



UNIVERSITAT
POLITÈCNICA
DE VALÈNCIA

CAMPUS D'ALCOI

**ESTUDIO DEL ALARGAMIENTO DE LA
JORNADA LABORAL EN LOS RESULTADOS
ORGANIZACIONALES EN EL SECTOR
SANITARIO ECUATORIANO**

MEMORIA PRESENTADA POR:

LISETH ARACELY VITERI ILLANES

MÁSTER EN DIRECCIÓN DE EMPRESAS MBA

TUTOR: *Dr. Vicente Díez Valdez*

Convocatoria de defensa: *Julio, 2017*



UNIVERSITAT
POLITÈCNICA
DE VALÈNCIA
CAMPUS D'ALCOI

ÍNDICES



Sumario

1. INTRODUCCIÓN	12
2. ANTECEDENTES.....	16
2.1. Factores Antecedentes del Sistema Nacional de Salud	16
2.1.1. La Salud Pública en Ecuador.....	16
2.1.2. Marco Jurídico de la enfermería en Ecuador.....	23
2.2. Condiciones Laborales.....	25
2.2.1. Sueldos y salarios	26
2.2.2. Jornada Laboral	28
2.2.3. Feminización	31
2.3. Riesgos Psicosociales en el Sistema Sanitario Ecuatoriano	33
2.3.1. Trabajo Emocional	35
2.3.2. Burnout o Síndrome del Quemado	37
2.3.3. Inseguridad Laboral.....	39
2.3.4. Alteraciones del sueño.....	43
2.3.5. Fatiga y agotamiento emocional.....	46
3. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	49
3.1. Justificación de la Investigación	49
3.2. Objetivo de la investigación	50
3.3. Modelo Teórico.....	51
3.4. Hipótesis	52
4. MODELO TEÓRICO Y VARIABLES	54
4.1. Modelo Demanda – Control - Apoyo	54
4.2. Satisfacción Laboral	58
4.3. Burnout o Síndrome del Quemado	65
4.4. Conductas Contraproductivas	71
4.5. Desempeño Laboral	75
4.6. Fatiga	78
5. METODOLOGÍA	81
5.1. Procedimiento	81
5.2. Muestra	82
5.2.1. Sexo	83



5.2.2.	Edad	85
5.2.3.	Nivel Académico	86
5.2.4.	Antigüedad Laboral	88
5.2.5.	Tipo de Contrato	89
5.2.6.	Turno de Trabajo	90
5.2.7.	Categoría Profesional	91
5.2.8.	Distribución Por Unidad Funcional	92
5.3.	Instrumentos de Medida.....	94
5.3.1.	Satisfacción Laboral	94
5.3.2.	Demanda – Control (Karasek).....	100
5.3.3.	Burnout o Síndrome del Quemado	107
5.3.4.	Desempeño Laboral	114
5.3.5.	Conductas Contraproductivas.....	115
5.3.6.	Agotamiento por Fatiga	117
6.	RESULTADOS DEL ESTUDIO EXPERIMENTAL	123
6.1.	Análisis de Correlación entre las variables.....	124
6.2.	Análisis de Regresión	126
6.2.1.	Resultados relacionados con el Agotamiento.....	128
6.2.2.	Resultados relacionados con el Cinismo	129
6.2.3.	Resultados relacionados con la Fatiga Crónica	130
6.2.4.	Resultados relacionados con la Fatiga Aguda	131
6.2.5.	Resultados relacionados con la Recuperación de Turnos.....	132
6.2.6.	Resultados relacionados con el Desempeño	133
6.2.7.	Resultados relacionados con las Conductas Contraproductivas.....	134
6.2.8.	Resultados relacionados con la Satisfacción Laboral.....	135
6.3.	Análisis de la varianza con un Factor (ANOVA)	137
6.3.1.	Hipótesis 4: Se espera que las medias de las variables de salud difieran en función de los turnos.	138
6.3.2.	Hipótesis 5: Se espera que las medias de las variables organizacionales difieran en función de los turnos	145
6.3.3.	Hipótesis 6: Se espera que la edad se relacione positivamente con las variables que perciben la salud como los resultados organizacionales.....	149
7.	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	163
7.1.	Contraste de Hipótesis	164



7.2.	Limitaciones del estudio y futuras investigaciones	170
7.3.	Contribución e implicaciones prácticas	171
8.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	173
9.	ANEXOS.....	179
	ANEXO 1: CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA LABORAL.....	179



UNIVERSITAT
POLITÈCNICA
DE VALÈNCIA

CAMPUS D'ALCOI



Índice de Ilustraciones

ILUSTRACIÓN 1: UNIDADES MÉDICAS PÚBLICAS Y PRIVADAS	17
ILUSTRACIÓN 2: COMPOSICIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	17
ILUSTRACIÓN 3: SISTEMA PÚBLICO Y PRIVADO SANITARIO.....	18
ILUSTRACIÓN 4: GASTO PÚBLICO DE SALUD EN ECUADOR.....	20
ILUSTRACIÓN 5: CENTRO DE SALUD - TIPO C	22
ILUSTRACIÓN 6: SALARIOS EN EL SECTOR SANITARIO.....	27
ILUSTRACIÓN 7: JORNADA LABORAL DE 12 HORAS	28
ILUSTRACIÓN 8: EL PROCESO DEL TRABAJO EMOCIONAL	35
ILUSTRACIÓN 9: TASA DE DESEMPLEO EN ECUADOR.....	41
ILUSTRACIÓN 10: DURACIÓN DE SUEÑO POR EDAD	43
ILUSTRACIÓN 11: PROCESO DE INSOMNIO	44
ILUSTRACIÓN 12: MODELO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN	51
ILUSTRACIÓN 13: MODELO DEMANDA - CONTROL.....	56
ILUSTRACIÓN 14: PIRÁMIDE DE MASLOW.....	61
ILUSTRACIÓN 15: TEORÍA BIFACTORIAL DE HERZBERG.....	62
ILUSTRACIÓN 16: PROCESO DE BURNOUT.....	65
ILUSTRACIÓN 17: CONDUCTAS LABORALES CONTRAPRODUCTIVAS.....	71
ILUSTRACIÓN 18: COMPORTAMIENTOS – CONDUCTAS CONTRAPRODUCTIVAS.....	73
ILUSTRACIÓN 19: MODELO LAWLER - PORTER.....	76
ILUSTRACIÓN 20: SERVICIOS DIFERENCIADOS POR SU JORNADA LABORAL	81
ILUSTRACIÓN 21: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR SEXO.....	84
ILUSTRACIÓN 22: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR EDAD	85
ILUSTRACIÓN 23: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR NIVEL ACADÉMICO.....	87
ILUSTRACIÓN 24: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR ANTIGÜEDAD LABORAL.....	88
ILUSTRACIÓN 25: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR TIPO DE CONTRATO.....	89
ILUSTRACIÓN 26: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR TURNO DE TRABAJO.....	90
ILUSTRACIÓN 27: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR CATEGORÍA LABORAL	91
ILUSTRACIÓN 28: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR UNIDAD FUNCIONAL.....	93



Índice de Tablas

TABLA 1: INDICADORES SOCIALES – ECUADOR	19
TABLA 2: PRODUCCIÓN MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	22
TABLA 3: MODELOS TEÓRICOS DE LA GÉNESIS DEL BURNOUT.....	70
TABLA 4: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LA VARIABLE SEXO	84
TABLA 5: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LA VARIABLE EDAD.....	85
TABLA 6: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LA VARIABLE NIVEL ACADÉMICO	87
TABLA 7: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LA VARIABLE ANTIGÜEDAD LABORAL	88
TABLA 8: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LA VARIABLE TIPO DE CONTRATO	89
TABLA 9: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LA VARIABLE TURNO DE TRABAJO	91
TABLA 10: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LA VARIABLE CATEGORÍA PROFESIONAL ...	92
TABLA 11: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LA VARIABLE UNIDAD FUNCIONAL	93
TABLA 12: KMO Y PRUEBA DE ESFERICIDAD DE BARTLETT DE LA ESCALA DE LA SATISFACCIÓN LABORAL	95
TABLA 13: VARIANZA EXPLICADA DE LA ESCALA DE LA SATISFACCIÓN LABORAL	96
TABLA 14: ANÁLISIS FACTORIAL DE LOS ÍTEMS DE LA ESCALA SATISFACCIÓN LABORAL	97
TABLA 15: ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA CONSISTENCIA INTERNA DE LOS ÍTEMS DE LA SUBESCALA FACTORES INTRÍNSECOS	98
TABLA 16: ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA CONSISTENCIA INTERNA DE LOS ÍTEMS DE LA SUBESCALA FACTORES EXTRÍNSECOS	98
TABLA 17: KMO Y PRUEBA DE ESFERICIDAD DE BARTLETT DE LA ESCALA DE DEMANDA – CONTROL - APOYO	101
TABLA 18: VARIANZA EXPLICADA DE LA ESCALA DE LA DEMANDA – CONTROL - APOYO	102
TABLA 19: ANÁLISIS FACTORIAL DE LOS ÍTEMS DE LA ESCALA DEMANDA – CONTROL APOYO	103
TABLA 20: ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA CONSISTENCIA INTERNA DE LOS ÍTEMS DE LA SUBESCALA DEMANDA	104
TABLA 21: ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA CONSISTENCIA INTERNA DE LOS ÍTEMS DE LA SUBESCALA CONTROL	105
TABLA 22: ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA CONSISTENCIA INTERNA DE LOS ÍTEMS DE LA SUBESCALA APOYO	106
TABLA 23. KMO Y PRUEBA DE ESFERICIDAD DE BARTLETT DE LA ESCALA BURNOUT ..	108
TABLA 24. VARIANZA EXPLICADA DE LA ESCALA BURNOUT	109
TABLA 25. ANÁLISIS FACTORIAL DE LOS ÍTEMS DE LA ESCALA BURNOUT.	110
TABLA 26. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA CONSISTENCIA INTERNA DE LOS ÍTEMS DE LA ESCALA AGOTAMIENTO.....	111
TABLA 27: ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA CONSISTENCIA INTERNA DE LOS ÍTEMS DE LA ESCALA AUTOEFICACIA.....	112
TABLA 28: ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA CONSISTENCIA INTERNA DE LOS ÍTEMS DE LA ESCALA CINISMO.....	112
TABLA 29: ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA CONSISTENCIA INTERNA DE LOS ÍTEMS DE LA ESCALA DESEMPEÑO	114



TABLA 30: ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA CONSISTENCIA INTERNA DE LOS ÍTEMS DE LA ESCALA CONDUCTAS CONTRAPRODUCTIVAS	116
TABLA 31: KMO Y PRUEBA DE ESFERICIDAD DE BARTLETT DE LA ESCALA RECUPERACIÓN POR AGOTAMIENTO.....	117
TABLA 32: VARIANZA EXPLICADA DE LA ESCALA DE RECUPERACIÓN POR AGOTAMIENTO	118
TABLA 33: ANÁLISIS FACTORIAL DE LOS ÍTEMS DE LA ESCALA DE RECUPERACIÓN POR AGOTAMIENTO	119
TABLA 34: ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA CONSISTENCIA INTERNA DE LOS ÍTEMS DE LA SUBESCALA DEL AGOTAMIENTO CRÓNICO	120
TABLA 35: ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA CONSISTENCIA INTERNA DE LOS ÍTEMS DE LA SUBESCALA DE FATIGA AGUDA	121
TABLA 36: ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA CONSISTENCIA INTERNA DE LOS ÍTEMS DE LA SUBESCALA DE RECUPERACIÓN.....	121
TABLA 37: DESCRIPTIVOS, FIABILIDADES Y CORRELACIONES ENTRE VARIABLES	125
TABLA 38: TABLA DE DESCRIPTIVOS - VARIABLES	126
TABLA 39: ECUACIÓN DE REGRESIÓN DEL AGOTAMIENTO CON VARIABLES INDIVIDUALES	128
TABLA 40: ECUACIÓN DE REGRESIÓN DEL CINISMO CON VARIABLES INDIVIDUALES	129
TABLA 41: ECUACIÓN DE REGRESIÓN DE LA FATIGA CRÓNICA CON VARIABLES INDIVIDUALES	130
TABLA 42: ECUACIÓN DE REGRESIÓN DE LA FATIGA AGUDA CON VARIABLES INDIVIDUALES	131
TABLA 43: ECUACIÓN DE REGRESIÓN DE LA RECUPERACIÓN DE TURNOS CON VARIABLES INDIVIDUALES	132
TABLA 44: ECUACIÓN DE REGRESIÓN DEL DESEMPEÑO CON VARIABLES INDIVIDUALES	133
TABLA 45: ECUACIÓN DE REGRESIÓN DE LAS CONDUCTAS CONTRAPRODUCTIVAS CON VARIABLES INDIVIDUALES.....	134
TABLA 46: ECUACIÓN DE REGRESIÓN DE LA SATISFACCIÓN LABORAL CON VARIABLES INDIVIDUALES	135
TABLA 47: PRUEBA DE HOMOGENEIDAD DE VARIANZAS EN ANOVA POR TURNO DE TRABAJO.....	138
TABLA 48: ANÁLISIS DE LA VARIANZA DE LA FATIGA CRÓNICA, AGUDA, RECUPERACIÓN, AGOTAMIENTO Y CINISMO EN FUNCIÓN DE LA JORNADA LABORAL	139
TABLA 49: COMPARACIONES MÚLTIPLES ENTRE TURNO EN FUNCIÓN DE LA FATIGA CRÓNICA	140
TABLA 50: COMPARACIONES MÚLTIPLES ENTRE LOS TURNO EN FUNCIÓN DE LA FATIGA AGUDA.....	141
TABLA 51: COMPARACIONES MÚLTIPLES ENTRE TURNO EN FUNCIÓN DE LA RECUPERACIÓN DE TURNOS	142
TABLA 52: COMPARACIONES MÚLTIPLES ENTRE LOS TURNO EN FUNCIÓN DE LA AGOTAMIENTO.....	143
TABLA 53: COMPARACIONES MÚLTIPLES ENTRE LOS TURNO EN FUNCIÓN DEL CINISMO	144
TABLA 54: PRUEBA DE HOMOGENEIDAD DE VARIANZAS EN ANOVA POR TURNO.....	145



TABLA 55: ANÁLISIS DE LA VARIANZA DE LA SATISFACCIÓN, DESEMPEÑO Y CONDUCTAS CONTRAPRODUCTIVAS EN FUNCIÓN DE LOS TURNOS DE TRABAJO	145
TABLA 56: COMPARACIONES MÚLTIPLES ENTRE LOS TURNOS DE TRABAJO EN FUNCIÓN DE LA SATISFACCIÓN LABORAL	146
TABLA 57: COMPARACIONES MÚLTIPLES ENTRE LOS TURNOS DE TRABAJO EN FUNCIÓN DEL DESEMPEÑO	147
TABLA 58: COMPARACIONES MÚLTIPLES ENTRE LOS TURNOS DE TRABAJO EN FUNCIÓN DE LAS CONDUCTAS CONTRAPRODUCTIVAS.....	148
TABLA 59: PRUEBA DE HOMOGENEIDAD DE VARIANZAS EN ANOVA POR EDAD	149
TABLA 60: ANÁLISIS DE LA VARIANZA EN FUNCIÓN DE LA EDAD.....	150
TABLA 61: COMPARACIONES MÚLTIPLES ENTRE LA EDAD EN FUNCIÓN DE LAS DEMANDAS LABORALES.....	151
TABLA 62: COMPARACIONES MÚLTIPLES ENTRE LA EDAD EN FUNCIÓN DEL CONTROL..	152
TABLA 63: COMPARACIONES MÚLTIPLES ENTRE LA EDAD EN FUNCIÓN DE LAS APOYO .	153
TABLA 64: COMPARACIONES MÚLTIPLES ENTRE LA EDAD EN FUNCIÓN DE LAS AGOTAMIENTO	154
TABLA 65: COMPARACIONES MÚLTIPLES ENTRE LA EDAD EN FUNCIÓN DEL CINISMO ...	155
TABLA 66: COMPARACIONES MÚLTIPLES ENTRE LA EDAD EN FUNCIÓN DE LAS FATIGA CRÓNICA	156
TABLA 67: COMPARACIONES MÚLTIPLES ENTRE LA EDAD EN FUNCIÓN DE LA FATIGA AGUDA	157
TABLA 68: COMPARACIONES MÚLTIPLES ENTRE LA EDAD EN FUNCIÓN DE LA RECUPERACIÓN DE TURNOS.....	158
TABLA 69: COMPARACIONES MÚLTIPLES ENTRE LA EDAD EN FUNCIÓN DE LA SATISFACCIÓN LABORAL	159
TABLA 70: COMPARACIONES MÚLTIPLES ENTRE LA EDAD EN FUNCIÓN DEL DESEMPEÑO	160
TABLA 71: COMPARACIONES MÚLTIPLES ENTRE LA EDAD EN FUNCIÓN DE LAS CONDUCTAS CONTRAPRODUCTIVAS	161
TABLA 72: RESULTADOS - REGRESIÓN	164



UNIVERSITAT
POLITÈCNICA
DE VALÈNCIA
CAMPUS D'ALCOI

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

El mercado laboral a lo largo de los últimos años ha atravesado varias transformaciones contextuales, que ha traído consigo la modificación de conceptos tradicionales que hoy en día pueden ser catalogados como obsoletos; estas transformaciones no solo se han visto en la estructura de las organizaciones, sino también en los requerimientos en cuanto a la flexibilidad de los trabajadores, la polivalencia de funciones, el ajuste a jornadas laborales particulares que se adapten a la volatilidad de los mercados y al comportamiento de las organizaciones en cuanto al actor más importante de la cadena de valor que en este caso es el trabajador, esta premisa ha sido apoyada con varios estudios e investigaciones en donde prevalece la importancia del trabajador en el mercado de los servicios, sobre el mercado de los bienes.

Constantemente se habla de la globalización y los profundos procesos de cambio, transformaciones sociopolíticas y tecnológicas que han reorganizado las condiciones de trabajo y creado nuevos formatos laborales que hace unos años no estarán ni visualizados, es a partir de esto que se han desarrollado un sin número de nuevas conceptualizaciones que giran alrededor de la calidad de vida laboral y sobre todo la calidad del servicio que ofrecen las organizaciones.

La calidad de la vida laboral ha retomado un papel importante dentro de las organizaciones a pesar de que este término ya era utilizado en los años sesenta con términos similares como: mejora del trabajo, rediseño/reestructuración de los puestos de trabajo, reforma laboral, humanización del trabajo, satisfacción laboral, democracia en el lugar del trabajo, democracia industrial, dirección participativa o desarrollo organizacional; es así que para autores como Mateu en el año de 1984 desarrolló una de las definiciones más completas que de forma textual expresa lo siguiente: “[...] la oportunidad para todos los empleados, a todos los niveles de la organización. De influir eficazmente sobre su propio ambiente de trabajo, a través de la participación en las decisiones que afectan al mismo, logrando así una mayor autoestima, realización personal y satisfacción en su trabajo [...]” a pesar de que el concepto es multidimensional y está relacionado con todos los aspectos del trabajo. En términos prácticos este concepto se ha dividido en dos grandes dimensiones: la relativa al entorno en que se realiza el trabajo, y

la que se relaciona con las experiencias de los trabajadores, en este estudio se analizará la primera, expresamente el impacto tanto en el trabajador como en los resultados organizacionales causados por el alargamiento de la jornada laboral en el sector sanitario en Ecuador.

Los sectores laborales en donde aún prevalecen las jornadas laborales de 12 horas rotativas, usualmente se caracterizan por estar compuesta por una gran demanda del servicio, lo que acarrea ofertar la continuidad del servicio durante las 24 horas del día, los sectores en donde más comúnmente se observa esto es en salud, vigilancia, supermercados, transporte terrestre, aéreo y marítimo, manufactura, hostelería, telecomunicaciones y farmacias, entre otras.

Sin embargo, el planteamiento del alargamiento de las jornadas laborales a 12 horas va más allá de únicamente ofrecer un servicio continuado, existen estudios recientes que han señalado que el trabajo nocturno y a turnos tienen importantes efectos perjudiciales en términos de mala salud, pobre calidad de vida y deterioro social (Gabarino y cols., 2002; Khaleque, 1999; Knutsson, 1989; Oginska, Pokorski & Oginska, 1993), estos autores coinciden que el turno de la noche es el más disruptivo de todos los turnos en términos de deficiencia de sueño y quejas de salud.¹

El Sector Sanitario se ha caracterizado por su compleja estructura, basado en el contexto en el que se desarrollan sus actividades, sin embargo, la complejidad va más allá del mero hecho de su don de ser; comienza desde la especialización de los profesionales que prestan sus servicios, hasta el comportamiento y conducta laborales derivadas del contexto laboral del sector. La modificación de las jornadas laborales, la diferenciación en la categorización salarial, la presión y tensión en la prestación de los servicios, el ambiente laboral, son condiciones que representan de forma global a este sector.

Los profesionales de enfermería, objeto del presente estudio son un grupo laboral que debido a su ámbito de trabajo están sometidos a largas jornadas laborales de 12 horas, con turnos rotativos que son compensados con 48 a 72 horas de descanso; en este contexto y en combinación con la carga laboral y el estrés diario de sus actividades con el contacto

¹ MIRO, E., CANO-LOZANO M., BUELA-CASAL G., Sueño y calidad de vida. Revista Colombiana de Psicología, 2005, pago. 18.

directo con los pacientes, el manejo de situaciones críticas, el trabajo en equipo y la resolución de conflictos y cambios continuos, y la sobrecarga laboral; inciden en el impacto de los resultados organizacionales que será analizado posteriormente.

Uno de los factores que más se ven afectados por las largas jornadas laborales en el sector sanitario y que ha sido analizado en varias investigaciones referentes a la enfermería, es el desempeño laboral en turnos nocturnos, ya que la pronta respuesta a dificultades propias de su labor puede definir la delgada línea entre la vida y la muerte de un paciente; a esto se le adiciona el agotamiento por fatiga, y es muy común observar desmotivación laboral e insatisfacción.

En complemento (Maslach C. , 1982) en uno de sus estudios manifiesta que: “[...] *Los trabajadores que desarrollan estrés con, fundamentalmente aquellos cuyas profesiones son denominadas de ayuda o de servicios, como son la enseñanza, la sanidad los servicios sociales, etc. Y se caracteriza por un agotamiento emocional extremo, la despersonalización en el trato con las personas y los clientes y la ausencia de realización personal en la ejecución del trabajo [...]*”; Es así que en el sector sanitario la agudeza es aún mayor que en otros sectores ya que el contacto con los pacientes y sus familiares se personaliza y es frecuente y se convierte en una fuente de estrés que muchas veces supera los recursos personales.

Finalmente, para el presente estudio se ha tomado como antecedente la jornada laboral o turnos laborales, según el Modelo Demandas – Control – Apoyo Social, y como consecuentes, por un lado, las variables relacionadas con la percepción de salud enfocado en el agotamiento, fatiga crónica y aguda, cinismo y recuperación de turnos, y por otro las variables relacionadas con los resultados organizacionales, satisfacción laboral, las conductas contraproductivas y el desempeño. Este estudio se realizó en una muestra de profesionales de enfermería compuesto por enfermeras/os y auxiliares de enfermería (N=76) de un hospital ubicado en Ecuador.



CAPÍTULO II: ANTECEDENTES

2. ANTECEDENTES

2.1. Factores Antecedentes del Sistema Nacional de Salud

2.1.1. La Salud Pública en Ecuador

El Sistema Sanitario en el Ecuador, se deriva del cumplimiento de la Constitución de la República del Ecuador que en su artículo 3, menciona de forma textual lo siguiente: “[...] *La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. [...]*”²; el contar con un marco normativo e instrumentos necesarios para la provisión de los servicios de salud ha constituido uno de los retos más importantes y trascendentales en la historia del Ecuador.

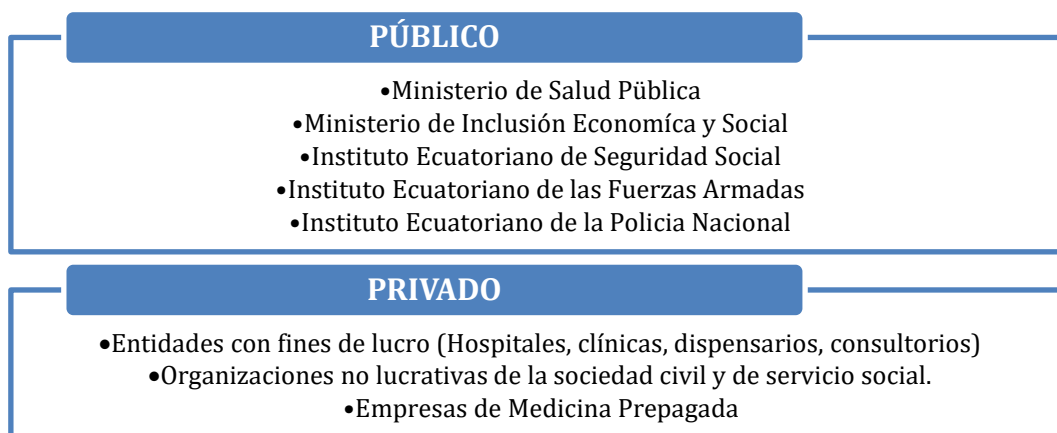
Para su ejecución el Estado Ecuatoriano ha nombrado como Autoridad Sanitaria Nacional al Ministerio de Salud Pública, con la finalidad de establecer un ente rector que coordine los diferentes subsistemas de salud, fortaleciendo e incrementando el acceso de la población a los servicios de salud, especialmente la promoción y prevención.

El Sistema Santuario Nacional está compuesto por el sector público y el sector privado que trabajan de forma coordinada amparados en la “*Norma del Proceso de Relacionamiento para la atención de pacientes y reconocimiento económico por prestación de servicios de salud entre instituciones de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria*”³; fortaleciendo así el vínculo de interacción y la complementariedad en beneficio de las personas. Estos sectores están compuestos de la siguiente manera:

² Constitución de la República del Ecuador. Registro Oficial 2008 (20 de octubre); 16

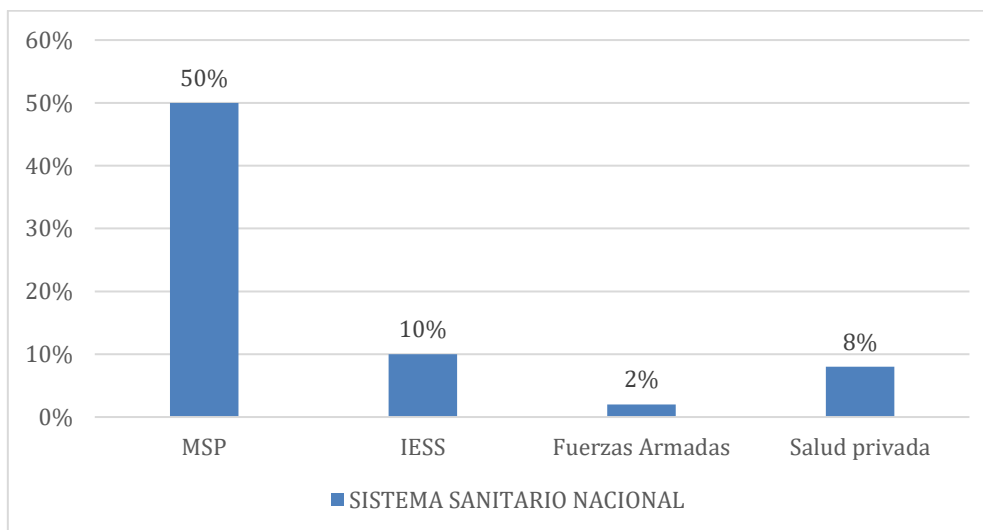
³ <https://www.slideshare.net/esthelaviles/norma-d-e-proceso-de-relacionamiento-msp>

Ilustración 1: Unidades médicas públicas y privadas



Cada uno de estos subsistemas abarcan un porcentaje de atenciones de salud, teniendo en cuenta que solo el 80% de la población del Ecuador tiene acceso a salud, con estos antecedentes la distribución por atenciones médicas se detalla a continuación:

Ilustración 2: Composición del Sistema Nacional de Salud



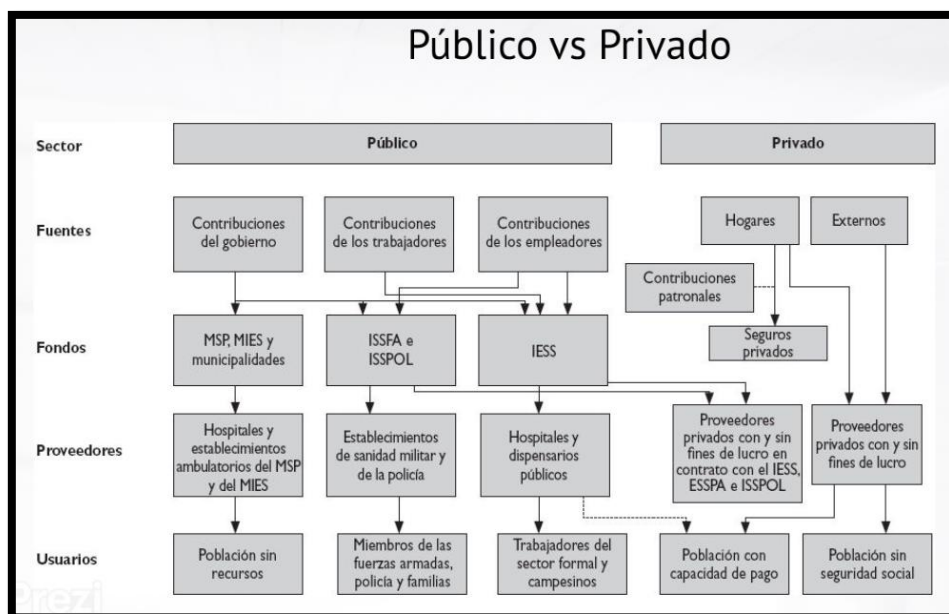
Fuente: <https://prezi.com/kxkviwrohdbby/el-sistema-sanitario-de-ecuador/>

Es pertinente mencionar que dentro de la estructura del Sistema Nacional de Salud, la seguridad social es financiada por cotizaciones de los trabajadores del sector formal, el subsistema privado de salud se enfoca a la población de mayor poder adquisitivo,

y el sistema público de salud financiado en su totalidad por el Estado Ecuatoriano con redes asistenciales para todos los ciudadanos.

La estructura del Sistema Nacional de Salud, visto desde varios puntos de vista se detallan en el gráfico subsiguiente para su mayor entendimiento.

Ilustración 3: Sistema Público y Privado Sanitario



Fuente: Ministerio de Salud Pública

El Estado Ecuatoriano en la última década incrementó de forma constante la inversión anual para el sector social, especialmente para salud y educación, que dicho más ampliamente fueron los sectores más descuidado por varias décadas. Es así que para el año 2014, el Estado Ecuatoriano invierte el 9,2% del PIB para el sector salud.

En este contexto se puede aseverar que tras la visualización del sector salud como primordial en el desarrollo de un Estado, se da inicio a la consolidación de un Sistema Nacional de Salud acorde a los estándares básicos recomendados por la Organización Mundial de la Salud; la construcción de nuevos centros de salud de primer nivel de atención, la construcción de Hospitales de segundo nivel de atención y la repotenciación

de los Hospitales Especializados, fueron las obras más importantes en el contexto salud. La fuerte inversión en talento humano, las reorganizaciones de la estructura organizacional de varias instituciones del Estado lograron concebir un modelo social complementario entre Instituciones, cada una con la especialización y complementariedad necesaria para consolidar un sistema Sanitario Nacional fuerte.

Tabla 1: Indicadores Sociales – Ecuador

Variab les	Dato
Población Total (2015)	16,144,000
Ingreso Nacional Bruto Per Cápita (En Dólares Internacionales, 2013)	10
Esperanza de Vida al Nacer H/M (Años, 2015)	74/79
Probabilidad de Morir Antes de Alcanzar los cinco años (Por 1000 Nacidos Vivos, 0)	no disponible
Probabilidad de Morir entre los 15 y los 60 Años, H/M (Por 1000 Habitantes, 2015)	153/83
Gasto Total en Salud Por Habitante (\$Int, 2014)	1,04
Gasto Total en Salud Como Porcentaje Del Pib (2014)	9.2

Fuente: <http://www.who.int/countries/ecu/es/>

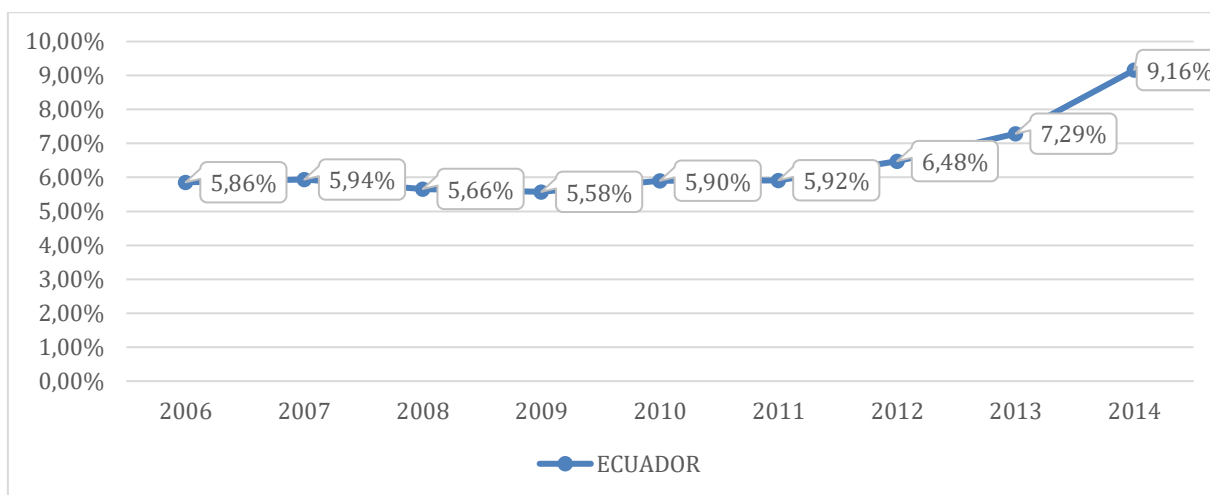
Es así que el Estado Ecuatoriano a través de la Autoridad Sanitaria del Ecuador, garantiza el cuidado de la salud de los ciudadanos, mediante la generación de políticas públicas enmarcadas en la provisión de los servicios de salud a toda la población, a través de la regulación, planificación, coordinación y regulación de la gestión en los establecimientos de salud de todos los niveles de complejidad. El Ministerio de Salud Pública mediante la provisión de servicios de salud a toda la población, cuenta con el 47% de unidades ambulatorias y hospitalarias, y los hospitales de referencia nacionales más grandes del país, cubren alrededor del 51% de la población ecuatoriana.⁴

El Ecuador en la última década ha atravesado por cambios trascendentales en salud pública, es así que en términos comparativos para el año 2006 la inversión social

⁴ Lucio R. Modelo de salud en Ecuador. Quito: Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, 2010.

fue de 1.934 millones de dólares, pasando en el 2013 a alrededor de 7.000 millones de dólares, destinados especialmente al sector salud; en cumplimiento del artículo 366 de la Constitución, que estipula lo siguiente: “[...] *El financiamiento público en salud será oportuno, regular y suficiente, y deberá provenir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado. Los recursos públicos serán distribuidos con base en criterios de población y en las necesidades de salud. [...]*”⁵; por lo tanto, se muestra el comportamiento de la inversión en Salud Pública en Ecuador.

Ilustración 4: Gasto Público de Salud en Ecuador



Fuente: Banco Mundial

Como se observa en el Ilustración 4, el gasto en salud en Ecuador ha sufrido un constante incremento en los últimos 10 años; el gasto per cápita en salud pasó de 202 dólares en el 2000 a 474 dólares para el año 2008.

La inversión en salud pública en el Ecuador se enmarcó principalmente en la construcción de nuevos establecimientos de salud de primer y segundo nivel de atención en salud, y la repotenciación de los establecimientos ya existentes de los tres niveles de complejidad. De igual forma en la última década se enfocó todos los esfuerzos en la profesionalización del talento humano, siendo así que el incremento de sueldos para los profesionales de la salud paso a casi duplicarse, con una categorización establecida que

⁵ Constitución de la República del Ecuador. Registro Oficial 2008 (20 de octubre); 449

se basa en una combinació de nivells de estudis i experiència professional, sent així atractiu treballar en el sector públic per als professionals de la salut de Ecuador.

Es important recalcar que la inversió se amplià també a la institucionalitat de projectes enfocats en la erradicació de problemàtiques enfocades en els Objectius de Desenvolupament del Mil·lenni (ODM)⁶ com la Reducció de la Mortalitat Materna, la Salut Sexual i Reproductiva, entre altres.

La Organització Mundial de la Salut recomana que els països en vies de desenvolupament haurien d'augmentar el cost presupostari en salut en un 1% del PNB per l'any 2007, i en un 2% per 2015, i comptar amb un maneig eficient dels recursos, amb la finalitat de lluitar el dèficit social de la població en qualsevol nació.⁷

Es així que, en termes comparatius respecte a la cobertura sanitària en Ecuador, vist com a debilitat, el nombre de metges generals i especialistes en Ecuador és relativament baix, comparant-la amb els estàndards mínims establerts per la Organització Mundial de la Salut; és així que l'Ecuador té 1,7 per cada 1.000 habitants, davant Espanya que actualment té 4 metges per cada 1.000 habitants.

La Organització Mundial de la Salut estableix que menys de 23 treballadors de la salut (només metges, infermeres i parteres) per 10.000 habitants serien insuficients per aconseguir la cobertura de les necessitats d'atenció primària de salut.

A continuació, es mostra les estadístiques en quant a la producció del Ministeri de Salut Pública a partir de l'any 2008, i el gran impacte amb la implementació del Subsistema de Referència i Contrareferència.

