				
Favorable	13 (20,6%)	47 (14,8%)	5 (10%)	0,620
Intermedia	24 (38,1%)	136 (42,8%)	23 (46%)	
Desfavorable	26 (41,3%)	135 (42,5%)	22 (44%)	

* Separado/divorciado/viudo

Tabla 58

Asociación entre estado civil y grupo compensación trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Estado Civil			p
	Soltero n = 63	Casado/Pareja n = 318	Separado* n = 50	
Inseguridad Empleo				
Favorable	28 (44,4%)	173 (54,4%)	24 (48%)	0,579
Intermedia	12 (19%)	46 (14,5%)	7 (14 %)	
Desfavorable	23 (36,5%)	99 (31,1%)	19 (38%)	
Inseguridad Condiciones Trabajo				
Favorable	11 (17,5%)	87 (27,4%)	11 (22%)	0,379
Intermedia	15 (23,8%)	71 (22,3%)	9 (18%)	
Desfavorable	37 (58,7%)	160 (50,3%)	30 (60%)	

* Separado/divorciado/viudo

Tabla 59

Asociación entre estado civil y grupo capital social ISTAS 21.

Dimensión	Estado Civil			p
	Soltero n = 63	Casado/Pareja n = 318	Separado* n = 50	
Confianza Vertical				
Favorable	9 (14,3%)	28 (8,8%)	5 (10%)	0,397
Intermedia	19 (30,2%)	135 (42,5%)	20 (40%)	
Desfavorable	35 (55,6%)	155 (48,7%)	25 (25%)	
Justicia				
Favorable	3 (4,8%)	14 (4,4%)	2 (4%)	0,979
Intermedia	17 (27%)	94 (29,6%)	13 (26%)	
Desfavorable	43 (68,3%)	210 (66%)	35 (70%)	

* Separado/divorciado/viudo

Tabla 60

Asociación entre centro de trabajo y grupo conflicto familia-trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Centro de Trabajo						p
	HUMM n = 80	HURS n = 37	HUVA n = 141	HUSL n = 94	HUMMe n = 36	HURM n = 52	
Doble Presencia							
Favorable	44 (55%)	28 (75,7%)	91 (64,5%)	54 (57,4%)	26 (72,2%)	33 (63,5%)	
Intermedia	25 (31,3%)	9 (24,3%)	38 (27%)	30 (31,9%)	7 (19,4%)	16 (30,8%)	0,160
Desfavorable	11 (13,8%)	0 (0%)	12 (8,5%)	10 (10,6%)	3 (8,3%)	3 (5,8%)	

Tabla 61

Asociación entre centro de trabajo y grupo control sobre el trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Centro de Trabajo						p
	HUMM n = 80	HURS n = 37	HUVA n = 141	HUSL n = 94	HUMMe n = 36	HURM n = 52	
Influencia							
Favorable	22 (27,5%)	11 (29,7%)	36 (25,5%)	19 (20,2%)	8 (22,2%)	7 (13,5%)	0,561
Intermedia	33 (41,3%)	17 (45,9%)	59 (41,8%)	50 (53,2%)	16 (44,4%)	29 (55,8%)	
Desfavorable	25 (31,3%)	9 (24,3%)	46 (32,6%)	25 (26,6%)	12 (33,3%)	16 (30,8%)	
Sentido Trabajo							
Favorable	35 (43,8%)	25 (67,6%)	89 (63,1%)	50 (53,2%)	21 (58,3%)	30 (57,7%)	0,056
Intermedia	25 (31,3%)	9 (24,3%)	37 (26,2%)	33 (35,1%)	13 (36,1%)	17 (32,7%)	
Desfavorable	20 (25%)	3 (8,1%)	15 (10,6%)	11 (11,7%)	2 (5,6%)	5 (9,6%)	

Tabla 62

Asociación de centro de trabajo y apoyo social/capacidad de liderazgo ISTAS 21.

Dimensión	Centro de Trabajo						p
	HUMM n = 80	HURS n = 37	HUVA n = 141	HUSL n = 94	HUMMe n = 36	HURM n = 52	
Claridad de Rol							
Favorable	15 (18,8%)	8 (21,6%)	17 (12,1%)	17 (18,1%)	10 (27,8%)	13 (25%)	0,058
Intermedia	33 (41,3%)	22 (59,5%)	74 (52,5%)	41 (43,6%)	20 (55,6%)	26 (50%)	
Desfavorable	32 (40%)	7 (18,9%)	50 (35,5%)	36 (38,3%)	6 (16,7%)	13 (25%)	

Tabla 63

Asociación entre actividad profesional y grupo conflicto familia-trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Actividad Profesional			p
	B. Enfermería n = 130	Enfermería n = 242	Médico n = 67	
Doble Presencia				
Favorable	86 (66,2%)	151 (62,4%)	39 (58,2%)	0,202
Intermedia	38 (29,2%)	64 (26,4%)	23 (34,3%)	
Desfavorable	6 (4,6%)	27 (11,2%)	5 (7,5%)	

Tabla 64

Asociación entre actividad profesional y grupo control sobre el trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Actividad Profesional			p
	B. Enfermería n = 130	Enfermería n = 242	Médico n = 67	
Sentido Trabajo				
Favorable	70 (53,8%)	132 (54,5%)	48 (71,6%)	0,064
Intermedia	39 (30%)	79 (32,6%)	15 (22,4%)	
Desfavorable	21 (16,2%)	31 (12,8%)	4 (6%)	

Tabla 65

Asociación entre actividad profesional y grupo apoyo social y capacidad de liderazgo ISTAS 21.

Dimensión	Actividad Profesional			p
	A. Enfermería n = 130	Enfermería n = 242	Médico n = 67	
Calidad Liderazgo				
Favorable	26 (20%)	45 (18,6%)	20 (29,9%)	0,322
Intermedia	50 (38,5%)	105 (43,4%)	23 (34,3%)	
Desfavorable	54 (41,5%)	92 (38%)	24 (35,8%)	

Tabla 66

Asociación entre actividad profesional y grupo capital social ISTAS 21.

Dimensión	Actividad Profesional			p
	A. Enfermería n = 130	Enfermería n = 242	Médico n = 67	
Confianza Vertical				
Favorable	19 (14,6%)	18 (7,4%)	6 (9%)	0,269
Intermedia	49 (37,7%)	100 (41,3%)	30 (44,8%)	
Desfavorable	62 (47,7%)	124 (51,2%)	31 (46,3%)	
Justicia				
Favorable	8 (6,2%)	6 (2,5%)	5 (7,5%)	0,148
Intermedia	42 (32,3%)	65 (26,9%)	21 (31,3%)	
Desfavorable	80 (61,5%)	171 (70,7%)	41 (61,2%)	

Tabla 67

Asociación entre años de actividad sanitaria y grupo exigencias psicosociales en el trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Años de Actividad Sanitaria				p
	0-12 años n = 1	1-5 años n = 10	5-10 años n = 65	+10 años n = 364	
Exigencia Cuantitativa					
Favorable	0 (0%)	0 (0%)	7 (10,8%)	28 (7,7%)	0,545
Intermedia	1 (100%)	6 (60%)	33 (50,8%)	169 (46,4%)	
Desfavorable	0 (0%)	4 (40%)	25 (38,5%)	167 (45,9%)	
Ritmo de Trabajo					
Favorable	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,5%)	7 (1,9%)	0,946
Intermedia	1 (100%)	2 (20%)	14 (21,5%)	61 (16,8%)	
Desfavorable	0 (0%)	8 (80%)	50 (76,9%)	296 (81,3%)	
Exigencia Emocional					
Favorable	1 (100%)	8 (80%)	33 (50,8%)	142 (39%)	0,072
Intermedia	0 (0%)	1 (10%)	23 (35,4%)	160 (44%)	
Desfavorable	0 (0%)	1 (10%)	9 (13,8%)	62 (17%)	

