



UNIVERSITAT
POLITÈCNICA
DE VALÈNCIA

CAMPUS D'ALCOI

*ESTUDIO DE LA INFLUENCIA DE LOS
TURNOS DE TRABAJO EN EL
AGOTAMIENTO, LA SATISFACCIÓN
LABORAL, EL DESEMPEÑO Y LAS
CONDUCTAS CONTRAPRODUCTIVAS,
EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE
UN HOSPITAL*

MEMORIA PRESENTADA POR:

MARÍA TOSTADO VILLAREJO

GRADO DE ADMINISTRACIÓN Y DIRECCIÓN DE EMPRESAS

Tutor del trabajo: Dr. Vicente Díez Valdés

Convocatoria de defensa: [septiembre, 2017]



ÍNDICES



ÍNDICE DE CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN	7
2.	ANTECEDENTES	10
2.1.	Evolución del Sistema Sanitario en España	10
2.2.	Impacto de la crisis en el Sistema Sanitario	12
2.3.	Riesgos psicosociales en el sector sanitario	15
2.4.	Influencia de los turnos de trabajo	18
3.	JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN	22
3.1.	Justificación de la investigación	22
3.2.	Objetivo e hipótesis de la investigación	23
4.	MODELO TEÓRICO Y VARIABLES	26
4.1.	Modelo Demanda-Control-Apoyo social	26
4.2.	Burnout o síndrome del quemado	28
4.3.	Fatiga	30
4.4.	Satisfacción laboral	31
4.5.	Desempeño laboral	33
4.6.	Conductas contraproductivas	34
4.7.	Justicia organizacional	35
5.	METODOLOGÍA	38
5.1.	Procedimiento	38
5.2.	Muestra	39
5.3.	Instrumentos de medida	42
5.3.1.	Satisfacción laboral	42
5.3.2.	Demandas - Control – Apoyo	45
5.3.3.	Burnout	48
5.3.4.	Desempeño laboral	51
5.3.5.	Fatiga	52
5.3.6.	Conductas contraproductivas	55
5.3.7.	Justicia	56
6.	RESULTADOS	58
6.1.	Análisis de correlación entre las variables	58
6.2.	Análisis de regresión	59
6.2.1.	Resultados relacionados con el agotamiento	60



6.2.2.	Resultados relacionados con el Cinismo	61
6.2.3.	Resultados relacionados con la fatiga crónica.	62
6.2.4.	Resultados relacionados con la fatiga aguda.	63
6.2.5.	Resultados relacionados con la Recuperación de turnos.....	64
6.2.6.	Resultados relacionados con la Satisfacción.	65
6.2.7.	Resultados relacionados con las conductas productivas.	66
6.2.8.	Resultados relacionados con el Desempeño.....	67
6.2.9.	Resultados relacionados con la Justicia	68
6.3.	Análisis de la varianza como un factor (ANOVA)	73
6.3.1.	Hipótesis 4: se espera que existan diferencias significativas respecto las medias de las variables de salud en función de los turnos de trabajo.	73
6.3.2.	Hipótesis 5: se espera que existan diferencias significativas respecto las medias de las variables organizacionales en función de los turnos de trabajo.....	75
6.3.3.	Hipótesis 6: se espera que la edad se relacione de forma directa con la salud y los resultados organizacionales.	76
6.3.4.	Hipótesis 7: se espera que el sexo se relacione con las variables de la salud. ...	77
6.3.5.	Hipótesis 8: se espera que haya diferencias significativas en las variables organizacionales en función de la categoría profesional.....	78
6.3.6.	Hipótesis 9: se espera que existan diferencias significativas en las variables de salud y organizacionales en función de las unidades funcionales.	79
7.	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	84
8.	LIMITACIONES DEL ESTUDIO E IMPLICACIONES PRÁCTICAS.....	89
9.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	92
10.	ANEXOS	95
	ANEXO 1: Cuestionario de la evaluación de la calidad de vida laboral	95

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Teoría bifactorial de Herzberg.....	32
Tabla 2: Estadísticos descriptivos de la variable Edad	39
Tabla 3: Estadísticos descriptivos de la variable Sexo.....	39
Tabla 4: Estadísticos descriptivos de la variable Categoría profesional.....	40
Tabla 5: Estadísticos descriptivos de la variable Tipo de contrato.....	40
Tabla 6: Estadísticos descriptivos de la variable Turno	41
Tabla 7: Estadísticos descriptivos de la variable Unidad funcional.....	41
Tabla 8: KMO y prueba de esfericidad de Bartlett de la escala de la Satisfacción Laboral.....	43
Tabla 9: Análisis factorial de los ítems de la escala Satisfacción Laboral.....	43
Tabla 10: Análisis estadístico de la consistencia interna de los ítems de Satisfacción Laboral ..	44
Tabla 11: KMO y prueba de esfericidad de Bartlett de la escala de Demanda – Control – Apoyo	45
Tabla 12: Análisis factorial de los ítems de la escala Demanda – Control Apoyo	46
Tabla 13: Análisis estadístico de la consistencia interna de los ítems de la escala Demanda – Control- Apoyo	47
Tabla 14: KMO y prueba de esfericidad de Bartlett de la escala de Burnout	48
Tabla 15. Análisis factorial de los ítems de la escala Burnout.....	49
Tabla 16. Análisis estadístico de la consistencia interna de la escala Burnout.....	50
Tabla 17: Análisis estadístico de la consistencia interna de los ítems de la escala Desempeño	51
Tabla 18: KMO y prueba de esfericidad de Bartlett de la escala Recuperación por Agotamiento	52
Tabla 19: Análisis factorial de los ítems de la escala de Recuperación por Agotamiento	53
Tabla 20: Análisis estadístico de la consistencia interna de los ítems de la escala de Recuperación por Fatiga	54
Tabla 21: Análisis estadístico de la consistencia interna de los ítems de la escala Conductas Contraproductivas.....	55
Tabla 22: Análisis estadístico de la consistencia interna de los ítems de la escala Justicia	56
Tabla 23: Descriptivos, fiabilidades y correlaciones entre variables	59
Tabla 24: Ecuación de regresión para predecir el Agotamiento	60
Tabla 25: Ecuación de regresión para predecir el Cinismo	61
Tabla 26: Ecuación de regresión para predecir la fatiga crónica	62
Tabla 27: Ecuación de regresión para predecir la Fatiga aguda.....	63



Tabla 28: Ecuación de regresión para predecir la Recuperación de turnos.....	64
Tabla 29: Ecuación de regresión para predecir la Satisfacción	65
Tabla 30: Ecuación de regresión para predecir las Conductas contraproductivas	66
Tabla 31: Ecuación de regresión para predecir el Desempeño.....	67
Tabla 32: Ecuación de regresión para predecir la Justicia	68
Tabla 33: Ecuación de regresión para predecir la Justicia de procedimiento.....	69
Tabla 34: Ecuación de regresión para predecir la Justicia distributiva	70
Tabla 35: Ecuación de regresión para predecir la Justicia interpersonal.....	71
Tabla 36: Ecuación de regresión para predecir la Justicia informacional	72
Tabla 37: Análisis de la varianza del agotamiento, cinismo, fatiga crónica, fatiga aguda y recuperación de turnos en función de los turnos de trabajo.	74
Tabla 38: Análisis de la varianza de la Satisfacción, Desempeño, Conductas Contraproductivas y Justicia en función de los turnos de trabajo	75
Tabla 39: Análisis de la varianza en función de la edad.....	76
Tabla 40: Análisis de la varianza del agotamiento, cinismo, fatiga crónica, fatiga aguda y recuperación de turnos en función del Sexo.	77
Tabla 41: Análisis de la varianza en función de la categoría profesional.....	78
Tabla 42: Análisis de la varianza en función de la unidad funcional.....	79
Tabla 43: Medias de las variables sociodemográficas por unidad funcional.....	81
Tabla 44: medias de las variables de salud y organizacionales por unidad funcional	82
Tabla 45: Resumen resultados del estudio	85



CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años, el mercado laboral ha sufrido profundos procesos de cambio que han reorganizado las condiciones de trabajo y esto ha llevado a que la calidad de vida laboral se haya convertido en un factor fundamental dentro de las organizaciones.

La sociedad actual que funciona 24 horas al día obliga a las organizaciones y en consecuencia a los empleados a introducir horarios de trabajo que van en contra del ritmo natural de vida. Entre estos horarios destaca el horario por turnos que ha cobrado especial importancia por el impacto que tienen en la salud de quienes lo realizan.

Uno de los sectores donde estos turnos de trabajo son muy prolongados o irregulares es el sector sanitario, en especial en médicos y enfermeras, ya que se caracteriza por tener una gran demanda del servicio lo que conlleva la continuidad del mismo durante las 24 horas del día.

Los profesionales de enfermería y los auxiliares de enfermería forman el objeto de estudio del presente trabajo y que debido a su ámbito laboral están sometidos a largas jornadas laborales de 12 horas. Estas jornadas laborales junto con la carga laboral y el estrés diario al que están sometidos debido al contacto directo con los pacientes, a trabajar bajo situaciones críticas y la resolución de conflictos y de continuos cambios inciden en la salud y los resultados organizacionales, por ello se analizará en este estudio el posible impacto de los turnos laborales.

Para la elaboración del proyecto, se ha utilizado como antecedente los turnos laborales, según el modelo Demanda – Control - Apoyo social de Karasek, el cual representa una gran evidencia a la hora de explicar los efectos en la salud, producidos en este caso en profesionales del sector sanitario.

En cuanto a las variables consecuentes analizadas en este estudio son, por un lado, las variables relacionadas con la salud de los trabajadores orientado al agotamiento y cinismo, fatiga crónica, aguda y recuperación de turnos y, por otro lado, las variables relacionadas con los resultados organizacionales enfocadas en la satisfacción laboral, el desempeño, las conductas contraproductivas y la justicia. Para el análisis de las variables descritas se ha tomado una muestra de profesionales sanitarios, formados por enfermeras/os y auxiliares de enfermería de un hospital de la Comunidad Valenciana.

En primer lugar, se ha realizado una introducción del sector sanitario donde se describe su evolución y la influencia de la crisis económica, así como los riesgos psicosociales



que afectan a los profesionales sanitarios y la influencia que tienen los turnos laborales en los mismos.

Por último, una vez descrito el modelo se han analizado los resultados extraídos de la muestra realizados mediante un análisis factorial, un análisis de fiabilidad, un análisis correlacional, un análisis de regresión y un análisis de la varianza.



CAPÍTULO II: ANTECEDENTES

2. ANTECEDENTES

2.1. Evolución del Sistema Sanitario en España

Es importante conocer la evolución del Sistema Sanitario Español para entender la situación actual, por ello, se realizará un análisis del mismo destacando las características importantes y algunos hechos significativos.

Hasta finales del siglo XIX el Sistema Sanitario predominante era el de un país pobre, donde destacaba el sistema de beneficencia pública para los pobres. Tenía un carácter preventivo, solo intervenía cuando la situación podía tener consecuencias colectivas, es decir, prevenir problemas epidémicos, pero dejaban al margen la protección individual. Así la asistencia en caso de enfermedad, que no suponía un peligro para el resto de la población, no se encontraba cubierta. A lo largo del siglo XX el sistema sanitario presentará una evolución que irá acompañada del crecimiento económico del país. Durante este período nacen los seguros sociales y a partir de los años sesenta se consolida una importante estructura de Seguridad Social. En la parte final del siglo con la Constitución de 1978, el sistema Sanitario es el de un país rico, se universaliza la asistencia sanitaria y se convierte en un derecho para todos los ciudadanos.

Las líneas básicas del desarrollo del Sistema Sanitario están marcadas por las Constituciones de 1812, 1931 y 1978. Las prestaciones sanitarias en la etapa anterior corrían a cargo de cofradías, gremios y hermandades.

La influencia de ideas liberales propició en España la desaparición de la configuración sanitaria del Antiguo Régimen, y facilitó el progreso adaptando la organización de la sanidad a las exigencias y reformas sociales y administrativas que el pueblo y los nuevos tiempos reclamaban.

A partir de la constitución de 1812 hubo diversos intentos de sistematizar y organizar la sanidad, aunque las menciones que la Constitución hace a la salud eran escasas, con el tiempo llevaron a cabo importantes cambios que culminaron en La ley Orgánica de Sanidad del 28 de noviembre de 1855, que atribuye la competencia en materia sanitaria a la Dirección General de Sanidad, dependiente del Ministerio de la Gobernación.

En 1882 se crea la Sociedad Española de Higiene y en 1883 aparece la comisión de reformas sociales que tenía como objetivo el estudio de las cuestiones relacionadas con las mejoras de la clase obrera, agrícolas e industriales.

A partir del 1900, se empiezan a crear seguros para diversos sectores. En este año se promulga la Ley de Accidentes de Trabajo.

En 1908 se crea el Instituto Nacional de Previsión (INP). El INP fue considerado la primera institución oficial encargada de la Seguridad Social y de la asistencia sanitaria convirtiéndose en gestor de todos los servicios.

En el año 1923 se crea el subsidio maternal y en 1929 el seguro obligatorio de maternidad.

Con la Constitución de 1931 se reconoció un amplio abanico de derechos sociales, y por primera vez en España se podía hablar de seguros sociales.

El Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) se implantó por la Ley de 1942 que reconocía el derecho a la asistencia medico farmacéutica en caso de enfermedad común y maternidad, financiado por el estado, trabajadores y empresarios.

La ley de Principios del Movimiento Nacional promulgada en 1958 reconoce el derecho de todos los españoles a los beneficios de la Seguridad Social.

En los años sesenta se dio el proceso de transformación de los seguros sociales en un sistema integrado de Seguridad Social. En 1963 se promulgo la Ley de Bases de la Seguridad Social. Fue el momento en que se creó el Régimen General de la Seguridad Social gestionado por el Instituto Nacional de Previsión juntamente con las Mutualidades Obreras, cuyo objetivo principal era la implantación de un modelo unitario e integrado de protección social, gestión pública y participación del Estado en la financiación.

En 1977, la Seguridad Social pasa a depender del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.

La Constitución Española promulgada en 1978, garantiza el derecho a la protección de la salud de todos los ciudadanos. A partir de 1978 hasta 1995 se produce la reforma sanitaria en España y la construcción del Sistema Nacional de Salud. Desaparece el Instituto Nacional de Previsión (INP) y las funciones en materia de salud, sistemas de Seguridad Social y Servicios de Asistencia Social van a ser desarrolladas por tres nuevos organismos:

- Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), encargado de la gestión y administración de las prestaciones económicas de la Seguridad Social.
- Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO), para la gestión de servicios complementarios de las prestaciones del sistema de la Seguridad Social.
- Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), para la administración y gestión de servicios sanitarios.

Con la aprobación de la constitución y la instauración de la democracia, la prestación de la asistencia sanitaria toma nuevos enfoques. En 1986 se promulga la Ley General de Sanidad

con la que se crea el Sistema Nacional de Salud y en 1989 se universaliza el derecho a la asistencia sanitaria pública. Además, establece el derecho de los ciudadanos a obtener los medicamentos y productos necesarios para su salud. Después de la Ley General de Sanidad, transfirieron las competencias de gestión de servicios sanitarios a las comunidades autónoma.

En el año 2002, se modificó la estructura del ministerio de sanidad y consumo y se transformó la antigua INSALUD en el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Un año después, se promulga la Ley de Cohesión y Calidad con el objetivo de garantizar la equidad, el acceso de todos los ciudadanos del Estado español e igualdad de condiciones a todas las prestaciones y asegurar la coordinación y cooperación entre las comunidades autónomas.

El proceso de universalización de la cobertura constituye uno de los logros más claros del proceso de creación del Estado de Bienestar en España, al ampliar el acceso a las prestaciones del sistema sanitario público a toda la población española.

Por lo tanto, los aspectos más relevantes recogidos en la Ley General de Sanidad se concretan en:

- Financiación pública de la asistencia a través de impuestos.
- Acceso universal para todos los ciudadanos.
- Gratuidad de las prestaciones en el momento de recibirlas.
- Definición de los derechos y deberes de los ciudadanos y de los poderes públicos.
- Descentralización de competencias sanitarias en las CCAA, que son las responsables de la gestión del sistema.
- Prestación de atención integral a la salud con niveles de calidad adecuados y controlados.
- Coordinación interterritorial garantizada.

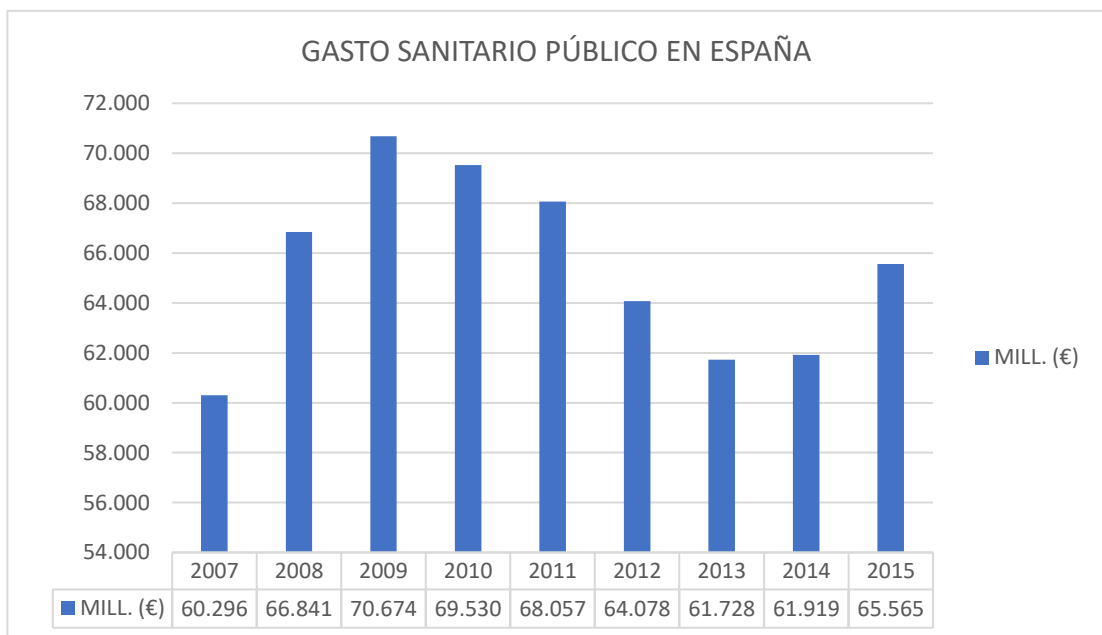
2.2. Impacto de la crisis en el Sistema Sanitario

La crisis económica y fiscal del año 2008 ha llevado consigo duras políticas de consolidación fiscal y austeridad en los servicios públicos, que han influido en la sostenibilidad sanitaria.

Desde 2009 se ha producido un descenso del gasto público tanto en protección social como en educación y salud. El sistema sanitario ha sido sujeto de este tipo de medidas de ajuste financiero, acompañadas de iniciativas que promueven la privatización de su gestión y de los servicios prestados. Todas estas medidas incrementan las necesidades no cubiertas y las desigualdades sociales en la utilización de los servicios sanitarios y en el estado de salud.

En el gráfico que se muestra a continuación se observa, como años antes de que España sufriera la crisis, la partida de gasto sanitario público aumentó y tras la entrada de la crisis, a partir del año 2009, el gasto empezó a disminuir progresivamente hasta el año 2014, donde hubo un pequeño incremento. En el año 2015, por segundo año consecutivo se produce un incremento respecto al año anterior. Este descenso, en el periodo de 2009 al 2013, se produce a raíz de las políticas de recortes llevadas a cabo.

