



VNIVERSITATIS VALÈNCIA

**DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES, DEL
TRABAJO Y DE LOS RR.HH**

**EVALUACIÓN DEL ESTRÉS LABORAL Y SUS
CONSECUENCIAS EN TRABAJADORES DEL
SECTOR SANITARIO. UNA PERSPECTIVA DE
GÉNERO**

TESIS PRESENTADA POR: JOSÉ LUIS LLORCA-RUBIO

DIRIGIDA POR: DR. PEDRO RAFAEL GIL-MONTE

Valencia, marzo 2017



VNIVERSITATIS VALÈNCIA

Doctorado en Ciencias Sociales, del Trabajo y de los RR.HH

**Evaluación del estrés laboral y sus consecuencias en
trabajadores del sector sanitario. Una perspectiva de género**

Doctorando:

José Luis Llorca-Rubio

Dirigida por:

Dr. Pedro Rafael Gil-Monte

Valencia, marzo 2017

Esta tesis doctoral ha sido realizada con financiación del Ministerio de Economía y Competividad (MINECO) (referencia del proyecto de investigación: PSI2013-48185-R), dentro del Programa Estatal de Investigación, Desarrollo e Innovación Orientada a los Retos de la Sociedad. Adicionalmente se ha contado con la colaboración de la Consellería de Sanidad de la Generalitat Valenciana a través de un convenio de colaboración suscrito con la Universitat de València (Cod exp: OTR2014-12277COLAB).

Agradecimientos

Quiero expresar mi agradecimiento, en primer lugar, al Ministerio de Economía y Competitividad por la financiación facilitada para poder realizar esta tesis sin la cual hubiera sido difícil su realización.

En segundo lugar a la Consellería de Sanidad y, en concreto a D. Manuel Enciso Rodríguez, por el interés mostrado en llevar a cabo el Convenio y las facilidades dadas para la recogida de la muestra en el Departamento de Salud donde se desarrolló esta tesis.

También quiero agradecer al INVASSAT por los conocimientos que me ha permitido adquirir durante los 39 años que llevo en la institución y, sin los cuales no hubiera sido posible la realización de esta tesis y, muy especialmente, quiero mostrar mi agradecimiento y dedicación de esta tesis al personal del Servicio de Divulgación, Control de la Prevención y Gestión de las Especialidades Preventivas de la Dirección Territorial de Valencia del INVASSAT por la paciencia, apoyo y cariño con el que siempre han seguido la evolución de esta tesis que, al final, han considerado como suya.

Sobre todo quiero agradecer al Director de esta tesis, el Dr. D. Pedro Rafael Gil-Monte por la confianza depositada en mí desde el principio de la tesis, el apoyo desinteresado siempre mostrado, sobre todo, en los momentos más difíciles y, por las enseñanzas que me ha transmitido de este mundo tan impresionante como es el de la investigación, esperando que esta relación profesional y de amistad que se inició hace ya algunos años, perdure durante muchos años más.

También quiero dedicar esta tesis a mis padres que, por desgracia, no han podido compartir y disfrutar este momento conmigo y que sé que les hubiera llenado de orgullo y a los que nunca olvido.

Y, por último, como no, a M^a Ángeles, Luis y, Marta, mi familia, a los que dedico esta tesis y a los que, tanto debo y quiero, por la paciencia que han tenido durante todo este tiempo de, fines de semana y vacaciones invertidas en esta tesis no pudiendo disfrutar en muchas ocasiones de mi presencia y además, por el apoyo percibido por mí que ha ayudado en el buen desarrollo de esta ilusión.

ÍNDICE

ÍNDICE I

I. MARCO TEORICO:	1
1. JUSTIFICACION SOCIAL:	1
2. APROXIMACION HISTORICA Y DELIMITACIÓN CONCEPTUAL:	8
2.1. HISTORIA:	8
2.2. CONCEPTO DE ESTRÉS:	11
2.3. APROXIMACIÓN PSICOSOCIAL:.....	15
2.4. RESPUESTA BIOLÓGICA AL ESTRÉS. SALUD Y ENFERMEDAD: .	19
3. FUENTES DE ESTRÉS Y SUS CONSECUENCIAS:	25
3.1. MODELOS ESTRUCTURALES DE ESTRÉS LABORAL:.....	25
3.2. LOS FACTORES PRODUCTORES DE ESTRÉS:	30
3.2.1. Demandas:	31
3.2.2. Recursos:.....	56
3.3. CONSECUENCIAS:.....	65
4. EL ESTRÉS LABORAL EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD:	68
4.1. FACTORES DE DEMANDA:	75
4.2. FACTORES DE RECURSO:	85
4.3. CONSECUENCIAS:	87
4.4. RELACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:	93
5. PERSPECTIVA DE GÉNERO Y ESTRÉS LABORAL:	98
5.1. ASPECTOS CONCEPTUALES:	100
5.2. DIFERENCIAS EN EXPOSICIÓN AL ESTRÉS LABORAL (VARIABLES):.....	109
5.2.1. Factores de demanda:	115
5.2.2. Factores de Recursos:	134
5.2.3. Consecuencias:.....	140
5.3. INTERACCIONES CON OTRAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:.....	153
5.3.1. Los horarios y los turnos de trabajo:	153
5.3.2. Tipo de relación laboral:.....	156

II

5.3.3. <i>Categoría profesional:</i>	157
5.3.4. <i>Otras variables:</i>	158
5.4. LA VARIABLE DE GÉNERO EN EL SECTOR DE SANIDAD:	158
5.4.1. <i>Demandas:</i>	160
5.4.2. <i>Recursos:</i>	164
5.4.3. <i>Consecuencias:</i>	165
II. OBJETIVOS E HIPOTESIS	173
6. OBJETIVOS:.....	173
6.1. OBJETIVO GENERAL:.....	173
6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	173
7. HIPOTESIS:	173
III. MATERIAL Y METODOS:	179
8. PARTICIPANTES:	179
9. INSTRUMENTO:.....	189
10. PROCEDIMIENTO:.....	194
10.1. RECOGIDA DE DATOS:	194
10.2. ANÁLISIS DE DATOS:.....	196
IV. RESULTADOS:	197
11. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS Y ANÁLISIS DIFERENCIALES:.....	198
11.1. DESCRIPTIVOS:	198
11.2. ANALISIS DIFERENCIALES:.....	201
12. ANALISIS DE PREVALENCIA:	221
12.1. PREVALENCIA TOTAL:.....	222
12.2. ANÁLISIS DE PREVALENCIA EN FUNCIÓN DEL GÉNERO	226
13. ANALISIS DE RELACION ENTRE FACTORES PSICOSOCIALES Y SUS CONSECUENCIAS:	231
13.1. ANÁLISIS DE CORRELACIONES:	231
13.2. ANÁLISIS DE REGRESIÓN LINEAL	253
V. DISCUSION:.....	293
14. ANÁLISIS DIFERENCIALES Y DE PREVALENCIA:	294

14.1. OBJETIVO ESPECÍFICO I:	294
14.2. OBJETIVO ESPECÍFICO II:	302
14.3. OBJETIVO ESPECÍFICO III:	304
15. RELACIONES ENTRE FACTORES PSICOSOCIALES Y SUS CONSECUENCIAS:	309
15.1. OBJETIVO ESPECÍFICO IV:.....	309
15.2. RESUMEN:.....	343
VI. LIMITACIONES DEL ESTUDIO:.....	345
VII. CONCLUSIONES:.....	347
16. PARA EL SECTOR DE SANIDAD:	347
17. PARA LA MUESTRA DE HOMBRES:	349
18. PARA LA MUESTRA DE MUJERES:.....	350
19. DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES:.....	351
20. CONCLUSIÓN FINAL:	354
VIII. RECOMENDACIONES:	357
21. FUTURAS LÍNEAS:.....	357
22. RECOMENDACIONES APLICADAS:.....	358
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:	361
23. ANEXO:.....	445

Índice de gráficos

Gráfico 1 Distribución por Género de la muestra	182
Gráfico 2 Distribución por edad de la muestra	184
Gráfico 3 Gráfico de antigüedad de la muestra.....	186
Gráfico 4 Distribución de la relación laboral de la muestra.....	187
Gráfico 5 Distribución por turno de trabajo de la muestra.....	188
Gráfico 6 Medias en función de Género. vs. Factores psicosociales de Demanda.....	202
Gráfico 7. Medias en función de Género. vs. Factores psicosociales de Recurso.....	205
Gráfico 8. T-test en función de Género. vs. Consecuencias de los Factores psicosociales	209
Gráfico 9 Análisis de prevalencias para las variables de Demandas.....	223
Gráfico 10. Análisis de prevalencias para las variables de Recursos.	224
Gráfico 11. Análisis de prevalencias para las variables de Consecuencias	225
Gráfico 12. Análisis de prevalencia para Hombres y variables de Demanda.....	227
Gráfico 13. Análisis de prevalencia para Mujeres y variables de Demanda	227
Gráfico 14 Análisis de prevalencia para Hombres y variables de Recurso	229
Gráfico 15 Análisis de prevalencia para Mujeres y variables de Recurso	229
Gráfico 16 Análisis de prevalencia para Hombres y variables de Consecuencias	230
Gráfico 17 Análisis de prevalencia para Mujeres y variables de Consecuencias.....	231
Gráfico 18 Predictores significativos (demandas psicosociales) de las consecuencias de los riesgos psicosociales para hombres.	268
Gráfico 19 Predictores significativos (demandas psicosociales) de las consecuencias de los riesgos psicosociales para mujeres.	269
Gráfico 20 Predictores significativos (variables SQT) de las consecuencias de los riesgos psicosociales para hombres.....	270
Gráfico 21 Predictores significativos (variables SQT) de las consecuencias de los riesgos psicosociales para mujeres.....	271
Gráfico 22 Predictores significativos (recursos psicosociales) de las consecuencias de los riesgos psicosociales para hombres.	288
Gráfico 23 Predictores significativos (recursos psicosociales) de las consecuencias de los riesgos psicosociales para mujeres.	289

Gráfico 24 Predictores significativos (variables SQT) de las consecuencias de los riesgos psicosociales para hombres.	290
Gráfico 25 Predictores significativos (variables SQT) de las consecuencias de los riesgos psicosociales para mujeres.	291

Índice de Tablas

Tabla 1 Distribución de la muestra por categorías laborales.....	182
Tabla 2 Distribución de la muestra por Género y Categoría laboral.....	183
Tabla 3 Distribución por edad de la muestra	183
Tabla 4 Distribución por número de hijos/sujeto de la muestra	184
Tabla 5 Distribución por número de personas dependientes/sujeto de la muestra	185
Tabla 6 Distribución de la relación laboral de la muestra	187
Tabla 7 Distribución por turno de trabajo de la muestra.....	188
Tabla 8 Estadísticos descriptivos para las variables de Demanda.....	199
Tabla 9 Estadísticos descriptivos para las variables de Recurso	200
Tabla 10 Estadísticos descriptivos para las consecuencias de los riesgos psicosociales.....	201
Tabla 11 T-test en función de Género, Categoría laboral, Trabajo nocturno y Tipo de contrato vs. Factores psicosociales de Demanda.	203
Tabla 12 T-test en función de Género. Categoría laboral. Trabajo nocturno y Tipo de contrato vs. Factores psicosociales de Recursos.....	206
Tabla 13 T-test en función de Género. Categoría laboral. Trabajo nocturno y Tipo de contrato vs. Consecuencias.....	210
Tabla 14 Análisis varianza en función de Género y Categoría laboral vs Factores psicosociales de Demanda	212
Tabla 15 Análisis varianza en función de Género y Trabajo nocturno vs Factores psicosociales de Demanda	213
Tabla 16 Análisis varianza en función de Género y Tipo de contrato vs Factores psicosociales de Demanda	214
Tabla 17 Análisis varianza en función de Género y Categoría laboral vs Factores psicosociales de Recurso.	215
Tabla 18. Análisis varianza en función de Género y Trabajo nocturno vs Factores psicosociales de Recurso	217
Tabla 19 Análisis varianza en función de Género y Tipo contrato vs Factores psicosociales de Recurso	218
Tabla 20 Análisis multivariante en función de Género y Categoría laboral vs Consecuencias de los Factores psicosociales	219

Tabla 21 Análisis varianza en función de Género y Turno de trabajo vs Consecuencias de los Factores psicosociales.....	220
Tabla 22 Análisis varianza en función de Género y Tipo de contrato vs Consecuencias de los Factores psicosociales.....	221
Tabla 23 Análisis de Prevalencias totales para las variables de Demandas	222
Tabla 24 Análisis de prevalencias para las variables de Recursos.....	224
Tabla 25 Análisis de prevalencias para las variables de Consecuencias.....	225
Tabla 26 Análisis de prevalencias para Género y las variables de Demandas	226
Tabla 27 Análisis de prevalencias para Género y las variables de Recurso.....	228
Tabla 28 Análisis de prevalencias para Género y las variables de Consecuencias	230
Tabla 29 Correlaciones r de Pearson entre Demandas y Consecuencias	242
Tabla 30 Correlaciones r de Pearson entre Demandas y Consecuencias en relación con el Género.....	243
Tabla 31 Valores z para la diferencia de los valores r de Pearson entre la muestra de hombres y la de mujeres para factores psicosociales de demandas	244
Tabla 32 Correlaciones r de Pearson entre Recursos y Consecuencias	250
Tabla 33 Correlaciones r de Pearson entre Recursos y Consecuencias en relación con el Género.....	251
Tabla 34 Valores z para la diferencia de los valores r de Pearson entre la muestra de hombres y la de mujeres para factores psicosociales recursos.....	252
Tabla 35 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de demanda sobre Satisfacción laboral para las muestra de hombres y de mujeres.	254
Tabla 36 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de demanda sobre SQT para las muestra de hombres y de mujeres.	255
Tabla 37 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de demanda sobre Ilusión para las muestra de hombres y de mujeres.	256
Tabla 38 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de demanda sobre Desgaste psíquico para las muestra de hombres y de mujeres.....	257
Tabla 39 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de demanda sobre Indolencia para las muestra de hombres y de mujeres.....	259
Tabla 40 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de demanda sobre Culpa para las muestra de hombres y de mujeres.	260

VIII

Tabla 41 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de demanda sobre Salud para las muestra de hombres y de mujeres.....	261
Tabla 42 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de demanda sobre Depresión para las muestra de hombres y de mujeres.....	262
Tabla 43 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de demanda sobre Medicamentos para las muestra de hombres y de mujeres.....	263
Tabla 44 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de demanda sobre Visita al especialista para las muestra de hombres y de mujeres.....	264
Tabla 45 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de demanda sobre Consumo de tabaco para las muestra de hombres y de mujeres.....	265
Tabla 46 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de demanda sobre Consumo de alcohol para las muestra de hombres y de mujeres.....	265
Tabla 47 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de demanda sobre Absentismo para las muestra de hombres y de mujeres.....	266
Tabla 48 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de demanda sobre Días de absentismo para las muestra de hombres y de mujeres.....	267
Tabla 49 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de recurso sobre Satisfacción laboral para las muestra de hombres y de mujeres.....	273
Tabla 50 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de recurso sobre Satisfacción laboral para las muestra de mujeres.....	274
Tabla 51 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de recurso sobre SQT para las muestra de hombres y de mujeres.....	275
Tabla 52 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de recurso sobre Ilusión por el trabajo para las muestra de hombres y de mujeres.....	276
Tabla 53 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de recurso sobre Desgaste psíquico para las muestra de hombres y de mujeres.....	277
Tabla 54 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de recurso sobre Desgaste psíquico para las muestra de mujeres.....	278
Tabla 55 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de recurso sobre Indolencia para las muestra de hombres y de mujeres.....	279
Tabla 56 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de recurso sobre Indolencia para las muestra de hombres y de mujeres.....	279
Tabla 57 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de recurso sobre Salud para las muestra de hombres y de mujeres.....	280

Tabla 58 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de recurso sobre Depresión para las muestra de hombres y de mujeres.	281
Tabla 59 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de recurso sobre Depresión para las muestra de hombres	282
Tabla 60 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de recurso sobre Medicamentos para las muestra de hombres y de mujeres.	283
Tabla 61 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de recurso sobre Especialista para las muestra de hombres y de mujeres.....	284
Tabla 62 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de recurso sobre Tabaco para las muestra de mujeres.	284
Tabla 63 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de recurso sobre Consumo de alcohol para las muestra de hombres.	285
Tabla 64 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de recurso sobre Consumo de alcohol para las muestra de hombres.	286
Tabla 65 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de recurso sobre Días de absentismo para las muestra de hombres.....	287

Índice de Figuras

Figura 1 Representación de la conducta de los individuos en la organización considerada como la interacción de tres sistemas independientes (McGrath, 1976, pp. 1367-1369). ... 26

I. MARCO TEORICO:

1. JUSTIFICACION SOCIAL:

El estrés es el factor de riesgo que con mayor frecuencia se implica en la generación de consecuencias para la salud, manifestando el 17.2% de los trabajadores estrés, ansiedad o nerviosismo, el 14% cefaleas, el 9.6% problemas para conciliar el sueño y el 4.9% depresión o tristeza. Además, el 82.1% de los trabajadores cuenta que el trabajo le agrava el estrés, la ansiedad o el nerviosismo que padece precisando visita médica el 44.4%. El 61.5% indica que le agrava la cefalea que padece, precisando visitar al médico el 50% mientras que le agrava la depresión y la tristeza en el 60% precisando visitar al médico en el 61.1% de los casos (VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, 2011).

La IV Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo, (Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo, 2006), obtiene que, en Europa, el 22% de los trabajadores se encuentra estresado y, según la V Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo, (Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo, 2010) los riesgos psicosociales que inciden negativamente sobre la salud de los trabajadores más significativos son las altas demandas, las exigencias emocionales, la falta de autonomía, los conflictos de ética y malas relaciones sociales y condiciones de inseguridad. El porcentaje de trabajadores afectados por estrés, varía de un país a otro. En torno al 60% de los trabajadores en Italia, Grecia, Polonia y Lituania consideran su trabajo estresante, en contraposición con lo que ocurre en Finlandia, Holanda y Dinamarca (entre un 18-27%) (Arechavala, y Trapero, 2010).

El número total de casos de estrés relacionado con el trabajo, la depresión o la ansiedad entre los años 2014/15 en Gran Bretaña fue de 440.000, con una tasa de prevalencia de 1.380 por cada 100.000 trabajadores. El número de nuevos casos fue de 234.000, una tasa de incidencia de 740 por cada 100.000 trabajadores. El número estimado y

la tasa se han mantenido prácticamente estables durante más de una década. El número total de días de trabajo perdidos debido a esta condición entre los años mencionados fue de 9.9 millones de días lo que equivale a un promedio de 23 días perdidos por cada caso. El estrés representó el 35% de todos los casos de mala salud relacionados con el trabajo y el 43% de todos los días de trabajo perdidos debido a la mala salud. El estrés es más frecuente en el sector de servicios públicos, como la educación; sanidad y servicios sociales; y la administración pública y defensa (Health and Safety Executive, 2016).

Según datos de la VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, el estrés, entendido como desfavorable, puede afectar a todos los trabajadores, siendo su incidencia mayor en las mujeres que en los hombres 20.4 y 14.3% respectivamente, los trabajadores más afectados por el estrés son aquellos que se encuentran entre las edades de 24 y 34 años (33.6%), en las ramas de actividad de Administración Pública y Educación (45.7%) y Actividades sanitarias, veterinarias y de Servicios Sociales, (42.9%) y por ocupaciones, el estrés afecta al 54.2% del personal docente y en el 53.6% del grupo de otras ocupaciones de estudios medios o superiores (INSHT, 2007).

Por otra parte en la Encuesta sobre Calidad de Vida del Trabajo (Subsecretaría de Trabajo e Inmigración, 2010) el 49.9% de los trabajadores manifiestan niveles altos o muy altos de estrés mientras que el 21.4% manifiesta niveles bajos o muy bajos. Es más incidente en mujeres que en los hombres (51.6% vs 48.6%). El sector de Actividades financieras y de seguros es el que tiene una prevalencia mayor donde, el 58.4 % de los trabajadores perciben estrés en su trabajo alto o muy alto, seguido de actividades Sanitarias y Servicios Sociales, donde, el 55.2 % lo percibe y en tercer lugar se encuentra las actividades Inmobiliarias, profesionales, técnicas, administrativas, etc. con un 54 % (Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2010).

Estos datos indican que los trabajadores españoles padecen estrés en unos porcentajes significativos y, sobre todo en determinadas actividades como la sanitaria.

Pero las consecuencias del estrés no son solamente para el trabajador, puesto que suponen también costes para las empresas y la sociedad en general, así se estima que la pérdida de productividad producida, en parte, por el absentismo laboral supone en Europa un coste de aproximado 136 billones de euros. Por otro lado, en Gran Bretaña, en el año 2011/12 se estimó que se perdieron 11.4 millones de días de trabajo, estimándose que éste supone a su economía un 10% del PIB y, en Estados Unidos, casi un 50% del absentismo está relacionado con el estrés, mientras que en los Países Bajos cada día, 116 personas reciben un diagnóstico asociado al estrés (Molinera, 2006). La Unión Europea indica que entre el 50% y 60% del absentismo, está relacionado con el estrés laboral. Además, incluyendo los costes sanitarios asociados, se calcula que en el año 2002, el coste anual para la UE de los 15 estaría en torno a los 20.000 millones de euros (Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, 2002). En España, el absentismo laboral cuesta cada año más de 9.000 millones de euros, resultado de contabilizar las prestaciones abonadas por la Seguridad Social por las bajas de incapacidad o enfermedad profesional y el coste que para las empresas tienen los primeros días de ausencia del trabajo que no financia el sistema público, aunque en este último caso el coste real de las ausencias laborales lo cubre, por lo general, la productividad del resto de la plantilla (Cinco días, 2016).

El coste anual estimado debido a la depresión para la Unión Europea es de 617.000 millones euros, los costes de absentismo y presentismo suponen 272.000 millones de euros, y la pérdida de productividad, 242.000 millones de euros. (Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, 2014).

Se trata pues de un importante problema económico, ya que produce casi el 50% de todas las bajas laborales por enfermedad. Además, casi la mitad de las personas que reciben ayudas por discapacidad lo es por padecer una enfermedad mental. Pero, más allá del problema económico, se trata fundamentalmente de un problema ético. Sin un tratamiento adecuado, las consecuencias de padecer algún trastorno mental resultan muy graves, tanto para el individuo como para la sociedad y, en último término, se convierten en una fuente de desigualdad y desventaja sociales (Tortella-Feliu, Baños, Barrantes, Botella et al, 2016).

En España, en el año 2010, el gasto sanitario directo de los trastornos mentales y del comportamiento atribuible al trabajo, oscila entre 150 y 372 millones de euros. Este gasto representa entre el 0.24% y el 0.58% del gasto sanitario español para ese año, suponiendo este gasto aproximadamente el doble para los hombres que para las mujeres, siendo el mayor costo debido el consumo de sustancias psicoactivas (35 millones de euros) seguido de la ansiolíticos (15 millones), antidepressivos y otros tratamientos para el estrés, en menor cantidad. Las incapacidades laborales por trastornos mentales y del comportamiento son más frecuentes en las mujeres afectando con mayor prevalencia a los trabajadores menos cualificados (Gamero y González, 2013). Además, se perdieron un total de 5.972 años potenciales de vida laboral debidos a fallecimientos relacionados con trastornos mentales y del comportamiento atribuidos al trabajo, de los cuales un 85.4% correspondieron a hombres y el 14.6% restante a mujeres, significando esto un coste que oscila entre 63.9 y 78.9 millones de euros, correspondiendo el 91% a los trabajadores varones. Por otro lado, el número de días de baja laboral temporal por enfermedades mentales atribuibles al medio laboral ascendería a 2.78 millones de días, suponiendo unas pérdidas estimadas en 170.96 millones de euros. Esto supone que los costes indirectos por enfermedades mentales y del

comportamiento en España en 2010 atribuidas al trabajo, oscilaron entre los 235 y los 250 millones de euros, que al sumarle los directos su resultado sería una cantidad situada entre los 385 y los 400 millones de euros (Gamero y González, 2013).

En España, el coste por ausencias laborales asociado al estrés laboral supone anualmente un porcentaje próximo al 0.11% del PIB (Gamero-Burón, 2010). Siendo que este en España ascendía a 841.294 millones de euros, el total del coste debido a estrés se situó en 9254 millones de euros. Según datos de 2013 con un PIB de 1022988 millones de euros supondría 112528.68 millones de euros. (Instituto Nacional de Estadística, 2014).

En el medio laboral se producen demandas debidas al ambiente donde el individuo mantiene su vínculo de relaciones que serán moderadas o agravadas por las propias características del individuo encontrándose el género como uno de los moderadores de la vivencia de estrés, debido a los roles asociados y a las expectativas de comportamientos (Ramos y Jordao, 2014).

Los estudios realizados han apuntado a dos resultados contradictorios relacionados con la vivencia de estrés y el género: por un lado la inexistencia de diferencias entre hombres y mujeres (Makhbul y Hasun, 2011; Ramos et al, 2014) o bien que se puede verificar diferencias. Así, existen estudios que justifican que son los hombres los más afectados por el estrés de forma significativa debido a una menor percepción de los recursos existentes en la organización (Bocchino, Hartman, y Foley, 2003). Otros autores indican que ambos sexos padecen estrés si bien los estresores son diferentes, (Morash, Kwak, y Haarr, 2006). O bien que son las mujeres las más afectadas (Antoniou, Polychroni, y Viachakis, 2006; Carr, Scully, Webb, y Felmingham, 2016; Hart y Cress, 2008; Liu, Spector, y Shi, 2008;).

Estas diferencias se han relacionado con el modelo del rol de género que se basa en las creencias tradicionales acerca de que los comportamientos son normativos para los hombres frente a las mujeres haciendo hincapié en la función normativa de la mujer en el dominio de la familia y el hombre en el dominio del trabajo (Li, Wu, y Johnson, 2016).

Sin embargo, otros autores incluyen otros elementos que también son fuentes de estrés, además de las características del puesto de trabajo o las características de los trabajadores, como el caso de la cultura y los estilos de gestión (Cooper, Dewe, y O'Driscoll, 2001).

Estudios como el de Bellou (2010) y el de Peterson (2004) revelan la existencia de valores que van a ser significativamente más importantes para los hombres en relación a las mujeres, como el caso del salario, los beneficios, el poder, la autoridad y el estatus; mientras que las mujeres valorizan más las relaciones, el respeto, la comunicación, la colaboración y la familia (Bellou, 2010); Peterson, 2004).

Además, los hombres fueron los que presentaron de forma significativa menos factores de riesgo centrados específicamente en las características del puesto de trabajo como elemento generador de estrés (Bellman, Forster, Still, y Cooper, 2003). Mientras, las mujeres reflejaron tener más variedad en cuanto a factores de riesgo, (Ramos et al, 2014).

Otros autores reconocen que no es el género el que determina la existencia de estrés cuando se considera la relación entre valores personales y organizacionales, sino otras características del trabajador como el tiempo de trabajo en la empresa y la edad del trabajador (Bellou, 2010; Bocchino, et al, 2003).

Con todo ello, el objetivo principal de este trabajo es analizar los niveles de estrés laboral en una muestra de profesionales de la salud, teniendo en cuenta las posibles fuentes que lo producen, así como las consecuencias que puedan provocar en los sujetos analizándolos en

función del género. Se ha utilizado una metodología transversal comprobando los niveles de demanda (Carga de trabajo, Conflicto de rol, Ambigüedad de rol, Conflictos interpersonales, Inequidad en los intercambios sociales, Conflicto trabajo-familia, Conflicto familia-trabajo, Trabajo emocional y Liderazgo laissez-faire) y de recurso (Autonomía, Apoyo social en el trabajo, Retroinformación, Disponibilidad de recursos y, Liderazgo transformacional), y como consecuencias (Satisfacción laboral, Problemas psicosomáticos de salud, Incremento del consumo de tabaco por problemas de salud relacionados con el trabajo, Incremento del consumo de alcohol por problemas de salud relacionados con el trabajo, Consumo de medicamentos por problemas de salud derivados del trabajo, Consultar a algún especialista por problemas de salud derivados del trabajo, Depresión, Absentismo subjetivo (días faltados al trabajo en el último año por problemas de salud derivados del trabajo), Inclinación al absentismo, Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT)).

En el primer capítulo se justificará la necesidad de este estudio para en el capítulo segundo estudiar los antecedentes históricos y aspectos conceptuales del estrés realizando una aproximación psicosocial del estrés y estudiándose los aspectos biológicos del estrés que influyen sobre la salud de los trabajadores produciendo consecuencias sobre ella, centrándonos en el capítulo 3 en el análisis de las fuentes de estrés y sus consecuencias para, posteriormente, en el capítulo 4 analizar como se relacionan esas fuentes de estrés con las condiciones de trabajo en el sector sanitario, comprobando en el capítulo 5 como el género influye sobre la percepción de los factores de estrés de forma distinta en los trabajadores/as y sobre todo en los trabajadores del sector sanitario. En el capítulo 6 se plantean los objetivos y las hipótesis correspondiente y, en el capítulo 7 se analizan los materiales y métodos y en el capítulo 8 se analizan los resultados obtenidos, discutiéndolos en relación a nuestros objetivos, en el capítulo 9 y, en el 10 se expondrán las principales

conclusiones del estudio y en el capítulo 11, se plantean las recomendaciones necesarias.

2. APROXIMACION HISTORICA Y DELIMITACIÓN CONCEPTUAL:

2.1. Historia:

Desde la antigüedad, los conceptos de armonía y disarmonía del hombre y los animales con sus ambientes externos e internos, ha sido un tema de interés. Fue Heráclito (535-484 a. C.) el primero que consideró que la armonía no era una situación natural. Posteriormente Empédocles indicó que la armonía era necesaria para la supervivencia de los seres vivos. Un siglo después, Hipócrates comparó la “idiosincrasia”, con el equilibrio y con la salud y la “discrasia“, con el desequilibrio y la enfermedad. (Chrousos y Gold, 1998). Hipócrates también sugirió que las fuerzas perturbadoras, que producen la falta de armonía y por tanto la enfermedad, provienen de fuentes naturales, en lugar de supernaturales y, la lucha contra el desequilibrio de fuerzas o de adaptación eran de origen natural. Por lo tanto, se introdujo el concepto de que "la naturaleza es sanadora de enfermedades", una noción que más tarde fue recogida por los romanos refiriéndose a las fuerzas de contrapeso como *Vis medicatrix Naturae*, o el poder sanador de la naturaleza (Logan y Selhub, 2012).

En la Edad Media, Epicuro, sugiere que la mente puede tener influencia en estas fuerzas curativas, y escribió que la *ataraxia*, o imperturbabilidad de la mente, representaba un estado particularmente deseable (Villarino, 2014).

En el Renacimiento, Thomas Sydenham extiende el concepto de enfermedad a un concepto de disarmonía sugiriendo que la respuesta de adaptación del individuo a tales fuerzas podría ser capaz de provocar cambios patológicos (Pallarés, 2013).

El término estrés fue utilizado ya en el siglo XIV para expresar dureza, tensión, adversidad o aflicción (Lazarus y Folkman, 1986), en el siglo XVII en el contexto de la física (Cassidy, 1999) y a finales del siglo XVIII Hocke lo volvió a utilizar en el mismo contexto, aunque este uso no se sistematizó hasta principios del siglo XIX cuando se definió la palabra “load” como una fuerza externa; “stress” hace referencia a la fuerza generada en el interior del cuerpo como consecuencia de la acción de una fuerza externa, que tiende a distorsionarlo, y a la deformación o distorsión sufrida por el objeto se le denominó “strain”. Los conceptos de stress y strain persistieron y en la medicina del siglo XIX fueron concebidos como antecedente de la pérdida de salud (Hinkle, 1974).

A finales del siglo XIX, Claude Bernard amplió la noción de armonía al introducir el concepto del medio interno, o el principio de una dinámica interna de equilibrios.

Walter Cannon acuñó más tarde el término homeostasis y lo amplió al concepto de homeostasis emocional y parámetros físicos. También describe la "reacción de lucha o huida", y vincula la respuesta adaptativa al estrés (Chrousos, Loriaux, y Gold, 2013).

En la década de 1930, Hans Selye tomó prestado el término "estrés" de la física y más concretamente del ámbito de la resistencia de materiales, planteando la hipótesis de que la constelación de estereotipos psicológicos y eventos fisiológicos que ocurren en los enfermos representan una secuencia de una severa y prolongada aplicación de respuestas de adaptación. Él denominó este estado como Síndrome General de adaptación o Síndrome de Estrés y, redefinió el concepto de Sydenham como enfermedades de la adaptación. Pero, no todos los estados de estrés, o de homeostasis amenazada, son nocivos denominado a esta situación como eustrés (Selye, 1936).

Pero, el estrés tiene también una visión fisiológica y psicológica remontándose a las contribuciones de Walter B. Cannon (1914, 1915,

1932) y Hans Selye (1950, 1956) que establecieron que hay una fisiología específica para el estrés estando relacionada con la glándula adrenal. Aunque ambos enfatizaron el papel de la glándula adrenal, había una clara distinción entre ambos.

Mientras Cannon lo centró en el sistema nervioso simpático (SNS), incluyendo las hormonas producidas por la medula suprarrenal, adrenalina y noradrenalina, cuya función consiste en generar la respuesta ante situaciones de emergencia, Selye se centró principalmente en las hormonas de la corteza suprarrenal, los glucocorticoides describiendo la adaptación del organismo a los estresores crónicos (Selye, 1954).

Sterling y Eyer (1988) observaron que el mantenimiento de la homeostasis ante las agresiones externas puede suponer un continuo coste al sistema creando el término alostasis para recoger la idea de que cuando una agresión, real o potencial, no ha sido eliminada o neutralizada, mantener la homeostasis puede ser una fuente de desgaste psíquico sobre el sistema. Esta carga o presión de desequilibrio, que actúa de forma continuada sobre el sistema homeostático, lo sitúa en situación de alostasis. El término de carga alostática hace referencia a la continua demanda de equilibrio, que se hace al sistema homeostático. Esta cuestión ya fue planteada por Cannon (1932) y Selye (1949) (Sandin, 2003), ya que el coste de la adaptación existente en la fase de resistencia no podía ser mantenida indefinidamente y los recursos del animal podían eventualmente agotarse (Selye, 1956; Pilnik, 2010).

Por último, se han creado modelos consistentes en la forma en que el individuo interpreta una situación específica y decide enfrentarse a ella determinando en gran medida el que dicha situación se convierta en estresante. En otras palabras, las cogniciones constituyen un importante mediador entre los estímulos estresores y las respuestas de estrés (Lazarus y Folkman, 1984).

Más adelante se incluyó el apoyo social puede ser considerado como un recurso (social) de afrontamiento al estrés (Sandin, Chorot, Santed, y Valiente, 2004).

2.2. Concepto de estrés:

En 1936, Hans Selye utilizó el término estrés, en un sentido técnico muy especial, definiéndolo como un conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo, reacción que denominó Síndrome General de Adaptación (Lazarus y Folkman, 1986).

La Real Academia Española de la Lengua lo define como la “tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos a veces graves” (Real Academia Española de la Lengua, 2015).

Pero no se debe considerar al estrés como algo exclusivamente negativo, ya que se ha reconocido que el estrés es necesario para vivir, ya que una vida sin estrés resultaría inimaginable así, “es difícil vivir con estrés, pero imposible vivir sin él” (Levine y Ursin, 1991).