Tabla 68

Asociación entre años de actividad sanitaria y grupo conflicto familia-trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Años de Actividad Sanitaria				p
	0-12 años n = 1	1-5 años n = 10	5-10 años n = 65	+10 años n = 364	
Doble Presencia					
Favorable	1 (100%)	6 (60%)	49 (75,4%)	220(60,4%)	0,111
Intermedia	0 (0%)	3 (30%)	15 /23,1%)	107 (29,4%)	
Desfavorable	0 (0%)	1 (10%)	1 (1,5%)	37 (10,2%)	

Tabla 69

Asociación entre años de actividad sanitaria y grupo control sobre el trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Años de Actividad Sanitaria				p
	0-12 años n = 1	1-5 años n = 10	5-10 años n = 65	+10 años n = 364	
Influencia					
Favorable	0 (0%)	0 (0%)	15 (23,1%)	88 (24,2%)	0,190
Intermedia	0 (0%)	7 (70%)	28 (43,1%)	169 (46,4%)	
Desfavorable	1 (100%)	3 (30%)	22 (33,8%)	107 (29,4%)	
Posibilidad Desarrollo					
Favorable	1 (100%)	8 (80%)	57 (87,7%)	267 (73,4%)	0,108
Intermedia	0 (0%)	2 (20%)	5 (7,7%)	82 (22,5%)	
Desfavorable	0 (0%)	0 (0%)	3 (4,6%)	15 4,1%)	
Sentido Trabajo					
Favorable	0 (0%)	6 (60%)	43 (66,2%)	201 (55,2%)	0,327
Intermedia	1 (100%)	3 (30%)	18 (27,7%)	112 (30,8%)	
Desfavorable	0 (0%)	1 (10%)	4 (6,2%)	51 (14%)	

Tabla 70

Asociación entre años de actividad sanitaria y grupo apoyo social y capacidad de liderazgo ISTAS 21.

Dimensión	Años de Actividad Sanitaria				p
	0-12 años n = 1	1-5 años n = 10	5-10 años n = 65	+10 años n = 364	
Calidad Liderazgo					
Favorable	0 (0%)	3 (30%)	15 (23,1%)	73 (20,1%)	0,690
Intermedia	0 (0%)	5 (50%)	26 (40%)	148 (40,7%)	
Desfavorable	1 (100%)	2 (20%)	24 (36,9%)	143 (39,3%)	
Previsibilidad					
Favorable	0 (0%)	0 (0%)	7 (10,7%)	23 (6,3%)	0,551
Intermedia	0 (0%)	4 (40%)	17 (26,1%)	87 (23,9%)	
Desfavorable	1 (100%)	6 (60%)	41 (63,2%)	254 (69,8%)	
Claridad de Rol					
Favorable	0 (0%)	3 (30%)	17 (26,2%)	60 (16,5%)	0,335
Intermedia	0 (0%)	5 (50%)	30 (46,2%)	181 (49,7%)	
Desfavorable	1 (100%)	2 (20%)	18 (27,7%)	123 (33,8%)	
Conflicto de Rol					
Favorable	0 (0%)	2 (20%)	13 (20%)	50 (13,7%)	0,672
Intermedia	1 (100%)	3 (30%)	26 (40%)	158 (43,4%)	
Desfavorable	0 (0%)	5 (50%)	26 (%)	156 (42,9%)	

Tabla 71

Asociación entre años de actividad sanitaria y grupo capital social ISTAS 21.

Dimensión	Años de Actividad Sanitaria				p
	0-12 años n = 1	1-5 años n = 10	5-10 años n = 65	+10 años n = 364	
Confianza Vertical					
Favorable	0 (0%)	2 (20%)	8 (12,3%)	33 (9,1%)	0,781
Intermedia	0 (0%)	3 (30%)	26 (40%)	151 (41,5%)	
Desfavorable	1 (100%)	5 (50%)	31 (47,7%)	180 (49,5%)	
Justicia					
Favorable	0 (0%)	0 (0%)	2 (3,1%)	17 (4,7%)	0,161
Intermedia	0 (0%)	4 (40%)	28 (43,1%)	96 (26,4%)	
Desfavorable	1 (100%)	6 (60%)	35 (53,8%)	251 (69%)	

Tabla 72

Asociación entre años de actividad en UCI y grupo exigencias psicosociales en el trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Años de Actividad en UCI					p
	<3 meses n = 3	3-12 meses n = 38	1-5 años n = 95	5-10 años n = 123	<10 años n = 181	
Exigencia Cuantitativa						
Favorable	0 (0%)	6 (15,8%)	6 (6,3%)	6 (4,9%)	17 (9,4%)	0,075
Intermedia	2 (66,7%)	24 (63,2%)	43 (45,3%)	60 (48,8%)	80 (44,2%)	
Desfavorable	1 (33,3%)	8 (21,1%)	46 (48,4%)	57 (46,3%)	84 (46,4%)	
Ritmo de Trabajo						
Favorable	0 (0%)	1 (2,6%)	1 (1,1%)	0 (0%)	6 (3,3%)	0,176
Intermedia	1 (33,3%)	9 (23,7%)	12 (12,6%)	19 (15,4%)	36 (19,9%)	
Desfavorable	2 (66,7%)	28 (73,7%)	82 (86,3%)	104 (84,6%)	139 (76,8%)	

Tabla 73

Asociación entre años de actividad en UCI y grupo conflicto familia-trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Años de Actividad en UCI					p
	<3 meses n = 3	3-12 meses n = 38	1-5 años n = 95	5-10 años n = 123	<10 años n = 181	
Doble Presencia						
Favorable	3 (100%)	25 (65,8%)	63 (66,3%)	79 (64,2%)	106 (58,6%)	0,636
Intermedia	0 (0%)	10 (26,3%)	24 (25,3%)	36 (29,3%)	55 (30,4%)	
Desfavorable	0 (0%)	3 (7,9%)	8 (8,4%)	8 (6,5%)	20 (11%)	

Tabla 74

Asociación entre años de actividad en UCI y grupo control sobre el trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Años de Actividad en UCI					p
	<3 meses n = 3	3-12 meses n = 38	1-5 años n = 95	5-10 años n = 123	<10 años n = 181	
Influencia						
Favorable	0 (0%)	5 (13,2%)	21 (22,1%)	27 (22%)	50 (27,6%)	0,053
Intermedia	1 (33,3%)	16 (42,1%)	38 (40%)	67 (54,5%)	82 (45,3%)	
Desfavorable	2 (66,7%)	17 (44,7%)	36 (37,9%)	29 (23,6%)	49 (27,1%)	
Posibilidad Desarrollo						
Favorable	3 (100%)	35 (92,1%)	76 (80%)	93 (75,6%)	126 (69,6%)	0,063
Intermedia	0 (0%)	2 (5,3%)	13 (13,7%)	26 (21,1%)	48 (26,5%)	
Desfavorable	0 (0%)	1 (2,6%)	6 (6,3%)	4 (3,3%)	7 (3,9%)	
Sentido Trabajo						
Favorable	2 (66,7%)	27 (71,1%)	54 (56,8%)	62 (50,4%)	105 (58%)	0,444
Intermedia	1 (33,3%)	9 (23,7%)	28 (29,5%)	46 (37,4%)	50 (27,6%)	
Desfavorable	0 (0%)	2 (5,3%)	13 (13,7%)	15 (12,2%)	26 (14,4%)	

Tabla 75

Asociación entre años de actividad en UCI y grupo apoyo social y capacidad de liderazgo ISTAS 21.