⁶ Objectius de Desenvolupament del Mil·lenni
<http://www.un.org/es/millenniumgoals/maternal.shtml>

⁷ Invertir en salut http://www.who.int/macrohealth/infocentre/advocacy/invertir_en_salud_es.pdf

Tabla 2: Producción Ministerio De Salud Pública

NIVELES	2008	2011	2013
Primer nivel	17.062.652	23.585.924	29.123.197
Segundo y tercer nivel	8.415.651	11.485.610	9.907.263
TOTAL	25.478.303	35.071.534	39.030.460

Fuente: www.salud.gob.ec

Entre el año 2011 y 2013 se observa una disminución de alrededor del 14% en el número de consultas médicas realizadas en el segundo y tercer nivel de atención, y por el contrario un incremento del 23% en las consultas médicas del primer nivel de atención; evidenciando los resultados positivos de la aplicación continua del nuevo modelo de atención y las estrategias implementadas.

Ilustración 5: Centro de Salud - Tipo C



Fuente: www.salud.gob.ec

Este gran reto y los buenos resultados se lograron con la gran inversión en la potenciación del primer nivel de atención en salud, siendo una oportunidad que ha logrado identificar y posicionar al primer nivel de atención en salud como la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud, invirtiendo tanto en equipamiento, infraestructura, talento humano, medicamentos, dispositivos médicos, entre otros aspectos que han logrado resultados exitosos, a pesar que aún no se ha alcanzado los estándares sugeridos por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

2.1.2. Marco Jurídico de la enfermería en Ecuador

Los profesionales de Enfermería en Ecuador se encuentran representados por la Federación Ecuatoriana de Enfermeras y Enfermeros – FEDE, una organización gremial que agrupa a los profesionales afines para el tratamiento de temas diversos en el ámbito de sus competencias, ejecutando las políticas generales, y el planteamiento y posterior ejecución de planes locales de desarrollo en beneficio de sus asociados.

En referencia al marco jurídico que ampara la prestación de servicios de las enfermeras y enfermeros en el Ecuador, se cuenta con la siguiente normativa legal vigente⁸:

Ley De Ejercicio Profesional de las Enfermeras y Enfermeros del Ecuador. - Ley promulgada el 19 de febrero de 1998, mediante el cual se define los siguientes espacios:

- Protección y ámbito de la ley
- La profesión, competencias y deberes
- Derechos y obligaciones
- Jornadas de trabajo de 6 horas diurnas y 12 nocturnas cada 2 noches y 2 días de descanso semanal
- Remuneraciones
- Elaboración del Manual de valoración y clasificación de puestos, en conjunto con las instituciones del Estado que participan en el proceso.

Otras normativas vigentes actualmente que se detallan a continuación:

- Reglamento de Aplicación de la Ley de Ejercicio Profesional de las Enfermeras y Enfermeros del Ecuador
- Estatutos de la Federación Ecuatoriana de Enfermeras y enfermeros
- Reglamento General de los Estatutos de la Federación Ecuatoriana de Enfermeras y Enfermeros
- Código de Ética

⁸ <http://www.federacionecuatorianadeenfermeras.org/index.php/quienes-somos/historia>



UNIVERSITAT
POLITÈCNICA
DE VALÈNCIA
CAMPUS D'ALCOI

- Reglamento de Elecciones
- Reglamento de Concursos

2.2. Condiciones Laborales

Las condiciones laborales definida por la Organización Internacional del Trabajo manifiesta de forma textual que: “[...] *Conjunto de circunstancias y/o características materiales, físicas, económicas, sociales, políticas, psicológicas y organizacionales en el marco de las cuales se desarrollan las actividades y relaciones laborales [...]*”⁹. En concordancia con otros autores se establece una fuerte relación entre las condiciones de trabajo y la satisfacción laboral, lo que abarcará un estudio más profundo de la calidad de la vida laboral, uno de los temas que se abarca en el presente estudio.

En concordando a los factores de riesgo referentes a las condiciones de trabajo y estilos de vida provocan desgaste físico y emocional provocando insatisfacción laboral del personal de enfermería. Específicamente para el personal de enfermería es el entorno físico de trabajo, las condiciones de seguridad, condiciones psicológicas y sociales además de las organizaciones del trabajo (Polo & Gloria, 1989).

El debate se ampliado en torno a este tema y la Organización Mundial de la Salud (OMS), Consejo Internacional de Enfermería (CIE) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) han identificado condiciones laborales precarias en la enfermería, las cuales se ha observado que afecta de forma incremental a la carga laboral, pérdida de seguridad laboral, falta de suministros para la prestación de servicios, bajos salarios, falta de recurso humano de enfermería e incremento de procesos judiciales, lo que conlleva sobrecarga laboral, cansancio y agotamiento físico.¹⁰¹¹

Es así que a partir de las condiciones laborales pueden extraerse múltiples hipótesis y encontrara así la relación frente a variables que serán estudiadas posteriormente en este estudio de investigación.

No obstante, estas condiciones de trabajo deben ser percibidas como una herramienta útil para mejorar el ambiente laboral, y crear una cultura organizacional más compenetrada y con apoyo social.

⁹ OIT. <http://www.ilo.org/public/spanish/dialogue/sector/papers/health/convention149.pdf>

¹⁰OIT. Convenio 1149 sobre el personal de enfermería: reconocer su aporte, considerar sus necesidades, 2007.

¹¹ Colegio Internacional de Enfermeras. Trabajo decente para las enfermeras, 2010.

2.2.1. Sueldos y salarios

El mejoramiento de la salud pública en Ecuador se enfocó principalmente en la profesionalización del recurso más valioso de la institución, a través de varios mecanismos como la creación y asignación de 600.000 becas y el incremento salarial para alrededor de 17.000 profesionales de la salud. Por otro lado, se implementó un nuevo programa para motivar el regreso de profesionales de la salud a Ecuador, mediante el programa Ecuador Saludable, Vuelvo por ti¹², en su primer trimestre tenía inscrito a 1.434 médicos ecuatorianos que residían en diferentes países, para acogerse a este plan.

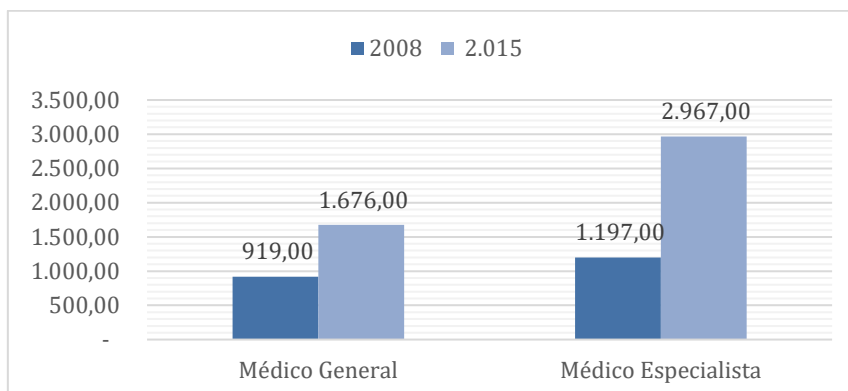
Referente a los sueldos y salarios de los profesionales de la salud, el Estado ecuatoriano supuso un incremento sustancial en la remuneración mensual, y adhirió bonos atractivos con la finalidad de que los médicos privados presten sus servicios en el sector público, es así que actualmente un médico general que labora en la Amazonía recibe los siguientes bonos:

- **Bono de residencia.** - a favor de los gastos de supervivencia, teniendo en cuenta que debió movilizarse para prestar sus servicios.
- **Bono geográfico.** - dada la ubicación del establecimiento de salud.

El incremento salarial, como una herramienta de motivación triplicó el número de profesionales de la salud de 11.201 en el año 2008 a 33.644 para el año 2015. Mejorando las condiciones de trabajo, siendo competitiva frente al sector privado. A esto se ha analizado la posibilidad de incluir sueldos variables impulsados por el trabajo destinado para los fines de semana, ya que la demanda es incremental y los pacientes deben esperar semanas para obtener una cita médica, a pesar del incremento de profesionales.

¹² Plan “Ecuador Saludable vuelvo por ti”
<http://www.salud.gob.ec/plan-ecuador-saludable-vuelvo-por-ti-aumenta-su-acogida-entre-profesionales-de-la-salud-nacionales-y-extranjeros/>

Ilustración 6: Salarios en el Sector Sanitario



Fuente: <http://www.salud.gob.ec>

Los sueldos y salarios de los profesionales sanitarios en el peor de los casos se duplicaron en 7 años, y en algunos profesionales, específicamente los médicos especialistas triplicaron sus sueldos en el mismo periodo de tiempo, consecuentemente el número de médicos por persona aumento drásticamente en el Ecuador. A pesar, de los incentivos instaurados en este periodo de tiempo, y los grandes esfuerzos por mejorar el Sistema Sanitario de Ecuador, la brecha de médicos y enfermeras en el país aún sigue siendo deficitaria.

Los sueldos y salarios como una herramienta de motivación o un modelo de recompensas implantado en el sistema de salud pueden mitigar de cierta forma las largas jornadas laborales con horarios rotativos de 12 horas, sin embargo, en el Ecuador a pesar del incremento sustancial de sueldos, estos no responden al esfuerzo de los profesionales sanitarios en recompensa de sus horarios laborales extendidos. Es así que fácilmente el mismo sueldo de un médico es percibido en el Ministerio de Salud Pública en la parte administrativa, que únicamente cumple las 8 horas de jornada laboral, de aquí nace la disparidad y falta de un modelo de recompensas a los profesionales sanitarios; esta se ha convertido en un inconveniente que al pasar los años a hecho que la rotación de personal se incremente de forma abrupta, sobre en todo en los profesionales con antigüedad laboral superior a los 10 años.

2.2.2. Jornada Laboral

A partir del 2012 se modificó la normativa vigente y se implementa en Ecuador la jornada ordinaria de trabajo de 8 horas diarias para los profesionales sanitarios tanto médicos, enfermeras y odontólogos; antes de esta nueva ley los profesionales de la salud cumplían jornadas de 4 a 6 horas, ofreciendo atención en consulta externa únicamente en las mañanas, y por las tardes los establecimientos de salud se encontraban subutilizado; con esto también el incremento salarial en para justificar el incremento de la jornada laboral.

El personal de enfermería según el servicio al cual estén asignados debe cumplir turnos rotativos de 12 horas, que no superen las 160 horas mensuales; con 48 horas de descanso, de la siguiente manera:

Ilustración 7: Jornada laboral de 12 horas

HORA/DIA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
07:00:00							
19:00:00							
19:00:00							
07:00:00							

Fuente: Elaboración propia – información MSP

Como se observa en el gráfico que precede, los turnos rotativos se adaptan a las 48 horas de descanso, semanalmente se labora 36 horas y multiplicado por los días del mes se cumple las 160 horas laborales, es mes que tienen menos días se incorpora cursos profesionales para completar las horas que por normativa deben ser cumplidas.

Desde el punto de vista laboral las largas jornadas laborales de 12 horas influyen en el incremento de conductas contraproductivas, que se ven involucradas con comportamientos propios del trabajador que se encuentra atravesado situaciones adversas en su trabajo, es así que es común encontrar conductas como las que se detallan a continuación.



- Agotamiento
- Despersonalización
- Poca planificación y coordinación del trabajo en equipo
- Mayor incertidumbre en el tratamiento asignado a los pacientes
- Presión temporal
- Eventos adversos

Uno de los estudios que ha dado lugar al fuerte debate en cuanto a la jornada laboral de 12 horas rotativos, fue dirigida por los doctores Eduard Estivill, jefe de la Unidad del Sueño del Instituto Devezus de Barcelona y Apolinar Rodríguez, responsable del Servicio de Neurofisiología del Hospital de la Paz de Madrid desarrollada en 2006, quienes de forma textual manifiestan lo siguiente: “[...] *Los trabajadores de turnos de noche pierden cinco años de vida por cada quince de jornada laboral, se divorcia tres veces más que el resto de sus compañeros, y tienen un 40 por ciento más de posibilidades de padecer trastornos neuropsicológicos, digestivos y cardiovasculares [...]*”. Esto a casusa de que el individuo es un ser diurno que está programado para realizar todas sus labores en el día y pernoctar en la noche. Existen mecanismos internos (reloj biológico) que controlan la fisiología y la bioquímica del organismo para ajustarlo al ciclo de 24 horas llamados ritmos circadianos, la perturbación de las variaciones circadianas del funcionamiento fisiológico producido por la necesidad de permanecer despiertos y trabajando en horas biológicamente anómalas es uno de los rasgos más estresantes del trabajo por turnos.

Es así que cuando la condicione de “alerta” y la actividad interna del cuerpo están estables con periodos de sueño en los tiempos correctos, el individuo trabaja mejor disminuyendo la probabilidad de cometer errores. En términos generales, muchos autores manifiestan que la noche no es el mejor periodo para presentar un buen desempeño laboral, sumado a esto la fatiga y el cansancio pueden combinarse para la generación de errores en la atención del paciente.

Para autores como Gustavo Calabrese hay un riesgo significativo cuando se trabaja entre 50 a 70 horas por semana, 14 horas consecutivas al día, 1 ó 2 turnos nocturnos por semana, se tiene extensión del turno en la noche, menos de 10 horas de



descanso entre periodos de trabajo ó 1 día libre de trabajo a la semana,¹⁹ todas estas combinaciones de jornadas laborales son muy comunes en el personal sanitario lo que repercute de manera directa con el desempeño del trabajador, su salud y en los resultados de la organización, ya es más probable se comentan errores cuando el nivel de agotamiento esta elevado.

2.2.3. Feminización

La enfermería desde sus inicios (1869) ha sido una profesional influida por el género, al ser una actividad eminentemente femenina; la cual ha sido ligada a las prácticas humanas en relación a la salud. Es así que el término “Nurse” tiene sus raíces en el vocablo latino “nutrire” (nutrir), que significa madre que cría; perpetuando en la concepción de los humanos la enfermería como una profesión que solo podía ser ejercida por las mujeres.

La autora (Sacks, 1982) realizó un estudio comparativo y causal sobre el trabajo de hombres y mujeres como determinante de su estatus, en donde propone que el alejamiento de las mujeres de la producción social se debe precisamente al no ser su trabajo considerado dentro de la esfera público-social; por tal razón las mujeres son relegadas a trabajos domésticos como el rol de esposa, madre y cuidadoras. Estos roles no suponen un valor de intercambio, sino simplemente un valor de consumo interno o privado. De esta concepción a la infravaloración del trabajo realizado por las mujeres sólo hay un paso, de éste a la subordinación, ninguno¹³.

Sin embargo, para la década de los 80 y 90 se evidenció un alto incremento en el número de hombres que realizaba estudios en Enfermería, y su posterior inclusión laboral, creando un espacio que va creciendo a un ritmo constante siendo muy habitual encontrar enfermeros en hospitales tanto públicos, como privados; generando una reestructuración del pensamiento tanto en los profesionales como en los docentes y los mismos pacientes.

Una de las principales características de los puestos de trabajo en donde prevalecen las mujeres se traduce en un trabajo más dependiente de las decisiones médicas y más tareas directas con los pacientes; es decir todas las tareas son asignadas a las enfermeras con poca elasticidad en sus propias decisiones, esto puede ser traducido en alto “control” el cual si no es manejado de forma correcta puede acarrear bajo desempeño, insatisfacción, y hasta percibida como poca justicia laboral. Por otro lado, todas las acciones realizadas por las enfermeras son evaluadas a través de la respuesta de mejoría o reacción del paciente.

¹³ Sacks K. Engels revisitado: las mujeres, la organización de la producción y la propiedad privada. En Harris O, Young K (eds). Antropología y Feminismo. Anagrama. Barcelona. 1979.

Actualmente la incursión de hombres en la enfermería, aunque ha sido de forma paulatina, se puede observar que en las universidades e institutos ya es más notable su presencia, es así que datos proporcionados sobre la enfermería en EEUU muestra que en el año 1987 un 2,7% del personal de enfermería eran hombres, y tan solo 20 años después para el año 2000 se ha duplicado esta cifra con un 5,4%

En términos comparativos en España, el Consejo General de Enfermería ¹⁴ informa en su revista mensual que solo el 17,5% de la enfermería español está compuesto por hombres, con un análisis más a detalle se ha podido identificar que Murcia es la provincia con mayor prevalencia de hombres en esta rama con un 40,92%, frente a Navarra que únicamente representa el 4,98% de enfermos. Siendo esta una característica mundial, no solo español (Pella, 2004).

Es así que se puede concluir que uno de los factores más predominantes e los altos niveles de estrés entre el personal de enfermería es la concentración de mujeres en los cargos, quienes tienen mucho control en su trabajo por parte de los médicos que examinan su trabajo de acuerdo a los resultados de los pacientes, minimizando toda acción realizada por las enfermeras.

¹⁴ Consejo General de Enfermería: Órgano de entidad nacional que reúne todos los colegios de Diplomados en enfermería y matronas.

2.3. Riesgos Psicosociales en el Sistema Sanitario Ecuatoriano

En términos conceptuales los Riesgos Psicosociales son las condiciones laborales que se relacionan de forma directa con la organización, el contenido del trabajo y la realización de las tareas, y que tienen capacidad para afectar tanto el bienestar o a la salud (física, psíquica o social) del trabajador como al desarrollo eficiente del trabajo.

Si embargo, existen otras definiciones que van más allá en cuanto a la afectación de la salud de los trabajadores: *“Los riesgos psicosociales, a diferencia de los factores psicosociales, no son condiciones organizacionales sino hechos, situaciones o estado del organizamos con una alta probabilidad de dañar la salud de los trabajadores de forma importante”* (Moreno & Báez, 2010)

Las características propias de cada individuo juegan un papel muy importante de reacción ante las condiciones psicosociales de los puestos de trabajo (personalidad, necesidades, expectativas, vulnerabilidad, capacidad de adaptación, etc.) estas características determinan la magnitud y la naturaleza de las reacciones como en las consecuencias que sufrirá.

El sector sanitario es una fuente de estrés y carga emocional, ya que el desarrollo de las actividades en el sector sanitario en combinación con las TICs que actualmente se han impuesto en el desarrollo de gran parte de las actividades, conlleva una mayor exigencia en cuanto a la capacidad de procesar altos niveles de información proporcionada por las TICs y en menor tiempo que lo habitual.

El desarrollo de las tareas en el sector sanitario implica el mantenimiento constante de un nivel de atención elevado, puesto que las consecuencias de las decisiones que se toman y el riesgo de posibles errores en cada uno de los pacientes con un proceso evolutivo distinto crean un ambiente más exigente en donde interviene de manera decisiva la responsabilidad de los profesionales sanitarios.

A esto se debe incorporar la ambigüedad de roles que se presenta con frecuencia en el personal de enfermería, ya que al contar con una sobrecarga de trabajo existen funciones que no están suficientemente definidas, lo que se traduce en un desconocimiento de las funciones asignadas a cada trabajador.



Una definición que incorpora todos estos riesgos en el sector sanitario es la de (Grath, 1970): “*El estrés es un desequilibrio sustancial entre la demanda y la capacidad de respuesta bajo condiciones en la que el fracaso ante esta demanda posee importantes consecuencias*”¹⁵, Esto relacionado al Modelo Demanda – Control que será introducido posteriormente en el modelo teórico del trabajo, puede responder muchas cuestiones sobre el nivel de demandas propicio para no repercutir en bajo desempeño, insatisfacción laboral, pero sobre todo en el incremento de conductas contraproductivas y accidentes laborales o fallos médicos.

¹⁵ MARTIN DAZA F. NTP 318. El estrés: proceso de generación en el ámbito laboral.

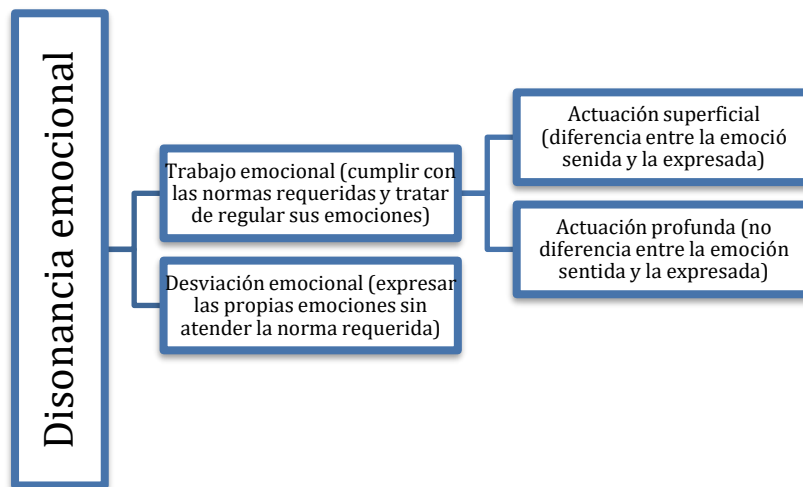
2.3.1. Trabajo Emocional

El trabajo emocional tuvo sus primeros inicios en el año de 1983, en donde Hochschild definió el trabajo emocional, por primera vez, como el control de las emociones para crear manifestaciones corporales y faciales observables públicamente. Además, diferenció entre los términos *emotion work* (también denominado como *emotion management* o control de emociones) y *emotional labor* (trabajo emocional).

Por un lado, el control de las emociones se entiende como el intento de modificar conscientemente la expresión de una emoción sentida. Atendiendo a los principios de (Marx, 1990), este concepto responde a la aproximación de valor-uso en el que la persona controla sus emociones para sentirse mejor consigo mismo o con los demás. En cambio, el trabajo emocional hace referencia al control de una emoción que se lleva a cabo como conducta requerida dentro del desempeño laboral. Este último haría referencia al concepto de valor-intercambio, el cual implica actuar a cambio de conseguir algo de valor como un sueldo u otro tipo de compensación (Rubin, Staebler Tardino, & Daus, 2005).

La teoría de la disonancia emocional tradicionalmente se ha considerado que es una consecuencia del trabajo emocional (Adelman, 1989) (Morris & Feldman, 1996). Sin embargo, tal y como se ha visto en el apartado anterior, la mayoría de los estudios revisados sobre la operacionalización del trabajo emocional entienden que el grado de disonancia emocional es una dimensión fundamental, aunque no necesaria para determinar el esfuerzo que requiere el primero (Morris & Feldman, 1996) (Zapf, Vogt, Seifert, Mertini, & Isic, 1999)

Ilustración 8: El Proceso del Trabajo Emocional



Fuente: Elaboración propia.

Se ha establecido en el sector sanitario el trabajo emocional es palpable dentro de gran parte de sus servicios, el simple hecho de trabajar con la vía de los pacientes diariamente crea ese vínculo emotivo, no tanto con el paciente sino más bien con su trabajo, sus funciones, pero sobre todo con la responsabilidad que a diario conlleva la prestación de sus servicios.

No obstante, el manejo del trabajo emocional bien manejado puede convertirse en una fortaleza, pero que pasa cuando esto es una causa de estrés combinado con jornadas laborales largas, turnos diurnos y nocturnos rotativos, la presión de los familiares y las repercusiones de integrar una vida familiar y laboral equilibrada. Pues este es un punto que debe ser analizado y tratado en el ambiente laboral, ya que puede convertirse en un estresor que perjudique tanto al trabajador como a los resultados organizaciones.

2.3.2. Burnout o Síndrome del Quemado

Muchos autores han realizado investigaciones referentes a la prevalencia existente en varios sectores laborales que con una combinación de factores intrínsecos y extrínsecos producen altos niveles de Burnout o Síndrome del Quemado.

Es así que los sectores más estudiados han sido salud y educación; como se ha mencionado anteriormente el sector salud, ya que los profesionales se enfrentan constantemente a una tarea compleja en la que influyen diversas circunstancias (Álvarez Gallego & Fernández Ríos, 1991) (Arranz, Barreto, & Bayés, 1997) (Gil-Monte & Peiró, 1997) (Caballero, Nieto, Caball, & Bermejo, 2001) (González, 2002) (Lim y Yuen, 1998) (Parkes, 1998) (Peiró, 1993) (Pellín et al., 1998) (Quick y Tetrik, 2003) (Rout, 1998) (Vachon, 2000) (Zapf, Mertini, Seifert, & Vogt, 1999) (Zoccalli, Campollo, Caroccio, Cedro, Muscatello y Pandolfo, 1999); las condiciones laborales del sector sanitario influyen de manera significativa en la aparición del síndrome Burnout, en combinación con la insatisfacción laboral, desembocan en un riesgo profesional muy extendido, manifestándose en un trabajo poco eficiente y sin calidad, perjudicando a los resultados de la empresa. No obstante, en el sector sanitario esto va más allá, y es por esto que existen un sinnúmero de autores que han realizado investigaciones alrededor del tema, ya que no solo tiene consecuencias organizacionales, sino también consecuencias en los pacientes.

Un análisis más específico indica que el sector sanitario supone en los profesionales de la salud una alta implicación emocional, combinados con factores organizacionales del trabajo como:

- Exceso de estimulación aversiva
- Constantemente se enfrentan al sufrimiento y a la muerte del paciente
- Dolor por la pérdida de un ser querido que padecen los familiares y allegados
- Contacto continuo con enfermos que exige un cierto grado de implicación para establecer una relación de ayuda.
- Un control inadecuado del vínculo, por exceso (sobreimplicación) o por defecto (conductas de evitación) genera problemas importantes tanto para los pacientes como para sus cuidadores
- La frustración de no poder curar, objetivo para el que han sido entrenados

- Proporción muy alta de enfermos a los que deben de atender
- Escasez de formación en habilidades de control de las propias emociones, además de las de los pacientes y sus familiares
- Horario de trabajo irregular debido a la realización de turnos
- Conflicto de rol y ambigüedad de rol
- Falta de cohesión en el equipo multidisciplinar
- Burocratización e individualismo en las instituciones sanitarias.

El Consejo Internacional de Enfermería, en su página web, afirma que *"si se quisiera crear el entorno óptimo para producir estrés, muchos de los factores que se incluirían serían claramente reconocidos por el personal de enfermería, como acontecimientos que éste encuentra en su trabajo diario"*¹⁶. Mientras tanto que en el informe Hermans (2000), debatido en el Parlamento Europeo, se destaca el desfase existente entre el espíritu altruista que existe en el marco de las actividades asistenciales de enfermería, la formación recibida y la realidad laboral, todo lo cual constituye un factor de riesgo para que aparezca el síndrome de burnout¹⁷.

Los datos antes mencionados suponen ya un análisis exhaustivo de este síndrome en relación a la enfermería, y las posibles causas; sin embargo, el trabajo mismo de la enfermería supone una carga emocional desgastante, reflejada en altos índices de insatisfacción; sin embargo, buscar un equilibrio que no afecte al paciente y que produzca al mismo tiempo satisfacción en el área de enfermería supone una estrategia compleja a ser implementada.

¹⁶ Consejo Internacional de Enfermería. El CIE aborda el estrés en el trabajo y la amenaza que supone para la salud del trabajador. (en línea), ((consultado: 8 de agosto 2005) disponible en: URL: <http://www.icn.ch/mattersp.htm>.

¹⁷ Fraga Díez I. Desmotivación y Enfermería. Diagnóstico del problema. Metas Enferm Sept 2001; IV (38): 38-41.

2.3.3. Inseguridad Laboral

La relación laboral en el sector público de Ecuador, en concordancia con el artículo 58 de la Ley del Servicio Público (LOSEP); establece que los contratos de servicios ocasionales no pueden exceder más de 24 meses, en la misma institución. No obstante, en el mismo artículo se manifiesta de forma textual que: “[...] *La contratación de personal ocasional no podrá sobrepasar el veinte por ciento de la totalidad del personal de la entidad contratante [...]*”¹⁸.este último artículo se da cumplimiento a través de la modificación de la relación laboral, mediante la suscripción de un Nombramiento Provisional, que amplía el tiempo de relación laboral entre el trabajador y la institución. A pesar del cambio de modalidad tanto el contrato por servicios ocasionales, como el nombramiento provisional son de carácter “indefinido”.

En cumplimiento de lo antes mencionado el Ministerio de Salud Pública para el año 2013, creó 15.000 partidas presupuestarias con la finalidad que el personal de atención directa al paciente, así como para el personal administrativo, con contratos indefinidos, opten por participar en el Concurso de Méritos y Oposición y puedan ser favorecidos por una plaza. Sin embargo, a pesar de sus esfuerzos aún existen muchos profesionales sanitarios que trabajan a razón de contratos ocasionales.

El mercado laboral que más genera cambio de plazas, renunciadas y despidos es el sector sanitario; siendo los despidos una característica habitual propia del panorama económico actual. Es por esto que, aunque el proceso de despido puede significar una desestabilización en los trabajadores tanto en los despidos, como es los que permanecen aún en la empresa, se menciona que la cultura organizacional de las instituciones puede hacer frente en la disminución de la tensión provocada por los despidos. Los trabajadores mencionan en un estudio reciente que la forma de manejar los despidos en las instituciones tiene un fuerte impacto en la percepción de justicia por parte de los empleados despedidos y sobre los que aún no han sido despedidos. De igual manera impacta sobre terceras partes como clientes o trabajadores potenciales de la organización, lo cual a su vez influye en la evaluación global que se haga de la misma (Jahoda, 1982; Brockner, 1988; Skarlicki, Ellard, y Kelln, 1988; citados por Mladinic e Isla, 2002).

¹⁸ Ley del Servicio Público (LOSEP). Registro Oficial Suplemento 294 de 06-oct-2010, 29

Un análisis más a profundidad revela que existe una fuerte relación entre los despidos y la justicia organizacional en dos casos:

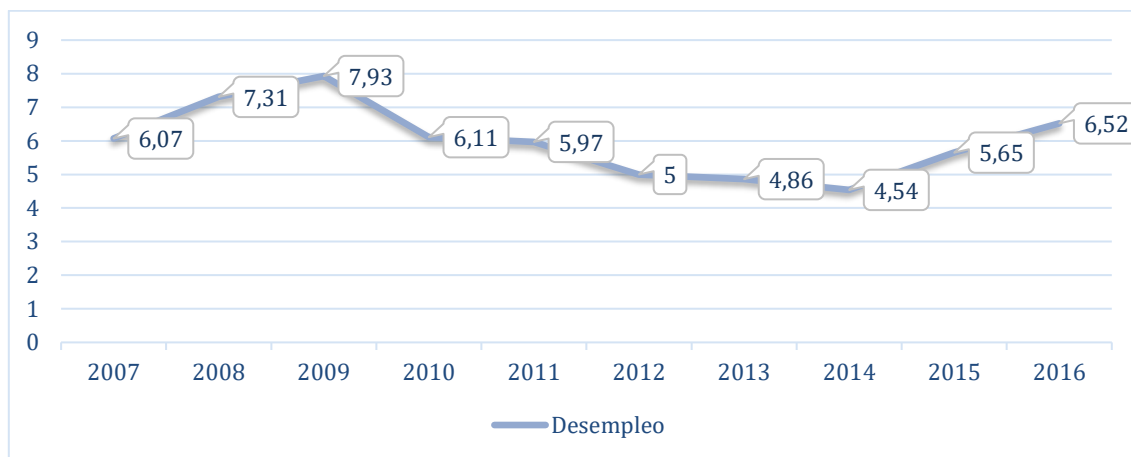
- Si los trabajadores tienen voz en los procesos de despido, esto influirá positivamente en la percepción de justicia procedimental
- Si la comunicación de despido se realiza teniendo en cuenta una adecuada sensibilidad, la relación con la percepción de justicia procedimental es positiva.

De igual manera, cuando un procedimiento de despido incluye compensaciones percibidas como justas, afecta más positivamente la percepción de justicia distributiva (Thibaut y Walker, 1975; citados por Mladinic e Isla, 2002).

La inestabilidad laboral fomenta en un equipo de trabajo conductas perjudiciales como la falta de compromiso, baja productividad, poca empatía con sus supervisores; sin contar con la afectación de rumores tras algún episodio que evidencia un despido o un llamado de atención. Es por esto que trabajar en una cultura organizacional es prescindible en esta época de crisis, contar con un equipo y protocolo para los despidos es primordial tanto para el trabajador que se va, como para el resto de la empresa.

Con la crisis económica mundial muchas instituciones públicas y privadas, empresas grandes y pequeñas, han sentido de manera directa o indirecta el fuerte impacto de la crisis económica, la cual ha traído consigo un recorte de recursos y por ende de personal. Como se mencionó anteriormente Ecuador actualmente está atravesando una crisis económica basada en el bajo precio del petróleo, combinado con un desfase político. En termino de indicadores en la ilustración 9 se muestra la tasa de desempleo:

Il·lustració 9: Tasa de Desempleo en Ecuador



Fuente: <https://www.bce.fin.ec/index.php/indicadores-economicos>

Es así que según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos – INEC, muestra que apenas un 25% de los trabajadores públicos cuentan con una relación laboral estable, sin embargo, son quienes cuentan con una antigüedad entre 15 y 25 años de trabajo en la misma institución. Los sectores con mayor prevalencia son el sanitario y educación.



UNIVERSITAT
POLITÈCNICA
DE VALÈNCIA

CAMPUS D'ALCOI

2.3.4. Alteraciones del sueño

El sueño en términos conceptuales es un fenómeno elemental de la vida y una fase indispensable de la existencia humana; una de sus definiciones más concurrentes y completas sobre el sueño manifiesta que es una disolución fisiológica del estado de conciencia o uno de los cambios o fenómenos básicos que ocurren en el sistema nervioso de manera cíclica cada 24 horas. Durante el periodo de sueño se llevan a cabo funciones fisiológicas imprescindibles para el equilibrio psíquico y físico de los individuos: restaurar la homeostasis del sistema nervioso central y del resto de los tejidos, reestablecer almacenes de energía celular y consolidar la memoria, he aquí la importancia del sueño (Velluti & Pedemonte, 2004) (Sarraís & de Castro, 2007).

Ilustración 10: Duración de Sueño por edad

EDAD	TOTAL - HORAS
0 - meses	14 - 17 horas
4 - 11 meses	12 - 15 horas
3 - 5 años	10 - 13 horas
6 - 13 años	9 - 11 horas
14 - 17 años	8 - 10 horas
18 - 25 años	7 - 9 horas
26 - 64 años	7 - 9 horas
mayores de 65 años	7 - 8 horas

Fuente: Fundación Nacional del sueño

El tiempo de sueño, como la calidad del sueño suponen factores de riesgo que perjudican de forma directa la salud de los profesionales sanitarios, suponiendo desgaste emocional y si no es atendida a tiempo es capaz de reducir la calidad del trabajo asistencial y del trato con los pacientes. Es así que investigaciones realizadas arrojan una relación inversa entre horas trabajadas y horas de sueño, la calidad del mismo guarda relación con aspectos laborales, específicamente la relación con compañeros y superiores, productividad, proactividad, etc. En concordancia con la investigación establece que las líneas de intervención se deberían basar en aspectos organizacionales como la incidencia en los equipos de trabajo, supervisión, coordinación y reparto de responsabilidades.

Ilustración 11: Proceso de Insomnio



Fuente: Fundación Nacional del sueño

La combinación de una fuerte carga laboral y largas jornadas de trabajo de 12 horas en el sector sanitario desembocan en altos índices de fatiga con prolongadas jornadas de trabajo y pocas horas de sueño; para combatir esta conducta es básico el control del proceso de estrés de los profesionales de esta rama, para evitar este comportamiento que puede desembocar en una situación de desgaste profesional, baja satisfacción laboral y burnout.

Otro factor muy importante el desempeño de las actividades profesionales, es la combinación de una vida familiar plena, es así que el desgaste profesional también tiende a influir en el ámbito socio – familiar de los profesionales sanitarios, deteriorando las relaciones e incrementando los conflictos en ella, provocados por falta de comunicación, irritabilidad, hostilidad y rupturas familiares, ampliándose a un progresivo asilamiento social y la disminución de relaciones interpersonales.

Los profesionales sanitarios constantemente se encuentran sujetos a dificultades propias de la prestación de sus servicios en una unidad médica, que supone toma de decisiones sobre la salud y bienestar de terceras personas, la relación con los pacientes y sus familiares, siendo los últimos con quien se debe establecer una relación especial que no siempre es fácil, ya que las expectativas de los mismos en ocasiones son difícilmente alcanzables; en un entorno de presión asistencial constante.



Sin embargo. La detección de problemas como el desgaste profesional es solo el inicio de una larga intervención que durante su proceso será una combinación de una mejoría en varios aspectos de su vida; es así que los profesionales sanitarios cuentan con una serie de elementos adicionales que dificulta la prevención y tratamiento, tales como¹⁹:

- El miedo a ser identificados como médicos que han fracasado en su carrera profesional
- El temor a la estigmatización que conllevan las patologías psiquiátricas
- El miedo a perder la credibilidad como profesionales de la salud entre los colegas y entre los pacientes
- La ocultación del problema por parte de los familiares y de los colegas
- Los problemas económicos para recibir tratamientos hospitalarios privados
- El temor a perder el trabajo o a ser inhabilitados para el ejercicio de la profesión

¹⁹ Arteman, A. Los médicos enfermos. Un problema de sanidad pública, 1999. Disponible en: <http://www.alass.org/es/epistula/epistula-31-2.htm>

2.3.5. Fatiga y agotamiento emocional

Como se ha mencionado anteriormente el sector sanitario es uno de los sectores más complejos en el ámbito laboral, teniendo en cuenta que diariamente tienen que tratar con la vida y la muerte, sus decisiones pueden traer consecuencias irreparables, por otro lado está la relación directa tanto con el paciente, como con la familia de los pacientes; en múltiples casos son las enfermeras quienes están en contacto con los familiares para notificar ciertos cambios en la salud de los pacientes, cuando estos no son complicaciones graves.

Es así que es el personal de enfermería se evidencia fatiga (Báez - Hernández, Castro-Estrada, & Ramirez-LEyva, 2005) (Leone, Huibers, & Kotherus, 2009) con una estrecha relación entre la fatiga y la combinación de otras variables lo que puede acarrear la fatiga crónica.

Existe una multidimensionalidad conceptual, y muchas veces ha sido confundida con otros términos que pueden correlacionarse entre sí, pero que no explica de forma clara el concepto de fatiga, es así que uno de los principales autores ha definido a la fatiga como: [...] *Cansancio que puede o no aliviarse con estrategias usuales de reducir, en diferentes grados, el esfuerzo o la potencia para realizar las actividades diarias [...]* (Amaducci, Mota, & Pimenta, 2010)

Es así que la fatiga es provocada mayoritariamente por la carga laboral, teniendo en cuenta que no siempre se cuenta con el número propicio de enfermeras por servicio, de igual forma existen muchos servicios que están a tope, y aunque no es un término para este estudio existe también estacionalidad en algunos servicios por ejemplo los fines de semana en el área de emergencia se requiere duplicar y hasta triplicar el número de enfermeras, esta información fue proporcionada por el Hospital, objeto del estudio.