Gráfico 1: Evolución del gasto Sanitario público español



Fuente: Elaboración propia a través de los datos extraídos en la página del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Este proceso de recortes se ha producido en todas las comunidades autónomas sin excepción, pero cuya intensidad ha variado mucho de unas a otras. Las comunidades autónomas con mayores problemas de déficit realizaron ajustes más profundos en sus servicios sanitarios. Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Cataluña y Andalucía han aplicado reducciones importantes. En cambio, País Vasco, Madrid, Castilla y León y Galicia presentan ajustes muchos más suaves.

Una de las partes más afectadas por estos recortes es la de los profesionales del sector, que se han visto perjudicados por: la reducción del número de trabajadores, 55.000 trabajadores menos en la sanidad pública en España en 2014 respecto a 2009, y la bajada de los salarios. Estos recortes empeoran las condiciones de trabajo del personal sanitario y, en consecuencia, de la calidad asistencial.

Principalmente las medidas de carácter organizativo están teniendo efectos importantes en el aumento de las listas de espera. En el caso de España, la OCDE señala que el

tiempo de espera mejoró considerablemente y se redujo entre los años 2006 y 2010, pero ha ido aumentando a partir de entonces como consecuencia directa de los recortes sanitarios, de la falta de incorporación de nuevo personal, de jubilaciones masivas y de cierres y reorganizaciones de centros.

El “*Real Decreto Ley (RDL) 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad seguridad de sus prestaciones*”, supone cambios fundamentales en el sistema sanitario público:

- Reformar el aseguramiento en el SNS
- Modificar y ordenar la Cartera de Servicios del SNS
- Mejorar la eficiencia de la oferta sanitaria
- Racionalizar la oferta y la demanda farmacéutica (copagos)

En cuanto a los cambios en el SNS relacionados con la regulación del acceso sanitario, el RDL 16/2012 modifica el principio de universalidad, que establecía la constitución de 1978, por un sistema de aseguramiento, que regula el acceso sanitario a través de la condición de asegurado y beneficiario, lo que provoca una quiebra del modelo de universalidad con pérdidas graves de derechos. Mediante esta regulación, se limita el derecho de atención sanitaria a algunos colectivos específicos como los jóvenes mayores de 26 años que no hayan cotizado, y especialmente a las personas inmigrantes irregulares, excluyéndolos de la asistencia sanitaria, salvo en los casos de urgencias, salud maternal y los menores de 18 años. Por lo tanto, el cierre de la atención primaria conllevará a un mayor uso de los servicios de urgencias y a un aumento de costes a medio y largo plazo como consecuencia de la no atención.

Ante los recortes sufridos y para poder mantener el sistema nacional de salud en una situación estable con el objetivo de financiar parte del gasto en sanidad, se han introducido los copagos, lo que supone la participación directa del paciente en parte del coste de los servicios sanitarios a la hora de su consumo.

La implantación de esta medida muestra que el copago tiene efectos negativos sobre la equidad. Además, de afectar directamente a la demanda de los servicios sanitarios, a la distribución de la renta y al estado de bienestar, así como a la propia salud del paciente.

El copago representa un obstáculo para acceder a los servicios sanitarios, en especial para las clases sociales con menos recursos, entre quienes inmigrantes, población infantil, personas de edad avanzada y con discapacidad, padecen más enfermedades crónicas y problemas de salud. Esto conlleva a una disminución en el estado de salud, ya que estos colectivos reducen el seguimiento de la medicación y el acceso a los servicios lo que se traduce a un aumento del gasto sanitario público al incrementar las complicaciones y los ingresos hospitalarios.

Esta situación va a someter al SNS a considerables tensiones y al riesgo de un deterioro claro de la oferta de servicios sanitarios públicos e incluso a un proceso de privatización acelerada de los mismos.

2.3. Riesgos psicosociales en el sector sanitario

Las interacciones entre las condiciones laborales, las características de la organización, las variables relacionadas con la persona determinan lo que conocemos como factores psicosociales. La Ley 31/95 de Prevención de Riesgos Laborales, define las condiciones de trabajo como: “cualquier característica del mismo que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y salud del trabajador”.

En los últimos tiempos, el estudio de los factores psicosociales se asocia frecuentemente a diversas investigaciones sobre estrés laboral, especialmente, a los enfoques de estímulo, es decir, aquellos centrados en la búsqueda de situaciones estresantes.

El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo define los **factores psicosociales** como “aquellas condiciones presentes en situaciones laborales directamente relacionadas con la organización del trabajo, el tipo de puesto, la realización de la tarea, e incluso con el entorno; que afectan al desarrollo del trabajo y a la salud (física, psíquica o social) de las personas trabajadoras”. Los términos organización del trabajo y factores organizativos son intercambiables en el contexto laboral con factores psicosociales para señalar las condiciones de trabajo que conducen al estrés.

Los factores psicosociales pueden favorecer o perjudicar la actividad laboral y la calidad de vida laboral de las personas. En el primer caso fomentan el desarrollo personal de los individuos, mientras que cuando son desfavorables perjudican su salud y su bienestar. En este último caso hablamos de **riesgo psicosocial**, que es fuente de estrés laboral, o estresor, y que tiene el potencial de causar daño psicológico, físico, o social a los individuos.

Las transformaciones tecnológicas, económicas y sociales ocurridas durante las últimas décadas del siglo XX han conducido a planteamientos y cambios radicales en los sistemas de trabajo. Estas nuevas transformaciones suponen un nuevo contexto en la actividad de la vida empresarial. El desarrollo y la implantación de nuevas formas de organización del trabajo requieren una gran capacidad de adaptación por parte de los trabajadores. Por lo general los cambios son una fuente adicional de estrés. Durante las últimas décadas se ha experimentado un fuerte incremento de las actividades laborales en los servicios y ello representa un cambio importante en las características de la actividad laboral y de su contexto. Lógicamente ello supone también la aparición de nuevos riesgos psicosociales y con ello nuevos retos para las empresas que han de prevenir esos riesgos y potenciar la salud de los trabajadores.

El informe publicado por la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo sobre estrés laboral y riesgos psicosociales en el trabajo revela que los cambios técnicos u organizativos en el mundo del trabajo, junto con los cambios socioeconómicos, demográficos y políticos, incluido el fenómeno de la globalización, han originado **riesgos psicosociales de carácter emergente** que están teniendo consecuencias sobre la salud de la población, pues influyen negativamente sobre la salud y la seguridad de los trabajadores. Estos riesgos han sido agrupados en cinco áreas:

- **Nuevas formas de contratación laboral**, que se caracterizan por la aparición de contratos de trabajo más precarios y la subcontratación, e inseguridad en el puesto de trabajo.
- **Envejecimiento de la población activa**, que la hace más vulnerables a la carga mental y emocional.
- **Intensificación del trabajo**, caracterizado por la necesidad de manejar cantidades de información cada vez mayores bajo una mayor presión en el ámbito laboral.
- **Fuertes exigencias emocionales en el trabajo**, junto con un incremento del acoso psicológico y de la violencia, en especial en los sectores de la asistencia sanitaria y de los servicios en general.
- **Desequilibrio y conflicto entre la vida laboral y personal**, debido a la falta de ajuste entre las condiciones de trabajo y contratación y la vida privada de las personas.

Dentro del sector sanitario, los riesgos psicosociales son de especial relevancia debido a que los profesionales trabajan en continua interacción con personas. Durante las últimas décadas, se ha desarrollado un creciente interés por el estudio del estrés y de los riesgos psicosociales relacionados con el trabajo, debido a la repercusión que éstos pueden tener sobre la salud de los trabajadores y la calidad de atención a los usuarios de los servicios sanitarios.

El estrés en los profesionales de la salud está originado por una combinación de variables físicas, psicológicas y sociales. Son profesionales en los que inciden especialmente estresores como la escasez de personal, que supone sobrecarga laboral, trabajo en turnos, trato con usuarios problemáticos, contacto directo con la enfermedad, con el dolor y con la muerte, falta de especificidad de funciones y tareas, lo que supone conflicto y ambigüedad de rol, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones, rápidos cambios tecnológicos, etc.

El **trabajo emocional** manifiesta este nuevo tipo de riesgos psicosociales. Un buen número de trabajos asistenciales y de servicios exigen hoy en día la autorregulación de las emociones, lo que ocasiona efectos de desgaste emocional: el trabajador tiene que mostrar emocionalmente lo que no siente. La exigencia del trabajo emocional es más importante mientras mayor es la necesidad de asegurar la satisfacción del cliente. El problema radica en la habitual conexión entre las emociones y las expresiones corporales. El autocontrol emocional,

positivo y negativo, supone un ejercicio continuo de control y regulación corporal, de representar un rol determinado, de actuar emocionalmente. No sólo se pide un resultado y un servicio, sino que la ejecución del mismo sea placentera y agradable, que muestre emociones positivas por lo que está haciendo y que sea reforzante para el paciente. El agotamiento resultante de esta constante actitud interna y externa puede resultar fatigante.

El trabajo emocional es representativo de algunos de los cambios que se están produciendo en el mercado laboral, y específicamente en el ámbito del mercado asistencial y de servicios consistente en la demanda por parte de la empresa de un esfuerzo íntegro de la persona que incluye los sentimientos que puede permitirse y debe mantener. El trabajo de servicios suele conllevar una demanda no sólo de tiempo, de dedicación y de esfuerzo sino de actitud. Las consecuencias de ello es que los resultados de deterioro físico y mental de la persona pueden ser fácilmente mayores.

Entre los riesgos psicosociales que más afectan al profesional sanitario cabe destacar el **síndrome de Burnout**. Aunque está ampliamente documentado que el síndrome de burnout puede afectar a cualquier tipo de trabajadores, se sabe que son quienes prestan algún tipo de asistencia, especialmente educadores y profesionales de la sanidad, los más proclives a padecerlo. Las consecuencias de padecer este síndrome afectan a la salud física y psicológica del profesional de enfermería, así como la calidad de los cuidados prestados y sus resultados en la salud de los pacientes. Los niveles de insatisfacción que se generan pueden desembocar en absentismo y bajas laborales, por lo que también afecta a las instituciones donde desarrollan su labor. La alta prevalencia del síndrome de burnout y los problemas que genera para los trabajadores y sus organizaciones han hecho que se considere una enfermedad laboral.

El síndrome de Burnout también conocido como desgaste o agotamiento profesional o “síndrome de quemarse por el trabajo” puede definirse como un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja autoestima personal (Maslach y Jackson, 1981):

- Agotamiento emocional: Refleja el cansancio físico y psíquico que produce el contacto permanente con los pacientes y se manifiesta por la realización a disgusto de las tareas.
- Despersonalización: Consiste en el desarrollo de actitudes negativas y pérdida de empatía con las dificultades y problemas que presenta el paciente. En esta fase aparecen síntomas de impotencia, desesperación y aumenta su sensación de agotamiento.
- Baja realización profesional: Se refiere a la falta de realización profesional, donde el sujeto tiende a evaluar su propio trabajo de forma negativa. Se produce un distanciamiento considerable de sus actividades lúdicas, sociales y familiares.

Debido a los problemas que ocasiona este trastorno resulta de gran interés profundizar en la comprensión del fenómeno del Burnout profesional, es decir, identificar los factores de riesgo asociados a su desarrollo, lo que permite no solo conocer mejor el problema, sino también, ayudar a establecer programas preventivos del mismo que ayudarían a minorar sus consecuencias negativas para los profesionales, para las organizaciones en las que trabajan y para los pacientes.

Por otra parte, otro de los riesgos psicosociales que afecta a los profesionales sanitarios es la **inseguridad laboral** influenciada por la crisis económica del país, que ha conllevado la implantación de recortes en los recursos y en el personal sanitario. Este contexto sociopolítico y económico implica una tasa de desempleo elevada y, por lo tanto, relaciones laborales inestables.

Se define como la incapacidad percibida para mantener la continuidad laboral ante una situación de amenaza del trabajo (Greenhalgh y Rosenblatt, 1984).

Además, esta inestabilidad e inseguridad laboral tiene un impacto negativo sobre los individuos hacia el trabajo que desempeñan como la falta de compromiso, una baja productividad y una baja empatía con los demás trabajadores de la organización.

2.4. Influencia de los turnos de trabajo

Debido a las necesidades económicas, de producción o sociales, es necesario establecer unos turnos de trabajo que permitan ofrecer una continuidad en los servicios prestados. Los turnos de trabajo tienen repercusión sobre el bienestar de los profesionales sanitarios, influyendo en su calidad de vida y, al mismo tiempo, influyendo en la calidad asistencial de los pacientes. La población sanitaria y en concreto los profesionales enfermeros, son uno de los colectivos afectados por el trabajo a turnos.

Según el Estatuto de los Trabajadores, el concepto de trabajo mediante turnos se define como *“toda forma de organización del trabajo en equipo según la cual los trabajadores ocupan sucesivamente los mismos puestos de trabajo, según un cierto ritmo, continuo o discontinuo, implicando para el trabajador la necesidad de prestar sus servicios en horas diferentes en un período determinado de días o de semanas”*.

Los sistemas de trabajo por turnos se consideran factores de riesgo y constituyen factores estresantes que cobran especial importancia. En muchas ocasiones, determinados turnos, por sus características de frecuencia, duración y calidad, son especialmente negativos para la salud del trabajador. Las jornadas prolongadas, los excesos en las tareas exigidas y las demandas por encima de las posibilidades del trabajador constituyen una fuente de estrés que se debe controlar si se quieren optimizar los rendimientos y la motivación del personal sanitario.

Los horarios de trabajo deben optimizarse tanto para los empleados como para los pacientes. La introducción de cambios de 12 horas en la jornada laboral ha sido un enfoque aplicado en los lugares de trabajo de los hospitales con la intención de mejorar la flexibilidad laboral para las enfermeras.

Los estudios respecto a los diferentes turnos y los que comparan los de 12 horas respecto a los de 8 horas coinciden en que el turno de 12 horas presenta más ventajas: menores niveles de estrés, mejores condiciones físicas y psicológicas, mejora del bienestar y de la calidad de sueño, así como mejoras en las relaciones familiares. Por el contrario, las principales preocupaciones son la fatiga y la seguridad del paciente.⁸ La fatiga produce un desgaste del rendimiento humano debido a factores como la privación del sueño, alteraciones del ritmo cardiaco y sobrecarga de trabajo, tanto físico como mental.

En la actualidad, los turnos de 12 horas son un enfoque usado con frecuencia para los sistemas de turno en muchos entornos hospitalarios. Muchas enfermeras son partidarias de este sistema, justificando que conduce a mejorar las relaciones con los pacientes, más facilidad para desplazarse al lugar de trabajo, una mejor calidad de tiempo libre, y un mejor tiempo de la familia. Sin embargo, los resultados de varios estudios sugieren que el riesgo de error es mayor cuando las enfermeras han trabajado por lo menos 12 h en un turno único y estará acompañado de síntomas como aumento de la ansiedad, disminución del tiempo de reacción, bajo rendimiento laboral, disminución de la motivación. Cualquier error tendrá un impacto en la seguridad del paciente, la calidad de la atención y los resultados de la enfermera.

También coexisten otras variables que pueden influir en el error, como la fatiga, el estrés y la combinación de habilidades.⁹

El metaanálisis realizado por Clendon J. y Gibbons V. (2015) sobre 5.429 publicaciones, de las cuales fueron seleccionadas 13 muestra los siguiente:

- Seis estudios informaron de que se producían tasas de error más altas para las enfermeras que trabajaban en turnos de 12 horas.
- Cuatro publicaciones informaron de tasas de error más altas en los turnos de hasta 8 horas.
- De los seis estudios que informaron de aumentos significativos en las tasas de error para las enfermeras que trabajaban 12 horas o más, representaban el 89% del tamaño total de la muestra.

Los errores de la práctica por las enfermeras pueden causar daño a los pacientes, familias, practicantes y a la profesión. El error humano es costoso en términos de mortalidad, sufrimiento del paciente, familia, lesiones y costos. La práctica responsable requiere que cada error conduzca al aprendizaje para que mejore la práctica futura. Por ello es necesario identificar

los errores y aprender de ellos para que sean prevenidos en el futuro, ya que la seguridad del paciente constituye la prioridad de los sistemas sanitarios.

También es importante llevar a cabo más investigaciones que ayuden a identificar aquellos factores que pueden reducir o evitar el riesgo de error en turnos de 12 horas.



CAPÍTULO III: JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

3. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Justificación de la investigación

La justificación de la investigación se centra en la necesidad de medir la relación entre diferentes variables que al interactuar entre sí pueden desencadenar eventos adversos, comúnmente llamados errores médicos, que inciden directamente en la seguridad del paciente y que influyen en la calidad asistencial.

La OMS promueve el objetivo de seguridad del paciente con la mejora de la atención de la salud y la reducción de las posibles consecuencias sanitarias: número de enfermedades, traumatismos y defunciones que sufren los pacientes al recibir atención sanitaria.

Una investigación llevada a cabo por los médicos de la Universidad John Hopkins, Martin Makary y Michael Daniel (2016), concluyen que en torno a 250.000 estadounidenses mueren cada año por errores médicos convirtiéndose en la tercera causa de muerte del país.

En España no se han realizado investigaciones al respecto, pero se calcula que entre 25.000 y 35.000 españoles mueren cada año por errores médicos y que el número de afectados que sufren algún daño por la equivocación de un profesional sanitario tiende a ser 20 veces mayor al de los muertos (Joe Kiani, 2017).

En la actualidad existe una preocupación en relación con las demandas o sobrecarga laboral y la duración de la jornada laboral.

La programación de los turnos de 12 horas se introdujo con la finalidad de mejorar la flexibilidad de las horas de trabajo para las enfermeras. Diversos estudios argumentan que el turno de 12 horas: mejora la calidad del trabajo, presenta menos niveles de estrés, facilita el transporte al trabajo, mejora las relaciones con el paciente, así como una mejor conciliación de la vida laboral y familiar (Estryn-Behar et al., 2012; O'Connor, 2011; Richardson et al., 2007). Sin embargo, muchos son los debates en la literatura científica sobre las desventajas del turno de 12 H que evidencian que las principales preocupaciones son: aumento de la fatiga y un mayor riesgo de errores (Chen et al., 2011, Geiger-Brown Y Trinkoff, 2010; Rogers et al., 2004).

Por lo tanto, dado el amplio debate sobre las jornadas laborales y la influencia del turno de 12 horas en el personal de enfermería, el estudio se basa en el análisis del impacto que puede tener la jornada laboral en la salud y los resultados organizacionales, en el personal sanitario (enfermería y auxiliares de enfermería) de un hospital de la Comunidad Valenciana.