El término "estrés" se emplea frecuentemente, equiparándolo a cualquier preocupación o cuestión que desborda los recursos del individuo, por lo que se denomina coloquialmente estrés a la ansiedad, a la preocupación, a los nervios, a la irritabilidad, etc. (Simón y Miñarro, 1990), pero, el estrés, también puede definirse como unas demandas psicológicas y fisiológicas excesivas junto con la inhabilidad del individuo para afrontarlas (Kulkarni, O'Farrel, Erasi y Kochar, 1998). Todos estos términos tienen una connotación negativa. De hecho, el uso popular del término estrés, ampliamente extendido, se refiere a un acontecimiento o sucesión de acontecimientos que causan una respuesta desagradable o nociva “distrés”, pero en algunos casos se refiere al desafío que conduce a sentimientos de activación, que son necesarios

para la adaptación al medio, enfatizándose en este caso su interpretación como positiva (“estrés bueno” o “eustrés”) (McEwen y Wingfield, 2003).

El estrés puede deberse a factores externos que influyen sobre la persona, es decir, las situaciones ambientales o psicosociales nuevas o distintas a las que se enfrenta un sujeto, debiendo éste utilizar sus recursos y esfuerzos para conseguir un desempeño eficaz o evitar la posible amenaza del estímulo.

En principio solamente se aceptó a los estresores físicos (Selye, 1950), con posterioridad se consideró la existencia de factores estresores de tipo psicológico (Mason, 1975) y, por último, también, por los estresores sociales entre los que se encuentran los sucesos vitales (estrés agudo y reciente), estrés de rol (estrés crónico) o las denominadas contrariedades cotidianas (estrés diario) (Sandin, 2003).

El estrés, también se define como “una experiencia interna o posición, que crea un desequilibrio fisiológico o psicológico en el individuo” (Wallace y Szilagyi (1982).

A modo de resumen, el estrés consiste en la reacción que tiene la persona frente a un agente estresor que es aquel que exige al organismo una adaptación (Simón y Miñarro, 1990).

Cuando se habla del estrés como respuesta, nos referimos a las reacciones psicobiológicas que tienen lugar ante un estímulo ambiental denominado “estresor” y que rompe el equilibrio u “homeostasis” (Cannon, 1963). Estas reacciones tienen como fin la adaptación y la protección de la integridad del individuo. En este grupo se encuentra la definición de Selye (1956), que lo caracteriza como “una respuesta general del organismo ante cualquier estímulo o situación estresante”, y el “Síndrome General de Adaptación” que hace referencia al “cuadro que categoriza la cascada de reacciones que tienen lugar en respuesta a un estresor” (Selye, 1936).

El estrés ha sido también considerado como una percepción entendida, como parte de un proceso interno del sujeto. Desde este punto de vista, un suceso es estresante cuando un sujeto lo percibe como tal. Por tanto, es fundamental la valoración cognitiva del sujeto (Lazarus, yFolkman 1986), por lo tanto, las características de personalidad son importantes a la hora de reaccionar de una forma particular u otra ante los mismos sucesos, aunque ante el mismo estímulo las reacciones pueden ser diversas en la misma persona en diferentes momentos, en función de las circunstancias y de la experiencia.

La existencia de múltiples definiciones de estrés muestra la complejidad del fenómeno, siendo más útiles aquellas interpretaciones más integradoras. Sin embargo, a pesar de la dificultad de su conceptualización, la existencia del problema justifica el interés por su investigación. Así, el estrés se puede definir como una parte integral de un sistema biológico de adaptación, que incluye tres componentes principales: el input estimular, la evaluación o procesamiento y la respuesta (Levine y Ursin, 1991). Según estos autores, cualquier definición de estrés puede incluirse dentro de uno de estos componentes.

Pero, los estresores, se pueden clasificar según la duración en agudos o crónicos. En el caso de los primeros son aquellos que se producen puntualmente en la vida de las personas como puede ser un accidente de tráfico, una enfermedad, una discusión, mientras que los segundos son aquellos que se caracterizan por ser temporalmente duraderos y persistentes. Entre estos se encuentran el cuidado de enfermos crónicos, la muerte de un familiar cercano, una guerra, los problemas económicos o algunos estresores laborales

Lazarus y Cohen (1977), atendiendo al alcance de la situación, diferencian tres tipos de acontecimientos estresantes:

Cambios mayores que afectan a un gran número de personas, que son considerados como estresores de forma universal y situados fuera de nuestro control (desastres naturales, guerras, encarcelamiento, etc.).

Cambios mayores que afectan a sólo un grupo no numeroso de personas. Aquí se incluirían lo que algunos autores han denominado “acontecimientos vitales”, como son las situaciones que resultarían amenazantes para la mayoría de personas, por ejemplo, el fallecimiento de un ser querido, o la pérdida de un empleo y que varían en función de la cultura, el país o el entorno social.

Los estresores diarios que consisten en las pequeñas cosas que pueden alterar o perturbar a las personas en un momento dado. Aunque estos acontecimientos o estímulos sean experiencias menos dramáticas en intensidad que los cambios mayores, son, por el contrario, mucho más frecuentes y quizá por ello, más importantes en el fenómeno de adaptación al medio y de conservación de la propia salud.

Por otro lado, el estrés no afecta de la misma manera a todas las personas ni a todos los grupos (Lazarus, et al, 1984). Se ha sugerido que los efectos del estrés dependen de: la percepción del estrés, la capacidad del individuo para controlar la situación, la preparación del individuo para afrontar el estrés y la influencia de los patrones de conducta establecidos por la sociedad. De esta forma, las personas pueden percibir de forma distinta las situaciones amenazantes empleando además diferentes habilidades, capacidades, recursos, tanto personales como sociales, para hacer frente a las situaciones estresantes. Para hacer frente a las demandas estresantes o al malestar emocional asociado a la respuesta del estrés el individuo realiza esfuerzos cognitivos y conductuales.

Pero, el estrés tiene consecuencias sobre la salud de las personas, definiéndose esta en 1946 como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades

(Organización Mundial de la Salud, (2014). Por otro lado, el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua en su edición vigésimo tercera, define la enfermedad como la alteración más o menos grave de la salud o como una pasión dañosa o alteración en lo moral o espiritual (Real Academia Española de la Lengua, 2015).

Desde la Psicología hay un incremento creciente de la evidencia empírica acerca de la influencia de los aspectos psicosociales sobre la salud. Diversas situaciones de estrés crónico, como puede ser padecer una enfermedad crónica incurable, sufrir problemas económicos o el estrés proveniente del trabajo, son factores que pueden producir alteraciones del comportamiento psíquico: inquietud, ansiedad, irritabilidad, enfermedades psicosomáticas como trastornos circulatorios, alteraciones del aparato digestivo, del sistema inmunitario, trastornos del sueño: producidos por sobrecarga, fatiga, sobreexcitación o preocupaciones e incluso, se ha relacionado con el cáncer (Domingo, 2011).

Pero, el control percibido sobre las situaciones estresantes puede actuar como un modulador en la aparición de determinadas enfermedades ya que permite interpretar las situaciones como amenazantes o no (Schnall, Landbergis y Baker, 1994).

2.3. Aproximación psicosocial:

La forma en que el individuo interpreta una situación específica y decide enfrentarse a ella determina en gran medida el que dicha situación se convierta en estresante. En otras palabras, las cogniciones constituyen un importante mediador entre los estímulos estresores y las respuestas de estrés (Ursin, Baade, y Levine, 2012).

Los conceptos básicos en el modelo transaccional propuesto inicialmente por Lazarus son los de evaluación (es preferible llamarlo valoración) y afrontamiento (Parker, Martin, Colmar, et al 2012).

Se entiende por valoración al proceso que determina las consecuencias que un acontecimiento dado provoca en el individuo. Mediante este proceso la persona evalúa las demandas de la situación y realiza cambios en la forma de actuar, no en función de cómo es la situación en sí, sino en función de cómo él la valora. Tal valoración implica ya un procesamiento controlado (que puede hacerse consciente) de la información que proviene del medio externo e interno (Goh, Sawang, y Oei, 2010).

Se distinguen tres tipos básicos de valoración del medio y sus demandas: a) irrelevante, cuando las demandas del entorno no conllevan implicaciones para la persona, b) benigno-positiva, cuando evalúa las demandas del medio como favorables para lograr o mantener el bienestar personal, y, c) estresante, que pueden ser de tres tipos: daño o pérdida, amenaza y desafío. La evaluación de daño o pérdida ocurre cuando el individuo ya ha recibido un perjuicio (lesión, pérdida de un ser querido, etc.). En la evaluación de amenaza se prevén daños o pérdidas, aunque estos todavía no hayan ocurrido y pueda solucionarse o afrontarse anticipadamente, por último, la evaluación del desafío implica la previsión anticipada de situaciones de daño o pérdida o de amenaza, con la diferencia de que la persona piensa que tiene fuerzas o habilidades suficientes para afrontarlas con éxito y obtener ganancias. Esto hace que la situación de desafío conlleve generalmente emociones placenteras (impaciencia, regocijo), mientras que la amenaza, suele ir acompañada de emociones como miedo, ansiedad, hostilidad (Lazarus y Folkman, 1984).

El percibir una situación como amenazante o desafiante es determinante para el tipo de respuesta de la persona, y en definitiva, para el grado de estrés que se genere. Además, pueden producir respuestas de activación bien diferentes, que tendrán consecuencias muy distintas sobre la salud a medio y largo plazo. En muchas ocasiones, la evaluación de las demandas del medio no es clara, y pueden mezclarse ambos tipos. En esto intervienen muchos factores, como la historia personal, los

aprendizajes y las experiencias anteriores, que pueden determinar esta valoración y también las respuestas del organismo (Goh, et al, 2010).

La valoración puede ser primaria y secundaria. La valoración primaria es el proceso de percibir una situación o acontecimiento como amenazante. La valoración secundaria es el proceso de elaboración mental de una respuesta a la amenaza potencial, valoración dirigida a determinar que puede hacerse frente al acontecimiento, para luego ejecutar esa respuesta (afrontamiento). El resultado de esta valoración secundaria está muy determinado por la valoración primaria, pues el hecho que la persona piense que puede controlar o no una situación de estrés depende directamente de las demandas percibidas en esta situación (Bercht, y Wehrhahn, 2010).

Pero también está muy determinada por las conductas o habilidades para afrontar las situaciones de las que disponga la persona. El resultado de esta valoración secundaria determina las conductas y las respuestas emocionales consecuentes. En otras palabras, la percepción de control determinará en gran medida el carácter de las respuestas ulteriores (Goh, et al, 2010).

En resumen, la evaluación primaria y secundaria convergen para determinar si la interacción entre una persona y su situación debe considerarse como significativa para su bienestar, si es básicamente amenazante (posibilidad de daño/pérdida) o de desafío (posibilidad de controlarla y beneficiarse de ella). En consecuencia, lo verdaderamente importante es que la persona crea que puede hacer algo en una situación determinada, con independencia de que en realidad pueda o no hacerlo. Naturalmente, si después de pensar que puede afrontar exitosamente una situación fracasa a la hora de intentarlo, las consecuencias serán negativas a corto plazo, medio y largo plazo, lo hará que vaya cambiando su valoración con respecto a su capacidad real para controlar dichas situaciones (Bercht, et al, 2010).

La otra categoría básica en el modelo transaccional de Lazarus es la de afrontamiento (coping). Se ha descrito como cualquier esfuerzo cognitivo o conductual para manejar, reducir al mínimo o tolerar actos que los individuos perciben como potencialmente amenazantes para su bienestar (Mark, y Smith, 2012).

El afrontamiento no es dominio del entorno, éste no siempre se puede dominar, un afrontamiento puede ser eficaz para tolerar, minimizar, aceptar o ignorar determinadas situaciones estresantes y no eficaz para otras situaciones, o para otras personas, o para la misma persona en otro período de tiempo (Gibbons, 2010).

Las estrategias de afrontamiento pueden ser muy variadas, incluso en una misma situación pueden utilizarse con éxito diferentes formas de afrontamiento, por lo que puede haber muchas estrategias adecuadas. Por eso, el que unas personas utilicen un tipo de estrategia de afrontamiento y otras no, no quiere decir que una persona actúe mejor que otra. Sólo intentan controlar la situación de manera distinta, probablemente porque sus recursos y habilidades son también diferentes (Goh, et al, 2010).

El apoyo social puede ser considerado como un recurso (social) de afrontamiento al estrés (Sandin, et al, 2004). Así, el apoyo social sería como un “fondo” del que la gente puede disponer cuando necesita hacer frente a los estresores. El apoyo social generalmente hace referencia a las acciones llevadas a cabo a favor de un individuo por otras personas, tales como los amigos, los familiares y los compañeros de trabajo, los cuales pueden proporcionar asistencia instrumental, informativa y emocional . Aunque el apoyo social puede consistir tanto en ayuda percibida como en ayuda recibida, los efectos del apoyo social percibido, sobre todo emocional (sentirse querido, valorado y estimado por otros), parecen ser más significativos que los del apoyo social recibido (Lazarus y Folkman, 1984).

Tal y como subrayó Sandín, el apoyo social no debe confundirse con las redes sociales ya que, mientras que éstas pueden ser consideradas como la totalidad de los recursos sociales de los que un individuo puede potencialmente disponer, el apoyo social representa los recursos que en realidad utiliza para hacer frente a los problemas y dificultades de la vida (Sandin, et al, 2004).

2.4. Respuesta biológica al estrés. Salud y enfermedad:

Al estrés se responde mediante procesos adaptativos, psicológicos y fisiológicos, que se activan tanto en animales como en seres humanos ante situaciones potencialmente amenazantes (Levine y Ursin, 1991). Esta respuesta prepara al organismo para hacer frente a situaciones de emergencia, poniendo en marcha la activación de varios sistemas biológicos: Sistema Nervioso Central (hipocampo y amígdala, principalmente), eje Hipotálamo-Hipofiso-Adrenal (HPA) (Gaab, Rohleder, Nater y Ehlert, 2005), Sistema Nervioso Autónomo (SNA) y Sistema Inmune (SI) (Galinowski y Lôo, 2003).

La reacción frente al estrés comienza en las estructuras cerebrales implicadas que son el Sistema límbico (McLean, 1954) que intercomunica una serie de estructuras cerebrales cuya función primordial es controlar la motivación y la emoción (Eichenbaum y Otto, 1992; Gerlach y Mc Owen, 1972; Papez, 1937; Squire, 1983) para, posteriormente estimular el hipotálamo que controla las funciones vegetativas.

Posteriormente se activa el eje Hipotálamo-Hipofisario-Adrenal (HHA) que es el componente principal de la reacción ante el estrés y que determina la magnitud y la duración de la respuesta e integra los tres componentes: nervioso, neuroendocrino y emocional (Fuchs y Flügge, 2003). La activación de este sistema es acorde a la activación de otros componentes neurohormonales dentro de la respuesta al estrés, como son el sistema simpático-adrenal o el sistema adreno-cortical (De Kloet,

Vreudenhil, Oitzl y Joëls, 1993; Sapolsky, Romero y Munck, 2000). Entre los elementos que componen este sistema se encuentran: el Hipotálamo que ejerce funciones de control sobre la hipófisis que controla mediante la secreción de hormonas el sistema cardiovascular, la temperatura corporal, el agua corporal, la ingesta de alimentos, la excitación y la rabia y sobre todo la función endocrina (Guyton, Hall 2001; Lerner, Case, Takahashi, Lee y Mori, 1958).

La respuesta al estrés desencadenada por el cortisol segregado por la glándula adrenal tiene dos vías: por una parte, en la fase inicial, de protección y, por otra, si la última fase se mantiene durante un tiempo excesivo, de posible daño.

En estas dos situaciones fisiológicas enfrentadas, las hormonas actúan a través de determinados “mediadores” que podemos llamar elementos estresantes. Entre éstos, al lado de sistema simpático que segrega catecolaminas (noradrenalina y adrenalina) hay, muchos más mediadores que participan en el proceso alostático estando todos unidos en una red de regulaciones no-lineales, por lo que, cada mediador tiene capacidad para regular la actividad de otros y, algunas veces, de una manera bifásica.

Así, hay dos sistemas principales que median la mayoría de los componentes de la respuesta al estrés (Fuchs y Flügge, 2003). En primer lugar, el sistema límbico-hipotálamo-hipófiso-adrenal (LHPA) que estimula la liberación de cortisol a la sangre desde la corteza adrenal y, en segundo lugar, el sistema simpático-meduloadrenal que influye en la respuesta del estrés a través de dos vías que actúan en paralelo. La primera vía se encontraría en las terminaciones nerviosas en la médula adrenal que activan la liberación de adrenalina al torrente sanguíneo y la segunda vía que comprende las terminaciones nerviosas simpáticas que aportan noradrenalina a cada órgano del cuerpo.

Además, el sistema inmune no puede estar separado del sistema neuroendocrino, estando en constante interacción (Galinow Galinowski y Lôo, 2003). Esta relación fue descrita por Chillido en el año 1940. Posteriormente (Salomón, Moos, 1964) integró la inmunidad y la enfermedad y cómo podrían influir los estados emocionales en estas cuestiones. Más tarde, se relacionó la conducta y estados emocionales con la inmunosupresión (Ader y Cohen, 1975) y por último se estableció la relación entre el sistema inmune y el nervioso (Farrar, 1987).

Por otro lado, (Boyce, Chesney, Alkon, Tschann et al, 1995) propusieron, desde una perspectiva integradora, que la reactividad de los tres sistemas implicados en la respuesta al estrés podría actuar unificada; es decir, habría una única respuesta biológica al estrés: la reactividad “psicobiológica”. Este planteamiento va en la línea de una interrelación íntima entre el SNA, el eje HHA y el sistema inmune en respuesta al estrés. De este modo, las personas reactivas a una de dichas medidas, serían reactivas también en las otras. Sin embargo, no hay todavía suficiente evidencia empírica para aceptar dicha hipótesis, aunque se considera probable (Cohen y Hamrick, 2003).

De todo lo anterior se deduce que la respuesta al estrés, tal y como ha sido explicada, es adecuada para superar las situaciones estresantes producidas por estresores físicos a corto plazo (Fuchs y Flügge, 2003; Sapolsky, 1992), que son los que más han tenido que afrontar los organismos la mayoría del tiempo.

Sin embargo, en la vida humana, muchos de los estresores físicos duran mucho o aparecen muy frecuentemente (estresores crónicos), o dicha respuesta al estrés se activa por razones no fisiológicas, como son los estresores psicosociales. Esta constante hiperactivación se considera patológica y desadaptativa. Como se ha demostrado en animales, el estrés crónico induce cambios en el sistema neuroendocrino y neurológico a distintos niveles produciendo alteraciones anatómicas en los distintos

núcleos cerebrales afectando también al eje LHHA, alterando los mecanismos de feedback asociados y a la estructura del hipocampo. Todo junto lleva a un desequilibrio en las redes neurales que no puede reestablecerse.

Hoy se considera que el cortisol coordina, junto con otros mediadores del estrés, las reacciones iniciales de respuesta a éste y, además, más tarde prepara la adaptación del organismo ante nuevas agresiones.

Selye ya estableció que la forma crónica de enfrentamiento al estrés, que calificó como “síndrome de exactamente sentirse enfermo”, producía un incremento del peso adrenal, disminución del peso del timo y, úlcera gástrica. De esta forma, reconocía que la situación crónica de estrés suprime la función inmune, y con ello se aumenta la vulnerabilidad a las infecciones. Estableció que mineralocorticoides y glucocorticoides secretados desde la corteza adrenal podían tener acciones opuestas, lo cual mostraba las acciones de ambos como pro y anti-inflamatorias, consistiendo la salud en un equilibrio prodinámico entre actividades pro y anti-inflamatorias (Selye, 1936).

Hoy se sabe que el estrés, considerado como la respuesta de un individuo ante un estímulo ambiental o ante los factores psicosociales, puede favorecer la aparición de diversas enfermedades (Sapolsky, 1995), como por ejemplo, las enfermedades coronarias (Stephoe, 1999).

Además, la salud se encuentra relacionada con los hábitos de cada persona, así como con las redes sociales en las que se encuentra un sujeto, por lo que habitualmente se comprueba que el desarrollo de muchas enfermedades se ve favorecido por diversas conductas de riesgo para la salud o por un apoyo social deficiente (Barra, 2004; Sandi, et al, 2001; Sandin, 2003). Es importante pues considerar que el estrés no provoca enfermedades o alteraciones colaterales por sí mismo, sino que

debe ser considerado como un factor predisponente que aumenta el riesgo de padecerlas (Nitsche, Bitran, Pedrals et al, 2014).

El estrés pues puede afectar a la vida de las personas a distintos niveles: somático, psicológico, y/o del comportamiento. Los episodios y experiencias de estrés pueden llegar a producir consecuencias perjudiciales sobre la salud, agrupadas en tres niveles (Manassero, Vázquez, Ferrer, Fornés y Fernández, 2003):

Enfermedades crónicas o de adaptación debidas a un estilo de vida estresante (enfermedades cardiovasculares, cefaleas tensionales, cáncer, alteraciones gastrointestinales, etc.).

Alteraciones psicológicas del bienestar y la salud mental (ansiedad, depresión, insatisfacción, etc.).

Deterioro de la conducta que afecta no sólo a la persona que sufre el estrés, sino también al contexto que la rodea.

Las dos primeras están relacionadas entre ellas, ya que las alteraciones psicológicas del bienestar y la salud mental repetidas o crónicas pueden llevar a generar patologías más “graves”, habiéndose asociado, por ejemplo, la depresión, la obesidad y el riesgo de patología cardiovascular (Rojas, 2013).

Los efectos del estrés sobre la persona están mediados por su propia respuesta y/o por las situaciones que la persona interprete como amenazantes (Steptoe, 1999; 2001).

En la actualidad, el estrés suele estar relacionado con situaciones cognitivas y sociales, conocidas como “adversidades psicosociales”, que consisten en la falta de información de hechos conflictivos, falta de control e imposibilidad para predecir su evolución, causando esto miedo e incertidumbre (de Kloet, de Jong, y Oitzl, 2008). En esta situación, la movilización física requerida para superarlas suele ser escasa. De este modo, la respuesta al estrés, si se convierte en crónica, puede dar lugar a

una sobreactivación fisiológica que genera patologías de diversos tipos como depresión (Fuchs y Flügge, 2003), o alteraciones cardiovasculares debidas a (alteración de la presión arterial, reactividad de la frecuencia cardíaca, hemoconcentración y función de pro-coagulación sanguínea), y dos procesos clave implicados en la progresión del cáncer (angiogénesis y metástasis) (Ortiz, Willey y Chiang, 2014)); o también hipertrofia adrenal, úlceras digestivas e inmunosupresión que se traducen por accidentes cardiovasculares, disfunciones sexuales o alteraciones del crecimiento (Sapolsky, 1995).

Los conocimientos actuales sobre la biología del estrés indican que existe una señalización bidireccional entre distintos sistemas (p.e. la neuro-inmunomodulación), por lo que no habría patologías de órganos concretos sino que las anomalías serían secundarias a un defecto de comunicación entre sistemas (Galinowski y Lôo, 2003). En relación con esta respuesta compleja del sistema neuroinmunoendocrino al estrés existe una serie de factores que modulan dichos cambios. De hecho, (Gaab, et al, 2005) indican que es necesario centrarse en los procesos psicológicos que subyacen a la relación entre el estrés y las respuestas psicobiológicas.

Un aspecto crítico en la investigación es explicar las diferencias individuales en la respuesta de estrés, llegando a prestarse más atención a estas posibles diferencias que al acontecimiento mismo que activa dicha respuesta (Troisi, 2001). Respecto a éstas, existen rasgos de personalidad que pueden modular el impacto de las situaciones estresantes o determinar el patrón general de respuesta conductual y fisiológica a las mismas. Aunque el origen de esta susceptibilidad diferencial no se conoce en muchos casos, se ha demostrado no solo la importancia de factores genéticos sino también de modificaciones epigenéticas (que pueden ser heredables y que se definen como la memoria genética que se establece desde etapas tempranas de la vida por la interacción del ambiente celular con los factores genéticos). Los factores genéticos y

ambientales pueden no tener por si mismos efectos importantes, pero si la combinación de ambos. Este hecho, junto a las modificaciones epigenéticas, requiere un cambio de paradigma en muchas de las investigaciones genéticas sobre el origen de la susceptibilidad al estrés y a otros procesos patológicos (Nadal y Armario, 2010).

Los actuales modos de organización del trabajo, afectan a la calidad y condiciones del trabajo y se reflejan en procesos de intensificación: hacer más con menos tiempo y/o recursos (Coninck y Gollac, 2006; Derriennic y Vézina. 2006); densificación (ausencia de tiempo muerto) y extensificación del trabajo: sobretiempo o movilidad espacial de un trabajo (Leilanie, 2009) ; demandando al trabajador emocional y cognitivamente, lo que se traduce en un aumento de la denominada carga psíquica y mental en el trabajo que sostenida en el tiempo provocará efectos en la salud mental (Ansoleaga, Vezina y Montaña. 2014).

Se ha comprobado en trabajadores chilenos que las mujeres expuestas a sobrecarga y bajas recompensas y hombres expuestos a demandas psicológicas y desequilibrio esfuerzos-recompensas, tienen un incremento de sintomatología depresiva al compararse con los no expuestos de forma que, la exposición a factores de riesgo psicosocial laboral se asoció con síntomas depresivos en los trabajadores (Ansoleaga, Vezina y Montaña. 2014).

3. FUENTES DE ESTRÉS Y SUS CONSECUENCIAS:

3.1. Modelos estructurales de estrés laboral:

Los factores psicosociales son condiciones presentes en situaciones laborales 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 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 pueden conducir al estrés (Gil-Monte, 2014).

Los factores psicosociales cuando son desfavorables pueden perjudicar la actividad laboral y la calidad de vida laboral de las personas, denominándose en este caso riesgo psicosocial, siendo éste, fuente de estrés laboral (Gil-Monte, 2012).

La conducta organizacional se puede representar como el resultado de la interacción de tres sistemas: el entorno físico-tecnológico de la organización, el entorno social-interpersonal de la organización y el sistema personal de los miembros de la organización.

Figura 1 Representación de la conducta de los individuos en la organización considerada como la interacción de tres sistemas independientes (McGrath, 1976, pp. 1367-1369).



Como se constata en la figura 1, la intersección de los sistemas da lugar a diferentes subsistemas. De la interacción entre el sistema físico

(tecnoestructura) y el sistema social surgen los contextos comportamentales, de la interacción entre el sistema personal y el sistema físico surgen las tareas organizacionales y, de la interacción entre el sistema personal y el social surgen los roles organizacionales. La conducta de la organización es el resultado de la interacción de estos tres sistemas y subsistemas, por lo que se pueden representar como el resultado de, las tareas, los roles y los contextos organizacionales, pudiendo ser definida como las acciones de los miembros de la organización en tareas, roles y contextos organizacionales (Gil-Monte, 2012).

Para el estudio de la conducta de los individuos en las organizaciones se pueden diferenciar tres niveles de análisis: a) en el nivel individual, la conducta está influenciada por la percepción y la valoración que el individuo hace de las dimensiones relevantes de la organización desde la perspectiva que ocupa, por eso son de especial relevancia la atención y los procesos cognitivos. Esta conducta se mantendrá en la medida en que el individuo esté motivado y satisfecho. Es pues una conducta racional suponiendo la planificación y la toma de decisiones. Es pues, el resultado de un conjunto de habilidades y aptitudes, y de la interacción entre las características personales del individuo y el entorno. b) A nivel social es necesario tener en cuenta los procesos grupales, tanto formales como informales, y el liderazgo. c) En el nivel organizacional son relevantes el sistema de roles, la estructura de poder, el clima, la cultura de la organización, etc. (Gil-Monte. 2012).

Se han propuesto distintos modelos de estrés laboral. Dos modelos fundamentales intentan abarcar entre las décadas de los 60 y los 70 el concepto de estrés laboral: el **modelo de ajuste persona-ambiente** (French, y Kahn, 1962) y el **modelo cíclico de estrés laboral** (McGrath, 1976).

El modelo ajuste persona-ambiente, fue exponente y marco en la década de los 70 para el estudio del estrés laboral (Harrison, 1985), pero, este fue paulatinamente sustituido por el modelo de “estrés laboral” (**job strain model**) (Karasek. 1979). Este modelo postuló que el estrés laboral y sus efectos sobre la salud, tanto física como mental, son el resultado de la acción conjunta de las demandas del trabajo (job demand) y la posibilidad de tomar decisiones o autonomía (decision latitude) para actuar frente a las anteriores, por lo que el modelo plantea dos aspectos esenciales en el estrés como son las demandas de la tarea y el control que puede tener el trabajador frente a éstas, así, el estrés se producirá en las situaciones en las que existan unas altas demandas de trabajo y poca capacidad para decidir por el trabajador.

Así, según este modelo, tener libertad de decisión sobre el trabajo disminuirá el nivel de estrés e incrementará el aprendizaje, si lo que hay son altas demandas incrementará el aprendizaje y el estrés. Al combinar altas demandas y bajo control se producirá “tensión”, afirmando la hipótesis que muchas de las reacciones adversas de agotamiento psicológico y enfermedad física se producen en los trabajos con alta tensión. Del “aprendizaje” se deriva una segunda hipótesis que indica que altas demandas y alto control ejercen un efecto de aprendizaje, motivación y desarrollo de habilidades. Esta segunda hipótesis enfatiza los resultados, como puede ser el uso de habilidades o la productividad (Karasek. 1979).

(Johnson y Jeffrey, 1986) añadieron el apoyo social en el trabajo como una nueva dimensión social al modelo anterior. La expansión del modelo fue bien aceptada por los autores originales, de forma que pasó a denominarse modelo de demandas-control-apoyo social laborales (**Job demand-control-support” model**, DCS), e incluyó esta variable como un elemento añadido al control para afrontar las demandas de la situación laboral. Además, también funcionaría como un moderador de las demandas psicológicas. Esta nueva dimensión permitiría distinguir entre

trabajos aislados (trabajos con pocas oportunidades de interacción social) y colectivos (trabajos en los que la interacción con colegas es habitual).

Las dos hipótesis anteriormente descritas se complementan con la nueva dimensión del modelo (apoyo social), pudiéndose replantear de la siguiente manera (van der Doef y Maes, 1998):

La **hipótesis de “tensión”** en la que se postula que los niveles más altos de enfermedad física la experimentan los empleados en una situación de “tensión”; es decir, con altas demandas, bajo control y apoyo social;

La **hipótesis del “amortiguamiento”** que apoya la interacción entre los elementos del modelo, indicando que las dimensiones de control y apoyo social ejercen un efecto amortiguador en el impacto negativo de las demandas sobre la salud física.

Con posterioridad al modelo de demanda control se postuló el modelo de equilibrio-esfuerzo-recompensa (**effort-reward imbalance model**, ERI). La teoría de este modelo se basa en la premisa de que un desequilibrio entre el esfuerzo y la recompensa conduce a cambios psicofisiológicos negativos (distrés emocional) y a una hiperactivación del Sistema Nervioso Autónomo (SNA). Además, las consecuencias de este desequilibrio se acentúan por una alta necesidad de control (Siegrist, 1996). Este modelo supone que el estrés laboral depende de un desequilibrio entre esfuerzo y recompensa. Los esfuerzos se refieren a las demandas impuestas al empleado y pueden incluir la presión del trabajo, las interrupciones, demandas incoherentes, y complejidad de la tarea. Las recompensas incluyen beneficios relacionados con el trabajo y se dividen en las siguientes categorías: salario y seguridad en el trabajo/carrera. El modelo ERI prevé que un desequilibrio entre esfuerzo y recompensa hace que se produzcan resultados negativos (por ejemplo, una mayor probabilidad de enfermedades cardiovasculares).

Pero, el modelo ERI también presenta limitaciones, entre otras, las variables de esfuerzo y recompensa están compuestas por una variedad de elementos, que representan diferentes dimensiones. Un riesgo asociado a este enfoque global, es descuidar la especificidad de algunos tipos de esfuerzos y recompensas que podrían explicar el estrés relacionado con un tipo particular de ocupación. (Van Vegchel, de Jonge, Bosma, y Schaufeli, 2005)

Estos modelos están vigentes en la actualidad y siguen generando un volumen considerable de estudios mediante los que se analizan fuentes de estrés laboral, y entre ellas algunos de los principales riesgos psicosociales en el trabajo, como: inseguridad laboral (Loerbroks, Herr, Li, Bosch, et al, 2015; Nielsen, Madsen, Aust, Burr, et al, 2016), sobrecarga de trabajo (De Cuyper Mauno, Kinnunen, et al, 2010; Hintsala, Kouvonen, McCann, Jokela, et al, 2015), altas demandas emocionales en el trabajo (Darboe, Lin, y Kuo, 2016; McVicar, 2015), conflicto o desequilibrio trabajo-familia (Berkman, Buxton, Ertel y Okechukwu, 2010; Peter, March, y du Prel, 2016); y la relación entre esas fuentes de estrés laboral y sus resultados en forma de problemas fisiológicos de salud (Ilies, Aw, y Lim, 2016; Navinés, Martín-Santos, Olivé, y Valdés, 2016), síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) (burnout) (Matziari, Montgomery, Georganta, y Doulougeri, 2016; Woodhead, Northrop, y Edelstein, 2016), satisfacción laboral (Colliander, Söderlund, y Szugalski, 2016; Schreyer y Krause, 2016), intenciones de abandono de la organización (Kinnunen, Feldt y Mäkikangas, 2008), y absentismo laboral por enfermedad (Dalphond, 2016; Mhiri, y Teneau, 2015).

3.2. Los factores productores de estrés:

Dentro del conjunto de elementos que integran la cultura organizacional, los valores han sido los que más se han utilizado, debido a que son el punto de unión entre el comportamiento del trabajador y las demandas de la organización, para identificar la relación entre la cultura

y la vivencia de estrés laboral dentro de una organización (Davenport, 2015; Guchait, Paşamehmetoğlu, y Madera, 2016; Jenny, Brauchli, Inauen, Füllemann, et al, 2015). En vez de considerar que valores particulares generan una vivencia de estrés en los trabajadores, las investigaciones realizadas apuntan al estudio de la influencia de la congruencia entre valores personales y organizacionales como el aspecto que genera una vivencia de estrés en una organización. En este sentido, debe existir congruencia entre ambos valores generándose el estrés ocupacional cuando existe conflicto entre los valores personales y organizacionales (Bouckennooghe, Buelens, Fontaine, y Vanderheyden, 2005; Lamm, Gordon, y Purser, 2010; Morais, 2012; Oliveira, Tenório, Souza, Pereira, y Souza, 2002; Ramos, y Jordão, 2012).

El estrés laboral se produce cuando las demandas ambientales, organizacionales y personales superan a los recursos que disponen los trabajadores. Todo ello producirá unas consecuencias sobre los trabajadores y la empresa (Gil-Monte, 2014). Es por ello que, en este apartado, se van a clasificar los estresores en exceso de demandas y faltas de recursos analizando las consecuencias que producen cada uno de ellos.

3.2.1. Demandas:

Las demandas se definen como las exigencias tanto ambientales como personales, psicológicas y emocionales que sufre el trabajador en la organización, clasificándose en:

1). **Carga de trabajo:** Es una de las variables más conocidas. A nivel estadístico, el 23.9% de los trabajadores españoles percibe mucho trabajo, el 46% de los ocupados considera que debe trabajar muy rápido; el 45.3% debe atender varias tareas al mismo tiempo y, el 34.9% debe trabajar con plazos muy estrictos y muy cortos; Las tres exigencias conjuntamente, y con la misma frecuencia “siempre o casi siempre” o “a menudo”, son manifestadas por el 20.7% de los ocupados. El 20.5% de

los ocupados señala que “siempre o casi siempre” o “a menudo” debe realizar tareas complejas, complicadas o difíciles (INSHT, 2011).

La norma UNE-EN ISO 10075 que trata sobre principios ergonómicos relativos a la carga de trabajo mental, en su parte 1, donde se establecen los términos y definiciones generales, (Asociación Española de Normalización y Certificación, 2001), distingue entre presión (stress) mental y tensión (strain) mental, aunque no da ninguna definición de carga mental como tal.