Todo esto ha provocado que la enfermería cuente con altos niveles de rotación, es así que en estudios recientes se ha definido que 1 de cada 5 enfermeras que labora en hospitales manifiestan la intención de cambiarse de trabajo dentro del año (Aiken, Clarke, & Sloane, 2002)



En estudios recientes se ha observado cómo se ha incrementado el estrés relacionado con el trabajo Unión Europea, convirtiéndose en el segundo problema de salud más común, después del dolor de espalda, afectando al 28% de los trabajadores; más de la cuarta parte de las bajas laborales de 2 o más semanas de todos los problemas de salud relacionados con el trabajo.²⁰ Todo esto tiene una grave repercusión ya que como factor común se ha comprobado que las jornadas laborales extenuantes de 12 horas están provocando un mayor desgaste tanto físico como intelectual en los profesionales sanitarios combinados con las exigencias propias de su cargo y el mal manejo del estrés, han incrementado los índices de riesgos.

²⁰ FACTS 22. El estrés relacionado con el trabajo. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el trabajo. Bélgica 2002.



CAPÍTULO III: JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS, MODELO E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

3. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Justificación de la Investigación

El sector sanitario, especialmente la enfermería es considerada como uno de los trabajos con prevalencias altas de trastornos psicológicos relacionadas con el estrés, insatisfacción laboral y frecuentes cambios de puestos de trabajo (Revicki DA, 1989); esto puede responder a múltiples causas que de una u otra forma se relacionan con las características propias del puesto y rol desempeñado, sin embargo, en este estudio se analizará el impacto de la jornada laboral en la percepción de la salud y los resultados organizacionales, en el personal de enfermería.

El estudio se basa en literatura científica en la que coinciden que el trabajo a turnos repercute sobre la salud física y psicológica de los trabajadores a distintos niveles (Olavarrieta S, 2007), específicamente sobre el equilibrio del organismo por desfase de los ritmos biológicos como ritmo cardiaco y patrón del sueño. Desde el punto de vista de la parte social y familiar, esto influye de forma negativa interfiriendo en la cotidianidad de las actividades de ocio, y labores domésticas.

Otros estudios encaminados en la misma línea analizaron en términos comparativos los turnos de 8 y 12 horas, manifestando que los turno de 12 horas presenta más ventajas sobre el turno de 8 horas (Smith L, Folkald S, Tucker P, Macdonald, 1998) y (Tucker , Barton, & Folkard, 1996); siendo el turno de 12 horas el que presenta menos niveles de estrés, mejores condiciones físicas y psicológicas, mejora del bienestar y de la calidad de sueño, así como mejoras en las relaciones familiar; sin embargo se evidenció también que las principales preocupaciones son la fatiga y la seguridad (Edith JC, Julie EE, Henk T. , 2003) (Metzner RJ, 2001).

Muchos son los debates en torno a las jornadas laborales del personal de la enfermería visto así a las/los Enfermeras /ros y Auxiliares de Enfermería, 12 horas continuadas se plantea que trae consigo un sinnúmero de errores cometidos en la atención al paciente, otros autores plantean que estas jornadas extenuantes con la causa de que el personal de enfermería sienta mayor fatiga, mayores riesgos de lesiones a si mismos, y resultados fisiológicos negativos. Dado este amplio debate se busca analizar un vínculo

medio entre la jornada laboral y los resultados tanto en la salud del personal de enfermería, como en los resultados organizacionales.

Es así que dentro de ellos principales autores que determinaron la jornada laboral propicia para las enfermeras, desarrollado por (Wagstaff & Sigstad, 2011), quienes investigaron las implicaciones de trabajar en turnos por la noche y la jornada laboral; en este estudio concluyeron que los periodos de trabajo mayores a 8 horas conlleva un mayor riesgo de accidentes que se acumula de forma paulatina con cada hora adicional trabajada, pero nuevamente la revisión no es específica para los estudios sobre enfermeras.

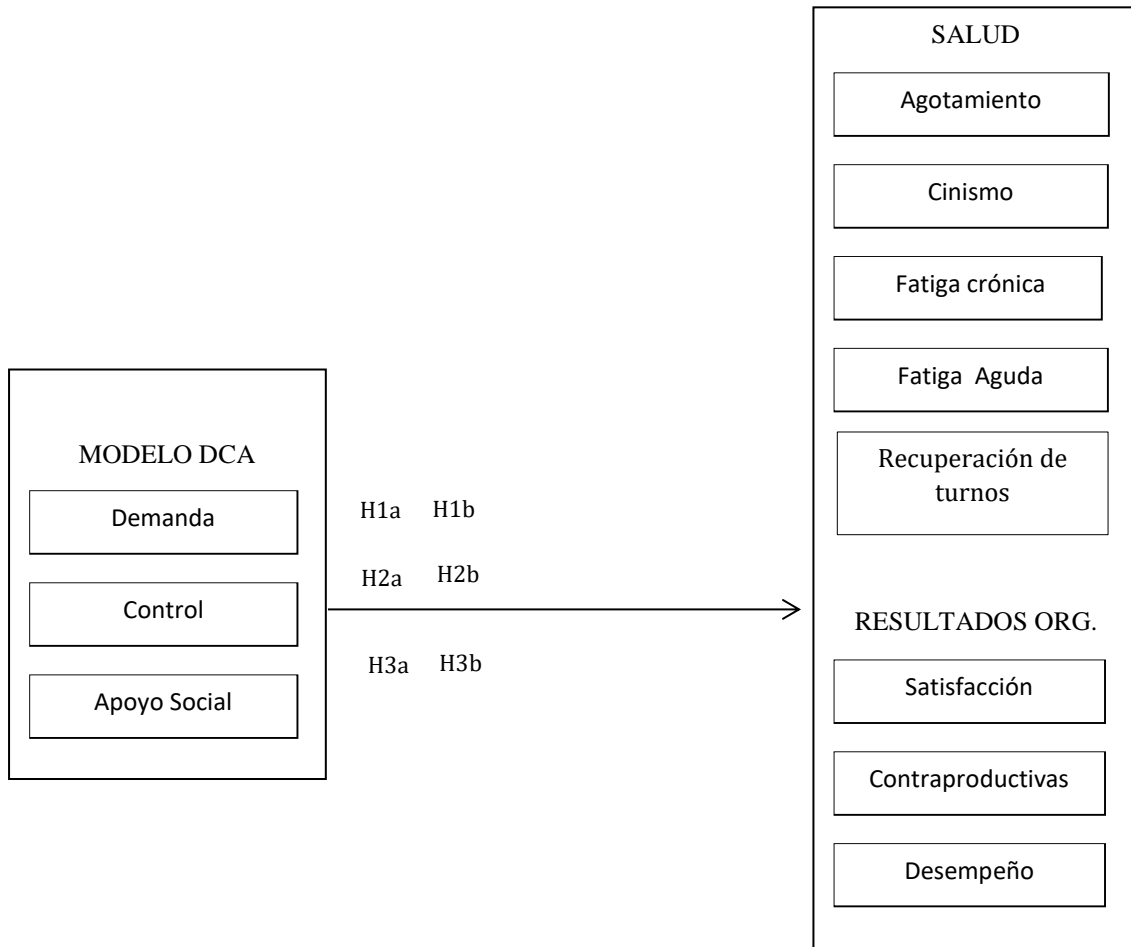
Por lo tanto, en este estudio se busca medir la relación entre diferentes variables que al interactuar entre si pueden desencadenar conductas adversas, con repercusiones directas con el paciente, es decir este estudio se encamina a analizar más a profundidad el impacto directo en la relación enfermera – paciente; y la incidencia de conductas adversas resultantes de la combinación peligrosa de algunas variables que influyen en la calidad asistencial.

3.2. Objetivo de la investigación

El objetivo de este estudio es conocer cómo afectan las variables del Modelo Demandas – Control – Apoyo a la percepción de la salud (agotamiento, cinismo fatiga crónica, fatiga aguda, recuperación de turno), y a los resultados organizacionales (satisfacción, desempeño y conductas contraproductivas). La muestra estuvo compuesta por 76 profesionales de enfermería con turnos de 8 y 12 horas, de cuatro servicios hospitalarios.

3.3. Modelo Teórico

Ilustración 12: Modelo Teórico de la Investigación



3.4. Hipòtesis

En concordancia con lo expuesto en el apartado anterior, se ha planteado las siguientes hipótesis:

Hipòtesis 1a: Se espera que las demandas laborales se relacionen positivamente con la Fatiga (crónica, aguda y recuperación turnos) y el burnout (agotamiento emocional y cinismo).

Hipòtesis 1b: Se espera que las demandas laborales se relacionen negativamente con la satisfacción laboral y el desempeño y positivamente con las conductas contraproductivas.

Hipòtesis 2a: Se espera que el control se relacione negativamente con la Fatiga (crónica, aguda y recuperación turnos) y el burnout (agotamiento emocional y cinismo).

Hipòtesis 2b: Se espera que el control se relacione positivamente con la satisfacción laboral y el desempeño, y negativamente con las conductas contraproductivas.

Hipòtesis 3a: Se espera que el apoyo se relacione negativamente con la Fatiga (crónica, aguda y recuperación turnos) y el burnout (agotamiento emocional y cinismo).

Hipòtesis 3b: Se espera que el apoyo se relacione positivamente con la satisfacción laboral y el desempeño, y negativamente con las conductas contraproductivas.

Hipòtesis 4: Se espera que las medias de las variables de salud difieran en función de los turnos.

Hipòtesis 5: Se espera que las medias de las variables organizacionales difieran en función de los turnos.

Hipòtesis 6: Se espera que la edad se relacione positivamente con las variables que perciben la salud como los resultados organizacionales.

Hipòtesis 7: Se espera que el sexo se relacione con las variables que perciben la salud



CAPÍTULO IV: MODELO TEÓRICO Y VARIABLES

4. MODELO TEÓRICO Y VARIABLES

4.1. Modelo Demanda – Control - Apoyo

El modelo Demandas – Control fue formulada en 1977 por Robert Karasek, este modelo explicativo del estrés laboral en función de dos variables: demandas psicológicas del trabajo y del nivel de control sobre estas. Este modelo desarrollado para describir y analizar situaciones laborales en la que los estresores son permanentes, priorizando las características psicológicas del entorno. Este modelo por su simplicidad y por la trascendencia en varias investigaciones en relación con dos tipos diferentes de resultados: problemas de salud y comportamientos.

El modelo Demandas – Control se basaba en primera instancia el estudio del rediseño del puesto de trabajo, adhiriendo a las variables habituales de autonomía, satisfacción, motivación y compromiso, los efectos sobre la salud del trabajador, combinando así el enfoque tradicional de la psicología organizacional con el de las Demandas del trabajo o estresores.

Para la década de los 80's este modelo tuvo mucho apogeo entre los estudios sobre el entorno psicosocial de trabajo, estrés y enfermedad, así como el que presenta mayor evidencia científica a la hora de explicar sus efectos en la salud. Posteriormente, (Johnson & Hall, 1988) complementa y desarrolla el Modelo Demandas-Control-Apoyo (JDC(-S)) — el cual se ha utilizado para explicar problemas de salud en el trabajo como: cansancio (Akerboom, 2006) (Karasek, 1979), depresión (De Lange, 2003) ansiedad (Griffith, 2006); percepción de estrés (Fillion et al. 2007) (Martín et al. 2007) (Mikkelsen, 2005) (Vermeulen & Mustard, 2000); percepción de salud (Mikkelsen, 2005); accidentes laborales y bajas por enfermedad (Martín et al. 2007).

En el desarrollo del modelo Karasek observó que los efectos del trabajo, tanto en la salud como en el comportamiento del trabajador, suponían el resultado de la combinación de las demandas psicológicas laborales y de las características estructurales del trabajo relacionadas con la toma de decisiones. Con este análisis previo Karasek propuso un modelo bidimensional que combinara las conclusiones antes mencionadas.

Las demandas del trabajo se definen como: la sobrecarga mental, restricciones organizacionales para realizar las tareas, o demandas conflictivas; mientras que el Control sobre el trabajo hacía referencia a la posibilidad de tomar decisiones y usar las propias competencias y capacidades (Karasek, 1979). El modelo propone que altas Demandas actúan como estresores elicitando reacciones de estrés, y que los efectos de la tensión mental más adversos para la salud se daban en situaciones de altas demandas y bajo control; la combinación de estas características en el trabajo se denomina “*Trabajo altamente estresante*”

Como se mencionó anteriormente el modelo de Karasek pasó por varias transformaciones de mejora en el proceso, es así que en el modelo original la escala de Demandas del trabajo contenía principalmente medidas de sobrecarga, lo que se ajustaba a las características de una sociedad industrial donde la sobrecarga era el estresor más relevante (Mikkelsen, 2005).

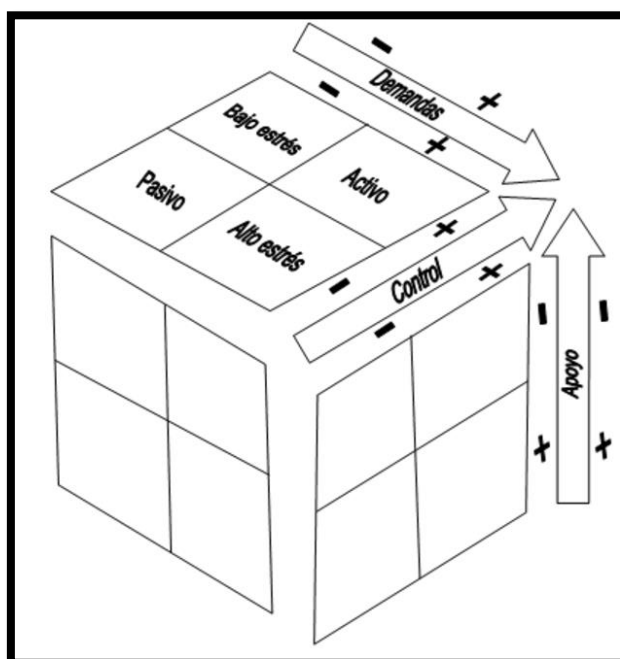
A pesar de que se reconocía que podía haber otros tipos de Demandas, no era habitual su modelización. La dificultad de conceptualizar y medir Demandas conllevó a que los autores discutieran este tema a profundidad debido a la diversidad de subcomponentes. Sin embargo, los requerimientos de la sociedad postindustrial hicieron que vuelva a reconsiderarse esta cuestión. Por ejemplo: las tecnologías de la información han incrementado las exigencias cognitivas con vistas a la toma de decisiones, a un conocimiento más profundo de las organizaciones complejas y a la habilidad para analizar y resolver problemas en situaciones de incertidumbre (Mikkelsen, Øgard, & Landsbergis, 2005)

Para el año 1988 Jeffery V. Johnson, propone una ampliación al Modelo Demanda – Control, incorporando la dimensión de apoyo social como moduladora, de tal forma que un nivel alto de apoyo social en el trabajo disminuye el efecto del estrés, mientras que un nivel bajo lo aumenta. El apoyo social en el ámbito laboral se expresa como un factor modificador de la cantidad y calidad de apoyo social tanto son sus compañeros, colaboradores, como con sus superiores; es así que cuando existe apoyo social puede aminorar parte del potencial estresor generado por la combinación de las altas demandas y el bajo control.

El apoyo social tiene dos componentes claramente definidos: relación emocional que el trabajo comporta y soporte instrumental.

Es así que, con la explicación conceptual tanto de control como de apoyo social, se evidencia que ambos factores suelen verse muy influidos por los cambios en la organización del trabajo; las intervenciones preventivas que modifican en origen los riesgos psicosociales por lo general afectan conjuntamente a ambas dimensiones.

Ilustración 13: Modelo Demanda - Control



Fuente: Adaptado de R. Karasek, T. Theorell y J. Johnson

Las evidencias confirmatorias del Modelo de Demanda – Control – Apoyo Social, han fortalecido de forma paulatina la asociación positiva entre Demandas y problemas o enfermedades tanto físicos como psicológicos, así como los efectos negativos del Control y del Apoyo sobre estos. De ahí que en el caso de la variable de estudio que nos ocupa: el Riesgo percibido de accidente o enfermedad, podría esperarse el mismo tipo de asociaciones.

Es así que, en el estudio realizado en el año 1999, se evidencia que para desempeñar el trabajo es necesario mantener una atención (58,2%) y un ritmo de trabajo (35,1%) elevados durante más de la mitad de la jornada laboral; de igual forma el 14,5% de los entrevistados considera que la cantidad de trabajo durante los últimos tres meses ha sido excesiva.

Otros datos relevantes extraídos del estudio manifiestan que la dimensión de control en el trabajo, 35,8% de la muestra afirma que siente falta de variedad en las funciones asignadas, por otro lado, el 32,2% manifiesta que realiza tareas repetitivas y de corta duración, más de la mitad de la jornada laboral. Referente a la autonomía en cuanto a decidir el método de trabajo, el ritmo o la distribución y duración de las pautas entre un 20% a 30% manifiesta que no tiene autonomía. En la encuesta se incluye el factor estatus del puesto, analizado a través del nivel de conocimientos necesarios para desempeñarlo, y por la medida en que se pueden aplicar los propios conocimientos y capacidades. Estos dos aspectos pueden ser considerados dentro de la dimensión de control del modelo. El 43,4% de los trabajadores opina que el desempeño de sus actividades no requiere de conocimientos específicos, mientras que el 33,5% considera que su trabajo actual le ofrece pocas o ningunas oportunidades de aplicar sus conocimientos.

4.2. Satisfacción Laboral

La satisfacción laboral se ha consolidado en los últimos años como uno de los conceptos más importantes en las organizaciones, de la cual giran varias acciones encaminadas a ofrecer una mejor situación a los trabajadores, sin embargo, este concepto ha estado en el mundo laboral desde hace varios años, sin que haya sido observado con tanto detenimiento como en los últimos años.

En 1935 nace la primera definición de Satisfacción Laboral desarrollada por (Hoppock, 1935), quien realiza las primeras investigaciones relacionadas a la satisfacción laboral encontrando una relación discreta ya existente entre el individuo que trabaja y su actividad laboral. Desde entonces el análisis de esta variable ha sido una constante de estudio en cuanto al ambiente organizacional debido a sus implicaciones en el funcionamiento de las empresas y en la calidad de vida del trabajador.

Es así que con esta primera definición la satisfacción laboral ha sido conceptualizada de múltiples maneras por los siguientes autores que dieron un enfoque más amplio y consistente a esta variable.

Del mismo modo (Locke, 1976) define a la satisfacción laboral como un “estado emocional positivo y placentero de la percepción subjetiva de las experiencias laborales del sujeto”. Mientras que Muchinsky manifiesta que es una respuesta afectiva y emocional del individuo ante determinados aspectos del trabajo; con estas dos definiciones se logra evidenciar una fuerte tendencia a reducir la satisfacción laboral a una respuesta afectiva o estado emocional, producto del análisis reducido en esa época, dejando de lado que la satisfacción laboral es un fenómeno psicosocial estable, con determinada intensidad y con la capacidad de orientar comportamiento positivos o negativos de su actividad laboral.

En 1998, Robbins redefine el concepto y amplía su alcance como el “conjunto de actitudes generales del individuo hacia su trabajo”; en esta definición se puede observar cómo se plantea la correlación entre la satisfacción laboral y actitudes positivas o negativas, dejando de lado el concepto de las emociones.

Esta definición tiene la ventaja de considerar la satisfacción como un proceso aprendido, que se desarrolla a partir de la interrelación dialéctica entre las particularidades subjetivas del trabajador y las características de la actividad y del ambiente laboral en general. Es decir, reconoce que la satisfacción no es algo innato y la interpreta desde una visión psicosocial.

En 1996, Gibson y Otros manifiesta que la satisfacción en el trabajo es una predisposición que los sujetos proyectan acerca de sus funciones laborales, definiendo de forma textual lo siguiente: “[...] *El resultado de sus percepciones sobre el trabajo, basadas en factores relativos al ambiente en que se desarrolla el mismo, como es el estilo de dirección, las políticas y procedimientos, la satisfacción de los grupos de trabajo, la afiliación de los grupos de trabajo, las condiciones laborales [...]*”

En la misma línea del autor se establece las cinco (5) condiciones laborales que más influyen en la satisfacción laboral, se describe de manera textual lo manifestado por el autor:

- **Paga:** La cantidad recibida y la sensación de equidad de esa paga.
- **Trabajo:** El grado en el que las tareas se consideran interesantes y proporcionan oportunidades de aprendizaje y de asunción de responsabilidades.
- **Oportunidad de ascenso:** La existencia de oportunidades para ascender.
- **Jefe:** La capacidad de los jefes para mostrar interés por los empleados.
- **Colaboradores:** El grado de compañerismo, competencia y apoyo entre los colaboradores.

En referencia a los estudios diseñados para evaluar el impacto de la satisfacción laboral sobre la productividad, el ausentismo y la rotación, los resultados muestran una correlación negativa y moderada entre satisfacción y ausentismo, de tal manera que los trabajos insatisfechos tienen más probabilidades de faltar al trabajo (Hellriegel, 2004).

Causas de la Satisfacción Laboral

El estudio y análisis de la satisfacción laboral se ha desarrollado en el marco de modelos explicativos para definir su concepto, de tal forma que pueda controlar todos los aspectos que inciden en su proceso. Es así que varios modelos proponen la satisfacción laboral está basada en diferentes causas, entre las que se pueden mencionar las siguientes: satisfacción de las necesidades, cumplimiento positivo de las expectativas y valores, obtención de resultados mediante encuestas, comparación entre diferentes estudios, etc.

Jhon Perry (1961), especifica que entre las causas que producen satisfacción o insatisfacción se tienen:

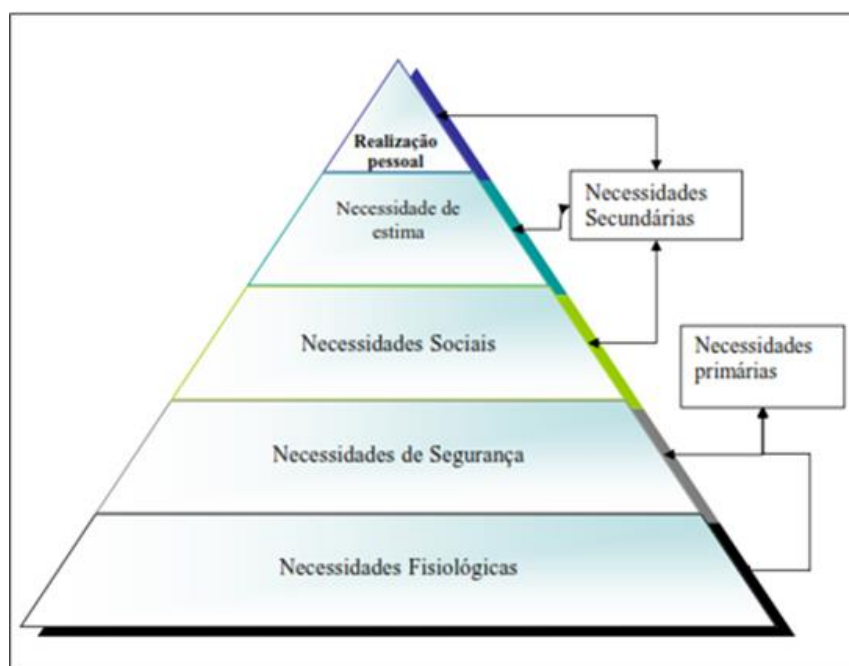
- **Reconocimiento:** la mayoría de los hombres quieren y buscan el reconocimiento; en realidad ellos consagran gran parte de su vida a buscarlo. No hay mejor causa de insatisfacción que desvalorizar al trabajador.
- **Buen Ambiente:** el medio tiene un efecto directo sobre la productividad. Las condiciones de trabajo deficiente pueden ser causa de insatisfacción.
- **Competencia de la Dirección:** es decir sí la dirección es incompetente hallarán poco incentivo en cumplir con sus actividades y no se sentirán orgullosos de pertenecer a la organización.
- **Seguridad en el Empleo:** el grado de satisfacción que el trabajador encuentre en la organización donde trabaja será el grado de sentimiento de grupo en la empresa, de su participación, de sus creencias en que puede trabajar junto con la dirección en los logros de los objetivos.

Muchos autores hablan de la motivación laboral como una de las formas más eficaces de contrarrestar la insatisfacción laboral, es así que inclusión de factores de motivación en los roles organizacionales, la integración del personal para estos roles y todo el proceso de dirigir a las personas se tiene que construir sobre la base del conocimiento de la motivación. Se puede definir a la motivación como “Todas aquellas condiciones internas descritas como anhelos, deseos, impulsos, etc. Es un estado interno que activa o induce a algo”.

Teoría de la Jerarquía de las Necesidades de Maslow

Basados en la teoría de Abraham Maslow, en su obra *Motivation and personality* (1954), explica que todo el comportamiento humano está basado en la satisfacción de las necesidades, para entender de mejor manera la motivación humana se debe revisar previamente la naturaleza de sus necesidades.

Ilustración 14: Pirámide de Maslow



Fuente: Adaptación de Chapman (2007)

1.- Necesidades fisiológicas o primarias: se refiere a las necesidades básicas para asegurar su supervivencia inmediata. Entre ellas se encuentran las de comer, beber, abrigarse contra el frío, etc.

2.- Necesidades de seguridad o protección: esto es, la necesidad de evitar el riesgo consecuencia de la incertidumbre, se basa en la proyección más compleja de las necesidades básicas. Como ejemplo, podemos apuntar la necesidad de estar al abrigo de peligros físicos, o el temor a perder el trabajo, la propiedad o el alimento.

3.- Necesidades sociales, de pertenencia o aceptación: estas necesidades se derivan de que los individuos son seres sociables, y necesitan relacionarse con los demás. Se puede definir como la necesidad de las personas de integrarse en grupos de diversa naturaleza.

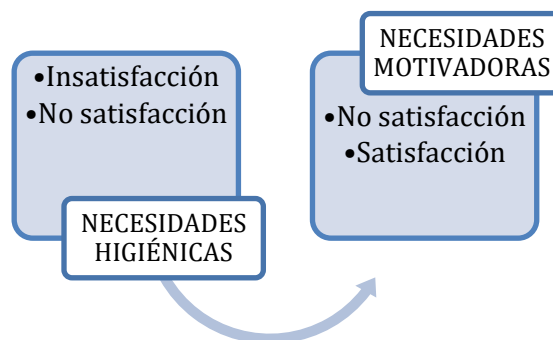
4.- Necesidades de estima o aprecio: implican el deseo de las personas de que las demás las tengan en una cierta estima y las aprecien; valorando de sobremanera en relación a los demás y su opinión.

5.- Necesidades de autorrealización: valores e ideales que se configura el individuo para su satisfacción personal. Consisten en el deseo de convertirse en todo aquello que uno podría lograr ser. Por su propia naturaleza estas metas son subjetivas, y, difieren entre cada individuo.

Teoría Bifactorial de Herzberg

Tras la Teoría de la Jerarquía de las necesidades de Maslow, Frederick Herzberg, expuso la Teoría bifactorial, o Teoría Motivación-Higiene, modificando substancialmente la postura que había defendido Maslow, a pesar de que sigue considerando las necesidades como el motor último de la conducta humana. Herzberg llevó a cabo un estudio de motivación sobre diversos factores causantes de satisfacción o insatisfacción en el trabajo, llegó a la conclusión de que estos factores podrían incluirse en dos categorías:

Ilustración 15: Teoría Bifactorial de Herzberg



Fuente: Elaboración propia

1.- Factores de mantenimiento o higiénicos: se basa en una serie de factores que no contribuyen a motivar a los trabajadores, pero cuya ausencia induce en los trabajadores un severo estado de insatisfacción. Es así que se refiere a las circunstancias propias del puesto de trabajo y/o prestación de servicios como puede ser el salario.

2.- Factores motivacionales: se basa del contenido del puesto de trabajo que se desempeña, que efectivamente contribuyen a motivar a los empleados, y cuya ausencia es causa de que aparezca una cierta insatisfacción y desmotivación. Un trabajo estimulante, alcanzar el reconocimiento de los compañeros, el logro en el trabajo, la responsabilidad y los ascensos.

En cuanto a las técnicas de motivación, existe un sinnúmero de técnicas desde las más sencillas a las más complejas con una aplicabilidad de acuerdo al perfil de trabajador, puesto de trabajo y funciones. Como se mencionó anteriormente para que un factor pueda ser calificado como motivador, debe cubrir alguna de las necesidades antes descritas.

- **Incentivos salariales.** - Dentro de las técnicas de motivación el ofertar un sueldo o salario fijo acorde a las funciones del puesto de trabajo, y un salario variable que responde al cumplimiento de metas y objetivos; esta técnica cubre las necesidades de supervivencia (con él puede adquirirse lo imprescindible para subsistir) y de seguridad (mediante el ahorro, la inversión)
- **Modificación del puesto de trabajo.** – A través del cambio, modificación y/o ampliación de actividades de un puesto de trabajo, con la finalidad de atenuar la monotonía del mismo; en donde se puede analizar factores como: variedad de actividades, la importancia, la autonomía, la retroalimentación, etc.
- **Dirección por objetivos.** - es un programa diseñado para motivar a los empleados mediante su participación en la determinación de sus propios objetivos, y el conocimiento de los factores que se utilizan para medir periódicamente su rendimiento.
- **Círculos de calidad.** – Esta técnica, aunque muy útil, es una de la técnica más compleja de ser implementadas, ya que se basa de un conjunto de trabajadores de una misma área que se reúnen de forma voluntaria para aportar soluciones a problemas existentes anexos a sus tareas diarias.



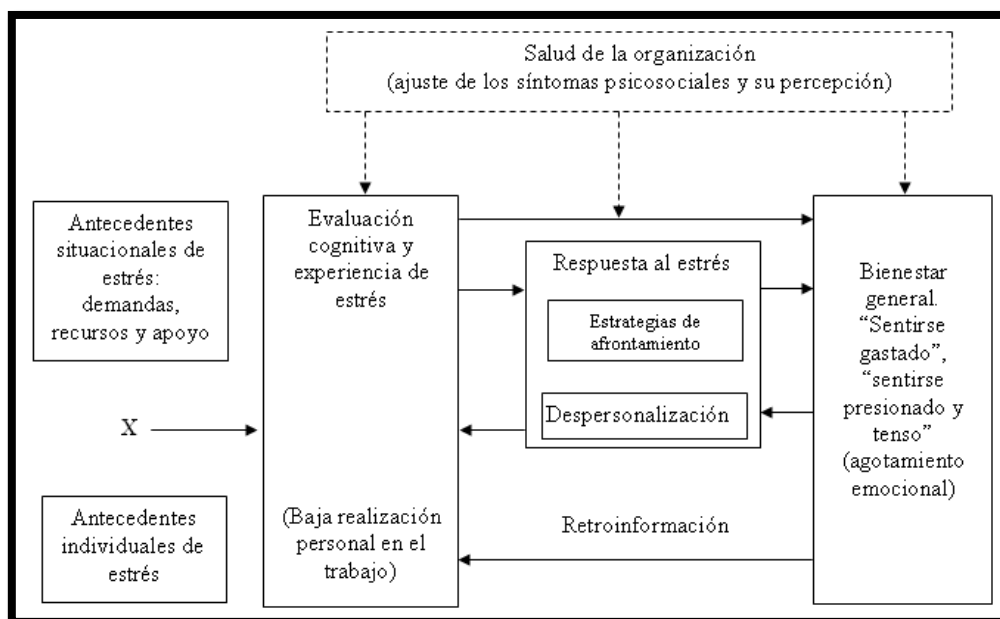
- **Programas de calidad de vida en el trabajo.** - es un proceso en el que todos los miembros de la organización, mediante los adecuados canales de comunicación, participan en el diseño de sus puestos y del entorno general del trabajo.

4.3. Burnout o Síndrome del Quemado

A pesar de ser un concepto poco conocido en el ámbito laboral, existe un sinnúmero de definiciones y modelos que busca explicar más a fondo el Síndrome de Burnout; la primera definición fue desarrollada por (Freudenberger, 1974), con un concepto netamente organizacional, proponiendo que el Burnout son sentimiento de agotamiento y frustración, combinado con cansancio, generados por una sobre carga de trabajo, desembocando en un desequilibrio productivo; tras su definición se han desarrollado varios modelos teóricos y componentes alrededor del Burnout.

El mismo autor en el año 1980 amplía su teoría e identifica un componente adicional, agregando que estos sentimientos de deben a cargas irracionales de trabajo que ellos mismo u otros lo imponen, fortaleciendo la afirmación de adicción al trabajo.

Ilustración 16: Proceso de Burnout



Fuente: <http://4.bp.blogspot.com/>

En este sentido las autoras (Maslach, 1986) definen el Burnout como “[...]una pérdida gradual de preocupación y de todo sentimiento emocional hasta las personas

con las que trabajan y que conlleva a un asilamiento o deshumanización [...]”; de forma complementaria y con la finalidad de ampliar su alcance, las autoras identificaron tres aspectos o dimensiones del Burnout:

- El cansancio emocional
- La despersonalización
- Falta de realización personal

El cansancio emocional propiamente dicho es definido como el desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga, provocada por la carga excesiva de trabajo, esto puede manifestarse de distintas formas tanto física, psicológica, o como una combinación entre ambas.

En referencia a la despersonalización del trabajo, se ha analizado desde varias ópticas, una de ellas y la más aceptada es que en niveles moderados sería una respuesta adaptativa para los profesionales, pero esta misma respuesta, en grado excesivo, demostraría sentimientos patológicos hacia los otros, de insensibilidad y cinismo (Oliver, 1993).

La falta de realización personal, por el que aparecen una serie de respuestas negativas hacia uno mismo y a su trabajo, típicas de depresión, moral baja, incremento de la irritabilidad, evitación de las relaciones profesionales, baja productividad, incapacidad para soportar la tensión, pérdida de la motivación hacia el trabajo y baja autoestima (Maslach & Jackson, 1986)

Variables que Influyen en el desarrollo del Burnout o Síndrome del Quemado

El Burnout es una respuesta al estrés laboral crónico, que se presenta más a menudo en el marco laboral de las prestaciones que trabajan directamente en la prestación de servicios, y la atención directa con personas; es así que existen tres (3) tipos de variables que influyen en mayor o menor medida en el desarrollo del Burnout.

Variables personales. – las variables personales que influyen en los estudios sobre burnout son el sexo, la edad, estado civil, antigüedad en el trabajo, las características de personalidad y las psicopatologías y las estrategias de afrontamiento.

De acuerdo a las investigaciones en relación al **sexo** existe una mayor prevalencia en las mujeres, con mayores puntuaciones (Atance, 1997), mientras que los hombres puntúan en otros estudios como más quemados por su trabajo (Lozano & Montalbán, 1999). Otros estudios argumentan que existe una relación entre la variable sexo, con el estrés laboral, que esta puede actuar como una variable moderadora más que mostrar un efecto global consistente.

Por otro lado, la **edad** como variable analizada, muestra que existe mayor prevalencia de burnout en personas entre los 40 y 45 años (Muñoz, y otros, 2001); del mismo modo se expone que a mayor edad se denota una disminución de la tensión laboral, y por ende de burnout, únicamente el cansancio emocional se relaciona de forma positiva con la edad.

Por lo que se refiere al **estado civil** tampoco los datos son homogéneos, el grupo de casados puede ser propenso a padecer burnout (Tello et al., 2002); otros señalan al grupo de separados y divorciados en relación a la baja realización personal (Atance, 1997).

Una de las variables que más es utilizada para medir el grado de Burnout en los trabajadores es la **antigüedad laboral**, (Atance, 1997) manifiesta que entre los 5 y 10 años se evidencia una mayor prevalencia de Burnout

Las variables **personalidad y psicopatologías** han sido asociadas a un mayor número de quejas físicas (Torrado et al., 1996), también a psicopatologías y morbilidad psiquiátrica tales como ansiedad y depresión (Aluja, 1997). Además, se mencionan variables predisponentes que han sido examinadas con relación al estrés laboral como locus de control y conducta tipo A (PCTA) en estos contextos ocupacionales.

Variables organizacionales

Estas variables se refieren a los aspectos relacionados directamente con el funcionamiento de la organización y que influyen en el trabajador, estas pueden ser: el clima laboral, el bienestar laboral, el grado de autonomía, la ejecución en el trabajo, el apoyo social, la ambigüedad de rol y la falta de reciprocidad. Varias investigaciones han

mostrado que cuanto más positivas son las variables organizacionales menor es el estrés que se percibe en el trabajo.

En relación al **grado de autonomía** o independencia que los profesionales pueden percibir en su puesto de trabajo, puede ser considerado como un antecedente en determinadas profesiones debido a la labor dependiente que realizan, como por ejemplo las enfermeras (González et al., 1998).

Por otro lado, **la ambigüedad de rol** influye en la prevalencia del desarrollo del burnout, al incrementarse la incertidumbre entre las exigencias de las tareas asignadas y los métodos empleados para su ejecución.

El mismo tipo de relación se produciría en el caso de la falta de **reciprocidad de rol**, referente al trabajador que no percibe el reconocimiento proporcional o recompensa por su labor efectuada. (Gil-Monte, 2000)

La existencia de otras variables relacionadas a la estructura organizacional influyen de manera directa en este problema, es así que el número de horas de trabajo, tipo de contrato y tipo de prestación de servicio; la combinación de estos factores provocan altos niveles de burnout teniendo en cuenta los altos niveles de inseguridad en su puesto de trabajo, y esto va en aumento si su trabajo se desarrolló en el marco de un constante impacto emocional, por ejemplo en el sector hospitalario en el área de oncología infantil, cuidados paliativos (Gil-Monte & Peiró, 1997)

El autor (Turnipseed, 1994), investiga la relación entre el burnout y el ambiente de trabajo, especialmente la cohesión entre los compañeros, estructura organizativa, comunicación y presión.