Dimensión	Años de Actividad en UCI					p
	<3 meses n = 3	3-12 meses n = 38	1-5 años n = 95	5-10 años n = 123	<10 años n = 181	
Calidad Liderazgo						
Favorable	3 (100%)	9 (23,7%)	19 (20%)	28 (22,8%)	32 (17,7%)	0,195
Intermedia	0 (0%)	15 (39,5%)	40 (42,1%)	48 (39 %)	76 (42%)	
Desfavorable	0 (0%)	14 (36,8%)	36 (37,9%)	47 (38,2%)	73 (40,3%)	
Previsibilidad						
Favorable	0 (0%)	3 (7,9%)	7 (7,4%)	6 (4,9%)	14 (7,7%)	0,861
Intermedia	1 (33,3%)	12 (31,6%)	26 (27,4%)	27 (22%)	42 (23,2%)	
Desfavorable	2 (66,7%)	23 (60,5%)	62 (65,3%)	90 (73,2%)	125 (69,1%)	
Claridad de Rol						
Favorable	2 (66,7%)	7 (18,4%)	16 (16,8%)	18 (14,6%)	37 (20,4%)	0,401
Intermedia	1 (33,3%)	19 (50%)	43 (45,3%)	68 (55,3%)	85 (47%)	
Desfavorable	0 (0%)	12 (31,6%)	36 (37,9%)	37 (30,1%)	59 (32,6%)	

Tabla 76

Asociación entre años de actividad en UCI y grupo capital social ISTAS 21.

Dimensión	Años de Actividad en UCI					p
	<3 meses n = 3	3-12 meses n = 38	1-5 años n = 95	5-10 años n = 123	<10 años n = 181	
Justicia						
Favorable	1 (33,3%)	3 (7,9%)	3 (3,2%)	5 (4,1%)	7 (3,9%)	0,098
Intermedia	2 (66,7%)	14 (36,8%)	33 (34,7%)	34 (27,6%)	45 (24,9%)	
Desfavorable	0 (0%)	21 (55,3%)	59 (62,1%)	84 (68,3%)	129 (71,3%)	

Tabla 77

Asociación entre jornada laboral y grupo exigencias psicosociales en el trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Jornada Laboral		p
	Turno fijo n = 129	Turno Rodado n = 311	
Ritmo de Trabajo			
Favorable	1 (0,8%)	7 (2,3%)	0,136
Intermedia	17 (13,2%)	60 (19,3%)	
Desfavorable	111 (86%)	244 (78,5%)	
Exigencia Emocional			
Favorable	52 (40,3%)	132 (42,4%)	0,900
Intermedia	56 (43,4%)	128 (41,2%)	
Desfavorable	21 (16,3%)	51 (16,4%)	

Tabla 78

Asociación entre jornada laboral y grupo conflicto familia-trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Jornada Laboral		p
	Turno Fijo n = 129	Turno Rodado n = 311	
Doble Presencia			
Favorable	86 (66,7%)	190 (61,1%)	0,540
Intermedia	33 (25,6%)	92 (29,6%)	
Desfavorable	10 (7,8%)	29 (9,3%)	

Tabla 79

Asociación entre jornada laboral y grupo control sobre el trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Jornada Laboral		p
	Turno Fijo n = 129	Turno Rodado n = 311	
Influencia			
Favorable	31 (24%)	72 (23,2%)	0,123
Intermedia	51 (39,5%)	153 (49,2%)	
Desfavorable	47 (36,4%)	86 (27,7%)	
Posibilidad Desarrollo			
Favorable	98 (76%)	235 (75,6%)	0,099
Intermedia	22 (17,1%)	67 (21,5%)	
Desfavorable	9 (7%)	9 (2,9%)	
Sentido de Trabajo			
Favorable	81 (62,8%)	169 (54,3%)	0,250
Intermedia	33 (25,6%)	101 (32,5%)	
Desfavorable	15 (11,6%)	41 (13,2%)	

Tabla 80

Asociación entre jornada laboral y grupo apoyo social y capacidad de liderazgo ISTAS 21.

Dimensión	Jornada Laboral		p
	Turno Fijo n = 129	Turno Rodado n = 311	
Calidad Liderazgo			
	Favorable	25 (19,4%) 66 (21,2%)	0,898
	Intermedia	54 (41,9%) 125 (40,2%)	
	Desfavorable	50 (38,8%) 120 (38,6%)	
Claridad de Rol			
	Favorable	22 (17,1%) 58 (18,659)	0,439
	Intermedia	59 (45,7%) 157 (50,55)	
	Desfavorable	48 (37,2%) 96 (30,95)	
Conflicto de Rol			
	Favorable	18 (14%) 47 (15,1%)	0,796
	Intermedia	53 (41,1%) 135 (43,4%)	
	Desfavorable	58 (45%) 129 (41,5%)	

Tabla 81

Asociación entre jornada laboral y grupo compensación de trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Jornada Laboral		p
	Turno Fijo n = 129	Turno Rodado n = 311	
Inseguridad Empleo			
	Favorable	67 (51,9%) 163 (52,4%)	0,841
	Intermedia	18 (14%) 49 (15,8%)	
	Desfavorable	44 (34,1%) 99 (31,8%)	

Tabla 82

Asociación entre jornada laboral y grupo capital social ISTAS 21.

Dimensión	Jornada Laboral		p	
	Turno Fijo n = 129	Turno Rodado n = 311		
Confianza Vertical				
	Favorable	9 (7%)	34 (10,9%)	0,369
	Intermedia	52 (40,3%)	128 (41,2%)	
	Desfavorable	68 (52,7%)	149 (47,9%)	

Tabla 83

Asociación entre tipo de jornada y grupo exigencias psicosociales en el trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Tipo de Jornada		p	
	Completa n = 401	Reducida n = 39		
Exigencia Cuantitativa				
	Favorable	31 (3,7%)	4 (10,3%)	0,090
	Intermedia	185 (46,1%)	24 (61,5%)	
	Desfavorable	185 (46,1%)	11 (28,2%)	
Ritmo de Trabajo				
	Favorable	7 (1,7%)	1 (2,6%)	0,886
	Intermedia	71 (17,7%)	6 (15,4%)	
	Desfavorable	323 (80,5%)	32 (82,1%)	
Exigencia Emocional				
	Favorable	161 (40,1%)	23 (59%)	0,052
	Intermedia	171 (42,6%)	13 (33,3%)	
	Desfavorable	69 (17,2%)	3 (7,7%)	

Tabla 84

Asociación entre tipo de jornada y grupo conflicto familia-trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Tipo de Jornada		p	
	Completa n = 401	Reducida n = 39		
Doble Presencia				
	Favorable	245 (61,1%)	31 (79,5%)	0,061
	Intermedia	119 (29,7%)	6 (15,4%)	
	Desfavorable	37 (9,2%)	2 (5,1%)	

Tabla 85

Asociación entre tipo de jornada y grupo control sobre el trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Tipo de Jornada		p	
	Completa n = 401	Reducida n = 39		
Influencia				
	Favorable	98 (24,4%)	5 (12,8%)	0,216
	Intermedia	184 (45,9%)	20 (51,3%)	
	Desfavorable	119 (29,7%)	14 (35,9%)	
Posibilidad Desarrollo				
	Favorable	301 (75,1%)	32 (82,1%)	0,159
	Intermedia	82 (20,4%)	7 (17,9%)	
	Desfavorable	18 (4,5%)	0 (0%)	
Sentido de Trabajo				
	Favorable	226 (56,4%)	24 (61,5%)	0,254
	Intermedia	121 (30,2%)	13 (33,3%)	
	Desfavorable	54 (13,5%)	5 (5,1%)	

Tabla 86

Asociación entre tipo de jornada y grupo compensación de trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Tipo de Jornada		p
	Completa n = 401	Reducida n = 39	
Inseguridad Empleo			
Favorable	212 (52,9%)	18 (46,2%)	0,683
Intermedia	61 (15,2%)	6 (15,4%)	
Desfavorable	128 (31,9%)	15 (38,5%)	
Inseguridad Condiciones de trabajo			
Favorable	99 (24,7%)	10 (25,6%)	0,976
Intermedia	89 (22,2%)	9 (23,1%)	
Desfavorable	213 (53,1%)	20 (51,3%)	

Tabla 87

Asociación entre tipo de jornada y grupo capital social ISTAS 21.