3.2. Objetivo e hipótesis de la investigación

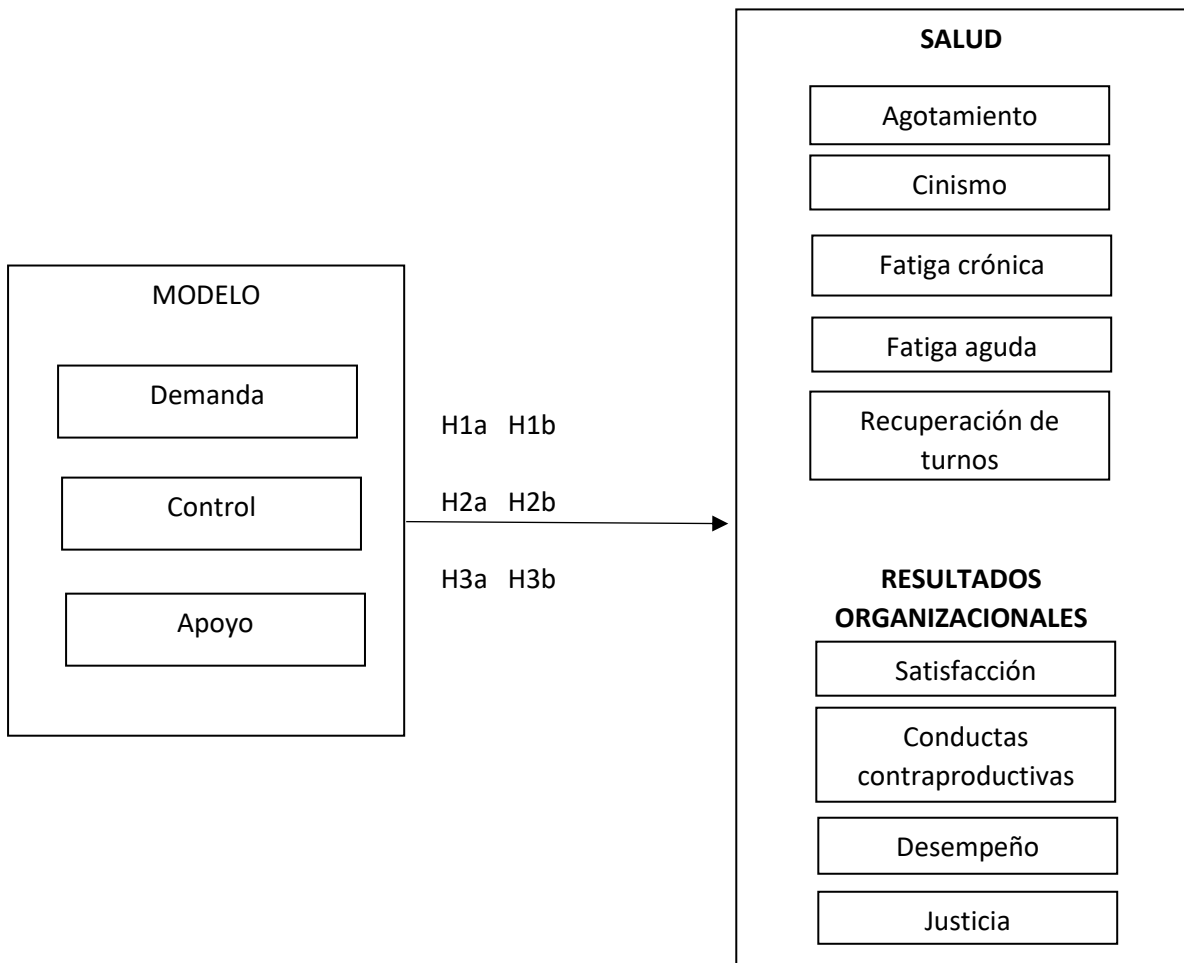
OBJETIVOS:

El objetivo de la investigación es conocer cómo afectan las variables del Modelo Demanda - Control - Apoyo, en variables relacionadas con la salud laboral (agotamiento, cinismo, fatiga crónica, fatiga aguda y recuperación de turnos) y con los resultados organizacionales (satisfacción, conductas contraproductivas, desempeño y justicia). El segundo objetivo es estudiar el efecto de trabajar en un solo turno de 12 horas o más en comparación con trabajar en un turno de menos de 12 horas. La muestra estuvo compuesta por 101 profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería con turnos de 7 y 12 horas, en cuatro unidades hospitalarias.

HIPÓTESIS:

El estudio está formado por 8 hipótesis diferenciadas. A continuación, como se puede observar en la Figura 1, se mostrará el modelo teórico de estudio.

Figura 1: Modelo Teórico de la Investigación



De acuerdo con la figura 1 se han planteado las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1a: se espera que las demandas se relacionen de forma directa con la fatiga (crónica, aguda y recuperación de turnos) y el burnout (agotamiento y cinismo).

Hipótesis 1b: se espera que las demandas se relacionen de forma inversa con la satisfacción laboral, el desempeño y la justicia, y de forma directa con las conductas contraproductivas.

Hipótesis 2a: se espera que el control se relacione de forma inversa con la fatiga (crónica, aguda y recuperación de turnos) y el burnout (agotamiento y cinismo).

Hipótesis 2b: se espera que el control se relacione de forma directa con la satisfacción, el desempeño y la justicia, y de forma inversa con las conductas contraproductivas.

Hipótesis 3a: se espera que el apoyo se relacione de forma inversa con la fatiga (crónica, aguda y recuperación de turnos) y el burnout (agotamiento y cinismo).

Hipótesis 3b: se espera que el apoyo se relacione de forma directa con la satisfacción, el desempeño y la justicia, y de forma inversa con las conductas contraproductivas.

Hipótesis 4: se espera que existan diferencias significativas respecto las medias de las variables de salud en función de los turnos de trabajo.

Hipótesis 5: se espera que existan diferencias significativas respecto las medias de las variables organizacionales en función de los turnos de trabajo.

Hipótesis 6: se espera que la edad se relacione de forma directa con la salud y los resultados organizacionales.

Hipótesis 7: se espera que el sexo se relacione con las variables de la salud.

Hipótesis 8: se espera que haya diferencias significativas en las variables organizacionales en función de la categoría profesional.

Hipótesis 9: se espera que existan diferencias significativas en las variables de salud y organizacionales en función de las unidades funcionales.



CAPÍTULO IV: MODELO TEÓRICO Y VARIABLES

4. MODELO TEÓRICO Y VARIABLES

4.1. Modelo Demanda-Control-Apoyo social

El Modelo Demanda – Control - Apoyo social de Roberto Karasek describe y analiza situaciones laborales en las que los estresores son crónicos y hace énfasis en las características psicosociales del entorno de trabajo. Este modelo ha sido el más influyente, desde principios de la década de los 80, en la investigación sobre el entorno psicosocial del trabajo, estrés y enfermedad, así como el que mayor evidencia científica tiene a la hora de explicar los efectos en la salud.

Karasek observó que los efectos del trabajo, tanto en la salud como en el comportamiento, parecían ser resultado de la combinación de las demandas psicológicas laborales y de las características estructurales del trabajo relacionadas con la autonomía en la toma de decisiones y de demostrar las propias capacidades. Por ello, propuso un modelo bidimensional que integrase, por un lado, la demanda y, por otro lado, el control con el fin que se utilizara en diversos tipos de efectos psicosociales de las condiciones de trabajo.

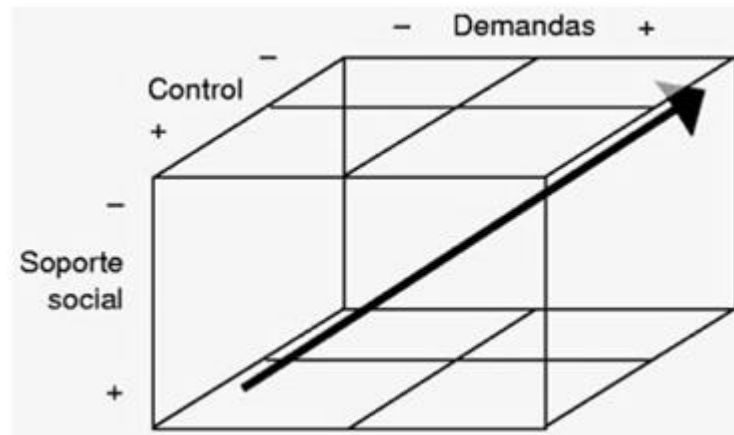
En la década de los 70, diversos estudios demostraron que se producían efectos en el estado de salud y en el comportamiento relacionados ambos, aunque de distinta manera, con dos dimensiones: las intensas demandas psicológicas y la capacidad de control.

De esta forma, las demandas psicológicas actuarían como mecanismos estresores, mientras que el grado de control que los trabajadores tienen en su tarea funcionaria como un mecanismo moderador de las demandas. Así, la tensión laboral surgiría en aquellas actividades cuyas exigencias del trabajo son elevadas y el grado de control es escaso. El estrés no depende tanto de tener una cantidad elevada de demandas, como del no tener capacidad de control para resolverlas.

Por otra parte, se había investigado la función modificadora de la relación entre estrés y enfermedad que desarrollaba una tercera variable: el apoyo social. En el año 1988, Johnson y Hall quiénes el modelo Demanda- Control introduciendo la dimensión de apoyo social.

El modelo de Karasek está formado por tres dimensiones: Demandas, control y apoyo social.

Figura 2: Modelo demanda-control-apoyo social, Karasek y Johnson, 1986.



Las demandas psicológicas son las exigencias psicológicas que el trabajo implica en la persona. Hacen referencia a cuánto se trabaja: cantidad o volumen de trabajo, presión del tiempo, nivel de atención, interrupciones imprevistas. Por lo tanto, tienen relación con el tipo de tarea.

El control es el recurso que modera las demandas del trabajo. Hace referencia al cómo se trabaja y presenta dos factores: la autonomía y el desarrollo de habilidades. La primera se refiere a la posibilidad de decisión sobre las propias tareas relacionadas con su trabajo. La segunda trata del grado en que el trabajo permite a la persona desarrollar sus propias capacidades como el aprendizaje, la creatividad y el trabajo variado.

El apoyo social hace referencia al clima social en el lugar de trabajo, es decir, a las relaciones sociales con los compañeros y superiores. Presenta dos factores: relación emocional que conlleva el trabajo y el grado de apoyo.

De acuerdo con el modelo, el mayor riesgo de problemas físicos y psicológicos se darían en trabajos caracterizados por altas demandas, bajo control y bajo apoyo social. El modelo propone que el apoyo social modera el impacto negativo de la alta tensión, es decir, cuando se producen altas demandas y bajo control.

Johnson y Hall predecían que incrementos del Control amortiguaban las altas demandas de forma más efectiva cuando se daban bajo condiciones de alto Apoyo social.

4.2. Burnout o síndrome del quemado

El burnout es un riesgo psicosocial frecuente en los profesionales de la salud y, en general, en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con personas, y está claramente relacionado con síntomas de estrés.

El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo define el síndrome de burnout como: *“una respuesta al estrés laboral crónico, integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado”*.

Las autoras Maslach y Jackson (1986), pioneras de estas investigaciones, describen el Burnout como un síndrome tridimensional caracterizado por el agotamiento emocional, la despersonalización y la falta de realización personal y profesional. El primer factor, agotamiento emocional, describe los estados afectivos del trabajador y se caracteriza por un agotamiento de la energía o de los recursos emocionales propios. El segundo factor, la despersonalización, está caracterizado por sentimientos negativos, actitudes y conductas de cinismo por parte del trabajador. El tercer factor, la baja realización personal, los trabajadores sienten un gran descontento e insatisfacción, acompañado de una evaluación negativa en sus resultados laborales.

El origen del síndrome del quemado se plantea en el entorno laboral y en las condiciones de trabajo, junto con las respuestas individuales al estrés. Por lo tanto, las variables que influyen en el desarrollo del síndrome del quemado se pueden dividir en dos grupos:

- **Variables personales:**

Las variables personales que influyen sobre la aparición del burnout son el sexo, la edad, el estado civil, la antigüedad en el trabajo, la personalidad y las psicopatologías y las estrategias de afrontamiento.

Con relación al sexo existen estudios que muestran que las mujeres obtienen mayores puntuaciones (Atance, 1997), mientras que otros estudios puntúan a los hombres como más quemados en su trabajo (Lozano y Montalbán, 1999; Muñoz et al, 2001b). En cuanto a la edad muchos estudios coinciden que hay un mayor nivel entre los 30 y 50 años, además se concluye que la tensión laboral disminuye a mayor edad y por tanto el grado de burnout es menor. Respecto al estado civil el grupo de separados y divorciados se relaciona con la baja realización personal (Atance, 1997); otros estudios señalan que son más propensos a padecerlo las personas casadas (Tello et al, 2002). En referencia a la antigüedad en el trabajo influye en el síndrome con mayor frecuencia entre los 5 y 10 años.

Por otro lado, las variables de personalidad y psicopatologías muestran que los rasgos de personalidad condicionados por una baja estabilidad emocional, baja autoestima y menor personalidad resistente ayudan a la aparición del burnout (Cebriá et al, 2001; Zellars, Perrewe y Hochwarter, 2000), así como psicopatologías tales como la ansiedad y la depresión (Aluja, 1997).

Por último, las estrategias de afrontamiento pueden diferir entre las personas que desarrollan el síntoma del quemado (Yela, 1996).

- **Variables organizacionales:**

Las variables organizacionales relacionadas con el síndrome de burnout son el clima laboral, el bienestar laboral, el grado de autonomía, la ambigüedad de rol, la falta de reciprocidad y el apoyo social.

Diversos estudios coinciden en que cuanto más positivo es el clima laboral (Cuevas, O´Ferrall y Crespo, 1998) y el bienestar laboral (Escribá et al, 2000) menor es el estrés de los trabajadores. En cuanto al grado de autonomía puede ser un condicionante en determinadas profesiones debido a la labor dependiente que realizan, por ejemplo, las enfermeras (González et al, 1998). Por otra parte, la ambigüedad de rol y la falta de reciprocidad favorece al desarrollo del síndrome (Gil-Monte y Peiró, 1998). En relación con el apoyo social, este actuaría de moderador en la aparición del burnout (Folkman y Lazarus, 1985; Gil-Monte y Peiró, 1996).

Otros aspectos relacionados con la aparición del burnout son el número de horas trabajadas, el tipo de contrato y el tipo de servicio donde se desempeña la labor.

Según Edelman y Brodsky (1980) el desarrollo del síndrome de burnout consta de cinco fases: la fase inicial es la del entusiasmo que se experimenta ante el nuevo puesto de trabajo con expectativas positivas; después aparece la fase de estancamiento como consecuencia del incumplimiento de las expectativas donde tiene lugar un desequilibrio de las demandas y los recursos (estrés psicosocial); la tercera fase es la de frustración caracterizada por una baja motivación; la cuarta etapa es la fase de apatía, que implica sentimientos de distanciamiento y de falta de implicación laboral, conductas de evitación y afrontamiento defensivo de la actividad laboral; y por último, aparece la fase del quemado donde se produce un colapso emocional y cognitivo, con importantes consecuencias para la salud.

Uno de los instrumentos para medir el burnout es el “Maslach Burnout Inventory” (MBI) desarrollado por Maslach y Jackson (1986). Está formado por 22 ítems sobre los sentimientos y actitudes de los profesionales en su trabajo y con los clientes. Esta escala es la que ha demostrado mayor validez y fiabilidad y es el instrumento más utilizado entre los investigadores.

Por otro lado, se han desarrollado diversas intervenciones para el control y la reducción del burnout, así como para mejorar la calidad laboral de los trabajadores. Cherniss (1980)

plantea cuatro objetivos que pueden ayudar a la prevención del síndrome: reducir las demandas laborales, cambiar las expectativas personales, incrementar los recursos ante las demandas. También se han fomentado estrategias orientadas a nivel individual (físicas, emocionales y conductuales) como técnicas de relajación, resolución de problemas, entrenamiento de la asertividad, fomentar habilidades de afrontamiento y técnicas de autocontrol; y estrategias orientadas a nivel organizacional como incrementar la autonomía del trabajo, diseñar horarios flexibles para los trabajadores, fomentar la participación de los trabajadores en la toma de decisiones y proporcionar una retroalimentación adecuada.

En conclusión, el burnout o síndrome del quemado es una de las causas de problemas de salud en los profesionales del sector sanitario, como consecuencia del elevado grado de dedicación, atención e implicación en sus actividades laborales.

4.3. Fatiga

Las demandas cognitivas exigidas en la realización de funciones de diversos puestos de trabajo conllevan que el concepto de carga laboral adquiera una importancia significativa que influye en el bienestar físico y psicológico de los trabajadores.

Las condiciones de trabajo, caracterizadas por sobrecarga laboral, derivan frecuentemente en fatiga, que produce una disminución del desempeño, reducción de la atención, mayor dificultad en la toma de decisiones, y algunas veces, un aumento del número de errores, que a su vez llevan a un aumento de accidentes laborales (Hart y Wickens, 1990; Lauridsen y Tonnesen, 1990). También tiene consecuencias negativas en la salud de los trabajadores, como una disminución de la motivación laboral y de la energía, inestabilidad emocional, baja autoestima y alteraciones del sueño (Sluiter, Croon, Meijam y Frings-Dresen, 2003).

La definición de fatiga no es fácil y única, ya que se han planteado múltiples definiciones y se evidencia falta de consenso al respecto. El INSHT define a fatiga como *“la disminución de la capacidad física del individuo, después de haber realizado un trabajo, durante un tiempo determinado”*.

La fatiga provocada por el trabajo es una manifestación de la tensión laboral y suele eliminarse mediante un descanso adecuado. Se pueden encontrar estados de fatiga de diferente intensidad, desde muy ligera hasta el agotamiento total. Por ello, se puede diferenciar entre fatiga aguda y fatiga crónica.

La fatiga aguda es la que ocurre después de un trabajo intenso o prolongado, pero se elimina con el descanso o reposo. Por otro lado, la fatiga crónica es aquella que persiste

después del descanso en la cual se acumula una importante ansiedad que puede llegar a adquirir características de enfermedad con alteraciones físicas y psíquicas.

Los profesionales del sector sanitario tienden a presentar mayores niveles de fatiga que otros profesionales. Muchos estudios se han centrado en la jornada laboral, en relación con los turnos de trabajo, como un factor importante en el nivel de fatiga percibido por los profesionales. Algunos trabajos afirman haber encontrado, en los turnos de larga duración como los turnos de 12 horas, un gran nivel de fatiga entre los profesionales ocasionando una disminución de la calidad de la atención prestada (Price, 1984; Palmer, 1991; Facey, 1995).

4.4. Satisfacción laboral

En los últimos años la satisfacción laboral ha sido un tema de gran atención para los investigadores, ya que este concepto constituye uno de los principales indicadores de calidad de vida laboral.

La satisfacción laboral es una respuesta afectiva que el trabajador experimenta hacia diferentes aspectos de su trabajo. Esta respuesta estará condicionada por las circunstancias del trabajo y las características de cada persona.

Algunos autores la entienden como un estado emocional o una respuesta afectiva, la más conocida es la de Locke (1976) que define la satisfacción laboral como “un estado emocional positivo y placentero, resultado de la valoración personal que hace el individuo sobre su trabajo y sobre la experiencia adquirida en el mismo”; mientras que otros la perciben como una actitud en relación con el trabajo (Robbins, 1998).

En cuanto a la importancia de la satisfacción laboral para las organizaciones, se ha demostrado que existe una relación positiva entre la satisfacción de los empleados y los resultados de la organización (Hackman y Oldham, 1980; Davis y Newstrom, 1999). Los incrementos en la satisfacción en el trabajo generan beneficios, que tienen a su vez un efecto positivo en la mejora de los resultados empresariales (Gattiker y Larwood, 1988; Locke, 1976).

Diversos estudios han encontrado relaciones positivas y significativas entre la satisfacción laboral y el buen estado de ánimo general, tanto en la vida laboral como en la privada; mejora de la salud física y psíquica y de las conductas laborales, como una reducción del absentismo. Además, existe una mayor tolerancia a cualquier factor de estrés. En sentido contrario, la insatisfacción laboral se relaciona positivamente con el estado de ansiedad y puede ser motivo de alteraciones psicósomáticas y causar tensión o enfermedad.

Respecto a los factores determinantes de la satisfacción laboral existen varios modelos basados en diferentes causas relacionadas con la ejecución de la tarea (características

intrínsecas) y con variables relacionadas con el entorno (características extrínsecas), entre las que se pueden mencionar las siguientes (Locke, 1976; Peiró y Prieto, 1996; Meliá et al. 1990):

- Retribución salarial y extrasalarial.
- Ambiente de trabajo, buena relación con supervisores y compañeros, comunicación organizacional y apoyo.
- Estabilidad en el empleo.
- Condiciones de trabajo adecuadas.
- Disponibilidad de feedback, reconocimiento recibido por el desarrollo de las tareas y participación del trabajador en la toma de decisiones.
- Oportunidades de ascenso y promoción.