Modelos Teóricos Del Burnout

Tras las distintas investigaciones realizadas en el marco del Síndrome de Burnout, se han desarrollado varios modelos psicosociales (Gil-Monte & Peiró, 1997) para explicar su prevalencia, para lo cual en este apartado se busca explicar dos de los modelos que contiene la mayor información útil para su desarrollo:

Teoría sociocognitiva del yo. - Este modelo se basa principalmente en nombrar a las variables self (autoeficacia, autoconfianza, autoconcepto) como actores centrales para el desarrollo del problema. Es así que este modelo explica como las cogniciones influye en sus percepciones y en sus acciones, modificándolas por los efectos de sus acciones y por acumulación de las consecuencias observadas en los demás, y por el grado de seguridad en sus propias capacidades determinaran el empeño que el sujeto pondrá para conseguir sus objetivos y la facilidad o dificultad en conseguirlos. También determinará ciertas reacciones emocionales, como la depresión o estrés, que acompañan la acción. Según (Harrison, 1983) la competencia y la eficacia percibida son variables clave en el desarrollo de este proceso. La mayoría de los individuos que empiezan a trabajar en profesiones de servicios está altamente motivada para ayudar a los demás y tiene un sentimiento elevado de altruismo. A esta motivación le pueden surgir factores barrera (como sobrecarga laboral, conflictos interpersonales, ausencia de recursos, disfunciones de rol) que dificultan la consecución de los objetivos, disminuyen los sentimientos de autoeficacia y terminan originando el síndrome de burnout.

Teoría del intercambio social. - En este modelo se propone, que la causa del Burnout es la percepción del individuo de falta de equidad o falta de ganancia, como resultado del proceso de comparación social al establecer relaciones interpersonales.

Los profesionales asistenciales establece relaciones de intercambio (ayuda, aprecio, gratitud, reconocimiento), con los receptores de su trabajo pueden ser clientes, pacientes, compañeros, y la organización, entre otros; es aquí en donde se puede percibir que dan más de lo que reciben.

Teoría organizacional. – Este modelo se enfoca en las disfunciones del rol, problemas con el clima laboral, la estructura organizativa, entre otros; los estresores del contexto de

organización y las estrategias empleadas ante la experiencia de quemarse son claves para este modelo teórico.

Tabla 3: Modelos Teóricos de la Génesis del Burnout

Autores	Principales características	Secuencia por orden de aparición del proceso de Burnout			Apoyo Empírico
Golembiewski, Munzierieder y Carter (1988)	Destaca el agotamiento emocional como principal dimensión en el burnout	Despersonalización	Baja realización personal	Agotamiento emocional	Golembiewski, Boudreu, Goto y Muni (1993)
Gold (1984)	El síndrome no aparece hasta que no completan todas las fases	Baja realización personal	Agotamiento	Despersonalización	
Maslach y Jackson (1986)	El síndrome como resultado de la incapacidad para afrontar el estrés del trabajo	Agotamiento emocional	Despersonalización	Baja realización personal	Maslach (2001)
Leiter y Maslach (1988)	El desarrollo del <i>burnout</i> es consecuencia de estresores laborales y demandas crónicas	Agotamiento emocional	Despersonalización	Baja realización personal	Leiter (1989); Maslach, Schufeliy Leiter (2001)
Farber (1991)	Está influida por las percepciones hacia factores organizativos, individuales y sociales	Despersonalización	Agotamiento emocional	Baja realización personal	
Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995)	Las emociones y las cogniciones en variables mediadoras en el burnout	Baja realización personal	Agotamiento emocional	Despersonalización	Gil-Monte y Peiró (1997)

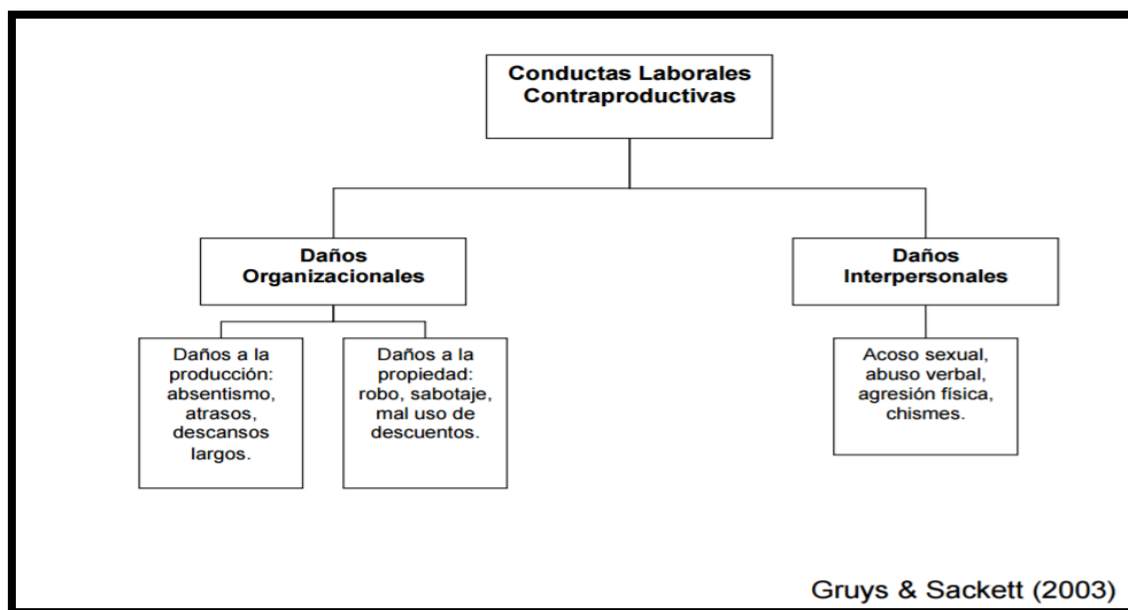
Fuente: ORTEGA RUIZ y LÓPEZ RIOS. Burnout.

Cada uno de los autores proponen una secuencia del proceso de Burnout, como se menciona en la tabla anteriormente.

4.4. Conductas Contraproductivas

Según autores como (Sackett, 2002), ha definido a las conductas contraproductivas como cualquier conducta intencional de parte de un miembro de la organización que es contrario a los intereses legítimos de la organización. Esto dirigido a la estructura de empresa se traduce en individuos que tienen conductas que dificultan los objetivos empresariales, transformándose en conductas contraproductivas (Jex & Britt, 2008). Los individuos que presentan estas conductas son considerados con poca fortaleza moral y carácter, ya que claramente, están violando los estándares éticos (Kidwell & Martin, 2005)

Ilustración 17: Conductas Laborales Contraproductivas



Fuente: <http://www.psiconet-online.com/>

Las conductas contraproductivas más comunes en el ámbito laboral están el ausentismo y la rotación. El ausentismo ha sido interpretado en este marco como la respuesta conductual relacionada a sentimientos negativos acerca del propio trabajo o de la situación del mismo, involucrándose varios factores que influyen para que existan altos niveles de ausentismo en una organización. En cambio, la rotación ha sido relacionado a factores como el mercado laboral y el desempeño.

Entre las conductas contraproductivas más usuales, pero las menos utilizadas son los accidentes, hurtos, violencia, maltrato, abuso de sustancias y acoso sexual. Entre las principales características que presenta el autor (Kidwell & Martin, 2005) están:

- Existencia de un autor dentro o fuera de la organización
- Si el acto es intencional, o no
- Si el objetivo de la conducta se encuentra dentro o fuera de la organización
- El tipo de conducta (verbal, física, indirecta, etc.)
- Las consecuencias de los actos

Existen muchos estudios que afirman que, en organizaciones con un clima laboral bueno, los trabajadores son menos propensos a caer en estas conductas, siendo resguardados por culturas éticas, códigos de conducta y justicia laboral. Los comportamientos éticos y no éticos en las organizaciones son el resultado de influencias organizacionales e individuales, resaltando la importancia de conceptos como locus de control, expectativas de recompensas organizacionales y desarrollo cognitivo moral en el entendimiento de estos comportamientos (Treviño & Youngblood, 1990).

Otra revisión acerca de las conductas contraproductivas realizada por Lau, Au y Ho (2003) indica que las variables que se han estudiado son:

- a) **Individuales:** como satisfacción laboral, estrés percibido, hábitos y características demográficas
- b) **Organizacionales:** características del ambiente laboral como influencia del grupo, supervisión;
- c) **Trabajo:** relacionadas con el trabajo como complejidad, independencia en la tarea, etc.;
- d) **Contextual:** una mezcla de variables que influyen al individuo para llevar a cabo las conductas deshonestas, por ejemplo, la economía, clima, oportunidad de robo, entre otros.

Según Taxonomía, (Sackett, 2002) las conductas contraproductivas pueden detectarse de acuerdo a comportamientos relacionados que pueden ser identificados, estos pueden ser:

Il·lustració 18: Comportaments – Conductes Contraproductives

Nombre	Comportaments relacionats
Robo	Robo de dinero o propietat, mala utilització de béns, serveis o descomptes.
Destrucció de la propietat	Alterar, dañar o destruir propietat. Sabotejar la producció.
Mala utilització de la informació	Revelar informació confidencial, falsificar informació.
Mala utilització del temps i de les recursos	Desperdicar el temps, alterar els registres de ingressos i sortides, realitzar assumptes personals durant la jornada laboral
Comportament inseguro	No seguir y/ o aprendre els procediments de seguretat.
Baixa qualitat del treball	Realitzar el treball de manera lenta o descuidada intencionalment.
Baixa assistència	Salir o llegar tarde sin excusa, exceso de salidas por enfermedad.
Uso de alcohol	Tomar alcohol durante la jornada laboral, presentarse al trabajo bajo la influencia del alcohol.
Uso de drogas	Tener, usar o vender drogas en el trabajo.
Accions verbals inapropiades	Discutir agresivament amb clients, atacar verbalment altres persones de la organització.
Accions físiques inapropiades	Atacar físicament y/o acosar sexualment a membre de la organització.

Fuente: <http://www.antonioares.es>

Con el análisis de la bibliografía correspondiente se ha evidenciado que muchos que existe cierta inconsistencia entre sus autores en referencia a la identificación de sus antecedentes y consecuentes. De igual forma se ha logrado identificar que con el afán de organizar estas conductas se ha logrado identificar grupos definidos como: comportamientos agresivos, de revancha, vengativos, de abuso, de abuso emocional, de acoso; todas estas conductas comparten un mismo fin y es el de ir en contra de los objetivos organizacionales, mediante comportamientos negativos de los trabajadores, con el fin de dañar tanto a sus compañeros a como a la empresa.

Si siguiendo por esa misma línea, (Spector & Fox, 2002) desarrollan un modelo para explicar la relación entre el estrés, las emociones y las conductas contraproductivas; estableciendo que, al existir un sentimiento negativo, la probabilidad de ocurrencia de conductas contraproductivas aumentará; este mismo autor identificó que las emociones



negativas se enlazan tanto con estresores organizacionales como con conductas contraproductivas interpersonales y organizacional.

Autores identifican que los hombres muestran más conductas contraproductivas que las mujeres (Crown & Spiller, 1998). Mientras que (Coleman, & Mahaffey, 2000) encuentran resultados similares, pero añaden otras variables como el nivel de estudios, de forma que las mujeres son más intolerantes con este tipo de comportamiento si forman parte de la población universitaria que si pertenecen a la población general.

4.5. Desempeño Laboral

A diferencia de varios conceptos analizados en el presente trabajo, el desempeño laboral es uno de los conceptos más utilizados en el ámbito laboral y alrededor del cual se han desarrollado tanto herramientas como nuevos conceptos para explicar teorías adheridas.

Existen muchos autores que definen el desempeño, uno de ellos es Bohórquez, quien manifiesta que el desempeño laboral es el nivel de ejecución alcanzado por el trabajador en el logro de las metas dentro de la organización en un tiempo determinado.

Por otro lado, Chiavenato dijo que el desempeño es eficacia del personal que trabaja dentro de las organizaciones, la cual es necesaria para la organización, funcionando el individuo con una gran labor y satisfacción laboral.

Stoner, afirma que el desempeño laboral es la manera como los miembros de la organización trabajan eficazmente, para alcanzar metas comunes, sujeto a las reglas básicas establecidas con anterioridad.

Este concepto a través de los años se ha ido acentuando como un concepto puramente relacionado a la fijación y cumplimiento de objetivos, que traerá consigo recompensas tanto económicas como de reconocimiento profesional. Desde la perspectiva organización este concepto se traduce en indicadores que generan un mayor incremento de ganancias para la empresa, por ejemplo, el rendimiento en base al capital empleado, crecimiento en las ventas, ampliación de los márgenes de ganancias. Sin embargo, en la actualidad se han desarrollado herramientas que a partir de su concepto logra medir el desempeño de los trabajadores a través de indicadores de eficiencia y eficacia, índices de ausentismo y rotación (Brutus & Bontigui)

(Milkovich & Boudreau, 1994) incluye una serie de características individuales como: las capacidades, habilidades, necesidades y cualidades que se relacionan con la naturaleza propia de la estructura del trabajo y la organización, con la finalidad de influir en los resultados y cambios positivos en la organización.

Otra definición un tanto más completa, viene por parte de (Viswesvaran, 2001), quien acotó que la noción del desempeño de tareas en torno a la ejecución de conductas

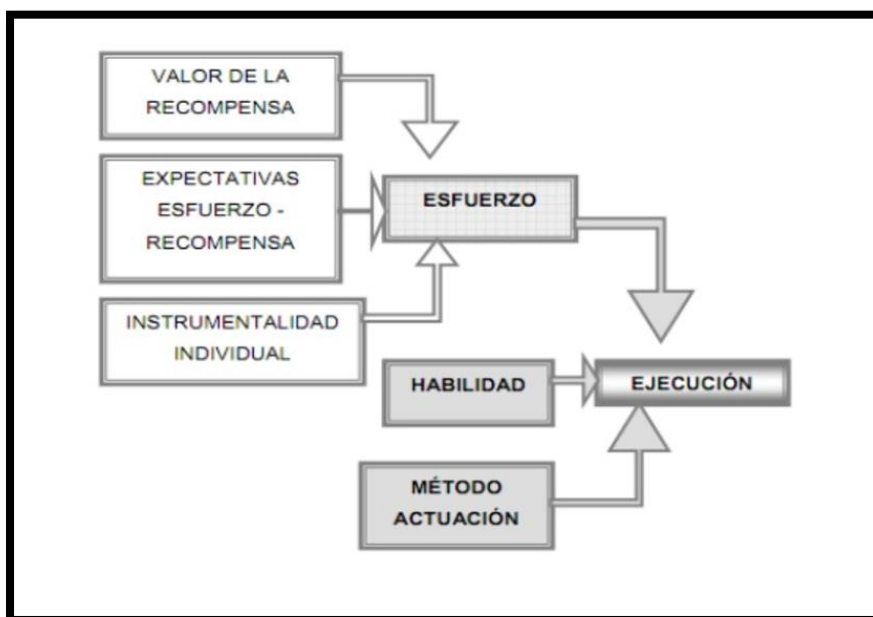
observables y relevantes, a juicio de la entidad que las hubiere programado, para la realización de una labor, en todo aquello que queda bajo el control del sujeto que la realiza. De esta manera el desempeño es uno de los integrantes necesarios del rendimiento, aunque éste depende, además, de otros factores ajenos a la acción individual.

A partir de otros autores como (Schmidt & Hunter, 1992) se define que existe una relación causal entre la aptitud y el conocimiento del trabajo con la habilidad para el desempeño de una tarea.

Con el análisis combinado de varios factores se pudo evidenciar una de las relaciones más importantes y beneficiosas para la organización: la relación satisfacción laboral – desempeño, que es el rendimiento en el que influye en la satisfacción y no viceversa como lo señala inicialmente el modelo de Lawler - Porter.

Este modelo indica que la cantidad de esfuerzo depende del valor de una recompensa más la cantidad de energía que una persona considera que se requiere sumando a la probabilidad de obtener la recompensa.

Ilustración 19: Modelo Lawler - Porter



Fuente: www.bing.com



El esfuerzo percibido y la probabilidad de obtener realmente una recompensa se relacionan de forma directa con la capacidad individual de realizar la tarea asignada y por la cual se pretende obtener una recompensa la cual puede ser económica como de reconocimiento profesional; esto a su vez genera más confianza en los individuos que previamente han realizado esta tarea ya que poseen una mejor apreciación del esfuerzo requerido y cuentan con conocimientos previos.

4.6. Fatiga

El agotamiento laboral provocado por fatiga ha sido uno de los temas que se han analizado, es así que esta discusión inicia en los años veinte del siglo pasado. Bridger (2003) haciendo referencia a Muscio (1921) manifiesta que: “El termino fatiga debería ser eliminado de la discusión e investigación científica. ¿Es posible realizar una prueba de fatiga?”; con este antecedente se puede observar como el tema de la fatiga se ha desarrollado desde inicios del siglo pasado y se encuentra en continua investigación en cuanto al origen y comportamiento de la fatiga en los ambientes laborales.

La fatiga de forma conceptual según los autores (Kroemer, Kroemer, & Kroemer, 2003) manifiesta que la fatiga es utilizada para indicar un estado fisiológico, pero algunos psicólogos argumentan que este término debería utilizarse para definir la sensación subjetiva que afecta el desempeño de una tarea.

Por otro lado, Bridger en el año 2003, define que existen al menos tres (3) significados diferentes del termino fatiga:

1. Somnolencia, provocado por falta de sueño o cambio en los ritmos cardiacos.
2. Sinónimo de cansancio
3. Utilizado para referirse tras la realización de una tarea mental

En estudios realizados en base al agotamiento por fatiga se ha podido observar un desfase en cuanto a estudios realizados en los países de América Latina, ni se ha identificado el desarrollo de herramientas para la valoración

El sector sanitario es uno de los sectores más complejos en el ambito laboral, teniendo en cuenta que diariamente tienen que tratar con la vida y la muerte, sus decisiones puede traer consecuencias irreparables, por otro lado está la relación directa tanto con el paciente, como con la familia de los pacientes; en múltiples casos son las enfermeras quienes están en contacto con los familiares para notificar ciertos cambios en la salud de los pacientes, cuando estos no son complicaciones graves.

Es así que es el personal de enfermería se evidencia fatiga (Báez - Hernández, Castro-Estrada, & Ramirez-LEyva, 2005) (Leone, Huibers, & Kotherus, 2009) con una

estrecha relación entre la fatiga y la combinación de otras variables lo que puede acarrear la fatiga crónica.

Existe una multidimensionalidad conceptual, y muchas veces ha sido confundida con otros términos que pueden correlacionarse entre sí, pero que no explica de forma clara el concepto de fatiga, es así que uno de los principales autores ha definido a la fatiga como: [...] *Cansancio que puede o no aliviarse con estrategias usuales de reducir, en diferentes grados, el esfuerzo o la potencia para realizar las actividades diarias [...]* (Amaducci, Mota, & Pimenta, 2010)

Es así que la fatiga es provocada mayoritariamente por la carga laboral, teniendo en cuenta que no siempre se cuenta con el número propicio de enfermeras por servicio, de igual forma existen muchos servicios que está a tope, y aunque no es un término para este estudio existe también estacionalidad en algunos servicios por ejemplo los fines de semana en el área de emergencia se requiere duplicar y hasta triplicar el número de enfermeras, esta información fue proporcionada por el Hospital, objeto del estudio.

Todo esto ha provocado que la enfermería cuente con altos niveles de rotación, es así que en estudios recientes se ha definido que 1 de cada 5 enfermeras que labora en hospitales manifiestan la intención de cambiarse de trabajo dentro del año (Aiken, Clarke, & Sloane, 2002)

En estudios recientes se ha observado cómo se ha incrementado el estrés relacionado con el trabajo Unión Europea, convirtiéndose en el segundo problema de salud más común, después del dolor de espalda, afectando al 28% de los trabajadores; más de la cuarta parte de las bajas laborales de 2 o más semanas de todos los problemas de salud relacionados con el trabajo.²¹ Todo esto tiene una grave repercusión ya que como factor común se ha comprobado que las jornadas laborales extenuantes de 12 horas están provocando un mayor desgaste tanto físico como intelectual en los profesionales sanitarios combinados con las exigencias propias de su cargo y el mal manejo del estrés, han incrementado los índices de riesgos.

²¹ FACTS 22. El estrés relacionado con el trabajo. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el trabajo. Bélgica 2002.



CAPÍTULO V: METODOLOGÍA

5. METODOLOGÍA

5.1. Procedimiento

El presente estudio se llevó a cabo en Ecuador, contando con la participación de un Hospital que forma parte del Ministerio de Salud Pública; para lo cual se solicitó la colaboración de enfermeras/os y auxiliares de enfermería de cuatro (4) servicios con horarios diferenciados por especialidad, de 8 y 12 horas respectivamente, propuestos de la siguiente forma:

Ilustración 20: Servicios diferenciados por su jornada laboral



Fuente: Elaboración propia

Gracias a la colaboración del Hospital se pudo recolectar la información en un tiempo relativamente corto, que dio inicio el 1 de mayo de 2017 y se alargó hasta el 25 de mayo del mismo año.

La recolección de datos se operacionalizó con la elaboración de encuestas tanto físicas como online, teniendo en cuenta la dificultad de la recolección de datos en Ecuador. Las encuestas online fueron elaboradas en la herramienta Google Drive Formularios, esta herramienta ofrece la elaboración de encuestas, el envío a través de varios medios digitales como correo electrónico, URL, redes sociales, etc.; se eligió esta herramienta ya que permite la visualización en tiempo real de las respuestas, las que se vinculan directamente a una hoja de cálculo para su posterior tratamiento. Del mismo modo y en respuesta a la solicitud de las autoridades del Hospital se entregaron encuestas

físicas por su mayor utilidad y facilidad para su llenado, las mismas que fueron tratadas de forma manual.

Con esta base de datos y para su posterior tratamiento se utilizó el programa SPSS 22.0, con sus siglas en inglés (Statistical Product and Service Solutions) es un conjunto de herramientas de tratamiento de datos para el análisis estadístico que funciona mediante menús desplegables, con cuadros de dialogo que permiten ejecutar varios comandos de forma rápida y efectiva. La principal ventaja para la utilización de este trabajo se basa en capacidad que presenta para trabajar con bases de datos de gran tamaño.

5.2. Muestra

Para el presente estudio se utilizó un diseño de investigación no experimental – transeccional correlacional, este diseño describe relaciones entre dos o más variables en un determinado momento. Se trata de una descripción detallada de la correlación entre variables, y no de un estudio de variables individuales, sean están puramente correlaciones o relaciones causales (Hernández, Fernández, & Baptista, 2006)

Se tomó una muestra de alrededor de 76 profesionales de la salud entre enfermeras, enfermeros y auxiliares de enfermería de cuatro servicios como se mencionó anteriormente, y que prestan sus servicios en un Hospital de segundo nivel, perteneciente al Ministerio de Salud de Ecuador.

Para un análisis confiable se tomaron los siguientes criterios:

Criterio de inclusión: enfermas/os y auxiliares de enfermería que se encontraban prestando sus servicios en el Hospital.

Criterio de exclusión: profesionales que en el momento del estudio se encontraban en situación de baja laboral.

5.2.1. Sexo

La enfermería desde sus inicios (1869) ha sido una profesional influida por el género, al ser una actividad eminentemente femenina; la cual ha sido ligada a las prácticas humanas en relación a la salud. Es así que el término “Nurse” tiene sus raíces en el vocablo latino “nutrire” (nutrir), que significa madre que cría; perpetuando en la concepción de los humanos la enfermería como una profesión que solo podía ser ejercida por las mujeres.

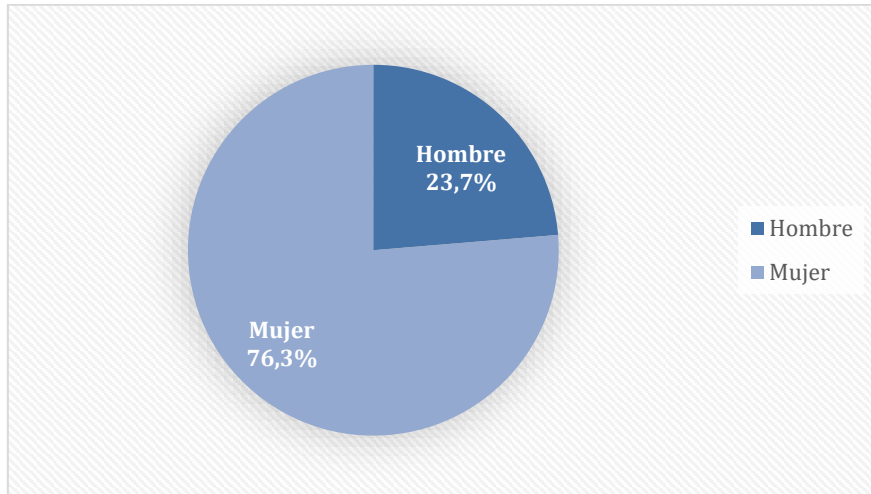
La autora (Sacks, 1982) realizó un estudio comparativo y causal sobre el trabajo de hombres y mujeres como determinante de su estatus, en donde propone que el alejamiento de las mujeres de la producción social se debe precisamente al no ser su trabajo considerado dentro de la esfera público-social; por tal razón las mujeres son relegadas a trabajos domésticos como el rol de esposa, madre y cuidadoras. Estos roles no suponen un valor de intercambio, sino simplemente un valor de consumo interno o privado. De esta concepción a la infravaloración del trabajo realizado por las mujeres sólo hay un paso, de éste a la subordinación, ninguno²².

Sin embargo, para la década de los 80 y 90 se evidenció un alto incremento en el número de hombres que realizaba estudios en Enfermería, y su posterior inclusión laboral, creando un espacio que va creciendo a un ritmo constante siendo muy habitual encontrar enfermeros en hospitales tanto públicos, como privados; generando una reestructuración del pensamiento tanto en los profesionales como en los docentes y los mismos pacientes.

Es así que, en la información analizada, de un total de 76 enfermeras/os y auxiliares de enfermería, el 23,68% son hombres, y el restante 76,32% corresponde a mujeres.

²² Sacks K. Engels revisitado: las mujeres, la organización de la producción y la propiedad privada. En Harris O, Young K (eds). Antropología y Feminismo. Anagrama. Barcelona. 1979.

Ilustración 21: Distribución de la muestra por Sexo



Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Tabla 4: Estadísticos descriptivos de la variable Sexo

	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	18	23,7
Mujer	58	76,3
Total	76	100,0

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Como se evidencia en el gráfico que antecede, se puede observar que el número de enfermeros se ha incrementado de forma exponencial, en términos comparativos el crecimiento en España en cuanto a mujeres diplomadas en enfermería con un total de 84,0% y el restante 16% corresponde a hombres. (Estadística, 2011)

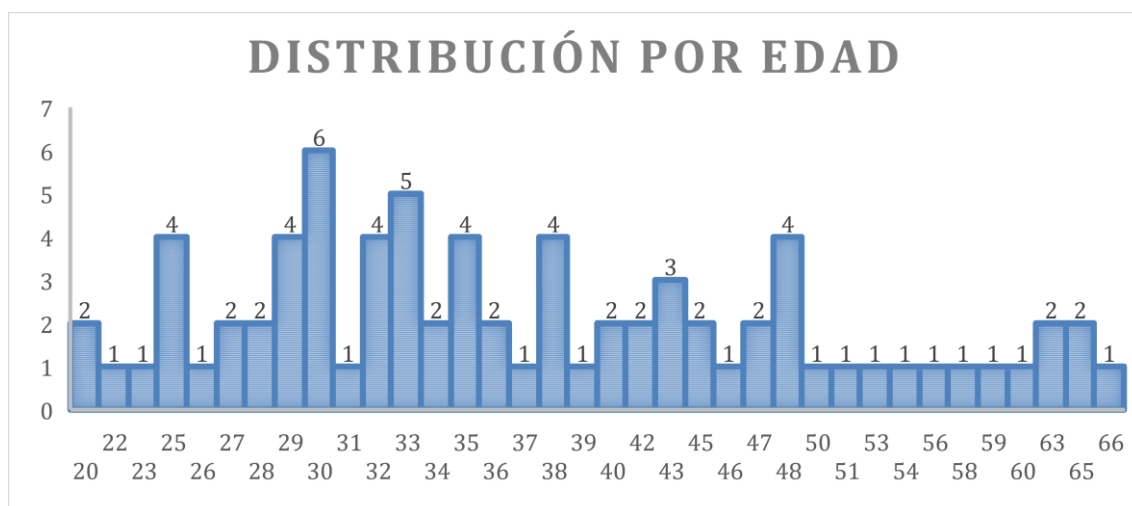
En números enteros del total de encuestados /as, 58 son mujeres, y 18 corresponde a hombres.

5.2.2. Edad

La alta rotación de personal en el sector sanitario es un tema muy común en la actualidad, con índices altos que sobrepasan en comparación con otros sectores laborales; sin embargo, a esta situación debe añadirse la inestabilidad laboral provocada por la firma de contratos ocasionales, que en el Ecuador tienen una duración máxima de dos (2) años.

Es así que la edad media de las enfermeras y/o auxiliares de enfermería encuestadas es de 39 años.

Ilustración 22: Distribución de la muestra por Edad



Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Tabla 5: Estadísticos descriptivos de la variable Edad

	Frecuencia	Porcentaje
20 – 25	8	11
26 – 30	15	20
31 – 40	26	34
41 – 50	15	20
Mas de 51	12	16

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

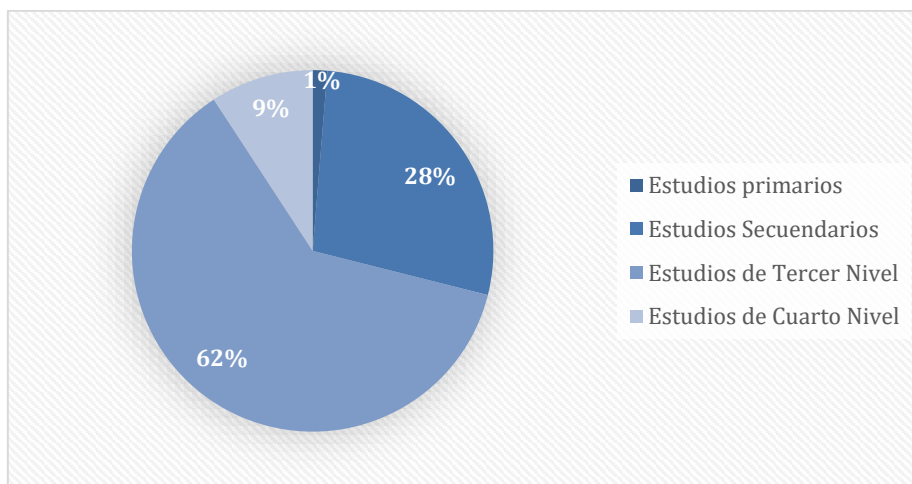
Como se puede observar en el Ilustración N° 22, existe mayor prevalencia entre los 28 y 37 años; esto se debe a política públicas implementadas en Ecuador hace unos cuantos años, tras la compra de renuncias de los empleados públicos que sobrepasaban los 30 años de servicio, con la finalidad de crear más plazas de trabajo.

5.2.3. Nivel Académico

El Ministerio de Salud Público, en su afán de reorganizar el área de Talento Humano, elaboró *El Manual de Descripción, Valoración y Clasificación de Puestos*, en el marco del cumplimiento de la normativa vigente contiene los requisitos para ocupar los cargos tanto administrativos como operativos; es así que para los cargos de Enfermería se requiere un título de tercer nivel y haber cursado el año rural y según la categoría varia los años de experiencia requeridos, para cargos directivos en la misma área se requiere contar con un título de cuarto nivel, este cargo requerirá el manejo de un equipo de trabajo, mayores responsabilidades, y por su contraparte un sueldo superior; por otro lado las/los Auxiliares de Enfermería tras terminados los estudios secundarios deben cursar 1 año de estudios en una institución registrada en el SENESCYT (Secretaria Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación)²³ para obtener un certificado que avale sus conocimientos y sea apto para ocupar un cargo. En el siguiente gráfico se puede observar la distribución por nivel académico:

²³ <http://www.educacionsuperior.gob.ec/>

Ilustración 23: Distribución de la muestra por Nivel Académico



Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Tabla 6: Estadísticos descriptivos de la variable Nivel Académico

	Frecuencia	Porcentaje
Estudios primarios	1	1,00
Estudios Secundarios	21	28,00
Estudios de Tercer Nivel	47	62,00
Estudios de Cuarto Nivel	7	9,00
Total	76	100,0

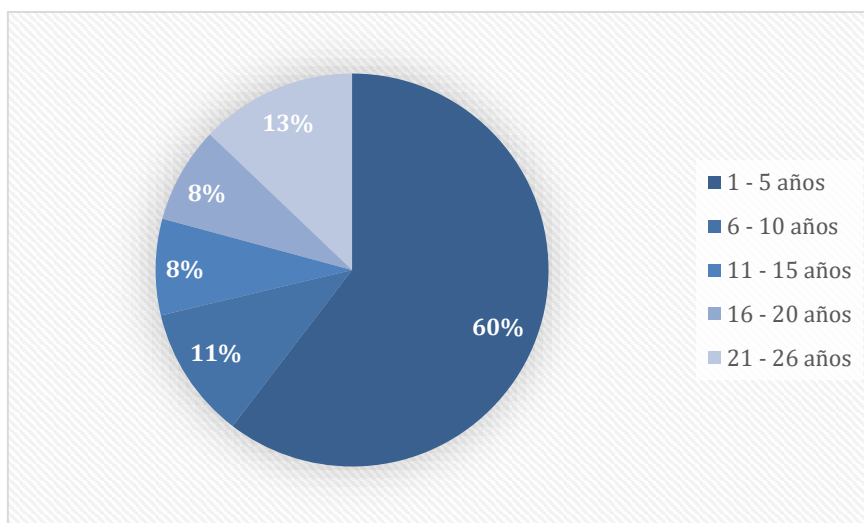
Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Como se puede observar los encuestados respondieron de la siguiente forma al nivel de estudios: estudios primarios en esta muestra obtuvo el 1,3%, para estudios superiores corresponde el 27,6%; para estudios de tercer nivel es decir Ingenierías y Licenciaturas se asignó con un total de 61,8%, y en último lugar para estudios de cuarto nivel con un 9,2% del total de la muestra.

5.2.4. Antigüedad Laboral

La antigüedad laboral se establece en el número de años en la institución público y se analizará en complemento el número de años que los encuestados se encontraban prestando sus servicios en el puesto actual.

Ilustración 24: Distribución de la muestra por Antigüedad Laboral



Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Tabla 7: Estadísticos descriptivos de la variable Antigüedad Laboral

	Frecuencia	Porcentaje
1 - 5 años	46	61,00
6 - 10 años	8	11,00
11 - 15 años	6	8,00
16 - 20 años	6	8,00
21 - 26 años	10	13,00
Total	76	100,00

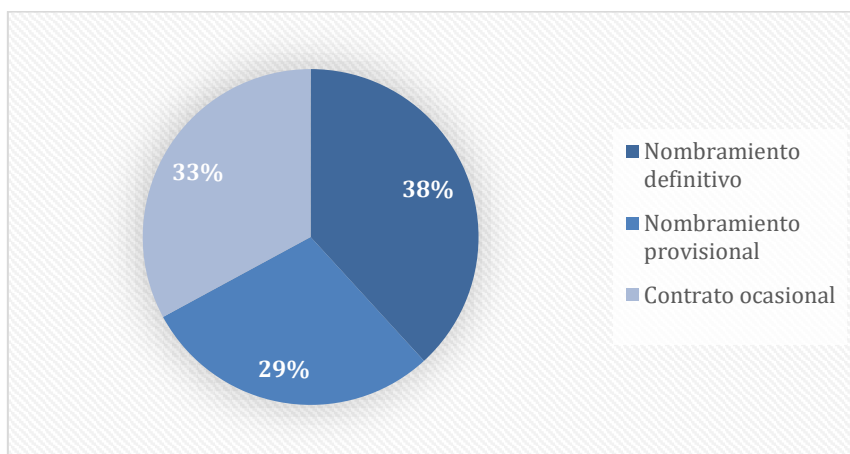
Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Esta información asevera la premisa que se trató en apartados anteriores, en donde se abarcó el tema de la rotación laboral en el sector sanitario; es así que se puede observar que el 60,5% se agrupa en los encuestados que laboran en el Hospital entre 1 y 5 años; entre 6 y 10 años corresponde un 10,4%, entre 11 y 16 un total de 9,1%; y más de 15% con un 20%.

5.2.5. Tipo de Contrato

La distribución por estabilidad laboral, viene del tipo de contrato suscrito entre la institución y el empleado, es así que los tres (3) tipos de instrumentos legales para este caso son: contrato por servicios ocasionales, nombramiento provisional y nombramiento definitivo; el primero puede ser suscrito por un tiempo limitado de dos (2) años, el nombramiento provisional no tiene tiempo límite, sin embargo, no ofrece mayor estabilidad laboral que un contrato ocasional, y por último el nombramiento definitivo corresponde al instrumento con mayor estabilidad ofrecida para el trabajador, y se obtiene tras un Concurso de Méritos y Oposición.