Dimensión	Tipo de Jornada		p
	Completa n = 401	Reducida n = 39	
Confianza Vertical			
Favorable	37 (9,2%)	6 (15,4%)	0,480
Intermedia	166 (41,4%)	14 (35,9%)	
Desfavorable	198 (49,4%)	19 (48,7%)	
Justicia			
Favorable	15 (3,7%)	4 (10,3%)	0,066
Intermedia	113 (28,2%)	15 (38,5%)	
Desfavorable	273 (68,1%)	20 (51,3%)	

Tabla 88

Asociación entre satisfacción de haber elegido ser profesional sanitario y grupo apoyo social y capacidad de liderazgo ISTAS 21.

Dimensión	Satisfacción de ser Profesional Sanitario			p
	Satisfecho n = 46	Normal n = 35	Insatisfecho n = 359	
Calidad Liderazgo				
Favorable	9 (19,6%)	3 (8,6%)	79 (22%)	0,300
Intermedia	22 (47,8%)	15 (42,9%)	142 (39,6%)	
Desfavorable	15 (32,6%)	17 (48,6%)	138 (38,4%)	
Claridad de Rol				
Favorable	11 (23,9%)	5 (14,3%)	64 (17,8%)	0,412
Intermedia	21 (45,7%)	14 (40%)	181 (50,4%)	
Desfavorable	14 (30,4%)	16 (45,7%)	114 (31,8%)	
Conflicto de Rol				
Favorable	8 (17,4%)	3 (8,6%)	54 (15%)	0,195
Intermedia	15 (32,6%)	12 (34,3%)	161 (44,8%)	
Desfavorable	23 (50%)	20 (57,1%)	144 (42,5%)	

Tabla 89

Asociación entre satisfacción de haber elegido ser profesional sanitario y grupo compensación trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Satisfacción de ser Profesional Sanitario			p
	Insatisfecho n = 46	Normal n = 35	Satisfecho n = 359	
Inseguridad Empleo				
Favorable	23 (50%)	17 (48,6%)	190 (52,9%)	0,518
Intermedia	6 (13%)	3 (8,6%)	58 (16,2%)	
Desfavorable	17 (37%)	15 (42,9%)	111 (30,9%)	
Inseguridad Condiciones Trabajo				
Favorable	9 (19,6%)	8 (22,9%)	92 (25,6%)	0,710
Intermedia	9 (19,6%)	10 (28,6%)	79 (22%)	
Desfavorable	28 (60,9%)	17 (48,6%)	188 (52,4%)	

Tabla 90

Asociación entre satisfacción de haber elegido ser profesional sanitario y grupo capital social ISTAS 21.

Dimensión	Satisfacción de ser Profesional Sanitario			p
	Insatisfecho n = 46	Normal n = 35	Satisfecho n = 359	
Confianza Vertical				
Favorable	5 (10,9%)	3 (8,6%)	35 (9,7%)	0,995
Intermedia	18 (39,1%)	14 (40%)	148 (41,2%)	
Desfavorable	23 (50%)	18 (51,4%)	176 (49%)	
Justicia				
Favorable	2 (4,3%)	0 (0%)	17 (4,7%)	0,286
Intermedia	17 (37%)	9 (25,7%)	102 (28,4%)	
Desfavorable	27 (58,7%)	26 (74,3%)	240 (66,9%)	

Tabla 91

Asociación entre cambiar de trabajo y grupo exigencias psicosociales en el trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Cambiar de Trabajo		p
	No n = 403	Si n = 35	
Exigencia Cuantitativa			
Favorable	33 (8,2%)	2 (5,7%)	0,804
Intermedia	193 (47,9%)	16 (45,7%)	
Desfavorable	177 (43,9%)	17 (48,6%)	
Ritmo de Trabajo			
Favorable	6 (1,5%)	1 (2,9%)	0,088
Intermedia	75 (18,6%)	2 (5,7%)	
Desfavorable	322 (79,9%)	32 (91,4%)	
Exigencia Emocional			
Favorable	174 (43,2%)	9 (25,7%)	0,052
Intermedia	167 (41,4%)	16 (45,7%)	
Desfavorable	62 (15,4%)	10 (28,6%)	

Tabla 92

Asociación entre cambiar de trabajo y grupo control sobre el trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Cambiar de Trabajo		p
	No n = 403	Si n = 35	
Influencia			
Favorable	98 (24,3%)	5 (14,3%)	0,306
Intermedia	193 (45,4%)	20 (57,1%)	
Desfavorable	122 (30,3%)	10 (28,6%)	
Sentido de Trabajo			
Favorable	236 (58,6%)	14 (40%)	0,097
Intermedia	119 (29,5%)	14 (40%)	
Desfavorable	48 (11,9%)	7 (20%)	

Tabla 93

Asociación entre cambiar de trabajo y grupo apoyo social y capacidad de liderazgo ISTAS 21.

Dimensión	Cambiar de Trabajo		p
	No n = 403	Si n = 35	
Calidad Liderazgo			
Favorable	86 (21,3%)	5 (14,3%)	0,136
Intermedia	167 (41,4%)	11 (31,4%)	
Desfavorable	150 (37,2%)	19 (54,3%)	
Previsibilidad			
Favorable	28 (6,9%)	2 (5,7%)	0,504
Intermedia	101 (25,1%)	6 (17,1%)	
Desfavorable	274 (68%)	27 (77,1%)	

Tabla 194

Asociación entre cambiar de trabajo y grupo compensación de trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Cambiar de Trabajo		p
	No n = 403	Si n = 35	
Inseguridad Empleo			
Favorable	210 (52,1%)	19 (54,3%)	0,493
Intermedia	64 (15,9%)	3 (8,6%)	
Desfavorable	129 (32%)	13 (37,1%)	
Inseguridad Condiciones de trabajo			
Favorable	101 (25,1%)	8 (22,9%)	0,959
Intermedia	89 (22,1%)	8 (22,9%)	
Desfavorable	213 (52,9%)	19 (54,3%)	

Tabla 95

Asociación entre cambiar de trabajo y grupo capital social ISTAS 21.

Dimensión	Cambiar de Trabajo		p
	No n = 403	Si n = 35	
Confianza Vertical			
Favorable	41 (10,2%)	2 (5,7%)	0,056
Intermedia	170 (42,2%)	9 (25,7%)	
Desfavorable	192 (47,6%)	24 (68,6%)	
Justicia			
Favorable	19 (4,7%)	0 (0%)	0,113
Intermedia	120 (29,8%)	8 (22,9%)	
Desfavorable	264 (65,5%)	27 (77,1%)	

Tabla 96

Asociación entre cambiar de servicio y grupo exigencias psicosociales en el trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Cambiar de Servicio		p
	No n = 341	Si n = 97	
Ritmo de Trabajo			
Favorable	5 (1,5%)	2 (2,1%)	0,079
Intermedia	67 (19,6%)	10 (10,3%)	
Desfavorable	269 (78,9%)	85 (87,6%)	

Tabla 97

Asociación entre cambiar de servicio y grupo control sobre el trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Cambiar de Servicio		p
	No n = 341	Si n = 97	
Sentido de Trabajo			
Favorable	202 (59,2%)	48 (49,5%)	0,202
Intermedia	97 (28,4%)	36 (37,1%)	
Desfavorable	42 (12,3%)	13 (13,4%)	

Tabla 98

Asociación entre cambiar de servicio y grupo compensación de trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Cambiar de Servicio		p
	No n = 341	Si n = 97	
Inseguridad Empleo			
Favorable	182 (53,4%)	47 (48,5%)	0,387
Intermedia	54 (15,8%)	13 (13,4%)	
Desfavorable	105 (30,8%)	37 (38,1%)	
Inseguridad Condiciones de trabajo			
Favorable	86 (25,2%)	23 (23,7%)	0,928
Intermedia	76 (22,3%)	21 (21,6%)	
Desfavorable	179 (52,5%)	53 (54,6%)	

Tabla 99

Asociación entre cambiar de servicio y grupo capital social ISTAS 21.