La citada norma define presión mental como el conjunto de todas las influencias apreciables, ejercidas por factores externos, que afectan mentalmente al ser humano. Un aspecto relevante a tener en cuenta es que este término lo considera desde un punto de vista eminentemente técnico, no coloquial, por lo que es considerado un término neutro, sin connotación negativa.

La tensión mental la define como el efecto inmediato de la presión mental en el individuo, no el efecto a largo plazo, dependiente de sus condiciones previas habituales o actuales, incluyendo todas las formas de reacción. La presión también se denomina, en ciertas publicaciones, como exigencias mentales mientras que, la tensión es sinónimo de carga mental (Sebastián y del Hoyo, 2002).

La segunda parte de esta norma dedicada a los principios de diseño establece que la carga de trabajo mental es el efecto de una interacción compleja de factores individuales, técnicos, organizativos y sociales. (Asociación Española de Normalización y Certificación, 2001).

El INSHT define la carga de trabajo mental como el conjunto de requerimientos mentales, cognitivos e intelectuales a los que se ve sometido el trabajador a lo largo de su jornada laboral, es decir, el nivel de actividad mental o de esfuerzo intelectual necesario para desarrollar el trabajo (Sebastián y del Hoyo, 2002).

En una visión somera, la capacidad de trabajo mental se compone de los factores necesarios para manejar información, los recursos cognitivos en forma de elementos de transferencia de esta información (memoria y atención), la percepción subjetiva, las emociones y, finalmente, la preparación para la acción (motivación y esfuerzo) (Ferrer y Dalmau, 2004).

Resumiendo, no existe una definición comúnmente aceptada de la carga mental, pudiéndose hablar de dos perspectivas:

La caracterizada como exigencias externas de la tarea, a las que tiene que enfrentarse la persona y la interacción entre exigencias de la tarea y capacidades o recursos de la persona. Esta última se desarrolló en el contexto de las teorías de la adaptación entre personalidad y entorno, que tratan de explicar las diferencias individuales, en términos de fatiga, monotonía, aversión afectiva, agotamiento o enfermedad (Ferrer y Dalmau, 2004).

Para terminar, una definición más moderna fue “la interacción entre el trabajador y la tarea asignada y especialmente, cuando las demandas superan a las capacidades de la persona responsable de llevarla a cabo” (Gil-Monte, 2014).

Como se vio anteriormente, la percepción de la carga mental se ve influenciada por la interacción de múltiples variables. A continuación se va a realizar una revisión de estas interacciones.

Para comenzar, en una muestra de 11020 empleados, 25.96% mujeres, se obtuvo que, altas demandas se correlacionaron negativamente con apoyo procedente del supervisor ($r = -.20$; $p < .01$), apoyo social procedente de los compañeros ($r = -.06$; $p < .01$) y, positivas con altas demandas emocionales ($r = .26$; $p < .01$), conflicto con el supervisor ($r = .17$; $p < .01$), conflicto con los compañeros ($r = .08$; $p < .01$) o, inseguridad en el trabajo ($r = .05$; $p < .01$) (Bultmann, y Kant, 2002).

Además, los análisis de una muestra de trabajadores no seleccionados mostraron un aumento significativo de probabilidad multivariantes (OR) entre la tensión laboral y el desequilibrio esfuerzo-recompensa. Cuando los dos modelos tenían mutuamente el control ajustado (OR = 1.9; IC del 95% = 1.3 – 2.7), cuando existía desequilibrio entre esfuerzo-recompensa (OR = 3.4; IC del 95% = 2.1 – 5.1) y si aparecía un compromiso excesivo (OR = 3.9; IC del 95% = 2.7 – 5.8) asociándose independientemente con síntomas depresivos. Las pruebas adicionales de interacción entre los modelos revelaron relativamente un mayor nivel de síntomas depresivos en los empleados que informaron de forma simultánea bajo control y excesivo compromiso (Dragano, He, Moebus, Jöckel, et al, 2008).

Un estudio longitudinal de 1 año de duración realizado sobre 8837 trabajadores, comprobó que aquellos que tenían mayor carga física, solicitudes de trabajo psicológico elevado, y menor autonomía al inicio del estudio se asociaron con peor percepción de salud física durante el seguimiento. Un mayor nivel de compromiso al inicio del estudio se relacionó con una mejor percepción de salud física y sobre todo mental durante el año de seguimiento (Leijten, van den Heuvel, van der Beek, Ybema, et al, 2015).

Pero, los trabajadores que perciben tensión laboral junto con inseguridad mostraron probabilidades claramente superiores de padecer problemas de salud física y mental como depresión (OR = 13.88; IC del 95% = 5.67 - 34.01), ansiedad (OR = 12.88; IC del 95% = 5.12 – 32.39), problemas de salud física (OR = 3.97, IC del 95% = 1.72 – 9.16) y, mala autopercepción de la salud (OR = 7.12; IC del 95% = 2.81 – 18.01). La tensión laboral y la inseguridad mostraron asociaciones sinérgicas con la salud, por lo que, los empleados que experimentan tanto tensión como inseguridad podrían estar en riesgo de percibir mayores problemas de salud (Strazdins, D'Souza, L-Y Lim, Broom, et al, 2004).

Los trabajadores que consumían elevadas cantidades de alcohol, el 4.4% percibía elevados niveles de carga de trabajo mientras que, el 3.5%, no tenía esta percepción (Observatorio Español sobre Drogas (OED), 2011).

2). **Disfunciones de rol:** El rol es uno de los factores psicosociales más importantes en el trabajo, siendo el resultado de la interacción entre el sistema social y el individual.

El rol, se puede definir como el conjunto de expectativas y demandas sobre conductas que se espera de la persona que ocupa una determinada posición (De Arquer, Martín, y Nogareda, 1995). Supone una interacción entre expectativas y conductas, funcionando de manera similar a la comunicación interpersonal, en el que las expectativas y conductas constituyen mensajes que se transmiten a los individuos que intervienen en el proceso (Katz, y Kahn, 1978).

El proceso de rol se inicia cuando los miembros del conjunto de rol (emisores de rol), que tienen interés en el desempeño de la persona focal e incluso la necesitan para realizar sus propias tareas, opinan y adoptan actitudes respecto a lo que este puede y debe hacer en su puesto de trabajo (Gil-Monte, 2014).

Los miembros del conjunto de rol comunican sus expectativas a la persona focal de manera formal o informal, de forma escrita o verbal, de forma directa o mediante otros miembros del conjunto de rol. El objetivo es que la persona focal adapte las conductas de su rol a las expectativas del conjunto de rol (Katz, y Kahn, 1978).

Esto hace que, la persona focal, perciba y procese esta información aplicando procesos cognitivos y emocionales, lo que puede producir, desajustes entre el rol emitido y el percibido dependiendo esto de las características personales del emisor y receptor, del contenido de las expectativas emitidas, de la claridad del proceso de comunicación, etc. (Katz, y Kahn, 1978).

Cuando la persona focal considera que las expectativas recibidas no son legales o son coercitivas, puede negarse a acatarlas desarrollando conductas contrarias a lo esperado. Las conductas de la persona focal, o conducta en el rol, mediante un proceso de retroinformación ofrecen información y claves al conjunto de rol para el grado de ajuste entre sus expectativas y las conductas de rol (Gil-Monte, 2014).

Las principales disfunciones de rol son la ambigüedad y el conflicto de rol.

El trabajador con **ambigüedad de rol** vive en la incertidumbre, no sabe que se espera de él (Ironson, 1992). Se refiere a la falta de definición por información incompleta, poco concisa, muy cambiante sobre objetivos del trabajo, responsabilidades, comunicación, relaciones de autoridad y procedimientos (De Arquer, et al, 1995; Katz, Kahn, y Adams, 1980).

El **conflicto de rol** se produce cuando hay demandas, exigencias en el trabajo que son entre si incongruentes o incompatibles para su realización, debido a expectativas divergentes dentro de la propia organización, por incompatibilidad temporal, por conflicto con el propio sistema de valores y creencias y por conflicto entre los distintos roles individuales (Katz y Kahn, 1978). Otros lo han definido como la presencia simultánea de expectativas contradictorias asociadas a un rol (Van Sell, Brief, y Schuler, 1981).

La disfunción de rol puede verse influenciada por otras variables. Los estudios consultados aportan los siguientes resultados.

En una muestra de 60 funcionarios del Ayuntamiento de Madrid, 39% mujeres, se obtuvo que, el 20% de la muestra percibía ambigüedad y conflicto de rol en su trabajo, encontrándose entre ambas una correlación positiva significativa ($r = .99$; $p < .05$). El grupo que puntuó alto en ambigüedad y conflicto de rol puntuó también alto en las subescalas de: Somatización, Obsesión-Compulsión, Sensibilidad

Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y Psicoticismo. Además, el Índice Global de Gravedad y el Total de Síntomas Positivos fueron significativamente superiores en el grupo que puntuó alto en ambigüedad de rol y conflicto de rol (Mansilla, 2011).

3). **Horario de Trabajo:** La llegada de la energía eléctrica, permitió que el trabajo se realizara con más frecuencia fuera del horario diurno. De hecho, en las sociedades modernas, una minoría de los trabajadores realiza un horario de trabajo estándar, que es el que comienza a las 8:00 y termina aproximadamente a las 17:00, durante 5 días a la semana. La mayoría de los trabajos, se realizan en horarios de trabajo no estándar, incluyendo el trabajo a tiempo parcial, durante el fin de semana o el trabajo desarrollado durante una parte de la noche (Stevens, Hansen, Costa et al, 2010).

Los turnos de trabajo se han clasificado en turno fijo o rotatorio. El primero es aquel en el que los trabajadores tienen siempre el mismo horario mientras que, el rotatorio es aquel en que los trabajadores se mueven de turno en turno. Esta rotación puede ser rápida, por ejemplo, cada dos o tres días o lenta, por ejemplo cada mes (Gil-Monte, 2014). El trabajo se puede organizar de las siguientes formas:

- a) Sistema discontinuo: el trabajo se interrumpe normalmente por la noche y el fin de semana. Supone, pues, dos turnos, uno de mañana y uno de tarde.
- b) Sistema semi-continuo: la interrupción es semanal. Supone tres turnos, mañana, tarde y noche, con descanso los domingos.
- c) Sistema continuo: el trabajo se realiza de forma ininterrumpida, quedando cubierto durante todo el día y durante todos los días de la semana. Supone tres turnos y trabajo nocturno (Nogareda, 1997).

El trabajo a turnos y el nocturno, es un fenómeno laboral cada vez más extendido por motivos económicos, necesidades de producción y por razones sociales y, dado que la organización del trabajo a turnos está controlado por la organización, puede ser considerado como un elemento de diseño psicosocial del trabajo (Gil-Monte, 2014).

El artículo 36 del Estatuto de los Trabajadores define el trabajo a turnos 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”. Asimismo se considera trabajo nocturno al que tiene lugar “entre las 10 de la noche y las 6 de la mañana” y se considera trabajador nocturno al que “invierte no menos de tres horas de su trabajo diario o al menos una tercera parte de su jornada anual en este tipo de horario (Ministerio de Trabajo, 2015).

Por otro lado, los horarios de trabajo y, sobre todo el trabajo nocturno, puede influir sobre los ritmos circadianos de los trabajadores pudiendo tener efectos negativos sobre la salud de estos. Existen diferentes aspectos de la programación del trabajo a considerar entre los que se encuentran, los turnos de trabajo, el horario flexible y, la distribución de horas semanales (Stevens, et al, 2010).

El trabajo a turnos afecta, aproximadamente, al 20% de la población laboral. Las investigaciones llevadas a cabo en los últimos años muestran la presencia de numerosas repercusiones negativas sobre la salud de los trabajadores afectados. Desde una perspectiva psicológica destacan los trastornos del sueño, el síndrome de fatiga crónica, el estrés laboral, la sintomatología depresiva y diversos problemas familiares y sociales. Asimismo, se ha observado un mayor número de problemas laborales (absentismo, menor rendimiento y accidentes de trabajo) en este tipo concreto de población laboral, en comparación con los

trabajadores con un horario convencional (Fernández-Montalvo y Piñol 2000).

El trabajo a turnos, en particular, el trabajo nocturno puede causar:

- a) alteraciones en los ritmos circadianos que altera las funciones psicofisiológicas normales, comenzando esta con el ciclo sueño/vigilia;
- b) interferencias en el rendimiento laboral y la eficiencia, con los consiguientes errores y accidentes;
- c) dificultades en el mantenimiento de las relaciones habituales tanto en orden familiar como social, con la consiguiente influencias negativas sobre las relaciones conyugales, el cuidado de los hijos y los contactos sociales;
- d) deterioro de la salud que puede manifestarse en trastorno del sueño y de los hábitos alimentarios y, a largo plazo, en trastornos más graves que tienen que ver predominantemente con el tracto gastrointestinal (colitis, gastroduodenitis y úlcera péptica), neuropsíquica (fatiga crónica, ansiedad, depresión) y, probablemente, cardiovasculares (hipertensión, las enfermedades isquémicas del corazón) (Costa. 2003; Proper, van de Langenberg, Rodenburg, Vermeulen et al, 2016). Además, el cambio y el trabajo nocturno puede tener efectos adversos más específicos sobre la salud de las mujeres, tanto en relación con su función hormonal particular y la función reproductiva, y sus roles en la familia,
- e) otro efecto es la tendencia al abandono que tienen los trabajadores que trataban a turnos, así, se ha estimado que alrededor del 20% de todos los trabajadores tienen que dejar el trabajo a turnos en un tiempo muy corto debido a las perturbaciones graves. Los que permanecen en el trabajo a turnos muestran diferentes niveles de

mala adaptación o intolerancia, que pueden ser más o menos manifiestas en diferentes momentos y con diferente intensidad. De hecho, los efectos de dicha situación de estrés pueden variar ampliamente entre los trabajadores a turnos en relación con los factores individuales (por ejemplo, edad, rasgos de personalidad, características fisiológicas), así como las situaciones de trabajo (por ejemplo, cargas de trabajo, turnos horarios) y las condiciones sociales (por ejemplo, número y edad de los niños, de vivienda, de trayecto) (Costa, 1996).

Además, el trabajo a turnos puede tener otros efectos sobre la salud como es la alteración del ciclo menstrual (Lawson, et al, 2011; Vedaa, Harris, Bjorvatn, Waage, et al, 2015), problemas gastrointestinales, irregularidades del sueño, incluyendo la falta de sueño, el deterioro cognitivo (Hung, Liu, Yi, Lei, 2015; Lawson, et al, 2011) y cáncer (Costa Haus y Stevens, 2010; Gu, Han, Laden, Pan, et al, 2015).

Por otra parte, otros autores comprobaron que el trabajo a tiempo parcial disminuye el conflicto trabajo familia y la sobrecarga de trabajo (Cooklin, Westrupp, Strazdins, Giallo, et al, 2015; Elwér, Aléx, y Hammarström, 2012), no obstante, este es mayor en las mujeres que en los hombres (13,8% frente a 2,3%).

Además, en estudios realizados sobre esta forma de organizar el trabajo, se ha visto que las personas que trabajan a turnos demuestran una menor satisfacción laboral con el horario y con el trabajo en general al compararlos con las personas que prestan sus servicios en jornada laboral diurna (Nogareda, 1997).

4). **Conflictos interpersonales:** Se definen como un proceso que comienza cuando una parte percibe que otra ha afectado, o puede afectar negativamente, algo que le importa a la primera parte (Robbins, 1999) o también se definió como como toda situación en la que dos o más partes se perciben en oposición. Es un proceso interpersonal que

surge de desacuerdos sobre las metas por alcanzar o los métodos por emplear para cumplir esas metas (Davis y Newstrom, 1999).

Dentro de las principales fuentes del conflicto se encuentran: las diferencias individuales, las diferencias en la percepción de los acontecimientos, la pérdida de autoridad, la incompatibilidad o el trato injusto y desigual (comportamientos) y las diferencias funcionales y organizacionales, de forma que, las diferencias de objetivos de intereses, siempre producen alguna especie de conflicto. (Chiavenato, 2003).

Los conflictos se pueden clasificar en:

- a) Conflictos inter-grupos: se producen por la escasez de recursos.
- b) Conflicto burocrático: se trata de un conflicto vertical, entre superiores y subordinados.
- c) Conflicto sistémico: es un conflicto de tipo horizontal, entre unidades y departamentos (Pondy, 1967).

Además, el conflicto puede tener un origen interno producido entre personas o grupos de la misma empresa o bien externo, originado por personas externas a la organización.

Entre los internos, el conflicto puede provenir del superior o de los compañeros correlacionándose estos conflictos para el proveniente del supervisor positivamente con demandas psicológicas ($r = .16$; $p < .01$) o, demandas emocionales ($r = .20$; $p < .01$) y, en el caso de que conflicto proveniente de los compañeros, se correlaciona positivamente con el conflicto con el superior ($r = .26$; $p < .01$) e, inseguridad en el trabajo ($r = .07$; $p < .01$) y, negativamente con, capacidad para tomar decisiones ($r = -.13$; $p < .01$), apoyo procedente del superior ($r = -.13$; $p < .01$) y, apoyo procedente de los compañeros ($r = -.06$; $p < .01$). Con respecto a los conflictos con los compañeros, estos se correlacionan positivamente con demandas psicológicas ($r = .12$; $p < .01$), demandas emocionales ($r = .22$; $p < .01$), conflictos con el supervisor ($r = .26$; $p <$

.01) e inseguridad en el empleo ($r = .08$; $p < .01$) mientras que la correlación fue negativa para capacidad para tomar decisiones ($r = -.07$; $p < .01$), apoyo proveniente del superior ($r = -.14$; $p < .01$) o, apoyo proveniente de los compañeros ($r = -.20$; $p < .01$) (Bultmann, y Kant, 2002).

El conflicto puede generar tensiones moderadas o importantes. Cuando genera un grado de tensión moderado, se generarán consecuencias positivas, encontrándose entre estas el aumento de la motivación y la innovación, que permiten identificar disfunciones en el sistema social de la organización y desarrollar cambios para mejorarlas, puede aumentar la cohesión entre los grupos de la organización frente a las amenazas externas y obliga a comunicar objetivos clarificando las posiciones de los grupos (Thomas, 1976). Pero, cuando el grado de tensión es excesivamente alto, las consecuencias serán negativas produciendo niveles de frustración y hostilidad elevados y baja eficacia (Gil-Monte, 2014).

Se estableció un modelo que predice que el conflicto con los superiores predice resultados relevantes organizativamente psicológicos (satisfacción laboral, compromiso con la organización, y las intenciones al abandono), mientras que los conflictos con los compañeros de trabajo predice resultados relevantes personalmente psicológicos (depresión, autoestima y síntomas somáticos) (Frone, 2000).

Las altas solicitudes psicológicas, alta ambigüedad de rol, presencia de exigencias físicas, altas demandas del aparato locomotor, entorno de trabajo físico más pobre, trabajo por turnos, horas extraordinarias, y niveles más altos de inseguridad en el empleo predijeron significativamente la aparición tanto de un conflicto con los compañeros de trabajo como con el superior. Los niveles elevados de apoyo social proveniente de los compañeros de trabajo y del superior produce una mayor autonomía relativa a las condiciones de empleo, alta

satisfacción laboral global con el trabajo, gratificación monetaria, y la recompensa protegen contra la aparición de un conflicto tanto procedente de los compañeros de trabajo como del superior. Los mayores niveles de libertad de decisión y más oportunidades de carrera también protegen significativamente contra la aparición de un conflicto proveniente del supervisor (De Raeve, Jansen, van den Brandt, Vasse, et al, 2008).

5). **Inseguridad en el empleo:** La primera definición incluyó la ineficacia para mantener la continuidad deseada en una situación de amenaza en el trabajo (Greenhalgh y Rosenblatt, 1984). Existen dos tipos de inseguridad; el clima de inseguridad generado por la empresa y el percibido por el trabajador (Låstad, Näswall, Berntson, Seddigh, 2015).

La inseguridad se basa en la gravedad de los cambios y la ineficacia. Más recientemente se ha definido en torno a la percepción de la estabilidad y continuidad en el empleo en una organización. (Landsbergis, Grzywacz y LaMontagne, 2011).

Existe evidencia consistente de que los trabajadores en posiciones socioeconómicas o sociales inferiores están expuestos a una mayor inseguridad en el empleo y otros peligros dependientes de la organización del trabajo que los trabajadores en puestos de mayor nivel socioeconómico. Debido a la crisis económica actual, numerosos empleados se enfrentan no sólo con las preocupaciones financieras, sino con el factor de estrés adicional de pérdida potencial de empleo. Este sentimiento de impotencia en la fuerza de trabajo se conoce como la inseguridad laboral. Cuando los individuos experimentan inseguridad laboral, sus actitudes sobre el trabajo, satisfacción laboral, las relaciones y la satisfacción laboral general de la vida sufren. El apoyo social puede actuar como un moderador para mejorar las actitudes de trabajo de los trabajadores en situación de inseguridad en el trabajo (Labeau, 2012).

En los países europeos, el porcentaje de trabajadores que percibirían inseguridad osciló entre el 23% y el 46%, con una mediana de

38%. Cuando la pregunta se estrecha hacia el trabajo individual, estos porcentajes bajan. En un estudio europeo comparativo, el 9.4% de los empleados encuestados afirmó que percibirían una gran probabilidad de quedarse sin empleo en un futuro próximo. Alrededor del 75% estima que la posibilidad de quedarse en paro son muy bajas. Estos porcentajes fluctuaron entre los países participantes, con el 5.1% de los trabajadores en situación de inseguridad en Bélgica al 14.5% en Hungría. Estas cifras sugieren que los problemas de inestabilidad del empleo afectan sólo una pequeña parte de la población ocupada (De Witte, 2005).

Una revisión de 25 artículos sugiere una mayor morbilidad psicológica entre los trabajadores temporales en comparación con los empleados permanentes. Según algunos estudios, los trabajadores temporales también tienen un mayor riesgo de accidentes de trabajo pero, el absentismo por enfermedad fue menor (Virtanen, Kivimäki, Joensuu, Virtanen, et al, 2005).

También se encontró un efecto significativo de inseguridad en el trabajo con el compromiso con la organización (Stander, y Rothmann, 2010) y, además, la inteligencia emocional puede influir significativamente en la satisfacción laboral estando está mediada en parte por la inequidad en los intercambios sociales y la inseguridad laboral (Ouyang, Sang, Li, y Peng, 2015; Wang, Lu, y Siu, 2015).

La inseguridad en el empleo se asoció negativamente con la capacidad para tomar decisiones ($r = -.11$; $p < .01$), apoyo proveniente del superior ($r = -.13$; $p < .01$), apoyo proveniente de los compañeros ($r = -.07$; $p < .01$) y, positivamente con demandas emocionales ($r = .06$; $p < .01$), conflicto con el superior ($r = .07$; $p < .01$) (Bultmann, y Kant, 2002).

Por otro lado, se ha relacionado negativamente la Inseguridad laboral con control ($\beta = -.26$; $p < .01$) y positivamente con salud ($\beta = .25$;

$p < .01$) y, tendencia al abandono ($\beta = .16$; $p < .05$) (Barling, y Kelloway, 1996).

En un estudio realizado entre 3.369 trabajadores, 40.90% mujeres, se obtuvo que, el empleo precario se asoció con peor estado de salud, tanto en hombres como en mujeres. (Myoung-Hee, Chang-yup, Jin-Kyung, Ichiro, 2008).

Además, la inseguridad en el empleo trae consecuencias, sobre todo de tipo psíquicas como síntomas de ansiedad y depresión (Fan, Blumenthal, Watkins, y Sherwood, 2015; Lau, Knardahl, 2008) y sobre todo de depresión cuando la percepción de inseguridad se prolonga en el tiempo (Rocha, Crowell, y McCarter, 2006), aunque la percepción de la salud también se encuentra disminuida (Griep, Kinnunen, Nätti, De Cuyper, 2016) reduciendo además la productividad de las empresas (Erlinghagen, 2007).

No obstante, habrá que considerar el contexto socio-económico en el que nos encontramos y los cambios sociales en la percepción de inseguridad y sus consecuencias antes y después del estallido de la actual crisis en un país con altos niveles de desempleo desde hace décadas que pueden agravar el efecto de la exposición a la alta inseguridad sobre las condiciones de trabajo, bien por haber perdido el trabajo o, entre los que siguen en el mercado de trabajo (Utzet, Navarro, Llorens, Muntaner, 2016).

6). **Conflicto Trabajo Familia:** El trabajo y la familia se influyen mutuamente a partir de las ideas, las emociones y las actitudes surgidas en cada uno de los dominios. Se define el sistema de rol trabajo-familia al compuesto por un rol masculino y un rol femenino en los dos ámbitos (Pleck, 1977). Posteriormente se definió como una forma de conflicto de rol, en el que las presiones que resultan del trabajo y las familiares son mutuamente incompatibles en algún aspecto (Greenhaus y Beutell, 1985). Esta definición ahondó en dos puntos importantes: por un

lado, la bidireccionalidad del proceso y por otro, la incompatibilidad entre los dos roles, en el sentido de que la participación en uno dificulta la participación en el otro (Grau-Alberola, 2014).

Existen tres tipos de conflicto:

- a) **el conflicto debido al tiempo** (el tiempo dedicado al desempeño de un rol impide o dificulta el desempeño del otro),
- b) **el debido al estrés/tensión** (el desempeño de un rol produce estrés y las consecuencias de este se desbordan en el otro ámbito) o
- c) **la conducta de rol** (hay incompatibilidad entre el comportamiento desarrollado en un ámbito y en el otro) (Gree Greenhaus y Beutell, 1985).

Los mejores predictores del conflicto trabajo familia son las demandas laborales y, por el contrario para el conflicto familia-trabajo son las demandas familiares. Entre las primeras se encuentra la sobrecarga laboral y los estresores de rol (Nohe, Meier, Sonntag, y Michel, 2015; van Veldhoven, y Beijer, 2012), mientras que entre las segundas se encuentra la estructura familiar, la vida en pareja, el cuidado de hijos y el cuidado de personas mayores a su cargo. De las anteriores, el cuidado de hijos es la que mayor nivel de conflicto familia trabajo supone. Este conflicto tiene un efecto importante sobre la satisfacción laboral (Grau-Alberola, 2014; Namasivayam y Mount, 2004)).

Posteriormente, estos predictores se clasificaron en directos (próximos) e indirectos (distales). Los directos serán los relacionados con el tiempo y la insatisfacción laboral o sobrecarga de rol, tanto de un ámbito o del otro y los indirectos se relacionan con el apoyo social y la influencia reciproca del conflicto trabajo familia y familia trabajo (Frone, Rusell y Cooper, 1992). Este autor comprobó que el conflicto trabajo familia se relaciona significativamente con el desempeño en la familia,

aunque no parece existir una relación significativa con el estrés en la familia (Frone, Yardley, Markel, 1997).

Por otro lado, los trabajadores que ocupan niveles superiores experimentan mayor conflicto trabajo familia y familia trabajo que los trabajadores de menor nivel, y los recursos basados en el hogar están diferencialmente relacionados con el conflicto experimentado por los empleados que ocupen puestos de trabajo de nivel inferior y de nivel superior (Direenzo, Greenhaus, y Weer, 2011).

Además, el conflicto trabajo familia modera la relación entre tensión laboral y SQT, mientras que el conflicto familia trabajo modera la relación entre tensión laboral y depresión. En ambos casos, resultados más elevados de tensión laboral y conflicto estuvieron vinculados con mayores experiencias de malestar de los trabajadores (Gómez, Toro, y Rodríguez, 2015).

El conflicto trabajo familia se correlacionó positivamente con el conflicto ($r = .32$) y la ambigüedad de rol ($r = .25$), el tiempo de trabajo ($r = .42$) y la implicación con el trabajo ($r = .35$) y se relacionó negativamente con satisfacción laboral y, para ambigüedad de rol ($r = -.34$), conflicto de rol ($r = -.41$), tiempo de trabajo ($r = -.05$) e implicación en el trabajo que se relacionó positivamente ($r = .22$). El conflicto familia trabajo, se correlacionó positivamente con ambigüedad de rol ($r = .25$), conflicto de rol ($r = .31$), tiempo de trabajo ($r = .16$), implicación en el trabajo ($r = .26$) y conflicto trabajo familia ($r = .45$) (Carlson, y Kacmar, 2000).

El Conflicto trabajo familia se asoció negativamente con el bienestar y el rendimiento, no importa si los indicadores eran de dominio específico o dominio inespecífico. Además, todas las correlaciones fueron significativas (Amstad, Meier, Fasel, Elfering, et al, 2011) y, con problemas de salud (Moen, Kelly, Fan, Lee, et al, 2016).

Los niveles de conflicto trabajo familia en una muestra de 691 trabajadores que participaron en un estudio longitudinal, fueron uniformemente mayores que el conflicto familia trabajo. Sin embargo, en cada período de tiempo el conflicto trabajo familia mostró correlaciones negativas más consistentes con la satisfacción laboral ($r = -.14$; $p < .01$) y, la correlación familia trabajo mostró correlaciones negativas más consistentes con la satisfacción familiar ($r = -.22$; $p < .01$), lo que indica que la correlación familia trabajo puede tener una mayor influencia sobre las reacciones afectivas de los empleados. Hubo pocas relaciones en tiempo cruzadas entre el conflicto trabajo familia y estas reacciones, lo que sugiere que la asociación de conflicto trabajo familia con el bienestar y la satisfacción laboral puede ser dependiente del tiempo. Aunque existen algunas pruebas de que el apoyo social de los compañeros de trabajo moderó la relación de conflicto trabajo familia con la tensión psicológica y la satisfacción de la familia, el apoyo familiar no mostró una influencia moderadora consistente. En cambio, ambas formas de apoyo tienden a exhibir una relación directa (O'Driscoll, Brough, y Kalliath, 2004).

En un metaanálisis, se combinaron los resultados de más de 60 estudios para determinar los efectos relativos de trabajo, no trabajo, y los factores demográficos e individuales sobre el conflicto trabajo familia y familia trabajo. Como era de esperar, los factores de trabajo relacionados con más fuerza con el conflicto familia trabajo, eran el apoyo en el trabajo y estrés, y algunos factores no laborales fueron más fuertemente relacionados con el conflicto familia trabajo. Los factores demográficos, como el género y el estado civil, tendían a relacionarse débilmente con el conflicto trabajo familia y familia trabajo. En general, el análisis apoya la idea de que ambos conflictos tienen antecedentes únicos, y por lo tanto, puede requerir diferentes intervenciones o soluciones para prevenir o reducir su aparición. Por último, el análisis sugiere que las variables

demográficas, como el género y el estado civil, son malos predictores individuales de conflicto trabajo familia (Byron, 2005).

Por otro lado, el conflicto trabajo familia está significativamente relacionado con la satisfacción laboral en general, supervisión y, promoción en el trabajo mientras que el conflicto familia trabajo no está tan constantemente relacionado con las facetas de la satisfacción laboral y con los compañeros de trabajo (James, Boles, Howard, y Donofrio, 2001).

Otro análisis realizado con 335 trabajadores de Malasia, 54%, mujeres, resultó que, el conflicto trabajo familia se relaciona negativamente con calidad de vida laboral ($r = - 0.43$; $p < .05$) (Md-Sidin, Sambasivan, y Ismail, 2010).

En un estudio realizado sobre 2700 trabajadores reveló que tanto el conflicto trabajo familia como el familia trabajo se relacionó positivamente con mal estado de ánimo, ansiedad y consumo de sustancias adictivas. Dependiendo del tipo de conflicto trabajo familia y el tipo de trastorno, los empleados que experimentaron conflicto trabajo familia tienen 1.99-29.66 veces más probabilidad de experimentar un problema clínicamente significativo para la salud mental. No se encontraron diferencias para el género (Frone, 2000).

Pero, en una muestra de 5072 trabajadores, se encontró que altos niveles de conflicto trabajo familia, se asociaron con una mayor probabilidad de inclinación al absentismo, después de controlar por edad y largo plazo enfermedad (Jansen, Kant, van Amelsvoort, Kristensen, et al, 2006).

Otros autores encontraron una fuerte asociación entre la probabilidad de fumar y el conflicto trabajo-familia (Nelson, Li, Sorensen, y Berkman, 2012).

7). **Inequidad en los intercambios sociales:** Consiste en la percepción de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los sujetos como resultado del proceso de comparación social cuando se establecen relaciones interpersonales.

La equidad se basa en la noción de reciprocidad social, un principio fundamental de todos los tipos de transacciones que se caracterizan por una cierta forma de utilidad. La reciprocidad social se encuentra en el núcleo del contrato de trabajo que define las obligaciones o tareas distintas a realizar a cambio de una retribución adecuada. Estos premios incluyen dinero, autoestima y oportunidades de carrera (promoción, seguridad en el empleo). La reciprocidad contractual opera a través de las normas de esperanza de cambio, donde el esfuerzo dedicado por los empleados es correspondido por las recompensas equitativas de los empleadores (Siegrist, 2010).

La teoría de la equidad predice que las personas experimentarán malestar al percibir una desigualdad sobre ellos mismos o hacia otros, es decir, ya sea poco beneficiado o sobre-beneficiado (McLeod, 2013).

Las personas intercambian bienes materiales pero también amistad, afecto, amor, ayuda y cortesía. Los individuos esperan que estos intercambios se desarrollen con honradez, reciprocidad y con equidad. En estos procesos de intercambio las personas asignan un valor a sus resultados y a los resultados obtenidos. Cuando las personas perciben falta de honradez, reciprocidad, desequilibrio, o inequidad en sus intercambios sociales, experimentan tensión y estrés, y consecuentemente pueden actuar con agresividad (Donnerstein y Hatfield, 1982).

La inequidad distributiva en los intercambios sociales (apreciación del superior) se correlaciona positivamente con carga de trabajo (contenido) ($r = .33$; $p < .01$), carga de trabajo (apremio de tiempo) ($r = .30$; $p < .01$), bajo control (contenido y resolución de problemas) ($r = .16$; $p > .01$), bajo control (tiempo de trabajo) ($r = .24$; p

< .01) problemas de salud ($r = .31$; $p < .01$) absentismo ($r = .17$; $p < .01$). La inequidad distributiva (salario), se correlacionó positivamente con carga de trabajo (contenido) ($r = .35$; $p < .01$), carga de trabajo (apremio de tiempo) ($r = .33$; $p < .01$), bajo control (tiempo de trabajo) ($r = .17$; $p < .01$) problemas de salud ($r = .16$; $p < .01$). la inequidad procedimental (estructura) se correlacionó positivamente con carga de trabajo (contenido) ($r = .12$; $p < .01$), carga de trabajo (apremio de tiempo) ($r = .15$; $p < .01$), bajo control (contenido y resolución de problemas) ($r = .20$; $p > .01$), bajo control (tiempo de trabajo) ($r = .20$; $p < .01$) problemas de salud ($r = .29$; $p < .01$) absentismo ($r = .10$; $p < .05$) y la inequidad procedimental (social) se correlacionó positivamente con carga de trabajo (contenido) ($r = .15$; $p < .01$), carga de trabajo (apremio de tiempo) ($r = .20$; $p < .01$), bajo control (contenido y resolución de problemas) ($r = .21$; $p > .01$), bajo control (tiempo de trabajo) ($r = .23$; $p < .01$) problemas de salud ($r = .26$; $p < .01$) absentismo ($r = .11$; $p < .05$) (De Boer, Bakker, Syroit, y Schaufeli, 2002).

Se encontró que, en los países con gran desigualdad de ingresos, los trabajadores tuvieron más bajas por enfermedad significativamente que los trabajadores de los países con baja desigualdad de ingresos. Altas demandas psicológicas laborales están más fuertemente relacionados con más días de ausencia por enfermedad en los países con poca desigualdad de ingresos que en los países con gran desigualdad de ingresos (Muckenhuber, Burkert, Großschädl, y Freidl, 2014).