Ilustración 25: Distribución de la muestra por Tipo De Contrato



Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Tabla 8: Estadísticos descriptivos de la variable Tipo De Contrato

	Frecuencia	Porcentaje
Nombramiento definitivo	29	38,00
Nombramiento provisional	22	29,00
Contrato ocasional	25	33,00
Total	76	100,00

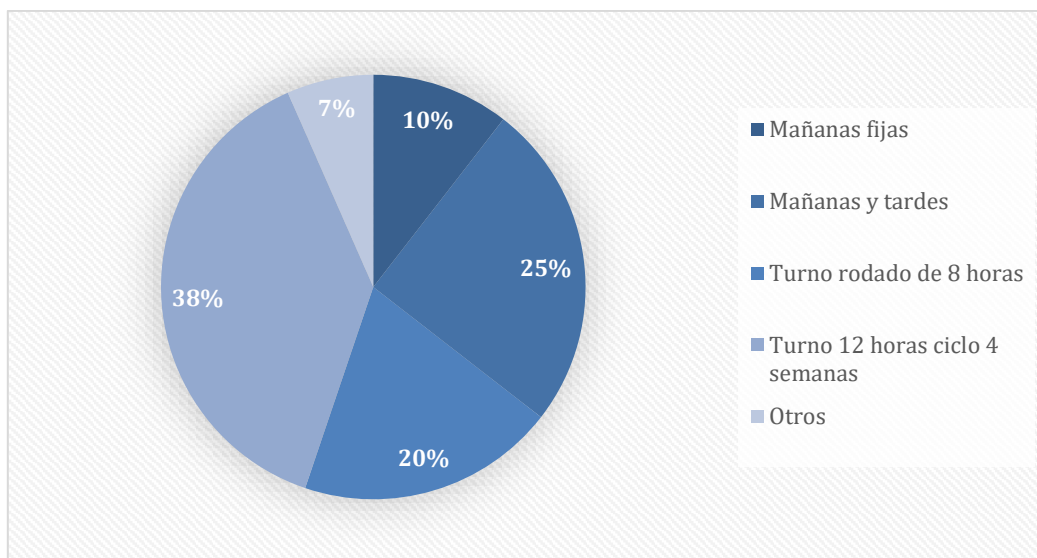
Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Como se puede observar en el gráfico que antecede, corresponde a Nombramiento Definitivo con una leve ventaja sobre los demás instrumentos laborales que corresponde un 38,2%, es así que esto viene a causa de una política de Estado en la cual se estableció que para el sector de educación y salud se otorgue nombramientos definitivos a todos los profesionales que cumplan un mínimo de años, tras participar en el Concurso de Méritos y oposición; el siguiente corresponde a Nombramiento provisionales con un 28,9%, que corresponde a personal que labora más de dos (2) años, y contrato por servicios ocasionales con un mínimo de 32,9%.

5.2.6. Turno de Trabajo

Como se mencionaba en apartados anteriores, el área de Enfermería cumple tanto horario rotativo de 8 y 12 horas según el área, que se muestra a continuación:

Ilustración 26: Distribución de la muestra por Turno De Trabajo



Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Tabla 9: Estadísticos descriptivos de la variable Turno de Trabajo

	Frecuencia	Porcentaje
Mañanas fijas	8	10,50%
Mañanas y tardes	19	25,00%
Turno rodado de 8 horas	15	19,70%
Turno 12 horas ciclo 4 semanas	29	38,20%
Otros	5	6,60%
Total	76	100,00%

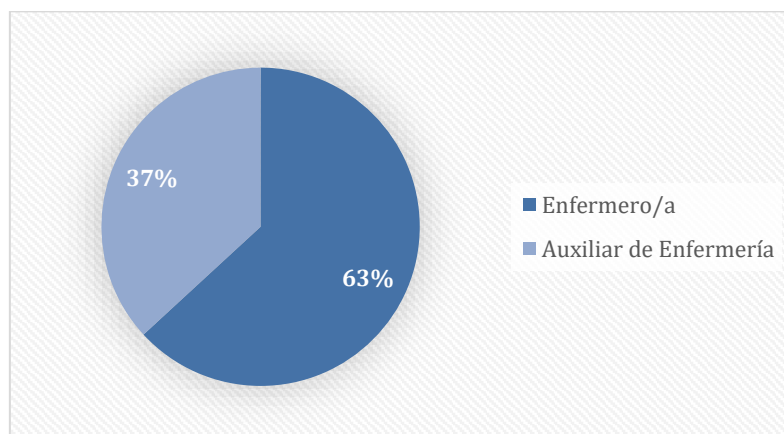
Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Como se evidencia en el gráfico que se antepone el 38,2% corresponde a Turno 12 horas, ciclo 4 semanas, seguido del Turno de 8 horas con un 19,7%; y de menor prevalencia las mañanas fijas con 10,5%; y las mañanas y tardes fijas con 25%, estos dos últimos no son comunes en el ámbito sanitario, ya que en algunos servicios se requiere el servicio de enfermería las 24 horas de día para mantener la continuidad del servicio.

5.2.7. Categoría Profesional

Con la finalidad de analizar el impacto organizacional en turnos de trabajo de 12 horas se ha tomado una muestra de dos (2) perfiles profesionales relacionados, y que cuentan con estos horarios: Enfermeras/os y Auxiliares de enfermería.

Ilustración 27: Distribución de la muestra por Categoría Laboral



Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Tabla 10: Estadísticos descriptivos de la variable Categoría Profesional

	Frecuencia	Porcentaje
Enfermero/a	48	63,16
Auxiliar de Enfermería	28	36,84
Total	76	100,00

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

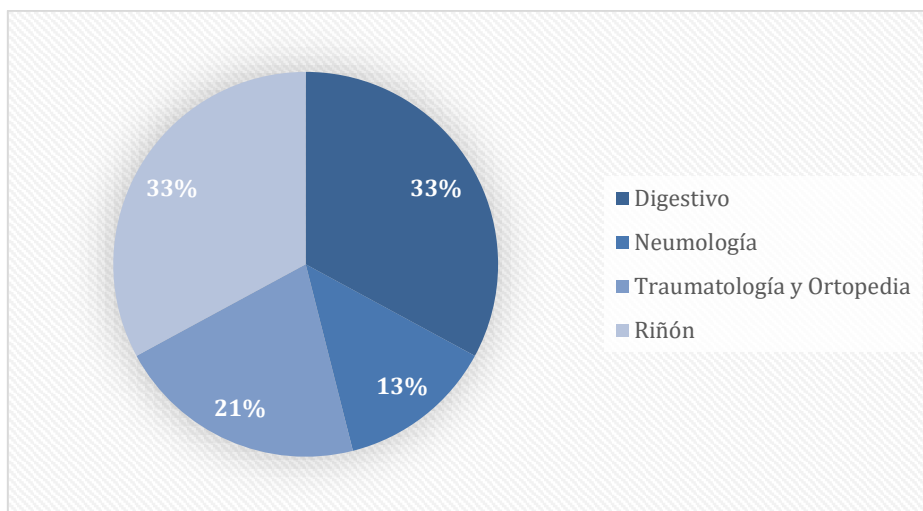
Los horarios laborales por turnos son exactamente iguales tanto para enfermeras y auxiliares de enfermería, para lo cual se prevé el análisis individual por categoría profesional, ya que cada grupo cuenta con un tipo diferente de demanda – control, tanto por sus actividades diarias, como las responsabilidades que recae en sus cargos.

Se observa que para este análisis se contará con el 63,13% de Enfermeras/os; y una tercera parte de Auxiliares de Enfermería que representa u 36,84% del total de la muestra.

5.2.8. Distribución Por Unidad Funcional

Las unidades funcionales que se analizarán en el presente trabajo cuentan con una característica diferenciadora, el servicio Digestivo y de Neumología corresponde al análisis de turnos laborales de 12 horas tanto para Enfermeras, como para Auxiliares de Enfermería; por otro lado, los servicios de Traumatología y Ortopedia y de Riñón son servicios que cuenta con turnos de trabajo de 8 horas.

Ilustración 28: Distribución de la muestra por Unidad Funcional



Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Tabla 11: Estadísticos descriptivos de la variable Unidad Funcional

	Frecuencia	Porcentaje
Digestivo	25	33%
Neumología	10	13%
Traumatología y Ortopedia	16	21%
Riñón	25	33%
Total	76	100%

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Como se puede observar en la tabla que antecede, tanto el servicio Digestivo como el de Riñón, cuenta con el mismo peso, que corresponde al 33% para cada una; en tercer lugar, el servicio de Traumatología y Ortopedia con el 21% y finalmente Neumología con un 13% de encuestados.

5.3. Instrumentos de Medida

5.3.1. Satisfacción Laboral

Con la finalidad de dar inicio al análisis estadístico del presente estudio y en concordancia con el Modelo presentado en capítulos anteriores, se iniciará el análisis Factorial con las variables "Satisfacción Laboral", se utilizará la información recogida a través de la encuesta que consta de una muestra de 76 profesionales de la salud entre Enfermeras/os y Auxiliares de Enfermería.

La Escala General de Satisfacción (Overall Job Satisfaction) fue desarrollada por (Warr, Cook, & Wall, 1979), y se basa principalmente en la detección de las necesidades de escalas cortas y robustas que sean de fácil entendimiento para los trabajadores de cual sector, independientemente de su formación. Las características de esta escala son:

- Escala que operacionaliza el constructo de satisfacción laboral, reflejando la experiencia de los trabajadores de un empleo remunerado.
- Recoge la respuesta afectiva al contenido del propio trabajo

A partir de la literatura existente, de un estudio piloto y de dos investigaciones en trabajadores de la industria manufacturera de Reino Unido, se conformó la escala con quince (15) ítems. La escala se sitúa en la línea de quienes establecen una dicotomía de factores y está diseñada para abordar tanto los aspectos intrínsecos como los extrínsecos de las condiciones de trabajo.

Para lo cual el análisis se basará en el apartado "A" el cual contiene el cuestionario de Satisfacción Laboral, que está compuesto por 16 preguntas, que se dividen de la siguiente manera según el objeto de análisis:

- **Subescala de factores intrínsecos:** esta subescala está compuesta por aspectos como el reconocimiento obtenido por el trabajo, responsabilidad, promoción, aspectos relativos al contenido de la tarea, etc. Esta escala está formada por siete ítems (números 2, 4, 6, 8, 10, 12 y 14).
- **Subescala de factores extrínsecos:** investiga sobre la satisfacción del trabajador con aspectos relativos a la organización del trabajo como el horario, la

remuneración, las condiciones físicas del trabajo, etc. Esta escala la constituyen ocho ítems (números 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 y 15). (revisar Anexo 1)

El cuestionario se contesta a través de una escala tipo Likert con 7 alternativas de respuesta, siendo 1; Nada satisfecho, 4; Indiferente, 7; Muy satisfecho.

Con la información anteriormente mencionada se dará inicio al tratamiento de la información con lo que respecta al análisis factorial de la variable Satisfacción Laboral; en la tabla que precede se puede observar que el KMO es correcto, con un valor cercano a la unidad (0,853) y al ser significativa la prueba de Bartlett ($p < .05$), rechazamos la hipótesis nula y podemos concluir que las tres pruebas nos indican que es pertinente realizar el análisis factorial.

Tabla 12: KMO y prueba de esfericidad de Bartlett de la escala de la Satisfacción Laboral

<hr/>		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin		0,853
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	1168,097
	Gl	105
	Sig.	,000
<hr/>		

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

En la tabla 12, que muestra la existencia de dos factores que explican el 69,64% de la varianza total. Teniendo en cuenta que el primer factor representa el 56,46% con un mayor peso que el segundo factor que únicamente representa el 13,18%. Sin embargo, al observar la suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación el primer factor representa un 39,90% y el segundo un 29,75%; concluyendo que el segundo factor puede llegar a ser relevante si la explicación si se extraen los datos de la proporción de las varianzas.



Tabla 13: Varianza explicada de la escala de la Satisfacción Laboral

Ítems	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% varianza	% acumulado	Total	% varianza	% acumulado	Total	% varianza	% acumulado
1	8,47	56,466	56,466	8,47	56,466	56,466	5,985	39,899	39,899
2	1,977	13,181	69,647	1,977	13,181	69,647	4,462	29,749	69,647
3	1,17	7,8	77,447						
4	0,97	6,468	83,915						
5	0,501	3,341	87,256						
6	0,449	2,993	90,248						
7	0,404	2,692	92,94						
8	0,269	1,795	94,735						
9	0,208	1,385	96,12						
10	0,172	1,15	97,27						
11	0,122	0,814	98,084						
12	0,103	0,685	98,77						
13	0,076	0,507	99,277						
14	0,06	0,398	99,676						
15	0,049	0,324	100						

Método de extracción: Análisis de los componentes principales.

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

En la Tabla 13 se puede ver el análisis factorial de la escala de la satisfacción laboral mediante el análisis de componentes principales. Las cargas factoriales significativas deben ser superiores a 0.5.

Tabla 14: Análisis factorial de los ítems de la escala Satisfacción Laboral

	Componente	
	Intrínsecos	Extrínsecos
1. Las condiciones físicas del trabajo	,015	,899
2. La libertad para elegir su propio método de trabajo	,390	,775
3. Sus compañeros de trabajo	,089	,931
4. El reconocimiento que obtiene por el trabajo bien hecho	,676	,519
5. Su superior inmediato	,805	,386
6. La responsabilidad que se le ha asignado	,462	,661
7. Su salario	,595	,421
8. La posibilidad de utilizar sus capacidades	,774	,395
9. Las relaciones entre la dirección y los trabajadores del hospital	,815	,243
10. Sus posibilidades de promocionar	,924	,161
11. El modo en el que el hospital está gestionado	,882	,145
12. La atención que se presta a las sugerencias que hace	,900	,167
13. Su horario de trabajo	,196	,302
14. La variedad de las tareas que realizas en su trabajo	,512	,588
15. Su estabilidad en el empleo	,381	,654

Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser. a. La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Como resultado de la tabla 14 que muestra el análisis factorial de esta escala a través del análisis de componentes principales se puede observar que los ítems correspondientes a los factores intrínsecos 4, 8, 10 y 12 (componente 1) tienen cargas factoriales significativas, por lo que respecta a los componentes comprendidos a los factores extrínsecos 1, 3, 7, 15 (componente 2) tienen cargas factoriales positivas y significativas ($>.5$). Los ítems que se observan sin color al no tener cargas significativas en ninguno de los dos componentes serán excluidos en el análisis de fiabilidad que posteriormente será ejecutado.

Con la finalidad de complementar el análisis y describir las variables más influyentes, tras realizar el tratamiento de los datos de Satisfacción Laboral, se puede observar que para los factores intrínsecos el coeficiente alfa es de 0,91 que en términos de aceptabilidad representa un coeficiente excelente, por lo que se confirma la validez de este instrumento.

En la tabla 15 se muestra los valores alfa en caso de que no se considere alguno de los ítems, así como la correlación entre los diferentes elementos de la escala.

Tabla 15: Análisis estadístico de la consistencia interna de los ítems de la subescala factores intrínsecos

	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
4. El reconocimiento que obtiene por el trabajo bien hecho	0,758	0,894
8. La posibilidad de utilizar sus capacidades	0,805	0,886
10. Sus posibilidades de promocionar	0,806	0,885
12. La atención que se presta a las sugerencias que hace	0,843	0,876
14. La variedad de las tareas que realizas en su trabajo	0,671	0,911

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

De forma paralela para los factores extrínsecos el coeficiente alfa corresponde a 0,82 que en términos de aceptabilidad representa un coeficiente bueno, por lo que se confirma la validez de este instrumento. En la tabla 16 se muestra los valores alfa en caso de que no se considere alguno de los ítems, así como la correlación entre los diferentes elementos de la escala.

Tabla 16: Análisis estadístico de la consistencia interna de los ítems de la subescala factores extrínsecos

	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1. Las condiciones físicas del trabajo	,639	,778
3. Sus compañeros de trabajo	,757	,722
7. Su salario	,518	,828
15. Su estabilidad en el empleo	,677	,760

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

En conclusión, se puede apreciar que para el componente factores intrínsecos estaba compuesto por la suma de ocho ítems, que tras el análisis factorial y fiabilidad



únicamente quedaron en cinco ítems. Por otro lado, el componente factores extrínsecos que inicialmente estaba compuesto por ocho ítems, tras los análisis antes mencionados, fue reducido a cuatro ítems, eliminando las variables restantes que afectaban de forma la correlación de las variables.

5.3.2. Demanda – Control (Karasek)

Con la finalidad de iniciar el estudio se información relacionad al alargamiento de la jornada laboral y su posible repercusión tanto para su salud como para los resultados organizacionales, se plantea primeramente utilizar el Cuestionario del Contenido del Trabajo (Job Content Questionnaire, JCQ); desarrollada por (Karasek R. , 1985)

Por lo que respecta a las demandas laborales, existen investigación en las que se plantean otros tipos de demandas del trabajo como el conflicto y ambigüedad de rol o la competitividad (Salanova et al., 2005), por ello, es importante puntualizar que en este estudio, al hablar de demandas del trabajo nos referimos exclusivamente a la sobrecarga laboral cuantitativa.

Este modelo bidimensional se basa principalmente en la combinación de tres aspectos:

- **Demandas psicológicas:** Son las exigencias psicológicas que el trabajo implica para la persona. Básicamente hacen referencia a cuánto se trabaja: cantidad o volumen de trabajo, presión de tiempo, nivel de atención, interrupciones imprevistas; por lo tanto, no se circunscriben al trabajo intelectual, sino a cualquier tipo de tarea. Compuesta por los ítems 1 – 8.
- **Control:** Se trata de la dimensión esencial del modelo, puesto que el control es un recurso para moderar las demandas del trabajo. Es decir, el estrés no depende tanto del hecho de tener muchas demandas, como del no tener capacidad de control para resolverlas. Se compone por los ítems del 9 – 16.
- **Apoyo social:** Jeffrey V. Johnson, en el 86, amplió el modelo demandas-control introduciendo la dimensión de apoyo social. Parece ser que la función del apoyo social es la de incrementar la habilidad para hacer frente a una situación de estrés mantenido, por lo que resulta un moderador o amortiguador del efecto del estrés en la salud.²⁴ Compuesto por los ítems del 17 – 25.

²⁴http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/601a700/ntp_603.pdf

Este cuestionario está compuesto por 25 preguntas que mide el grado de satisfacción en los diferentes aspectos laborales; el cuestionario se contesta a través de una escala tipo Likert con 7 alternativas de respuesta, desde 1; Muy en Desacuerdo, a 7; Muy de Acuerdo.

La información obtenida tras el tratamiento de los datos respecto a Demanda – Control – Apoyo para encontrar la idoneidad del análisis factorial para esta variable; es así que como se observa en la tabla que precede el KMO es correcto, con un valor cercano a la unidad (0,840) y al ser significativa la prueba de Bartlett ($p < .05$), rechazamos la hipótesis nula y podemos concluir que las tres pruebas nos indican que es pertinente realizar el análisis factorial.

Tabla 17: KMO y prueba de esfericidad de Bartlett de la escala de Demanda – Control - Apoyo

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin		0,840
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	2277,713
	Gl	300
	Sig.	,000

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

En la tabla 17, se puede observar que para Demanda – Control – Apoyo existen tres factores que explican el 72,26% de la varianza total. El primer factor es el más representativo con el 53,76%, el segundo factor representa el 11,10%, y finalmente el tercer factor con una mínima representación de 7,39%.

De forma complementaria se ha analizado la suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación, en donde se observa que el primer factor se reduce con una representación de 25,53%, y algo particular es el incremento de la representatividad del factor dos y tres manteniendo una representación incremental y casi similar con un 23,37% y 23,26%, respectivamente. Concluyendo que el segundo y tercer factor pueden llegar a ser relevantes desde el punto de vista de la proporción de las varianzas.



Tabla 18: Varianza explicada de la escala de la Demanda – Control - Apoyo

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% varianza	% acumulado	Total	% varianza	% acumulado	Total	% varianza	% acumulado
1	13,441	53,763	53,763	13,441	53,763	53,763	6,383	25,531	25,531
2	2,776	11,104	64,867	2,776	11,104	64,867	5,867	23,466	48,997
3	1,848	7,392	72,259	1,848	7,392	72,259	5,815	23,262	72,259
4	1,474	5,895	78,154						
5	1,046	4,184	82,338						
6	,769	3,077	85,415						
7	,670	2,681	88,096						
8	,465	1,861	89,957						
9	,448	1,792	91,749						
10	,413	1,651	93,400						
11	,296	1,182	94,582						
12	,263	1,053	95,636						
13	,214	,855	96,491						
14	,210	,839	97,330						
15	,146	,583	97,913						
16	,110	,441	98,354						
17	,085	,341	98,695						
18	,079	,315	99,010						
19	,066	,265	99,275						
20	,047	,188	99,464						
21	,044	,177	99,641						
22	,032	,129	99,770						
23	,021	,084	99,854						
24	,020	,081	99,935						
25	,016	,065	100,000						

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

En la Tabla 18 se puede ver el análisis factorial de la demanda – control - apoyo mediante el análisis de componentes principales. Las cargas factoriales significativas deben ser superiores a 0.5.

Tabla 19: Análisis factorial de los ítems de la escala Demanda – Control Apoyo

	Componente		
	Control	Demanda	Apoyo
1. Mi empleo requiere trabajar muy deprisa	,183	,718	,002
2. Tengo que trabajar mucho	,095	,577	-,161
3. No tengo tiempo suficiente para conseguir terminar mi trabajo	-,129	,625	,349
4. En mi trabajo me piden a menudo que haga cosas incompatibles	,078	,707	,479
5. Mi trabajo requiere que me concentre durante mucho rato en lo que estoy haciendo	,291	,656	,455
6. A menudo me interrumpen en el trabajo y que tengo que volver a ponerme a hacerlo más tarde	,311	,562	,445
7. Tengo que trabajar contrarreloj	,456	,531	,444
8. A menudo mi trabajo se retrasa porque debo esperar a que terminen otras personas o departamentos	,657	,286	,163
9. Mi trabajo requiere que aprenda cosas nuevas	,581	,576	,342
10. Mi trabajo requiere que sea creativo/a	,618	,529	,290
11. Mi trabajo me permite tomar muchas decisiones por mi cuenta	,275	,636	,278
12. Mi trabajo requiere un alto nivel de capacitación	,218	,650	,400
13. Tengo margen de libertad para decidir cómo hacer mi trabajo	,388	,679	,435
14. En mi trabajo llego a hacer una gran cantidad de cosas diferentes	,415	,597	,520
15. Tengo mucha influencia sobre lo que pasa en mi trabajo cada día	,513	,488	,588
16. Tengo la oportunidad de trabajar en lo que mejor sé hacer	,337	,467	,604
17. Mis compañeros de trabajo son competentes.	,845	,228	,211
18. Mis compañeros de trabajo se interesan por mí como persona	,893	,209	,165
19. Mis compañeros de trabajo son agradables	,865	,242	,079
20. Mis compañeros de trabajo me ayudan a sacar el trabajo adelante	,878	,029	,217
21. Mis compañeros de trabajo fomentan el trabajo en equipo	,859	,025	,236
22. A mi jefe le preocupa el bienestar de los que trabajan con él	,209	,119	,895
23. Mi superior presta atención a lo que le digo	,212	,283	,853
24. Mi superior me ayuda a sacar el trabajo adelante	,151	,209	,892
25. Mi superior consigue que la gente trabaje en equipo	,272	,099	,835

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser. a. La rotación ha convergido en 5 iteraciones.

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

En conclusión, se puede observar que el análisis factorial de componentes principales arroja la siguiente formación: Demanda contaba inicialmente con los ítems del 1 – 8, tras el análisis factorial los ítems se han reducido de 1 -7; la subescala Control contaba con los ítems del 9 – 16, posteriormente se mantienen solo los ítems 9, 10, 14 y 15 ítems, quedando únicamente; y finalmente Apoyo que al inicio comprendía los ítems 17 – 25, tras el análisis factorial se redujo a los ítems del 22-25. Los ítems que se observan sin color al no tener cargas significativas en ninguno de los dos componentes serán excluidos en el análisis de fiabilidad que posteriormente será ejecutado.

Para la variable Demanda – Control – Apoyo se realizará el análisis de fiabilidad, con la finalidad de descartar los ítems que no aporten mayor carga al modelo; para lo cual realizará un análisis por cada componente.

Se iniciará el análisis con la subescala Demanda, para el cual el coeficiente alfa es de 0,875, que en términos de aceptabilidad representa un coeficiente bueno, notablemente aceptable ya que es $>$ a 0,7; por lo que se concluye que se confirma la validez de este instrumento.

Tabla 20: Análisis estadístico de la consistencia interna de los ítems de la subescala Demanda

	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1. Mi empleo requiere trabajar muy deprisa	0,593	0,864
2. Tengo que trabajar mucho	0,435	0,88
3. No tengo tiempo suficiente para conseguir terminar mi trabajo	0,574	0,868
4. En mi trabajo me piden a menudo que haga cosas incompatibles	0,782	0,836
5. Mi trabajo requiere que me concentre durante mucho rato en lo que estoy haciendo	0,831	0,831
6. A menudo me interrumpen en el trabajo y que tengo que volver a ponerme a hacerlo más tarde	0,697	0,849
7. Tengo que trabajar contrarreloj	0,691	0,849

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

En la tabla 20 se muestra los valores alfa en caso de que no se considere alguno de los ítems, así como la correlación entre los diferentes elementos de la escala.

La subescala Control, cuenta con un coeficiente alfa Cronbach de 0,93 que en términos de aceptabilidad representa un coeficiente excelente, por lo que se confirma la validez de este instrumento.

A continuación, en la tabla 21 se muestra los valores alfa en caso de que no se considere alguno de los ítems, así como la correlación entre los diferentes elementos de la escala.

Tabla 21: Análisis estadístico de la consistencia interna de los ítems de la subescala Control

	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
9. Mi trabajo requiere que aprenda cosas nuevas	,849	,900
10. Mi trabajo requiere que sea creativo/a	,814	,911
14. En mi trabajo llego a hacer una gran cantidad de cosas diferentes	,811	,912
15. Tengo mucha influencia sobre lo que pasa en mi trabajo cada día	,851	,899

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Finalmente, para subescala Apoyo, se ha obtenido un coeficiente alfa de Cronbach de 0,94, que de igual forma con la subescala de control supone una aceptabilidad excelente, ya que está muy próximo a la unidad; por lo que podemos afirmar la validez de este instrumento. En la tabla 22 se puede observar el alfa de cada ítem que finalmente ha sido validado a través del análisis de la data.

Tabla 22: Análisis estadístico de la consistencia interna de los ítems de la subescala Apoyo

	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
22. A mi jefe le preocupa el bienestar de los que trabajan con él	,863	,922
23. Mi superior presta atención a lo que le digo	,851	,925
24. Mi superior me ayuda a sacar el trabajo adelante	,905	,908
25. Mi superior consigue que la gente trabaje en equipo	,820	,935

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Finalmente, recalcar que la subescala demandas se ha operacionalizado como la suma de siete ítems, y no se ha eliminado ningún ítem, para la subescala Control se centró en ocho ítems (5 eliminados, 4 se mantienen), y por último Apoyo con nueve ítems (5 eliminados y 4 se mantienen). Así, la interpretación de los resultados se realiza de manera que una puntuación mayor indica un mayor grado de demandas, control y apoyo percibidas en el trabajo.

5.3.3. Burnout o Síndrome del Quemado

Los estudios efectuados con el MBI-HSS, con sus siglas en inglés Maslach Burnout Inventory, Human Services Survey; han mostrado de manera repetitiva problemas en su aplicación a trabajos no asistenciales, y su corto alcance en cuanto a la subescala de Despersonalización.

Es así que, en el año de 1996, con la aparición del MBI – GS (Maslach Burnout Inventory; General Survey; Maslach, Jackson y Leiter, 1996) el modelo fue estructurado y complementado de forma tal que se amplió en cambios laborales no asistenciales, enriqueciendo el modelo teórico para el uso en todos los sectores laborales.

Originalmente los estudios con el MBI, y con los tres factores originalmente propuestos por este instrumento fueron: cansancio emocional despersonalización y realización personal, que fueron aplicadas a sectores no asistenciales únicamente, resultaban ambiguos y confusos pues los problemas psicométricos del MBI se acentuaban y tendían a aparecer otro número de factores (Gil-Monte & Peiró, 1997). Explicado en términos de resultados este modelo un tanto ambiguo arroja datos muy confusos, especialmente el factor de despersonalización, en las áreas en las que la atención a los usuarios no era asistencial o no existía una interacción con los clientes de forma prioritaria; por otro lado, se identificaba la igualdad de los factores cansancio emocional y despersonalización en un solo factor.

Para el año 1986, en el mismo manual se sugería la aplicación a sectores no asistenciales, y es ahí en donde se elabora la obra editada conjuntamente por Schaufeli, Maslach, y Marek (1993) en donde aparecen los primeros elementos de la reelaboración del constructo al insistir en el síndrome como un proceso profesional (Profesional Burnout), pero sobre todo es en esta edición donde se insiste que este puede ser aplicado en áreas profesionales como no profesionales.

Posteriormente y en la tercera edición del “*Maslach Burnout Inventory Manual* (Maslach, Jackson y Leiter, 1996)” es en donde se desarrolla de forma explícita la reelaboración teórica y operacional del burnout aplicado a profesionales no asistenciales; titulada “*MBI General Survey*”; con el análisis de nuevos aspectos propios de la ampliación del modelo, inmediatamente después se propone el “*5 MBI-GS*” como un

instrumento para la evaluación de las actitudes ante el propio trabajo que van desde la implicación o compromiso hasta el “burnout”. Compuesto por tres (3) escalas:

- **Desgaste Emocional:** Se define de forma genérica, sin el énfasis en los aspectos emocionales acerca de los “recipientes del propio trabajo” presentes en el MBI-HSS. Todos los ítems provienen del MBI-HSS, modificados o sin modificar.
- **Cinismo:** Refleja la actitud de indiferencia, devaluación y distanciamiento ante el propio trabajo y el valor y significación que se le pueda conceder, representa igualmente una actitud defensiva ante las agotadoras demandas provenientes del trabajo.
- **Eficacia profesional:** Se define como una subescala semejante a la anterior de Realización Personal, pero insistiendo en las expectativas según el modelo de (Bandura, 1977).

Este apartado consta de 16 preguntas, con una escala de 0 a 6, en donde 0 corresponde a Nunca, y 6 Todos los días, midiendo básicamente la frecuencia con la que experimenta aspectos en el trabajo. La estructura de las subescalas describe al Burnout Profesional con una puntuación alta en Desgaste emocional, en Cinismo y baja en Eficacia profesional.

A continuación, se analizará la primera prueba para identificar la idoneidad del análisis factorial, en la tabla 28 se puede observar que el valor del KMO es aceptable, con un valor cercano a la unidad (0.775) y al ser significativa la prueba de Bartlett ($p < .05$), se rechaza la hipótesis nula y se concluye que es conveniente realizar el análisis factorial.

Tabla 23. KMO y prueba de esfericidad de Bartlett de la escala Burnout

Determinante		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin		0,775
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	1292,206
	GI	120
	Sig.	,000

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Como se puede observar en los resultados de la tabla 23 la que muestra la existencia de tres factores que explican el 79,99% de la varianza total. El primer factor explicaría el 49,39% de la varianza total, el segundo un 23,25% y el tercer factor solo explicaría un 7,35% de la varianza total.

Sin embargo, al analizar la suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación se puede observar que le primer factor se ve reducido a 32,87%, y el segundo y tercer factor cobran relevancia con 30,02% y 17,11 respectivamente; concluyendo que a partir de la proporción de varianzas el segundo y tercer factor podrían llegar a ser relevantes.

Tabla 24. Varianza explicada de la escala Burnout

Ítems	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	7,903	49,393	49,393	7,903	49,393	49,393	5,260	32,873	32,873
2	3,720	23,251	72,645	3,720	23,251	72,645	4,803	30,017	62,890
3	1,177	7,354	79,998	1,177	7,354	79,998	2,737	17,108	79,998
4	,641	4,004	84,002						
5	,603	3,769	87,771						
6	,452	2,827	90,598						
7	,352	2,202	92,800						
8	,306	1,911	94,711						
9	,217	1,355	96,066						
10	,194	1,214	97,280						
11	,121	,759	98,039						
12	,110	,689	98,728						
13	,090	,564	99,292						
14	,049	,308	99,600						
15	,038	,236	99,836						
16	,026	,164	100,000						

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

La tabla 24 muestra el análisis factorial de esta escala a través del análisis de componentes principales. Como se puede apreciar, los ítems 1, 2, 3, 4 y 6 tienen cargas factoriales significativas en la subescala Agotamiento, en cambio en la subescala Autoeficacia tienen cargas factoriales positivas y significativas 5, 7, 10, 11, 12 y 16, para la subescala Cinismo se puede apreciar que los ítems 8, 9, 13, 14 y 15 cuentan con cargas

positivas. El restante de ítems al no tener cargas significativas en ninguno de los dos componentes, serán excluidos en los siguientes análisis.

Tabla 25. Análisis factorial de los ítems de la escala Burnout.

	Componente		
	Autoeficacia	Cinismo	Agotamiento
1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado/a.	0,381	0,094	0,842
2. Al final de la jornada me siento agotado/a.	0,588	-0,055	0,742
3. Me encuentro cansado/a cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.	0,203	0,558	0,671
4. El trabajo diario es realmente una tensión para mí.	0,309	0,5	0,682
5. Pienso que puedo resolver con eficacia los problemas que me surgen en el trabajo.	0,865	0,021	0,278
6. Me siento “quemado/a” por el trabajo.	0,163	0,798	0,457
7. Pienso que estoy haciendo una contribución significativa a los objetivos de este hospital. .	0,876	0,129	0,206
8. Creo que desde que empecé en este puesto he ido perdiendo el interés por mi trabajo.	0,026	0,919	0,17
9. Pienso que he perdido el entusiasmo por mi profesión.	0,083	0,943	0,083
10. Creo que soy bueno/a en mi trabajo.	0,885	0,093	0,113
11. Me siento estimulado/a cuando logro algo en el trabajo.	0,756	0,108	0,245
12. Creo que he logrado muchas cosas que valen la pena en este trabajo.	0,883	0,044	0,203
13. Sólo deseo hacer mi trabajo y que no me molesten.	0,485	0,548	0,217
14. Creo que me he vuelto más cínico/a en mi trabajo.	0,064	0,845	0,066
15. Dudo de la importancia de mi trabajo.	0,029	0,885	-0,036
16. Creo que tengo confianza en mí eficacia para alcanzar los objetivos de este hospital.	0,841	0,151	0,178

Método de extracción: Análisis de componentes principales. a. La rotación ha convergido en 5 iteraciones.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

El primer análisis a realizarse cumple la finalidad de evaluar la validez del instrumento, para a continuación usar otras herramientas para su desarrollo, es así que la fiabilidad obtenida para la subescala Agotamiento es de 0,895%, un valor aceptable, ya

que está próximo a la unidad, se afirma la validez de este instrumento.

Complementariamente, en la tabla 26 se muestra un estudio más detallado de la consistencia interna de la escala, mostrando los valores alfa en caso de que no se considere alguno de los ítems, así como la correlación entre los diferentes elementos de la escala.

Tabla 26. Análisis estadístico de la consistencia interna de los ítems de la escala Agotamiento.

	Correlación elemento- total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado/a.	,757	,869
2. Al final de la jornada me siento agotado/a.	,653	,891
3. Me encuentro cansado/a cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.	,795	,860
4. El trabajo diario es realmente una tensión para mí.	,846	,851
6. Me siento “quemado/a” por el trabajo.	,689	,888

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

La consistencia interna de la subescala Autoeficacia es de 0,94, siendo este un coeficiente alfa de Cronbach excelente, como resultado se puede concluir que existe validez de la subescala para medir la Autoeficacia de un trabajador en la organización.

Tabla 27: Análisis estadístico de la consistencia interna de los ítems de la escala Autoeficacia

	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
5. Pienso que puedo resolver con eficacia los problemas que me surgen en el trabajo.	,855	,925
7. Pienso que estoy haciendo una contribución significativa a los objetivos de este hospital. .	,865	,922
10. Creo que soy bueno/a en mi trabajo.	,834	,925
11. Me siento estimulado/a cuando logro algo en el trabajo.	,743	,939
12. Creo que he logrado muchas cosas que valen la pena en este trabajo.	,866	,921
16. Creo que tengo confianza en mí eficacia para alcanzar los objetivos de este hospital.	,789	,932

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Finalmente, para la tercera y última escala Cinismo se pudo identificar un alfa de Croanbach de 0,91; considerado como excelente, por su cercanía a la unidad; en consecuencia, esto nos indica la validez para medir esta subescala.

Tabla 28: Análisis estadístico de la consistencia interna de los ítems de la escala Cinismo

	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
8. Creo que desde que empecé en este puesto he ido perdiendo el interés por mi trabajo.	,823	,879
9. Pienso que he perdido el entusiasmo por mi profesión.	,881	,867
13. Sólo deseo hacer mi trabajo y que no me molesten.	,549	,931
14. Creo que me he vuelto más cínico/a en mi trabajo.	,814	,880
15. Dudo de la importancia de mi trabajo.	,806	,882

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

En resumen, se puede decir que la subescala Agotamiento se ha conformado con la suma de seis ítems (el ítem 5 fue eliminado) lo que se interpreta en que una puntuación mayor indica un mayor grado de agotamiento en el trabajo. Por otro lado, la subescala Autoeficacia estaba conformado por la suma de seis ítems, los que se han conservado



como la propuesta original. Así, la interpretación de los resultados se realiza de manera que una puntuación mayor indica un mayor grado de autoeficacia en el trabajo. Y finalmente la subescala Cinismo, la cual era el resultado de la suma de cinco ítems, tras el análisis de los datos se mantuvieron los cinco ítems, y se interpreta que a índices mayores existe mayor cinismo en el trabajo.

5.3.4. Desempeño Laboral

Este apartado consta de 6 preguntas, en la cual se mide el desempeño del equipo de trabajo ligado a los objetivos, con una escala de 1 a 7, en donde 1 es Nada, y 7 Muchísimo.

La herramienta que se utilizará para el tratamiento de la información de las variables Desempeño será el análisis de Fiabilidad, dentro de los primeros resultados obtenidos indica que la fiabilidad obtenida en la escala ha sido de 0.89, un valor aceptable, ya que está muy próximo a la unidad, por lo que se puede afirmar la validez del instrumento utilizado.

Complementariamente, en la tabla 29, se muestra un estudio más detallado de la consistencia interna de la escala, mostrando los valores alfa en caso de que no se considere alguno de los ítems, así como la correlación entre los diferentes elementos de la escala.

Tabla 29: Análisis estadístico de la consistencia interna de los ítems de la escala Desempeño

	Correlación elemento- total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1. El rendimiento de mi equipo de trabajo es el adecuado	,767	,862
2. Se cumplen los procesos de calidad establecidos	,770	,860
3. El grado seguridad y salud laboral es el óptimo	,735	,865
4. Los miembros de mi equipo hacen sugerencias innovadoras para mejorar el rendimiento de nuestro equipo de trabajo	,811	,853
5. Se siguen las normas e instrucciones del Hospital con cuidado	,835	,850
6. El grado de ausentismo injustificado de sus compañeros de equipo es reducido.	,428	,924

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

En conclusión, recalcar que la escala Desempeño estuvo compuesta por la suma de seis ítems. Así, la interpretación de los resultados se realiza de manera que una puntuación mayor indica un mayor grado de desempeño percibidas en el trabajo.