Dimensión	Cambiar de Servicio		p
	No n = 341	Si n = 97	
Confianza Vertical			
Favorable	38 (11,1%)	5 (5,2%)	0,083
Intermedia	143 (41,9%)	36 (37,1%)	
Desfavorable	160 (46,9%)	56 (57,7%)	

Tabla 100

Asociación entre tabaco y grupo exigencias psicosociales en el trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Tabaco		p
	No n = 364	Si n = 76	
Exigencia Cuantitativa			
Favorable	32 (8,8%)	3 (3,9%)	0,257
Intermedia	169 (46,4%)	40 (52,6%)	
Desfavorable	163 (44,8%)	33 (43,4%)	
Ritmo de Trabajo			
Favorable	8 (2,2%)	0 (0%)	0,214
Intermedia	63 (17,3%)	14 (18,4%)	
Desfavorable	293 (80,5%)	62 (81,6%)	
Exigencia Emocional			
Favorable	153 (42%)	31 (40,8%)	0,460
Intermedia	155 (42,6%)	29 (38,2%)	
Desfavorable	56 (15,4%)	16 (21,1%)	

Tabla 101

Asociación entre tabaco y grupo conflicto familia-trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Tabaco		p
	No n = 364	Si n = 76	
Doble Presencia			
Favorable	230 (63,2%)	46 (60,5%)	0,781
Intermedia	101 (27,7%)	24 (31,6%)	
Desfavorable	33 (9,1%)	6 (7,9%)	

Tabla 102

Asociación entre tabaco y grupo control sobre el trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Tabaco		p	
	No n = 364	Si n = 76		
Influencia				
	Favorable	88 (24,2%)	15 (19,7%)	0,488
	Intermedia	170 (46,7%)	34 (44,7%)	
	Desfavorable	106 (29,1%)	27 (35,5%)	
Posibilidad Desarrollo				
	Favorable	277 (76,1%)	56 (73,7%)	0,832
	Intermedia	73 (21,1%)	16 (21,1%)	
	Desfavorable	14 (3,8%)	4 (5,3%)	
Sentido de Trabajo				
	Favorable	204 (56%)	46 (60,5%)	0,771
	Intermedia	113 (31%)	21 (27,6%)	
	Desfavorable	47 (12,9%)	9 (11,8%)	

Tabla 103

Asociación entre tabaco y grupo apoyo social y capacidad de liderazgo ISTAS 21.

Dimensión	Tabaco		p	
	No n = 364	Si n = 76		
Calidad Liderazgo				
	Favorable	76 (20,9%)	15 (19,7%)	0,956
	Intermedia	147 (40,4%)	32 (42,1%)	
	Desfavorable	141 (38,7%)	29 (38,2%)	
Previsibilidad				
	Favorable	24 (6,6%)	6 (7,9%)	0,907
	Intermedia	89 (24,5%)	19 (25%)	
	Desfavorable	251 (69%)	51 (67,1%)	
Claridad de Rol				
	Favorable	67 (18,4%)	13 (17,1%)	0,380
	Intermedia	183 (50,3%)	33 (43,4%)	
	Desfavorable	114 (31,3%)	30 (39,5%)	
Conflicto de Rol				
	Favorable	49 (13,5%)	16 (21,1%)	0,237
	Intermedia	158 (43,4%)	30 (39,5%)	
	Desfavorable	157 (43,1%)	30 (39,5%)	

Tabla 104

Asociación entre tabaco y grupo compensación de trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Tabaco		p
	No n = 364	Si n = 76	
Inseguridad Empleo			
Favorable	189 (51,9%)	41 (53,9%)	0,900
Intermedia	55 (15,1%)	12 (15,8%)	
Desfavorable	120 (33%)	23 (30,3%)	
Inseguridad Condiciones de trabajo			
Favorable	85 (23,4%)	24 (31,6%)	0,313
Intermedia	82 (22,5%)	16 (21,1%)	
Desfavorable	197 (54,1%)	36 (47,4%)	

Tabla 105

Asociación entre tabaco y grupo capital social ISTAS 21.

Dimensión	Tabaco		p
	No n = 364	Si n = 76	
Confianza Vertical			
Favorable	37 (10,2%)	6 (7,9%)	0,436
Intermedia	144 (39,6%)	36 (47,4%)	
Desfavorable	183 (50,3%)	34 (44,7%)	
Justicia			
Favorable	16 (4,4%)	3 (3,9%)	0,493
Intermedia	110 (30,2%)	18 (23,7%)	
Desfavorable	238 (65,4%)	55 (72,4%)	

Tabla 106

Asociación entre consumo de alcohol y grupo exigencias psicosociales en el trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Consumo de Alcohol		p
	No n = 203	Si n = 237	
Exigencia Cuantitativa			
Favorable	15 (7,4%)	20 (8,4%)	0,768
Intermedia	94 (46,3%)	115 (48,5%)	
Desfavorable	94 (46,3%)	102 (43%)	
Ritmo de Trabajo			
Favorable	3 (1,5%)	5 (2,1%)	0,742
Intermedia	38 (17,7%)	39 (16,5%)	
Desfavorable	162 (79,8%)	193 (81,4%)	
Exigencia Emocional			
Favorable	86 (42,4%)	98 (41,4%)	0,540
Intermedia	88 (43,3%)	96 (40,5%)	
Desfavorable	29 (14,3%)	43 (18,1%)	

Tabla 107

Asociación entre consumo de alcohol y grupo conflicto familia-trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Consumo de Alcohol		p
	No n = 203	Si n = 237	
Doble Presencia			
Favorable	124 (61,1%)	152 (64,1%)	0,578
Intermedia	58 (28,6%)	67 (28,3%)	
Desfavorable	21 (10,3%)	18 (7,6%)	

Tabla 108

Asociación entre consumo de alcohol y grupo control sobre el trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Consumo de Alcohol		p	
	No n = 203	Si n = 237		
Influencia				
	Favorable	43 (21,2%)	60 (25,3%)	0,330
	Intermedia	92 (45,3%)	112 (47,3%)	
	Desfavorable	68 (33,5%)	65 (27,4%)	
Posibilidad Desarrollo				
	Favorable	149 (73,4%)	184 (77,6%)	0,524
	Intermedia	44 (21,7%)	45 (19%)	
	Desfavorable	10 (4,9%)	8 (3,4%)	
Sentido de Trabajo				
	Favorable	114 (56,2%)	136 (57,4%)	0,178
	Intermedia	57 (28,1%)	77 (32,5%)	
	Desfavorable	32 (15,8%)	24 (10,1%)	

Tabla 109

Asociación entre consumo de alcohol y grupo apoyo social y capacidad de liderazgo ISTAS 21.

Dimensión	Consumo de Alcohol		p
	No n = 203	Si n = 237	
Calidad Liderazgo			
Favorable	49 (24,1%)	42 (17,7%)	0,175
Intermedia	83 (40,9%)	96 (40,5%)	
Desfavorable	7 (35%)	99 (35%)	
Previsibilidad			
Favorable	16 (7,9%)	14 (5,9%)	0,714
Intermedia	49 (24,1%)	59 (24,9%)	
Desfavorable	138 (68%)	164 (69,2%)	
Claridad de Rol			
Favorable	42 (20,7%)	38 (16%)	0,385
Intermedia	94 (46,3%)	122 (51,5%)	
Desfavorable	67 (33%)	77 (32,5%)	
Conflicto de Rol			
Favorable	31 (15,3%)	34 (14,3%)	0,933
Intermedia	85 (41,9%)	103 (43,5%)	
Desfavorable	87 (42,9%)	100 (42,2%)	

Tabla 110

Asociación entre consumo de alcohol y grupo compensación de trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Consumo de Alcohol		p
	No n = 203	Si n = 237	
Inseguridad Condiciones de trabajo			
Favorable	52 (25,6%)	57 (24,1%)	0,360
Intermedia	39 (19,2%)	59 (24,9%)	
Desfavorable	112 (55,2%)	121 (51,1%)	

Tabla 111

Asociación entre consumo de alcohol y grupo capital social ISTAS 21.