La teoría bifactorial o teoría Motivación-Higiene de Herzberg (1959) es una de las más influyentes en el área de la satisfacción personal. Esta teoría defiende la existencia de dos grupos laborales: por un lado, están los factores extrínsecos relacionados con las condiciones de trabajo y, por otro lado, los factores intrínsecos que son aquellos relacionados con la actividad laboral.

Los factores extrínsecos o también llamados factores higiénicos solo pueden prevenir la insatisfacción laboral o evitarla cuando esta exista, pero no son capaces de producir satisfacción, ya que esta estará determinada por los factores intrínsecos o motivadores.

Tabla 1: Teoría bifactorial de Herzberg

FACTORES MOTIVADORES (satisfactores)		FACTORES HIGIÉNICOS (Insatisfactores)	
Factores que cuando van bien producen satisfacción	Factores que cuando van mal no producen insatisfacción	Factores que cuando van bien no producen satisfacción	Factores que cuando van mal producen insatisfacción
Realización exitosa del trabajo	Falta de responsabilidad	Estatus elevado	Malas relaciones personales
Reconocimiento del éxito	Trabajo rutinario y aburrido	Incremento del salario	Bajo salario
Promociones de la empresa		Seguridad en el trabajo	Malas condiciones de trabajo

Fuente: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo

4.5. Desempeño laboral

La evaluación del desempeño laboral es fundamental en las organizaciones para conocer los resultados del trabajo de cada uno de sus empleados, determinando las actitudes, rendimiento y comportamiento laboral del trabajador en el desempeño de su cargo o tarea.

Según Chiavenato (2000) el desempeño son aquellas acciones o comportamientos por parte de los trabajadores que son relevantes en el cumplimiento de los objetivos de la organización.

El desempeño del trabajador presenta una relación significativa con las actitudes y aptitudes que estos tengan en función de los objetivos que se quieran alcanzar. Por ello, se pueden nombrar la existencia de cuatro factores que influyen en el desempeño (Ghiselli, 1998):

- La motivación
- Las habilidades y rasgos personales
- La claridad y aceptación del rol
- Las oportunidades para realizarse

Al respecto, existe una visión del desempeño asociada a la conducta, el cumplimiento de normas y el logro de los objetivos, tanto individuales como organizacionales (Chiang, Salazar, Huerta y Nuñez, 2008).

Por otra parte, se señala que el desempeño guarda relación con la satisfacción laboral y el clima organizacional. La satisfacción laboral presenta un efecto más directo sobre el desempeño mientras que el clima laboral tiene un efecto indirecto, influenciado por las actitudes de los empleados.

El clima actúa como una herramienta útil para comprender y mejorar el desempeño; los aspectos más significativos del clima sobre el desempeño son: el apoyo, el riesgo y la toma de decisiones, las recompensas, las relaciones con los compañeros y los estilos de supervisión (Schratz, 1993).

En cuanto a la satisfacción, está considerada como un importante predictor del desempeño y presenta una relación significativa y negativa sobre el comportamiento organizacional en el absentismo y la rotación en el trabajo. Por el contrario, se ha encontrado una relación positiva con el rendimiento de los trabajadores y la productividad (Saari y Judge, 2004).

Los primeros modelos que consideran la relación entre el clima organizacional, la satisfacción laboral y el desempeño son el modelo de Litwin & Stringer (1968) y el de Lawler, Hall & Oldman (1974), en ambos se señala que las variables organizacionales, tendrían un efecto

directo sobre el clima organizacional, el cual afectaría la motivación, y las conductas y resultados organizacionales, entre los cuales se encontraría la satisfacción laboral y el desempeño.

Las empresas son competentes si desarrollan de forma continuada su recurso humano y por ello, la evaluación del desempeño es un mecanismo potencial, que permite conocer cómo se desarrolla cada persona en su puesto de trabajo y del futuro desarrollo potencial.

4.6. Conductas contraproductivas

Sackett (2002) define las conductas contraproductivas como cualquier conducta intencional por parte de un miembro de la organización que es contraria a los intereses de la empresa y que por lo tanto dificulta el logro de los objetivos empresariales. Estos comportamientos son considerados negativos e inmorales.

Por un lado, estas conductas pueden estar dirigidas a los individuos causando daños interpersonales como acoso sexual, abuso verbal, agresión física y rumores. Y, por otro lado, pueden estar dirigidas a la organización como robo, sabotaje, absentismo, mal uso de los recursos, de la información y del tiempo (Aamodt, 2010). Todo esto amenaza el bienestar de la organización y de sus miembros.

El comportamiento más común de conductas contraproductivas en estudios es el bajo desempeño laboral (Jex y Brit, 2008). A esta conducta, le siguen el ausentismo y la rotación. El ausentismo es una respuesta conductual relacionada con sentimientos negativos por parte del trabajador hacia el propio trabajo. En cambio, la rotación está relacionada con factores vinculados al mercado laboral y el desempeño.

Los factores menos estudiados son los accidentes, robos, violencia, maltrato, suministro de sustancias y acoso sexual.

Kidweell y Martin (2005) argumentan que la mayoría de comportamientos contraproductivos están basados en la acción y consideran que los individuos que presentan este tipo de conductas se caracterizan por tener poca fortaleza moral y carácter.

También, cabe mencionar que estas conductas tienen un alto impacto y un aumento de los costes para las organizaciones (Lau, Au y Ho, 2003).

Las organizaciones con buenos climas laborales, fuertes culturas éticas y códigos de conducta presentan menos conductas negativas (De Cremer, 2009). Igualmente, los comportamientos tanto éticos como no éticos dentro de la organización son resultado de influencias individuales y organizacionales.

4.7. Justicia organizacional

Entre las variables de estudio, la justicia organizacional es la variable con la que ampliamos el modelo demanda-control, considerando que puede tener efectos directos, pero también moduladores.

Kreitner & Kinicki (2010) la definen como la percepción que tienen los empleados sobre el trato equitativo que reciben en el trabajo. Este concepto deriva de la Teoría de Equidad de Adams (1965), que fue uno de los primeros estudios de la justicia organizacional, quien propone que los individuos están motivados por ser tratados equitativamente en relación con sus compañeros de trabajo.

En la actualidad, el concepto de justicia organizacional consiste en cuatro dimensiones independientes, cada una de las cuales tienen un impacto diferente en los resultados organizacionales.

La primera dimensión, llamada justicia distributiva, parte directamente de la teoría de Adams, ya que propone que los individuos evaluarán los resultados en relación con la igualdad de distribución. Se considera que una distribución no equitativa conllevará emociones negativas que motivarán a los individuos a cambiar su conducta. Ante una percepción de inequidad las actitudes de los individuos también se ven afectadas provocando un aumento de la insatisfacción. La justicia distributiva en las organizaciones se centra fundamentalmente en las percepciones de justicia que los individuos reciben, en la percepción de equidad y el impacto de estos sobre variables como el ausentismo y la rotación (Hanisch, Hulin y Seitz, 2001).

La segunda dimensión es justicia del procedimiento que es considerada como la equidad en las políticas y normas organizacionales empleadas en los procesos de toma de decisiones (Thibaut y Walker, 1975). Está relacionada con conductas y actitudes en la organización como el desempeño y el compromiso organizacional.

La tercera dimensión es justicia interaccional, que se centra en la calidad del trato interpersonal en el momento de llevar a cabo un procedimiento, es decir, se refiere a que no solo es significativo lo que se comunica al individuo sino al cómo se le dice en el momento de la toma de decisiones. A su vez, se pueden identificar dos tipos de justicia interaccional: la justicia interpersonal y justicia informacional. La primera hace referencia al grado de sensibilidad en que son tratados los individuos por los jefes y se relacionaría directamente con la satisfacción laboral. La segunda se enfoca en las explicaciones e información que se les dan a los individuos sobre la implementación de procedimientos y decisiones tomadas y esto influiría en el nivel de autoestima de los grupos de trabajo (Greenberg, 1993).



El metaanálisis sobre justicia organizacional realizado por Colquitt, Conlon, Wesson, Porter and Yee (2001) señala que las cuatro dimensiones de justicia, descritas anteriormente, están relacionadas entre sí y con otras variables como la satisfacción laboral, el compromiso organizacional, las conductas de ciudadanía organizacional y el desempeño.

La importancia de estudiar la justicia organizacional reside en el impacto que tienen las percepciones sobre los individuos y los resultados organizacionales. De acuerdo con Cropanzano, Bowen y Gilliland (20017), la justicia crea grandes beneficios para las organizaciones y los trabajadores, se produce una mayor confianza, un mayor compromiso organizacional, mejora el desempeño laboral y reduce los conflictos. Cuando los trabajadores perciben que son tratados de forma justa se producen actitudes positivas hacia el trabajo, los superiores y la organización. Al contrario, ocurre cuando se percibe un trato injusto por parte del trabajador, esto produce tensiones, desmotivación e insatisfacción laboral (De Boer, Bakker, Syroit y Shaufeli, 2002).



CAPÍTULO V: METODOLOGÍA

5. METODOLOGÍA

5.1. Procedimiento

La muestra procedía de un Hospital de la Comunidad Valenciana, que forma parte del Sistema Nacional de Salud, y estaba formada por enfermeras/os y auxiliares de enfermería de cuatro unidades hospitalarias, que presentaban diferentes horarios según la especialidad. Los horarios se agrupaban en dos turnos, uno de 7 horas y otro de 12 horas.

Figura 3: Unidades hospitalarias por turno de trabajo



Fuente: elaboración propia

Como se observa en la figura 2, donde se muestran las diferentes unidades hospitalarias según los turnos de trabajo, cada una de las cuales corresponde a las siguientes especialidades:

- D3: Nefrología y trasplante renal
- D6: Traumatología y ortopedía
- E4: Neumología
- G5: Cirugía colorrectal, esófago, gástrica y gastroenterología

Gracias a la colaboración del Hospital y de los profesionales se pudo llevar a cabo la recogida de datos mediante un cuestionario (Anexo 1) distribuido entre los trabajadores de las diferentes unidades hospitalarias de estudio, por parte de los responsables del departamento de recursos humanos. Una vez cumplimentados y recogidos los cuestionarios se realizó, en primer lugar, la construcción de la base de datos y, posteriormente, se procedió al análisis de los mismos. Para ello, se utilizó el programa informático estadístico SPSS 22.0.

Las encuestas no presentaban ningún asunto identificativo por lo que garantizaban la confidencialidad de las respuestas, el anonimato de las personas encuestadas y del tratamiento de los datos.

Por otra parte, también se realizó una encuesta telefónica de satisfacción del paciente. Pero no se evidencia ninguna relación entre las variables estudiadas y los resultados de la encuesta.

5.2. Muestra

La muestra estaba formada por 101 profesionales del sector sanitario (enfermeras, enfermeros y auxiliares de enfermería) de un hospital de la Comunidad Valenciana, que prestaban sus servicios en cuatro unidades de servicios diferenciados, mencionados en el apartado anterior.

La media de edad está en 47,64 años (d.t. = 8,53). Como se observa en la tabla 2 existe una mayor prevalencia entre los 46 y 55 años que representan el 46,53 de la muestra y una menor proporción entre los 25 y 35 años.

Tabla 2: Estadísticos descriptivos de la variable Edad

	Frecuencia	Porcentaje
25 – 35 años	11	10,89
36 – 45 años	22	21,78
46 – 55 años	47	46,53
Más de 56 años	18	17,82

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

En cuanto al sexo como se puede observar en la tabla 3, 91 son mujeres lo que representa un 90,1%, y 9 son hombres lo que representa un 8,9%, además 1 persona no se ha identificado lo que representa un 1% de la muestra.

Tabla 3: Estadísticos descriptivos de la variable Sexo

	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	9	8,9
Mujer	91	90,1
Perdidos	1	1,0
Total	101	100,0

Fuente: Elaboración propia SPSS 22.0

Respecto a la categoría profesional, en la tabla 4 se muestra que el 51,5% son enfermeras y el 48,5% de la muestra representa a los auxiliares de enfermería. Del número de encuestados totales, 52 son enfermeras y 49 auxiliares.

Tabla 4: Estadísticos descriptivos de la variable Categoría profesional

	Frecuencia	Porcentaje
Enfermero/a	52	51,5
TCAE	49	48,5
Total	101	100,0

Fuente: Elaboración propia SPSS 22.0

De acuerdo con el tipo de contrato observamos en la tabla 5 que un 61,4% de la muestra es interino, le siguen con un 20,8% la plaza en propiedad y con un 16,8% el personal de sustitución. El 1% de la muestra no contestó la pregunta.

Tabla 5: Estadísticos descriptivos de la variable Tipo de contrato

	Frecuencia	Porcentaje
En propiedad	21	20,8
Interino	62	61,4
Sustitución	17	16,8
Perdidos	1	1,0
Total	101	100,0

Fuente: Elaboración propia SPSS 22.0

La plaza en propiedad es un tipo de contrato definitivo y es el que mayor estabilidad presenta, se obtiene tras un concurso u oposiciones. El personal interino tiene un contrato provisional, mientras que el personal de sustitución presenta un contrato de tipo ocasional, es decir, está establecido por un tiempo limitado. Aunque el interino no tiene un tiempo límite de contratación no ofrece mayor estabilidad laboral que la sustitución.

Por otra parte, en la tabla 6 se muestran los estadísticos descriptivos sobre la jornada laboral.



Tabla 6: Estadísticos descriptivos de la variable Turno

	Frecuencia	Porcentaje
<12	42	41,6
>12	59	58,4
Total	101	100,0

Fuente: Elaboración propia SPSS 22.0

Como se observa en la tabla 6, el porcentaje de personal sanitario es mayor en los turnos de más de 12 horas y representa el 58,4%; mientras que el profesional que trabaja en turnos de menos de 12 horas representa un 41,6% de la muestra.

En cuanto a la distribución por unidad funcional planteada en la tabla 7, se muestra como el porcentaje de la unidad de traumatología y ortopedia es el mismo que el de la unidad de cirugía colorrectal, esófago gástrica y gastroenterología, que representan el 28,7% respectivamente. En tercer lugar, estaría la unidad de neumología que representa el 22,8% y, por último, la unidad de nefrología y trasplante renal que representaría el 19,8% de la muestra.

Tabla 7: Estadísticos descriptivos de la variable Unidad funcional

	Frecuencia	Porcentaje
D3- Nefrología y trasplante renal	20	19,8
D6- Traumatología y ortopedia	29	28,7
E4- Neumología	23	22,8
G5- Cirugía colorrectal, esófago gástrica y gastroenterología	29	28,7
Total	101	100,0

Fuente: Elaboración propia SPSS 22.0

5.3. Instrumentos de medida

5.3.1. Satisfacción laboral

La Escala General de Satisfacción (Overall Job Satisfaction) fue desarrollada por Warr, Cook y Wall en 1979, y se va a utilizar para medir la satisfacción laboral en el presente estudio. Esta escala se caracteriza por operacionalizar el constructo de satisfacción laboral, reflejando la experiencia de los trabajadores, y almacenar la respuesta afectiva al contenido del propio trabajo.

La escala está diseñada para estudiar tanto los factores extrínsecos como los factores intrínsecos de las condiciones de trabajo. Se divide en dos subescalas:

- La subescala de factores intrínsecos: está constituida por los ítems 2, 4, 6, 8, 10, 12 y 14. Plantea aspectos relacionados con el contenido de la tarea, el reconocimiento obtenido por el trabajo, responsabilidad y promoción, entre otros.
- La subescala de factores extrínsecos está formada por los ítems 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 y 15. Estudia la satisfacción del trabajador en relación con aspectos relativos a la organización del trabajo como la jornada laboral, remuneración y las condiciones físicas del trabajo.

El análisis se basará en 16 preguntas comprendidas en el apartado “A” del cuestionario y se contesta mediante una escala de tipo Likert con 7 alternativas de respuesta, donde 1 corresponde a “muy insatisfecho”, y 7 a “muy satisfecho”.

Para comenzar con el análisis estadístico, en primer lugar, se realizará un análisis factorial con el fin de identificar aquellos factores que expliquen la mayor parte de la varianza común a todas las variables. En este apartado se hará un análisis factorial para la variable satisfacción laboral.

Existe varios contrastes que pueden realizarse para evaluar si el modelo factorial en su conjunto es significativo.

El test KMO plantea que cuanto más cerca de 1 tenga el valor obtenido del test, implica que la relación entre las variables es alta. Si $KMO \geq 0.9$, el test es muy bueno; notable para $KMO \geq 0.8$; mediano para $KMO \geq 0.7$; bajo para $KMO \geq 0.6$; y muy bajo para $KMO < 0.5$.

La prueba de esfericidad de Bartlett evalúa la aplicabilidad del análisis factorial de las variables estudiadas. El modelo es significativo cuando se puede aplicar el análisis factorial, es decir:



- Si Sig. (p-valor) < 0.05 aceptamos H0 (hipótesis nula) > se puede aplicar el análisis factorial.
- Si Sig. (p-valor) > 0.05 rechazamos H0 > no se puede aplicar el análisis factorial.

En la tabla que se muestra a continuación, se puede observar que el KMO es correcto, ya que presenta un valor cercano a la unidad (0,84) y la prueba de Bartlett es significativa porque $P < 0,05$, por lo que aceptamos la hipótesis nula y se concluye que las pruebas realizadas indican que es oportuno realizar el análisis factorial.

Tabla 8: KMO y prueba de esfericidad de Bartlett de la escala de la Satisfacción Laboral

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin		,84
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	693,97
	GI	120
	Sig.	,00

Fuente: Elaboración propia SPSS 22.0

Tabla 9: Análisis factorial de los ítems de la escala Satisfacción Laboral

	Componente	
	Intrínsecos	Extrínsecos
1. Las condiciones físicas del trabajo	,70	-,06
2. La libertad para elegir su propio método de trabajo	,45	,49
3. Sus compañeros de trabajo	,04	,76
4. El reconocimiento que obtiene por el trabajo bien hecho	,66	,26
5. Su superior inmediato	,50	,51
6. La responsabilidad que se le ha asignado	,69	,26
7. Su salario	,37	,24
8. La posibilidad de utilizar sus capacidades	,62	,38
9. Las relaciones entre la dirección y los trabajadores del hospital	,69	,20
10. Sus posibilidades de promocionar	,69	,24
11. El modo en el que el hospital está gestionado	,78	-,17
12. La atención que se presta a las sugerencias que hace	,78	,05
13. Su horario de trabajo	-,08	,78
14. La variedad de las tareas que realizas en su trabajo	,64	,28
15. Su estabilidad en el empleo	,32	,52

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

El análisis factorial de la escala de satisfacción que se observa en la tabla 9 a través del análisis de componentes principales muestra que los ítems correspondientes a los factores intrínsecos 4, 6, 8, 10, 12, 14 (componente 1) y los ítems pertenecientes a los factores

extrínsecos 3, 5, 13, 15 (componente 2) tienen cargas factoriales significativas, ya que son mayores a 0.5. El resto de ítems no muestran cargas significativas por lo cual serán excluidos en el análisis de fiabilidad.

Como conclusión, se puede estimar que la variable satisfacción estaba compuesta por quince ítems, que tras el análisis factorial quedaron reducidos a diez ítems. El componente de factores intrínsecos estaba formado por ocho ítems y quedo reducido a seis ítems; mientras que el componente de factores extrínsecos que inicialmente estaba formado por ocho ítems, tras los análisis, quedo reducido a cuatro ítems.