5.3.5. Conductas Contraproductivas

Sackett, en el año 2002 se refiere a las conductas laborales contrarias a la productividad o contraproductivas (CLC) como cualquier conducta intencional, ejecutada por parte de un miembro de la organización, percibida por esta como contraria a su legítimo interés.

Entre las más conocidas esta: robo, destrucción de la propiedad, mala utilización de la información, del tiempo, comportamiento inseguro, baja calidad del trabajo, Ausentismo, entre otras. Robinson y Bennett definieron cuatro (4) categorías de conductas contraproductivas:

- Contra la producción
- Contra la propiedad
- Contrar las personas (graves)
- Contra las personas (leves)

En este apartado se busca analizar las conductas contraproducentes en una escala de 1 a 7, con un total de 15 preguntas.

La encuesta tanto online como física, estuvo compuesta por las preguntas específicas, compuesta por siete (7) apartados que fueron descritos anteriormente, y un apartado final compuesto por información sociodemográfica y propias de la jornada laboral, con la finalidad de contar con una base de datos altamente segmentable, y definir posteriormente una combinación de variables que conduzcan a un análisis eficaz de los datos.

De igual forma que para la variable Desempeño, para las conductas Contraproductivas únicamente se aplicará el Análisis de Fiabilidad, en donde los primeros resultados se pudo observar que las Conductas Contraproductivas cuenta con un excelente valor de alfa de Cronbach de 0,95, por lo tanto, se afirma la validez de esta escala para medir las Conductas Contraproductivas para el personal de enfermería.

De forma adicional, en la tabla 30 se muestra un estudio más detallado de la consistencia interna de esta dimensión, mostrando los valores alfa en caso de que no se

considere alguno de los ítems, así como la correlación entre los diferentes elementos de la escala.

Tabla 30: Análisis estadístico de la consistencia interna de los ítems de la escala Conductas Contraproductivas

	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1. Sustraer del Hospital materiales, medicinas u otros bienes	,522	,953
2. Destruye o pone en peligro productos, equipos o propiedades del Hospital	,685	,950
3. Engaña a los supervisores para tapar errores	,757	,948
4. Destruyen y/o falsifican documentos del Hospital	,819	,947
5. Malgasta el tiempo en la jornada de trabajo	,708	,949
6. Utiliza recursos del hospital sin autorización	,791	,947
7. Llega tarde al trabajo de forma intencionada	,757	,948
8. Se ausenta del trabajo sin motivo asistencial	,708	,949
9. Se ha puesto en peligro a compañeros/as por no seguir las normas de seguridad	,818	,947
10. Se ha puesto en peligro a enfermos/as por no seguir las normas de seguridad	,763	,948
11. Se realiza de forma intencional un trabajo que no se ajusta a los criterios de calidad	,730	,949
12. Hace de forma intencional un trabajo malo o incorrecto	,826	,946
13. Atiende mal a los enfermos/as	,738	,948
14. Trata mal a los compañeros/as	,639	,951
15. Trata mal a los superiores	,775	,948

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

En tanto, el cuestionario de Conductas Contraproductivas utilizado para el presente estudio de investigación estuvo compuesto por 15 ítems, los cuales han arrojado datos excelentes.

5.3.6. Agotamiento por Fatiga

La Escala de Recuperación de Fatiga por Agotamiento (Occupational Fatigue Exhaustion Recovery) se desarrolló para valorar los estados de fatiga, al evaluar la percepción de condiciones acumulativas de fatiga como consecuencia de las actividades que desarrollan cotidianamente los trabajadores.

Esta escala cuenta con quince (15) ítems, y que se compone por el análisis de tres (3) factores:

- Fatiga crónica (1 – 5)
- Fatiga aguda (6- 10)
- Recuperación por cambios de turno (11 – 15)

Con el propósito de identificar la disminución en la capacidad para el trabajo producido por una actividad excesiva. La escala de valoración consiste en una escala tipo Likert de 7 unidades, con un total de 15 preguntas; y corresponde al apartado “F” de la encuesta.

A continuación, se realizará las pruebas para averiguar la validez del análisis factorial, en la tabla 31 se observa que el KMO es mínimamente aceptable, con un valor que por poco supera el 0,78 desde el cual se parte la aceptabilidad del modelo y al ser significativa la prueba de Bartlett ($p < .05$), rechazamos la hipótesis nula y podemos concluir que es adecuado realizar el análisis factorial.

Tabla 31: KMO y prueba de esfericidad de Bartlett de la escala Recuperación por Agotamiento

Determinante		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin		0,777
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	897,941
	Gl	105
	Sig.	,000

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Analizando la varianza explicada, los resultados de la tabla 32 muestran la existencia de tres factores que explican el 71.10% de la varianza total. El primer factor explicaría el 44.09% de la varianza total, el segundo un 14,51% y el tercer factor explicaría un 10.50% de la varianza total.

Tabla 32: Varianza explicada de la escala de Recuperación por Agotamiento

Ítems	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% varianza	% acumulado	Total	% varianza	% acumulado	Total	% varianza	% acumulado
1	6,613	44,088	44,088	6,613	44,088	44,088	3,949	26,326	26,326
2	2,477	16,512	60,600	2,477	16,512	60,600	3,617	24,114	50,440
3	1,575	10,502	71,102	1,575	10,502	71,102	3,099	20,662	71,102
4	,986	6,575	77,677						
5	,842	5,613	83,290						
6	,610	4,066	87,356						
7	,463	3,085	90,441						
8	,388	2,585	93,026						
9	,312	2,080	95,107						
10	,206	1,376	96,483						
11	,155	1,031	97,514						
12	,116	,771	98,285						
13	,105	,702	98,988						
14	,093	,617	99,605						
15	,059	,395	100,000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

El análisis factorial de la escala de Recuperación por Agotamiento a través del análisis de componentes principales se puede observar en la tabla 34. En donde los ítems 2 y 3 presentan cargas factoriales significativas ($>.5$) en la subescala de Agotamiento Crónico, los ítems 6, 7 y 8 tienen cargas factoriales significativas ($>.5$) en la subescala Agotamiento Agudo y finalmente, los ítems 11, 12, 13 y 14 tienen cargas factoriales significativas ($>.5$) en la subescala Recuperación. Por el contrario, los ítems 1, 4, 5, 9, 10,

y 15 no presentan cargas factoriales significativas en ninguno de los tres componentes, por lo tanto, no se considerarán estos ítems para los análisis futuros.

Tabla 33: Análisis factorial de los ítems de la escala de Recuperación por Agotamiento

	Componente		
	Recuperación	Aguda	Crónica
1. Usualmente mi trabajo me hace sentir al límite de mis capacidades	,542	,241	,236
2. Usualmente cuando despierto, tengo temor de ir a trabajar	,241	,378	,689
3. Usualmente me pregunto cuánto tiempo puedo continuar con mi trabajo.	,064	,364	,776
4. Usualmente siento que sólo vivo para trabajar.	,319	,689	,250
5. En mi trabajo esperan demasiado de mí.	,430	,571	-,535
6. Me queda poca energía después de una jornada de trabajo.	,015	,901	,264
7. Después de trabajar y cuando llego a casa, usualmente me siento agotado.	-,008	,865	,181
8. Mi trabajo diario consume toda mi energía.	,081	,781	,255
9. Usualmente tengo mucha energía cuando estoy con mi familia o mis amigos.	,806	,161	-,009
10.Usualmente tengo energía para realizar mis pasatiempos y otras actividades, después de mi trabajo	,887	-,097	,065
11.Entre los cambios de turno, nunca tengo suficiente tiempo para recuperar completamente mi energía	,740	,205	,315
12.Si estoy cansado del turno de trabajo, puedo recuperarme para comenzar el siguiente turno	,802	-,006	,343
13.Entre los cambios de turno pocas veces recupero totalmente mi fuerza	,552	,146	,711
14.No es un problema para mí recuperarme de la fatiga, entre cambios de turno.	,509	,229	,660
15.Con frecuencia continúo fatigado luego de terminar un turno de trabajo y antes de iniciar el siguiente	,330	,404	,537

Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser. a. La rotación ha convergido en 7 iteraciones.

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Posteriormente, se realizará el análisis de Fiabilidad únicamente con los componentes que alcanzaron la carga factorial positiva, que se encuentran subrayado en la tabla que antecede.

En este apartado se analizará la consistencia interna de las tres subescalas del Agotamiento (crónica, aguda y recuperación)

Primeramente, la subescala por Agotamiento Crónico presenta un valor de alfa de Cronbach bueno con un 0,87, por lo que se puede afirmar la validez de esta subescala para medir el Agotamiento Crónico.

En la tabla 34, se muestra un estudio detallado de la consistencia interna de esta subescala, mostrando los valores alfa en caso de que no se considere alguno de los ítems, así como la correlación entre los diferentes elementos de la escala.

Tabla 34: Análisis estadístico de la consistencia interna de los ítems de la subescala del Agotamiento Crónico

	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
2. Usualmente cuando despierto, tengo temor de ir a trabajar	,769	. ^a
3. Usualmente me pregunto cuánto tiempo puedo continuar con mi trabajo.	,769	. ^a

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

En segundo lugar, se analizará la subescala Agotamiento Crónico, el que presenta un valor excelente de Alfa de Cronbach de 0,91, lo que indica que esta subescala es válida para medir el Agotamiento Crónico.

En la tabla 35 se puede observar un estudio más a detalle de la consistencia interna de esta dimensión, mostrando los valores alfa en caso de que no se considere algunos de los ítems, así como la correlación entre los diferentes elementos de la escala.

Tabla 35: Análisis estadístico de la consistencia interna de los ítems de la subescala de Fatiga aguda

	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
6. Me queda poca energía después de una jornada de trabajo.	,841	,866
7. Después de trabajar y cuando llego a casa, usualmente me siento agotado.	,837	,868
8. Mi trabajo diario consume toda mi energía.	,805	,893

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Finalmente, la subescala Recuperación presenta un buen valor de alfa de Cronbach de 0,89, que indica que esta subescala es válida para medir esta dimensión.

Tabla 36: Análisis estadístico de la consistencia interna de los ítems de la subescala de Recuperación

	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
11. Entre los cambios de turno, nunca tengo suficiente tiempo para recuperar completamente mi energía	,686	,897
12. Si estoy cansado del turno de trabajo, puedo recuperarme para comenzar el siguiente turno	,734	,877
13. Entre los cambios de turno pocas veces recupero totalmente mi fuerza	,862	,827
14. No es un problema para mí recuperarme de la fatiga, entre cambios de turno.	,799	,851

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

De forma complementaria, en la tabla 36 se puede observar un estudio más detallado de la consistencia interna de esta dimensión, mostrando los valores alfa en caso de que nos e considere alguno de los ítems, así como la correlación entre los diferentes elementos de la escala.



CAPÍTULO VI: RESULTADOS DEL ESTUDIO EXPERIMENTAL

6. RESULTADOS DEL ESTUDIO EXPERIMENTAL

En concordancia con los objetivos planteados para el presente estudio, en este apartado se incluirá los resultados obtenidos en los diferentes análisis estadísticos que se han realizado. Con la finalidad de análisis las relaciones entre las diferentes variables escogidas para este estudio, así como su relación con la jornada laboral y su impacto tanto en la salud como en los resultados organizacionales del personal de Enfermería.

6.1. Análisis de Correlación entre las variables

En este apartado se incluirá un análisis de todas las variables analizadas en el presente estudio, para lo cual se ha realizado un análisis de correlaciones entre las variables, que se puede observar en la siguiente tabla.

El análisis correlacional es una técnica estadística que indica si existe una relación entre dos variables o no que intervienen en una distribución bidimensional; esta relación o asociación puede ser positiva (directa o del mismo sentido) o negativa (inversa o en sentido contrario).

Esta asociación es la relación entre el comportamiento de dos variables, y puede reflejar una correlación casual²⁵ o, por el contrario, una relación causal en la que una o varias variables dependen o son explicadas por una o varias independientes.

Se debe mencionar que el coeficiente de correlación lineal es un número real comprendido entre -1 y 1 ($-1 \leq r \leq 1$). Es así que cuando el coeficiente de correlaciones tome los valores cercanos a -1, más fuerte e inversa será la correlación, por el contrario, cuando tome valores cercanos a 1, más fuerte y directa será la correlación entre ambas variables.

El análisis de correlación se basó en el cálculo de los estadísticos descriptivos, media y desviación típica de cada variable del estudio. Con la finalidad de analizar la relación entre las variables determinadas para este estudio se realizó un análisis de correlación, verificando que las relaciones seguían la dirección señalada en las hipótesis. Como se observa en la tabla 38 contiene las medias, desviaciones típicas y correlaciones entre las variables. Las fiabilidades se encuentran en la diagonal.

²⁵ La casualidad es aquella relación entre dos variables en la que un cambio en una de ellas (variables independientes o explicativas) produce un cambio en la otra (variable dependiente o por explicar).



Tabla 37: Descriptivos, fiabilidades y correlaciones entre variables

Variable	Escala	Ítems	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Demanda	1 - 7	9										
Control	1 - 7	9	,764**									
Apoyo	1 - 7	11	,588**	,607**								
Agotamiento	1 - 7	5	,519**	,547**	,482**							
Cinismo	1 - 7	6	,478**	,399**	,675**	,600**						
Fatiga crónica	1 - 7	5	,074	-,030	,113	,274*	,335**					
Fatiga aguda	1 - 7	5	,099	,082	,203	,072	,263*	,456**				
Recuperación de turnos	1 - 7	5	,135	,066	,211	,212	,375**	,647**	,739**			
Satisfacción	1 - 7	6	,055	,102	,142	,260*	,130	,485**	,535**	,440**		
Desempeño	1 - 7	7	,216	,311**	,143	,154	,113	,295**	,345**	,170	,143	
Contraproductivas	1 - 7	15	,250*	,261*	,340**	,080	,191	,148	,189	,262*	,143	-,138

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Para poner a prueba las hipótesis planteadas se han realizado ocho ecuaciones de regresión jerárquica, la primera para la percepción del agotamiento, cinismo, recuperación de turnos, satisfacción laboral, desempeño, fatiga crónica, fatiga aguda y finalmente conductas contraproductivas.

6.2. Análisis de Regresión

El análisis de regresión lineal es una técnica estadística utilizada para el análisis de la relación entre las variables. Es así que este tipo de herramientas es utilizado a menudo en el análisis de variables sociales, económicos, laborales, entre otros sectores.

La regresión lineal es muy utilizada para explorar y cuantificar la relación entre una variable dependiente o criterio y una o más variables llamadas independientes o predictores, así como para desarrollar una ecuación lineal con fines predictivos.

El análisis de regresión lleva asociados una serie de procedimientos de diagnóstico: Análisis de los residuos y Puntos de Influencia. Los análisis antes mencionados informan sobre la estabilidad e idoneidad de análisis²⁶, para lo cual es imprescindible aplicarlo.

Según James y Brett (1984), el análisis para la modulación debe incluir un término para los efectos directos de las variables predictoras, otro para los efectos de las variables moderadoras y uno más para la interacción (o producto) de los predictores y el moderador. Si la interacción es significativa, entonces se asume el efecto modulador sobre las relaciones exploradas.

Para iniciar el análisis, en la tabla siguiente se muestra la media y desviación típica de las variables empleadas para el presente estudio, observando en la media de todas las variables su relevancia y lo que impone un grado de confiabilidad.

Tabla 38: Tabla de descriptivos - Variables

Variables	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Demanda	76	2,50	6,63	5,0148	,96738
Control	76	2,00	7,00	4,9158	1,16859
Apoyo	76	1,00	7,00	4,6875	1,46009
Agotamiento	76	,40	6,80	3,5789	1,04426
Cinismo	76	0,00	6,60	3,5243	1,35434
Fatiga crónica	76	,88	5,00	3,5970	,88237
Fatiga aguda	76	1,67	6,00	3,7719	1,11715
Recuperación de turnos	76	0,00	6,00	3,8224	1,21025
Satisfacción	76	2,09	7,00	5,1878	1,07137
Desempeño	76	2,00	7,00	4,8553	,99604

²⁶ Análisis de regresión lineal: El procedimiento Regresión lineal.



Para analizar la incidencia de las demandas laborales, el control y apoyo sobre el agotamiento, el desempeño laboral y las conductas contraproductivas se ha llevado a cabo una ecuación de regresión jerárquica. Las variables independientes se han introducido en tres bloques sucesivos. En el primer bloque las variables sociodemográficas, el sexo y la edad, turno y categoría profesional. En el segundo bloque se introdujeron las demandas laborales. En el tercer bloque se introdujeron las dos dimensiones consideradas como recursos: el control y el apoyo.

6.2.1. Resultados relacionados con el Agotamiento

En este apartado se iniciará el análisis de la variable dependiente “Agotamiento” y los dos tipos de variables predictoras utilizadas en este estudio: turnos de trabajo y la categoría profesional. En concreto, el análisis de regresión ha incluido las variables Apoyo, Demanda, Control. El primer resultado se puede observar en la tabla 63.

Tabla 39: Ecuación de regresión del Agotamiento con variables individuales

Variables	PASOS		
	I	II	III
- Edad	0,04	0,60	0,13
- Turno	0,16	0,14	0,16
- Categoría profesional	-0,19	-0,15	-0,15
- Sexo	0,01	0,91	0,11
- Demanda		0,54***	0,20
- Control			0,24
- Apoyo			0,27*
F	0,94	6,44***	6,43***
R ²	0,05	0,33	0,42
ΔR^2	0,54	0,28***	0,09*

N=76; * p<.05; ** p<.01; ***p<.001

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

En la tabla 63 se puede apreciar como el modelo de regresión propuesto para explicar el Agotamiento, explica un 42% de la varianza.

En el primer bloque, resultan no significativas las variables de control ($F=,94$; $p>,05$). En el segundo bloque con las demandas es significativo ($\beta= ,535$; $p<,001$) y explica un 28% de la varianza ($F=6,44$; $p<,001$). El tercer bloque donde se introducen las variables moduladoras resulta significativo para apoyo ($\beta= ,27$; $p<,05$), explica la varianza en un 9% ($F=6.43$; $p<,001$).

6.2.2. Resultados relacionados con el Cinismo

En este apartado se iniciará con el análisis de la variable dependiente “Cinismo” y los dos tipos de variables predictoras utilizadas en este estudio: turnos de trabajo y la categoría profesional. Continuadamente, el análisis de regresión ha incluido las variables predictoras Apoyo, Demanda, Control. El resultado se puede observar en la tabla 64.

Tabla 40: Ecuación de regresión del Cinismo con variables individuales

Variables	PASOS		
	I	II	III
- Edad	-0,01	0,02	0,18
- Turno	0,01	0,00	0,03
- Categoría profesional	-0,08	-0,05	-0,04
- Sexo	-0,28*	-0,21	-0,14
- Demanda		0,46***	0,24
- Control			-0,30
- Apoyo			0,69***
F	1,67	5,43***	11,24***
R ²	0,92	0,30	0,56
Δ R ²	0,09	0,20***	0,26***

N=76; * p<.05; ** p<.01; ***p<.001

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

En la tabla 64 se puede apreciar como el modelo de regresión propuesto para explicar el Cinismo, explica un 56% de la varianza.

En el primer bloque, resultan significativas las variables de control: sexo ($\beta = -0,28$; $p < ,05$), explicando una varianza del 9,2% ($F = 1,67$; $p > ,05$). En el segundo bloque con las demandas es significativo ($\beta = ,46$; $p < ,001$), y explica la varianza significativamente en un 20%, llegando a explicar hasta el 30% de la varianza ($F = 5,43$; $p < ,001$). El tercer bloque donde se introducen las variables moduladoras resulta significativo la variable apoyo ($\beta = ,69$; $p < ,001$), explica la varianza en un 26% ($F = 11,24$; $p < ,001$).

6.2.3. Resultados relacionados con la Fatiga Crónica

En este apartado se iniciará con el análisis de la variable dependiente “Fatiga Crónica” y los dos tipos de variables predictoras utilizadas en este estudio: turnos de trabajo y la categoría profesional. Este análisis de regresión ha incluido las variables predictoras Apoyo, Demanda, Control. El resultado se puede observar en la tabla 65.

Tabla 41: Ecuación de regresión de la Fatiga Crónica con variables individuales

Variables	PASOS		
	I	II	III
- Edad	-0,17	-0,17	-0,13
- Turno	0,07	0,07	0,07
- Categoría profesional	-0,09	-0,08	-0,08
- Sexo	0,23	0,24	0,27*
- Demanda		0,11	0,28
- Control			-0,34
- Apoyo			0,17
F	1,58	1,41	1,51
R ²	0,87	0,98	,144
Δ R ²	0,09	0,01*	0,05*

N=76; * p<.05; ** p<.01; ***p<.001

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

En la tabla 65 se puede apreciar como el modelo de regresión propuesto para explicar el Fatiga Crónica, explica únicamente un 14,4% de la varianza.

En el primer bloque, resultan no significativas las variables de control (F=1,58; p>,05). En el segundo bloque con las demandas no arrojan resultados significativos (F=1,41; p>,05). El tercer bloque donde se introducen las variables moduladoras resulta significativa la variable sexo ($\beta = ,267$; p<,05), sin embargo, explica la varianza en un 5% (F=1.51; p>,05).

6.2.4. Resultados relacionados con la Fatiga Aguda

En este apartado se iniciará con el análisis de la variable dependiente “Fatiga Aguda” y los dos tipos de variables predictoras utilizadas en este estudio: turnos de trabajo y la categoría profesional. En concreto, el análisis de regresión ha incluido las variables predictoras Apoyo, Demanda, Control. El resultado se puede observar en la tabla 66.

Tabla 42: Ecuación de regresión de la Fatiga Aguda con variables individuales

Variables	PASOS		
	I	II	III
- Edad	0,16	0,16	0,23
- Turno	0	-0,10	-0,08
- Categoría profesional	0,20	0,21	0,21
- Sexo	-0,05	-0,03	0,002
- Demanda		0,12	0,06
- Control			-0,15
- Apoyo			0,302
F	0,97	0,97	1,21
R ²	0,06	0,07	0,12
ΔR^2	0,06	0,014	0,049

N=76; * p<.05; ** p<.01; ***p<.001

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

En la tabla 66 se puede apreciar como el modelo de regresión propuesto para explicar la Fatiga Aguda, explica únicamente un 12% de la varianza.

En el primer bloque, resultan no significativas las variables de control (F=,97; p>,05). En el segundo bloque con las demandas no arrojan resultados significativos (F=,97; p>,05). El tercer bloque donde se introducen las variables moduladoras resulta no significativa (F=1.21; p>,05).

6.2.5. Resultados relacionados con la Recuperación de Turnos

En este apartado se iniciará con el análisis de la variable dependiente “Recuperación de Turnos” y los dos tipos de variables predictoras utilizadas en este estudio: turnos de trabajo y la categoría profesional. Y adicional, en el análisis de regresión ha incluido las variables predictoras para el tercer bloque Apoyo, Demanda, Control. El primer resultado se puede observar en la tabla 67.

Tabla 43: Ecuación de regresión de la Recuperación de Turnos con variables individuales

Variables	PASOS		
	I	II	III
- Edad	-0,01	0,00	0,05
- Turno	0,02	-0,02	0,03
- Categoría profesional	-0,10	-0,09	-0,08
- Sexo	-0,07	-0,05	-0,01
- Demanda		0,14	0,19
- Control			-0,25
- Apoyo			0,26
F	0,27	0,47	0,78
R ²	0,02	0,04	0,08
ΔR^2	0,02	0,02	0,05

N=76; * p<.05; ** p<.01; ***p<.001

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

En la tabla 67 se puede apreciar como el modelo de regresión propuesto para explicar la Recuperación de turnos, explica un 8% de la varianza.

En el primer bloque, resultan no significativas las variables de control (F=,27; p>,05). En el segundo bloque con las demandas no es significativo (F=,47; p>,05). El tercer bloque donde se introducen las variables moduladoras resulta no significativo (F=,78; p>,05).

6.2.6. Resultados relacionados con el Desempeño

En este apartado se iniciará con el análisis de la variable dependiente “Desempeño” y los dos tipos de variables predictoras utilizadas en este estudio: turnos de trabajo y la categoría profesional. En concreto, el análisis de regresión ha incluido las variables Apoyo, Demanda, Control. El resultado se puede observar en la tabla 68.

Tabla 44: Ecuación de regresión del Desempeño con variables individuales

Variables	PASOS		
	I	II	III
- Edad	0,02*	0,03*	0,04*
- Turno	-0,01	-0,02	-0,01
- Categoría profesional	0,11	0,13	0,12
- Sexo	0,10	0,15	0,14
- Demanda		0,28*	0,003
- Control			0,36
- Apoyo			0,00
F	0,42	1,48	1,64
R ²	0,03	0,10	0,15
Δ R ²	0,25	0,08*	0,05

N=76; * p<.05; ** p<.01; ***p<.001

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

En la tabla 68 se puede apreciar como el modelo de regresión propuesto para explicar el Desempeño, explica un 15,4% de la varianza.

En el primer bloque, resultan no significativas las variables de control ($F=,42$; $p>,05$). En el segundo bloque con las demandas es significativo ($\beta= ,283$; $p<,05$) explicando la varianza significativamente en un 8%, llegando a explicar hasta el 10% de la varianza ($F=1,48$; $p>,05$). El tercer bloque donde se introducen las variables moduladoras resulta no significativo ($F=1,64$; $p>,05$).

En situaciones de bajas demandas tienen más desempeño los que tienen alto control. Cuando aumentan las demandas, los sujetos de bajo control no varían significativamente el desempeño, sin embargo, los sujetos con más alto control la disminuyen significativamente, aunque el desempeño todavía es mayor que la de los sujetos con bajo control.

6.2.7. Resultados relacionados con las Conductas Contraproductivas

En este apartado se iniciará con el análisis de la variable dependiente “Conductas Contraproductivas” y los dos tipos de variables predictoras utilizadas en este estudio: turnos de trabajo y la categoría profesional. En concreto, el análisis de regresión ha incluido las variables Apoyo, Demanda, Control. El resultado se puede observar en la tabla 69.

Tabla 45: Ecuación de regresión de las Conductas Contraproductivas con variables individuales

Variables	PASOS		
	I	II	III
- Edad	-0,14	-0,13	-0,08
- Turno	0,003	0,00	0,007
- Categoría profesional	0,09	0,11	0,11
- Sexo	-0,14	-0,11	-0,09
- Demanda		0,24*	-0,07
- Control			0,08
- Apoyo			0,19
F	0,69	1,38	1,28
R ²	0,40	0,10	0,12
Δ R ²	0,04	0,06*	0,028

N=76; * p<.05; ** p<.01; ***p<.001

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

En la tabla 69 se puede apreciar como el modelo de regresión propuesto para explicar las Conductas Contraproductivas, explica un 12% de la varianza.

En el primer bloque, resultan no significativas las variables de control (F=,69; p>,05). En el segundo bloque con las demandas resulta significativo ($\beta = ,240$; p<,05), explicando la varianza en un 6%, llegando a explicar hasta el 10% de la varianza (F=1,38; p>,05). El tercer bloque donde se introducen las variables moduladoras resulta no significativo (F=1,28; p>,05).

6.2.8. Resultados relacionados con la Satisfacción Laboral

En este apartado se iniciará con el análisis de la variable dependiente “Satisfacción” y los dos tipos de variables predictoras utilizadas en este estudio: turnos de trabajo y la categoría profesional. A continuación, en el análisis de regresión ha incluido las variables predictoras Apoyo, Demanda, Control. El primer resultado se puede observar en la tabla 70.

Tabla 46: Ecuación de regresión de la Satisfacción Laboral con variables individuales

Variables	PASOS		
	I	II	III
- Edad	-0,22	-0,22	-0,20
- Turno	-0,19	-0,19	-0,19
- Categoría profesional	-0,10	-0,10	-0,10
- Sexo	-0,03	-0,03	-0,02
- Demanda		0,05	-0,05
- Control			0,07
- Apoyo			0,08
F	1,56	1,27	0,96
R ²	0,86	0,09	0,10
ΔR^2	0,86	0,002	0,01

N=76; * p<.05; ** p<.01; ***p<.001

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

En la tabla 70 se puede apreciar como el modelo de regresión propuesto para explicar la Satisfacción Laboral, explica un 10% de la varianza.

En el primer bloque, resultan las variables de control no significativas (F=1,56; p>.05). En el segundo bloque con las demandas no es significativo (F=1,27; p>.05). El tercer bloque donde se introducen las variables moduladoras resulta no significativo (F=.96; p>.05).

En conclusión, dentro del análisis diferencial se ha podido observar correlaciones importantes y que plantean un estudio más a profundidad, es así que se puede observar en los resultados la relación directa entre las demandas y apoyo social con el agotamiento, estos e apoya en los estudios realizados por (Naring, Briet y Brouwres (2006) quienes

realizaron una investigación tomando una muestra de profesores, los resultados arrojaron que las demandas laborales inciden positivamente con el agotamiento. Otros autores como Schaufeli y Bakker, (2004); Ahuja, McKnight, Chudoba, George y Kacmar, (2007); Podsakoff, LePine y LePine, (2007); Yip, Rowlinson y Siu, (2008); Gil-Monte, García-Jueas y Caro, (2008) y Ahmad (2010), corroboran lo antes mencionado.

En referencia al Cinismo y su predominio en los hombres; por lo cual se mencionará a autores que apoyan esta hipótesis como de (Lozano & Montalbán, 1999).

En este caso se puede observar la relación directa entre fatiga crónica y el sexo de los individuos encuestados, es así que en el estudio de agotamiento emocional se pudo observar que las mujeres son las más vulnerables a agotarse física y mentalmente, datos que son congruentes con autores como (Atance, 1997), de forma un tanto más global otros autores manifiestan que las mujeres son más propensas a quemarse en su trabajo (burnout) (Cuevas, y otros, 1995).

La relación directa de las demandas laborales sobre las conductas contraproductivas, pueden ser observadas en el cuadro anterior, esto apoyado con trabajos en los que se manifiesta que las demandas laborales inciden positivamente en las conductas contraproductivas, (Fox & Spector, 2005) o (Bolino & Tous, 1993).

6.3. Análisis de la varianza con un Factor (ANOVA)

El análisis de varianza (ANOVA) es un método para comparar dos o más medias, utilizada para comprar varios grupos de una variable cuantitativa. Esta prueba es una generalización del contraste de igualdad de medias para dos muestras independientes. Es aplicada para contrastar la igualdad de medias de tres o más poblaciones independientes y con distribución normal.

La primera aparición de este modelo lo realizó el estadístico y genetista R.A. Fisher en los años de 1920 y 1930, por eta razón es común que se defina como “Anova de Fisher” o “Análisis de varianza de Fisher” debido al uso de la distribución F de Fisher como parte del contraste de hipótesis.

6.3.1. Hipótesis 4: Se espera que las medias de las variables de salud difieran en función de los turnos.

En este apartado se utilizará la herramienta estadística ANOVA para identificar las posibles diferencias en la Salud del trabajador, representado a través de las variables Fatiga Crónica, Aguada, Recuperación de turnos, Agotamiento y Cinismo, según la dimensión de la jornada laboral.

El estadístico de Levene permite contrastar la hipótesis de igualdad de varianzas poblacionales. Si el nivel crítico (sig.) es menor o igual que 0,05 se debe rechazar la hipótesis de igualdad de varianzas. Si es mayor, aceptamos la hipótesis de igualdad de varianzas.

Como se observa en la tabla 47, en donde se analizó la homogeneidad de las varianzas, se puede observar que la variable Fatiga Aguda con un nivel de significancia (0,031; $p < 0,05$) por lo tanto se rechaza la hipótesis de igualdad de varianzas, y se puede aseverar que la varianza es homogénea.

Tabla 47: Prueba de Homogeneidad de varianzas en ANOVA por turno de trabajo

	Estadístico de			Sig.
	Levene	gl1	gl2	
Fatiga crónica	2,414	4	71	0,057
Fatiga aguda	2,831	4	71	0,031
Recuperación turnos	0,921	4	71	0,457
Agotamiento	1,192	4	71	0,322
Cinismo	1,841	4	71	0,131

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

El siguiente paso es analizar los resultados de la ANOVA, la cual ofrece el estadístico F con su nivel de significación. Si el nivel de significación (sig.) intra-clase es menor o igual que 0,05, rechazamos la hipótesis de igualdad de medias, si es mayor - aceptamos la igualdad de medias, es decir, no existen diferencias significativas entre los grupos.

Tabla 48: Análisis de la varianza de la Fatiga crónica, aguda, recuperación, agotamiento y cinismo en función de la jornada laboral

		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Fatiga crónica	Inter-grupos	2,474	4	0,618	0,785	0,539
	Intra-grupos	55,92	71	0,788		
	Total	58,394	75			
Fatiga aguda	Inter-grupos	4,478	4	1,119	0,892	0,473
	Intra-grupos	89,124	71	1,255		
	Total	93,602	75			
Recuperación de turnos	Inter-grupos	6,291	4	1,573	1,078	0,374
	Intra-grupos	103,561	71	1,459		
	Total	109,852	75			
Agotamiento	Inter-grupos	7,325	4	1,831	1,746	0,149
	Intra-grupos	74,462	71	1,049		
	Total	81,786	75			
Cinismo	Inter-grupos	18,106	4	4,526	2,69	0,038
	Intra-grupos	119,462	71	1,683		
Total		137,567	75			

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Los resultados de la tabla 48 indican la existencia de diferencias estadísticamente significativas en función del cinismo para inter-grupos en con este resultado ($F=2,69$; $p<0.05$).

Con el análisis de comparaciones post-hoc que se observa en la tabla que antecede se observan posibles combinaciones dos a dos entre los niveles de la variable factor, las diferencias entre las categorías de la variable tipos de turno en cada grupo, el error típico de diferencias y nivel crítico asociado a cada diferencia (significación). Los grupos cuyas medias difieren de forma significativa (a nivel de 0,05) son los que presentan diferencias estadísticamente significativas entre sí.

Cuando la F de la tabla de análisis de la varianza es no significativa, se puede aseverar que el factor no influye en la variable dependiente, es decir, los distintos niveles del factor se comportan de igual forma en lo que a la variable dependiente se refiere. Pero si tal F es significativa sólo se puede concluir que, por lo menos, dos niveles del factor

producen distintos efectos en la dependiente. Quiere esto decir que habrá que estudiar entre qué niveles se den esas diferencias significativas.²⁷

Finalmente, Con el objetivo de analizar las diferencias encontradas se ha realizado la prueba de Tukey, cuyos resultados se presentan en la tabla 49.

Tabla 49: Comparaciones múltiples entre Turno en función de la Fatiga Crónica

Variable dependiente	(I) Turno	(J) Turno	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
FATIGA CRÓNICA	Mañanas fijas	Mañanas y tardes	0,21957	0,37404	0,986
		Turno rodado de 8 horas	0,62396	0,38853	0,632
		Turno 12 horas ciclo 4 semanas	0,257	0,35441	0,97
		Otros	0,26562	0,50594	0,991
	Mañanas y tardes	Mañanas fijas	-0,21957	0,37404	0,986
		Turno rodado de 8 horas	0,40439	0,30653	0,783
		Turno 12 horas ciclo 4 semanas	0,03743	0,26194	1
		Otros	0,04605	0,44607	1
	Turno rodado de 8 horas	Mañanas fijas	-0,62396	0,38853	0,632
		Mañanas y tardes	-0,40439	0,30653	0,783
		Turno 12 horas ciclo 4 semanas	-0,36695	0,28225	0,792
		Otros	-0,35833	0,45829	0,961
	Turno 12 horas ciclo 4 semanas	Mañanas fijas	-0,257	0,35441	0,97
		Mañanas y tardes	-0,03743	0,26194	1
		Turno rodado de 8 horas	0,36695	0,28225	0,792
		Otros	0,00862	0,42974	1
	Otros	Mañanas fijas	-0,26562	0,50594	0,991
		Mañanas y tardes	-0,04605	0,44607	1
		Turno rodado de 8 horas	0,35833	0,45829	0,961
		Turno 12 horas ciclo 4 semanas	-0,00862	0,42974	1

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

²⁷ <http://www.uv.es/innovamide/spss/0702b.wiki>

Los resultados de la tabla 49 indican que no hay diferencias estadísticamente significativas en función de los turnos de trabajo y la Fatiga crónica ($p > .05$). En la tabla 40, se analizará la variable turno, en función de la fatiga aguda:

Tabla 50: Comparaciones múltiples entre los Turno en función de la Fatiga Aguda

Variable dependiente	(I) Turno	(J) Turno	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
FATIGA AGUDA	Mañanas fijas	Mañanas y tardes	0,65351	0,4722	0,751
		Turno rodado de 8 horas	0,45	0,4905	0,932
		Turno 12 horas ciclo 4 semanas	0,60632	0,44743	0,765
		Otros	-0,08333	0,63872	1
	Mañanas y tardes	Mañanas fijas	-0,65351	0,4722	0,751
		Turno rodado de 8 horas	-0,20351	0,38698	0,991
		Turno 12 horas ciclo 4 semanas	-0,04719	0,33068	1
		Otros	-0,73684	0,56314	0,788
	Turno rodado de 8 horas	Mañanas fijas	-0,45	0,4905	0,932
		Mañanas y tardes	0,20351	0,38698	0,991
		Turno 12 horas ciclo 4 semanas	0,15632	0,35633	0,996
		Otros	-0,53333	0,57857	0,931
	Turno 12 horas ciclo 4 semanas	Mañanas fijas	-0,60632	0,44743	0,765
		Mañanas y tardes	0,04719	0,33068	1
		Turno rodado de 8 horas	-0,15632	0,35633	0,996
		Otros	-0,68966	0,54253	0,805
	Otros	Mañanas fijas	0,08333	0,63872	1
		Mañanas y tardes	0,73684	0,56314	0,788
		Turno rodado de 8 horas	0,53333	0,57857	0,931
		Turno 12 horas ciclo 4 semanas	0,68966	0,54253	0,805

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Tal como se había mencionado anteriormente para todas las variables dependientes analizadas no hay diferencias estadísticamente significativas en función de la de los turnos de trabajo y la Fatiga aguda ($p > .05$). En la tabla 51, se analizará la variable turno, en función de la Recuperación de turnos.