Dimensión	Consumo de Alcohol		p
	No n = 203	Si n = 237	
Confianza Vertical			
Favorable	21 (10,3%)	22 (9,3%)	0,391
Intermedia	76 (37,4%)	104 (43,9%)	
Desfavorable	106 (52,2%)	111 (46,8%)	
Justicia			
Favorable	9 (4,4%)	10 (4,2%)	0,972
Intermedia	58 (28,6%)	70 (29,5%)	
Desfavorable	136 (67%)	157 (66,2%)	

Tabla 112

Asociación entre actividad física y grupo exigencias psicosociales en el trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Actividad Física		p
	No n = 113	Si n = 327	
Exigencia Cuantitativa			
Favorable	11 (9,7%)	24 (7,3%)	0,230
Intermedia	46 (40,7%)	163 (49,8%)	
Desfavorable	56 (49,6%)	140 (42,8%)	
Ritmo de Trabajo			
Favorable	1 (0,9%)	7 (2,1%)	0,623
Intermedia	21 (18,6%)	56 (17,1%)	
Desfavorable	91 (80,5%)	264 (80,7%)	
Exigencia Emocional			
Favorable	45 (39,8%)	139 (42,5%)	0,265
Intermedia	44 (38,9%)	140 (42,8%)	
Desfavorable	24 (21,2%)	48 (14,7%)	

Tabla 113

Asociación entre actividad física sanitario y grupo conflicto familia-trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Actividad Física		p
	No n = 113	Si n = 327	
Doble Presencia			
Favorable	66 (58,4%)	210 (64,2%)	0,150
Intermedia	32 (28,3%)	93 (28,4%)	
Desfavorable	15 (13,3%)	24 (7,3%)	

Tabla 114

Asociación entre actividad física y grupo control sobre el trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Actividad Física		p
	No n = 113	Si n = 327	
Influencia			
Favorable	23 (20,4%)	80 (24,5%)	0,668
Intermedia	54 (47,8%)	150 (45,9%)	
Desfavorable	36 (31,9%)	97 (29,7%)	
Posibilidad Desarrollo			
Favorable	93 (82,3%)	240 (73,4%)	0,095
Intermedia	18 (15,9%)	71 (21,7%)	
Desfavorable	2 (1,8%)	16 (4,9%)	
Sentido de Trabajo			
Favorable	68 (60,2%)	182 (55,7%)	0,702
Intermedia	32 (28,3%)	102 (31,2%)	
Desfavorable	13 (11,5%)	43 (13,1%)	

Tabla 115

Asociación entre actividad física y grupo apoyo social y capacidad de liderazgo ISTAS 21.

Dimensión	Actividad Física		p	
	No n = 113	Si n = 327		
Calidad Liderazgo				
	Favorable	26 (23%)	65 (19,9%)	0,769
	Intermedia	44 (38,9%)	135 (41,3%)	
	Desfavorable	43 (38,1%)	127 (38,8%)	
Previsibilidad				
	Favorable	6 (5,3%)	24 (7,3%)	0,472
	Intermedia	32 (28,3%)	76 (23,2%)	
	Desfavorable	75 (66,4%)	227 (69,4%)	
Claridad de Rol				
	Favorable	26 (23%)	54 (16,5%)	0,063
	Intermedia	45 (39,8%)	171 (52,3%)	
	Desfavorable	42 (37,2%)	102 (31,2%)	
Conflicto de Rol				
	Favorable	17 (15%)	48 (14,7%)	0,655
	Intermedia	52 (46%)	136 (41,6%)	
	Desfavorable	44 (38,9%)	143 (43,7%)	

Tabla 116

Asociación entre actividad física y grupo compensación trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Actividad Física		p
	No n = 113	Si n = 327	
Inseguridad Empleo			
Favorable	66 (58,4%)	164 (50,2%)	0,189
Intermedia	18 (15,9%)	49 (15%)	
Desfavorable	29 (25,7%)	114 (34,9%)	
Inseguridad Condiciones de trabajo			
Favorable	32 (28,3%)	77 (23,5%)	0,233
Intermedia	19 (16,8%)	79 (24,2%)	
Desfavorable	62 (54,9%)	171 (52,3%)	

Tabla 117

Asociación entre actividad física y grupo capital social ISTAS 21.

Dimensión	Actividad Física		p
	No n = 113	Si n = 327	
Justicia			
Favorable	7 (6,2%)	12 (3,7%)	0,400
Intermedia	29 (25,7%)	99 (30,3%)	
Desfavorable	77 (68,1%)	216 (66,1%)	

Tabla 118

Asociación entre estado de salud y grupo exigencias psicosociales en el trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Estado de Salud			p
	Malo n = 38	Bueno n = 199	Excelente n = 203	
Exigencia Cuantitativa				
Favorable	1 (2,6%)	13 (6,5%)	21 (10,3%)	0,284
Intermedia	18 (47,4%)	92 (46,2%)	99 (48,8%)	
Desfavorable	19 (50%)	94 (47,2%)	83 (40,9%)	
Ritmo de Trabajo				
Favorable	2 (5,3%)	3 (1,5%)	3 (1,5%)	0,063
Intermedia	4 (10,5%)	27 (13,6%)	46 (22,7%)	
Desfavorable	32 (84,2%)	169 (84,9%)	154 (75,9%)	

Tabla 119

Asociación entre estado de salud y grupo control sobre el trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Estado de Salud			p
	Malo n = 38	Bueno n = 199	Excelente n = 203	
Influencia				
Favorable	5 (13,2%)	43 (21,6%)	55 (27,1%)	0,368
Intermedia	21 (55,3%)	94 (47,2%)	89 (43,8%)	
Desfavorable	12 (31,6%)	62 (31,2%)	59 (29,1%)	
Posibilidad Desarrollo				
Favorable	25 (65,8%)	145 (72,9%)	163 (80,3%)	0,229
Intermedia	11 (28,9%)	46 (23,1%)	32 (15,8%)	
Desfavorable	2 (5,3%)	8 (4%)	8 (3,9%)	

Tabla 120

Asociación entre estado de salud y grupo apoyo social y capacidad de liderazgo ISTAS 21.

Dimensión	Estado de Salud			p
	Malo n = 38	Bueno n = 199	Excelente n = 203	
Calidad Liderazgo				
Favorable	6 (15,8%)	32 (16,1%)	53 (26,1%)	0,117
Intermedia	17 (44,7%)	82 (41,2%)	80 (39,4%)	
Desfavorable	15 (39,5%)	85 (42,7%)	70 (34,5%)	
Previsibilidad				
Favorable	4 (10,5%)	9 (4,5%)	17 (8,4%)	0,156
Intermedia	7 (18,4%)	44 (22,1%)	57 (28,1%)	
Desfavorable	27 (71,1%)	146 (73,4%)	129 (63,5%)	
Conflicto de Rol				
Favorable	3 (7,9%)	23 (11,6%)	39 (19,2%)	0,094
Intermedia	14 (36,8%)	90 (45,2%)	84 (41,4%)	
Desfavorable	21 (55,3%)	86 (43,2%)	80 (39,4%)	

Tabla 121

Asociación entre estado de salud y grupo compensación trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Estado de Salud			p
	Malo n = 38	Bueno n = 199	Excelente n = 203	
Inseguridad Empleo				
Favorable	23 (60,5%)	104 (52,3%)	103 (50,7%)	0,310
Intermedia	7 (18,4%)	34 (17,1%)	26 (12,8%)	
Desfavorable	8 (21,1%)	61 (30,7%)	74 (36,5%)	
Inseguridad Condiciones Trabajo				
Favorable	11 (28,9%)	48 (24,1%)	50 (24,6%)	0,679
Intermedia	10 (26,3%)	48 (24,1%)	40 (19,7%)	
Desfavorable	17 (44,7%)	103 (51,8%)	113 (55,7%)	

Tabla 122

Asociación entre estado de salud y grupo capital social ISTAS 21.