Una vez realizado el análisis factorial, para complementar el análisis, se ha realizado un análisis de fiabilidad con el fin de descartar los ítems que no aporten mayor carga al modelo. Se ha observado, que tanto los factores intrínsecos como los extrínsecos de la variable de satisfacción laboral presentan un coeficiente alfa de Cronbach de 0,84 que en términos de fiabilidad representa un coeficiente bueno, por lo que confirma la validez de este instrumento de medida.

En la tabla 10 se muestran los valores alfa, en el caso de que no se consideren algunos de los ítems, y la correlación entre los diferentes elementos de escala.

Tabla 10: Análisis estadístico de la consistencia interna de los ítems de Satisfacción Laboral

	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
3. Sus compañeros de trabajo	,42	,83
4. El reconocimiento que obtiene por el trabajo bien hecho	,58	,82
5. Su superior inmediato	,62	,81
6. La responsabilidad que se le ha asignado	,63	,81
8. La posibilidad de utilizar sus capacidades	,60	,81
10. Sus posibilidades de promocionar	,61	,81
12. La atención que se presta a las sugerencias que hace	,57	,82
13. Su horario de trabajo	,29	,85
14. La variedad de las tareas que realizas en su trabajo	,60	,82
15. Su estabilidad en el empleo	,47	,83

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

5.3.2. Demandas - Control – Apoyo

Para medir las demandas, el control y el apoyo se utilizó el instrumento Job Content Questionnaire (JCQ). Este instrumento evalúa el riesgo psicosocial, su fiabilidad y validez está demostrada en diversos estudios. La versión utilizada es la de Karasek, Pieper y Schwartz (1993).

Es importante puntualizar que, a la hora de hablar de las demandas laborales, en este estudio, se refiere exclusivamente a la sobre carga laboral.

La evaluación de las demandas se midió en una escala compuesta por los ítems del 1 al 8, el control se compone de los ítems del 9 al 16 y el apoyo lo formaban los ítems del 17 al 25.

La escala utilizada para responder el cuestionario, compuesto por 25 preguntas, es una escala de tipo Likert y está formada por 7 puntos, que van desde el punto 1, el cual representaba “ninguna tensión”, hasta el punto 7 “extrema tensión”.

En la tabla 11 se muestra que el KMO es correcto, ya que presenta un valor cercano a la unidad (0,85) y la prueba de Bartlett es significativa porque $P < 0,05$, por lo que aceptamos la hipótesis nula y se concluye que las pruebas realizadas indican que es oportuno realizar el análisis factorial.

Tabla 11: KMO y prueba de esfericidad de Bartlett de la escala de Demanda – Control – Apoyo

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin		,85
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	1835,42
	GI	300
	Sig.	,00

Fuente: Elaboración propia SPSS 22.0

En la tabla 12 se puede observar el análisis factorial de la Demanda – Control – Apoyo a través del análisis de componentes principales.



Tabla 12: Análisis factorial de los ítems de la escala Demanda – Control Apoyo

	Componente		
	Demanda	Control	Apoyo
1. Mi empleo requiere trabajar muy deprisa	,78	,09	,02
2. Tengo que trabajar mucho	,68	,22	,06
3. No tengo tiempo suficiente para conseguir terminar mi trabajo	,74	-,20	,07
4. En mi trabajo me piden a menudo que haga cosas incompatibles	,70	-,04	,05
5. Mi trabajo requiere que me concentre durante mucho rato en lo que estoy haciendo	,74	,22	,06
6. A menudo me interrumpen en el trabajo y que tengo que volver a ponerme a hacerlo más tarde	,76	,09	-,021
7. Tengo que trabajar contrarreloj	,81	-,04	,02
8. A menudo mi trabajo se retrasa porque debo esperar a que terminen otras personas o departamentos	,65	,08	,04
9. Mi trabajo requiere que aprenda cosas nuevas	,46	,63	,07
10. Mi trabajo requiere que sea creativo/a	,43	,67	,01
11. Mi trabajo me permite tomar muchas decisiones por mi cuenta	,22	,52	-,16
12. Mi trabajo requiere un alto nivel de capacitación	,61	,52	,10
13. Tengo margen de libertad para decidir cómo hacer mi trabajo	,28	,57	,15
14. En mi trabajo llego a hacer una gran cantidad de cosas diferentes	,65	,44	,17
15. Tengo mucha influencia sobre lo que pasa en mi trabajo cada día	,60	,33	,21
16. Tengo la oportunidad de trabajar en lo que mejor sé hacer	,08	,50	,51
17. Mis compañeros de trabajo son competentes.	-,07	,78	,44
18. Mis compañeros de trabajo se interesan por mí como persona	-,05	,78	,45
19. Mis compañeros de trabajo son agradables	-,13	,73	,52
20. Mis compañeros de trabajo me ayudan a sacar el trabajo adelante	-,08	,67	,56
21. Mis compañeros de trabajo fomentan el trabajo en equipo	-,11	,60	,53
22. A mi jefe le preocupa el bienestar de los que trabajan con él	,08	,23	,88
23. Mi superior presta atención a lo que le digo	,13	,20	,91
24. Mi superior me ayuda a sacar el trabajo adelante	,25	,14	,88
25. Mi superior consigue que la gente trabaje en equipo	,10	,02	,88

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser. a. La rotación ha convergido en 9 iteraciones.

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

El análisis factorial de componentes principales para la escala de Demanda – Control - Apoyo se observa en la tabla 12 y muestra que los ítems del 1 al 8 correspondientes a las demandas tienen cargas significativas, ya que son mayores a 0.5. Por otro lado, los ítems 9, 10, 11, 12 y 13 pertenecientes al control tienen cargas significativas. Y, por último, el apoyo comprende los ítems 19, 20, 21, 22, 23, 24 y 25 con cargas significativas. El resto de ítems, que no presentan cargas significativas son excluidos para el análisis de fiabilidad.

En conclusión, las cargas, de la subescala demanda, eran todas significativas por lo que no se ha reducido ningún ítem. La subescala control contaba con los ítems del 9 al 16 y se han

excluido el 14 y el 15, quedando seis ítems; mientras que el apoyo comprendía inicialmente los ítems del 17 al 25 y se han excluido los ítems 17 y 18.

El análisis de fiabilidad realizado para la variable Demanda – Control – Apoyo, que se muestra en la tabla 13, presenta un coeficiente alfa de Cronbach de 0,88 que en términos de fiabilidad representa un coeficiente bueno, por lo que confirma la validez de este instrumento de medida.

En el caso de la subescala de demanda, el coeficiente alfa de Cronbach es del 0,89; para la subescala de control es de 0,70 y para el apoyo de 0,94.

Tabla 13: Análisis estadístico de la consistencia interna de los ítems de la escala Demanda – Control- Apoyo

	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1. Mi empleo requiere trabajar muy deprisa	,51	,87
2. Tengo que trabajar mucho	,53	,87
3. No tengo tiempo suficiente para conseguir terminar mi trabajo	,35	,88
4. En mi trabajo me piden a menudo que haga cosas incompatibles	,40	,88
5. Mi trabajo requiere que me concentre durante mucho rato en lo que estoy haciendo	,56	,87
6. A menudo me interrumpen en el trabajo y que tengo que volver a ponerme a hacerlo más tarde	,47	,87
7. Tengo que trabajar contrarreloj	,47	,87
8. A menudo mi trabajo se retrasa porque debo esperar a que terminen otras personas o departamentos	,40	,88
9. Mi trabajo requiere que aprenda cosas nuevas	,64	,87
10. Mi trabajo requiere que sea creativo/a	,56	,87
11. Mi trabajo me permite tomar muchas decisiones por mi cuenta	,30	,90
12. Mi trabajo requiere un alto nivel de capacitación	,68	,87
13. Tengo margen de libertad para decidir cómo hacer mi trabajo	,52	,87
16. Tengo la oportunidad de trabajar en lo que mejor sé hacer	,52	,87
19. Mis compañeros de trabajo son agradables	,52	,87
20. Mis compañeros de trabajo me ayudan a sacar el trabajo adelante	,57	,87
21. Mis compañeros de trabajo fomentan el trabajo en equipo	,50	,87
22. A mi jefe le preocupa el bienestar de los que trabajan con él	,58	,87
23. Mi superior presta atención a lo que le digo	,60	,87
24. Mi superior me ayuda a sacar el trabajo adelante	,63	,87
25. Mi superior consigue que la gente trabaje en equipo	,46	,87

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

5.3.3. Burnout

El estudio del burnout se realizó mediante el modelo MBI-GS (Maslach Burnout Inventory - General survey) diseñado por Maslach, Jackson y Leiter (1996). Actualmente, este cuestionario es uno de los más utilizados y uno de los que presentan mayor referencia en el estudio del burnout.

Este instrumento de medida presenta tres escalas: Agotamiento, Cinismo y Eficacia profesional. Los ítems 1, 2, 3, 4, 6 corresponden a la subescala de agotamiento; los ítems 5, 7, 10, 11, 12, 16 forman la subescala de autoeficacia; los ítems 8, 9, 13, 14, 15 constituyen la subescala de cinismo.

Este apartado está compuesto por 16 preguntas, con una escala del 0 al 6, donde 0 corresponde a "Nunca", y 6 a "Todos los días". Mide la frecuencia con la que se experimentan aspectos en el trabajo.

En la tabla 14 se muestra que el KMO es correcto, ya que presenta un valor cercano a la unidad (0,85) y la prueba de Bartlett es significativa porque $P < 0,05$, por lo que aceptamos la hipótesis nula y se concluye que las pruebas realizadas indican que es oportuno realizar el análisis factorial.

Tabla 14: KMO y prueba de esfericidad de Bartlett de la escala de Burnout

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin		,85
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	1835,42
	Gl	300
	Sig.	,00

Fuente: Elaboración propia SPSS 22.0

En la tabla 15 se puede observar el análisis factorial de la escala burnout a través del análisis de componentes principales.



Tabla 151. Análisis factorial de los ítems de la escala Burnout.

	Componente		
	Agotamiento	Autoeficacia	Cinismo
1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado/a.	,84	-,02	,12
2. Al final de la jornada me siento agotado/a.	,85	,16	,06
3. Me encuentro cansado/a cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.	,76	,06	,28
4. El trabajo diario es realmente una tensión para mí.	,72	,03	,43
5. Pienso que puedo resolver con eficacia los problemas que me surgen en el trabajo.	,16	,40	-,09
6. Me siento “quemado/a” por el trabajo.	,65	-,20	,46
7. Pienso que estoy haciendo una contribución significativa a los objetivos de este hospital. .	-,02	,68	-,06
8. Creo que desde que empecé en este puesto he ido perdiendo el interés por mi trabajo.	,46	-,20	,72
9. Pienso que he perdido el entusiasmo por mi profesión.	,32	-,22	,76
10. Creo que soy bueno/a en mi trabajo.	,16	,75	,05
11. Me siento estimulado/a cuando logro algo en el trabajo.	-,17	,80	-,06
12. Creo que he logrado muchas cosas que valen la pena en este trabajo.	-,27	,78	-,12
13. Sólo deseo hacer mi trabajo y que no me molesten.	-,04	,24	,69
14. Creo que me he vuelto más cínico/a en mi trabajo.	,17	-,05	,76
15. Dudo de la importancia de mi trabajo.	,23	-,14	,59
16. Creo que tengo confianza en mí eficacia para alcanzar los objetivos de este hospital.	,07	,61	,02

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

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Como se observa en la tabla 15, los ítems 1, 2, 3, 4, y 6, correspondientes a la subescala agotamiento presentan cargas significativas. Por otro lado, la subescala de autoeficacia tiene cargas significativas los ítems 7, 10, 11, 12 y 16. Y, por último, los ítems 8, 9, 13, 14 y 15 que forman la subescala de cinismo también presentan cargas significativas.

En la subescala de autoeficacia se ha excluido, en el análisis de fiabilidad, el ítem 5 debido a que no presentaba una carga significativa.



El análisis de fiabilidad realizado para la variable escala burnout, que se muestra en la tabla 16, presenta un coeficiente alfa de Cronbach de 0,79 que en términos de fiabilidad representa un coeficiente bueno, por lo que confirma la validez de este instrumento de medida.

En el caso de la subescala agotamiento, el coeficiente alfa de Cronbach es del 0,87; para la subescala de cinismo es de 0,78.

Tabla 162. Análisis estadístico de la consistencia interna de la escala Burnout.

	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado/a.	,55	,77
2. Al final de la jornada me siento agotado/a.	,57	,77
3. Me encuentro cansado/a cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.	,62	,76
4. El trabajo diario es realmente una tensión para mí.	,68	,76
6. Me siento “quemado/a” por el trabajo.	,56	,77
7. Pienso que estoy haciendo una contribución significativa a los objetivos de este hospital. .	,09	,80
8. Creo que desde que empecé en este puesto he ido perdiendo el interés por mi trabajo.	,60	,76
9. Pienso que he perdido el entusiasmo por mi profesión.	,54	,77
10. Creo que soy bueno/a en mi trabajo.	,28	,79
11. Me siento estimulado/a cuando logro algo en el trabajo.	,02	,80
12. Creo que he logrado muchas cosas que valen la pena en este trabajo.	-,05	,81
13. Sólo deseo hacer mi trabajo y que no me molesten.	,39	,78
14. Creo que me he vuelto más cínico/a en mi trabajo.	,49	,77
15. Dudo de la importancia de mi trabajo.	,41	,78
16. Creo que tengo confianza en mí eficacia para alcanzar los objetivos de este hospital.	,17	,78

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

5.3.4. Desempeño laboral

Para medir el desempeño se utilizó una escala diseñada por el equipo de investigación. Se utilizaron indicadores del rendimiento que permiten evaluar las opiniones de los diferentes miembros respecto al nivel de eficacia alcanzado con relación a unos objetivos organizacionales como son la calidad, seguridad, salud, innovación, absentismo, eficiencia y eficacia.

Este apartado está formado por 6 preguntas y consta de una escala del 1 al 7, donde 1 es “Nada” y 7 “Muchísimo”. Corresponde al apartado “E” del cuestionario.

Para el tratamiento de la información de la variable desempeño laboral se realizará únicamente un análisis de fiabilidad, mostrado en la tabla 17, presenta un coeficiente alfa de Cronbach de 0,80 que en términos de fiabilidad representa un coeficiente bueno, por lo que confirma la validez de este instrumento de medida.

Tabla 17: Análisis estadístico de la consistencia interna de los ítems de la escala Desempeño

	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1. El rendimiento de mi equipo de trabajo es el adecuado	,63	,74
2. Se cumplen los procesos de calidad establecidos	,65	,74
3. El grado seguridad y salud laboral es el óptimo	,46	,79
4. Los miembros de mi equipo hacen sugerencias innovadoras para mejorar el rendimiento de nuestro equipo de trabajo	,54	,77
5. Se siguen las normas e instrucciones del Hospital con cuidado	,64	,74
6. El grado de ausentismo injustificado de sus compañeros de equipo es reducido.	,65	,74

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

5.3.5. Fatiga

La fatiga se evaluará mediante la escala de recuperación por agotamiento causado por fatiga (OFER) formulada por Winwood et al (2005).

OFER es una escala formada por 15 preguntas y compuesta por 3 factores. El primer factor hace referencia a la fatiga crónica e incluye los ítems del 1 al 5. El segundo factor corresponde a la Fatiga aguda y está compuesta por los ítems del 6 al 10. Y, por último, la recuperación de turnos incluye los ítems del 11 al 15. Esta escala corresponde al apartado “F” del cuestionario utilizado en este estudio.

La escala de valoración es una escala de tipo Likert del 0 al 6, donde 0 es “Totalmente en desacuerdo”, y 6 “Totalmente de acuerdo”.

En primer lugar, se llevará acabo las pruebas para aceptar la validez del análisis factorial. Como se observa en la tabla 18, el KMO es correcto, ya que presenta un valor cercano a la unidad (0,85) y la prueba de Bartlett es significativa porque $P < 0,05$, por lo que aceptamos la hipótesis nula y se concluye que las pruebas realizadas indican que es oportuno realizar el análisis factorial.

Tabla 18: KMO y prueba de esfericidad de Bartlett de la escala Recuperación por Agotamiento

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin		0,85
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	845,95
	Gl	105
	Sig.	,000

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

En la tabla 19 se puede observar el análisis factorial de la escala burnout a través del análisis de componentes principales.

Tabla 19: Análisis factorial de los ítems de la escala de Recuperación por Agotamiento

	Componente		
	Crónica	Aguda	Recuperación
1. Usualmente mi trabajo me hace sentir al límite de mis capacidades	,74	,12	-,16
2. Usualmente cuando despierto, tengo temor de ir a trabajar	,79	-,08	-,02
3. Usualmente me pregunto cuánto tiempo puedo continuar con mi trabajo.	,77	-,05	-,23
4. Usualmente siento que sólo vivo para trabajar.	,85	,11	-,04
5. En mi trabajo esperan demasiado de mí.	,73	,20	-,00
6. Me queda poca energía después de una jornada de trabajo.	,84	,12	,18
7. Después de trabajar y cuando llego a casa, usualmente me siento agotado.	,79	,16	,26
8. Mi trabajo diario consume toda mi energía.	,85	,14	,22
9. Usualmente tengo mucha energía cuando estoy con mi familia o mis amigos.	-,18	-,23	,69
10.Usualmente tengo energía para realizar mis pasatiempos y otras actividades, después de mi trabajo	,12	,81	-,20
11.Entre los cambios de turno, nunca tengo suficiente tiempo para recuperar completamente mi energía	,59	,10	,43
12.Si estoy cansado del turno de trabajo, puedo recuperarme para comenzar el siguiente turno	,08	,61	,35
13.Entre los cambios de turno pocas veces recupero totalmente mi fuerza	,60	,22	,43
14.No es un problema para mí recuperarme de la fatiga, entre cambios de turno.	,07	,83	-,10
15.Con frecuencia continúo fatigado luego de terminar un turno de trabajo y antes de iniciar el siguiente	,58	,12	,50

Método de extracción: Análisis de componentes principales.
Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser. a. La rotación ha convergido en 8 iteraciones.

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Como se observa en la tabla 19, los ítems 1, 2, 3, 4, y 5, correspondientes a la subescala fatiga crónica presentan cargas significativas. Por otro lado, la subescala de fatiga aguda tiene cargas significativas el ítem 10. Y, por último, la subescala de recuperación de turnos presenta carga significativa en el ítem 11, 13 y 15. El resto de ítems que no tienen cargas significativas serán excluidos del análisis de fiabilidad.

Para la subescala de fatiga aguda solo se excluyó el ítem nueve en el análisis de fiabilidad.

Tabla 20: Análisis estadístico de la consistencia interna de los ítems de la escala de Recuperación por Fatiga

	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1. Usualmente mi trabajo me hace sentir al límite de mis capacidades	,66	,91
2. Usualmente cuando despierto, tengo temor de ir a trabajar	,69	,91
3. Usualmente me pregunto cuánto tiempo puedo continuar con mi trabajo.	,63	,91
4. Usualmente siento que sólo vivo para trabajar.	,79	,91
5. En mi trabajo esperan demasiado de mí.	,69	,91
6. Me queda poca energía después de una jornada de trabajo.	,82	,90
7. Después de trabajar y cuando llego a casa, usualmente me siento agotado	,79	,91
8. Mi trabajo diario consume toda mi energía	,84	,90
10.Usualmente tengo energía para realizar mis pasatiempos y otras actividades, después de mi trabajo	,19	,93
11.Entre los cambios de turno, nunca tengo suficiente tiempo para recuperar completamente mi energía	,60	,93
13.Entre los cambios de turno pocas veces recupero totalmente mi fuerza	,65	,91
15.Con frecuencia continúo fatigado luego de terminar un turno de trabajo y antes de iniciar el siguiente	,60	,91

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

El análisis de fiabilidad realizado para la variable fatiga, que se muestra en la tabla 20, presenta un coeficiente alfa de Cronbach de 0,92 que en términos de fiabilidad representa un coeficiente excelente, por lo que confirma la validez de este instrumento de medida.