Tabla 51: Comparaciones múltiples entre Turno en función de la Recuperación de Turnos

Variable dependiente	(I) Turno	(J) Turno	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
RECUPERACIÓN DE TURNOS	Mañanas fijas	Mañanas y tardes	0,38158	0,50901	0,967
		Turno rodado de 8 horas	0,88333	0,52874	0,596
		Turno 12 horas ciclo 4 semanas	0,43966	0,48231	0,933
		Otros	-0,15	0,68851	1
	Mañanas y tardes	Mañanas fijas	-0,38158	0,50901	0,967
		Turno rodado de 8 horas	0,50175	0,41714	0,835
		Turno 12 horas ciclo 4 semanas	0,05808	0,35646	1
		Otros	-0,53158	0,60703	0,942
	Turno rodado de 8 horas	Mañanas fijas	-0,88333	0,52874	0,596
		Mañanas y tardes	-0,50175	0,41714	0,835
		Turno 12 horas ciclo 4 semanas	-0,44368	0,38411	0,854
		Otros	-1,03333	0,62367	0,604
	Turno 12 horas ciclo 4 semanas	Mañanas fijas	-0,43966	0,48231	0,933
		Mañanas y tardes	-0,05808	0,35646	1
		Turno rodado de 8 horas	0,44368	0,38411	0,854
		Otros	-0,58966	0,58482	0,906
	Otros	Mañanas fijas	0,15	0,68851	1
		Mañanas y tardes	0,53158	0,60703	0,942
		Turno rodado de 8 horas	1,03333	0,62367	0,604
		Turno 12 horas ciclo 4 semanas	0,58966	0,58482	0,906

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Los resultados de la tabla anterior indican que no hay diferencias estadísticamente significativas en función de los turnos de trabajo y la recuperación de turnos ($p > 0,05$). En la tabla 52, se analizará la variable turno, en función del Agotamiento.

Tabla 52: Comparaciones múltiples entre los Turno en función de la Agotamiento

Variable dependiente	(I) Turno	(J) Turno	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
AGOTAMIENTO	Mañanas fijas	Mañanas y tardes	-0,10526	0,43162	1
		Turno rodado de 8 horas	0,61333	0,44834	0,759
		Turno 12 horas ciclo 4 semanas	-0,11034	0,40897	0,999
		Otros	-0,48	0,58382	0,954
	Mañanas y tardes	Mañanas fijas	0,10526	0,43162	1
		Turno rodado de 8 horas	0,7186	0,35372	0,397
		Turno 12 horas ciclo 4 semanas	-0,00508	0,30226	1
		Otros	-0,37474	0,51473	0,97
	Turno rodado de 8 horas	Mañanas fijas	-0,61333	0,44834	0,759
		Mañanas y tardes	-0,7186	0,35372	0,397
		Turno 12 horas ciclo 4 semanas	-0,72368	0,3257	0,304
		Otros	-1,09333	0,52884	0,379
	Turno 12 horas ciclo 4 semanas	Mañanas fijas	0,11034	0,40897	0,999
		Mañanas y tardes	0,00508	0,30226	1
		Turno rodado de 8 horas	0,72368	0,3257	0,304
		Otros	-0,36966	0,4959	0,967
	Otros	Mañanas fijas	0,48	0,58382	0,954
		Mañanas y tardes	0,37474	0,51473	0,97
		Turno rodado de 8 horas	1,09333	0,52884	0,379
		Turno 12 horas ciclo 4 semanas	0,36966	0,4959	0,967

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Los resultados de la tabla 52 indican que no hay diferencias estadísticamente significativas en función de los turnos de trabajo y el agotamiento ($p > .05$). En la tabla 53, se analizará la variable edad, en función del control:

Tabla 53: Comparaciones múltiples entre los Turno en función del Cinismo

Variable dependiente	(I) Turno	(J) Turno	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	
CINISMO	Mañanas fijas	Mañanas y tardes	-0,45789	0,5467	0,95	
		Turno rodado de 8 horas	0,82	0,56788	0,72	
		Turno 12 horas ciclo 4 semanas	-0,03276	0,51801	1	
		Otros	-0,9	0,73948	0,829	
	Mañanas y tardes	Mañanas fijas	0,45789	0,5467	0,95	
		Turno rodado de 8 horas	1,27789	0,44802	0,099	
		Turno 12 horas ciclo 4 semanas	0,42514	0,38285	0,872	
		Otros	-0,44211	0,65197	0,977	
	Turno rodado de 8 horas	Mañanas fijas	-0,82	0,56788	0,72	
		Mañanas y tardes	-1,27789	0,44802	0,099	
		Turno 12 horas ciclo 4 semanas	-0,85276	0,41254	0,379	
		Otros	-1,72	0,66984	0,172	
	Turno 12 horas ciclo 4 semanas	Mañanas fijas	0,03276	0,51801	1	
		Mañanas y tardes	-0,42514	0,38285	0,872	
		Turno rodado de 8 horas	0,85276	0,41254	0,379	
		Otros	-0,86724	0,62812	0,753	
	Otros	Mañanas fijas	0,9	0,73948	0,829	
		Mañanas y tardes	0,44211	0,65197	0,977	
			Turno rodado de 8 horas	1,72	0,66984	0,172

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Con la interpretación de la significación, si esta es menor o igual que 0,05, las diferencias entre los grupos formados por la variable dependiente son significativas, y se puede observar en la parte izquierda qué grupos exactamente hay diferencias. Si el nivel de significación es mayor que 0,05, como es el caso, no hay diferencias significativas.

Finalmente se puede interpretar que pertenecer a una u otra categoría de las variables dependientes que explican la salud de los trabajadores (agotamiento, cinismo, fatiga aguda, fatiga crónica y recuperación de turnos) no tiene repercusión estadísticamente significativa en la valoración de las variables independientes (turno).

6.3.2. Hipótesis 5: Se espera que las medias de las variables organizacionales difieran en función de los turnos

A través del análisis estadístico se puede identificar las posibles diferencias en los resultados organizacionales, representado por las variables Satisfacción Laboral, Desempeño y Conductas Contraproductivas según la dimensión de la jornada laboral.

Como se puede observar en la tabla 54, que contiene el estadístico de Levene permite contrastar la hipótesis de igualdad de varianzas poblacionales. Si el nivel crítico (sig.) es menor o igual que 0,05 se debe rechazar la hipótesis de igualdad de varianzas. Si es mayor, aceptamos la hipótesis de igualdad de varianzas.

Tabla 54: Prueba de Homogeneidad de varianzas en ANOVA por turno

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
Satisfacción	3,803	4	71	0,007
Desempeño	1,061	4	71	0,382
Contraproductivas	0,759	4	71	0,556

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Como se observa en la tabla que antecede la variable Satisfacción Laboral cuenta con el nivel crítico (sig.) menor a 0,05; por lo que se rechaza la hipótesis de igualdad de varianza, apreciándose que la varianza no es homogénea ($p < 0,5$).

En el siguiente análisis se muestran los resultados del ANOVA para identificar las posibles diferencias en las variables analizadas.

Tabla 55: Análisis de la varianza de la Satisfacción, Desempeño y Conductas Contraproductivas en función de los turnos de trabajo

		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Satisfacción	Inter-grupos	5,521	4	1,38	1,216	0,312
	Intra-grupos	80,567	71	1,135		
	Total	86,088	75			
Desempeño	Inter-grupos	2,436	4	0,609	0,601	0,663
	Intra-grupos	71,971	71	1,014		
	Total	74,408	75			
Contraproductivas	Inter-grupos	19,719	4	4,93	2,792	0,033
	Intra-grupos	125,341	71	1,765		
Total		145,06	75			

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Los resultados de la tabla anterior indica la existencia de diferencias estadísticamente significativas en función a los turnos de trabajo en las Conductas Contraproductivas ($F=2,79$; $p<0,05$)

Con el objetivo es analizar las diferencias encontradas se ha realizado la prueba de Turkey para las variables Satisfacción, Desempeño y Conductas Contraproductivas, las mismas que se muestran en las siguientes tablas:

Tabla 56: Comparaciones múltiples entre los turnos de trabajo en función de la Satisfacción Laboral

Variable dependiente	(I) Turno	(J) Turno	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	
SATISFACCIÓN		Mañanas y tardes	0,44557	0,44896	0,91	
		Turno rodado de 8 horas	0,60985	0,46636	0,79	
		Turno 12 horas ciclo 4				
		Mañanas				
		fijas	semanas	0,846	0,42541	0,42
			Otros	0,28864	0,60728	0,99
			Mañanas fijas	-0,44557	0,44896	0,91
			Turno rodado de 8 horas	0,16427	0,36793	0,99
			Turno 12 horas ciclo 4			
		Mañanas y tardes	semanas	0,40043	0,31441	0,80
			Otros	-0,15694	0,53542	1,00
			Mañanas fijas	-0,60985	0,46636	0,79
			Mañanas y tardes	-0,16427	0,36793	1,00
		Turno rodado de 8 horas	Turno 12 horas ciclo 4			
			semanas	0,23615	0,33879	0,97
			Otros	-0,32121	0,55009	0,99
			Mañanas fijas	-0,846	0,42541	0,42
		Turno 12 horas ciclo 4	Mañanas y tardes	-0,40043	0,31441	0,80
			Turno rodado de 8 horas	-0,23615	0,33879	0,97
			Otros	-0,55737	0,51583	0,88
			Mañanas fijas	-0,28864	0,60728	0,99
			Mañanas y tardes	0,15694	0,53542	1,00
			Turno rodado de 8 horas	0,32121	0,55009	0,99
			Turno 12 horas ciclo 4			
	Otros	semanas	0,55737	0,51583	0,88	

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Los resultados de la tabla 56 indican que no hay diferencias estadísticamente significativas en función de los turnos de trabajo y el agotamiento ($p>,05$). En la tabla 57, se analizará la variable turnos, en función de la satisfacción.

Tabla 57: Comparaciones múltiples entre los turnos de trabajo en función del Desempeño

Variable dependiente	(I) Turno	(J) Turno	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
DESEMPEÑO	Mañanas fijas	Mañanas y tardes	0,17982	0,42434	1,00
		Turno rodado de 8 horas	0,26111	0,44078	0,99
		Turno 12 horas ciclo 4 semanas	0,19828	0,40208	0,99
		Otros	0,85	0,57397	0,70
		Mañanas fijas	-0,17982	0,42434	1,00
		Turno rodado de 8 horas	0,08129	0,34775	1,00
		Turno 12 horas ciclo 4 semanas	0,01845	0,29716	1,00
		Otros	0,67018	0,50605	0,78
		Mañanas fijas	-0,26111	0,44078	0,99
		Mañanas y tardes	-0,08129	0,34775	1,00
	Turno rodado de 8 horas	Turno 12 horas ciclo 4 semanas	-0,06284	0,32021	1,00
		Otros	0,58889	0,51992	0,86
		Mañanas fijas	-0,19828	0,40208	0,99
		Mañanas y tardes	-0,01845	0,29716	1,00
		Turno rodado de 8 horas	0,06284	0,32021	1,00
		Otros	0,65172	0,48754	0,77
		Mañanas fijas	-0,85	0,57397	0,70
		Mañanas y tardes	-0,67018	0,50605	0,78
		Turno rodado de 8 horas	-0,58889	0,51992	0,863
		Turno 12 horas ciclo 4 semanas	-0,65172	0,48754	0,774

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Los resultados de la tabla 57 indican que no hay diferencias estadísticamente significativas en función de los turnos de trabajo y el agotamiento ($p > ,05$). En la tabla 58, se analizará la variable turno, en función del desempeño.

Tabla 58: Comparaciones múltiples entre los turnos de trabajo en función de las Conductas Contraproductivas

Variable dependiente	(I) Turno	(J) Turno	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
CONTRAPRODUCTIVAS	Mañanas fijas	Mañanas y tardes	0,43377	0,55999	0,96
		Turno rodado de 8 horas	1,19611	0,58169	0,38
		Turno 12 horas ciclo 4 semanas	0,5158	0,53061	0,92
		Otros	-0,94167	0,75746	0,82
		Mañanas fijas	-0,43377	0,55999	0,96
		Turno rodado de 8 horas	0,76234	0,45892	0,60
		Turno 12 horas ciclo 4 semanas	0,08203	0,39216	1,00
		Otros	-1,37544	0,66782	0,38
		Mañanas y tardes	-1,19611	0,58169	0,38
		Mañanas y tardes	-0,76234	0,45892	0,60
	Turno rodado de 8 horas	Turno 12 horas ciclo 4 semanas	-0,68031	0,42257	0,63
		Otros	-2,13778	0,68612	0,06
		Mañanas fijas	-0,5158	0,53061	0,92
		Mañanas y tardes	-0,08203	0,39216	1,00
	Turno 12 horas ciclo 4 semanas	Turno rodado de 8 horas	0,68031	0,42257	0,63
		Otros	-1,45747	0,64339	0,29
		Mañanas fijas	0,94167	0,75746	0,82
		Mañanas y tardes	1,37544	0,66782	0,38
	Otros	Turno rodado de 8 horas	2,13778	0,68612	0,06
		Otros			

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Los resultados de la tabla 58 indican que no hay diferencias estadísticamente significativas en función de los turnos de trabajo y el agotamiento ($p > ,05$)

En conclusión, se puede interpretar que pertenecer a una u otra categoría de las variables dependientes que explican los resultados organizacionales (satisfacción, desempeño y conductas contraproductivas) no tiene repercusión estadísticamente significativa en la valoración de las variables independientes (turno)

6.3.3. Hipótesis 6: Se espera que la edad se relacione positivamente con las variables que perciben la salud como los resultados organizacionales.

A través del análisis estadístico se puede identificar la posible correlación de la variable demográfica edad (dependiente), respecto a las variables predictoras referentes a salud (agotamiento, fatiga crónica y aguda y recuperación de turnos) y resultados organizacionales (satisfacción, desempeño y conductas contraproductivas)

Para un mejor análisis de agrupó las edades en 4 grupos: “1” (20 – 25 años); “2” (26 – 30); “3” (31 – 40 años); “4” (41 – 50 años); “5” (más de 51 años).

Como se puede observar en la tabla 59, que contiene el estadístico de Levene que permite contrastar la hipótesis de igualdad de varianzas poblacionales. Si el nivel crítico (sig.) es menor o igual que 0,05 se debe rechazar la hipótesis de igualdad de varianzas. Si es mayor, aceptamos la hipótesis de igualdad de varianzas.

Tabla 59: Prueba de Homogeneidad de varianzas en ANOVA por edad

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
Demanda	3,963	4	71	0,006
Control	1,943	4	71	0,113
Apoyo	3,518	4	71	0,011
Agotamiento	2,209	4	71	0,077
Cinismo	1,031	4	71	0,398
Fatiga crónica	4,702	4	71	0,002
Fatiga aguda	1,682	4	71	0,164
Recuperación turnos	1,997	4	71	0,104
Satisfacción	2,463	4	71	0,053
Desempeño	0,538	4	71	0,708
Contraproductiva	1,74	4	71	0,151

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Como se observa en la tabla que antecede las variables demanda, apoyo, fatiga crónica y satisfacción cuenta con el nivel crítico (sig.) menor a 0,05; por lo que se rechaza la hipótesis de igualdad de varianza, y se define que la varianza no es homogénea ($p < 0,05$).

Por lo tanto, deben ser analizados mediante una prueba bajo el supuesto de homocedasticidad. Así, en la tabla 60 se muestran los resultados del ANOVA para

identificar las posibles diferencias en las variables analizadas.

Tabla 60: Análisis de la varianza en función de la edad

		Suma de cuadrados	GI	Media cuadrática	F	Sig.
Demanda	Inter-grupos	12,903	4	3,226	3,998	0,006
	Intra-grupos	57,284	71	0,807		
	Total	70,186	75			
Control	Inter-grupos	17,706	4	4,426	3,71	0,008
	Intra-grupos	84,715	71	1,193		
	Total	102,421	75			
Apoyo	Inter-grupos	24,249	4	6,062	3,173	0,019
	Intra-grupos	135,641	71	1,91		
	Total	159,891	75			
Agotamiento	Inter-grupos	11,851	4	2,963	3,008	0,024
	Intra-grupos	69,935	71	0,985		
	Total	81,786	75			
Cinismo	Inter-grupos	27,299	4	6,825	4,394	0,003
	Intra-grupos	110,269	71	1,553		
	Total	137,567	75			
Fatiga crónica	Inter-grupos	3,445	4	0,861	1,113	0,357
	Intra-grupos	54,948	71	0,774		
	Total	58,394	75			
Fatiga aguda	Inter-grupos	7,476	4	1,869	1,541	0,2
	Intra-grupos	86,126	71	1,213		
	Total	93,602	75			
Recuperación de turnos	Inter-grupos	2,236	4	0,559	0,369	0,83
	Intra-grupos	107,616	71	1,516		
	Total	109,852	75			
Satisfacción	Inter-grupos	6,343	4	1,586	1,412	0,239
	Intra-grupos	79,746	71	1,123		
	Total	86,088	75			
Desempeño	Inter-grupos	3,399	4	0,85	0,85	0,499
	Intra-grupos	71,009	71	1		
	Total	74,408	75			
Contraproductiva	Inter-grupos	11,151	4	2,788	1,478	0,218
	Intra-grupos	133,909	71	1,886		
	Total	145,06	75			

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Los resultados de esta prueba indican la existencia de diferencias estadísticamente significativas en función de la edad en la demanda ($F=3,998$; $p<.05$), del control ($F=3,71$; $p<.05$), del apoyo ($F=3,173$; $p<.05$), del agotamiento ($F=3,008$; $p<.05$), y del cinismo ($F=4,3994$; $p<.05$). Con el objetivo de analizar las diferencias encontradas se ha realizado

la prueba de Tukey para cada una de las variables, cuyos resultados se presentan en la tabla 61.

Tabla 61: Comparaciones múltiples entre la edad en función de las Demandas Laborales

Variable dependiente	(I) interva	(J) interva	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
DEMANDA	1	2	0,99688	0,39324	0,18
		3	-0,10216	0,36316	1,00
		4	0,19688	0,39324	0,99
		5	0,51562	0,40998	0,81
	2	1	-0,99688	0,39324	0,18
		3	-1,09904*	0,29124	0,01
		4	-0,8	0,32799	0,22
		5	-0,48125	0,34788	0,75
	3	1	0,10216	0,36316	1,00
		2	1,09904*	0,29124	0,01
		4	0,29904	0,29124	0,90
		5	0,61779	0,31347	0,43
	4	1	-0,19688	0,39324	0,99
		2	0,8	0,32799	0,22
		3	-0,29904	0,29124	0,90
		5	0,31875	0,34788	0,932
	5	1	-0,51562	0,40998	0,81
		2	0,48125	0,34788	0,75
		3	-0,61779	0,31347	0,43
		4	-0,31875	0,34788	0,93

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Los resultados anteriores indican que, con respecto a la edad y las demandas laborales, existen diferencias significativas entre los individuos con una edad entre 26 y 30 años, con los de menos de 31 y 40 años (+1.09904*; $p = ,0011$). Para las demás edades no existen diferencias significativas entre los individuos.

Lo que nos permite concluir que los individuos entre 26 y 30 años perciben mayores demandas laborales, frente a los individuos con una edad entre 31 y 40 años. A pesar de no existir literatura científica que apoye esta hipótesis referente específicamente a la edad, de forma global se puede deducir que en el ámbito laboral existe mayor

exigencia en los profesionales jóvenes respecto cantidad y volumen del trabajo, presión de tiempo, nivel de estudios, interrupciones imprevistas, en concordancia con el Modelo DCA de (Karasek, 1979). En la tabla 62, se analizará la variable edad, en función del control:

Tabla 62: Comparaciones múltiples entre la edad en función del Control

Variable dependiente	(I) interva	(J) interva	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
CONTROL	1	2	1,14	0,47822	0,24
		3	0,16923	0,44163	1,00
		4	-0,15333	0,47822	1,00
		5	0,83333	0,49858	0,60
	2	1	-1,14	0,47822	0,24
		3	-0,97077	0,35417	0,12
		4	-1,29333*	0,39886	0,04
		5	-0,30667	0,42306	0,97
	3	1	-0,16923	0,44163	1,00
		2	0,97077	0,35417	0,12
		4	-0,32256	0,35417	0,93
		5	0,6641	0,38121	0,56
	4	1	0,15333	0,47822	1,00
		2	1,29333*	0,39886	0,04
		3	0,32256	0,35417	0,93
		5	0,98667	0,42306	0,26
	5	1	-0,83333	0,49858	0,596
		2	0,30667	0,42306	0,97
		3	-0,6641	0,38121	0,56
		4	-0,98667	0,42306	0,26

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Los resultados anteriores indican que, con respecto a la edad y el control, existen diferencias significativas entre los individuos con una edad entre 41 y 50 años, con los de menos de 26 y 30 años (+0,0318; $p = ,0041$). Para las demás edades no existen diferencias significativas entre los individuos.

Lo que nos permite concluir que los individuos entre 41 y 50 años perciben mayor control, frente a los individuos con una edad entre 26 y 30 años. A pesar de no existir literatura científica que apoye esta hipótesis referente específicamente a la edad, de forma global se puede deducir que en el ámbito laboral existe mayor control en los profesionales

adultos respecto a moderar o tomar decisiones sobre las demandas en la planificación y ejecución del trabajo, en concordancia con los efectos conjuntos de las demandas por el control y por el apoyo, como se esperaba siguiendo el modelo Demandas-Control-Apoyo (Johnson, 1989; Sargent y Terry, 2000). En la tabla 63, se analizará la variable edad, en función del apoyo:

Tabla 63: Comparaciones múltiples entre la edad en función de las Apoyo

Variable dependiente	(I) interva	(J) interva	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
APOYO	1	2	1,32083	0,60512	0,32
		3	0,20673	0,55882	1,00
		4	0,92083	0,60512	0,68
		5	1,5	0,63088	0,24
	2	1	-1,32083	0,60512	0,32
		3	-1,1141	0,44815	0,20
		4	-0,4	0,5047	0,96
		5	0,17917	0,53532	1,00
	3	1	-0,20673	0,55882	1,00
		2	1,1141	0,44815	0,20
		4	0,7141	0,44815	0,64
		5	1,29327	0,48237	0,14
	4	1	-0,92083	0,60512	0,68
		2	0,4	0,5047	0,96
		3	-0,7141	0,44815	0,64
		5	0,57917	0,53532	0,88
	5	1	-1,5	0,63088	0,24
		2	-0,17917	0,53532	1,00
		3	-1,29327	0,48237	0,134
		4	-0,57917	0,53532	0,882

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Los resultados de la tabla 63 indican que no hay diferencias estadísticamente significativas en función de la edad y el apoyo social ($p > 0,05$).

En la tabla 64, se analizará la variable edad, en función del agotamiento:

Tabla 64: Comparaciones múltiples entre la edad en función de las Agotamiento

Variable dependiente	(I) interva	(J) interva	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
AGOTAMIENTO	1	2	0,25167	0,4345	0,99
		3	-0,72115	0,40126	0,52
		4	-0,66167	0,4345	0,68
		5	-0,16667	0,453	1,00
	2	1	-0,25167	0,4345	0,99
		3	-0,97282	0,32179	0,07
		4	-0,91333	0,3624	0,19
	3	5	-0,41833	0,38438	0,88
		1	0,72115	0,40126	0,52
		2	0,97282	0,32179	0,07
		4	0,05949	0,32179	1,00
		5	0,55449	0,34637	0,64
	4	1	0,66167	0,4345	0,68
		2	0,91333	0,3624	0,19
		3	-0,05949	0,32179	1,00
		5	0,495	0,38438	0,80
	5	1	0,16667	0,453	1,00
		2	0,41833	0,38438	0,88
		3	-0,55449	0,34637	0,64
		4	-0,495	0,38438	0,798

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Los resultados de la tabla 64 indican que no hay diferencias estadísticamente significativas en función de la edad y el agotamiento ($p > .05$).

En la tabla 65, se analizará la variable edad, en función del cinismo:

Tabla 65: Comparaciones múltiples entre la edad en función del Cinismo

Variable dependiente	(I) interva	(J) interva	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
CINISMO	1	2	1,37167	0,5456	0,19
		3	-0,28654	0,50385	0,99
		4	0,10833	0,5456	1,00
		5	0,35833	0,56882	0,98
	2	1	-1,37167	0,5456	0,19
		3	-1,65821*	0,40407	0,004
		4	-1,26333	0,45506	0,115
		5	-1,01333	0,48266	0,362
	3	1	0,28654	0,50385	0,988
		2	1,65821*	0,40407	0,004
		4	0,39487	0,40407	0,92
		5	0,64487	0,43492	0,70
	4	1	-0,10833	0,5456	1,00
		2	1,26333	0,45506	0,12
		3	-0,39487	0,40407	0,92
		5	0,25	0,48266	0,99
	5	1	-0,35833	0,56882	0,98
		2	1,01333	0,48266	0,36
		3	-0,64487	0,43492	0,70
		4	-0,25	0,48266	0,99

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Los resultados anteriores indican que, con respecto a la edad y el cinismo, existen diferencias significativas entre los individuos con una edad entre 26 y 30 años, con los de menos de 31 y 40 años (+0,4047; $p=,004$). Para las demás edades no existen diferencias significativas entre los individuos.

Lo que nos permite concluir que los individuos entre 26 y 30 años son más cínicos frente a los individuos con una edad entre 31 y 40 años. Esta aseveración está sustentada en un estudio de (Schaufeli & Enzmann, 1998) que a pesar de no ser tan consistente muestra su relación, evidenciando que la edad muestra una correlación con el burnout, manifestando de forma textual lo siguiente: “[...] Entre los empleados más jóvenes el nivel de burnout se reporta como más alto que entre aquellos con más de 30 y 40 años de edad [...]” En este estudio se dice que muchas veces la edad se confunde con la experiencia laboral. Por lo que se puede concluir que burnout puede ser más un riesgo al

principio de la carrera profesional, y existen muchas probabilidades de que estos individuos se quemen temprano en sus carreras y lleguen a abandonar sus trabajos; con esto se poya la hipótesis. En la tabla 66, se analizará la variable edad, en función de la fatiga crónica:

Tabla 66: Comparaciones múltiples entre la edad en función de las Fatiga Crónica

Variable dependiente	(I) interva	(J) interva	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
FATIGA CRÓNICA	1	2	0,02292	0,38514	1,00
		3	0,04567	0,35568	1,00
		4	0,53958	0,38514	0,74
		5	0,36458	0,40154	0,93
	2	1	-0,02292	0,38514	1,00
		3	0,02276	0,28524	1,00
		4	0,51667	0,32123	0,63
		5	0,34167	0,34072	0,91
	3	1	-0,04567	0,35568	1,00
		2	-0,02276	0,28524	1,00
		4	0,49391	0,28524	0,56
		5	0,31891	0,30702	0,90
	4	1	-0,53958	0,38514	0,74
		2	-0,51667	0,32123	0,63
		3	-0,49391	0,28524	0,56
		5	-0,175	0,34072	0,99
	5	1	-0,36458	0,40154	0,93
		2	-0,34167	0,34072	0,91
		3	-0,31891	0,30702	0,90
		4	0,175	0,34072	0,99

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Los resultados de la tabla 66 indican que no hay diferencias estadísticamente significativas en función de la edad y la fatiga crónica ($p > ,05$). En la tabla 67, se analizará la variable edad, en función de la fatiga aguda:

Tabla 67: Comparaciones múltiples entre la edad en función de la Fatiga aguda

Variable dependiente	(I) interva	(J) interva	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
FATIGA AGUDA	1	2	0,31944	0,48218	0,98
		3	0,73397	0,44529	0,61
		4	0,65278	0,48218	0,77
		5	-0,04167	0,50271	1,00
	2	1	-0,31944	0,48218	0,98
		3	0,41453	0,35711	0,85
		4	0,33333	0,40217	0,95
		5	-0,36111	0,42656	0,95
	3	1	-0,73397	0,44529	0,61
		2	-0,41453	0,35711	0,85
		4	-0,0812	0,35711	1,00
		5	-0,77564	0,38437	0,40
	4	1	-0,65278	0,48218	0,77
		2	-0,33333	0,40217	0,95
		3	0,0812	0,35711	1,00
		5	-0,69444	0,42656	0,62
	5	1	0,04167	0,50271	1,00
		2	0,36111	0,42656	0,95
		3	0,77564	0,38437	0,40
		4	0,69444	0,42656	0,62

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Los resultados de la tabla 67 indican que no hay diferencias estadísticamente significativas en función de la edad y la fatiga aguda ($p > ,05$).

En la tabla 68, se analizará la variable edad, en función de la recuperación de turnos:

Tabla 68: Comparaciones múltiples entre la edad en función de la Recuperación de turnos

Variable dependiente	(I) interva	(J) interva	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
RECUPERACIÓN DE TURNOS	1	2	-0,2875	0,53899	0,99
		3	0,15865	0,49776	1,00
		4	0,07917	0,53899	1,00
		5	-0,14583	0,56194	1,00
	2	1	0,2875	0,53899	0,99
		3	0,44615	0,39918	0,87
		4	0,36667	0,44955	0,96
	3	5	0,14167	0,47682	1,00
		1	-0,15865	0,49776	1,00
		2	-0,44615	0,39918	0,87
		4	-0,07949	0,39918	1,00
		5	-0,30449	0,42966	0,97
	4	1	-0,07917	0,53899	1,00
		2	-0,36667	0,44955	0,96
		3	0,07949	0,39918	1,00
		5	-0,225	0,47682	0,99
	5	1	0,14583	0,56194	1,00
		2	-0,14167	0,47682	1,00
		3	0,30449	0,42966	0,97
		4	0,225	0,47682	0,99

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Los resultados de la tabla 68 indican que no hay diferencias estadísticamente significativas en función de la edad y la recuperación de turnos ($p > 0,05$).

En la tabla 69, se analizará la variable edad, en función de la satisfacción laboral:



Tabla 69: Comparaciones múltiples entre la edad en función de la Satisfacción Laboral

Variable dependiente	(I) interva	(J) interva	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	
SATISFACCIÓN LABORAL	1	2	0,08864	0,46398	1,00	
		3	0,34528	0,42848	0,96	
		4	0,87045	0,46398	0,48	
		5	0,53409	0,48373	0,87	
	2	1	-0,08864	0,46398	1,00	
		3	0,25664	0,34362	0,97	
		4	0,78182	0,38698	0,40	
	3	5	0,44545	0,41046	0,88	
		1	-0,34528	0,42848	0,96	
		2	-0,25664	0,34362	0,97	
	4	3	0,52517	0,34362	0,68	
		5	0,18881	0,36986	0,99	
		1	-0,87045	0,46398	0,48	
		2	-0,78182	0,38698	0,40	
	5	3	-0,52517	0,34362	0,68	
		5	-0,33636	0,41046	0,95	
		1	-0,53409	0,48373	0,87	
		2	-0,44545	0,41046	0,88	
			3	-0,18881	0,36986	0,99
			4	0,33636	0,41046	0,95

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Los resultados de la tabla 69 indican que no hay diferencias estadísticamente significativas en función de la edad y la satisfacción laboral ($p > .05$).

En la tabla 70, se analizará la variable edad, en función del desempeño laboral:

Tabla 70: Comparaciones múltiples entre la edad en función del Desempeño

Variable dependiente	(I) interva	(J) interva	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
DESEMPEÑO	1	2	0,23333	0,43783	0,99
		3	0,24359	0,40433	0,99
		4	-0,23333	0,43783	0,99
		5	0,38889	0,45646	0,95
	2	1	-0,23333	0,43783	0,99
		3	0,01026	0,32426	1,00
		4	-0,46667	0,36517	0,80
	3	5	0,15556	0,38732	1,00
		1	-0,24359	0,40433	0,99
		2	-0,01026	0,32426	1,00
		4	-0,47692	0,32426	0,71
		5	0,1453	0,34901	1,00
	4	1	0,23333	0,43783	0,99
		2	0,46667	0,36517	0,80
		3	0,47692	0,32426	0,71
		5	0,62222	0,38732	0,63
	5	1	-0,38889	0,45646	0,95
		2	-0,15556	0,38732	1,00
		3	-0,1453	0,34901	1,00
		4	-0,62222	0,38732	0,63

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Los resultados de la tabla 70 indican que no hay diferencias estadísticamente significativas en función de la edad y el desempeño ($p > ,05$).

En la tabla 71, se analizará la variable edad, en función de las conductas contraproductivas:



Tabla 71: Comparaciones múltiples entre la edad en función de las Conductas Contraproductivas

Variable dependiente	(I) interva	(J) interva	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
CONDUCTAS CONTRAPRODUCTIVAS	1	2	0,85944	0,60124	0,73
		3	1,06218	0,55524	0,46
		4	1,39278	0,60124	0,26
		5	1,19167	0,62684	0,47
		1	-0,85944	0,60124	0,73
	2	3	0,20274	0,44528	1,00
		4	0,53333	0,50147	0,89
		5	0,33222	0,53189	0,98
		1	-1,06218	0,55524	0,46
	3	2	-0,20274	0,44528	1,00
		4	0,3306	0,44528	0,97
		5	0,12949	0,47928	1,00
		1	-1,39278	0,60124	0,26
		2	-0,53333	0,50147	0,89
	4	3	-0,3306	0,44528	0,97
		5	-0,20111	0,53189	1,00
		1	-1,19167	0,62684	0,47
		2	-0,33222	0,53189	0,98
	5	3	-0,12949	0,47928	1,00
		4	0,20111	0,53189	1,00

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Los resultados de la tabla 71 indican que no hay diferencias estadísticamente significativas en función de la edad y las conductas contraproductivas ($p > ,05$)



CAPÍTULO VIII: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente estudio se ha basado en el objetivo general de comprobar si el alargamiento de la jornada laboral impacta en la salud de los profesionales de enfermería y en los resultados organizacionales. Para lo cual se tomó una muestra de conveniencia 76 encuestados tanto Enfermeras/os, como Auxiliares de Enfermería de un hospital ubicado en Ecuador, este análisis comprende a los profesionales sanitarios que prestan sus servicios en las áreas de Riñón, Traumatología y Ortopedia, Estomatología y Neumología, dividido en jornadas laboral de 8 y 12 horas en turnos rotativos.

Este estudio se llevó a cabo con la utilización del Modelo demandas – control – apoyo y como estas variables se relacionan con la salud, específicamente con el agotamiento, fatiga crónica y aguda, cinismo y en la recuperación de turnos; adicional a esto se midió el impacto en los resultados organizacionales, concretamente en la satisfacción laboral, el desempeño y los sucesos adversos o conductas contraproductivas.

El presente estudio se basó en el gran debate en torno a las repercusiones y desventajas de los turnos de 12 horas de (Chen et al., 2011, Estryng-Behar et al., 2012, Geiger-Brown Y Trinkoff, 2010; Rogers et al., 2004; Scott et al., 2006): que se caracteriza por una mayor prevalencia de:

- Mayor fatiga,
- Mayor riesgo de errores,
- Riesgo de autolesión, y
- Resultados fisiológicos negativos

Frente a autores que se basan en la percepción de los trabajadores (Estryng-Behar et al., 2012; O'Connor, 2011; Richardson et al., 2007) quienes argumentan que con el trabajo a turnos rotativos de 12 horas mejora la calidad del trabajo, facilita el transporte al trabajo, mejoran las relaciones con el paciente y existe una mejor conciliación de la vida laboral y familiar.

7.1. Contraste de Hipótesis

En el siguiente apartado se tratará las principales conclusiones indicando si las hipótesis planteadas al inicio del trabajo han sido contrastadas con el estudio empírico realizado, en base a la revisión bibliográfica que se ha citado a lo largo del estudio. Se resume en la siguiente tabla los primeros resultados obtenidos, mediante el análisis de regresión.

Tabla 72: Resultados - Regresión

VARIABLES	SOCIODEGRÁFICAS				PREDICTORAS		
	Sexo	Edad	Turnos	Cat. Prof.	Demandas	Control	Apoyo
Agotamiento					$\beta = ,535^{***}$		$\beta = ,266^*$
Cinismo	$\beta = -,278^*$				$\beta = ,458^{***}$		$\beta = ,694^{***}$
Fatiga Crónica	$\beta = ,267^*$						
Fatiga Aguda							
Recuperación							
Desempeño					$\beta = ,283^*$		
Contraproductivas					$\beta = ,240^*$		
Satisfacción							

Fuente: Elaboración propia

Hipótesis 1a: Se espera que las demandas laborales se relacionen positivamente con la Fatiga (crónica, aguda y recuperación turnos) y el burnout (agotamiento emocional y cinismo).

Con la hipótesis 1Ha se definió establecer la relación positiva entre las variables de salud y las demandas laborales, para lo cual se han obtenido resultados positivos en cuanto al agotamiento y cinismo a través del análisis de regresión; esta relación está apoyada en estudios de varios autores como (Naringa, Briet, & Brouwers, 2006) basados en una investigación que tomó una muestra de profesores, los resultados arrojaron que las demandas laborales inciden positivamente con el agotamiento. Otros autores como (Schaufeli & Bakker, 2004) (Ahuja, McKnight, Chudoba, Gorge, & Kacmar, 2007) (Podsakoff, LePine, & LePine, 2007) (Yip, Rowlinson, & Siu, 2008) Gil-Monte, García-

Juesas y Caro, (2008) y Ahmad (2010), que corroboran lo antes mencionado. En la hipótesis H1a no se comprobó ninguna relación positiva entre las demandas laborales y la fatiga crónica, aguda, recuperación de turnos e hipótesis.

En conclusión, la Hipótesis 1a se corrobora parcialmente.

Hipótesis 1b: Se espera que las demandas laborales se relacionen negativamente con la satisfacción laboral y el desempeño y positivamente con las conductas contraproductivas.

Con respecto a la satisfacción laboral, y su relación negativa, se puede observar a lo largo del estudio que no existe ningún tipo de relación que establezca la hipótesis H1b para el presente estudio, en contra de lo esperado y a pesar de la existencia bibliografía que establece que las demandas predicen insatisfacción (Jin-Anh y Robert, 2008; Ussahawanitchakit, 2008; Marcus j. et al., 2014).