Dimensión	Estado de Salud			p
	Malo n = 38	Bueno n = 199	Excelente n = 203	
Confianza Vertical				
Favorable	3 (7,9%)	19 (9,5%)	21 (10,3%)	0,983
Intermedia	15 (39,5%)	81 (40,7%)	84 (41,4%)	
Desfavorable	20 (52,6%)	99 (49,7%)	98 (48,3%)	
Justicia				
Favorable	0 (0%)	8 (4%)	11 (5,4%)	0,111
Intermedia	9 (23,7%)	52 (26,1%)	67 (33%)	
Desfavorable	29 (76,3%)	139 (69,8%)	125 (61,6%)	

Tabla 123

Asociación entre calidad de vida y grupo exigencias psicosociales en el trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Calidad de Vida			p
	Mal n = 7	Normal n = 81	Bien/Estupendo n = 352	
Exigencia Cuantitativa				
Favorable	0 (0%)	3 (3,7%)	32 (9,1%)	0,073
Intermedia	4 (57,1%)	32 (39,5%)	173 (49,1%)	
Desfavorable	3 (42,9%)	46 (56,8%)	147 (41,8%)	
Ritmo de Trabajo				
Favorable	1 (14,3%)	1 (1,2%)	6 (1,7%)	0,172
Intermedia	0 (0%)	11 (13,6%)	66 (18,8%)	
Desfavorable	6 (85,7%)	69 (85,2%)	280 (79,5%)	

Tabla 124

Asociación entre calidad de vida y grupo control sobre el trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Calidad de Vida			p
	Mal n = 7	Normal n = 81	Bien/Estupendo n = 352	
Influencia				
Favorable	2 (28,6%)	21 (25,9%)	80 (22,7%)	0,379
Intermedia	1 (14,3%)	35 (43,2%)	168 (47,7%)	
Desfavorable	4 (57,1%)	25 (30,9%)	104 (29,5%)	
Posibilidad Desarrollo				
Favorable	6 (85,7%)	51 (63%)	276 (78,4%)	0,068
Intermedia	1 (14,3%)	25 (30,9%)	63 (17,9%)	
Desfavorable	0 (0%)	5 (6,2%)	13 (3,7%)	
Sentido Trabajo				
Favorable	4 (57,1%)	41 (50,6%)	205 (58,2%)	0,725
Intermedia	2 (28,6%)	30 (37%)	102 (29%)	
Desfavorable	1 (14,3%)	10 (12,3%)	45 (12,8%)	

Tabla 125

Asociación entre calidad de vida y grupo apoyo social y capacidad de liderazgo ISTAS 21.

Dimensión	Calidad de Vida			p
	Mal n = 7	Normal n = 81	Bien/Estupendo n = 352	
Calidad Liderazgo				
Favorable	1 (14,3%)	14 (17,3%)	76 (21,6%)	0,285
Intermedia	3 (42,9%)	27 (33,3%)	149 (42,3%)	
Desfavorable	3 (42,9%)	40 (49,4%)	127 (36,1%)	
Previsibilidad				
Favorable	1 (14,3%)	5 (6,2%)	24 (6,8%)	0,910
Intermedia	2 (28,6%)	18 (22,2%)	88 (25%)	
Desfavorable	4 (57,1%)	58 (71,6%)	240 (68,2%)	
Conflicto de Rol				
Favorable	0 (0%)	8 (9,9%)	57 (16,2%)	0,197
Intermedia	5 (71,4%)	38 (46,9%)	145 (41,2%)	
Desfavorable	2 (28,6%)	35 (43,2%)	150 (42,6%)	

Tabla 126

Asociación entre calidad de vida y grupo compensación trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Calidad de Vida			p
	Mal n = 7	Normal n = 81	Bien/Estupendo n = 352	
Inseguridad Empleo				
Favorable	2 (28,6%)	43 (53,1%)	185 (52,6%)	0,651
Intermedia	1 (14,3%)	14 (17,3%)	52 (14,8%)	
Desfavorable	4 (57,1%)	24 (29,6%)	115 (32,7%)	
Inseguridad Condiciones Trabajo				
Favorable	2 (28,6%)	17 (21%)	90 (25,6%)	0,353
Intermedia	0 (%)	20 (24,7%)	78 (22,2%)	
Desfavorable	5 (71,4%)	44 (54,3%)	184 (52,3%)	

Tabla 127

Asociación entre calidad de vida y grupo capital social ISTAS 21.

Dimensión	Calidad de Vida			p
	Mal n = 7	Normal n = 81	Bien/Estupendo n = 352	
Confianza Vertical				
Favorable	1 (14,3%)	9 (11,1%)	33 (9,4%)	0,968
Intermedia	3 (42,9%)	34 (42%)	143 (40,6%)	
Desfavorable	3 (42,9%)	38 (46,9%)	176 (50%)	

Tabla 128

Asociación entre satisfacción ambiente físico y grupo exigencias psicosociales en el trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Satisfacción Ambiente Físico			p
	Insatisfecho n = 59	Indiferente n = 196	Satisfecho n = 184	
Exigencia Emocional				
Favorable	18 (30,5%)	78 (39,8%)	87 (47,3%)	0,120
Intermedia	32 (54,2%)	81 (41,3%)	71 (38,6%)	
Desfavorable	9 (15,3%)	37 (18,9%)	26 (14,1%)	

Tabla 129

Asociación entre satisfacción ambiente físico y grupo conflicto familia-trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Satisfacción Ambiente Físico			p
	Insatisfecho n = 59	Indiferente n = 196	Satisfecho n = 184	
Doble Presencia				
Favorable	29 (49,2%)	125 (63,8%)	121 (65,8%)	0,159
Intermedia	21 (35,6%)	56 (28,6%)	48 (26,1%)	
Desfavorable	9 (15,3%)	15 (7,7%)	15 (8,2%)	

Tabla 130

Asociación entre satisfacción ambiente físico y grupo control sobre el trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Satisfacción Ambiente Físico			p
	Insatisfecho n = 59	Indiferente n = 196	Satisfecho n = 184	
Influencia				
Favorable	16 (27,1%)	38 (19,4%)	48 (26,1%)	0,324
Intermedia	30 (50,8%)	94 (48%)	80 (43,5%)	
Desfavorable	13 (22%)	64 (32,7%)	56 (30,4%)	

Tabla 131

Asociación entre satisfacción ambiente físico y grupo compensación trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Satisfacción Ambiente Físico			p
	Insatisfecho n = 59	Indiferente n = 196	Satisfecho n = 184	
Inseguridad Empleo				
Favorable	30 (50,8%)	102 (52%)	97 (52,7%)	0,997
Intermedia	9 (15,3%)	31 (15,8%)	27 (14,7%)	
Desfavorable	20 (33,9%)	63 (32,2%)	60 (32,6%)	

Tabla 132

Asociación entre satisfacción con el supervisor y grupo exigencias psicosociales en el trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Satisfacción Supervisor			p
	Insatisfecho n = 45	Indiferente n = 164	Satisfecho n = 230	
Ritmo de Trabajo				
Favorable	4 (2,2%)	4 (2,4%)	3 (1,3%)	0,302
Intermedia	6 (13,3%)	22 (13,4%)	48 (20,9%)	
Desfavorable	38 (84,4%)	138 (84,1%)	179 (77,8%)	

Tabla 133

Asociación entre satisfacción con el supervisor y grupo control sobre el trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Satisfacción Supervisor			p
	Insatisfecho n = 45	Indiferente n = 164	Satisfecho n = 230	
Influencia				
Favorable	13 (28,9%)	36 (22%)	53 (23%)	0,723
Intermedia	17 (37,8%)	76 (46,3%)	111 (48,3%)	
Desfavorable	15 (33,3%)	52 (31,7%)	66 (28,7%)	