Los resultados mostraron que la inequidad de procedimiento fue un importante y directo predictor de la satisfacción del superior, mientras que la equidad distributiva predijo la satisfacción de pago. Ambas variables de equidad eran únicos predictores indirectos de compromiso organizacional. El conflicto de roles fue un predictor significativo de compromiso con la organización, tanto directa como indirectamente a través de la satisfacción del superior, pero la ambigüedad de rol fue un

predicador de la satisfacción superior y el compromiso de la organización (De Coninck, y Stilwell, 2004).

8). **Promoción y carrera profesional:** Se puede entender como la secuencia de experiencias profesionales de una persona desde la formación inicial de sus intereses profesionales hasta su retiro (Feldman, 2002). Las carreras se desarrollan durante muchos años ya que se debe transitar de una fase a otra.

La carrera profesional atraviesa las siguientes fases: la primera es la etapa de exploración profesional; la segunda es una etapa en la que se trata de asentar posiciones y, se encontraría entre los 30 y los 45 años de edad; la tercera sería una etapa de mantenimiento en la que el foco sería defensivo frente a situaciones amenazantes y llegaría hasta los 60 años y, por último, en la etapa hasta los 65 sería una etapa de declive y desenganche profesional (Super y Hall, 1978).

9). **Trabajo emocional:** Inicialmente se definió el trabajo emocional como la gestión de los sentimientos para crear una expresión facial y corporal observable, cuando se está interaccionando con los clientes y por el cual se recibe el salario (Hochschild, 1983).

Posteriormente, el Trabajo Emocional se definió como el esfuerzo, la planificación y el control necesarios para expresar emociones organizacionalmente deseadas durante las transacciones interpersonales. De acuerdo con esta definición, los proveedores de servicios realizan trabajo emocional como parte de su rol profesional en gran medida en beneficio de la organización (Morris y Feldman, 1996).

Estas conductas tienen como objeto crear un estado mental positivo en los clientes. La supresión de las emociones es esencial en todos los trabajos en los que el trabajador tiene que interactuar con un cliente ya sea personal o telefónicamente (Hochschild, 2003).

Posteriormente, el trabajo emocional fue definido como el esfuerzo que tienen que hacer los trabajadores para esconder sus verdaderas emociones con el fin de que las emociones expresadas se ajusten al rol laboral establecido (Mesmer-Magnus, DeChurch y Wax, 2012).

Entre las estrategias del trabajo emocional se encuentran la superficial y la profunda (Diefendorff, Croyle, y Gosserand, 2005). Las estrategias superficiales, se basan en la respuesta frente a la situación, teniendo como objetivo que el cliente no conozca los verdaderos sentimientos del trabajador mediante la supresión, amplificación o fingiendo emociones no existentes (Hülshager, y Schewe, 2011). La actuación profunda es un ejemplo de la emoción antecedente centrada en la regulación mediante la cual, la percepción, valoración o situación se altera antes de que se produzcan las emociones (Grandey, 2000).

La frecuencia, variedad, y la intensidad de las emociones expresadas también se relacionan con el desempeño del trabajo emocional. Los trabajos emocionalmente exigentes implican una mayor frecuencia e intensidad de las interacciones interpersonales y, por lo tanto del uso regular de estrategias de regulación del trabajo emocional pudiendo llevar esto al agotamiento emocional (Mann, y Cowburn, 2005).

En un trabajo realizado con 2.255 empleados de la Seguridad Social de Suecia se comprobó que, las demandas emocionales son tan importantes y, a veces más que, las demandas cuantitativas en el trabajo (Vegchel, Jonge, Söderfeldt, Dormann, et al, 2004).

Además, existe un fuerte respaldo para la relación entre la actuación superficial y estrés, burnout, insatisfacción laboral, y afecto negativo. Por otro lado, la actuación profunda fue débilmente vinculada con la realización personal, la satisfacción laboral, o el desempeño

laboral (Diefendorff, Erickson, Grandey y Dahling, 2011; Goodwin, Groth, y Frenkel, 2011).

Por otro lado, la demanda emocional se asoció positivamente con las demandas psicológicas ($r = .22$; $p < .01$), conflictos con el supervisor ($r = .13$; $p < .01$), conflictos con los compañeros ($r = .06$; $p < .01$) e inseguridad en el empleo ($r = .07$; $p < .01$) y, negativamente con apoyo proveniente del superior ($r = -.17$; $p < .01$), apoyo proveniente de los compañeros ($r = -.09$; $p < .01$) (Bultmann, y Kant, 2002).

Percibir el trabajo como emocionalmente exigente tiene mucho que ver con las funciones desarrolladas. Las actividades de sanidad y educación son las que más se asocian con altos grados de exigencia emocional y, se entiende que la abundancia de investigaciones sobre trabajo emocional o sobre síndrome de desgaste psíquico se concentre en estas actividades (Marrero, Abdul-Jalbar, 2015).

10). **Liderazgo transaccional y laissez faire:** Representa el proceso de ejercer influencia sobre una persona o un grupo de personas que se esfuerzan para alcanzar su objetivo en determinadas situaciones. Es definido como comportamiento, entendiéndolo en función de la personalidad y de la situación. El Liderazgo está establecido entre la influencia y el comportamiento de las personas para la ejecución de tareas (Barbosa y Costa, 2008), habiéndose comprobado que es un proceso colectivo y por lo tanto, compartido entre todos los miembros del grupo (Lourenço y Trevizan, 2001).

Existen tres tipos de estilo de liderazgo, el transformacional, el transaccional y el laissez faire. Mientras los líderes transformacionales tienen la habilidad de cambiar la perspectiva de sus colaboradores, motivando e inspirando (Burns, 1978), los líderes transaccionales premian a los subordinados por cumplir con las orientaciones dadas (Bass, 1985; Bass y Riggio, 2006; Burns, 1978), estando estos últimos, más acordes con la visión tradicional del cambio. Cabe aclarar que los

comportamientos del liderazgo transaccional y del transformacional, no son excluyentes entre sí, de hecho pueden presentarse simultáneamente en las prácticas directivas sin afectar un estilo de liderazgo característico (Contreras, F y Barbosa, 2013).

El liderazgo *laissez faire* se define como un no liderazgo, ya que generalmente es inefectivo debido a la falta de compromiso por parte del líder cuyas características principales son el desinterés y la ausencia de apoyo a sus seguidores, limitándose solo al resultado de las actividades. Los efectos de este estilo de liderazgo influyen negativamente en el desempeño de los subordinados, obteniendo bajos resultados. Las diferencias entre el estilo transaccional y el estilo *laissez faire* radican básicamente en el desempeño eficaz de los subordinados como resultado del nivel de apoyo otorgado por los líderes. Las diferencias entre el estilo transformacional y el estilo *laissez faire* radican en la participación conjunta entre líder y el subordinado mediante la motivación, comunicación, confianza, apoyo y la supervisión.

El liderazgo *laissez faire*, puede ser conceptualizado como un líder que carece de compromiso con su organización. El líder *laissez faire* o liberal es una persona inactiva, que evita la toma de decisiones y la supervisión responsable dentro de una organización, por lo cual no participa en el grupo y otorga total libertad a sus miembros. No obstante, es además un líder que proporciona los materiales necesarios y deja hacer su trabajo a sus empleados como ellos mejor lo crean conveniente (Martínez, 2004). Este líder está acostumbrado a liberarse de toda responsabilidad dejando a la organización en manos de los subordinados y, como consecuencia, se obtienen organizaciones menos efectivas (Choque, Mejía, Vásquez, y Machaca, 2015).

En un estudio longitudinal realizado sobre 2579 trabajadores, se encontró una correlación significativa y negativa entre el Liderazgo transaccional y satisfacción laboral ($r = -.24$; $p < .001$) (Skogstad,

Aasland, Nielsen, Hetland, et al, 2015). No encontrándose relación significativa con el estado de salud (Huynh, 2014).

El liderazgo fue explicado mediante un modelo de seis factores que comprende tres factores transformacionales: 1) carisma/inspiración (que agrupa la influencia idealizada, tanto atribuciones como conductas, y la motivación inspiracional; 2) estimulación intelectual; 3) consideración individualizada; dos factores transaccionales: 4) recompensa contingente; y 5) dirección por excepción activa; y, finalmente, 6) un único factor de liderazgo pasivo o evitador que agrupa dirección por excepción pasiva y *laissez-faire* (Avolio, Bass y Jung, 1999).

3.2.2. Recursos:

Los recursos se definen como el conjunto de elementos disponibles para resolver una necesidad o llevar a cabo una empresa (Real Academia Española de la Lengua, 2015). A nivel psicosocial los recursos se definen como las capacidades que disponen los trabajadores tanto ambientales como personales, para defenderse de las demandas a las que está expuesto laboralmente. Los recursos son una característica intrínseca de la tarea entre las que se encuentran la variedad, la identidad, la importancia o significado, la autonomía y la retroinformación. Entre las variables que forman parte de los recursos se encuentran:

1). **Autonomía:** Esta variable, se refiere al “control” o margen de libertad para tomar decisiones de cómo hacer el trabajo, y al “aprendizaje activo” o posibilidad de desarrollar habilidades, aprender, poner en juego la creatividad e iniciativa individual. Esta es considerada como una de las variables que más influye en el bienestar mental, comprobándose que el estrés se relaciona negativamente con la autonomía (Qiu, Bures, y Shehan, 2012). Por el contrario, un trabajo poco creativo, monótono, provoca sentimientos de inutilidad y baja autoestima (Derriennic, Vézina, y Monfor, 2002). No obstante, una

mayor autonomía en el trabajo puede contribuir a una mayor intensificación del trabajo y nivel de estrés, generado por la obligación de los asalariados de manejar ellos mismos el compromiso entre exigencias contradictorias de rapidez y calidad (Hamon-Cholet y Rougerie 2000).

Se ha comprobado que, el compromiso con el trabajo se produce por la autonomía en el trabajo individual y el apoyo social colectivo (Vera, Martínez, Lorente, y Chambel, 2015).

Las relaciones de autonomía en el trabajo y rendimiento en el trabajo son más fuertes en trabajadores mayores, pero las relaciones de autonomía en el trabajo y la inequidad en los intercambios sociales y el compromiso afectivo fueron más débiles en estos trabajadores (Ng, y Feldman, 2015). Además, el nivel de satisfacción laboral se incrementa cuando se percibe mayor autonomía (Chang, Leach, y Anderman, 2015).

Además, la autonomía en el trabajo mejorará el locus control interno directamente porque los individuos tienen control voluntario sobre la situación de trabajo, lo que lleva a ver que sus decisiones pueden influir en los acontecimientos (Wu, Griffin, y Parker, 2015). El locus de control es una variable de la personalidad, relativamente estable, que representa la atribución que una persona lleva a cabo sobre si el esfuerzo que realiza es o no contingente a su conducta. Existen dos extremos del continuo: locus de control interno y locus de control externo. (Rotter, 1966).

Por último, la autonomía en el trabajo amortigua el impacto de las percepciones de supervisión abusivas, los síntomas psicossomáticos (Velez, y Neves, 2015) y, también, la autonomía y el apoyo social en el trabajo parecen apoyar el uso activo y casual de la gestión diaria de energía (Kinnunen, Feldt, de Bloom, y Korpela, 2015).

2). **Apoyo social en el trabajo:** Se define como un patrón duradero, de lazos continuos o intermitentes, que desempeña un rol significativo en el mantenimiento de la integridad física y psicológica de

la persona a través del tiempo (Bravo y Serrano, 1992). También se ha definido como el sentimiento de ser apreciado y valorado por otras personas y de pertenecer a una red social (Almagiá, 2014).

El apoyo social ha mostrado tener influencia en diversos aspectos relacionados con la salud y la enfermedad entre los que se encuentran, la forma de afrontar el estrés, la progresión de la enfermedad, el ajuste y la recuperación de la enfermedad, la recuperación posquirúrgica y el inicio y mantenimiento de los cambios conductuales necesarios para prevenir enfermedades o complicaciones. Por ello, se ha llegado a afirmar que el insuficiente apoyo social puede considerarse como un factor de riesgo en cuanto a la morbilidad y la mortalidad (Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles y Glaser, 2002).

El apoyo social cumple muchas funciones diferentes, las cuales podrían agruparse en tres tipos principales: una función emocional, relacionada con aspectos como el confort, el cuidado y la intimidad (Årestedt, Saveman, Johansson, y Blomqvist, 2013); una función informativa, que involucra recibir consejo y orientación, y una función instrumental, que implica la disponibilidad de ayuda directa en forma de servicios o recursos (Martín, Sánchez y Sierra, 2003).

El apoyo social se puede concebir desde distintas perspectivas. Una perspectiva cuantitativa-estructural (o de integración social) se centra en la cantidad de vínculos en la red social del individuo (por ejemplo, el estatus marital, la cantidad de amigos, la participación comunitaria), mientras que una perspectiva cualitativa-funcional privilegia la existencia de relaciones cercanas y significativas, así como la evaluación que hace el individuo del apoyo disponible (díganse la calidad marital, la intimidad de las relaciones, la satisfacción de necesidades personales). De acuerdo con la evidencia disponible, tanto la cantidad como la calidad de apoyo social parecen tener efectos significativos en el bienestar y la salud (Dolbier y Steinhardt, 2000).

La distinción anterior se relaciona en gran medida con otra diferenciación común entre el apoyo recibido y el apoyo percibido. El primero tiene que ver con las características de la red social en términos de sus dimensiones estructurales y funcionales, mientras que el segundo se refiere a la apreciación subjetiva del individuo respecto de la adecuación del apoyo proporcionado por la red social (Dolbier y Steinhardt, 2000).

Se han descrito dos tipos de modelo de apoyo social, el modelo de amortiguamiento que sugiere que el apoyo social surge como una fuente de protección frente al estrés ya que permite a las personas valorar el estresor como menos amenazante y afrontarlo mejor y el modelo de efectos principales, que enfatiza el valor del apoyo social con independencia del estrés y afirma que dicho apoyo es un recurso útil y positivo que proporciona beneficios significativos aunque la persona no este expuesta a estrés. Con las dos categorías amplias de apoyo estructural y apoyo funcional mencionadas anteriormente, el apoyo estructural se identificaría con el modelo de efectos principales, mientras que el apoyo funcional sería el factor responsable de los efectos de amortiguación del estrés del apoyo social. (Almagiá, 2014).

El apoyo social se puede recibir como apoyo informal, proveniente de familiares, vecinos, amigos u organizaciones altruistas de voluntarios o familiares, y como apoyo formal, que sería el proporcionado por los compañeros o superiores (Molina, Iáñez, Iáñez, 2005).

Se encontró que no hubo interacciones entre el control en el trabajo y apoyo social en el trabajo con depresión, SQT e insomnio. Después de la estratificación por solicitudes de empleo, la interacción sinérgica puede ser diferente entre hombres y mujeres, siendo mayor para los hombres. Para evaluar el estrés del trabajo, es necesario tener en cuenta el efecto interactivo no sólo de solicitudes de empleo y control de

trabajo, sino también el control en el trabajo y el apoyo social (Saijo, Chiba, Yoshioka, Nakagi, 2015a). Por otro lado la asociación entre la exposición a las altas demandas y mala salud mental es independiente de si el apoyo social es alto o bajo (Utzet, et al, 2016)

Se ha comprobado que el apoyo social prestado por el supervisor no tuvo ninguna asociación con absentismo por enfermedad (Hinkka, Kuoppala, Väänänen-Tomppo, y Lamminpää, 2013).

Por otro lado, cuando el apoyo social proviene del supervisor se asocia positivamente con la capacidad para tomar decisiones ($r = .31$; $p < .01$), apoyo social procedente de los compañeros ($r = .25$; $p < .01$) y, negativamente con demandas psicológicas ($r = -.20$; $p < .01$), demandas emocionales ($r = -.24$; $p < .01$), conflicto con el supervisor ($r = -.39$; $p < .01$), conflictos con los compañeros ($r = -.10$; $p < .01$) e inseguridad en el empleo ($r = -.16$; $p < .01$) y cuando proviene de los compañeros, este apoyo se asocia positivamente con la capacidad para tomar decisiones ($r = .18$; $p < .01$), apoyo proveniente del supervisor ($r = .30$; $p < .01$) y, negativamente con demandas psicológicas ($r = -.09$; $p < .01$), demandas emocionales ($r = -.17$; $p < .01$), conflicto con el supervisor ($r = -.07$; $p < .01$), conflicto con los compañeros ($r = -.22$; $p < .01$) e inseguridad en el empleo ($r = -.11$; $p < .01$) (Bultmann, y Kant, 2002).

Se comprobó que, el apoyo social en el trabajo no modera la relación entre la inseguridad laboral y SQT o cinismo (Labeau, 2012).

Además, se obtuvo que el incremento en el consumo de alcohol como consecuencia del trabajo, se asociaron con alto apoyo social proveniente de los superiores (3.8%) y bajo apoyo (4.6%) y, en el proveniente de los compañeros en el 3.8% y 5.0% respectivamente (Observatorio Español sobre Drogas (OED), 2011).

3). **Retroinformación (Feedback):** Las organizaciones utilizan la retroinformación para la socialización, entrenamiento, mejora del desempeño y dirección de sus miembros (Gracia y Ovejero, 1998).

Se define como el grado en que el desarrollo de las actividades y del puesto ofrecen al trabajador información directa y clara sobre la efectividad del desempeño y el nivel de ejecución (Gil-Monte, 2014).

Se postulan tres fuentes de retroinformación: comunicación del supervisor y organización, otros individuos de su nivel (compañeros o clientes) y el proceso de ejecutar la tarea (tarea o self) (Herold y Parsons, 1985).

Los mensajes de retroinformación contestarían a la cuestión de que es la retroinformación, es decir el contenido y/o proceso por el que estas fuentes generan información. En este caso, se consideran dos aspectos importantes de los mensajes de retroinformación: uno, su señal, que puede ser positiva o negativa sobre el desempeño, la motivación y las reacciones afectivas y dos, su contenido, clase de información que contiene para establecer distinciones significativas entre los tipos de mensajes ofrecidos por una misma fuente, más allá de la evaluación global de bueno o malo (Herold y Parsons, 1985). Mediante la retroinformación de los empleados acerca de las condiciones de trabajo, se reducirán las situaciones de estrés y la tensión general de los trabajadores (Steelman, Levy, y Snell, 2004).

La Retroinformación puede ayudar a las personas a comprender y esforzarse por alcanzar los indicadores del dominio de tareas concretas (Dow, Kulkarni, Klemmer, y Hartmann, 2012). Además, los esfuerzos en el diseño de trabajo o el sistema de trabajo podrían ser maximizados por la búsqueda de retroinformación de los titulares. Con la inclusión de los empleados en el proceso de diseño del trabajo, se reducirá la sobrecarga de trabajo y el conflicto de rol (Eatough, Way, y Chang, 2012).

Se ha observado por algunos autores una alta correlación entre retroinformación y apoyo social (Li, Fu, Hu, et al, 2010). Por otro lado, retroinformación recibida del supervisor parece disminuir ligeramente el riesgo de absentismo por enfermedad (Hinkka, et al, 2013). Además,

cuando retroinformación positiva procede del supervisor mejoraron la satisfacción laboral y el bienestar de los empleados en puestos de trabajo de baja cualificación (Winkler, Busch y Duresso, 2013). Este hallazgo fue confirmado posteriormente en un estudio transversal sobre los trabajadores poco cualificados (Winkler, Busch, Clasen, y Vowinkel, 2014).

En un análisis realizado sobre 255 trabajadores alemanes de distintos sectores de actividad, 44% mujeres, se obtuvo que apoyo social y retroinformación positiva se asociaron positivamente con bienestar psicológico de los trabajadores ($r = .33$ y $.35$, respectivamente) (Winkler, Busch, Clasen, y Vowinkel, 2015).

Por último, en un estudio realizado entre empleados suecos del sector público, promoción en el trabajo parecía depender más de factores físicos, tareas de trabajo claras y retroinformación positiva, mientras que la prevención de la poca capacidad de trabajo parecía depender más en la seguridad laboral y los factores psicosociales (Lindberg, Josephson, Alfredsson y Vingard, 2006).

4). **Disponibilidad de recursos:** Las principales causas del “engagement” se encuentran tanto en los recursos laborales (ej. autonomía y el apoyo social), como en los recursos personales, siendo autoeficacia o creencia en la propia capacidad para realizar bien el trabajo uno de los más importantes. La autoeficacia se ha definido como las "creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos que producirán determinados logros o resultados" (Bandura, 1997). Recientemente, los recursos personales fueron incorporados en este proceso de motivación (Llorenz, Schaufeli, Bakker, y Salanova, 2007).

Se ha encontrado que, altas demandas conducen a tensión y deterioro de la salud, y disponibilidad de altos recursos conducen a una mayor motivación y una mayor productividad (Laschinger, 2012a).

Algunos investigadores han conceptualizado la autoeficacia generalizada como la confianza en la propia destreza de afrontamiento que se manifiesta en un rango amplio de situaciones retadoras y que tiene un carácter amplio y estable (Schwarzer, 1999).

El logro percibido es multidimensional y más complejo que el objetivo, consiste en la autoevaluación de los propios logros según estándares y aspiraciones personales e incluye aspectos de satisfacción, reconocimiento y autoeficacia (Arthur, Khapova y Wilderom, 2005).

En la percepción del logro se identifican dos dimensiones: los resultados esperados, es decir, la concepción personal de logro, que afecta a las decisiones profesionales y personales (Dyke L y Murphy, 2006) y las atribuciones causales o factores que explican la obtención o no de logros (Weiner, 2005). Las atribuciones son claves para la motivación al logro, ya que las expectativas de alcanzar un logro dependen, en gran medida, de las causas a las que se han atribuido los mismos en experiencias anteriores (Weine, 2005).

5). **Liderazgo transformacional:** El líder transformacional es la persona capaz de canalizar la atención de los trabajadores dirigiéndolos hacia ideales comunes. Para ello, él, se empeña en el sentido de aproximar y ajustar intereses grupales e individuales en consonancia con los objetivos de la organización. Al invertir en el poder existente en los liderados, el líder rearticula ese poder en sintonía con el suyo propio para conseguir una alianza grupal en relación a objetivos comunes, manteniendo su influencia a través del refuerzo del compromiso con ideales comunes (Lourenço y Trevizan, 2001).

Se subraya como fundamentales en el proceso de liderazgo las siguientes características de quien lidera: búsqueda constante del conocimiento y distribución de este a los liderados, comunicación eficiente, involucramiento, credibilidad, alto grado de resolución de actividades complejas y ambiguas para el contexto organizativo en el que

se inserte o buena relación interpersonal, entre otros (Cardoso, Ramos y D’Innocenzo, 2011).

Si bien lo anterior, los cambios que han debido afrontar las organizaciones, ha hecho que las empresas hayan creado acciones más adaptativas y, por lo tanto, liderazgos más flexibles. Los líderes adaptativos trabajan más eficazmente en entornos que cambian rápidamente, ayudando a dar sentido a los desafíos enfrentados por los líderes y seguidores y luego responden debidamente a esos desafíos. Los líderes adaptables trabajan con sus seguidores generando soluciones creativas a problemas complejos, manejando al mismo tiempo una gama más amplia de responsabilidades de liderazgo (Bass, 1985; Bennis, 2001).

Altas calificaciones de liderazgo transformacional se correlacionaron positivamente con supervisión del desempeño gerencial (Hater y Bass, 1988; Waldman, Bass, y Einstein, 1987), recomendaciones para la promoción (Waldman, Bass, y Yammarino, 1990), de investigación y de proyectos de desarrollo de innovaciones de equipo (Keller, 1992), y el porcentaje de objetivos financieros alcanzados en unidades estratégicas de negocio (Howell y Avolio, 1993).

En un estudio longitudinal realizado durante 18 meses con 188 trabajadores daneses, 93% mujeres, se encontró que el estilo de liderazgo transformacional estaba directamente asociado negativamente con percepciones de conflicto trabajo familia ($r = -.30$; $p < .001$) y, positivamente con satisfacción laboral ($r = .29$; $p < .001$) y bienestar psicológico ($r = .20$; $p < .05$). El conflicto trabajo familia medió entre liderazgo transformacional ($\beta = -.29$; $F = 4.71$; $p < .05$) y bienestar ($\beta = -.30$ $F = 2.96$; $p < .001$), y con satisfacción laboral ($\beta = -.20$; $F = 1.05$; $p < .05$) (Munir, Nielsen, Garde, Albertsen, et al, 2012).

También se ha establecido otro estilo, es el conocido como liderazgo auténtico. Estos son individuos profundamente conscientes de

sus valores y creencias, de cómo se comportan y, a su vez, de cómo son percibidos por los demás (Shamir y Eilam, 2005). Este generará confianza en los trabajadores liderados contribuyendo al bienestar psicológico (Nelson, Boudrias, Brunet, Morin, et al, 2014).

3.3. Consecuencias:

El Síndrome de Quemarse por el Trabajo es una consecuencia frecuente en el ámbito laboral y, más aun en determinados sectores productivos. En un estudio donde se aplicó el cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo en su versión de profesionales que trabajan con personas con discapacidad (CESQT) con una muestra de 154 sujetos, 21 de ellos (13.60 %) presentaron bajos niveles de Ilusión por el trabajo, 35 sujetos (22.70 %) presentaron altos niveles de Desgaste psíquico, y 11 sujetos (7.10 %) altos niveles de Indolencia. Tomando como referencia la puntuación total del cuestionario CESQT, se concluye que el SQT afecta al 11.70 % de los sujetos de la muestra, y de forma más severa al 1.30 % de los sujetos, que presentaron alta frecuencia de síntomas en las tres dimensiones del CESQT-PD y sentimientos de culpa (Gil-Monte, Carretero, Roldán y Núñez-Román, 2005). Con referencia a la dimensión culpa, las mujeres presentan mayores puntuaciones en las escalas de culpa que los hombres (Etxebarria, Ortiz, Conejero, y Pascual, 2009) pero, estos resultados se podrían alterar si los hombres adoptan roles femeninos (Gil-Monte, y Olivares, 2011).

Otra variable es **absentismo**, que puede describirse como una conducta de abandono laboral relacionada con una serie de variables a diferentes niveles. Destaca un mayor absentismo en las mujeres, siendo más frecuente entre los trabajadores nativos del país, entre aquellos que tienen un empleo fijo y están contratados como indefinidos o fijos-discontinuos; así como en el sector servicios y en de la industria. Sin embargo, al contrario de lo que comúnmente se mantiene, reflejan un

mayor índice de absentismo los trabajadores de edad avanzada, los contratados a jornada parcial y los que tienen menor antigüedad media en sus empresas. Por otro lado, en referencia al cambio de ciclo económico destacar que, durante la época de crisis, el absentismo se redujo en mayor proporción en los hombres, los trabajadores que tienen contratos eventuales y en las empresas de menor tamaño (Villaplana, 2012).

Satisfacción laboral es otra variable que se encuentra incluida entre las consecuencias del estrés. Se comprobó que entre las personas que consumían en exceso alcohol, el 3.4% se encontraban satisfechos en el trabajo mientras que el 4.8% no se encontraba satisfechos (Observatorio Español sobre Drogas (OED), 2011).

Al igual que ocurre en la población general, el **alcohol** es la droga psicoactiva más consumida en la población laboral. La prevalencia de consumo alguna vez en la vida es 92.7% en hombres y 87.6% en mujeres de la población española. En los últimos 12 meses el consumo de esta sustancia llegó al 82.4% en hombres y 71.3 en mujeres y, en los últimos 30 días fue de 73.7% en hombres y 53.8% en mujeres y el consumo diario alcanza al 15.3% y 4.7% respectivamente. Un nivel bajo de ingresos, bajo nivel de estudios y trabajar en el sector primario, en la construcción o en la hostelería significa un mayor riesgo en cuanto a su consumo. Por otra parte, trabajar en la construcción y tener jornada de noche parecen estar asociados a los atracones de alcohol (más de 5 unidades de alcohol en menos de dos horas o borracheras (Observatorio Español sobre Drogas (OED), 2011). Otros autores consideran que el consumo de alcohol está relacionado con aspectos conductuales y de la personalidad (Skeel, Pilarski, Pytlak, y Neudecker, 2008).

En el caso del **consumo del tabaco**, la prevalencia de consumo alguna vez en la vida fue de 76.2% en hombres y 69.2% en mujeres, en los últimos 12 meses fue de 48.3% en hombres y 42.5% en mujeres, en los últimos 30 días fue de 45.5% en hombres y 39.8% en mujeres y el

consumo diario en los últimos 30 días fue de 35.2% y 30.0% respectivamente. En el análisis bivariable, el hecho de ser hombre, joven y estar parado, se asoció con consumo de tabaco así como no tener estudios universitarios, tener bajos ingresos, trabajar en la construcción o la hostelería y tener jornada de noche. En relación con los riesgos psicosociales se aprecia un patrón muy consistente en ambos sexos siendo el consumo de tabaco diario siempre más elevado entre los trabajadores que declaran estar expuestos a dichos riesgos. Las condiciones de empleo también influyen, especialmente en lo que se refiere a la inseguridad laboral, donde los hombres que sienten inseguridad sobre su futuro profesional fuman más que los que no tienen tal percepción. Se aprecia que el consumo de tabaco diario es más elevado en los trabajadores que dicen sentir agotamiento y estrés (Observatorio Español sobre Drogas (OED), 2011).

En un estudio transversal, de una muestra de 583 adultos jóvenes (edad media = 23.68 años). Los análisis revelaron algunas asociaciones directas entre la alta monotonía en el trabajo, la baja variedad, y baja autonomía con las medidas de depresión y consumo excesivo de alcohol. No hubo una relación directa entre estrés laboral y consumo excesivo de alcohol, uso de drogas, o el uso de drogas duras. En algunos casos, las relaciones de estrés con los resultados del trabajo fueron moderadas por la motivación intrínseca del trabajo o de género (Wiesner, Windle, y Freeman, 2005).

Otros autores encuentran que altos niveles de inseguridad en el empleo se asocian con aumento de distres y uso de medicación, pero no se asociaron con consumo excesivo de alcohol ni con problemas cardiovasculares (Pelfrene, Vlerick, Moreau, Mak, et al, 2003).

Por otro lado, las relaciones de clima psicológico con motivación y rendimiento de los empleados están totalmente mediados por las

actitudes de trabajo de los empleados (Parker, Baltes, Young, Huff, et al, 2003).

4. EL ESTRÉS LABORAL EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD:

El sector sanitario ocupó en el segundo trimestre del año 2015 a 948500 trabajadores en España, lo que supone el 5,3% del total de la población ocupada. Respecto a la profesión, el número de médicos colegiados en España ascendió a 238.240, mientras que el número de profesionales de enfermería colegiados se situó en 274.817 en el año 2014. La tasa de profesionales de enfermería colegiados por 1000 habitantes se situó en 5.92, mientras que la de médicos en 5.13. (Instituto Nacional de Estadística, 2015).

Se trata de un sector altamente feminizado, ya que, el 73.09% corresponde a trabajadores de género femenino, que se reparten entre el personal de enfermería (84.3% mujeres) y médicos (48.4% mujeres) (Instituto Nacional de Estadística, 2015), observándose un menor número de mujeres entre el grupo de los médicos, sobre todo en posiciones de liderazgo, y una gran presencia en el personal de enfermería (Bell, Michalec, y Arenson, 2014). Otros autores encuentran que para el personal sanitario (N=1201) la mayoría de la muestra correspondía al sexo femenino (85.2%), trabajando un 75% a tiempo completo, con una media de edad de 38.3 años, con una antigüedad en enfermería de 15.3 años, y la antigüedad en la unidad fue de 9.5 años (Van Bogaert, Kowalski, Weeks, y Clarke, 2013).

El riesgo psicosocial es uno de los menos estudiados en el sector sanitario pues existe una mayor preocupación por el resto de factores de riesgos existentes, sobre todo por los riesgos de origen biológico. Sin embargo, en los pocos estudios realizados, el resultado ha sido que la percepción de estos riesgos es baja, si se compara con los riesgos higiénicos o de seguridad (Alcántara, Rodríguez, González y Clapes,

2013). Esto puede ser debido a que, si bien, se perciben altas demandas psicosociales, muchos de ellos perciben un alto control y alto soporte social por lo que el riesgo percibido es bajo (Díaz, y Mauro, 2012). No obstante, en estos trabajadores, al trabajar con personas, padecen muchos riesgos psicosociales y alta responsabilidades (Basso, Ardilles, Bernal, Canovas del Canto, et al, 2008).

Otros autores, en cambio, han comprobado la existencia de elevados niveles de este riesgo psicosocial. Así, en un estudio transversal realizado en el primer trimestre del año 2015 donde participaron 309 profesionales sanitarios, 51.4% mujeres, distribuidos en 3 hospitales y 41 centros de atención primaria, realizado para comprobar el nivel de percepción de estos riesgos por los profesionales utilizando la escala DECORE se obtuvo que, todos los trabajadores se encuentran en situación de alerta en las escalas de apoyo organizacional, recompensa y demandas y en la dimensión control, todos los médicos se encuentran en estado de emergencia. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre apoyo organizacional y demandas. Los médicos de atención primaria obtuvieron mayores puntuaciones ($M = 62.1$) que los médicos de hospital ($M = 54.6$) en la escala apoyo organizacional ($F = 8.13$; $p = .005$); mientras que los médicos de hospital presentaron mayores puntuaciones ($M = 79.5$) que los de atención primaria ($M = 74.4$) en la escala demandas ($F = 6.74$; $p = .01$). Como conclusión estos profesionales perciben falta de control, apoyo, escasas recompensas y altas demandas (Talavera-Velasco, Luceño-Moreno, Martín-García, y Navarro-Canedo, 2016). La consecuencia de lo anteriormente mencionado se traduce en que el personal sanitario sufre estrés elevado y en concreto aún más, el personal de enfermería, (Burgos, 2004) ya que, la actividad sanitaria es una profesión inherentemente estresante con jornadas de trabajo largas, acuciantes problemas clínicos, dilemas éticos, pacientes difíciles, y conflicto de demandas (Goetz, Musselmann, Szecsenyi, y Joos, 2013).

Otros autores, han encontrado altas tasas de agotamiento en el personal de enfermería de distintos países europeos oscilando entre el 10% detectado en Países Bajos y el 78% de Grecia, insatisfacción laboral 11% en los Países Bajos a 56% en Grecia, e intención al abandono del 14% Estados Unidos al 49% de Finlandia, Grecia (Aiken, Sermeus, Van den Heede, Sloane, et al, 2012).

Los profesionales del sector sociosanitario están frecuentemente expuestos a factores de estrés identificadas como antecedentes relevantes de SQT, como son el conflicto y la ambigüedad de rol o la inequidad en los intercambios sociales (Skirrow y Hatton 2007), bajo apoyo social en el trabajo y sobrecarga de trabajo (Devereux, Hastings, Noone, Firth, et al, 2009).

Los profesionales de enfermería que ocupan cargos directivos percibieron altos niveles de estrés, aunque este disminuye con la edad (Kath, Stichler, y Ehrhart, 2012).

La VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo describe la opinión que tienen los trabajadores del sector sanitario sobre sus condiciones de trabajo y así, el 27.7% opina que es habitual que se trabaje en equipos dotados de autonomía, el 87.3% manifiesta que siempre, casi siempre o a menudo trabaja con personas, el 33.8% percibe mucho trabajo y se siente agobiado, el 31% percibe que realiza tareas monótonas o complejas. Además, estos trabajadores manifiestan que están expuestos a agresiones verbales, rumores o aislamiento social, así, el 17.9%, recibe amenazas de violencia física, el 9.6% manifiesta que esta es cometida por personas no pertenecientes al lugar de trabajo. Por otro lado, es una característica de esta actividad el trabajo a turnos, nocturno y en festivos, así, el 37.1% de los trabajadores trabaja a turnos y el 23.8% realiza trabajo nocturno trabajando en festivos el 41.7% de los trabajadores. Por último, el 23.3% de los trabajadores tienen mala percepción de su estado de salud (Instituto Nacional de Seguridad e

Higiene en el Trabajo, 2011). Otros autores estiman que el 24% de los trabajadores del sector sanitario padecen violencia en el lugar de trabajo (Chapell, y Di Martino, 2006).

Pero, SQT es una consecuencia importante en este sector, así, en una muestra obtenida de personal de enfermería (N = 110) compuesta por personal de ambos sexos, 60.91% mujeres, se obtuvo, sobre una puntuación de 0 a 10, que, percibirían SQT (M = 5.12; dt = 3.23) se asociaba positivamente con monotonía (M = 4.79; dt = 2.78) ($r = .36$; $p < .001$), sobrecarga laboral (M = 6.59; dt = 2.64) ($r = .36$; $p < .001$), trabajo nocturno (M = 5.41; dt = 3.65) ($r = .34$; $p < .001$), falta de participación (M = 5.20; dt = 2.96) ($r = .32$; $p < .001$), exigencias del entorno socio familiar (M = 5.06; dt = 2.79) ($r = .31$; $p < .001$) o falta de apoyo social (M = 4.53; dt = 2.84) ($r = .25$; $p < .001$) (Porrás, Bilbao, y Vila, 2005).

Estos riesgos generan consecuencias, como trastornos mentales o satisfacción laboral. Así, en una muestra de 257 médicos de Brasil, se encontraron asociaciones positivas entre los trastornos mentales comunes y el aumento de la insatisfacción laboral y dedicación al trabajo excesivo. Por otro lado, se encontraron asociaciones negativas con apoyo social (procedentes de los compañeros y superiores en el trabajo) y el pluriempleo (Assunção, Machado, Prais, y de Araújo, 2013).

Satisfacción laboral en el personal de enfermería hospitalaria, está estrechamente asociada con las condiciones de trabajo y el entorno de la organización, el estrés laboral, el conflicto y la ambigüedad de rol, la percepción de rol y rol de contenido, y el compromiso profesional y organizacional (Lu, Barriball, Zhang, y While, 2012).

En esta línea se encuentra un artículo donde se utiliza una muestra de 142 trabajadores de un hospital de Chile, 72.5% mujeres, que obtuvo que, el conflicto y la ambigüedad de rol son predictores significativos de SQT ($F_{(2; 139)} = 26.72$; $p < .001$), que explica el 27.8% de la varianza, para conflicto de rol ($\beta = .33$; $p < .001$) y ambigüedad de rol ($\beta = -.15$; p

< .05). Para Ilusión por el trabajo, conflicto y ambigüedad de rol son predictores significativos ($F_{(2; 139)} = 7.24$; $p < .01$) que explica 94% de la varianza, para conflicto de rol ($\beta = -.16$; $p < .01$) y ambigüedad de rol ($\beta = .27$; $p < .05$). Para la variable agotamiento psicológico, conflicto de rol fue un predictor significativo ($F_{(2; 139)} = 23,05$; $p < .001$] explicando el 24.9% de la varianza, ($\beta = .59$; $p < .001$). Para la variable indolencia, conflicto y ambigüedad de rol fueron predictores significativos ($F_{(2; 139)} = 17.24$; $p < .01$) explicando el 20.4% de la varianza, para conflicto de rol ($\beta = .29$; $p < .001$) y ambigüedad de rol ($\beta = -.17$; $p < .01$) (Olivares, Gil-Monte, Mena, Jelvez, et al, 2014).

Un estudio transversal realizado utilizando una muestra formada por personal sanitario de un hospital de Cantabria (N = 305), 80% mujeres, utilizando la encuesta de satisfacción de las personas del País Vasco, se obtuvo una puntuación media de 5.95. El 25% de los trabajadores valoró su satisfacción general con el clima organizacional como ≥ 8 (elevado). Los aspectos mejor considerados fueron: el plan medioambiental, la relación jerárquica, la promoción y el desarrollo profesional. Los apartados peor valorados fueron la retribución, el conocimiento y la identificación con los objetivos, y la formación. Las variables más relacionadas con el efecto fueron la percepción favorable de la formación (OR ajustada = 5.04; IC del 95%, 2.16-11.77), y el reconocimiento del trabajo realizado (OR ajustado = 4.68; IC del 95%, 2.20-10.08). Los factores sociodemográficos presentaron menor influencia sobre la satisfacción (Robles, Dierssen, Martínez, Herrera, et al, 2005).

En otro estudio que incluyó a 498 profesionales sanitarios del sistema público de salud de Andalucía, 61.6% mujeres, 81.7% en el caso de los profesionales de enfermería, con una media de edad de 45.1 años, y una desviación típica de 10.5, siendo los más jóvenes el grupo de los facultativos de hospital y los mayores los facultativos de atención primaria. En todos los colectivos, excepto en los facultativos de hospital,

la mayoría de los trabajadores superaban los 16 años de ejercicio profesional. El 63% era personal fijo, destacando el elevado porcentaje de facultativos de atención primaria (69.2%). La mayoría de los profesionales trabajan a tiempo completo y el 50%, a turnos, encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre los profesionales sanitarios al aplicar el cuestionario ISTAS 21 y el lugar de trabajo (hospital o atención primaria para edad, género, años de ejercicio profesional, tipo de relación laboral, tipo de contrato y, horario de trabajo (García-Rodríguez, Gutiérrez-Bedmar, Bellón-Saameño, Muñoz-Bravo et al, 2014).

Otro estudio donde participaron 703 profesionales de enfermería ocupados en áreas de hospitalización, 92.8% mujeres, con una edad media de 41.39 años y desviación estándar de 9.88 años donde, la mayoría de la muestra (78.7%), tenía una situación laboral estable se encontró que el turno más frecuente entre el grupo de profesionales de enfermería de atención especializada era el “turno rotatorio” (48.9%) y el turno fijo (29.7%) (Frutos, 2014).

En relación con el trabajo a turnos, en un estudio realizado con 139 profesionales de enfermería se comprobó que, aquellos que trabajan en turnos de mañana experimentan menos conflictos trabajo familia que los que trabajaban en turnos de mañana, tarde, y noche. El componente cognitivo-valorativo de satisfacción laboral fue más alto entre aquellos que trabajan en el turno matutino y el más bajo entre quienes trabajan en turnos de 12 horas, mientras que el componente afectivo de la satisfacción con la vida era más bajo entre aquellos que trabajan en turnos rotados de forma irregular y hacia atrás (Šimunić, y Gregov, 2012).

En una muestra compuesta por 124 médicos hospitalarios, 50% mujeres, el agotamiento era un predictor positivo del estrés laboral ($\beta = .55$; $p < .001$) y negativo de satisfacción laboral ($\beta = -.66$; $p < .001$) y esta

mediaba parcialmente la relación entre agotamiento e intención al abandono ($\beta = .19$; $p < .05$) (Tziner, Rabenu, Radomski, y Belkin, 2015).

En un análisis realizado sobre 1.524 trabajadores del sector sanitario, 92.26% mujeres, se obtuvo que, el conflicto trabajo familia se asoció significativamente con una menor duración del sueño (5.67 minutos; $p < .05$). (Berkman, Liu, Hammer, Moen, et al, 2016).

Otros autores encontraron en una muestra de 116 trabajadores profesionales de enfermería, que el conflicto trabajo-familia se asoció significativamente con dolor cervical ($r = .31$; $p < .001$) y lumbar ($r = .31$; $p < .001$) y las interrupciones en el trabajo se asociaron significativamente con dolor cervical ($r = .25$; $p < .001$) y, lumbar ($r = .24$; $p < .001$) (Nützi, Koch, Baur, y Elfering, 2015).

Por otro lado, en otro estudio realizado entre 900 profesionales de enfermería se comprobó que el conflicto trabajo familia se asoció positivamente con trabajo flexible ($r = .16$; $p < .001$) y, negativamente con apego al trabajo ($r = -.12$; $p < .001$) e intención de continuar trabajando de personal de enfermería ($r = -.18$; $p < .001$) (Shacklock, y Brunetto, 2012).

Los estresores más frecuentes entre el personal de enfermería, de hospitalización de enfermos psiquiátricos son: Interrupciones frecuentes en la realización de sus tareas, sentirse impotente en el caso de un paciente que no mejora, ver a un paciente sufrir, y realizar demasiadas tareas que no son de enfermería. En la identificación de la satisfacción laboral, los factores con mayores puntuaciones fueron: satisfacción laboral; relación personal; y adecuación para el trabajo. En cuanto a los mecanismos de afrontamiento los de mayor puntuación fueron: resolución de problemas; pensamiento desiderativo; apoyo social y reestructuración cognitiva. Por último, el estudio de inteligencia emocional percibida muestra que deben mejorar su atención emocional;

mientras que la claridad emocional y la reparación emocional presenta una puntuación adecuada (Fraga, 2013).

En un análisis basado en 404 profesionales de enfermería, donde el 45% de la población trabaja a tiempo completo, las mayores puntuaciones medias registradas para los factores psicosociales relacionados con el trabajo de recurso estudiadas fueron significado del trabajo, claridad de rol, relaciones sociales y confianza mutua entre los empleados. Las puntuaciones más altas para los factores de demanda estudiados fueron ocultar las emociones, ritmo de trabajo, demandas cognitivas y emocionales. El estrés y el desgaste psíquico mostraron las mayores puntuaciones medias entre los problemas de salud de tipo mental. Las exigencias cuantitativas y emocionales se asocian positivamente con todos los problemas de salud de tipo mental estudiados, mientras que el ritmo de trabajo y el papel de los conflictos tuvieron una asociación positiva con estrés y agotamiento. Todos los factores psicosociales negativos estudiados se asociaron significativamente con agotamiento (Freimann, y Merisalu, 2015).

Además, los cambios sociales, tecnológicos y económicos que se han producido en los últimos años han incrementado los problemas de salud que provienen de la tensión de trabajo, en especial SQT, que tienen un impacto negativo sobre el bienestar del individuo y en los sistemas nacionales de salud (Gil-Monte, y Olivares, 2011).

A continuación se realiza una breve revisión bibliográfica sobre los factores de riesgo psicosocial descritos anteriormente clasificándolos en factores de demanda, recursos y las consecuencias que estos pueden tener sobre los trabajadores del sector sanitario comprobado a su vez estos factor con las variables sociodemográficas.

4.1. Factores de demanda:

Respecto a la carga mental de trabajo la puntuación de carga mental global para el personal de enfermería se situó en ($M = 3.47$), 1.5

superior a la escala del método ISTAS 21, oscilando entre puntuaciones de 2.5 a 4.9 (Ceballos-Vásquez, Rolo-González, Hernández-Fernaud, Díaz-Cabrera, et al, 2015). Otros autores no obtuvieron diferencias con el resto de variables psicosociales, encontrando que las exigencias psicológicas del puesto, Compensaciones y Doble presencia explican conjuntamente el 38% de la carga mental ($R^2 = .40$; R^2 corregida = .38; $F_{(3; 11)} = 23.49$; $p \leq .001$). Las Exigencias psicológicas contribuyen a explicar un 10.36% (r semiparcial = .32) de la Carga mental, Compensaciones por sí sola explica un 9.73% (r semiparcial = .31) y la Doble presencia, de forma independiente, aporta un 4.79% (r semiparcial = .22) (Ceballos-Vásquez, et al, 2015).

Un análisis longitudinal realizado sobre 7.990 enfermeras, mostró que un desequilibrio entre la percepción de altas demandas y poca recompensa (en particular pocas posibilidades de promoción) y una buena oportunidad de empleo al inicio del estudio se asociaron de forma independiente con intención de abandonar la profesión de enfermería en el seguimiento. Sin embargo, la tensión laboral parecía tener relativamente menos poder explicativo (Li, Shang, Galatsch, Siegrist, et al, 2013).

En un análisis realizado con personal de enfermería ($N = 86$), el 96% percibe que están estresados debido a las largas horas de trabajo, trabajo a turnos, incluido el nocturno e insuficiencia de personal en los departamentos. Sólo el 12% del personal de enfermería encontró que su carga de trabajo se puede manejar fácilmente. El estrés debido al trabajo y la presión se encontró en aproximadamente el 56%. Sólo el 7% del personal de enfermería que formó parte del estudio estaba satisfecho con el salario en relación con los esfuerzos realizados. Sólo 29.07% estaba satisfecho con el apoyo que recibían de los médicos. El personal de enfermería se encontraba muy satisfecho con el canal de comunicación que prevalece en las organizaciones. Menos del 7% se consideraba seguro en su trabajo. Sólo alrededor del 15.1% estaba contento con el

presente trabajo. El 15.1% estaba satisfecho con el apoyo social de los compañeros. El 34.88% denunció acoso psicológico de los médicos o los compañeros de trabajo que afectaba a su rendimiento, concluyendo que el estrés se asociaba negativamente con satisfacción laboral y calidad de vida en el personal de enfermería (Mathew, 2013).

Otro estudio realizado en personal de enfermería palestino, (N = 82), 62.2% mujeres, se comprobó que el tipo más común de estrés relacionado con el trabajo se debió a lidiar con la muerte y el morir (19.5%), seguido de la carga de trabajo (17.1%) (Ayed, Eqtaït, Fashafsheh, Basheer, et al, 2014).

Al comparar estas ocupaciones con el resto de la población asalariada española se comprobó que, el ambiente psicosocial de los trabajadores sanitarios difiere del de la población asalariada, debido a altas demandas psicológicas y emocionales percibidas siendo más desfavorable en el colectivo de facultativos/as de atención primaria (García-Rodríguez, et al, 2015).

En un estudio realizado con una muestra de personal de enfermería (N = 2.104), 91% mujeres, se encontró que demandas del trabajo eran predictores negativos significativos con bienestar. Además, la falta de apoyo social, en particular de los supervisores y compañeros de trabajo, fueron predictores de altos niveles de SQT (β s = .15 y -.15, respectivamente) y cuando percibirían altos niveles de apoyo social también percibirían altos niveles de bienestar psicológico (β s = .09, y .08, respectivamente). Por otro lado, el personal de enfermería que percibe mayores niveles de conflicto trabajo familia y demanda emocional consumen mayores niveles de medicamentos (β s = .19 y .12, respectivamente). El personal de enfermería que percibe mayores niveles de apoyo social proveniente de los supervisores consume menos medicación (β = -.07). (Burke, et al, 2012).

En una muestra formada por 714 profesionales de enfermería que trabajan en diferentes hospitales, los resultados mostraron que sobrecarga laboral y autoeficacia fueron predictores significativos de las dimensiones agotamiento emocional, realización personal en el trabajo y despersonalización. En la comprobación de los efectos moduladores de autoeficacia en la relación entre sobrecarga laboral sobre las tres dimensiones del MBI sólo resultó significativo el efecto modulador de autoeficacia en la relación entre sobrecarga laboral y agotamiento emocional (Gil-Monte, García-Juesas y Caro, 2008).

En otro estudio realizado entre personal sanitario (médicos y personal de enfermería) de un Centro de Salud utilizando el método FPSICO del INSHT (N = 43), obtuvieron un valor medio para la carga mental de (M = 6.93), considerada como nociva, encontrándose en el rango intermedio para autonomía temporal (M = 4.38), contenido de trabajo (M = 3.71), supervisión-participación (M = 5.06) e interés por el trabajador (M = 4.81), encontrándose en el rango bajo para definición de rol (M = 1.08) y para relaciones y apoyo social (M = 2.00) (Martín y Sánchez, 2014).

En un análisis utilizando una muestra de 782 profesionales de enfermería, 97.6% mujeres, se obtuvieron altas puntuaciones de demandas cuantitativas (M = 61.9; dt = 15.6), demandas emocionales (M = 62.1; dt = 14.9), conflicto trabajo familia (M = 73.5; dt = 20.9), estrés (M = 68.0; dt = 16.7), SQT (M = 71.1; dt = 15.3), satisfacción laboral (M = 50.8; dt = 14.9) y problemas de sueño (M = 56.8; dt = 21.6), manifestando pobre estado de salud el 20.3% y tendencia al abandono 32.3%. Las altas demandas cualitativas se asociaron positivamente con pobre estado de salud (OR = 1.03; IC 95% = 1.01 – 1.05; p < .001), problemas de sueño (OR = 0.17; IC 95% = 0.05 – 0.28; p < .01), conflicto trabajo familia (OR = 0.38; IC 95% = 0.28 – 0.47; p < .001), estrés (OR = 0.27; IC 95% = 0.19 – 0.35; p < .001), SQT (OR = 0.28; IC 95% = 0.21 – 0.35; p < .001) y tendencia al abandono (OR = 1.02; IC

95% = 1.00 – 1.03; $p < .05$) y negativa con satisfacción laboral (OR = -0.24; IC 95% = -0.31 - -0.16; $p < .001$). Por otro lado, las demandas emocionales se relacionaron positivamente con pobre estado de salud (OR = 1.03; IC 95% = 1.01 – 1.05; $p < .001$), problemas de sueño (OR = 0.41 IC 95% = 0.30 – 0.53; $p < .001$), conflicto trabajo familia (OR = 0.28; IC 95% = 0.18 – 0.38; $p < .001$), estrés (OR = 0.42; IC 95% = 0.34 – 0.50; $p < .001$), SQT (OR = 0.32; IC 95% = 0.24 – 0.39; $p < .001$) y tendencia al abandono (OR = 1.03; IC 95% = 1.01 – 1.04; $p < .001$) y negativa con satisfacción laboral (OR = -0.25; IC 95% = -0.40 - -0.25; $p < .001$) (Cho, Park, Jeon, Chang, et al, 2014).

En un análisis realizado sobre 186 profesionales de enfermería se obtuvo que, el trabajo emocional superficial se asoció positivamente con estrés psicosocial ($r = .28$; $p < .001$) y el trabajo emocional profundo se asoció positivamente con autoeficacia ($r = .23$; $p = .002$) y negativamente con estrés psicosocial ($r = -.20$; $p = .008$) y, autoeficacia se asoció negativamente con estrés psicosocial ($r = -.57$; $p < .001$) (Kim y Park, 2015).

En otro análisis realizado entre 177 profesionales sanitarios, se obtuvieron unos resultados que indicaban una asociación negativa entre el trabajo emocional superficial y el profundo, enmarcando claramente dos estrategias diferentes para el desempeño del trabajo emocional en el ámbito de la atención de salud comunitaria. El trabajo emocional superficial se asoció con una mayor satisfacción laboral, y el desgaste psíquico medió parcialmente esta relación. El trabajo emocional profundo se asoció con menor satisfacción laboral mediando plenamente esta relación SQT. Tras la realización de un análisis cualitativo post hoc basado en entrevistas de 10 trabajadores para entender los resultados del estudio cuantitativo, se encontró que el trabajo emocional superficial, es una estrategia más conveniente para los trabajadores del sector sanitario para el desempeño eficaz y eficiente de sus funciones de trabajo (Pandey, y Singh, 2015).

En un estudio realizado entre personal de enfermería (N = 183) se obtiene que, el trabajo emocional se asoció positivamente con SQT ($r = .70$; $p < .001$) y la intención al abandono ($r = .32$; $p < .001$) (Bartram, Casimir, Djurkovic, Leggat, et al, 2012).

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre personal sanitario y los tertiles de la población asalariada española mediante modelos multivariantes para posibilidades de relación social (OR = 0.99 IC 95% para OR (0.98 – 1.00); $p = .03$), Exigencias psicológicas emocionales (OR = 1.03 IC 95% para OR (1.01 -1.05); $p = .001$), Conflicto de rol (OR = 1.03 IC 95% para OR (1.01-1.05) $p = .011$) e, Inseguridad (OR = 1.02; IC 95% para OR (1.01-1.03) $p = .001$) (García-Rodríguez, et al, 2014).

En una muestra de 172 enfermeras, se obtuvo que experimentaban conflictos de diferentes fuentes entre raramente y, a veces, siendo el mayor nivel de conflicto con los médicos ($M = 1.83$; $dt = 0.79$). Por otro lado, los participantes tendían a estar relativamente muy comprometidas con su trabajo ($M = 3.36$; $dt = 0.67$; $t_{(1,191)} = 7.45$; $p < .001$), y algo baja en SQT ($M = 2.66$; $dt = 0.71$; $t_{(1,191)} = - 6.63$; $p < .001$) en comparación con el punto medio de la escala. Se encontró que la diversidad del clima se asociaba negativamente con conflicto proveniente del gerente ($r = -.32$; $p < .01$), conflicto médico ($r = -.33$; $p < .01$) conflicto compañero de trabajo ($r = -.27$; $p < .01$), y agotamiento ($r = -.28$; $p < .01$), y positivamente con participación ($r = .33$; $p < .01$) (Sliter, Boyd, Sinclair, Cheung et al, 2014).

En una muestra que abarcó personal de enfermería (N = 135) de los servicios de urgencias y quirúrgicos de unos hospitales de Irán, se obtuvo que el nivel de estrés ocupacional fue relativamente alto demostrando que existía una relación significativa, lineal y positiva entre la sobrecarga de rol, el conflicto de rol, ambigüedad de rol y el estrés en el trabajo comprobando que, el 37% de la varianza en el estrés laboral se

explicó por la sobrecarga de rol, el conflicto de rol y, ambigüedad de rol (Karimi, Omar, Alipour, y Karimi, 2014).

Además, el conflicto de rol y ambigüedad de rol influyen negativamente sobre la motivación de logro (coeficiente path = $-.52$, $p < .001$) y la Satisfacción laboral (coeficiente path = $-.502$, $p < .001$) (Ahmad, M. I., Sulaiman, W., Shahrazad, W., Abd Satar, et al, 2014).

Otros autores comprobaron que el conflicto y la ambigüedad de rol se correlacionaban positivamente con SQT (Van den Broeck, De Cuyper, De Witte, y Vansteenkiste, 2010).

Otro estudio encontró que, el conflicto trabajo familia en personal de enfermería ($N = 186$), se correlacionó significativa y negativamente con la satisfacción laboral ($r = -.46$; $p < .001$) y significativa y positivamente con la intención al abandono ($r = .55$; $p < .001$). La satisfacción laboral se correlacionó negativamente con la intención al abandono ($r = -.61$; $p < .001$) (Chen, Brown, Bowers, y Chang, 2015).

En un estudio realizado con personal de enfermería ($N = 1332$) se comprobó que, el conflicto trabajo familia y el conflicto familia trabajo se relacionaban positivamente con el agotamiento emocional y cinismo. Sin embargo, el conflicto trabajo familia se relacionaba positivamente con la eficacia profesional, mientras que el conflicto familia trabajo se relacionó negativamente con ella. El capital psicológico mediaba parcialmente la relación del conflicto trabajo familia con el agotamiento emocional y cinismo; y media parcialmente la relación del conflicto familia trabajo con el agotamiento emocional, cinismo y la eficacia profesional (Wang, Chang, Fu, y Wang, 2012).

En otro estudio realizado entre personal médico ($N = 1011$), se comprobó que, el conflicto trabajo familia y el conflicto familia trabajo estaban positivamente relacionados con el agotamiento emocional y cinismo entre los médicos varones y mujeres. Sin embargo, el conflicto trabajo familia se relacionó positivamente con la eficacia profesional sólo

entre los médicos de género masculino, mientras que el conflicto familia trabajo estaba relacionado negativamente con la eficacia profesional entre ambos géneros. PsyCap mediaba parcialmente la relación entre el conflicto trabajo familia y la eficacia profesional entre los médicos de sexo masculino y parcialmente mediada por las relaciones de conflicto familia trabajo con el agotamiento emocional, cinismo y la eficacia profesional entre los médicos femeninos (Wang, et al, 2012).

En un estudio realizado sobre 227 profesionales de enfermería, 94.7% mujeres, se comprobó que la supervisión abusiva ($M = 35.23$; $dt = 12.46$) se asoció positivamente con mala salud mental ($r = .66$; $p < .01$); asociación positiva moderada ($r = .12$) con ambigüedad de rol del profesional de enfermería ($M = 9.96$; $dt = 2.81$) de tal manera que la relación con la supervisión abusiva era más fuerte cuando la ambigüedad de rol percibida era alta. (Qian, Wang, Han, Wang, et al, 2015).

En un análisis realizado sobre 90 profesionales de la salud se observó que se relacionaba inequidad en los intercambios sociales con intención al abandono mediada con pobre compromiso organizacional que fue parcialmente desencadenada por sentimientos de resentimiento que fue asociada con inequidad en los intercambios sociales. En contraste, estuvieron altamente asociadas inequidad en los intercambios sociales y absentismo, no estando mediadas por resentimiento y pobre compromiso organizacional (Geurts, Schaufeli, y Rutte, 1999). Otro estudio realizado en personal de enfermería ($N = 426$), 93% mujeres, la justicia organizacional fue un predictor de distres no encontrando diferencias en relación con el género (Ito, Nakamura, Kimura, et al, 2015).

Por otro lado, los problemas de estrés y de liderazgo en este sector ejercen influencia en insatisfacción laboral y tendencia al abandono en el personal de enfermería (Coomber, y Barriball, 2007), cuantificándose este hecho en el 60% de una muestra de personal de

enfermería, 97% mujeres. Los predictores con mayor significación estadística de intención al abandono eran el conflicto trabajo familia ($r = .71$; $P < .05$) y satisfacción laboral (McCarthy, Tyrrell, y Lehane, 2007). Iguales resultados obtienen otros estudios donde en una muestra de 146 profesionales de enfermería, 67% mujeres, obtienen que las enfermeras que experimentan altos niveles de enriquecimiento trabajo familia son propensas a percibir menores intenciones a dejar su profesión en virtud de sus mayores niveles de compromiso profesional (Russo, y Buonocore, 2012).

Los datos de 400 enfermeras en un hospital de agudos sueco, 91% de mujeres, mostraron que tanto inseguridad en el empleo y personalidad son predictores de tensión. Además, los datos indicaron un efecto de amortiguación por parte de personalidad. A pesar de los prejuicios de género de la muestra, el estudio proporciona un apoyo adicional a la idea de que la precariedad laboral afecta a la tensión incluso después de ser controlada por las características individuales (Naswall, Sverke, y Hellgren, 2005).

En una muestra de personal de enfermería ($N = 342$) se mostró que, incivismo y acoso laboral fueron predictores significativos de liderazgo auténtico, empoderamiento estructural, ajuste de la vida laboral, y capital psicológico. Acoso fue un fuerte predictor de insatisfacción laboral, agotamiento emocional, y resultados de salud mental y física (Read, y Laschinger, 2013).

Por otro lado, en un análisis realizado en Eslovenia en personal de enfermería, indicaron que el estilo de liderazgo más utilizado es el transaccional ($M = 4.22$, $dt = 0.72$); Sin embargo, sus empleados evalúan que sus líderes más a menudo usan el estilo de liderazgo laissez-faire ($M = 3.83$, $dt = 1.327$) (Lorber, Treven, y Mumel, 2016). Otro estudio realizado en un hospital de Arabia Saudí con personal de enfermería ($N = 185$), 55% mujeres, liderazgo laissez faire se relaciona negativamente

con satisfacción intrínseca ($\beta = -.19$; $p < .05$) y extrínseca ($\beta = -.15$; $p < .05$) (Negussie, y Demissie, 2013).

Pero, todas estas variables hacen que el personal de enfermería tenga tendencia al abandono de la profesión muy elevada en toda Europa como se vio anteriormente, aunque hay algunas diferencias entre los países en función de las condiciones de trabajo y la situación económica. La calidad del trabajo en equipo, relaciones interpersonales, posibilidades de desarrollo de carrera, incertidumbre con respecto al tratamiento, y la influencia en el trabajo se asocia con la decisión del personal de enfermería a abandonar la profesión en toda Europa, a pesar de algunos resultados específicos de cada país. Una grave falta de calidad del trabajo en equipo parece estar asociado con un riesgo 5 veces mayor de tendencia al abandono en 7 países. En lo que se refiere a los factores personales, estos datos apoyan la hipótesis de la importancia de los conflictos entre trabajo y familia, satisfacción con la remuneración, y desgaste psíquico. Una puntuación alta agotamiento parece estar asociada con 3 veces el riesgo de tendencia al abandono en 5 países (Estryn-Mehar, Van der Heijden, Ogiska, Camerino, et al, 2007).

En un análisis realizado sobre personal de enfermería ($N = 159$) se encontró que la causa más importante en la producción del estrés en el trabajo era que el 73% realizaba trabajos repetidos, el 71.7% percibía inequidad en los intercambios sociales procedente del superior, el 67.9% percibía conflictos interpersonales, el 64.2% percibía sobrecarga laboral, el 50.3% percibía ambigüedad de rol, el 10.7 conflicto de rol. Las consecuencias del estrés era que con una frecuencia diaria padecía cefaleas (17%), enfado (28.3%), toma de drogas (0.6%), absentismo (1.6%), baja autoestima (30.6%), agresiones físicas (0.6%), baja concentración (18.9%) y, pobre relación interpersonal (18.2%) (Beh, y Loo, 2012).

4.2. Factores de recurso:

En un estudio realizado sobre una muestra de personal de enfermería (N = 900) se obtuvo una alta asociación positiva de autonomía con apego al trabajo ($r = .20$; $p < .001$) e intención a mantenerse en el trabajo ($r = .19$; $p < .001$) (Shacklock, y Brunetto, 2012), siendo la autonomía el moderador más eficaz, seguido por apoyo social y previsibilidad (Kath, et al, 2012).

Otros autores obtuvieron en una muestra de personal de enfermería que la media era relativamente alta en apoyo social recibido de la organización en comparación con el punto medio de la escala ($M = 3.42$, $dt = 0.78$; $t(191) = 7.46$, $p < .001$) (Sliter, et al, 2014). Otros autores encontraron en una muestra de 483 profesionales de enfermería que apoyo social proveniente del supervisor y de los compañeros se asociaba con nivel de satisfacción laboral ($r = .33$; $p < .05$; $r = .16$; $p < .05$) respectivamente, así como intento de mantenerse en el trabajo con nivel de satisfacción laboral ($r = .32$; $p < .05$; $r = .23$; $p < .05$) respectivamente (AbuAlRub, Omari y Al-Zaru, 2009). De igual manera, en un estudio realizado con 1240 profesionales de enfermería de tres hospitales, los resultados mostraron que apoyo del supervisor y organizacional moderan la insatisfacción laboral y la intención al abandono (Galletta, Portoghese, Penna, Battistelli et al, 2011).

En referencia a estos factores, un 43% de la muestra de los profesionales sanitarios de la red de hospitales de la región de Murcia percibe retroinformación positiva y un 33.5% de forma neutra (Gama, Oliveira, Hernández, 2013). El personal de enfermería, expresó que retroinformación negativa sobre sus tareas les desmotivaba y obstaculizaba en su desempeño profesional, y teniendo esta un impacto negativamente sobre el ambiente psicológico de trabajo (Turk, Davas, Tanik, y Montgomery, 2014).

En un análisis realizado en personal de enfermería (N = 651), liderazgo transformacional se asoció positivamente con apoyo del supervisor ($r = .75$; $p < .001$). Apoyo en el lugar de trabajo, en particular por parte del supervisor, es una variable importante mediadora que explica la relación entre liderazgo transformacional y satisfacción laboral ($r = .52$; $p < .01$). El compromiso organizacional fue el factor más relevante para la salud en general ($r = -.40$; $p < .01$) de las enfermeras taiwaneses y de satisfacción laboral ($r = -.29$; $p < .01$) (Lin, MacLennan, Hunt, y Cox, 2015).

Un estudio realizado con personal de enfermería (N = 343), 94.75% mujeres, obtuvo que, el liderazgo transformacional se correlacionó positivamente con justicia distributiva ($r = .32$; $p < .001$), justicia interaccional ($r = .64$; $p < .001$) y calidad del trabajo ($r = .27$; $p < .001$) (Gillet, Fouquereau, Bonnaud-Antignac, Mokoukolo, et al, 2013).

Otro estudio realizado con 67050 profesionales de enfermería, 90.3% mujeres, obtuvo que el liderazgo auténtico fue un predictor de bienestar psicológico antes de introducir el clima como mediador en el profesional de enfermería. Esta relación de mediación fue apoyada además por la ausencia de cualquier influencia del liderazgo auténtico en el bienestar psicológico en el trabajo independiente de su efecto sobre el clima de trabajo. Por otro lado, el clima innovador media la relación entre el liderazgo transformacional y bienestar afectivo (Nelson, et al, 2014).

En un análisis realizado con 396 profesionales de enfermería, 93.9% mujeres, se observó que el liderazgo transformacional mejora el compromiso afectivo mientras que el transaccional y el *laissez faire* no se relacionaron con este (Kodama, Fukahori, Sato, y Nishida, 2016).

En general, el personal de enfermería percibió altos valores de realización personal y valores más bajos de agotamiento emocional y despersonalización. Los valores altos de conflicto trabajo familia

aumentaba el riesgo de agotamiento emocional, despersonalización, pero no la realización personal. Un buen liderazgo y apoyo para el personal de enfermería redujeron el riesgo de agotamiento emocional y despersonalización (Leineweber, Westerlund, Chungkham, Lindqvist, et al, 2014).

4.3. Consecuencias:

En un estudio se encontró que el 8.3% de los trabajadores sanitarios de la muestra se encontraba satisfecho con sus puestos de trabajo, el 5.9% tenía intención de abandonar el hospital dentro de un año, y el 10.9% tenía planes de dejar la profesión de enfermería debido a problemas de comunicación con los médicos, aunque no eran estadísticamente significativos percibiendo el personal de enfermería mayor aislamiento que los médicos ($p < .001$), pudiendo esto ser moderado por el liderazgo de apoyo y, percibiendo el personal de enfermería menor capacidad de acomodación que los médicos ($p < .01$) (Gotlib, Kenaszchuk, Dainty y Zwarenstein, et al, 2014).

Mediante un estudio transversal, descriptivo, en 277 trabajadores de diferentes servicios y categorías. Se aplicó un cuestionario para evaluar satisfacción intrínseca y extrínseca, se obtuvo que los resultados de satisfacción laboral global medida a través de la dimensión intrínseca y extrínseca se ubicó en el nivel de indiferente de 4.8, con puntuaciones que van desde 5.3 para el servicio de nutrición y dietética, y 5.2 para el servicio de enfermería, asistentes médicas y, laboratoristas, hasta puntuaciones de 4.4 para inhaloterapeutas y 4.1 para terapeutas. La mayor puntuación se ubicó en la dimensión intrínseca (algo satisfecho) y la menor puntuación en la extrínseca (indiferente) (García, Luján, y Martínez, 2007).

En un estudio realizado en una muestra de personal médico ($N = 75$) y, de enfermería ($N = 65$), se obtuvo que, el 22.7% del personal médico se encontraba satisfecho con su trabajo, la satisfacción laboral en

el grupo compuesto por enfermeras y obstetras fue del 26.2%. El análisis multivariado mostro que en el personal asistencial medico los factores asociados a satisfacción laboral fueron la adecuada higiene y limpieza de los ambientes de trabajo ($p = .003$) y tener adecuada relación con sus jefes de servicio ($p = .023$). Los factores asociados a satisfacción laboral en personal asistencial de enfermería y obstetricia fueron la adecuada carga laboral ($p = .003$) y las adecuadas oportunidades de promoción ($p = .006$) (Bobbio, y Ramos, 2010).