En el caso de la subescala de fatiga crónica, el coeficiente alfa de Cronbach es del 0,87; para la subescala de fatiga aguda es de 0,82 y para la subescala de recuperación de turnos es 0,81.

5.3.6. Conductas contraproductivas

La evaluación de las conductas contraproductivas se basa en el estudio de Gruys y sackett (2003), el cual pretende identificar la estructura de estas conductas, así como las conductas más frecuentes.

La escala de valoración está compuesta por 15 preguntas con una escala del 1 al 7, donde 1 es “Muy en desacuerdo”, y 7 “Muy de acuerdo”. Corresponde al apartado “H” del cuestionario.

Del mismo modo que para la variable desempeño, el tratamiento de datos se realizará únicamente mediante el análisis de fiabilidad, mostrado en la tabla 21, presenta un coeficiente alfa de Cronbach de 0,91 que en términos de fiabilidad representa un coeficiente excelente, por lo que confirma la validez de este instrumento de medida.

Tabla 21: 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. Se substraen del Hospital materiales, medicinas u otros bienes	,56	,91
2. Se destruye o pone en peligro productos, equipos o propiedades del Hospital	,57	,91
3. Se engaña a los supervisores para tapar errores	,71	,90
4. Se destruyen y/o falsifican documentos del Hospital	,87	,90
5. Se malgasta el tiempo en la jornada de trabajo	,50	,91
6. Se utiliza recursos del hospital sin autorización	,70	,90
7. Se llega tarde al trabajo de forma intencionada	,72	,90
8. Se ausenta del trabajo sin motivo asistencial	,48	,91
9. Se ha puesto en peligro a compañeros/as por no seguir las normas de seguridad	,50	,91
10. Se ha puesto en peligro a enfermos/as por no seguir las normas de seguridad	,66	,90
11. Se realiza de forma intencional un trabajo que no se ajusta a los criterios de calidad	,59	,91
12. Se hace de forma intencional un trabajo malo o incorrecto	,69	,90
13. Se atiende mal a los enfermos/as	,62	,91
14. Se trata mal a los compañeros/as	,61	,91
15. Se trata mal a los superiores	,66	,90

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Los 15 ítems que componían la escala de conductas contraproductivas muestran datos excelentes.

5.3.7. Justicia

La evaluación de la Justicia organizacional mide la percepción de equidad por parte de los empleados de los diferentes procedimientos llevados a cabo por la organización como la distribución de los recursos y la creación de normas.

La escala de valoración está compuesta por 10 ítems y presenta una escala Likert de respuestas que va del 1 “Muy poco” al 7 “Mucho”. Corresponde al apartado “G” del cuestionario.

Al igual que para las variables desempeño y conductas contraproductivas, el tratamiento de datos se realizará únicamente mediante el análisis de fiabilidad, mostrado en la tabla 22, presenta un coeficiente alfa de Cronbach de 0,89 que en términos de fiabilidad representa un coeficiente bueno, por lo que confirma la validez de este instrumento de medida.

Tabla 22: Análisis estadístico de la consistencia interna de los ítems de la escala Justicia

	Correlación elemento- total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1. Ha podido expresar sus puntos de vista y sentimientos durante el proceso.	,64	,88
2. Esos procedimientos se han aplicado sin sesgos.	,42	,90
3. Esos procedimientos se han basado en información adecuada.	,57	,89
4. Su situación refleja lo que usted ha contribuido al Hospital.	,61	,88
5. Su situación está justificada, teniendo en cuenta su rendimiento.	,57	,89
6. Le han tratado de manera digna.	,65	,88
7. Le han tratado con respeto.	,69	,88
8. Le han explicado los procedimientos detenidamente.	,74	,87
9. Le han comunicado los detalles de forma oportuna.	,79	,87
10. Ha ajustado las comunicaciones a las necesidades específicas de cada momento.	,68	,88

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0



CAPÍTULO VI: RESULTADOS DEL ESTUDIO

6. RESULTADOS

En este apartado se mostrarán los resultados, en relación con los objetivos planteados en el estudio, obtenidos mediante los diferentes análisis estadísticos realizados.

Se analizarán la relación existente entre las diferentes variables que forman el estudio, la relación que presentan con los turnos laborales y el impacto que tienen tanto en la salud como en los resultados organizacionales del personal de enfermería y de los técnicos auxiliares.

En primer lugar, se realizará un análisis de correlación entre las distintas variables y posteriormente, se elaborará un análisis de regresión para determinar en que medida se relacionan dichas variables.

6.1. Análisis de correlación entre las variables

El análisis correlacional es una técnica estadística que sirve para estudiar si existe o no algún tipo de relación entre dos variables.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) permite medir el grado de asociación entre dos variables y el sentido de su relación. Esta relación puede ser positiva (correlación directa) o negativa (correlación inversa) y su número está comprendido entre -1 y 1 ($-1 \leq r \leq 1$).

La correlación directa ocurre cuando el valor de r se aproxima a 1, es decir, si aumentan los valores de una variable aumentan los valores de la otra variable, cuando más cercanos sean los valores a 1 más fuerte y directa será la correlación. Por el contrario, la correlación inversa es cuando el valor de r se aproxima a -1, es decir, cuando los valores de una variable aumentan disminuyen los valores de la otra variable, aquellos valores más cercanos a -1 presentarán una correlación más fuerte e inversa entre las dos variables.

El análisis se realizó calculando los estadísticos descriptivos, media y desviación típica de cada variable de estudio. Con el fin de analizar la relación entre las variables se llevó a cabo un análisis de correlación, comprobando que las relaciones seguían la dirección señaladas e las hipótesis.

En la tabla 23 se muestran las medias, desviaciones típicas y correlaciones entre las variables definidas en el estudio. Las fiabilidades se encuentran en la diagonal.



Tabla 23: Descriptivos, fiabilidades y correlaciones entre variables

Variable	Escala	ítems	X	DT	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Demanda	1 - 7	9	4,59	1,23	,89											
Control	1 - 7	9	3,40	1,50	,42**	,70										
Apoyo	1 - 7	11	3,14	1,87	,14	,25*	,94									
Agotamiento	1 - 7	5	3,30	1,50	,51**	,19	,31**	,87								
Cinismo	0 - 6	6	1,50	1,38	,36**	,37**	,58**	,58**	,78							
Fatiga crónica	0 - 6	5	2,71	1,60	,49**	,18	,20*	,77**	,52**	,87						
Fatiga aguda	0 - 6	5	3,67	1,34	,25*	,22*	-,06	,14	,20*	,18	,82					
Recuperación de turnos	1 - 7	5	2,41	1,76	,29**	,14	,25*	,54**	,54**	,62**	,21*	,81				
Satisfacción	1 - 7	6	4,75	1,02	-,43**	-,19	-,29**	-,43**	-,41**	-,38**	-,00	-,24*	,84			
Desempeño	1 - 7	7	4,69	1,00	-,32**	-,08	-,17	-,37**	-,34**	-,33**	-,03	-,25*	,48**	,80		
Conductas contraproductivas	1 - 7	15	1,85	1,02	-,04	-,01	,20*	,21*	,12	,14	-,09	,13	-,30**	-,35**	,91	
Justicia	1 - 7	10	4,59	1,18	-,31**	-,17	-,27**	-,43**	-,40**	-,30**	-,00	,17	,51**	-,50**	-,33**	,89

N= 101

* La correlación es significativa en el nivel 0,05.

** La correlación es significativa en el nivel 0,01.

Fuente: Elaboración propia SPSS 22.0

Para poner a prueba las hipótesis planteadas se han realizado nueve ecuaciones de regresión jerárquica para: el agotamiento, cinismo, fatiga crónica, fatiga aguda, recuperación de turnos, satisfacción, conductas contraproductivas, desempeño y justicia.

6.2. Análisis de regresión

El análisis de regresión es una técnica estadística utilizada para estudiar la relación entre variables, nos permite conocer el efecto que una o varias variables pueden causar sobre otra y, además permite predecir en mayor o menor grado los valores de una variable a partir de otra.

La regresión es el conjunto de técnicas usadas para conocer la relación de dependencia entre una variable cuantitativa o dependiente y una o más variables independientes llamadas variables predictoras.

Para analizar la incidencia de las demandas laborales, el control y el apoyo social sobre las diferentes variables planteadas en el modelo, tanto para la salud como para los resultados organizacionales, se ha llevado a cabo una ecuación de regresión jerárquica para cada variable. Las variables independientes se han introducido en tres bloques sucesivos. En el primer bloque se introducen las variables sociodemográficas como son el sexo, el turno, la edad y la categoría profesional. En el segundo bloque las demandas laborales. Y, por último, en

el tercer bloque se introdujeron las dos dimensiones consideradas como moderadoras: el control y el apoyo social.

6.2.1. Resultados relacionados con el agotamiento

El resultado de la primera ecuación de regresión, de la variable dependiente el agotamiento, se puede observar en la tabla 24.

Tabla 24: Ecuación de regresión para predecir el Agotamiento

Variables	PASOS		
	I	II	III
- Edad	,13	,09	,08
- Turno	,05	-,08	-,03
- Categoría profesional	-,05	,12	,11
- Sexo	,06	,08	,07
- Demanda		,56***	,55***
- Control			-,09
- Apoyo social			,25**
F	,50	7,91***	7,16***
R ²	,03	,30	,36
Δ R ²	,03	,27***	,06*

N= 96, * p<.05; ** p<.01; ***p<.001

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Como se observa en la tabla 24, el modelo de regresión propuesto para el agotamiento explica un 36% de la varianza.

En el primer bloque de variables correspondientes a variables sociodemográficas no es significativo (F = ,50; P>0.05). El segundo bloque con las demandas resulta significativo ($\beta = ,56$; $p<0.001$) y explica un 27% de la varianza (F = 7,91; $p<0.001$). El tercer bloque donde se introducen las variables moduladoras (control y apoyo), el apoyo resulta significativo ($\beta = ,25$; $p<0.01$) y explica la varianza en un 6%.

6.2.2. Resultados relacionados con el Cinismo

En la tabla 25 se muestran los resultados de la ecuación de regresión de la variable dependiente Cinismo.

Tabla 25: Ecuación de regresión para predecir el Cinismo

Variables	PASOS		
	I	II	III
- Edad	,13	,10	,08
- Turno	,19	,11	,15
- Categoría profesional	-,05	,05	,05
- Sexo	-,03	-,01	-,04
- Demanda		,35***	,23
- Control			,20*
- Apoyo social			,21*
F	1,16	3,42*	4,22**
R ²	,03	,15	,24
Δ R ²	,03	,12***	,09**

N= 96, * p<.05; ** p<.01; ***p<.001

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Como se observa en la tabla 25, el modelo de regresión propuesto para el cinismo explica un 24% de la varianza.

En el primer bloque de variables correspondientes a variables sociodemográficas no es significativo ($F = 1,16$; $P > 0,05$). El segundo bloque con las demandas resulta significativo ($\beta = ,35$; $p < 0,001$) y explica un 12% de la varianza ($F = 3,42$; $p < 0,05$). El tercer bloque donde se introducen las variables moduladoras el control ($\beta = ,20$; $p < 0,05$) y el apoyo ($\beta = ,21$; $p < 0,05$) resulta significativo y explica la varianza en un 9% ($F = 4,22$; $p < 0,01$).

6.2.3. Resultados relacionados con la fatiga crónica.

En este apartado se muestran los resultados de la tercera ecuación de regresión, para la variable dependiente fatiga crónica, que pueden verse en la tabla 26.

Tabla 26: Ecuación de regresión para predecir la fatiga crónica

Variables	PASOS		
	I	II	III
- Edad	,23*	,19	,18
- Turno	,27	,04	,08
- Categoría profesional	-,27	,04	,01
- Sexo	,02	,06	,05
- Demanda		,51***	,51
- Control			-,07
- Apoyo social			,15
F	1,80	7,80***	6,02
R ²	,07	,30	,32
Δ R ²	,07	,23***	,02

N= 96, * p<.05; ** p<.01; ***p<.001

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Como se observa en la tabla 26, el modelo de regresión propuesto para la fatiga crónica explica un 32% de la varianza.

En el primer bloque de variables correspondientes a variables sociodemográficas, la variable edad es significativa ($\beta = ,23$; $p < 0.05$) y explica un 7% de la varianza ($F = 1,80$; $P > 0.05$). El segundo bloque con las demandas resulta significativo ($\beta = ,51$; $p < 0.001$) y explica un 23% de la varianza ($F = 7,80$; $p < 0.001$). El tercer bloque donde se introducen las variables moduladoras no resulta significativo, sin embargo, explica la varianza en un 2% ($F = 6,02$; $p > 0.05$).

6.2.4. Resultados relacionados con la fatiga aguda.

Los resultados de la cuarta ecuación de regresión de la variable dependiente: Fatiga aguda se pueden observar en la tabla 27.

Tabla 27: Ecuación de regresión para predecir la Fatiga aguda

Variables	PASOS		
	I	II	III
- Edad	,21*	,19	,19
- Turno	,23	,13	,11
- Categoría profesional	-,27	-,10	-,08
- Sexo	-,15	-,13	-,13
- Demanda		,22*	,17
- Control			,18
- Apoyo social			-,14
F	1,76	2,33	2,24*
R ²	,07	,11	,15
Δ R ²	,07	,04*	,04

N= 96, * p<.05; ** p<.01; ***p<.001

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Como se observa en la tabla 27, el modelo de regresión propuesto para la fatiga aguda explica un 15% de la varianza.

En el primer bloque de variables correspondientes a variables sociodemográficas, la variable edad ($\beta = ,21$; $p < 0.05$) es significativa y explica un 7% de la varianza ($F = 1,76$; $P > 0.05$). El segundo bloque con las demandas resulta significativo ($\beta = ,22$; $p < 0.05$) y explica un 4% de la varianza ($F = 2,33$; $p > 0.05$). El tercer bloque donde se introducen las variables moduladoras no resulta significativo, sin embargo, explica la varianza en un 4% ($F = 2,24$; $p < 0.05$).

6.2.5. Resultados relacionados con la Recuperación de turnos

En la tabla 28 se muestran los resultados de la quinta ecuación de regresión, para predecir la recuperación de turnos.

Tabla 28: Ecuación de regresión para predecir la Recuperación de turnos

Variables	PASOS		
	I	II	III
- Edad	,24*	,21	,20
- Turno	,01	-,16	-,09
- Categoría profesional	,13	,35*	,30
- Sexo	-,02	,01	-,01
- Demanda		,37***	,34
- Control			-,03**
- Apoyo social			,22*
F	2,11	4,57**	4,16**
R ²	,08	,20	,25
Δ R ²	,08	,12	,05***

N= 96, * p<.05; ** p<.01; ***p<.001

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Como se observa en la tabla 28, el modelo de regresión propuesto para la recuperación de turnos explica un 25% de la varianza.

En el primer bloque de variables correspondientes a variables sociodemográficas, la variable edad es significativa ($\beta = ,24$; $p < 0.05$) y explica un 8% de la varianza ($F = 2,11$; $P > 0.05$). El segundo bloque con las demandas resulta significativo ($\beta = ,37$; $p < 0.001$), también resulta significativo con la variable categoría profesional ($\beta = ,35$; $p < 0.05$) y explica un 12% de la varianza ($F = 2,33$; $p > 0.05$). El tercer bloque donde se introducen las variables moduladoras resulta significativo con el control ($\beta = ,35$; $p < 0.01$) y con el apoyo ($\beta = ,22$; $p < 0.05$) y explica la varianza en un 5% ($F = 4,16$; $p < 0.01$).

6.2.6. Resultados relacionados con la Satisfacción.

Los resultados de la sexta ecuación de regresión, para la variable dependiente satisfacción, se muestran en la tabla 29.

Tabla 29: Ecuación de regresión para predecir la Satisfacción

Variables	PASOS		
	I	II	III
- Edad	-,00	,04	,05
- Turno	,09	,34*	,29
- Categoría profesional	-,14	-,47**	-,43
- Sexo	-,07	-,12	-,10
- Demanda		-,55***	-,54
- Control			,04
- Apoyo social			-,19*
F	,28	6,88***	5,64***
R ²	,01	,27	,30
Δ R ²	,01	,26***	,03

N= 96, * p<.05; ** p<.01; ***p<.001

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Como se observa en la tabla 29, el modelo de regresión propuesto para la Satisfacción explica un 30% de la varianza.

En el primer bloque de variables correspondientes a variables sociodemográficas no resultan significativas. El segundo bloque con las demandas resulta significativo ($\beta = -,55$; $p < 0.001$), también resulta significativo con la variable categoría profesional ($\beta = -,47$; $p < 0.01$) y con la variable turno ($\beta = ,34$; $p < 0.05$) y explica un 26% de la varianza ($F = 6,88$; $p < 0.001$). El tercer bloque donde se introducen las variables moduladoras resulta significativo con el apoyo ($\beta = -,19$; $p < 0.05$) y explica la varianza en un 3% ($F = 5,64$; $p < 0.001$).

6.2.7. Resultados relacionados con las conductas productivas.

En la tabla 30 se muestran los resultados de la séptima ecuación de regresión de la variable dependiente “Conductas contraproductivas”.

Tabla 30: Ecuación de regresión para predecir las Conductas contraproductivas

Variables	PASOS		
	I	II	III
- Edad	,13	,13	,12
- Turno	-,10	-,10	-,04
- Categoría profesional	,18	,18	,14
- Sexo	,03	,03	,02
- Demanda		-,00	-,03
- Control			-,04
- Apoyo social			,20
F	,90	,71	1,00
R ²	,04	,04	,08
Δ R ²	,04	,00	,04

N= 96, * p<.05; ** p<.01; ***p<.001

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Como se observa en la tabla 30, el modelo de regresión propuesto para las conductas contraproductivas explica un 8% de la varianza.

En el primer bloque de variables correspondientes a variables sociodemográficas no resultan significativas (F = ,90; p>0.05). El segundo bloque con las demandas no resulta significativo (F = ,71; p>0.05). El tercer bloque donde se introducen las variables moduladoras tampoco resulta significativo (F =1,00; p>0.05).

6.2.8. Resultados relacionados con el Desempeño

Los resultados para predecir la variable dependiente “Desempeño” se muestran con la ecuación de regresión en la tabla 31.

Tabla 31: Ecuación de regresión para predecir el Desempeño

Variables	PASOS		
	I	II	III
- Edad	-,07	-,04	-,04
- Turno	-,16	,012	-,02
- Categoría profesional	-,03	-,25	-,22
- Sexo	-,06	-,09	-,08
- Demanda		-,37**	-,38
- Control			,10
- Apoyo social			-,15
F	1,1	3,49**	2,87**
R ²	,04	,16	,18
Δ R ²	,04	,12**	,02

N= 96, * p<.05; ** p<.01; ***p<.001

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Como se observa en la tabla 31, el modelo de regresión propuesto para el desempeño explica un 18% de la varianza.

En el primer bloque de variables correspondientes a variables sociodemográficas no resultan significativas (F =1,1; p>0.05). El segundo bloque con las demandas resulta significativo ($\beta =-,33$; p<0.01) y explica un 12% de la varianza (F = 3,49; p<0.01). El tercer bloque donde se introducen las variables moduladoras no resulta significativo) y explica la varianza en un 2% (F =2,87; p<0.01).

6.2.9. Resultados relacionados con la Justicia

Los resultados de la novena ecuación de regresión, para predecir la justicia, se muestran en la tabla 32.