Sin embargo, se pudo evidenciar una relación positiva con el desempeño, en contra de lo esperado, en donde se establece que, con más demandas laborales, mayor es la satisfacción laboral, esto se ha definido como un resultado contra intuitivo, que puede deberse a la falta de estudio de las interacciones entre las variables; o puede deberse al tamaño limitado de la muestra.

La existencia de una relación positiva de las demandas laborales sobre las conductas contraproductivas, ha sido apoyado y contrastado con estudios que manifiestan que las demandas laborales inciden positivamente en las conductas contraproductivas, (Fox & Spector, 2005) o (Bolino & Tous, 1993).

Hipótesis 2a: Se espera que el control se relacione negativamente con la Fatiga (crónica, aguda y recuperación turnos) y el burnout (agotamiento emocional y cinismo).

La hipótesis H2a no se corroboró en el presentes estudio, esto se debe al tamaño de la muestra, entre otras causas no estudiadas.

Hipòtesis 2b: Se espera que el control se relacione positivamente con la satisfacción laboral y el desempeño, y negativamente con las conductas contraproductivas.

La hipótesis H2b no se comprobó en el presente estudio, esto se debe al tamaño de la muestra.

Hipòtesis 3a: Se espera que el apoyo se relacione negativamente con la Fatiga (crónica, aguda y recuperación turnos) y el burnout (agotamiento emocional y cinismo).

La hipótesis H3a con sus resultados tiene un comportamiento diferente a lo predicho, ya que se pudo evidenciar tras un análisis de regresión que “A mayor apoyo, mayor agotamiento” y del mismo modo con el cinismo “A mayor apoyo, más cinismo”; con esta premisa se revisó la media para analizar el peso de estas variables, las cuales arrojaron resultados entre 4 y 5, sobre 7, lo que nos permite aseverar que tienen peso suficiente para el análisis de esta relación. Se puede explicar esta relación, con el estudio avanzado de interacciones, el cual no se realizó en el presente estudio.

No obstante, se revisó la literatura disponible para apoyar esta relación que pesar de que no aprueba la hipótesis, debe ser motivo de estudio por su resultado, es así que (Shuterland & Cooper, 1992) explica que: “[...] En determinadas situaciones laborales la necesidad de apoyo social de parte de un sujeto puede ser interpretada, por su conjunto de roles, como la imposibilidad de que pueda afrontar por si mismo una situación determinada, lo que puede originar que sea estigmatizado. Además, a largo plazo, el apoyo social puede crear dependencia de los demás, baja autoestima y sentimientos de inferioridad [...]”; esta aseveración es consistente con el resultado obtenido ya que a largo plazo los resultados de apoyo social excesivo pueden acarrear resultados personales negativos, que pueden ser exteriorizados como bajo desempeño, insatisfacción, y poca motivación laboral.

Este resultado puede ser motivo de una futura investigación, con una muestra más amplia y con un análisis estadístico más avanzado y complejo.

Hipòtesis 3b: Se espera que el apoyo se relacione positivamente con la satisfacción laboral y el desempeño, y negativamente con las conductas contraproductivas.

Esta hipótesis no se comprobó en el presente estudio, ya que el tamaño de la muestra no fue significativa.

Hipòtesis 4: Se espera que las medias de las variables de salud difieran en función de los turnos.

Para la hipótesis H4 se interpretó los resultados que pertenecer a una u otra categoría de las variables dependientes que explican la salud de los trabajadores (agotamiento, cinismo, fatiga aguda, fatiga crónica y recuperación de turnos) no tiene repercusión estadísticamente significativa en la valoración de las variables independientes (turno).

La H4 no se ha corroborado en el presente estudio.

Hipòtesis 5: Se espera que las medias de las variables organizacionales difieran en función de los turnos.

Para la Hipòtesis H5, al interpretar los resultados se puede definir que pertenecer a una u otra categoría de las variables dependientes que explican los resultados organizacionales (satisfacción, desempeño y conductas contraproductivas) no tiene repercusión estadísticamente significativa en la valoración de las variables independientes (turno)

La H5 no se ha corroborado en el presente estudio.

Hipòtesis 6: Se espera que la edad se relacione positivamente con las variables que perciben la salud como los resultados organizacionales.

Con respecto a la edad se pudo evidenciar una relación con el nivel de burnout, en concordancia con los resultados que manifiestan que los individuos entre los 26 y 30 años perciben son más cínicos que los individuos de 31 a 40 años; de forma global esto ha sido apoyado por estudios de investigación que concluyen que a mayor edad disminuye la

tensión laboral con lo que el grado de burnout es menor (De la Fuente et al., 1994); referencia a la escala de cansancio emocional esta se relaciona positivamente con la edad (Tello et al., 2002).

Otros estudios que aportaron credibilidad a las variables sexo y edad por su amplia relevancia demostrada por autores como (Gronlund, 2007) (Martin, Salanova, & Peiró, 2007) (Melia & Berrecil, 2007) (Rafferty, Friend, & Landsbergis, 2001) (Wall, Jackson, & Mullakey, 1995) (Landsbergis, 1988).

Otros resultados arrojaron que los individuos encuestados entre 41 y 50 años perciben mayor control en sus actividades laborales, frente a los individuos entre 26 y 30 años. Esto referente al control sobre las tareas, la autonomía en cuanto a la toma de decisiones, la posibilidad de elegir como hacer el trabajo y el nivel de influencia, el control sobre las capacidades, desarrollo de habilidades, así como la creatividad en el trabajo. En este punto al no encontrar investigaciones concluyentes, se relacionó la edad con la insatisfacción laboral, como resultado de control sobremedido en sus puestos de trabajo y actividades laborales en el rango de edad de 41 a 50 años, es así que esto se apoya en estudios con poca relevancia (Lopez, Bernal, & Cánovas, 2001) (Ruzafa, Madrigal, Valendrino, & López, 2008)

Hipótesis 6: Se espera que la edad se relacione positivamente con las variables que perciben la salud como los resultados organizacionales.

Con el análisis de regresión se pudo observar en el presente estudio es la relación entre el Cinismo y los hombres, frente a estudios que corroboran esta hipótesis por autores como (Lozano & Montalbán, 1999).

Se pudo palpar la relación directa entre fatiga crónica y el sexo de los individuos, es así que en el estudio de agotamiento emocional se pudo observar que las mujeres son las más vulnerables a agotarse física y mentalmente, datos que son congruentes con autores como (Atance, 1997), de forma un tanto más global otros autores manifiestan que las mujeres son más propensas a quemarse en su trabajo (burnout) (Cuevas, y otros, 1995).

El trabajo nocturno permanente presenta algunas ventajas, desde el punto de vista del trabajador y es así que estos individuos perciben más independencia debido al bajo



control sobre ellos, esto se manifiesta en estudios de (Brown 1990; Holf y Ebbing, 1991), además a esta hipótesis debe añadirse que resulta más difícil sustraerse al trabajo durante la noche, y se desarrolla entre los compañeros un mayor espíritu de equipo. Sin embargo, estudios como esta cuenta con poca información de los efectos negativos en la salud y vida familiar

La Hipótesis H6 se corrobora parcialmente.

7.2. Limitaciones del estudio y futuras investigaciones

Como es asumible en todo estudio de investigación de este tipo, existen múltiples limitaciones que inciden en los resultados y conclusiones finales, es así que una de las limitaciones más importantes para este estudio en específico es la representatividad de las muestras, tanto en términos cuantitativos como cualitativos. En términos cuantitativos se pudo observar que la muestra fue muy limitada, ya que únicamente se contaba con una muestra de 76 encuestados, esto trajo consigo un sinnúmero de anomalías en los resultados estrictos obtenidos tras el tratamiento de los datos, por otro lado también limitó la utilización de otras herramientas estadísticas y las que fueron utilizadas no fueron desarrolladas hasta un nivel avanzado ya que muchas correlaciones no eran significativas, como se observó en apartados anteriores.

Por otro lado, en términos cualitativos la selección de los colaboradores fue aleatoria y voluntaria, tal y como se muestra en la encuesta, sin embargo, esto pudo sesgar de alguna manera los resultados. En cuanto a los datos sociodemográficos de la muestra analizada, se pudo observar cierto tipo de homogeneidad en los resultados grupales, estos a razón de que los individuos pertenecían al mismo sector y con características muy similares, lo que se presume puede condicionar los resultados finales.

En cuanto a las limitaciones metodológicas, el diseño transversal utilizado para este estudio se ha analizado la posibilidad de que en próximos estudios se ponga a prueba modelos causales en los que se pueda apreciar las influencias de todas las variables tanto sobre la jornada laboral de 8 y 12 horas, como en la relación con las variables sociodemográficas y otras variables predictoras.

Estas y otras limitaciones teóricas y metodológicas deben ser mencionadas, aunque a pesar de no contar con sesgos significativos se debe utilizar los resultados de este estudio con cautela, puesto que se han formulado en base a una única muestra que como se mencionó anteriormente puede influir en los resultados de acuerdo al grado de generalización de los mismos, para futuros estudios se recomienda la ampliación de la muestra a otros Hospitales y otros servicios, sin embargo, para cumplir el objetivo del presente estudio no es necesario ampliar a otros sectores, ya que el sector sanitario cuenta con características propias del sector sanitario.

7.3. Contribución e implicaciones prácticas

El presente estudio nos ha llevado a concluir que las jornadas laboral de 12 horas afectan de sobremanera a aspectos tanto de salud como en los resultados organizacionales, a pesar de la limitación de los datos y apoyado en varios estudios relevantes de la literatura científica, por lo cual a pesar de que el personal de enfermería se acepte y muestre ventajas sobre los horarios laborales extendidos de 12 horas rotativos, sin analizar las afectaciones a su salud en un futuro, y desde el punto organizacional no es muy recomendable debido a la fatiga excesiva que supone y que puede traducirse tanto en un aumento de los errores médicos; sin embargo, se pretende establecer factores que se deban tener en cuenta para el establecimiento de la jornada laboral, entre los cuales se mencionan los siguientes²⁸:

- La salud y la edad de los trabajadores
- Las exigencias de la tarea, tanto en el plano físico como mental
- La diversidad (no monotonía) del trabajo
- La exposición a productos tóxicos
- El tiempo de desplazamiento de los trabajadores
- Las obligaciones familiares

Todo este amplio debate se apoya de estudios de investigación como la publicación del Reporte del Institute of Medicine (IOM): “*To Err is Human: Buildign a Safer Healthcare System*” dio inicio a la discusión sobre los errores prevenibles en medicina, ya que en este informe se estimó que entre 44.000 y 98.000 personas morían en los hospitales de los Estados Unidos analmente como resultado de errores médicos.

Para el año 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lideró y coordinó las acciones necesarias en seguridad del paciente, a través de la resolución de la 55 Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra, Suiza, en su capítulo 13 “*Calidad de la atención: seguridad del paciente*”, en donde solicita a los 193 países estados miembros a atender el problema de eventos adversos en la prestación de los servicios de salud.

²⁸ NTP 455: Trabajo a turnos y nocturno: aspectos organizativos



CAPÍTULO IX: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adelman, P. (1989). *Emotional labor and employee well-being (Tesis Doctoral inédita)*.
- Ahuja, M., McKnight, Chudoba, K., Gorge, J., & Kacmar, C. (2007). *It road warriors: balancing work-family conflict, job autonomy, and work overload to mitigate turnover intentions*.
- Aiken, L., Clarke, S., & Sloane, D. (2002). *Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction*.
- Akerboom, S. &. (2006). *Beyond demand and control: The contribution of organizational risk factors in assessing the psychological well-being of health care employees. Work & Stress*.
- Allen, N., & Meyer, J. (1990). *The measurement and antecedents of affective, continuance and normative Commitment to the organization. Journal of Occupational Psychology*.
- Aluja, A. (1997). *Burnout profesional en maestros y su relación con indicadores de salud mental*.
- Álvarez Gallego, E., & Fernández Ríos, L. (1991). *El síndrome de burnout o el desgaste profesional*.
- Amaducci, C., Mota, D., & Pimenta, C. (2010). *Fatigue among nursing undergraduate students*.
- Arciniega, L., & González, L. (2006). *¿What is the influence of work values relativ to other variables in the development of organizational commitment?*
- Arranz, P., Barreto, P., & Bayés, R. (1997). *Soprote emocional desde el equipo interdisciplinario*. Barcelona.
- Atance, J. (1997). *Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario*.
- Báez - Hernández, G., Castro-Estrada, C., & Ramirez-LEyva, A. (2005). *Determinación de fatiga física en enfermeras que laboran en el area de emergencia del IMSS*.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. New York.
- Bolino, J., & Tous, J. (1993). *The personal cots of citizenship behaviour: the relationship between individual initiative and role overload, job stress, and work-family conlicts*.
- Brutus, S., & Bontigui, M. (s.f.). *La Evaluación Multifuente Feedback 360º. Revista psicología del trabajo y de las organizaciones= Journal of work and organizational psychology*.
- Caballero, M., Nieto, R., Caball, & Bermejo, F. (2001). *Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. Atención Primaria*.
- Coleman,, N., & Mahaffey, T. (2000). *Business student ethics: Selected predictors of attitude toward cheating*.
- Croanbach, L. (1951). *Coefficient alpha and the internal structure of test*.

- Crown, D., & Spiller, M. (1998). *Learning from the literature on collegiate cheating: A review of empirical research. Journal of business ethics.*
- Cuevas, C., Fuente, J., Alviani, M., Ruíz, A., Coiduras, E., Gonzalez, T., . . . Rodriguez, M. (1995). *Desgaste Profesional y clima laboral en Atención Primaria.*
- De Lange, A. H. (2003). *The very best of the millennium": longitudinal research and the demand-control- (support) model. Journal of occupational health psychology.*
- Dorenbosch. (2005). *On-the-job Innovation: The Impact of Job Design and Human Resource Management through Production Ownership. Creativity and Innovation Management,.*
- Edith JC, Julie EE, Henk T. . (2003). *The effects of extended workdays on fatigue, health, performance and satisfaction in nursing. J Adv Nurs.*
- Estadística, I. N. (2011). *Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados.* Madrid.
- Fox, S., & Spector, P. (2005). *Counterproductive work behavior: Investigations of actors and targets.* Washington.
- Freudenberger, H. (1974). *Crisis Intervention, Individual and Group Counseling, and the Psychology of the Counseling Staff a Free Clinic.*
- Gil-Monte, P. (2000). *Aproximaciones psicosociales y estudios diagnósticos sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout).*
- Gil-Monte, P., & Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse.* Madrid.
- Gil-Monte, P., & Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse.* Madrid.
- Grath, M. (1970).
- Griffith, J. (2006). *A Compositional Analysis of the Organizational Climate-Performance Relation: Public Schools as Organizations. Journal of Applied Social Psychology.*
- Gronlund, A. (2007). *More control less conflicts? Job demand - control, gender and work-family conflicts".*
- Harrison, W. (1983). *A social competence model of burnout.*
- Hellriegel. (2004). *Comportamiento Organizacional.* México.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación.*
- Hoppock, R. (1935). *Job Satisfaction.*
- Jex, S., & Britt, T. (2008). *Organizational psychology: A scientist - practitioner approach.* NJ.
- Johnson, J., & Hall, E. (1988). *Job strain, workplace social support, and cardiovascular disease: A cross sectional study of a random sample of the Swedish working population Am J Public Health.*

- Karasek. (1979). *Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. Administrative science quarterly.*
- Karasek, R. (1985). *Job Content Questionnaire and user's guide.*
- Kidwell, R., & Martin, C. (2005). *Managing Organizational Deviance, Sage Thousand Oaks. London & New Delhi.*
- Kroemer, K., Kroemer, H., & Kroemer, E. (2003). *Ergonomics: how to design for easy efficiency.*
- Landsbergis, P. (1988). *Occupational Stress among health care workers: a test of a job demands-control model.*
- Leone, S., Huibers, M., & Kotherus, J. (2009). *The temporal relationship between burnout and prolonged fatigue: a 4 year prospective cohort study.*
- Locke, E. (1976). *The nature and causes of job satisfaction", in Dunnette. Handbook of industrial and organizational psychology.*
- Lopez, F., Bernal, L., & Cánovas, A. (2001). *Satisfacción Laboral de los profesionales de un hospital comarcal de Murcia.*
- Lozano, A., & Montalbán, M. (1999). *Algunos predictores psicosociales de burnout.*
- Lozano, A., & Montalbán, M. (1999). *Psychosocial predictors of burnout. Gestión Hospitalaria.*
- Martin, P., Salanova, & Peiró. (2007). *Job demands, job resources and individual innovation at work: Going beyond Karasek's model.*
- Marx, K. (1990). *Capital: A critique of political economy.* London: Penguins Book.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring.*
- Maslach, C. J. (1986). *Maslach burnout inventory.*
- Maslach, C., & Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout inventory.*
- Melia, J., & Berrecil, M. (2007). *Psychosocial courses of stress and burnout in the construction sector: A structural equation model.*
- Metzner RJ, F. F. (2001). *Fatigue and workability in twelve-hour fixed shifts. Rev Saúde Pública.*
- Mikkelsen, A., Øgard, & Landsbergis. (2005). *"The effects of new dimensions of psychological job demands and job control on active learning and occupational health".*
- Mikkelsen, Ø. L. (2005).
- Milkovich, G., & Boudreau, J. (1994). *El Desarrollo de Carrera.* México.
- Moreno, B., & Báez, C. (2010). *"Factores y riesgos psicosociales, formas y consecuencias, medidas y buenas prácticas".* España.

- Morris, J., & Feldman, D. (1996). *The dimensions, antecedents, and consequences of emotional labor*.
- Muñoz, M., Lopéz, S., Fernández, B., Medina, M., Pérez, I., & Torrente, M. (2001). *Study about "burnout" in the U.C.I.*
- Naringa, G., Briet, M., & Brouwers, A. (2006). *Beyond demand-control: Emotional labour and symptoms of burnout in teachers*.
- Olavarrieta S, d. I. (2007). *Implicaciones biológicas y psicosociales del trabajo a turnos en la mujer: un estudio en enfermeras*. Madrid.
- Oliver, C. (1993). *El Burnout como síndrome específico*. Madrid.
- Onne, J. (2003). *Innovative Behavior and Job Involvement at the Price of Conflicts and Less Satisfactory Relations with Co-Workers* *Journal of Occupational and Organizational Psychology*.
- Pella, M. (2004). *Nursing*.
- Podsakoff, N., LePine, J., & LePine, M. (2007). *Differential challenge stressor-hindrance stressor relationship with job attitude, turnover intentions, turnover, and withdrawal behaviour: a meta-analysis*.
- Polo, A., & Gloria, E. (1989). *Condiciones de trabajo y nivel de estrés laboral, de las enfermeras del servicio de emergencia de instituto peruano de seguridad social* Guillermo Almenara Irigoyen.
- Pons, F. (2009). *Variables Psicológicas y Organizacionales Relacionadas con la Conducta de Innovación en las Organizaciones*.
- Rafferty, J., Friend, R., & Landsbergis, P. (2001). *The association between job skill discretion, decision authority and burnout*.
- Revicki DA, M. H. (1989). *Organizational Characteristics, Occupational Stress, and Mental Health in Nurses*.
- Rubin, R., Staebler Tardino, V., & Daus, C. (2005). *A reconceptualization of the emotional labor construct: On the development of an integrated theory of perceived emotional dissonance and emotional labor*.
- Ruzafa, M., Madrigal, M., Valendrino, A., & López, L. (2008). *Satisfacción laboral de los profesionales de enfermería españoles que trabajan en hospitales ingleses*.
- Sackett, P. (2002). *The structure of counterproductive work behaviors: dimensionality and relationships with facets of job performance*.
- Sacks, K. (1982). *Sister and Wives. The Past and Future of Sexual Equality*. Chicago.
- Sarrais, F., & de Castro, M. (2007). *El insomnio. An Sist Sanit Navar*.
- Schaufeli, W., & Bakker, A. (2004). *Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study*.

- Schaufeli, W., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: a critical analysis*. London: Taylor & Francis.
- Schmidt, F., & Hunter, J. (1992). *Development of causal models of processes determining job performance*.
- SECOM. (2010). *Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Quito.
- Shuterland, V., & Cooper, C. (1992). *Understanding stress: A psychological perspective for health professional*. London.
- Smith L, Folkald S, Tucker P, Macdonald. (1998). *Work shift duration: a review comparing eight hour and 12 hour shift systems*. *Occup Environ Med*.
- Spector, & Fox. (2002). *Employee control and occupational stress*. *Current Directions in Psychological Science*.
- Treviño, L., & Youngblood, S. (1990). *Bad apples in bad barrels: A causal analysis of ethical decision - making behavior*.
- Tucker, P., Barton, J., & Folkard, S. (1996). *Comparison of eight and 12 hour shifts: impacts on health, wellbeing, and alertness during the shift*. *Occup Environ Med*.
- Turnipseed, D. (1994). *An Analysis of the Influence of Work Environment Variables and Moderators on the Burnout Syndrome*.
- Velluti, R., & Pedemonte, M. (2004). *Fisiología de la vigilia y el sueño*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana.
- Vermeulen, M., & Mustard, C. (2000). *Gender differences in job strain, social support at work, and psychological distress*. *Journal of Occupational Health Psychology*.
- Viswesvaran, C. (2001). *Assessment of Individual job Performance: A review of the Past Century and a Look Ahead*. *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*.
- Wagstaff, A., & Sigstad. (2011). *Shift and night work and long working hours – a systematic review of safety implications*.
- Wall, T., Jackson, & Mullahey, S. (1995). *Further evidence on some new measures of job control, cognitive demands and production responsibility*.
- Warr, Cook, & Wall. (1979). *Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being*.
- Yip, B., Rowlinson, S., & Siu, O. (2008). *Coping strategies as moderators in the relationship between role overload and burnout*. *Construction Management and Economics*.
- Zapf, D., Mertini, H., Seifert, C., & Vogt, C. (1999). *Frankfurt Emotion Work Scales*.
- Zapf, D., Vogt, C., Seifert, C., Mertini, H., & Isic, A. (1999). *Emotion work as a source of stress. The concept and development of an instrument*.



CAPÍTULO X: ANEXOS

9. ANEXOS

ANEXO 1: CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA LABORAL

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA LABORAL

Solicitamos su colaboración en un proyecto de investigación del Departamento de Salud de Valencia La Fe, el Departamento de Psicología Social y de las Organizaciones de la UNED, y la Universidad Politécnica de Valencia, sobre la Calidad de Vida Laboral en el sector sanitario ecuatoriano, investigación a realizarse en la ciudad de Valencia - España. Su participación es totalmente **anónima y confidencial** por lo que le rogamos que conteste con sinceridad.

INSTRUCCIONES GENERALES:

1. Lea con detenimiento cada una de los enunciados y responda -según se indique- la casilla o número que mejor exprese su opinión.
2. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que exprese su propia experiencia. Estamos interesados en su opinión, por lo tanto, es muy importante que responda con sinceridad. Por favor, no se salte ninguna pregunta.
3. Si se equivoca y desea cambiar alguna respuesta, táchela y vuelva a responder.
4. El cuestionario se contesta aproximadamente en 20 minutos.

Muchas gracias por su colaboración

A. Señale su grado de satisfacción con los diferentes aspectos de su trabajo. Responda utilizando la siguiente escala:

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
 Muy Indiferente Muy
 Insatisfecho Satisfecho

1. Las condiciones físicas del trabajo	1	2	3	4	5	6	7
2. La libertad para elegir su propio método de trabajo	1	2	3	4	5	6	7
3. Sus compañeros de trabajo	1	2	3	4	5	6	7
4. El reconocimiento que obtiene por el trabajo bien hecho	1	2	3	4	5	6	7
5. Su superior inmediato	1	2	3	4	5	6	7
6. La responsabilidad que se le ha asignado	1	2	3	4	5	6	7
7. Su salario	1	2	3	4	5	6	7
8. La posibilidad de utilizar sus capacidades	1	2	3	4	5	6	7
9. Las relaciones entre la dirección y los trabajadores del hospital	1	2	3	4	5	6	7
10. Sus posibilidades de promocionar	1	2	3	4	5	6	7
11. El modo en el que el hospital está gestionado	1	2	3	4	5	6	7
12. La atención que se presta a las sugerencias que hace	1	2	3	4	5	6	7
13. Su horario de trabajo	1	2	3	4	5	6	7
14. La variedad de las tareas que realiza en su trabajo	1	2	3	4	5	6	7
15. Su estabilidad en el empleo	1	2	3	4	5	6	7
16. En general, considerando todos los aspectos de anteriores su trabajo, su grado de satisfacción es:	1	2	3	4	5	6	7

B. En qué grado, las siguientes situaciones le han podido producir tensión y estrés en su puesto de trabajo. Responda utilizando la siguiente escala.

1-----	2-----	3-----	4-----	5-----	6-----	7-----
Ninguna	Muy poca	Alguna	Moderada	Bastante	Mucha	Extrema
Tensión	Tensión	Tensión	Tensión	Tensión	Tensión	Tensión

1. Mi empleo requiere trabajar muy deprisa	1	2	3	4	5	6	7
2. Tengo que trabajar mucho	1	2	3	4	5	6	7
3. No tengo tiempo suficiente para conseguir terminar mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7
4. En mi trabajo me piden a menudo que haga cosas incompatibles	1	2	3	4	5	6	7
5. Mi trabajo requiere que me concentre durante mucho rato en lo que estoy haciendo	1	2	3	4	5	6	7
6. A menudo me interrumpen en el trabajo y que tengo que volver a ponerme a hacerlo más tarde	1	2	3	4	5	6	7
7. Tengo que trabajar contrarreloj	1	2	3	4	5	6	7
8. A menudo mi trabajo se retrasa porque debo esperar a que terminen otras personas o departamentos	1	2	3	4	5	6	7
9. Mi trabajo requiere que aprenda cosas nuevas	1	2	3	4	5	6	7
10. Mi trabajo requiere que sea creativo/a	1	2	3	4	5	6	7
11. Mi trabajo me permite tomar muchas decisiones por mi cuenta	1	2	3	4	5	6	7
12. Mi trabajo requiere un alto nivel de capacitación	1	2	3	4	5	6	7
13. Tengo margen de libertad para decidir cómo hacer mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7
14. En mi trabajo llego a hacer una gran cantidad de cosas diferentes	1	2	3	4	5	6	7
15. Tengo mucha influencia sobre lo que pasa en mi trabajo cada día	1	2	3	4	5	6	7
16. Tengo la oportunidad de trabajar en lo que mejor sé hacer	1	2	3	4	5	6	7
17. Mis compañeros de trabajo son competentes.	1	2	3	4	5	6	7
18. Mis compañeros de trabajo se interesan por mí como persona	1	2	3	4	5	6	7
19. Mis compañeros de trabajo son agradables	1	2	3	4	5	6	7
20. Mis compañeros de trabajo me ayudan a sacar el trabajo adelante	1	2	3	4	5	6	7
21. Mis compañeros de trabajo fomentan el trabajo en equipo	1	2	3	4	5	6	7
22. A mi jefe le preocupa el bienestar de los que trabajan con él	1	2	3	4	5	6	7
23. Mi superior presta atención a lo que le digo	1	2	3	4	5	6	7
24. Mi superior me ayuda a sacar el trabajo adelante	1	2	3	4	5	6	7
25. Mi superior consigue que la gente trabaje en equipo	1	2	3	4	5	6	7

C. Por favor, indique con qué frecuencia experimenta en su trabajo cada una de las experiencias que describimos a continuación, con la siguiente escala:

- Nunca 0
- Alguna vez al año o menos 1
- Una vez al mes o menos 2
- Algunas veces al mes 3
- Una vez por semana 4
- Algunas veces por semana 5
- Todos los días 6

1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado/a.	0	1	2	3	4	5	6
2. Al final de la jornada me siento agotado/a.	0	1	2	3	4	5	6
3. Me encuentro cansado/a cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
4. El trabajo diario es realmente una tensión para mí.	0	1	2	3	4	5	6
5. Pienso que puedo resolver con eficacia los problemas que me surgen en el trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
6. Me siento "quemado/a" por el trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
7. Pienso que estoy haciendo una contribución significativa a los objetivos de este hospital. .	0	1	2	3	4	5	6
8. Creo que desde que empecé en este puesto he ido perdiendo el interés por mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
9. Pienso que he perdido el entusiasmo por mi profesión.	0	1	2	3	4	5	6
10. Creo que soy bueno/a en mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
11. Me siento estimulado/a cuando logro algo en el trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
12. Creo que he logrado muchas cosas que valen la pena en este trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
13. Sólo deseo hacer mi trabajo y que no me molesten.	0	1	2	3	4	5	6
14. Creo que me he vuelto más cínico/a en mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
15. Dudo de la importancia de mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
16. Creo que tengo confianza en mí eficacia para alcanzar los objetivos de este hospital.	0	1	2	3	4	5	6

D. Valore los siguientes ítems según su grado de acuerdo o desacuerdo utilizando la siguiente escala.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
 Muy Indiferente Muy
 en desacuerdo de acuerdo

1. Me gustaría continuar el resto de mi carrera profesional en este hospital.	1	2	3	4	5	6	7
2. Siento de verdad, que cualquier problema en este hospital, es también mi problema.	1	2	3	4	5	6	7
3. Trabajar en este hospital significa mucho para mí.	1	2	3	4	5	6	7
4. En este hospital me siento como en familia.	1	2	3	4	5	6	7
5. Lamentablemente tengo muy pocas opciones de trabajo si decido abandonar este hospital. .	1	2	3	4	5	6	7
6. Creo que si dejara este hospital no tendría muchas opciones de encontrar otro trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
7. Ahora mismo trabajo en este hospital por necesidad.	1	2	3	4	5	6	7

E. Hasta qué punto considera que en su equipo de trabajo se están consiguiendo los siguientes objetivos. Utilice la siguiente escala:

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
 Nada Muy poco Poco Algo Bastante Mucho Muchísimo

1. El rendimiento de mi equipo de trabajo es el adecuado	1	2	3	4	5	6	7
2. Se cumplen los procesos de calidad establecidos	1	2	3	4	5	6	7
3. El grado seguridad y salud laboral es el óptimo	1	2	3	4	5	6	7
4. Los miembros de mi equipo hacen sugerencias innovadoras para mejorar el rendimiento de nuestro equipo de trabajo	1	2	3	4	5	6	7
5. Se siguen las normas e instrucciones del Hospital con cuidado	1	2	3	4	5	6	7
6. El grado de ausentismo injustificado de sus compañeros de equipo es reducido.	1	2	3	4	5	6	7

F. Responda, por favor, a las siguientes preguntas valorando su grado de acuerdo o desacuerdo a cada una de las afirmaciones que describimos a continuación, con la siguiente escala:

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6

Totalmente Sin opinión Totalmente

en desacuerdo de acuerdo

1. Usualmente mi trabajo me hace sentir al límite de mis capacidades	0	1	2	3	4	5	6
2. Usualmente cuando despierto, tengo temor de ir a trabajar	0	1	2	3	4	5	6
3. Usualmente me pregunto cuánto tiempo puedo continuar con mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
4. Usualmente siento que sólo vivo para trabajar.	0	1	2	3	4	5	6
5. En mi trabajo esperan demasiado de mí.	0	1	2	3	4	5	6
6. Me queda poca energía después de una jornada de trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
7. Después de trabajar y cuando llego a casa, usualmente me siento agotado.	0	1	2	3	4	5	6
8. Mi trabajo diario consume toda mi energía.	0	1	2	3	4	5	6
9. Usualmente tengo mucha energía cuando estoy con mi familia o mis amigos.	0	1	2	3	4	5	6
10. Usualmente tengo energía para realizar mis pasatiempos y otra actividad, después de mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
11. Entre los cambios de turno, nunca tengo suficiente tiempo para recuperar completamente mi energía	0	1	2	3	4	5	6
12. Si estoy cansado del turno de trabajo, puedo recuperarme para comenzar el siguiente turno	0	1	2	3	4	5	6
13. Entre los cambios de turno pocas veces recupero totalmente mi fuerza	0	1	2	3	4	5	6
14. No es un problema para mí recuperarme de la fatiga, entre cambios de turno.	0	1	2	3	4	5	6
15. Con frecuencia continúo fatigado luego de terminar un turno de trabajo y antes de iniciar el siguiente	0	1	2	3	4	5	6



- G. Todas organizaciones distribuyen recursos, crean normas y procedimientos y evalúan a sus empleados de una manera lo más imparcial, equitativa o justa posible. Las siguientes preguntas se refieren a su percepción de cómo se realizan estos procesos en el Hospital. En qué medida cree que:**

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
 Muy poco Indiferente Mucho

1. Ha podido expresar sus puntos de vista y sentimientos durante el proceso.	1	2	3	4	5	6	7
2. Esos procedimientos se han aplicado sin sesgos.	1	2	3	4	5	6	7
3. Esos procedimientos se han basado en información adecuada.	1	2	3	4	5	6	7
4. Su situación refleja lo que usted ha contribuido al Hospital.	1	2	3	4	5	6	7
5. Su situación está justificada, teniendo en cuenta su rendimiento.	1	2	3	4	5	6	7
6. Le han tratado de manera digna.	1	2	3	4	5	6	7
7. Le han tratado con respeto.	1	2	3	4	5	6	7
8. Le han explicado los procedimientos detenidamente.	1	2	3	4	5	6	7
9. Le ha comunicado los detalles de forma oportuna.	1	2	3	4	5	6	7
10. Ha ajustado las comunicaciones a las necesidades específicas de cada momento.	1	2	3	4	5	6	7



H. Valore los ítems utilizando la siguiente escala.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
 Muy Indiferente Muy
 en desacuerdo de acuerdo

1. Sustraer del Hospital materiales, medicinas u otros bienes	1	2	3	4	5	6	7
2. Destruye o pone en peligro productos, equipos o propiedades del Hospital	1	2	3	4	5	6	7
3. Engaña a los supervisores para tapar errores	1	2	3	4	5	6	7
4. Destruyen y/o falsifican documentos del Hospital	1	2	3	4	5	6	7
5. Malgasta el tiempo en la jornada de trabajo	1	2	3	4	5	6	7
6. Utiliza recursos del hospital sin autorización	1	2	3	4	5	6	7
7. Llega tarde al trabajo de forma intencionada	1	2	3	4	5	6	7
8. Se ausenta del trabajo sin motivo asistencial	1	2	3	4	5	6	7
9. Se ha puesto en peligro a compañeros/as por no seguir las normas de seguridad	1	2	3	4	5	6	7
10. Se ha puesto en peligro a enfermos/as por no seguir las normas de seguridad	1	2	3	4	5	6	7
11. Se realiza de forma intencional un trabajo que no se ajusta a los criterios de calidad	1	2	3	4	5	6	7
12. Hace de forma intencional un trabajo malo o incorrecto	1	2	3	4	5	6	7
13. Atiende mal a los enfermos/as	1	2	3	4	5	6	7
14. Trata mal a los compañeros/as	1	2	3	4	5	6	7
15. Trata mal a los superiores	1	2	3	4	5	6	7

INFORMACIÓN ADICIONAL

I. **Responda, por favor, a las siguientes preguntas sobre datos personales y laborales escribiendo las respuestas en los recuadros correspondientes:**

- **Edad:** _____ años
- **Sexo:** *(Ponga una cruz)*
 - Hombre
 - Mujer

II. **Nivel académico alcanzado** *(Ponga una cruz a la formación máxima alcanzada):*

- Sin estudios
- Estudios primarios- Graduado Escolar.
- Estudios secundarios – Bachillerato, Formación Profesional
- Estudios universitarios – Tercer Nivel
- Título de Doctor/a – Cuarto nivel

III. **¿Usted fuma?** *(ponga una cruz)*

- Si
- No

IV. **Categoría profesional en la que trabaja actualmente:** *(Ponga una cruz)*

- Enfermera/o
- Auxiliares de enfermería

V. **Unidad Funcional en la que trabaja** *(Ponga una cruz)*

- Servicio de Riñón
- Servicio de Neumología
- Servicio de Traumatología y Ortopedia
- Servicio Digestivo



VI. Tipo de contrato: *(Ponga una cruz)*

- Nombramiento
- Nombramiento provisional
- Contrato de trabajo o reemplazo temporal

VII. Turno: *(Ponga una cruz)*

- Mañanas fijas
- Mañanas y tardes
- Turno rotativo de 8 horas
- Turno 12 horas: ciclo de 5 semanas
- Turno 12 horas: ciclo de 6 semanas
- Otros

VIII. Número de Hijos dependientes de Vd.:

- Sin hijos/as
- Con 1 hijo/a
- Con 2 hijos/as
- Más de 2 hijos/as

IX. Número de personas mayores dependientes de Ud.: _____

X. Tiene reducción de jornada *(Ponga una cruz)*

- Si
- No

XI. En caso de que la respuesta sea afirmativa en qué % *(Ponga una cruz)*

- = < 15 %
- = > 16; = < 35 %
- = > 36 %



XII. En que franja horaria disfruta la reducción de jornada (ponga una cruz)

- Al inicio de la jornada
- Al finalizar la jornada
- Otros

XIII. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en el Ministerio de Salud Pública?

--	--

(años / meses)

XIV. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en su puesto actual?

--	--

(años / meses)

XV. ¿Cuántos Bajas por Incapacidad Temporal (IT) ha tenido Vd. en los últimos 12 meses?

Enfermedad Común: _____

Accidente Laboral: _____

Motivo de la baja: _____

XVI. Cuántos días laborales ha faltado al trabajo en los últimos 12 meses por Incapacidad Temporal (IT).

Enfermedad Común: _____

Accidente Laboral : _____

XVII. ¿Cuántos cambios de turno, por motivos personales, ha realizado en el último mes una vez fijados los turnos?

Número de cambios: _____



XVIII. ¿Qué facilidad/disponibilidad tiene para cambiar de turno? (Ponga una cruz)

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Muy poco Intermedio Mucho

XIX. ¿Número de días de Permisos Sin Sueldo que ha disfrutado en el último año?

- =< 15
- =>16, =< 30
- => 31

XX. Como se realiza el relevo profesional cuando se incorpora al turno de trabajo.

- Llego entre 1 y 15 min antes de la hora
- Llego en punto
- Llego entre 1 y 15 min después de la hora

XXI. Cuántos descansos y de qué duración realiza durante la jornada laboral

Número de Descansos

1 2 3 4 5

Duración en minutos:

--	--	--	--	--