Otro estudio que exploró la satisfacción laboral con el trabajo realizado con 1194 profesionales sanitarios, 73.4 mujeres, los “compañeros de trabajo” ($M = 5.87$) y el “superior inmediato” ($M = 5.67$) son los aspectos mejor valorados. Los componentes peor valorados: las posibilidades de promoción ($M = 3.95$) relaciones entre dirección y trabajadores del hospital ($M = 3.79$) y el modo en el que el hospital está gestionado ($M = 3.65$). Los principales hallazgos reflejan diferencias importantes en los distintos niveles de satisfacción laboral atendiendo a la categoría profesional, siendo los grupos de gerencia ($M = 78.06$; $dt = 11.19$) y los médicos residentes ($M = 74.97$; $dt = 10.37$) los más satisfechos, mientras que los facultativos especialistas de área ($M = 69.99$; $dt = 13.68$), profesionales de enfermería ($M = 70.60$; $dt = 14.48$) y auxiliares de enfermería ($M = 70.42$; $dt = 14.51$) manifiestan niveles de satisfacción laboral más reducidos (García, Roche, García, y de Pedro, 2015).

Al realizar un estudio transversal con personal de enfermería ($N = 75$), 72% mujeres y, 67.6% tiene turno rotatorio. El grado de satisfacción laboral global resultó medio (69.92; $dt = 10.48$; máx. = 120; min = 24). La dimensión mejor valorada fue la «relación interpersonal con los compañeros» (3.82; $dt = 0.86$) y la peor valorada la «promoción profesional» (2.28; $dt = 0.75$), siendo el bloque o lugar de trabajo un elemento predictor de satisfacción laboral ($\beta = -.30$, $p = .02$) (Molina, Ávalos, Valderrama, y Uribe, 2009).

En un estudio de revisión realizado sobre personal sanitario se comprobó que, la satisfacción laboral estuvo más fuertemente correlacionada con la tensión de trabajo (Effect Size = -.43), seguido de la colaboración enfermera-médico (Effect Size = .37), y la autonomía (Effect Size = .30) (Zangaro, y Soeken, 2007).

Por otro lado, el SQT es una de las consecuencias más importantes en este sector. La prevalencia de SQT entre los médicos se situó en el 19.6% (Pereda-Torales, Márquez, Hoyos y Yáñez et al, 2009). Otros autores sitúan la prevalencia de este síndrome entre el personal de enfermería de hospitalización en 38.81%, no siendo la edad un factor relevante encontrándose que el 40.9% sufre un nivel alto de agotamiento emocional, el 45.5% reconoce tener actitudes de frialdad y distanciamiento con sus pacientes y un 59.1% tiene un nivel bajo en la consideración de su propia realización personal laboral (Sanjuán, Arrazola y García, 2014) y, en un análisis realizado con personal de enfermería (N=703) se encontró en una situación de riesgo alto de SQT un 13.2% de los profesionales del estudio (Frutos, 2014).

Otro análisis realizado en personal de enfermería de un hospital regional griego (N = 64), mujeres 90.63%, sobre prevalencia de SQT obtuvo que el 75% del personal trabajaba a turnos rotatorios realizando una media de 3.47 noches/mes. El 39.1% indicó que disponía de autonomía para tomar decisiones. El 85.9% de la muestra manifestó problemas de relación con el personal médico. En el presente estudio se encontró que el 9.37% obtuvo alto nivel de SQT y el 6.24% un nivel bajo. Con referencia a agotamiento emocional bajo parecen tener 34.4% de la muestra, y alto 45.3% de la muestra. Baja despersonalización tiene 26.6 de la muestra y alta 40.6% de la misma y altos logros personales están presentes en el 71.9% de la muestra (Malliarou, Moustaka, y Konstantinidis, 2014).

Las puntuaciones medias de SQT en una muestra formada por 1202 profesionales médicos de hospital, 53.8% mujeres, fueron de 11.46 (dt = 7.51) para agotamiento emocional; 6.93 (dt = 5.15) para el cinismo y; 24.07 (dt = 9.50) para la eficacia profesional. Las variables que predicen un alto nivel de agotamiento emocional incluyen: alto esfuerzo extrínseco, insatisfacción con la relación médico-paciente, alto compromiso excesivo, trabajar más de 40 h/semana, baja recompensa, y altas demandas de empleo psicológicos. Las variables que predijeron alto nivel de cinismo incluyen: alto esfuerzo extrínseco, baja recompensa, insatisfacción con la relación médico-paciente, alto compromiso, baja capacidad en la toma de decisiones, bajo apoyo proveniente del supervisor, y baja discreción de habilidad. Las variables que predijeron una percepción de eficacia profesional baja incluyen: altas solicitudes de empleo psicológicos, bajo apoyo proveniente del compañero de trabajo, alto esfuerzo extrínseco, capacidad de decisión baja, baja recompensa, e insatisfacción con la relación médico-paciente (Wu, Liu, Wang, Gao, et al, 2013).

En un estudio realizado con 103 profesionales de enfermería que trabajaba en una unidad de urgencias, 61.2% mujeres, se obtuvo que, el 40.8% sufría niveles altos de agotamiento emocional frecuentemente y, el 40.8% sufría despersonalización a un nivel moderado (Rezaei, Naderi, Mahmoudi, Rezaei, 2015).

En un análisis realizado sobre 2641 médicos chinos encontró que el 13.56% manifestó una percepción de muy mala salud y el 50.68% regular (Gong, Han, Chen, Dib, et al 2014) y, en un estudio realizado con 442 médicos de Yemen se encontraron diferencias estadísticamente significativas con percepción de morbilidad psicológica (Al-Dubai y Rampal, 2012).

Otro estudio donde participaron 703 profesionales de enfermería ocupados en áreas de hospitalización obtuvo que, respecto al estado de

salud, el 24.2% percibía un estado de salud regular y un mínimo porcentaje 3.1% valoraban su estado de salud como malo y un 0.5% como muy malo. El 95.2% percibieron que su actividad laboral diaria les originaba estrés en alguna medida (el 20.6% poco, el 58.8% moderado y el 15.8% mucho). El 95.4% de los participantes consideraba que el estrés laboral influía en su estado de salud. Esta influencia era mucha para un 14.7%, bastante para el 55.2% y poca para un 25.5%. Los síntomas psicosomáticos que más repercusión tenían en la muestra de este estudio por el peso de la puntuación obtenida eran "sensación de cansancio extremo o agotamiento" ($M=4.06$); "dificultad para conciliar el sueño o mantenerse dormido por la noche" ($M=3.87$); "jaquecas y dolores de cabeza" ($M=3.42$); "pinchazos o sensaciones dolorosas en distintas partes del cuerpo" ($M=3.10$); y "disminución del interés sexual" (3.09) (Frutos, 2014). En un estudio realizado con 442 médicos de Yemen encontraron que la prevalencia de la morbilidad psicosocial se situó en el 68.1% (Al-Dubai y Rampal, 2012).

En un estudio realizado sobre personal de enfermería recién incorporados al trabajo, los participantes disponían de buena salud psicosocial con muy baja ansiedad ($M = 3.4$, $dt = 2.5$) y síntomas depresivos ($M = 4.9$, $dt = 3.8$), estrés laboral moderado ($M = 18.7$; $dt = 4.1$), satisfacción laboral ($M = 12.6$; $dt = 3.4$) y alta resiliencia ($M = 29.7$; $dt = 4.5$). Hubo una asociación positiva moderada entre el estrés laboral y la satisfacción laboral ($r = .53$; $p < .01$), síntomas depresivos ($r = .41$; $p < .01$), y las relaciones positivas con leve resiliencia ($r = .33$; $p < .01$) y ansiedad ($r = .31$; $p < .05$). (Melnyk, Hrabe, y Szalacha, (2013).

El 32% de los participantes en un estudio de autopercepción de salud emocional realizado con médicos ($N = 306$), el 31.9% percibieron su salud emocional como regular o mala, el 23.7% percibió la salud física como regular o mala y el 18% resultó estar actualmente deprimido y un 25% indicó que pensaban que podrían estar deprimidos o no sabían si lo estaban (Roter, Erby, Adams y Buckingham, et al 2014).

Además, en un estudio realizado sobre personal sanitario (N = 775), donde el 4.5% eran médicos, el 48.5% personal de enfermería, el 15% médicos directivos y el 32% administrativos manifestaron síntomas de estrés relacionado con el trabajo relacionado con nerviosismo (64.4%), pesadillas (33.7%), irritabilidad (44.1%), cefaleas (40.8%), insomnio (35.0%) y malestar gastrointestinal (41.4%). Las calificaciones del cuestionario C-JCQ de exigencias psicológicas del trabajo y la discreción de utilizar las habilidades tenían una asociación positiva con síntomas relacionados con el estrés; Sin embargo, las calificaciones del cuestionario C-JCQ de capacidad en la toma de decisiones y apoyo social se asociaron negativamente con síntomas relacionados con el estrés, excepto para pesadillas e irritabilidad. Todos los ítems del cuestionario HPLSP se asociaron negativamente con síntomas relacionados con el estrés, excepto para la irritabilidad, lo que indica una asociación entre los síntomas de los sujetos y una mala calidad de los hábitos de vida que promueven la salud (Tsai, y Liu, 2012).

Hay estudios que obtienen que el personal sanitario que consume alcohol es el 50.3%, opioides 36%, estimulantes 8%, y, múltiples adicciones 50% de los médicos de familia y de medicina interna (McLellan, Skipper, Campbell, y DuPont, 2008). Otros estudios las sitúan para médicos, en el 20% la adicción a sustancias (Palhares-Alves, Laranjeira, y Nogueira-Martins, 2007).

La prevalencia global estimada de consumo de tabaco en los/las trabajadores/as hospitalarios/as es del 28.1% (IC95%: 26.1-30.0%). La variabilidad por centros va desde una prevalencia máxima del 40.3% (IC95%: 19-61%) hasta una mínima del 19.1%(IC95%: 7-31%). El colectivo médico presenta la menor prevalencia (16.4%; IC95%: 12.9-19.9%), seguido del de enfermería (25.4%, IC95%: 21.6-29.2%). (Martínez, Martínez-Sánchez, Antón, y Riccobene et al, 2015).

Todos estos factores de riesgo hacen que uno de los problemas más importantes que pueden aparecer para el personal de enfermería son los errores en la administración de la medicación a los enfermos, siendo esto debido a la falta de atención, la relajación que puede producir los años de experiencia, el exceso de horas de trabajo, y en definitiva la salud mental de los profesionales (Armutlu, Foley, Surette, Belzile et al, 2008; McDowell, Ferner, Ferner, 2009).

4.4. Relación de factores de riesgo psicosocial con variables sociodemográficas:

Al analizar las dimensiones de los factores de riesgo psicosocial no se obtuvieron diferencias significativas entre personal de enfermería (N=111) en función del Hospital donde desempeñaban su trabajo ni por el desempeño de otras funciones. Pero sí que encontró interacción estadísticamente significativa entre el perfil de factores psicosociales y la Unidad en que trabajan ($F_{(4, 106)} = 2.80$; $p < .05$; $\eta^2 = .02$), el Tipo de contrato ($F_{(8, 210)} = 4.20$; $p < .01$; $\eta^2 = .14$) y el Tipo de turno ($F_{(4, 105)} = 3.76$; $p < .01$; $\eta^2 = .12$) (Ceballos-Vásquez, et al, 2015).

Otro estudio realizado sobre profesionales sanitarios (N = 78) concluyó que no había diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la percepción del estrés en función de que el hospital sea público o privado (Varanasi, y Ahmad, 2015).

En función del tipo de contrato se encontraron diferencias en la dimensión compensaciones. Así, los/as sustitutos o suplentes ($M = 6.13$, $dt = 2.32$) perciben menor seguridad y estabilidad en su empleo que los que tienen contrato indefinido ($M = 3.00$, $dt = 2.35$; $t = -3.63$, $p < .001$) o que trabajan con contrato a tiempo determinado ($M = 4.12$, $dt = 2.41$; $t = -2.99$, $p < .01$). En cuanto al tipo de turnos se encontraron diferencias en las dimensiones apoyo social en la empresa y calidad de liderazgo ($t = 2.78$, $p < .01$) y en compensaciones ($t = 3.08$, $p < .01$). Quienes trabajan a turnos rotatorios ($M = 6.84$, $dt = 2.28$) valoran de forma más negativa el

apoyo que reciben de sus superiores y compañeros que aquellos que tienen turno diurno ($M = 5.07$, $dt = 2.34$). Asimismo, los participantes con trabajo a turnos rotatorios ($M = 4.55$, $dt = 2.53$) consideran que su trabajo recibe poco reconocimiento y es menos estable que los que se desempeñan en jornada diurna ($M = 2.47$, $dt = 1.55$) (Ceballos-Vásquez, et al, 2015).

En un estudio que incluyó a 498 profesionales sanitarios del sistema público de salud de Andalucía, para el personal médico que desarrollan su actividad en Hospital, los valores medios obtenidos que tienen diferencias estadísticamente significativos con la población laboral española son los siguientes: exigencias psicológicas cognitivas ($M = 81.4/74.8$; $p < .05$), exigencias psicológicas emocionales ($M = 58.7/57.7$; $p < .05$), exigencias psicológicas sensoriales ($M = 86.9/83.4$; $p < .05$), posibilidad de desarrollo ($M = 81.1/75.0$; $p < .05$) y, sentido del trabajo ($M = 87.5/85.1$; $p < .05$) mientras que para el personal médico de atención primaria, los resultados obtenidos son exigencias psicológicas cuantitativas ($M = 57.6/51.8$; $p < .05$), exigencias psicológicas cognitivas ($M = 81.2/74.8$; $p < .05$), exigencias psicológicas emocionales ($M = 61.08/57.7$; $p < .05$), exigencias psicológicas sensoriales ($M = 86.4/83.4$; $p < .05$), previsibilidad ($M = 41.6/44.9$; $p < .01$), calidad de liderazgo ($M = 43.0/48.0$; $p < .01$), nivel de estima ($M = 51.4/57.3$; $p < .01$) (García-Rodríguez, et al, 2014).

En un estudio realizado en centros de salud entre médicos, enfermeros y pediatras, se obtuvo que el grado de satisfacción laboral medio para el total de encuestados ($n = 432$) fue de 6.7 oscilando entre un mínimo de 2 y un máximo de 10, siendo más alta en personal de enfermería ($F = 6.09$; $p = .002$); las diferencias se encuentran en médico respecto a enfermera ($p = .036$) y pediatra respecto a enfermería ($p = .006$). Para las variables turno de trabajo y tiempo de trabajo, los resultados no fueron estadísticamente significativos (Pérez-Ciordia, Guillén-Grima, y Brugos, et al, 2013).

En un estudio realizado con 67050 profesionales de enfermería, 90.3% mujeres, en lo que se refiere al clima y turno de trabajo ($F_{(2,403)} = 6.35$, $p < .05$); las enfermeras que trabajan el turno de día ($M = 4.61$) perciben mejor clima de trabajo que el personal de enfermería que trabaja en el turno de noche ($M = 4.32$) (Nelson, et al, 2014).

Otro análisis realizado con personal de enfermería ($N=703$) se encontró que se encontraba en una situación de riesgo alto de SQT un 13.20% de los profesionales del estudio (Frutos, 2014).

Entre los médicos son más frecuentes los problemas relacionados con el trabajo (18.50%), que entre los profesionales de la educación (16.50%). La depresión unipolar fue el trastorno psiquiátrico más frecuente para todos los grupos. Sin embargo, fue más común en los médicos (48.10%) que en el personal de enfermería (35.60%), los profesionales de la educación (32.90%) y otros (26.20%; $W_2 = 11.17$; $gl = 3$, $p = .01$). Por otra parte, los médicos (59.30%) y las enfermeras (61%) siguieron más frecuentemente tratamiento psiquiátrico en comparación con los profesionales de la educación (45.9%) y otros (41.1%;) (Kölves, y De Leo, 2013).

En España, en un análisis realizado con 117 profesionales sanitarios que desarrollaban su actividad en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), 74.1% mujeres, la prevalencia de depresión se situó entre un 4 y 7%. En referencia a la categoría, los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas en depresión medida a través del cuestionario "Hospital Anxiety and Depression Scale" HADS ($F = 7.18$; $p < .001$) siendo la media de puntuación mayor en médicos ($M = 5.83$) que en personal de enfermería ($M = 3.23$). La depresión podría ser predicha por dos variables independientes distintas. Una de ellas es la variable edad que explicaría el 3.7% de la varianza en el primer cuestionario ($\beta = .08$; $p = .035$) y el 7% en el segundo ($\beta = .20$; $p = .048$). La otra variable, tiempo de experiencia en el SMI, que explicaría un

5.9% de la varianza en el cuestionario HADS ($\beta = .01$; $p = .016$) y un 37.6% en el caso del cuestionario BDI ($\beta = .05$; $p < .000$). (Gómez-Martínez, Ballester-Arnal, y Gil-Julia, et al, 2015).

Un estudio realizado con 275 enfermeros de un Hospital general de Italia, 78.5% mujeres, se obtuvo que la prevalencia del personal que padecía violencia verbal se situó en el 43%. El personal de enfermería comunicó más agresiones físicas que los estudiantes (13.4%/6.6%) (OR = 2.89 IC 95% (1.35-6.18); $p = .005$), amenazas (16.5%/7.5%) (OR = 2.84 IC 95% (1.39-5.79); $p = .001$) y agresión sexual (13.9%/5.8%) (OR = 2.30 IC 95% (1.15-5.54); $p = .001$) durante los últimos 12 meses (Magnavita, y Heponiemi, 2011).

En otro estudio se obtuvo que la prevalencia de SQT en los profesionales residentes en España fue de 14.9%. Por profesiones, Medicina tuvo una prevalencia del 12.1%, Enfermería del 7.2%, y Odontología, Psicología y Nutrición tuvieron cifras inferiores al 6%. Entre los médicos, SQT predominaba en los que trabajaban en urgencias (17%) e internistas (15.5%), mientras que anestesistas y dermatólogos tuvieron las prevalencias más bajas (5% y 5.3% respectivamente). Fueron variables protectoras la mayor edad (OR = 0.96), tener hijos (OR = 0.93), la percepción de sentirse valorado (OR = 0.53), el optimismo (OR = 0.80), la satisfacción laboral (OR = 0.80) y la valoración económica (OR=0.91) (Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats, et al, 2009).

Otros autores obtuvieron al realizar un estudio con personal sanitario suizo que el 41.5% de los encuestados había recibido al menos una amenaza violenta física o verbal relacionada con el trabajo, y que el 9.8% de los encuestados había experimentado al menos un episodio de acoso sexual en los 3 meses anteriores a la encuesta. El análisis de regresión logística reveló que los médicos en los departamentos de psiquiatría o de emergencia recibieron amenazas más violentas y acoso sexual que los médicos en otros departamentos. Por otra parte, los

médicos con una percepción más baja de seguridad en el trabajo (OR = 0.89; IC del 95% = 0.81-0.98) y mayores demandas (OR = 1,15; IC del 95% = 01/02 a 01/30) eran más propensos a recibir amenazas violentas (Wu, Tung, Chen, Chen, et al, 2015).

Los participantes en un estudio con personal sanitario (N = 117), 74.1% mujeres, de la UCI de un Hospital de la Comunidad Valenciana muestran que entre 14.6%-20% y un 4-7% de los participantes presentan síntomas de ansiedad y de depresión respectivamente (Gómez-Martínez, et al, 2015).

En un estudio realizado sobre 34 profesionales sanitarios que ocupaban puestos directivos, se calculó que la media del índice de satisfacción laboral se encontraba en un rango similar para todos ellos, pero, se encontró que era más alta para el personal de enfermería (0.68), seguido por los médicos (0.66), personal de apoyo (0.63) y técnicos (0.62). Se identificaron nueve factores no asociados y críticos relacionados con la satisfacción laboral que explicaban el 68.09% de la varianza como: comunicación, paga/salario, condiciones de trabajo, el sistema de organización de la supervisión, compañeros de trabajo, carga de trabajo, beneficios, aspectos de la carrera y las recompensas. Satisfacción laboral fue un predictor positivo de puntuaciones de los factores (unidades) de comunicaciones ($\beta = .13$; $p < .001$), beneficios ($\beta = .11$; $p < .001$), condición de trabajo ($\beta = .03$; $p < .001$) y compañeros de trabajo ($\beta = .03$; $p < .001$) y un predictor negativo del sistema de supervisión de la organización ($\beta = -.12$; $p < .001$), carga de trabajo ($\beta = -.09$; $p < .001$), recompensas ($\beta = -.04$; $p < .001$), paga / sueldo ($\beta = -.03$; $p < .001$) y perspectivas de promoción ($\beta = -.02$; $p < .001$), respectivamente, para todas las categorías de los encuestados. Sin embargo en el caso de los médicos, compañeros de trabajo ($\beta = -.023$) mostraron una predicción negativa (Jaiswal, Gadpayle, Singhal, Sachdeva, et al, 2015).

En un análisis realizado con personal de enfermería de Corea del Sur (N = 441), el 38% de la muestra experimentan síntomas depresivos y el personal joven, en particular, tienen altos niveles de síntomas depresivos. El estado civil (odds ratio [OR] = 2.88), actuación superficial (OR = 2.46), inseguridad laboral (OR = 1.99), y falta de recompensa (OR = 1.60) es un fuerte predictor de síntomas depresivos que resultan de estrés relacionado con el trabajo (Yoon, y Kim, 2013).

En un estudio de diseño transversal descriptivo y comparativo en el que participaron 53 profesionales de la salud, 24 médicos y 29 enfermeros provenientes de 5 hospitales, los resultados muestran que los profesionales de la salud encuestados tienen niveles adecuados de salud mental en cuanto a los indicadores psicológicos y sociales, sin embargo presentan una tendencia al sobrepeso y al sedentarismo. El personal de enfermería consume menos sustancias como tabaco, alcohol y pastillas para dormir que los médicos (Médicos alto consumo = 34.8% vs Enfermería = 10.7%; $\chi^2 = 6.65$; $p = .036$), pero manifiestan mayor afectación en cuanto a malestares físicas (Médicos altas molestias = 18.2% vs Enfermería = 44.4%; $\chi^2 = 5.26$; $p = .072$) (Pérez, y Álvarez, 2014).

5. PERSPECTIVA DE GÉNERO Y ESTRÉS LABORAL:

La construcción del marco teórico en la investigación con enfoque de género necesita la construcción de argumentos mediante la interpretación de la teoría sexo-género que fundamenta que el género es una construcción social que conlleva a formas de actuar y pensar masculina y femenina, desarrollada sobre cuerpos sexuados que posibilita las manifestaciones de poder aceptadas por la sociedad. Posee aspectos subjetivos como los rasgos de la personalidad, las actitudes, los valores y aspectos objetivos o fenomenológicos como las conductas y las actividades que diferencian a hombres y mujeres (Castañeda, 2014).

Se plantea que al referirse al género se está aludiendo a la construcción social de las diferencias anatómicas, a las creencias, rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos y valores, conductas y actividades que diferencian a hombres y mujeres (Mingote, López-Dóriga, 2008).

El sexo es difícilmente modificable, pues se caracteriza por la apariencia de los genitales externos y, dado su carácter biológico las características funcionales son difíciles de cambiar por la sociedad (Barreda, 2012).

Por su parte, el género surge a partir de influencias de la familia, la escuela y la comunidad sobre los seres humanos que conducen a la identidad diferenciada que la sociedad tiene concebida para mujeres y hombres. De esa teoría han surgido conceptos expresados en definiciones y juicios interrelacionados que poseen formas de comunicación particulares para el tema (Barreda, 2012; Castañeda, 2014) como las normas, en tanto que fijan lo aceptable y lo reprobable en el orden moral, impondrán como mandato de género privilegiado el cuidado de la vida y las relaciones, la entrega, la empatía como capacidad para la comprensión del estado anímico de otro, un proceso que requiere una compleja coordinación de componentes psicológicos y cognitivos (Mingote, López-Dóriga, 2008).

Por lo cual se ha llegado a la conclusión que si bien, género y sexo son dos entidades diferentes, no se puede dudar que ambas se encuentran relacionadas (Rubin y Vance 1989).

El género es el término que abarca las diferencias tanto biológicas como socioculturales de los conceptos masculino y femenino (Ali El Sahili, 2012) o también la clasificación de las diferencias de comportamiento según el sexo, entendiendo por sexo a la clasificación biológica entre macho/hembra (Money, 1955).

La OMS define al género como la red de símbolos culturales, conceptos normativos, patrones institucionales y elementos de identidad subjetiva que diferencia a los sexos, al mismo tiempo que los articula dentro de relaciones de poder o cooperación a través del proceso de construcción social (OMS/OPS, 1995).

El sistema sexo/género es el sistema de “arreglos” por los cuales, la sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de actividad humana, satisfaciéndose las necesidades sexuales (Rubin, 1975), pero, esta definición fue discutida y se matizó de forma que se le dio al sexo la posibilidad de modelar al género (Nicholson, 1989).

5.1. Aspectos conceptuales:

Es evidente que existen diferencias en cuanto a la salud por género. Así, tras un análisis multivariado de datos de la Encuesta Nacional de Salud de la Población canadiense se obtuvieron diferencias de género en la salud (medidos por autopercepción de la salud, salud funcional, enfermedad crónica y angustia). Los determinantes estructurales y psicosociales de la salud en general son más importantes para las mujeres mientras que, los determinantes del comportamiento, lo son para los hombres. Las diferencias de género en la exposición a estas fuerzas contribuyen a las desigualdades en salud entre hombres y mujeres, sin embargo, las desigualdades siguen siendo estadísticamente significativas después de controlar la exposición. Las desigualdades en salud basadas en el género se explican más por las vulnerabilidades diferenciales a las fuerzas sociales entre hombres y mujeres (Denton, y Vegchel, 2004).

Se estudió a dos grupos de estudiantes universitarios de ambos sexos que fueron expuestos a dos factores estresantes diferentes en cada una de las dos sesiones de 110 minutos de duración, una tarea cognitiva (conflicto de colores y palabras) y una punción venosa repetida. Se midió la producción de catecolaminas, la frecuencia cardíaca, y las reacciones

subjetivas. Los valores de control se obtuvieron bajo condiciones de relajación en el laboratorio. Los sujetos de ambos sexos respondieron tanto a los factores de estrés por aumento del ritmo cardíaco y los sentimientos de incomodidad y angustia. El patrón de la excreción de adrenalina, sin embargo, difiere entre sexos: en los hombres, ambos factores de estrés inducen un aumento significativo en la excreción de catecolaminas, mientras que en las mujeres la excreción de adrenalina se mantuvo en el mismo nivel en las dos condiciones de estrés como durante la relajación (Frankenhaeuser, Dunne, y Lundberg, 1976).

Las desigualdades de salud con respecto al género en el trabajo se pueden clasificar en tres grupos relacionados entre sí: eventos críticos de la vida, factores estresantes crónicos y recursos psicológicos.

En primer lugar, numerosos estudios de investigación muestran que las personas expuestas a los acontecimientos estresantes de la vida se encuentran en mayor riesgo de padecer trastornos psicológicos y psiquiátricos como por ejemplo mala salud física o el abuso de sustancias.

En segundo lugar, el papel de los factores de estrés crónico como: la exposición al estrés social de la vida, la tensión financiera, la relación de estrés, el estrés provocado por los niños, el estrés ambiental, el estrés de la salud familiar y la tensión laboral, se asociaron positivamente con la angustia y, en menor medida, con problemas de salud crónicas.

Por último, están bien documentados los determinantes psicológicos de salud, como por ejemplo: autoestima, sentido de coherencia o el dominio. Estos trabajan directamente a través de sus asociaciones positivas con los niveles más altos de salud e indirectamente mediante la modificación de los efectos del estrés crónico o el impacto de los acontecimientos estresantes de la vida sobre la salud

En el trabajo, además de los aspectos psicológicos individuales, los trabajadores, se encuentran incluidos en una organización que está

sujeta a unas normas sociales, entre las cuales se van a encontrar los roles sociales atribuidos a cada uno de los géneros que generarán unos fenómenos discriminatorios que producirán las consecuencias que se verán más adelante y, que es objeto de este estudio (Denton, y Vegchel, 2004).

La expresión papel/identidad de género alcanzó gran éxito. El papel, incorpora los factores sociales, la identidad y, los componentes psicológicos derivados del sexo. Pero aquello que determina la identidad y el comportamiento de género no es el sexo biológico, sino el hecho de haber vivido desde el nacimiento las experiencias atribuidas a cierto sexo (Stoller, 1968). Es por ello que cuando se habla de género se refiere al significado individual de lo que es ser un hombre o una mujer, incluyendo comportamientos psicológicos y sociales que la sociedad designa masculinos o femeninos (Sánchez-López, Cuellar, Dresch, y Aparicio-García, 2009) siendo esto lo que se denominan rol de género.

En la cultura organizacional se tienen en cuenta los estereotipos de género y la asunción por parte de las mujeres de las responsabilidades familiares como un ‘deber’ asociado a su rol de género, siendo estos los principales obstáculos en su promoción profesional (Sarrío, Barbera, Ramos y Candela, 2002). Culturalmente el rol femenino enfatiza en la habilidad de las relaciones interpersonales y en cuidar a otros mientras que, por el contrario, el rol masculino asume que el hombre no debe expresar emociones.

Los roles de género producen expectativas sobre el comportamiento más o menos apropiado que deben tener los hombres y mujeres, siendo estas reforzadas o sancionadas por los miembros de la sociedad (Spence y Helmreich, 1978). Estos roles se clasifican como un subtipo de norma social según la cual son “reglas o estándares que son entendidas por los miembros de un grupo y guían y/o constriñen la conducta social sin emplear la fuerza de la ley” (Mahalik, Morray,

Coonerty-Femiano, Ludlow et al, 2005). Estos tienen su origen en agentes sociales tales como los padres, profesores, compañeros y medios de comunicación que, enseñan a hombres y mujeres las reglas y estándares de la masculinidad y la feminidad (Bem, 1981; Lytton y Romney, 1991).

Entre las responsabilidades familiares se agrupan tres dimensiones principalmente: las tareas del hogar, el cuidado de hijos dependientes y su educación y, el cuidado de otras personas dependientes suponiendo ellas la producción de trabajo emocional.

Por lo tanto, para facilitar la integración de la mujer en el trabajo se deberá conseguir una mayor integración entre el rol de género y el del trabajo mediante la denominada facilitación trabajo familia y familia trabajo que es una forma de relación entre los roles, en la cual la participación y las presiones de los roles laboral y familiar facilitan la calidad del desempeño (Greenhaus y Beutell, 1985; Greenhaus y Powell, 2006). La facilitación entre estos roles puede darse en dos direcciones: la del trabajo hacia la familia o de la familia hacia el trabajo.

Cuando estas dimensiones entran en conflicto, deben tratarse como constructos diferentes que pueden mostrar, además, relaciones tanto positivas como negativas con indicadores organizacionales o personales, tales como la salud mental de los trabajadores (Bellavia y Frone, 2005).

Algunos autores han comprobado como el conflicto y la facilitación entre los roles laborales y familiares (trabajo-familia y familia-trabajo) moderan la relación entre la tensión laboral y la salud mental (Gómez, 2012), así, una buena adaptación entre los roles trabajo familia modera la relación entre tensión laboral y SQT, mientras que la buena relación entre los roles familia trabajo modera la relación entre tensión laboral y depresión. En ambos casos, niveles más altos de tensión

laboral y conflicto estarían vinculados con mayores experiencias de malestar (Gómez, Perilla, Hermosa, 2015).

Pero en los últimos tiempos, se ha producido un aumento en la educación de las mujeres, cambios en la constitución de la familia, incremento de la edad del matrimonio y una regulación de derechos entre hombres y mujeres en lo relativo a la paternidad (World, Development and Report, 2012), aumentado las posibilidades de empleo en las mujeres cambiando la estructura y la distribución del trabajo (McDowell, 1997). Todo lo anterior junto a la modificación del tamaño de las familias derivada de una caída sostenida en la tasa de fertilidad, han provocado una crisis de este modelo, que ha llevado a replantearse la relación entre la familia y el trabajo (Gómez y Jiménez, 2015).

Sin embargo, la situación no ha avanzado significativamente ya que en la actualidad, las mujeres, todavía tienen una menor participación, mayores tasas de desempleo y diferencias salariales significativas en comparación con los hombres. Las influencias sociales y culturales respecto al tipo de trabajo siguen vigentes, dando como resultado la segregación en el empleo (International Labour Office, 2004), llevando a cabo las mujeres trabajos menos cualificados, mayor tasa de contratos temporales, menor remuneración a igual empleo y de forma habitual ocupan puestos de trabajo de inferior categoría dentro de las empresas. (García, Pérez y Albacete, 2013).

La asunción mayoritaria por parte de las mujeres de las responsabilidades familiares es un factor en el que los componentes de tipo interno y externo interaccionan tan estrechamente que resultan difíciles de separar, provocando una complicada barrera que adopta varias vertientes. Por un lado, la asignación social de roles diferenciales de género es interiorizada por las mujeres como parte integrante de su identidad, de manera que la maternidad es asumida por muchas de ellas como un deber prioritario. Este hecho puede provocar la autoexclusión

del mundo laboral o la aceptación de empleos compatibles con su rol de género. Pero, por otro lado, la falta de un reparto equitativo entre los miembros de la familia, y la carencia de ayudas sociales y organizacionales, imposibilita el desarrollo de carrera de muchas mujeres que desean promocionarse puesto que se les obliga a desarrollar un doble rol (productivo y reproductivo) que las deja exhaustas y complica su ejercicio profesional. Además, la creencia estereotipada sobre la exclusividad del rol maternal y el consiguiente posible abandono (Bielenski, 1999; Chiang, Núñez, Martín, y Salazar, 2010; Toro, 1998). De hecho, las mujeres dedican 3 horas más al día a actividades del hogar que los hombres (M (mujeres) = 5.47/ M (hombres) = 2.47) (ADECCO, 2015).

Una forma de discriminación entre hombres y mujeres es la segregación en el empleo que se clasifica en horizontal y vertical. La horizontal hace referencia a que el trabajo femenino está más concentrado en determinados sectores productivos como la enfermería o la docencia (Organización Internacional del Trabajo, 2007), sectores que se caracterizan por estar más relacionados con el rol tradicional femenino como cuidadora de la casa y responsable de la educación de los hijos (Corrigall y Konrad, 2007). Por otro lado, en los campos relacionados con la ciencia, la tecnología, la ingeniería y las matemáticas, la participación de las mujeres es mucho menor, en la mayoría de países y culturas en el mundo (Bystydzienski, 2009). También se observan diferencias significativas entre los tipos de trabajo, los sectores, los tipos de industria, la ocupación y las empresas en las que trabajan hombres y mujeres existiendo una gran participación de las mujeres en el sector servicios (administración pública, salud, educación, etc.) y en el sector de hostelería y restauración. (Word Developer Report, 2012).

Pero también existe la segregación vertical que consiste en el número de cargos directivos (Organización Internacional del Trabajo, 2004). La segregación vertical, al igual que la de tipo horizontal, se

constituye persistentemente como un tipo más de segregación laboral hacia las mujeres en los mercados de trabajo de los países desarrollados. Aunque se había mejorado en este aspecto, con la crisis económica, existen indicios de que la segregación ha aumentado, o al menos ha interrumpido la tendencia de reducción (Iglesias y Llorente, 2010).

En el caso de España, aunque en los últimos años ha aumentado significativamente la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo (Iglesias y Llorente, 2010) su situación está muy lejos todavía de otros países de la Unión Europea ya que, mientras que en 2010 la tasa de actividad femenina en la UE era del 58.2%, en España se situaba en el 52.3% (Eurofound, 2012).

Como en otros países desarrollados, en España, existe una segregación horizontal del mercado de trabajo, es decir, hombres y mujeres trabajan en sectores de actividad económica diferente (De la Rica, 2007; Iglesias y Llorente, 2010) reproduciendo las mujeres el papel tradicional de responsable del mantenimiento de la familia y del hogar, por ejemplo en actividades como la enseñanza, la sanidad o el servicio doméstico (Artazcoz, Escribà-Agüir y Cortès, 2004).