Tabla 32: Ecuación de regresión para predecir la Justicia

Variables	PASOS		
	I	II	III
- Edad	-,16	-,14	,13
- Turno	-,06	,09	,03
- Categoría profesional	,06	-,14	-,09
- Sexo	-,05	-,07	-,06
- Demanda		-,33**	-,30*
- Control			,01
- Apoyo social			-,21*
F	,71	2,62*	2,53*
R ²	,03	,13	,17
Δ R ²	,03	,10**	,04

N= 96, * p<.05; ** p<.01; ***p<.001

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Como se observa en la tabla 32, el modelo de regresión propuesto para la justicia explica un 17% de la varianza.

En el primer bloque de variables correspondientes a variables sociodemográficas no resultan significativas ($F = ,71$; $p > 0.05$). El segundo bloque con las demandas resulta significativo ($\beta = -,33$; $p < 0.01$) y explica un 10% de la varianza ($F = 2,62$; $p < 0.05$). El tercer bloque donde se introducen las variables moduladoras resulta significativo con el apoyo ($\beta = -,21$; $p < 0.05$) y explica la varianza en un 4% ($F = 2,53$; $p < 0.05$).

Por otra parte, también se ha realizado una ecuación para cada dimensión de la variable Justicia.

Los resultados de la décima ecuación de regresión, para la variable dependiente justicia de procedimiento, se muestran en la tabla 33.

Tabla 33: Ecuación de regresión para predecir la Justicia de procedimiento

Variables	PASOS		
	I	II	III
- Edad	-,03	-,01	,00
- Turno	,09	,15	,09
- Categoría profesional	-,13	-,21	-,20
- Sexo	-,04	-,05	-,03
- Demanda		-,26*	-,22
- Control			,03
- Apoyo social			-,28**
F	,56	1,65	2,32*
R ²	0,2	,08	,16
Δ R ²	,02	,06*	,07*

N= 96, * p<.05; ** p<.01; ***p<.001

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Como se observa en la tabla 33, el modelo de regresión propuesto para la justicia de procedimiento explica un 16% de la varianza.

En el primer bloque de variables correspondientes a variables sociodemográficas no resultan significativas ($F = ,56$; $p > 0.05$). El segundo bloque con las demandas resulta significativo ($\beta = -,26$; $p < 0.05$) y explica un 6% de la varianza ($F = 1,65$; $p < 0.05$). El tercer bloque donde se introducen las variables moduladoras resulta significativo con el apoyo ($\beta = -,28$; $p < 0.01$) y explica la varianza en un 7% ($F = 2,32$; $p < 0.05$).



Los resultados de la undécima ecuación de regresión, para la variable dependiente justicia distributiva, se muestran en la tabla 34.

Tabla 34: Ecuación de regresión para predecir la Justicia distributiva

Variables	PASOS		
	I	II	III
- Edad	-,07	-,06	-,04
- Turno	-,03	-,00	-,05
- Categoría profesional	-,08	-,11	-,10
- Sexo	,08	,08	,09
- Demanda		-,11	-,07
- Control			,00
- Apoyo social			-,22*
F	,45	,57	1,06
R ²	,02	,03	,08
Δ R ²	,02	,01	,05

N= 96, * p<.05; ** p<.01; ***p<.001

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Como se observa en la tabla 34, el modelo de regresión propuesto para la justicia de procedimiento explica un 8% de la varianza.

En el primer bloque de variables correspondientes a variables sociodemográficas no resultan significativas (F =,45; p>0.05). El segundo bloque con las demandas tampoco resulta significativo (F = ,57; p>0.05). El tercer bloque donde se introducen las variables moduladoras resulta significativo con el apoyo ($\beta = -,22$; p<0.05) y explica la varianza en un 5% (F =1,06; p>0.05).



Los resultados de la duodécima ecuación de regresión, para la variable dependiente justicia interpersonal, se muestran en la tabla 35.

Tabla 35: Ecuación de regresión para predecir la Justicia interpersonal

Variables	PASOS		
	I	II	III
- Edad	-,25*	-,23*	-,22*
- Turno	-,13	-,07	-,10
- Categoría profesional	,13	,05	,05
- Sexo	-,08	-,09	-,08
- Demanda		-,26*	-,20
- Control			-,08
- Apoyo social			-,14
F	2,12	3,08*	2,65*
R ²	,08	,14	,17
Δ R ²	,08	,06*	,03

N= 96, * p<.05; ** p<.01; ***p<.001

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Como se observa en la tabla 35, el modelo de regresión propuesto para la justicia interpersonal explica un 17% de la varianza.

En el primer bloque de variables correspondientes a variables sociodemográficas resulta significativo para la variable edad ($\beta = -,25$; $p < 0.05$) y explica un 8% de la varianza ($F = 2,12$; $p > 0.05$). El segundo bloque con las demandas resulta significativo ($\beta = -,26$; $p < 0.05$) y explica un 6% de la varianza ($F = 3,08$; $p < 0.05$). El tercer bloque donde se introducen las variables moduladoras no resulta significativo y explica la varianza en un 3% ($F = 2,65$; $p < 0.05$).



Los resultados de la decimotercera ecuación de regresión, para la variable dependiente justicia informacional, se muestran en la tabla 36.

Tabla 36: Ecuación de regresión para predecir la Justicia informacional

Variables	PASOS		
	I	II	III
- Edad	-,18	-,16	-,15
- Turno	-,04	,03	,01
- Categoría profesional	,13	,04	,05
- Sexo	-,06	-,07	-,06
- Demanda		-,29**	-,27*
- Control			-,00
- Apoyo social			-,09
F	1,06	2,41*	1,81
R ²	,04	,12	,12
Δ R ²	,04	,07**	,00

N= 96, * p<.05; ** p<.01; ***p<.001

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Como se observa en la tabla 36, el modelo de regresión propuesto para la justicia informacional explica un 12% de la varianza.

En el primer bloque de variables correspondientes a variables sociodemográficas no resultan significativas (F =1,06; p>0.05). El segundo bloque con las demandas resulta significativo ($\beta =-,29$; p<0.01) y explica un 7% de la varianza (F = 2,41; p<0.05). El tercer bloque donde se introducen las variables moduladoras no resulta significativo (F =1,81; p>0.05).

6.3. Análisis de la varianza como un factor (ANOVA)

El análisis de la varianza (ANOVA) de un factor sirve para realizar un contraste de medias que permite comparar varios grupos en una variable cuantitativa. Se aplica para contrastar la igualdad de medias de tres o más muestras independientes y con distribución normal, cuya clasificación viene dada por la variable llamada Factor. La base de este procedimiento consiste en estudiar si el Factor influye sobre la Variable Respuesta.

El ANOVA se basa en la descomposición de la variación total de los datos con respecto a la media global (SCT), en dos partes:

- Variación dentro de las muestras (SCD) o Intra-grupos, cuantifica la dispersión de los valores de cada muestra con respecto a sus correspondientes medias.
- Variación entre muestras (SCE) o Inter-grupos, cuantifica la dispersión de las medias de las muestras con respecto a la media global.

6.3.1. Hipótesis 4: se espera que existan diferencias significativas respecto las medias de las variables de salud en función de los turnos de trabajo.

En este apartado se realizará un análisis de la varianza (ANOVA) con el fin de identificar las posibles diferencias que puedan presentar la salud de los trabajadores según la duración de los turnos de trabajo. Las variables que representan la salud son agotamiento, cinismo, fatiga crónica, fatiga aguda y recuperación de turnos.

En la tabla 37 se muestran los resultados del análisis de la varianza, lo cual se observa en el estadístico F con su nivel de significación. Si el nivel de significación es menor o igual a 0,05 se rechazaría la hipótesis de igualdad de medias, por lo que existen diferencias significativas. En cambio, si el nivel de significación es mayor a 0,05 aceptaríamos la hipótesis, es decir, no existirán diferencias significativas entre los grupos.



Tabla 37: Análisis de la varianza del agotamiento, cinismo, fatiga crónica, fatiga aguda y recuperación de turnos en función de los turnos de trabajo.

		Suma de cuadrados	GI	Media cuadrática	F	Sig.
Agotamiento	Inter-grupos	,03	1	,03	,01	,91
	Intra-grupos	224,50	99	2,27		
	Total	224,53	100			
Cinismo	Inter-grupos	7,06	1	7,06	3,82	,05
	Intra-grupos	182,88	99	1,85		
	Total	189,93	100			
Fatiga crónica	Inter-grupos	3,44	1	3,44	1,34	,25
	Intra-grupos	253,90	99	2,56		
	Total	257,33	100			
Fatiga aguda	Inter-grupos	,21	1	,21	,12	,73
	Intra-grupos	179,84	99	1,82		
	Total	180,05	100			
Recuperación de turnos	Inter-grupos	2,44	1	2,44	,79	,38
	Intra-grupos	306,26	99	3,09		
	Total	308,70	100			

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Como se observa en la tabla, existen diferencias significativas en función del cinismo ($F = 3,82$; $p < 0.05$). Por lo tanto, se puede afirmar que la variable factor “turno” influye en la variable dependiente “cinismo”.

Por otro lado, se observa que para las variables dependientes agotamiento, fatiga crónica, fatiga aguda y recuperación de turnos presentan en la tabla de análisis de la varianza una F que no es significativa ($p > 0.05$), es decir, el factor turno no influye en las variables dependientes que explican la salud de los trabajadores.

6.3.2. Hipótesis 5: se espera que existan diferencias significativas respecto las medias de las variables organizacionales en función de los turnos de trabajo.

Mediante el análisis estadístico de la varianza se identificarán las posibles diferencias en los resultados organizacionales según el turno de trabajo. Las variables que componen los resultados organizacionales son la satisfacción laboral, el desempeño, las conductas contraproductivas y la justicia.

En la tabla 38 se muestran los resultados del ANOVA que identifican las diferencias existentes en las variables de los resultados organizacionales.

Tabla 38: Análisis de la varianza de la Satisfacción, Desempeño, Conductas Contraproductivas y Justicia en función de los turnos de trabajo

		Suma de cuadrados	GI	Media cuadrática	F	Sig.
Satisfacción	Inter-grupos	,86	1	,86	,83	,37
	Intra-grupos	102,69	99	1,04		
	Total	103,55	100			
Desempeño	Inter-grupos	1,44	1	1,44	1,44	,23
	Intra-grupos	98,701	99	1,00		
	Total	100,14	100			
Contraproductivas	Inter-grupos	,01	1	,01	,01	,96
	Intra-grupos	104,86	99	1,06		
	Total	104,87	100			
Justicia	Inter-grupos	,03	1	,03	,02	,89
	Intra-grupos	138,85	99	1,40		
	Total	138,88	100			

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Los resultados que se observan en la tabla 38 indican que no hay diferencias significativas en función de los turnos de trabajo y las variables dependientes organizacionales. Esto se debe a que las F de la tabla de análisis de la varianza no son significativas ya que sus niveles de significación son superiores a 0,05.

El factor “turno” no influye en las variables dependientes (Satisfacción, Desempeño, Contraproductivas y Justicia), es decir, los distintos niveles del factor se comportan de igual forma en lo que a las variables dependientes se refiere.



6.3.3. Hipótesis 6: se espera que la edad se relacione de forma directa con la salud y los resultados organizacionales.

A través del análisis estadístico se identificarán las posibles correlaciones existentes de la variable sociodemográfica dependiente “Edad” respecto las variables de salud (Agotamiento, cinismo fatiga crónica, fatiga aguda y recuperación de turnos) y las variables organizacionales (satisfacción, desempeño y conductas contraproductivas).

En la tabla 39 se muestran los resultados del ANOVA que identifican las diferencias existentes en las variables de estudio.

Tabla 39: Análisis de la varianza en función de la edad

		Suma de cuadrados	GI	Media cuadrática	F	Sig.
Demanda	Inter-grupos	46,34	31	1,50	,95	,54
	Intra-grupos	103,36	66	1,57		
	Total	149,70	97			
Control	Inter-grupos	121,64	31	3,92	,94	,001
	Intra-grupos	103,47	66	1,57		
	Total	225,10	97			
Apoyo	Inter-grupos	72,73	31	2,35	1,34	,96
	Intra-grupos	263,68	66	4,12		
	Total	336,41	97			
Agotamiento	Inter-grupos	78,67	31	2,54	1,16	,30
	Intra-grupos	144,19	66	2,18		
	Total	222,86	97			
Cinismo	Inter-grupos	57,44	31	1,85	,94	,56
	Intra-grupos	130,04	66	1,97		
	Total	187,48	97			
Fatiga crónica	Inter-grupos	98,30	31	3,17	1,34	,16
	Intra-grupos	155,62	66	2,36		
	Total	253,92	97			
Fatiga aguda	Inter-grupos	54,68	31	1,76	,93	,57
	Intra-grupos	124,81	66	1,89		
	Total	179,49	97			
Recuperación de turnos	Inter-grupos	107,76	31	3,48	1,19	,27
	Intra-grupos	192,57	66	2,92		
	Total	300,33	97			
Satisfacción	Inter-grupos	30,20	31	,97	,91	,61
	Intra-grupos	70,85	66	1,07		
	Total	101,06	97			
Desempeño	Inter-grupos	35,64	31	1,15	1,19	,27
	Intra-grupos	63,72	66	,96		
	Total	99,35	97			
Contraproductiva	Inter-grupos	36,75	31	1,18	1,17	,29
	Intra-grupos	66,88	66	1,01		
	Total	103,63	97			
Justicia	Inter-grupos	26,13	31	,84	,50	,98
	Intra-grupos	110,12	66	1,67		
	Total	136,25	97			

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Como se observa en la tabla, los resultados indican la existencia de diferencias significativas entre la edad y el control ($F=0,94$; $p<0.05$). Por lo tanto, se puede afirmar que la variable edad influye en el control.

El resto de variables no presentan diferencias significativas en función de la edad, es decir, el factor edad no influye en las variables dependientes de demanda, apoyo, agotamiento, cinismo, fatiga crónica, fatiga aguda, recuperación de turnos, satisfacción, desempeño, conductas contraproductivas y justicia.

6.3.4. Hipótesis 7: se espera que el sexo se relacione con las variables de la salud.

A través del análisis estadístico se identificarán las posibles correlaciones existentes de la variable sociodemográfica dependiente "Sexo" respecto las variables de salud (Agotamiento, cinismo fatiga crónica, fatiga aguda y recuperación de turnos)

En la tabla 40 se muestran los resultados del ANOVA que identifican las diferencias existentes en las variables de estudio.

Tabla 40: Análisis de la varianza del agotamiento, cinismo, fatiga crónica, fatiga aguda y recuperación de turnos en función del Sexo.

		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Agotamiento	Inter-grupos	,77	1	,77	,34	,56
	Intra-grupos	223,74	98	2,28		
	Total	224,52	99			
Cinismo	Inter-grupos	,06	1	,06	,03	,86
	Intra-grupos	187,58	98	1,91		
	Total	187,64	99			
Fatiga crónica	Inter-grupos	,45	1	,45	,17	,68
	Intra-grupos	254,37	98	2,60		
	Total	254,81	99			
Fatiga aguda	Inter-grupos	2,59	1	2,60	1,43	,24
	Intra-grupos	177,46	98	1,81		
	Total	180,05	99			
Recuperación de turnos	Inter-grupos	,03	1	,04	,01	,92
	Intra-grupos	301,89	98	3,08		
	Total	301,93	99			

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Los resultados que se observan en la tabla 40 indican que no hay diferencias significativas en función del sexo y las variables dependientes de salud. Esto se debe a que las F de la tabla de análisis de la varianza no son significativas ya que sus niveles de significación son superiores a 0,05.

El factor “Sexo” no influye en las variables dependientes (agotamiento, cinismo, fatiga crónica, fatiga aguda y recuperación de turnos), es decir, los distintos niveles del factor se comportan de igual forma en lo que a las variables dependientes se refiere.

6.3.5. Hipótesis 8: se espera que haya diferencias significativas en las variables organizacionales en función de la categoría profesional.

A través del análisis estadístico se identificarán las posibles diferencias significativas existentes de la variable sociodemográfica dependiente “Categoría profesional” respecto las variables de salud (Agotamiento, cinismo fatiga crónica, fatiga aguda y recuperación de turnos) y las variables organizacionales (satisfacción, desempeño y conductas contraproductivas).

En la tabla 41 se muestran los resultados del ANOVA que identifican las diferencias existentes en las variables de estudio.

Tabla 41: Análisis de la varianza en función de la categoría profesional

		Suma de cuadrados	GI	Media cuadrática	F	Sig.
Satisfacción	Inter-grupos	,29	1	,29	,28	,60
	Intra-grupos	103,26	99	1,04		
	Total	103,55	100			
Desempeño	Inter-grupos	2,22	1	2,22	2,24	,14
	Intra-grupos	97,92	99	,99		
	Total	100,14	100			
Contraproductiva	Inter-grupos	,99	1	,99	,94	,36
	Intra-grupos	103,88	99	1,05		
	Total	104,87	100			
Justicia	Inter-grupos	,17	1	,17	,12	,73
	Intra-grupos	138,72	99	1,40		
	Total	138,88	100			

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Como se observa en la tabla, los resultados indican que no existen diferencias significativas entre la categoría profesional y los resultados organizacionales. Esto se debe a que las F de la tabla de análisis de la varianza no son significativas ya que sus niveles de significación son superiores a 0,05. Las variables que no tienen diferencias significativas son el control y el apoyo, las variables de salud y las organizacionales.

6.3.6. Hipótesis 9: se espera que existan diferencias significativas en las variables de salud y organizacionales en función de las unidades funcionales.

A través del análisis estadístico se identificarán las posibles diferencias significativas existentes de la variable dependiente “Unidad funcional” respecto las variables de salud (Agotamiento, cinismo fatiga crónica, fatiga aguda y recuperación de turnos) y las variables organizacionales (satisfacción, desempeño y conductas contraproductivas).

En la tabla 42 se muestran los resultados del ANOVA que identifican las diferencias existentes en las variables de estudio.

Tabla 42: Análisis de la varianza en función de la unidad funcional

		Suma de cuadrados	GI	Media cuadrática	F	Sig.
Demanda	Inter-grupos	31,67	3	10,56	8,52	,00
	Intra-grupos	120,28	97	1,24		
	Total	151,95	100			
Control	Inter-grupos	9,48	3	3,16	1,42	,24
	Intra-grupos	216,46	97	2,23		
	Total	225,94	100			
Apoyo	Inter-grupos	3,31	3	1,10	,31	,82
	Intra-grupos	339,34	97	3,57		
	Total	342,65	100			
Agotamiento	Inter-grupos	36,72	3	4,02	6,32	,00
	Intra-grupos	187,82	97	1,83		
	Total	224,53	100			
Cinismo	Inter-grupos	12,05	3	4,02	2,20	,09
	Intra-grupos	177,88	97	1,83		
	Total	189,93	100			
Fatiga crónica	Inter-grupos	34,08	3	11,36	4,94	,00
	Intra-grupos	223,24	97	2,30		
	Total	257,33	100			
Fatiga aguda	Inter-grupos	1,96	3	,65	,36	,78
	Intra-grupos	178,09	97	1,84		
	Total	180,05	100			
Recuperación de turnos	Inter-grupos	30,37	3	10,125	3,53	,02
	Intra-grupos	278,32	97	2,87		
	Total	308,70	100			
Satisfacción	Inter-grupos	12,96	3	4,32	4,63	,00
	Intra-grupos	90,60	97	,93		
	Total	103,55	100			
Desempeño	Inter-grupos	14,90	3	4,97	5,65	,00
	Intra-grupos	85,24	97	,88		
	Total	100,14	100			
Contraproductiva	Inter-grupos	8,52	3	2,84	2,86	,04
	Intra-grupos	96,36	97	1,00		
	Total	104,87	100			
Justicia	Inter-grupos	8,53	3	2,84	2,12	,10



Intra-grupos	130,35	97	1,34
Total	138,88	100	

Fuente: Elaboración propia – SPSS 22.0

Como se observa en la tabla, los resultados indican la existencia de diferencias significativas en función de la unidad funcional en las demandas ($F=8,52$; $p<0.05$); en el agotamiento ($F=6,32$; $p<0.05$); en la fatiga crónica ($F=4,94$; $p<0.05$); en la recuperación de turnos ($F=3,53$; $p<0.05$); en la satisfacción ($F=4,63$; $p<0.05$); en el desempeño ($F=5,65$; $p<0.05$) y en las conductas contraproductivas ($F=2,86$; $p<0.05$).