Tabla 134

Asociación entre satisfacción con el supervisor y grupo compensación trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Satisfacción Supervisor			p
	Insatisfecho n = 45	Indiferente n = 164	Satisfecho n = 230	
Inseguridad Empleo				
Favorable	26 (57,8%)	92 (56,1%)	111 (48,3%)	0,251
Intermedia	5 (11,1%)	28 (17,1%)	34 (14,7%)	
Desfavorable	14 (31,1%)	44 (26,8%)	85 (37%)	
Inseguridad Condiciones Trabajo				
Favorable	10 (22,2%)	35 (21,3%)	64 (27,8%)	0,359
Intermedia	13 (28,9%)	41 (25%)	44 (19,1%)	
Desfavorable	22 (48,9%)	88 (53,7%)	122 (53,1%)	

Tabla 135

Asociación entre satisfacción con las prestaciones y grupo exigencias psicosociales en el trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Satisfacción Prestaciones			p
	Insatisfecho n = 112	Indiferente n = 147	Satisfecho n = 179	
Exigencia Cuantitativa				
Favorable	5 (4,5%)	12 (8,2%)	18 (10,1%)	0,258
Intermedia	49 (43,8%)	70 (47,6%)	89 (49,7%)	
Desfavorable	58 (51,8%)	65 (44,2%)	72 (40,2%)	

Tabla 136

Asociación entre satisfacción con las prestaciones y grupo conflicto familia-trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Satisfacción Prestaciones			p
	Insatisfecho n = 112	Indiferente n = 147	Satisfecho n = 179	
Doble Presencia				
Favorable	68 (60,7%)	93 (63,3%)	113 (63,1%)	0,961
Intermedia	32 (28,6%)	42 (28,6%)	51 (28,5%)	
Desfavorable	12 (10,7%)	12 (8,2%)	15 (8,4%)	

Tabla 137

Asociación entre satisfacción con las prestaciones y grupo control sobre el trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Satisfacción Prestaciones			p
	Insatisfecho n = 112	Indiferente n = 147	Satisfecho n = 179	
Influencia				
Favorable	24 (21,4%)	33 (22,4%)	45 (25,1%)	0,571
Intermedia	48 (42,9%)	74 (50,3%)	82 (45,8%)	
Desfavorable	40 (35,7%)	40 (27,2%)	52 (29,1%)	

Tabla 138

Asociación entre satisfacción con las prestaciones y grupo compensación trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Satisfacción Prestaciones			p
	Insatisfecho n = 112	Indiferente n = 147	Satisfecho n = 179	
Inseguridad Empleo				
Favorable	55 (49,1%)	78 (53,1%)	95 (53,1%)	0,717
Intermedia	17 (15,2%)	26 (17,7%)	24 (13,4%)	
Desfavorable	40 (35,7%)	43 (29,3%)	60 (33,5%)	

Tabla 139

Asociación entre somnolencia y grupo exigencias psicosociales en el trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Somnolencia				p
	Ausencia n = 255	Ligera n = 151	Moderada n = 30	Grave n = 4	
Ritmo de Trabajo					
Favorable	2 (0,8%)	4 (2,6%)	2 (6,7%)	0 (0%)	0,322
Intermedia	48 (18,8%)	24 (15,9%)	5 (16,7%)	0 (0%)	
Desfavorable	205 (80,4%)	123 (81,5%)	23 (76,7%)	4 (100%)	
Exigencia Emocional					
Favorable	111 (43,5%)	60 (39,7%)	12 (40%)	1 (25%)	0,786
Intermedia	103 (40,4%)	67 (44,4%)	13 (43,3%)	1 (25%)	
Desfavorable	41 (13,1%)	24 (15,9%)	5 (16,7%)	2 (50%)	

Tabla 140

Asociación entre somnolencia y grupo conflicto familia-trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Somnolencia				p
	Ausencia n = 255	Ligera n = 151	Moderada n = 30	Grave n = 4	
Doble Presencia					
Favorable	164 (64,3%)	88 (58,3%)	21 (70%)	3 (75%)	0,786
Intermedia	70 (27,5%)	47 (31,1%)	7 (23,3%)	1 (25%)	
Desfavorable	21 (8,2%)	16 (10,6%)	2 (6,7%)	0 (0%)	

Tabla 141

Asociación entre somnolencia y grupo control sobre el trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Somnolencia				p
	Ausencia n = 255	Ligera n = 151	Moderada n = 30	Grave n = 4	
Influencia					
Favorable	52 (20,4%)	41 (27,2%)	8 (26,7%)	2 (50%)	0,254
Intermedia	126 (49,4%)	68 (45%)	9 (30%)	1 (25%)	
Desfavorable	77 (30,2%)	42 (27,8%)	13 (43,3%)	1 (25%)	
Posibilidad Desarrollo					
Favorable	191 (74,8%)	113 (74,8%)	25 (83,3%)	4 (100%)	0,543
Intermedia	54 (21,2%)	32 (21,2%)	3 (10%)	0 (0%)	
Desfavorable	10 (3,9%)	6 (4%)	2 (6,7%)	0 (0%)	
Sentido Trabajo					
Favorable	145 (56,9%)	86 (57%)	17 (56,7%)	2 (50%)	0,887
Intermedia	80 (31,4%)	43 (28,5%)	9 (30%)	2 (50%)	
Desfavorable	30 (11,8%)	22 (14,6%)	4 (13,3%)	0 (0%)	

Tabla 142

Asociación entre somnolencia y grupo apoyo social y capacidad de liderazgo ISTAS 21.

Dimensión	Somnolencia				p
	Ausencia n = 255	Ligera n = 151	Moderada n = 30	Grave n = 4	
Calidad Liderazgo					
Favorable	55 (21,6%)	31 (20,5%)	5 (16,7%)	0 (0%)	0,115
Intermedia	109 (42,7%)	60 (39,7%)	10 (33,3%)	0 (0%)	
Desfavorable	91 (35,7%)	60 (39,7%)	15 (50%)	4 (100%)	
Previsibilidad					
Favorable	14 (5,5%)	12 (7,9%)	4 (13,3%)	0 (0%)	0,202
Intermedia	71 (27,8%)	30 (19,9%)	7 (23,3%)	0 (0%)	
Desfavorable	170 (66,7%)	109 (72,2%)	19 (63,4%)	4 (100%)	
Conflicto de Rol					
Favorable	37 (14,5%)	22 (14,6%)	6 (20%)	0 (0%)	0,136
Intermedia	106 (41,6%)	69 (45,7%)	9 (30%)	4 (100%)	
Desfavorable	112 (43,9%)	60 (39,7%)	15 (50%)	0 (0%)	

Tabla 143

Asociación entre somnolencia y grupo compensación trabajo ISTAS 21.

Dimensión	Somnolencia				p
	Ausencia n = 255	Ligera n = 151	Moderada n = 30	Grave n = 4	
Inseguridad Empleo					
Favorable	135 (52,9%)	78 (51,7%)	16 (53,3%)	1 (25%)	0,957
Intermedia	39 (15,3%)	22 (14,6%)	5 (16,7%)	1 (25%)	
Desfavorable	81 (31,8%)	51 (33,8%)	9 (30%)	2 (50%)	
Inseguridad Condiciones Trabajo					
Favorable	69 (27,1%)	31 (20,5%)	9 (30%)	0 (0%)	0,523
Intermedia	57 (22,4%)	34 (22,5%)	6 (20%)	1 (25%)	
Desfavorable	129 (50,6%)	86 (57%)	15 (50%)	3 (75%)	

Tabla 144

Asociación entre somnolencia y grupo capital social ISTAS 21.

Dimensión	Somnolencia				p
	Ausencia n = 255	Ligera n = 151	Moderada n = 30	Grave n = 4	
Justicia					
Favorable	10 (3,9%)	7 (4,6%)	2 (6,7%)	0 (0%)	0,966
Intermedia	72 (28,2%)	47 (31,1%)	8 (26,7%)	1 (25%)	
Desfavorable	173 (67,8%)	97 (64,2%)	20 (66,7%)	3 (75%)	