En referencia a la segregación vertical, en España, se encuentra un porcentaje de 68.72% de hombres que disponen de cargos directivos frente a un 31.28% de mujeres (Instituto Nacional de Estadística, 2015). Por otro lado, en España, el salario medio anual femenino supuso el 76,1% del masculino (Instituto Nacional de Estadística, 2014).

De esta manera, el 70 por ciento de las mujeres trabajadoras españolas se concentran mayoritariamente en cinco sectores: funcionarias públicas, empleadas de empresas, empleadas de hogar, obreras industriales sin calificación, maestras y profesionales relacionadas con la salud (enfermeras y médicos). Sin duda, por esta razón son muy pocas las mujeres españolas que desarrollan una carrera industrial o científica. Tampoco es frecuente que las mujeres tengan acceso a puestos de

ejecutivas o altos cargos en las empresas, como lo demuestra el hecho de que en los equipos directivos de las mil organizaciones más importantes de España sólo el 3.25 por ciento de los puestos son ocupados por mujeres (Pérez-Naranjo, 2015).

Por sectores de actividad, la población ocupada no tiene una estructura similar según el género. Así, las mujeres superan a los hombres en más de cinco puntos porcentuales en el sector de la educación (10.1% de las mujeres ocupadas lo están en educación, frente a 4.6 % de los varones), en más de siete puntos en el de personal del hogar (9% frente 1.2 % de los varones) o en más de 11 puntos porcentuales en el sector sanitario (15.2% de las mujeres ocupadas trabajan en empleos relacionados con la salud frente a 3.8% de los varones). Por el contrario, hay otros sectores donde la presencia del varón es mayoritaria, como en la construcción (8.7% de los varones están ocupados en la construcción frente a 1% de las mujeres) o en la industria manufacturera (18.7% de los hombres frente a 7.1% de las mujeres), lo que indica que determinados sectores tienen más mujeres ocupadas, situación que implica una fuerte segregación ocupacional (Torns y Recio, 2012).

Una posible fuente teórica para explicar lo anterior se encuentra en las Teorías del Rol de Género (Eagly y Wood, 1999; Purvanova y Muros, 2010; Wood y Eagly, 2002;). Es decir, el género se considera una categoría de análisis que trata de visibilizar las relaciones desiguales que se dan entre mujeres y hombres, relaciones éstas que se han ido construyendo a partir de los patrones y modelos culturales en función del género. Así, desde una perspectiva del género como construcción social, se mantiene que las mujeres son más propensas a expresar las percepciones de fatiga física y emocional pues aprendieron a mostrar sus emociones, mientras que, por el contrario, a los hombres se les socializa para ocultarlas.

Otra perspectiva más novedosa considera que dada la multiplicidad de roles existentes, pueden existir sinergias positivas, de tal forma que el desempeño de un rol por parte del empleado (en su trabajo o en la familia) puede generar más energía y recursos para otros roles que, en su conjunto, mejoran la calidad de vida del empleado. Este concepto se ha denominado enriquecimiento trabajo familia y se ha comprobado su influencia en la satisfacción laboral de los empleados (Pérez, Vela, Abella, Sánchez, 2015).

Además, altos niveles de enriquecimiento trabajo familia y bajos niveles de conflicto trabajo familia se han asociado con actitudes positivas de los empleados en el trabajo (Casper, Harris, Taylor-Bianco, Holliday, 2011; Holliday, Casper, et al, 2013).

Por último parece que existen diferencias en cuanto al género en referencia al trabajo emocional, siendo las mujeres las que mayor probabilidad tienen de padecer las consecuencias de este (Johnson y Spector, 2007; INSHT, 2011). Esta diferenciación parece ser debida a que la mujer está estereotipada como emocionalmente, débil, dependiente, pasiva, no competitiva, e insegura (Ragha, 2012). Además, hay estereotipos de género asociados al rol profesional (Gutiérrez y Luengo, 2003) que transmiten que los hombres poseen mayores capacidades para el desarrollo de tareas científicas. Pero también, a la mujer se la ha relacionado con el trabajo de bajo nivel que además tiene un componente emocional alto (Husso y Hirvonen, 2012; Tracy y Scott, 2006). Esta diferenciación también se ha relacionado con los roles sociales que tiene la mujer (Kmec y Gorman, 2010).

Resumiendo, las mujeres ocupan puestos de trabajo de menor calidad que los hombres y esto se incrementa con la edad. Los resultados también muestran una doble adversidad para las mujeres: una menor cantidad de mujeres en puestos de dirección y una mayor cantidad en

actividades menos calificadas (Elwér, et al, 2012; Santero-Sánchez, Segovia-Pérez, Castro-Núñez, Figueroa-Domecq, 2015).

La salud de la mujer incluye trastornos específicos de ella, y diferencias de género en la salud y en la enfermedad. Los trastornos somatoformes, que se caracterizan por presentar una “historia de múltiples síntomas físicos, que empieza antes de los 30 años, persiste durante varios años y obliga a la búsqueda de atención médica o provoca un deterioro significativo social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo”(American Psychiatric Association, 2002), son mucho más prevalentes en las mujeres que en los hombres, con una relación mujer/varón de 5 a 1 en los trastornos conversivos (síntomatología de tipo neurológico que no se corresponde con alteraciones neurológicas), de 20 a 1 en el trastornos por somatización (síntomatología física que no tienen un origen físico identificable), y de 2 a 1 en trastornos de dolor (síntomatología de dolor sin un origen físico identificable), con una fuerte comorbilidad de trastornos depresivos y, ansiedad, con diferentes tipos de trastornos de personalidad. (Mingote, López-Dóriga, 2008). Pero, en la depresión, cuyo origen puede proceder de los factores psicosociales laborales, se ha comprobado que los factores biológicos y psicosociales contribuyen a una mayor vulnerabilidad de las mujeres a padecer depresión mayor (Desai, y Jann, 2000).

5.2. Diferencias en exposición al estrés laboral (variables):

Al encontrarse los trabajadores incluidos en una organización sujeta a unas normas sociales, entre las que se encuentran los roles sociales atribuidos a cada uno de los géneros se podrá generar una discriminación tanto horizontal como vertical que producirán las consecuencias que se verán más adelante y, que es objeto de esta estudio.

La literatura indica que la desigualdad de género en el mercado laboral puede contribuir a patrones específicos de género en la

prevalencia de mala salud psicológica (Umeda, McMunn, Cable, Hashimoto, et al, 2015).

Distintos estudios han encontrado la existencia de mayor riesgo de estrés psicosocial en mujeres trabajadoras que en los hombres (Aparicio, Dresch, Díaz, y Sánchez-López, 2008; Benavides, Declós, García, y Ruiz., 2007; Catalina, Cortés, Gelpi, y Corrales, 2008; Rubio, Díaz, Martín, y Luceño, 2008).

No obstante, hay estudios que han apuntado resultados contradictorios relacionados con la vivencia de estrés y el género: por un lado que no existen diferencias entre hombres y mujeres (García, et al, 2014; Håkansson, y Ahlberg, 2016) o, en una muestra de trabajadores de personal de apoyo (Makhbul y Hasun, 2011) o tras la realización de un metaanálisis (Martocchio y O'Leary, 1989) o en una muestra de 1094 trabajadores de una empresa del sector privado de Portugal dedicada a la venta al por menor, en la que el 52.93% eran mujeres (Ramos et al, 2012). Otros estudios sí que se encuentran diferencias, por ejemplo, se describió que las mujeres perciben más estrés diario, sufren más problemas crónicos y conflictos y tienen más demandas y frustraciones diarias que los hombres. Sin embargo, no difieren en el número de acontecimientos vitales vividos, aunque parece que los perciben más impactantes y menos controlables. Además, los eventos estresantes percibidos son diferentes para hombres y mujeres, siendo los asuntos de la vida familiar y de la salud los más importantes para las mujeres, mientras que los asuntos financieros, laborales y las relaciones con amigos lo son para los hombres (Matud, 2004).

Hay autores que encuentran que es más elevado el nivel de estrés en los hombres como en una muestra de 98 trabajadores de una empresa de USA, 54% hombres, con trabajos de distinta categoría. En este estudio, se realizó una correlación segunda variable canónica caracterizándose por una carga positiva elevada para el estrés ($r = ,99$),

junto con las cargas negativas media para el género ($r = -.35$) y para congruencia de la persona con la organización ($r = -.30$) y cargas superiores positivas para la antigüedad en el empleo actual ($r = .69$) y la antigüedad en la empresa ($r = .76$). Estos resultados demuestran que un mayor estrés laboral se asocia con una menor congruencia de la persona con la ocupación. Además, las personas que experimentaban altos niveles de estrés eran más frecuentemente hombres con más antigüedad en sus actuales puestos de trabajo y en la empresa que aquellos con niveles más bajos de estrés. Sin embargo, el estrés ocupacional en este análisis no se relacionó con la edad. (Bocchino, et al 2003).

En otra muestra de trabajadores del sector de construcción se obtuvo que, aunque había fuentes comunes de estrés, tanto para hombres como para mujeres, también había algunas diferencias. En particular, los hombres parecían sufrir más estrés en relación a la toma de riesgos, asuntos disciplinarios, consecuencias de los errores, redundancia y progresión de la carrera mientras que, los factores que causaban más estrés para las mujeres eran las oportunidades para el desarrollo personal, tasas de remuneración, mantenerse al día con nuevas ideas, viajes de negocios, y el efecto acumulativo de las tareas menores. (Loosemore y Waters, 2004).

Hay estudios que apuntan a que las mujeres son las más afectadas. Así, en una muestra de 493 de profesores griegos, 43.8% hombres, que ejercían el 49.75% en centros públicos de primaria y el resto en secundaria, al realizar un análisis bivariado de varianza se encontró un efecto significativo para el género, encontrándose en tres factores de estrés, la interacción con estudiantes y compañeros ($F_{(1, 49)} = 7.74$, $MSE = 26.93$, $p < .01$ ($\eta^2 = 0.024$)), carga de trabajo ($F_{(1, 49)} = 11.94$, $MSE = 24.40$, $p < .001$, ($\eta^2 = 0.020$)) y, progreso de los estudiantes ($F_{(1,49)} = 16.43$, $MSE = 16.13$, $p < .001$, $\eta^2 = 0.018$)). Estos resultados se interpretaron en el sentido que las maestras percibieron un mayor grado de estrés en comparación con los hombres en las tres fuentes de estrés,

independientemente de su edad y el tipo de centro en el que estaban realizando su actividad docente (Antoniou, et al, 2006).

Por otro lado, la prevalencia de exposición a eventos traumáticos y número de eventos traumáticos no varió según el sexo pero, la prevalencia del trastorno de estrés postraumático fue mayor para las mujeres que para los hombres expuestos a eventos traumáticos (cociente de riesgos = 2.3; intervalo de confianza del 95%, 1.5-3.6). Esta diferencia era debida a trastornos de ansiedad preexistentes o los trastornos depresivos mayores (Breslau, Davis, Andreski, Peterson, et al, 1997).

En un estudio realizado entre policías, al realizar pruebas de t-test se encuentran diferencias entre hombres y mujeres para el estrés (M mujer = 2.85/ M hombre =2.59) ($t = -0.40$; $p < .05$), subestimación física (M mujer = 2.73/ M hombre =2.59) ($t = -2.44$; $p < .01$), falta de influencia (M mujer = 3.29/ M hombre =3.15) ($t = -2.16$; $p < .01$), etnia (M mujer = 0.16/ M hombre =0.10) ($t = -2.26$; $p < .01$) o el tipo de oficina (M mujer = 0.82/ M hombre = 0.74) ($t = -2.51$; $p < .01$) y al realizar un análisis de regresión se encontró que el idioma era un predictor positivo del acoso ($\beta = .19$; $p < .01$) (Morash et al., 2006).

Sin embargo, Cooper et al. (2001) incluyen otros elementos que también son fuentes de estrés, además de las características del puesto de trabajo o las características de los trabajadores, como el caso de la cultura o los estilos de gestión (Cooper, Dewe, y O'Driscoll, 2001). De esta forma la cultura organizacional será un factor a tener en cuenta en la vivencia de estrés laboral tanto para hombres como para mujeres (Morais, 2011; Ramos et al, 2012).

Estudios como el de Bellou (2010) o el de Peterson (2004) revelaron la existencia de valores que van a ser significativamente más importantes para los hombres en relación a las mujeres, como es el salario, los beneficios, el poder, la autoridad y el estatus; mientras que las mujeres valorizan más las relaciones, el respeto, la comunicación, la

colaboración y la familia. Resulta interesante que, a pesar de que los hombres y las mujeres colocan pesos diferentes a los valores que forman parte de la cultura organizacional, no se han presentado evidencias de que el género sea un moderador en la relación que se establece entre la congruencia de valores organizacionales y personales, y el estrés laboral (Bocchino, et al, 2003; Hagström y Kjellberg, 2007; Posner, 2010; Sezgin, 2006; Van Der Wal, De Graaf, y Lasthuizen, 2008).

Pero también se encuentran diferencias para los trastornos relacionados con el estrés, en relación a la percepción de un desequilibrio entre hacer las cosas por sí mismas y los demás como un factor de riesgo para las mujeres, pero no para los hombres (Håkansson, y Ahlberg, 2016).

En otro estudio realizado con 1380 profesores de educación secundaria, 58.9% mujeres, se obtiene que en el estrés percibido por profesionales de educación, hay diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en: problemas disciplinarios con los estudiantes (M hombres = 2.60; M mujeres = 2.79 $t = -3.28$; $p < .001$), tener que cumplir con los padres de los alumnos problemáticos (M hombres = 2.01; M mujeres = 2.22 $t = -3.09$; $p < .01$), abuso verbal por parte de los estudiantes (M hombres = 2.69; M mujeres = 2.94 $t = -3.63$, $p < .001$), aumento de las agresiones entre los estudiantes (M hombres = 2.60; M mujeres = 3.06 $t = -8.24$ $p < .001$), dificultades para mantener la disciplina en el aula (M hombres = 1.95; M mujeres = 2.24 $t = -3.92$, $p < .001$), puesta a prueba por los estudiantes (M hombres = 1.76; M mujeres = 2.05 $t = -3.80$; $p < .001$), existencia de conducta y/o actitudes racistas (M hombres = 1.89; M mujeres = 2.20 $t = -4.24$; $p < .001$), los estudiantes desafían la competencia y habilidades (M hombres = 1.56; M mujeres = 1.80 $t = -3.17$; $p < .01$), no ser capaz de hacer frente a los conflictos con los estudiantes (M hombres = 1.87; M mujeres = 2.02 $t = -2.03$; $p < .05$) (Santiago, Otero-López, Castro, y Villardefrancos, 2008).

Así, el género, se ha considerado como uno de los factores asociados con la vivencia del estrés debido a las expectativas de comportamientos y a los roles asociados. En una muestra de 1094 trabajadores, 47.07% hombres, se comprobó que no existían diferencias estadísticamente significativas de percepción del estrés (M (hombres) = 2.64/ M (mujeres) = 2.72); $p = .06$). Cuando se relaciona el género al estrés, las diferencias entre hombres y mujeres se encuentran reflejadas por factores intrínsecos del puesto (β (hombres) = .033/ β (mujeres) = .029 β (general) = .032; $p > .01$), logro y desarrollo de carrera (β (hombres) = -.010/ β (mujeres) = -.014 β (general) = -.012; $p < .01$), conflicto entre valores (β (hombres) = .016/ β (mujeres) = .010 β (general) = .013; $p < .01$) (Ramos et al, 2014).

En una muestra de 1042 trabajadores, 41.27% hombres, se encontró mayor distres para las mujeres que para los hombres (M (mujeres/hombres) = 1.96/1.49; $p < .001$), autoridad (M (mujeres/hombres) = 0.73/1.11; $p < .01$), trabajar menos de 40 horas a la semana (M (mujeres/hombres) = 0.35/0.18; $p < .001$), trabajar 50 horas o más a la semana (M (mujeres/hombres) = 0.19/0.42; $p < .001$), trabajar de administrativo (M (mujeres/hombres) = 0.46/0.28; $p < .001$) (Glavin, Schieman, y Reid, 2011).

Los hombres fueron los que presentaron de forma significativa menos factores de riesgo, estando centrados específicamente en las características del puesto de trabajo como elemento generador de estrés. Fueron igualmente los hombres quienes demostraron estar más afectados en relación a la influencia existente entre la articulación de los valores personales y organizacionales, indicando un mayor compromiso con la organización que las mujeres, resultado que se mostró contradictorio con estudios realizados en otros contextos culturales, donde las mujeres reflejaron tener más sentido de pertenencia que los hombres (Bellman, et al, 2003). Mientras, las mujeres reflejaron tener más variedad en cuanto a factores de riesgo, posiblemente derivada de las expectativas no sólo

laborales sino sociales, que dificultan el desempeño de todas las funciones: laborales, domésticas y sociales (Ramos y Jordao, 2014).

Otros autores reconocen que no es el género el que determina la existencia de estrés cuando se considera la relación entre valores personales y organizacionales, sino otras características del trabajador como el tiempo de trabajo en la empresa o la edad del trabajador (Bellou, 2010; Bocchino, et al, 2003).

A continuación se analizará, como influye el género sobre cada uno de los factores de riesgo psicosocial que se analizaron anteriormente así como las consecuencias que estos pueden tener sobre los trabajadores. Se revisará en primer lugar los factores de demanda, posteriormente los de recurso junto a las consecuencias que se pueden producir en función del género.

5.2.1. Factores de demanda:

1). **Carga de trabajo:** Es uno de los factores más importantes de este grupo. Al analizar este aspecto la VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, no encuentra diferencias estadísticamente significativas entre géneros (INSHT, 2011). Un estudio realizado con 1274 ginecólogos japoneses, 40.03% mujeres, tampoco encuentran diferencias estadísticamente significativas (M (mujeres) = 5.9; M (Hombres) = 5.5; $p = .07$) (Sugiura-Ogasawara, M. Suzuki, S. Kitazawa, M. Kuwae, 2012), si bien, la mayor carga es percibida por las mujeres.

Otros autores encuentran en trabajadores de dos residencias de ancianos de Suecia ($N = 45$), 84.44% mujeres, una mayor exposición de las mujeres a sobrecarga laboral (Elwér, et al, 2012). De igual manera otros autores encuentran que las mujeres perciben mayores demandas y bajo control (M hombre = 14.5/ M mujer = 22.0; $p < .001$) (Wang, Lesage, Schmitz, Drapeau et al, 2008), siendo en ambos casos, las diferencias entre géneros estadísticamente significativas.

No obstante, esta dimensión puede verse afectada por el rol de género ya que, en las empresas donde hay segregación vertical, los hombres ocupan posiciones jerárquicas más elevadas que las mujeres ya que, las mujeres, suelen ocuparse de trabajos relacionados con el cuidado de personas que se acompaña de una importante carga emocional (Asoleaga, Vezina, Montaña, 2014).

Esto hace que, al analizar la sobrecarga de trabajo en función de sus componentes, se compruebe que, los hombres, manifiesten una menor carga mental que la mujer (OR = 0.89 (0.8-0.9)) con una prevalencia de alto ritmo de trabajo de 6.5% en mujeres con respecto a un 6.3% en hombres. Los hombres también refirieron una menor carga mental por exceso de trabajo con respecto a las mujeres (OR = 0.9 (0.8-1.0)). Las mujeres con mayor frecuencia que los hombres se encontraban fatigadas por una sobrecarga de trabajo (3.7%/3.5%) respectivamente (Fernández, de la Cruz, Gayoso, Rodríguez, 2015).

El efecto de la carga de trabajo sobre el conflicto trabajo familia es más fuerte para los hombres con dos fuentes de ingresos y con hijos que para las mujeres en la misma situación ($\beta = .53/\beta = .46$ respectivamente [$\Delta^2_{(1)} = 10.93, p = .001$]). De igual manera, existirían diferencias de género para las familias monoparentales (van Veldhoven, y Beijer 2012). No obstante, la sobrecarga experimentada por las mujeres podría estar relacionada con situaciones de conflicto trabajo familia, sobre todo cuando existen situaciones de falta de recursos temporales (León-Rubio, León-Pérez y Cantero, 2013).

De acuerdo con los resultados para la organización en general, los factores de riesgo de estrés que tuvieron un efecto significativo y positivo sobre la vivencia de estrés laboral fueron los factores intrínsecos relacionados con las demandas del puesto de trabajo ($\beta = 0,032; p < .01$) y los factores organizacionales relacionados con la estructura y el clima organizacional. ($\beta = .008; p < .05$). Como resultados, en las mujeres, el

elemento que determinó la aparición de estrés es la edad que se asoció de forma significativa y negativa (Ramos et al, 2012).

En una muestra de 388 profesores se encontró que las maestras experimentaron niveles significativamente más elevados de estrés laboral, debido a la interacción con los estudiantes (3.99/3.58; $F = 20.1$; $p < .001$; $\eta^2 = 0.05$) y compañeros (3.10/2.84; $F = 11.2$; $p < .01$; $\eta^2 = 0.028$), carga de trabajo (3.99/3.13; $F = 21.1$; $p < .001$; $\eta^2 = 0.05$) y agotamiento emocional (2.13/1.84; $F = 6.58$; $p < .05$; $\eta^2 = 0.0017$) (Antoniou, et al, 2006).

Otros autores señalaron en una muestra de 409 trabajadores de la Universidad de Zaragoza, que a los hombres les genera más estrés las excesivas demandas curriculares (aOR (95% CI) 2.16 (1.31-3.55) $p = .002$), los problemas derivados de una supervisión de baja calidad como la inadecuada valoración de su trabajo, falta de apoyo individualizado y la falta de oportunidades de promoción y desarrollo profesional (Montero-Marín, García-Campayo, Fajó-Pascual, Carrasco, 2011).

En una muestra integrada por profesores universitarios y personal de apoyo (N=332), de los que el 40.36% de ellos eran hombres, obtuvieron que los hombres percibieron mayor sobrecarga laboral ($\chi^2 = 3.16$, $gl = 1$, $p = .08$) (Liu, et al, 2008).

2). **Disfunción de rol:** Los participantes en un estudio en el que participaron 126 hombres obtuvieron puntuaciones de conflicto de rol de género más altos, especialmente en torno a la restricción de emociones ($r = .26$; $p < .01$), también se obtuvieron evaluaciones negativas de sus habilidades, actitudes, y confianza para resolver problemas ($r = .37$; $p < .01$). Además, estos mismos hombres obtuvieron mayores niveles de angustia psicológica y actitudes negativas hacia la búsqueda de ayuda profesional (Nguyen, Liu, Hernández, y Stinson, 2012).

En otro análisis realizado con 5 mujeres, se obtuvo que, la sobrecarga laboral puede relacionarse con sobrecarga de rol, tanto en lo laboral como en lo familiar afectando en mayor nivel a las mujeres como antecedente del conflicto trabajo familia, lo cual se explica por las condiciones laborales (carga de trabajo y formas de contratación) y la doble jornada de trabajo. Otros factores que explican el conflicto trabajo familia son el conflicto y la ambigüedad de rol (Álvarez y Gómez, 2011). Otros autores han encontrado que el conflicto de rol también puede producirse cuando el desempeño laboral resulta incompatible con el familiar (Gil-Monte, Neveu, 2013).

Una gran cantidad de mujeres sufren conflicto de rol al intentar compatibilizar sus empleos con sus familias y las demandas que éstas suponen; siendo las mujeres con mayor nivel profesional las que dedican recursos económicos para tener resueltas las tareas domésticas por lo que se reducirá en ellas el conflicto anteriormente mencionado (Martínez, 2009).

Las mujeres experimentaron mayores niveles de conflicto que los hombres, principalmente porque tenían mayor rol de género. La segmentación de rol no sólo redujo el conflicto, pero también tenía la consecuencia involuntaria de la reducción de efectos colaterales positivos (Powell, y Greenhaus, 2010).

Por otro lado, la ambigüedad, sobrecarga de rol, y los niveles de peligrosidad influyen en la percepción de estrés en el trabajo para los hombres pero no en las mujeres, influyendo estos en los niveles de satisfacción laboral en los hombres, pero no para las mujeres. (Lambert, Altheimer, y Hogan, 2010). Otros autores no encuentran diferencias en cuanto al género (Frone, 2015; Rutherford, Marshall, y Park, 2014). Por otro lado, otros autores obtienen que, el efecto del estrés de rol es significativamente más fuerte para las mujeres empleadas de banca

afectando de forma más importante sobre la satisfacción laboral que en los empleados varones (Ling, Bahron, y Boroch, 2014).

3). **Conflicto Trabajo Familia:** El cuidado de la familia es todavía una función fundamentalmente encomendada a las mujeres (Benavides, et al, 2007), además en el 89% de los hogares monoparentales, las mujeres se encargan de los hijos, situación a menudo difícil y también generadora de estrés (Artazcoz, Cortés, y Escribá-Agüir, 2006); de forma que, tanto las demandas familiares como laborales, difieren entre hombres y mujeres todavía en muchos casos, lo cual puede influir a la hora de percibir el estrés, si bien, es evidente que en la actualidad los hombres están cada vez más implicados en las tareas domésticas (García, et al, 2013).

Se ha comprobado que el género modera el estrés y la satisfacción familiar, así, en un meta-análisis se demostró este aspecto en el cual, los hombres se ven más afectados por el estrés en el trabajo que las mujeres (Ford, Heinen, y Langkamer, 2007).

Se encontraron diferencias de género en la percepción del estrés pues los resultados en las mujeres indicaron que la dinámica entre el trabajo y el hogar ejerce un efecto significativo y positivo sobre la vivencia de estrés, al mismo tiempo que los factores relacionados con el desempeño de la organización tienen un efecto significativo y negativo sobre la vivencia de estrés laboral (Ramos et al, 2012).

Se ha sugerido que el género se relaciona con la percepción de conflicto trabajo familia y un supuesto subyacente es que la interferencia del trabajo remunerado sobre la familia significará una carga mayor para las mujeres que para los hombres (Frone, 2000). Otros autores, indican que las mujeres perciben más conflicto trabajo-familia que los hombres en los tres niveles (bajo (M hombres = 1709/ M mujeres = 1992), medio (M = 904/1283) y alto (M = 256/387) $p < .0001$). También se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el conflicto trabajo familia

entre géneros cuando la jornada era a tiempo completo, percibiéndolo el 8.9% de los hombres y el 12.1% de las mujeres $p < .0001$ (Leineweber, Baltzer, Hanson, y Westerlund, 2013). Otros autores relacionaron el conflicto trabajo familia con la femineidad (Powell, y Greenhaus, 2010).

Hay autores que no encontraron diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a este conflicto (Geurts, y Demerouti, 2003) en cuanto a la calidad de vida percibida (Md-Sidin, et al, 2010). En un análisis realizado con los datos de la VII Encuesta Nacional de las Condiciones de Trabajo, se concluye que este hecho puede ser debido al tipo de jornada (tiempo parcial), horario (jornada continua) o tipo de relación laboral (temporalidad) (Allen y Finkelstein, 2014; Fernández, et al, 2015).

Tras la realización de un meta-análisis se sugirió que el género era un pobre predictor de conflicto trabajo familia (Byron, 2005).

Otros indicaron que la ausencia de diferencia entre hombres y mujeres en el conflicto trabajo familia podría ser un artefacto estadístico porque las mujeres tendrían mayores dificultades para combinar el trabajo y la vida privada en comparación con hombres a igual ocupación (Hämning y Bauer, 2009).

Es socialmente conocido que, la participación en las tareas domésticas es mayor entre las mujeres que entre los hombres. En una escala de 1 a 30 puntos, la puntuación media de las mujeres era de 22.9 (dt = 5.6) mientras que fue de 9.8 (dt = 4.1) para los hombres (Artazcoz, Artieda, Borrell, et al, 2004).

Existen estudios que investigaron las diferencias de género en los resultados de salud relacionados con el conflicto trabajo familia, no encontrando evidencia convincente de que la fuerza de las relaciones de conflicto trabajo familia con los resultados de salud difieran entre hombres y mujeres (Frone, 2000).

Los datos de 975 gerentes indicaron que la relación entre conflicto trabajo familia y satisfacción laboral fue significativa para las mujeres, independientemente de su edad, pero fue significativa para los hombres solamente en relación con la carrera posterior. Por otra parte, la relación era más fuerte para las personas que se encontraban en el género minoritario en sus grupos de trabajo, pero era más débil para los que tenían fuertes lazos con el grupo (Martins, Eddleston, y Veiga, 2002).

En ciertas categorías sociodemográficas, hasta un 30% mostró conflictos entre trabajo y familia para ambos géneros. El desequilibrio en la vida laboral resultó ser un factor de riesgo que afectó a la salud mental. Los empleados con percepción subjetiva de conflictos con la vida laboral presentan un riesgo relativo significativamente mayor para clasificar su salud como pobre (mujeres: ORa = 2.6 / hombres: ORa = 2.0), las emociones negativas y la depresión (ORa = 3.0 / 3.1), bajo consumo de energía y el optimismo (Ora = 2.1 / 1,6), fatiga (ORa = 2.4 / 2.6), y los trastornos del sueño (Ora = 1.8 / 1.5) en comparación con los empleados sin conflictos con la vida laboral (Hämning Hämning y Bauer, 2009).

Las tres medidas de salud representan un amplio espectro de problemas de salud, lo que podría reflejar diferencias de género en la respuesta al estrés, a saber auto percepción de salud, agotamiento emocional y problemas con el alcohol. La autopercepción de salud se ha demostrado que es un fuerte predictor de morbilidad y mortalidad, la decadencia y la incapacidad funcional, y la utilización de atención de la salud y el hecho de que las mujeres reportan peor autopercepción de salud que los hombres se ha confirmado en un gran número de estudios (Bailis, Segall, Chipperfield, 2003).

Las diferencias en el número medio de días de absentismo entre los casos y no casos de interferencia entre el trabajo y la familia fueron significativas para los hombres y más pronunciados en las mujeres ($p = .008$), en los que el número medio de días de ausencia tras más de seis

meses de seguimiento fue casi cuatro días más en las mujeres (Jansen, et al, 2006).

Pero, se mostró que la participación amortigua el efecto del conflicto trabajo familia sobre la frecuencia del absentismo (Demerouti, Bouwman, y Sanz-Vergel, 2015).

En un estudio compuesto por 29280 trabajadores, 50.47% mujeres, se comprobó que, altas demandas psicológicas, discriminación, acoso, baja promoción laboral y desequilibrio entre el trabajo y familia para ambos géneros y, violencia física para las mujeres, se observaron como factores de riesgo para absentismo por enfermedad. Acoso y turno de trabajo aumentaban la duración del absentismo en las mujeres. El acoso tuvo se asoció más fuertemente con el absentismo por enfermedad (Niedhammer, Chastang, Sultan-Taïeb, Vermeylen, Ala-Mursula et al, 2013).

Otros autores comprobaron que, los efectos colaterales negativos del trabajo en la vida familiar predijo una tasa aumentada de absentismo por enfermedad entre las mujeres y los hombres en todas las categorías profesionales, con excepción de los hombres cuyo trabajo se clasifica de cuello blanco (profesional asalariado o con un mínimo de estudios que realiza tareas semi-profesionales o profesionales de oficina, administración y coordinación de ventas). Además, ser empleado de cuello blanco (con excepción de los hombres superiores a los de cuello blanco) y, tener niños menores de 7 años de edad, predijo un aumento en la tasa de absentismo. Tener la responsabilidad principal para el trabajo doméstico no predijo considerablemente el absentismo por enfermedad en cualquier grado ocupacional (Väänänen, et al, 2008).

Pero, se ha sugerido que la ideología sobre los roles de género puede llevar consigo dificultades de diverso orden, por ejemplo, cuando se asume que es deber de las mujeres, y no de los hombres, ocuparse de la crianza de los hijos (Gómez, 2004). Esto explicaría que el conflicto

entre el trabajo y la familia sea más frecuente entre mujeres y que este conflicto facilite la depresión (Gómez, Esperanza, Hermosa, 2015).

Un análisis llevado a cabo con 302 académicos, 57.3% hombres obtiene que la facilitación es más frecuente que el conflicto, especialmente de la familia hacia el trabajo ($M = 3.8$; $d t = 0.87$). Siguen en frecuencia la facilitación trabajo-familia ($M = 2.84$; $d t = 0.79$), el conflicto trabajo familia ($M = 2.81$; $d t = 0.85$) y lo menos frecuente es el conflicto familia trabajo ($M = 2.06$; $d t = 0.73$). Los docentes con SQT perciben más conflicto trabajo familia ($F = 69.78$; $p < .01$) y menos facilitación en la misma dirección ($F = 10.29$; $p < .01$); así mismo, se encontró que quienes presentan más síntomas de SQT también muestran más conflicto familia trabajo ($F = 22.21$; $p < .01$) y menos facilitación ($F = 4.82$; $p < .05$). Las profesoras universitarias presentaron significativamente mayores niveles de conflicto trabajo familia ($F = 11.55$; $p < .01$), pero también más facilitación familia trabajo ($F = 5.9$; $p < .5$). Las correlaciones entre el conflicto y la facilitación en ambas direcciones, tanto con la tensión laboral como con los indicadores de salud, no se modificaron cuando se controló el género. (Gómez, Toro, y Rodríguez, 2015).

En un estudio realizado con 155 funcionarios holandeses, el conflicto trabajo familia se asoció con actuación superficial ($r = .27$; $p < .01$), agotamiento emocional ($r = .64$; $p < .01$) cinismo ($r = .32$; $p < .01$) y trastornos psicossomáticos ($r = .51$; $p < .01$) (Montgomery, Panagopolou y Wildt, 2006).

En una muestra de 286 profesores universitarios de Turquía, 50% hombres, conflicto trabajo familia se asoció significativa y negativamente con satisfacción laboral ($r = -.21$, $p < .001$), no asociándose el género con el conflicto trabajo familia (Ergeneli, Ilsev, y Karapınar, 2010). Otros autores concluyen que conflicto trabajo familia influye sobre los niveles de estrés en el trabajo, satisfacción laboral y compromiso

organizacional en mujeres, pero no en los hombres (Lambert, et al, 2010).

En otro caso, en una muestra de 160 funcionarios de una prisión de alta seguridad de USA, 59% varones, se comprobó que para las mujeres, conflicto trabajo familia fue un predictor de estrés laboral ($R^2 = .49$; $p < .01$) mientras que para los hombres fue ambigüedad de rol ($R^2 = .28$; $p < .01$) y sobrecarga de rol ($R^2 = .25$; $p < .01$) los más relacionados con el estrés laboral (Lambert, et al, 2010).

Otro estudio obtiene que a las mujeres les preocupa más, y por lo tanto presentan mayor estrés e insatisfacción, las dificultades relacionadas con la gestión eficaz del trabajo, la sobrecarga de trabajo por tener que responder a las exigencias de éste y a las tareas del hogar (Eby, Maher, y Butts, 2010).

Conflicto trabajo familia fue un predictor positivo con las mujeres ($\beta = .30$; $p < .001$) (Glavin, et al, 2011) pero, se ha comprobado que, los hombres reportaron más conflicto trabajo familia que las mujeres cuando el hijo más pequeño en el hogar era un adolescente, mientras que, las mujeres obtuvieron en general un mayor conflicto familia trabajo que los hombres (Allen y Finkelstein, 2014).

Se ha comprobado que, la sobrecarga de rol, tanto en lo laboral como en lo familiar afecta a las mujeres como antecedente del conflicto trabajo-familia, lo cual se explica por las condiciones laborales (carga de trabajo y formas de contratación) y la doble jornada de trabajo. Otros factores que explican el conflicto trabajo familia son el conflicto y la ambigüedad de rol. Con respecto a las implicaciones psicosociales, se encontró que la salud se ve afectada por cambios en el estado de ánimo y cansancio físico. Se halló, como factores protectores que ayudan a las mujeres a disminuir la presencia del conflicto trabajo-familia, el apoyo social (doméstico y de pareja) y los recursos internos (la toma de decisiones y el establecimiento de prioridades) (Álvarez y Gómez, 2011).