El resto de variables no presentan diferencias significativas en función de la unidad funcional. Esto se debe a que las F de la tabla de análisis de la varianza no son significativas ya que sus niveles de significación son superiores a 0,05.



A continuación, se muestran dos tablas con las medias, por un lado, de las variables tanto de salud como de resultados organizacionales y, por otro lado, de las variables sociodemográficas de estudio por unidad funcional y por turno de trabajo. Con estas tablas se busca obtener una mayor información respecto a las diferentes unidades funcionales y por tanto, de los turnos de trabajo que serán comentadas en las conclusiones.

Tabla 43: Medias de las variables sociodemográficas por unidad funcional

	Turno 7 h	Turno 7 h	Turno 12 h	Turno 12 h
Enfermeras	Turno rodado M-T-N y fines de semana 17 horas	Turno rodado de 7 horas	Turno 12 horas ciclo 15 semanas	Turno 12 horas ciclo 15 semanas
TCAEs	Turno rodado M-T/N 17 horas Periodicidad de unos tres meses y luego 8 días libres	Turno rodado de 7 horas	Turno 12 horas ciclo 13 semanas	Turno 12 horas ciclo 14 semanas
Unidad Variable	D3 Nefrología y trasplante renal	D6 Traumatología y ortopedia	E4 Neumología	G5 Cirugía colorrectal Esófago gástrica gastroerontologia
Numero bajas IT	5	2	4	8
Número días IT	100	185	367	162
Numero cambios	32	65	20	38
Numero descansos	15	21	35	48
Duración descansos	150	305	430	805
IO - Índice de Ocupación	84,15	87,65	94,01	93,36
	N=20	N=29	N=23	N=29



Tabla 44: medias de las variables de salud y organizacionales por unidad funcional

	Turno 7 h	Turno 7 h	Turno 12 h	Turno 12 h
Enfermeras	Turno rodado M-T-N y fines de semana 17 horas	Turno rodado de 7 horas	Turno 12 horas ciclo 15 semanas	Turno 12 horas ciclo 15 semanas
TCAEs	Turno rodado M-T/N 17 horas Periodicidad de unos tres meses y luego 8 días libres	Turno rodado de 7 horas	Turno 12 horas ciclo 13 semanas	Turno 12 horas ciclo 14 semanas
Unidad	D3	D6	E4	G5
Variable	Nefrología y trasplante renal	Traumatología y ortopedia	Neumología	Cirugía colorrectal Esófago gástrica gastroerontologia
Demanda	4,73	4,33	3,84	5,34
Control	3,82	3,19	3,02	3,60
Apoyo	3,34	3,23	2,82	3,16
Agotamiento	3,40	3,12	2,43	4,10
Cinismo	1,85	1,10	1,26	1,86
Fatiga crónica	2,86	2,31	2,04	3,52
Fatiga aguda	3,91	3,58	3,52	3,72
Recuperación turnos	2,85	2,60	1,41	2,71
Satisfacción	4,09	5,03	5,03	4,71
Desempeño	4,30	5,05	5,08	4,30
Contraproductivas	2,35	1,60	1,60	1,94
Justicia	4,09	4,89	4,76	4,50
	N=20	N=29	N=23	N=29



CAPÍTULO VII: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente estudio se ha realizado con el objetivo de investigar si los diferentes turnos de trabajo influyen en la salud de los profesionales de enfermería y en los resultados organizacionales. Para ello, se tomó una muestra de 101 encuestados compuesta por Enfermeras/os y Auxiliares de Enfermería de un hospital de la Comunidad Valenciana. El personal sanitario de estudio presta sus servicios en cuatro unidades hospitalarias diferenciadas en turnos de 7 y 12 horas: Nefrología y trasplante renal, Traumatología y ortopedia, Neumología, Cirugía colorrectal, esófago, gástrica y gastroenterología.

La investigación se ha basado en el debate de la literatura científica sobre la influencia de los turnos de 12 horas en el personal de enfermería. Estos turnos se introdujeron con la intención de mejorar la flexibilidad de las horas de trabajo para las enfermeras y muchas de ellas son partidarias de este sistema.

Hay autores que se basan en la percepción que tienen los trabajadores sobre los turnos de 12 horas y argumentan que estos turnos mejoran la calidad del trabajo, facilitan el transporte al trabajo, mejoran las relaciones con el paciente y conllevan a una mejor conciliación de la vida laboral y familiar. (Estryn-Behar et al., 2012; O'Connor, 2011; Richardson et al., 2007).

Al contrario, otros autores evidencian que estos turnos tienen un impacto negativo en los trabajadores y presentan grandes desventajas como una mayor fatiga, un mayor riesgo de errores y de autolesión, así como resultados fisiológicos negativos. (Chen et al., 2011; Estryn-Behar et al., 2012; Geiger-Brown y Trinkoff, 2010; Rogers et al., 2004; Scott et al., 2006).

Este trabajo de fin de grado se llevó a cabo con la utilización del Modelo Demanda – Control – Apoyo y como estas variables se relacionan con la salud (agotamiento, cinismo, fatiga crónica, fatiga aguda y recuperación de turnos) y los resultados organizacionales (satisfacción, desempeño, conductas contraproductivas y justicia). Además, se estudia si el control y el apoyo actúan como variables moduladoras de las diferentes relaciones.

A continuación, se muestra una tabla resumen donde se pueden observar los primeros resultados obtenidos en el estudio, mediante el análisis de regresión.

Tabla 45: Resumen resultados del estudio

VARIABLES	SOCIODEMOGRÁFICAS				PREDICTORAS		
	Sexo	Edad	Turnos	Cat. Prof.	Demandas	Control	Apoyo
Agotamiento					$\beta = ,56^{***}$		$\beta = ,25^{**}$
Cinismo					$\beta = ,35^{***}$	$\beta = ,20^*$	$\beta = ,21^*$
Fatiga Crónica		$\beta = ,23^*$			$\beta = ,51^{***}$		
Fatiga Aguda		$\beta = ,21^*$			$\beta = ,22^*$		
Recuperación		$\beta = ,24^*$		$\beta = ,35^*$	$\beta = ,37^{***}$	$\beta = ,03^{**}$	$\beta = ,22^*$
Satisfacción			$\beta = ,34^*$	$\beta = -,47^{**}$	$\beta = -,55^{***}$		$\beta = -,19^*$
Desempeño					$\beta = -,37^{**}$		
Contraproductivas							
Justicia					$\beta = -,33^{**}$		$\beta = -,21^*$

Fuente: Elaboración propia

Al poner a prueba las relaciones directas entre las demandas laborales y las variables de salud se observa que repercuten positivamente apoyando la hipótesis 1a.

Las demandas inciden positivamente en el agotamiento y el cinismo, esta relación se apoya en varios estudios que mostraban que las demandas laborales elevadas agotan al trabajador provocando burnout (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001; Dick y Wagner, 2001; Bakker y Demerouti, 2008; Gil-Monte, García-Juesas y Caro, 2008). También, se observa que las demandas presentan una relación directa con la fatiga, lo que coincide con algunos estudios, los cuales afirman que las condiciones de trabajo caracterizadas por sobrecarga laboral derivan frecuentemente en fatiga (Hart y Wickens, 1990; Lauridsen y Tonnesen, 1990).

Por otro lado, las demandas muestran una relación negativa con la satisfacción laboral y el desempeño, lo que corrobora parcialmente la hipótesis 1b. En cambio, no se encontraron interacciones significativas entre las demandas y las conductas contraproductivas. En contra de lo esperado para la hipótesis 1b las demandas presentan una relación negativa con la justicia. Observando los resultados en la tabla se comprueba que las demandas se relacionan con la insatisfacción (Bagger, Li & Utek, 2008). Igualmente, las demandas laborales repercuten negativamente en el desempeño coincidiendo, por ejemplo, con Imran y Usman (2011).

En cuanto, a la hipótesis 2a se evidencia una relación positiva entre el control y el cinismo, en contra de lo esperado. Para la fatiga y el agotamiento no se ha encontrado ninguna relación significativa. En consecuencia, la hipótesis 2a no se corrobora en este estudio.

Respecto a las relaciones del control con los resultados organizacionales (hipótesis 2b) no se muestra ninguna interacción significativa, como consecuencia no se corrobora la hipótesis 2b en el presente estudio debido principalmente al tamaño de la muestra.

En contra de lo esperado, el apoyo presenta relaciones positivas con el agotamiento, cinismo y recuperación de turnos, de modo que la hipótesis 3a no se corrobora. Además, no se comprobaron relaciones negativas entre el apoyo con la fatiga crónica y la aguda. Sin embargo, cabe mencionar que revisando la literatura científica se han encontrado estudios que explican que un exceso de apoyo social puede ser perjudicial para la salud y los resultados organizacionales y puede llevar consigo un bajo desempeño e insatisfacción laboral a largo plazo (Shuterland y Cooper, 1992).

Como se había predicho, el apoyo muestra una relación negativa con las conductas contraproductivas. Esto quiere decir que, a mayor apoyo, las conductas contraproductivas serán menores. En cambio, no se comprobó ninguna relación positiva entre el apoyo con la satisfacción y el desempeño, pero si con la justicia. Esto corrobora parcialmente la hipótesis 3b. Existen muchos estudios que afirman que, en organizaciones con un clima laboral bueno, los trabajadores son menos propensos a presentar conductas contraproductivas, además los comportamientos éticos en las organizaciones tienen influencias positivas en los códigos de conducta y la percepción de la justicia laboral. (Treviño y Youngblood, 1990).

Por otra parte, las variables de salud (agotamiento, fatiga aguda, fatiga crónica y recuperación de turnos) no presentaron repercusión significativa en función de los turnos de trabajo. Al contrario, la variable cinismo si presentaba la existencia de diferencias significativas en función del turno de trabajo. Esto corrobora parcialmente la hipótesis 4. Algunos estudios asocian los turnos de 12 horas a mayor burnout y por lo tanto a mayores actitudes cínicas (Dall’Ora, 2015).

En referencia a la hipótesis 5, los resultados muestran que las variables que explican los resultados organizacionales (satisfacción, desempeño, conductas contraroductivas y justicia) no presentan diferencias significativas en función del turno laboral, por lo tanto, la hipótesis 5 no se corrobora en este estudio.

Con respecto a la edad, los resultados han mostrado que existe una relación con el control. Algunos estudios afirman que a mayor edad los individuos demuestran un mayor control en sus actividades laborales. En relación con el análisis de regresión, se puede observar la relación directa entre la fatiga y la edad, lo que se apoya en la bibliografía que autores como Tello et al. (2202) argumenta que la escala de cansancio se relaciona positivamente con la edad. Esto corrobora parcialmente la hipótesis 6.

Con relación a la variable sexo, en contra de lo esperado, no se ha encontrado ninguna relación con las variables de salud, por ello, la hipótesis 7 no se corrobora en este estudio.

Aunque varios autores demuestran la existencia de relación entre el cinismo y los hombres como Lozano y Montalbán (1999).

Tampoco existen evidencias que indiquen que hay diferencias significativas entre la categoría profesional y los resultados organizacionales, por lo que la hipótesis 9 no se corrobora.

Se evidencia en este estudio que pertenecer a una u otra unidad funcional influye en las demandas, el agotamiento, la fatiga crónica y recuperación de turnos, la satisfacción, el desempeño y las conductas contraproductivas. Estas diferencias significativas existentes corroboran parcialmente la hipótesis 9.

Aquellas unidades funcionales que presentan unos niveles elevados de sobrecarga laboral se asocian a su vez a niveles elevados de burnout y fatiga, menores niveles de satisfacción personal y desempeño y mayores niveles de conductas contraproductivas (Fox y Spector, 2005; Bolino y Tous, 1993). Se demuestra en este estudio que los turnos de 12 h presentan una mayor demanda.

Se han observado también, la existencia de diferentes tipos de turnos dentro de las mismas unidades de hospitalización lo que puede dificultar la organización del trabajo. En cuanto a las variables sociodemográficas se ha observado que existe un mayor número de incapacidad temporal (IT) y una mayor duración de las mismas en los turnos de 12 h, así como un mayor índice de ocupación en estos turnos respecto los turnos de 7 horas. El número y la duración de los descansos es sensiblemente mayor en los profesionales que trabajan en turnos de 12 horas.

Finalmente, se puede afirmar que los resultados obtenidos concuerdan con la biografía, que indica que son las demandas las que predicen el burnout y, por lo tanto, el agotamiento emocional (Leiter, Burke y Richardsen), por lo cual se puede apoyar que la muestra analizada se caracteriza por la sobrecarga de trabajo y niveles moderados de burnout.



CAPÍTULO VIII: LIMITACIONES DEL ESTUDIO E IMPLICACIONES PRÁCTICAS

8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO E IMPLICACIONES PRÁCTICAS

8.1. Limitaciones del estudio

En el estudio de investigación se ha encontrado la existencia de limitaciones que indiquen en los resultados y conclusiones.

La limitación más importante con la que ha contado este estudio es que el tamaño de la muestra es pequeño, ya que únicamente se contaba con una muestra de 101 encuestados, lo que limita la potencia estadística. Además, esto influye en los resultados del estudio causando anomalías en los mismos y, también influyó en la limitación de utilización de herramientas estadísticas.

Por otro lado, la selección de los encuestados fue aleatoria y voluntaria lo que podría haber causado, de alguna manera, sesgos en los resultados. Igualmente, en cuanto a los datos sociodemográficos de la muestra pueden condicionar los resultados finales debido a que los encuestados pertenecen al mismo sector y con características muy similares.

Para futuros estudios se recomienda la ampliación de la muestra del estudio a todas las unidades de hospitalización por el potencial de conocimiento y mejora que puede aportar a nivel de calidad asistencial y seguridad del paciente, así como de la seguridad y salud de los trabajadores.

8.2. Implicaciones prácticas

A pesar de la limitación de la muestra, esta investigación lleva a concluir que las jornadas laborales de 12 horas afectan a aspectos de salud y a los resultados organizacionales.

Apoyándonos en la literatura científica se puede decir que una jornada prolongada, de entre 9 y 12 horas, sólo es aconsejable en los casos siguientes (Knauth y Rutenfranz 1982; Wallace 1989; Tsaneva y cols. 1990; Ong y Kogi 1990):

- Si tanto la naturaleza como la carga de trabajo son adecuadas para una jornada laboral extensa.
- Si el sistema de turnos se ha diseñado con la finalidad de reducir la fatiga acumulada.
- Si funciona un sistema eficaz de cobertura del absentismo.
- Si no se trabajan horas extraordinarias.
- Si la exposición a los agentes tóxicos es limitada.
- Si resulta posible una recuperación plena al cabo de la jornada de trabajo.



En general, existen una serie de factores que deben tenerse en cuenta para el establecimiento de la jornada de trabajo que son:

- La salud y la edad de los trabajadores
- Las exigencias de la tarea
- La diversidad del trabajo
- La exposición a productos tóxicos
- El tiempo de desplazamiento de los trabajadores
- Las obligaciones familiares.



CAPÍTULO IX: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Arroyo, M. M., González, J. J., Jaime, S. C., Masllorens, J. E., & Martín, A. L. (2013). Turnos de 7 horas versus 12 horas en enfermería intensiva: vivir a contratiempo. *Enfermería Intensiva*, 24(3), 98-103.

Carrasco, I. (1998). Evolución del sistema sanitario español. *Lamata, F. En Manual de Administración y Gestión Sanitaria*, 141-153.

Clendon, J., & Gibbons, V. (2015). 12h shifts and rates of error among nurses: A systematic review. *International journal of nursing studies*, 52(7), 1231-1242.

Clima y satisfacción laboral como predictores del desempeño: En una organización estatal chilena. *Revista salud y sociedad* 2011 2(2).

Cuixart, C. N., & Cuixart, S. N. NTP 455: Trabajo a turnos y nocturno: aspectos organizativos.

Fidalgo, M. (2008). NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o burnout (I): definición y proceso de generación. *Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. España*, 701-750.

García, L. A. (2016). *Niveles y factores de riesgo de Burnout en profesionales de enfermería de urgencias* (Doctoral dissertation, UNED).

Gil-Monte, P. R. (2012). Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional. *Revista peruana de Medicina Experimental y Salud pública*, 29(2), 237-241.

González Gutiérrez, J. L., Moreno Jiménez, B., Garrosa Hernández, E., & López López, A. (2005). Carga mental y fatiga en servicios especiales de enfermería. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(3).

Knauth, P., & Knauth, P. (1983). Horas de Trabajo Riesgos Generales. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el trabajo. Recuperado de: www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/.../EnciclopediaOIT/.../sumario.pdf.

Ley de Prevención de Riesgos Laborales. 31/1995. BOE nº 269, 10/11/1995.

Martín, J. J. M., & González, M. D. P. L. D. (2011). La sostenibilidad del sistema nacional de salud en España. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2773-2782.

Martínez, S. V. (2001). NTP 603: Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo social (I). *Instituto nacional de higiene y seguridad en el trabajo*. Disponible en www.oect.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTécnicas/NTP/Ficheros/601a700/ntp_603.pdf. Consultado el, 22, 2015.

MOLINER, C., MARTÍNEZ-TUR, V., & Carbonell, S. (2003). ¿Cuántas dimensiones tiene la justicia organizacional? *Revista de Psicología Social Aplicada*, 13(3), 91-106.

Monte, P. R. G. (2013). Situación actual y perspectiva de futuro en el estudio del estrés laboral: la Psicología de la Salud Ocupacional. *Informació psicològica*, (100), 68-83.

Monte, P. R. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *Publicado El*, 25.

Moreno Jiménez, B. (2011). Factores y riesgos laborales psicosociales: conceptualización, historia y cambios actuales. *Medicina y Seguridad del trabajo*, 57, 4-19.

Ortega Ruiz, C., & López Ríos, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas1. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1).

Peiró, J. M. (2004). El sistema de trabajo y sus implicaciones para la prevención de los riesgos psicosociales en el trabajo. *Universitas psychologica*, 3(2), 179-186.

Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE n.º 98, 24 de abril de 2012; Sec. I: 31278-312.

Soler, M. M., & Vasallo, J. M. (2007). SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL. CARACTERÍSTICAS Y ANÁLISIS. *Enfermería global*, 6(1).

Viamontes, D. G., & García Viamontes, D. (2010). Satisfacción laboral. Una aproximación teórica. *Contribuciones a las ciencias sociales*, 7.

Vanegas, G., & Lucía, A. (2014). Conductas contraproductivas y su relación con las competencias en el desempeño laboral (Bachelor's thesis, Universidad de La Sabana).



CAPÍTULO X: ANEXOS



10. ANEXOS

ANEXO 1: Cuestionario de la 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 de la Comunidad Valenciana. Su participación es totalmente anónima y confidencial por lo que le rogamos que conteste con sinceridad.

INSTRUCCIONES GENERALES:

1. Lea con detenimiento cada uno 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 Traumatología y Ortopedia
 Servicio de Neumología 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:

--	--	--	--	--