4). **Horario de trabajo:** Hay estudios que parecen indicar que las mujeres podrían afrontar mayores problemas adaptativos debidos al trabajo a turnos produciéndoles alteraciones del ciclo menstrual, mayor cantidad de abortos y de partos prematuros, así como menores tasas de embarazos (Fernández-Montalvo y Piñol, 2000).

Se ha descrito que las mujeres que trabajan a turnos, que están casadas y con niños dependientes, padecen más problemas de sueño y se quejan más de cansancio que los hombres o las mujeres sin niños (Costa, 1996). Esta es una de las causas por las que las mujeres de mayor edad perciben mayores niveles de estrés relacionados con el trabajo en comparación con los hombres, así como una salud percibida inferior.

El INSHT, en la VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo obtiene que, las mujeres trabajan más frecuentemente en jornadas continuas de mañana (mujeres = 36% vs hombres = 22.2%) y jornadas continuas de tarde (mujeres = 7.1% vs hombres = 2.3%) y los hombres trabajan más en turnos rotativos que incluyen el horario nocturno (mujeres = 5.9% vs hombres = 8.4%) (INSHT, 2011).

En un estudio realizado utilizando datos que provienen de la Encuesta de Condiciones de Trabajo de Navarra (Instituto Navarro de Salud Laboral, 1997) llevado a cabo sobre 1281 trabajadores, 31.23% mujeres, con edades comprendidas entre 25-64 años, casados o en unión de hecho, se obtuvo que, las demandas familiares no se asociaron con la salud de los hombres mientras que, las mujeres casadas, que vivían en unidades de más de tres miembros familiares, tenían un mayor riesgo de percibir un peor estado de salud (ORa = 4.16; IC del 95%: 1.37 a 12.65) y síntomas psicossomáticos (ORa = 2.05; IC del 95%: 1.12 a 3.75). Entre las mujeres, que trabajan más de 40 horas a la semana también se asoció con ambos indicadores de salud y, además, una probabilidad más elevada de visitas médicas. (Artazcoz, Artieda, Borrell, Cortès, et al, 2004).

En otros estudios, se ha encontrado que los trabajadores que trabajan en turnos rotatorios que no incluyen el horario nocturno, el consumo de alcohol se sitúa entre el 3.8% para hombres y 1.7% para mujeres y, cuando se incluye el horario nocturno, el consumo de alcohol se situó en el 3.3% para hombres y 3.2% para mujeres (Observatorio Español sobre Drogas (OED), 2011).

5). **Conflictos Interpersonales:** Dado que el trabajo es una organización que está formada por personas, podrán generarse estos problemas entre sus integrantes. Hay autores que han comprobado que, las mujeres, pueden sentirse más intimidadas y ser más sensibles a estos, concibiendo de este modo una mayor proporción de situaciones conflictivas que pueden terminar en acoso psicológico (11.6% de mujeres/5% de los hombres; $p < .05$) (Salin, 2003).

Además, los acontecimientos vitales adversos y los conflictos interpersonales se encuentran relacionados significativamente con un mayor consumo de sustancias adictivas entre las mujeres (Murthy, Manjunatha, Subodh, et al, 2010).

En una muestra integrada por profesores universitarios y personal de apoyo (N=332), 40.36% hombres, se obtuvo que las mujeres sufrían más conflictos interpersonales ($\chi^2 = 3.43$, $gl = 1$, $p = .06$), pero, al realizar un análisis de regresión se comprobó los conflictos eran un predictor de los hombres ($\Delta R^2 = .05$, $p < .001$) (Liu, et al, 2008).

6). **Inseguridad Laboral:** Varios estudios encontraron que los niveles de exposición a inseguridad laboral entre los hombres y las mujeres eran similares (Burgard, Brand y House, 2009; D'Souza, Strazdins, Lim, Broom, Rodgers, et al, 2003; Dachapalli, y Parumasur, 2012), igualmente para empleos temporales (Kouvonen, Kivimaki, Elovainio, Pentti, et al, 2006) o reducción de personal (Dragano, Verde, Siegrist., 2005).

En la época actual, las nuevas formas de empleo precario, que interactúan con factores históricos relacionados con el género como el patriarcado, terminan dañando la salud de las mujeres más que los hombres. Un ejemplo de segregación en función del género puede ser un determinante importante del patrón social de las exposiciones a riesgos laborales que se manifiesta una peor gestión de los riesgos en el caso de las mujeres (Llorca-Rubio, Gil-Monte, 2013) y los resultados de salud, como la mortalidad, el estado de salud percibido, la salud mental, la insatisfacción, u otros indicadores de calidad de vida y bienestar. Las diversas formas de organización del trabajo, de empleo precario y no estándar están relacionadas con una serie de estos resultados adversos para la salud con diferentes patrones dependiendo del resultado analizado y sobre el género y la clase social. Sin embargo, los trabajos temporales pueden, en algunos casos, proporcionar una transición del desempleo al empleo con un contrato de trabajo estándar, por lo que no todos estos tipos de modalidades de trabajo no estándar necesariamente tendrán un efecto negativo en la salud de las mujeres (Menendez, Benach, Muntaner, Amable, et al, 2007).

Otros autores encontraron una mayor exposición entre las mujeres a inseguridad laboral (M hombre = 1.09/ M mujer = 1.13; $p = .005$) (Utzet, et al, 2016; Wang, et al, 2008). De la misma manera, en una muestra de 203 trabajadores, 67.1% mujeres, se obtuvo que había una diferencia significativa entre hombres y mujeres sobre las respuestas a inseguridad en el trabajo puntuando los hombres más alto en inseguridad laboral (M hombres = 2.26; $dt = 0.99$) que las mujeres (M mujeres = 1.96; $dt = 0.70$; $t_{(1, 203)} = 2.48$, $p < .001$) (Labeau, 2012). Los mismos resultados son obtenidos por otros autores, argumentando que esto es debido a que las mujeres tienen una situación socioeconómica más baja que los hombres (Landsbergis, et al, 2011).

Ahora bien, las mujeres que perciben inseguridad laboral tenían mayor riesgo de deterioro de la salud, tras su ajuste para todas las

covariables (OR = 1.78 IC del 95%: 1.24 a la 2.54). Entre los hombres, no hubo un efecto principal producido por inseguridad laboral (Rugulies, Aust, Burr, y Bültmann, 2008). No obstante, la prevalencia de problemas de salud mental entre los trabajadores 40-60 años de edad es significativamente mayor entre los hombres en comparación con las mujeres. Esto puede estar relacionado con las diferencias de los roles de género entre hombres y mujeres en relación con el trabajo y la familia. Para los hombres el trabajo remunerado ocupa un papel central, el denominado modelo de varón sustentador, que en el presente contexto puede dar lugar a un mayor empeoramiento agudo de la salud mental debido, entre otras cosas, al miedo a perder el puesto de trabajo para los cuales no hay alternativas (Utzet, et al, 2016).

Algunos autores encontraron que, el 32.4% de las trabajadoras tenían contrato temporal mientras que los hombres lo tenían en un 23.5% (Borrell, Muntaner, Benach, Artazcoz et al, 2004). Pero además, el trabajo no normalizado está ocupado preferentemente por mujeres casadas asociándose significativamente en el caso de los hombres con trastornos musculoesqueléticos (OR 1.97; IC del 95%: 1.24 a 3.19) y en las mujeres, el empleo no estándar se relacionaba con trastornos mentales (OR 3.25, IC 95% 1.40-7.56) (Kim, Khang, Muntaner, Chun al, 2008). Los empleados expuestos a reducción de personal, pero que mantienen sus puestos de trabajo tenían un riesgo mayor de prescripción de psicofármacos (razón de tasas = 1.49, 95% CI 1,10 hasta 2.02 en hombres y 1.12, 95% CI 1.00-1.27 en mujeres) que los no expuestos a reducción de personal. (Kivimaki, Honkonen, Wahlbeck, Elovainio et al, 2007), o el trabajo eventual (Hipple, 2001).

Sin embargo, si se analiza sólo a los trabajadores expuestos a altas exigencias, bajo apoyo y alta inseguridad sobre las condiciones de trabajo y a perder el trabajo, los hombres y las mujeres muestran una mayor prevalencia de problemas de salud mental que la muestra total de

trabajadores analizados, y también mayor que el de la población de referencia (Utzet, et al, 2016).

Otros autores han obtenido que la tensión laboral, escasa autonomía, desequilibrio esfuerzo recompensa, y baja recompensa, especialmente inseguridad, se han asociado con síntomas de depresión y/o trastornos psiquiátricos entre los hombres. El compromiso excesivo en el trabajo fue un factor de riesgo tanto para hombres como para mujeres y, el apoyo social en el trabajo reduce los síntomas depresivos en las mujeres (Niedhammer, Chastang, David, Barouhiel, et al, 2006).

Pero también, tanto para mujeres y hombres, altos índices de insatisfacción laboral se asociaron moderadamente con inseguridad y bajos niveles de control sobre el trabajo (Coelho, Tavares, Lourenço, et al, 2015).

7). **Inequidad en los intercambios sociales:** Se ha escrito mucho, sobre los problemas de inequidad de género en el ámbito laboral, desde las explicaciones históricas de la desigualdad (Amott y Matthaei, 1996; Padavic y Reskin, 2002), las barreras de la “discriminación de segunda generación” que implica patrones de interacción entre los grupos dentro del lugar de trabajo que, con el tiempo, excluye grupos no dominantes. (Sturm, 2001) hasta los procesos de diferenciación social de género al considerar a las mujeres como una clase inferior (Reskin, 1998, West y Zimmerman, 1987). A su vez, el tema de la subordinación de la mujer en el trabajo no es nuevo y ha sido extensamente tratado el apartado anterior.

Los resultados revelaron que algunas variables sociodemográficas afectan a las percepciones de justicia organizacional; que la percepción de falta de justicia se relaciona negativamente con el estrés laboral, y que la orientación hacia el colectivismo de los empleados actúa como una variable moderadora sobre tales relaciones.

En una muestra de 378 trabajadores argentinos, 42.86% mujeres, se asoció positivamente la percepción de inequidad procedimental ($r = .47$; $p < .01$) y género masculino lo que estarían indicando un rol más activo por parte de los varones en el empleo y aplicación de procesos y procedimientos organizacionales. Esto sea debido posiblemente a que los hombres hacen conocer con más vehemencia sus puntos de vista siendo por tanto, más escuchados por los jefes y supervisores. Acerca de los procedimientos mediante los cuales se distribuyen los recursos y las recompensas, tendrían percepciones más elevadas de justicia procedimental en la organización. Además, serían los empleados mayores y las mujeres que llevan más tiempo trabajando en la empresa los que se sentirían tratados con más dignidad y respeto (justicia interpersonal) por parte de los encargados de aplicar los procedimientos y tomar las decisiones distributivas. (Omar, 2006). Otros autores manifiestan que Inequidad en los intercambios sociales es percibida más intensamente por las mujeres (Perrons, Lacey, Phillips, Wearing, et al (2016).

Además se ha comprobado que desarrollar trabajos de alto nivel en la empresa junto con una elevada antigüedad se relaciona negativamente con inequidad en los intercambios sociales (Gracia, Torres, Muñoz, y Castillo, 2015).

8). **Trabajo Emocional:** parecen existir diferencias en cuanto al género, siendo las mujeres las que mayor probabilidad tienen de padecer las consecuencias de esta variable (Johnson y Spector, 2007; INSHT, 2011). Esta diferenciación parece ser debida a que la mujer está estereotipada como emocionalmente débil, dependiente, pasiva, no competitiva, e insegura (Ragha, 2012). Además, hay estereotipos de género asociados al rol profesional (Gutiérrez y Luengo, 2003) que transmiten que los hombres poseen mayores capacidades para el desarrollo de tareas científicas. Pero también, a la mujer se la ha relacionado con el trabajo de bajo nivel que, además usualmente, tiene un

componente emocional alto (Husso y Hirvonen, 2012; Tracy y Scott, 2006). Esta diferenciación también se ha relacionado con los roles sociales que tiene la mujer (Kmec y Gorman, 2010).

Otros autores encuentran que el trabajo emocional tuvo un impacto negativo sobre la satisfacción laboral y la intención al abandono (Choi, y Ji, 2015).

Las mujeres tienden a mostrar emociones y problemas de salud más fácilmente que los hombres. Por otro lado, la sobrecarga se relaciona positivamente con el agotamiento emocional (O'Driscoll, 1996). Otra razón es que las mujeres están condicionadas socialmente por el rol de género, y en los hombres se enfatiza la dureza e indiferencia emocional, así como una actitud de orientación al logro opuesta a la interdependencia y habilidad en las relaciones interpersonales (Gil-Monte, 2002).

Otros estudios encuentran que en 178 alumnos de un curso de posgrado de educación física de la Universidad de Extremadura, 70% mujeres, los profesores experimentan mayor proporción de emociones positivas en el aprendizaje y la enseñanza de las diferentes materias científicas, mientras que las profesoras experimentan un aumento de emociones negativas, aun habiendo cursado carreras relacionadas con las ciencias (Borrachero, Brigido, Mellado, Costillo, et al, 2014).

En una muestra de 578 docentes, 58.1% mujeres, se comprobó que los hombres presentaron puntuaciones más elevadas en la inhibición o supresión de las emociones y, en consecuencia, utilizaron más que las mujeres estrategias de afrontamiento como la racionalización y el distanciamiento, mientras que las mujeres emplearon más estrategias de evitación así como estrategias orientadas a la descarga emocional; es decir, los hombres suelen ser menos propensos a expresar emociones y tienden a enfrentarse con las situaciones estresantes aislándose o alejándose de los demás (León-Rubio, et al, 2013).

Aunque, otros trabajos no encuentran diferencias significativas en cuanto al control de las emociones a las consecuencias que tienen estas sobre el bienestar psicológico sí que obtienen diferencias estadísticamente significativas para la amplitud de la experiencia emocional como agitada (M hombre = 7.41/M mujer = 6.78 $t = 2.55$; $p < .01$), porcentaje de tiempo que debe reprimir emociones (M hombre = 45.51/M mujer = 62.60 $t = - 6.09$; $p < .001$), complejidad sustantiva (M hombre = 12.05/M mujer = 11.08 $t = 4.03$; $p < .001$), oportunidades de promoción (M hombre = 9.56/M mujer = 8.69 $t = 3.00$; $p < .001$), (Erickson y Ritter, 2001) o, en otro estudio realizado en 256 personas que realizan sus tareas en el sector servicios de la industria del turismo, 64.8% mujeres, se obtuvo que la actuación superficial fue diferente en función de la experiencia laboral pero no en función del género o la edad. También se demostró que los proveedores de servicios que tienen entre de 3-5 años de experiencia laboral realizan una mayor cantidad de actuación superficial, mientras que los que tienen más de 20 años de experiencia de trabajo lo aplican en menor cantidad. Además se encontró que la actuación profunda no fue diferente según las características demográficas (género, edad y experiencia laboral), pero los proveedores de servicios que tienen entre 10-15 años de experiencia de trabajo utilizan con mayor cantidad la acción profunda. (Sohn y Lee, 2012).

En el análisis de unas submuestras de hombres y mujeres, el factor determinante en la percepción del grado de exigencia emocional es la ocupación. Pero, atender a la dimensión de género cambia el mapa de distribución de las exigencias emocionales, porque hay más diferencias internas en el grupo femenino que en el masculino, y también las diferencias son más grandes. Incluso las mujeres declaran alto nivel de exigencia emocional en ocupaciones no caracterizadas por trabajar con usuarios (como en el caso de trabajadoras de la construcción, la minería o mecánicas). Con respecto a estas descripciones, se podría pensar que la reducida presencia femenina en ciertas ocupaciones podría influir en este

mapa desigual, pero esto sólo ocurre en algunas de dichas ocupaciones (Marrero, et al, 2015).

En los dos modelos, se repite también la importancia del nivel de estudios, aunque la antigüedad, el tipo de jornada laboral y la edad tienen pesos distintos en las dos submuestras. En cualquier caso, la atención a la dimensión de género afecta al mapa de exigencias emocionales (Marrero, Abdul-Jalbar 2015).

Considerar la dimensión de género y el mapa desigual de exigencias emocionales resultante plantea nuevas dudas, al sugerir el abordaje de dos aspectos. Por un lado, las percepciones diferenciadas de los individuos según género acerca de los contenidos y de las exigencias de su labor profesional. Quizá las mujeres perciben su trabajo como más exigente emocionalmente que los hombres. Esta idea sería coherente con los resultados de algunos análisis previos. En uno de ellos, se destacan distintas estrategias de afrontamiento de las exigencias emocionales según géneros; así, en las mismas condiciones laborales, los hombres muestran conductas de afrontamiento activas en mayor medida que las mujeres (Salanova, Rosa, y Martínez, 2005).

En otro estudio, se detectó que hay diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a los riesgos de sufrir estrés, entre otras razones, por su diferente percepción sobre los elementos causantes del mismo (Rivera-Torres, Araque-Padilla, y Montero-Simó, 2013) y, en estos casos, las diferencias entre hombres y mujeres tendrían su origen en procesos «intrapersonales» sobre los que cabría indagar con mayor profundidad (Marrero, Abdul-Jalbar, 2015).

9). **Liderazgo laissez faire:** En un estudio realizado con 81 trabajadores de una biblioteca, 74.1% mujeres, no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre el liderazgo laissez faire en cuanto al género, siendo ligeramente superior para el género femenino ($M = 41.01$) sobre el masculino ($M = 40.98$). Para el liderazgo

transaccional las diferencias fueron ligeramente significativas obteniendo las mujeres una media de 44.03 y los hombres 32.36 con un valor de $p = .049$ (Tarsik, Kassim, y Nasharudin, 2014).

10). **Percepción de riesgo:** Por último, la diferencia de género en cuanto a la percepción de los riesgos se relaciona con que la gestión preventiva llevada a cabo en los puestos de trabajo ocupados por las mujeres es de menor calidad que la realizada en los puestos de trabajo ocupados por hombres (porcentaje mujeres/hombres para existencia de plan de prevención (78.7/92.8%; $\chi^2 = 4.03$; $p < .05$) (porcentaje mujeres/hombres para organización preventiva 93.6/98.6%; $\chi^2 = 5.47$; $p < .05$) (Gayoso, Rodríguez, Fernández, et al, 2015; Llorca-Rubio, Gil-Monte, 2013).

5.2.2. Factores de Recursos:

1). **Autonomía:** La 5ª Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo (EWSC), obtiene que, los hombres perciben más autonomía en el trabajo que las mujeres (Hombres = 35% vs Mujeres = 30%), siendo los más perjudicados los trabajadores manuales menos cualificados en todos los grupos profesionales. (Collins, y O'Sullivan, 2015; Eurofound, 2012).

Al analizar las distintas variables que componen esta dimensión, las mujeres perciben más intensamente que los hombres la falta de libertad para decidir sus vacaciones o días libres (57.7%/55% $p = .003$), mientras que, los hombres perciben con mayor intensidad que no pueden modificar el método de trabajo (55.5%/53.5% $p = .021$) o, no pueden modificar el orden de sus tareas (54.6%/49.9% $p < .001$) mientras que, con respecto a la modificación del ritmo de trabajo y a la modificación en la distribución o duración de las pausas en el trabajo las diferencias de exposición por género no son estadísticamente significativas (Delgado, 2013).

La poca autonomía y apoyo social en el trabajo se asoció con fatiga, tanto en hombres como en mujeres. Las asociaciones también se

encontraron entre las demandas emocionales en el trabajo, inseguridad laboral, exigencias físicas y conflictos con el supervisor y fatiga en los hombres; y con altas demandas psicológicas y fatiga en las mujeres (Bultmann, y Kant, 2002).

En una muestra integrada por profesores universitarios y personal de apoyo (N=332), de los que el 40.36% de ellos eran hombres obtuvieron que las mujeres sufrían más baja autonomía ($\chi^2 = 3.43$, $gl = 1$, $p = .06$) (Liu et al, 2008).

2). **Apoyo Social en el trabajo:** las mujeres perciben más intensamente la falta de apoyo de sus compañeros (Mujeres = 33.4% vs Hombres = 31%; $p < .004$), mientras que con referencia a la obtención de ayuda de sus jefes o supervisores, no se observaron diferencias significativas por género (Delgado, 2013). Por otro lado en la VII ENCT se obtiene que las mujeres perciben más intensamente la falta de apoyo de sus compañeros (6,4% en hombres y 8,3% en mujeres) (INSHT, 2011).

Otro estudio desarrollado en profesores turcos (N = 545), 32% mujeres, se obtuvo que tanto profesores como profesoras buscaban apoyos de forma distinta cuando se encontraban expuestos a violencia verbal ($\chi^2 (5) = 22.81$ $p < .01$), física ($\chi^2 (5) = 36.64$ $p < .01$), emocional ($\chi^2 (5) = 26.13$ $p < .01$) y, sexual ($\chi^2 (5) = 37.43$ $p < .01$). Los resultados indican que el 87.2% de maestras expuestas a la violencia verbal prefirió compartir la situación con sus familias y cónyuges mientras que, el 50.6% de los varones prefieren compartir la situación con sus compañeros (Türküm, 2011).

En un estudio realizado sobre 2121 funcionarios japoneses no se encontraron interacciones entre control del trabajo y apoyo social en el trabajo con depresión, agotamiento e insomnio. Tras la estratificación por demandas, la interacción sinérgica puede ser diferente entre hombres y mujeres (Saijo, et al, 2015a).

Otro estudio sueco obtuvo un efecto sinérgico entre bajo control del trabajo y bajo apoyo social en el trabajo sobre el malestar psicológico general. Los resultados mostraron que el efecto sinérgico era más fuerte cuando las demandas de trabajo eran bajas en comparación a cuando las demandas eran altas, y sobre todo en los hombres, se observó un efecto antagónico cuando las solicitudes de empleo eran altas (Choi, Ostergren, Canivet, Moghadassi, et al, 2011).

3). **Coping:** En el caso de estudios que describen diferencias entre hombres y mujeres de acuerdo a las respuestas utilizadas para adaptarse a situaciones estresantes o potencialmente estresantes, vistas como mecanismos de coping al estrés, aparecen nuevamente dos tipos de perspectivas. Existen los que argumentan que la modalidad del uso de mecanismos de coping no es diferente entre hombres y mujeres (Torkelson, Muhonen, y Peiró, 2007) que demostraron esta circunstancia en una muestra de 62 sujetos de una empresa sueca de telecomunicaciones, describiendo en su estudio como los trabajadores de ambos sexos utilizan indistintamente formas de coping colectivo e individual. Otros estudios tampoco encontraron diferencias significativas en las estrategias de coping según el género del trabajador al utilizar una muestra de 109 estudiantes de psicología de USA, 42.48% hombres, obtuvieron que las mujeres participantes usan significativamente más reducción de los síntomas de afrontamiento que los participantes masculinos en la situación de sobrecarga de trabajo auto-centrado ($t = 6.86$; $p < .01$) (Krajewski y Goffin, 2005). Las mujeres utilizan más las formas de coping emocional y social, mientras que los hombres utilizan más las formas de coping relacionado con el control (Torkelson y Muhonen, 2004).

De esta forma, las mujeres afrontan los problemas de forma diferente a los hombres. Así, desde la hipótesis de la socialización, para explicar las diferencias de género, se considera que las mujeres tienen un estilo de afrontamiento centrado en la emoción, mientras que los hombres

tienen afrontamiento activo, centrado en el problema (Ptacek, Smith y Zanas, 1992). Estas diferencias de afrontamiento pueden ser responsables de las variaciones en la respuesta al estrés mediada por el género. Así, en una muestra de 2816 personas, 55.61% mujeres, las mujeres sufrirían de mayor sintomatología somática y de estrés psicológico en comparación con los hombres ($F_{(8; 2623)} = 15.2, p < .001; \eta^2 = 0.044$) (Matud, 2004). Además, las mujeres tienen mayor probabilidad de desarrollar trastorno por estrés postraumático tras una vivencia traumática llegando a argumentarse que podría ser debido a las diferencias en los hormonas gonadales (Foa, Keane, Friedman et al, 2003).

Otros autores concluyen que, los hombres tienen mayor riesgo de agotarse emocionalmente que las mujeres (Ali El Sahili, 2012) mientras que otros concluyen que son las mujeres las que presentan mayor riesgo ya que los hombres tienen una mayor capacidad de eliminarlo en el trabajo (FETE UGT, 2003), por lo que todavía no existe un consenso para el estudio de la relación entre el uso de estrategias de coping y el género del trabajador, generando esto un problema en la investigación (Ramos et al, 2014).

Por último, aquellas mujeres que aplican estrategias de coping perciben menor conflicto trabajo familia que aquellas que no lo aplican (Somech y Drach-Zahavy, 2007).

4). **Retroinformación:** A pesar de su importancia, en la actualidad, hay pocos estudios que hayan examinado las diferencias de género en cuanto a la percepción de retroinformación. Se ha obtenido que a las mujeres les resulta más difícil que a los hombres aceptar la retroinformación y les es más difícil dar retroinformación ($t = 2.39; p = .017$). Los hombres están significativamente más dispuestos a aceptar retroinformación que las mujeres ($t = -2.01; p = .045$). (Peled y Sharon, 2015) percibiendo las mujeres menor nivel de retroinformación.

Oldham y Hackman (2010) proponen que la importancia de las tareas y la retroinformación contribuyen a la satisfacción laboral de los empleados, y esos factores pueden ser especialmente importantes para la satisfacción laboral de la mujer (Schwalbe y Staples 1991).

5). **Autoeficacia:** Se documentó que existen diferencias significativas, siendo más alta en las mujeres que en los hombres ($p = .001$) (Hinojosa-García, Alonso-Castillo, y Castillo-Muraira, 2012).

Con referencia a los logros profesionales, para las mujeres, son más personales e independientes al reconocimiento externo (Barbera y Cantero, 1996; Markus, 1990) valorando sobre todo el dominio amistad que concuerda con el rol social que se les otorga por lo que están formadas en torno a la importancia de la construcción de vínculos estables y sinceros, con un mayor énfasis en la sociabilidad, la amistad y la orientación hacia los demás (Aguilar, Valdez, González-Arratia y González, 2013), mientras que para los hombres, los logros predominantes son el protagonismo personal y el reconocimiento social (Coria, 1993, Kalet, Fletcher, Ferdman y Bickell, 2006), lo cual se puede atribuir a las condiciones laborales a partir de las cuales esperan obtener gratificaciones y logros profesionales para el cumplimiento de proyectos y objetivos futuros (Denegri, García, y González, 2015).

Algunos estudios sugieren que las mujeres atribuyen sus logros a causas externas (apoyo, azar, etc.) y sus fracasos a factores internos (habilidad, esfuerzo, etc.), mientras que los hombres realizan lo contrario (Barbera et al, 1996; García-Retamero y López-Zafra, 2008; Swin y Sanna, 1996;).

Respecto a la capacidad de aprender en el trabajo, en las mujeres, es mayor respecto a los hombres (18.4% y 14.7%, respectivamente) mientras que los hombres manifiestan una frecuencia algo mayor de dificultades para la compatibilización trabajo familia 23.8% que las mujeres 21.2% (INSHT, 2011).

6). **Autoestima:** Los resultados evidencian que la mujer trabajadora obtiene un mayor nivel de autoestima que en el ama de casa; dado que, esta última, tiene escaso reconocimiento social y la misma mujer piensa que las actividades que realiza no son trabajo (Noriega, Gutiérrez, Méndez, et al, 2004). Por lo tanto, trabajar le ayuda a romper con el aislamiento social creando nuevas relaciones, lo que mejora el bienestar físico y emocional (Lazarevich, Mora-Carrasco, 2008; Cladellas, 2008).

Otros autores han encontrado que no existen diferencias en autoestima entre hombres y mujeres (García, López, Dresch, y Morales, 2008).

7). **Valores:** En los aspectos referentes a la cultura, existen valores que son significativamente más importantes para los hombres que para las mujeres, como el caso del salario, los beneficios, el poder, la autoridad y el estatus; mientras que las mujeres valorizan más las relaciones, el respeto, la comunicación, la colaboración y la familia.

En un estudio realizado en tres hospitales griegos (N = 125), 62.5% mujeres, 27.9% personal médico, 28.7% personal de enfermería, y 43.4% personal administrativo, las mujeres eran más propensas a creer que su organización espera que sean precisas, tolerantes y reflexivas, así como mostrar respeto por los derechos del individuo y entusiasmo para el trabajo, mientras que los hombres tienden a pensar que se espera que sean agresivos, siendo la asociación mayor con entusiasmo con el trabajo ($r = .65$, $p < .01$), justicia ($r = .55$, $p < .01$), reflexivo ($r = .55$, $p < .01$), orientación hacia las personas ($r = .53$, $p < .01$) y, apoyo, ($r = .50$, $p < .01$), mientras que las menores son, la toma de iniciativa ($r = .28$, $p < .05$), ser muy organizado ($r = .27$, $p < .05$), desarrollo de amistad en el trabajo ($r = .26$, $p < .05$) y previsibilidad ($r = .26$, $p < .05$) (Bellou, 2010). Resulta interesante que, a pesar que los hombres y las mujeres colocan pesos diferentes a los valores que forman parte de la cultura

organizacional, no se han presentado evidencias de que el género sea un moderador en la relación que se establece entre la congruencia de valores organizacionales y personales, y el estrés laboral (Bocchino, et al, 2003; Hagström y Kjellberg, 2007; Posner, 2010; Sezgin, 2006; Van Der Wal, et al, 2008).

Aparte de las similitudes, también hay grandes diferencias en los rasgos culturales de la organización que mejora la satisfacción laboral entre hombres y mujeres. En particular, los hombres consideran que tener una buena reputación ($r = .21$; $p < .05$), intercambio de información ($r = .30$; $p < .01$), oportunidades para el crecimiento personal ($r = .53$; $p < .001$) y, estabilidad ($r = .22$; $p < .05$) amplifican la satisfacción laboral mientras que la informalidad la reducen ($r = -.20$; $p < .05$). En cuanto a las mujeres, consideran que la medida en que su organización hace hincapié en entusiasmo por el trabajo ($r = .50$; $p < .001$), aprovechamiento rápido de oportunidades ($r = .21$; $p < .05$), una sola cultura ($r = .33$; $p < .01$), gente que está siendo orientada ($r = .38$; $p < .01$), orientación a la calma ($r = .30$; $p < .01$), y decisión ($r = .23$; $p < .05$) produce mayor satisfacción laboral. Por el contrario, creen que la falta de reglas supone una carga ($r = -.22$; $p < .05$) y por lo que es distintivo ($r = -.26$; $p < .05$). Las investigaciones realizadas no demostraron que las mujeres tengan menor resistencia al estrés laboral que los hombres, sino que el género puede estar actuando como variable moduladora, con la influencia de factores culturales (Alfredsson, Spetz, y Theorell, 1985; Artazcoz et al., 2006; Haines, Marchand, Rousseau, y Demers, 2008)

5.2.3. Consecuencias:

1). **SQT:** Entre las dimensiones agotamiento, cinismo y eficacia profesional sólo se asoció significativamente cinismo y agotamiento para ambos géneros (mujeres ($r = .57$; $p < .001$) y hombres ($r = .71$; $p < .001$)). Las asociaciones entre satisfacción laboral y eficacia son positivas (mujeres ($r = .41$; $p < .001$) y hombres ($r = .34$; $p < .001$)),

mientras que entre satisfacción laboral y las otras dos dimensiones de SQT las asociaciones son significativamente negativas en hombres y en mujeres (agotamiento para hombres ($r = -.52$; $p < .001$) y para mujeres ($r = -.31$; $p < .001$) (cinismo, para hombres ($r = -.38$; $p < .001$) y para mujeres ($r = -.44$; $p > .05$)). Destaca la alta asociación entre cinismo y agotamiento en mujeres ($r = .57$; $p < .001$) (Moreno-Jiménez, Ríos-Rodríguez, Canto-Ortiz, San Martín-García, et al, 2010). Otros autores no encuentran diferencias (Alavinia, y Ahmadzadeh, 2012; Aranda y Pando, 2010), mientras que otros, en cambio, encuentran que los hombres puntúan significativamente más alto que las mujeres en la dimensión despersonalización. También se ha encontrado que la sobrecarga laboral aparece como predictor significativo de agotamiento emocional en ambos sexos; sin embargo, solo resultó significativo para la dimensión realización personal en el trabajo en la muestra de mujeres (Gil-Monte, Peiró y Varcacel, 1996).

Otros estudios han encontrado que las mujeres puntúan ligeramente más elevado en agotamiento emocional, mientras que los hombres lo hacen en despersonalización (O'Driscoll, 1996).

La Unión General de Trabajadores en España (UGT) señaló que, las mujeres, tienen más posibilidades de padecer SQT debido a diversas circunstancias tales como: carga mental, falta de autonomía, menor control sobre el trabajo y peores condiciones ambientales en su vida laboral (Comisión Ejecutiva Confederal de la Unión General de los Trabajadores (UGT, 2007).

Otros autores concluyen que las mujeres presentan mayor SQT, ya que la carga de trabajo cuantitativa y cualitativa de sus actividades domésticas y asalariadas equivale a más exigencias emocionales y físicas (Burin, 1998).

Otro estudio realizado con 3591 mujeres de la población general residente en Estocolmo encontró que el absentismo por enfermedad y la

tensión financiera se asociaron positivamente con alto desgaste psíquico relacionado con el aumento de la edad y negativamente con alta posición y cuello blanco. El bloque socioeconómico/demográfico representó el 19.6% de la variación en alto nivel de agotamiento. Altas demandas de trabajo se asociaron positivamente con un alto desgaste psíquico. El bloque de estrés laboral representó el 8.1% de la variación en alto nivel de agotamiento. Las variables estilo de vida/medicación/salud, enfermedades somáticas, cardiovasculares y gastrointestinales, dolor y uso de medicamentos psicoactivos se asociaron positivamente con alto agotamiento. El estilo de vida/medicación/ salud somática representó el 5.9% de la variación en alto agotamiento, 17.7% de alto SQT y el 5.8% de bajo SQT con estilo de vida, medicamentos y las variables de salud somáticas. Por último, puntuaciones altas de depresión se asociaron positivamente con alto agotamiento. Un examen de los niveles de depresión, revelaron que el 36.1% de altos niveles de SQT y el 40.7% de bajos tenían niveles moderados de depresión. El bloqueo psicológico representó el 14% de la variación en alto agotamiento. Aquellos que tienen altos niveles de SQT eran más a menudo fumadores, mientras que utilizaban menos alcohol que los que tienen niveles bajos. También consumían más agentes psicoactivos y fármacos para enfermedades somáticas. (Soares, Grossi y Sundin, 2007).

Otros autores han encontrado que existen diferencias estadísticamente significativas de acuerdo al género en las dimensiones baja ilusión por el trabajo y culpa, pudiéndose decir que en las dimensiones ilusión por el trabajo y culpa, los varones puntuaron más alto que las mujeres, es decir, se sienten más desgastados emocionalmente por su trabajo, y después de haber presentado actitudes indolentes con las personas con que se trabaja, se han generado sentimientos de culpa (Nava, y Páez, 2013).

En una muestra de 6580 trabajadores de distintas ocupaciones, (N hombres = 2889/ N mujeres = 3691), se obtuvo que las mujeres

percibieron mayor agotamiento emocional ($M = 972$) que los hombres ($M = 522$) ($p < .0001$) (Leineweber, et al, 2013).

En un análisis de 203 trabajadores, 67.3% mujeres, se obtuvo que, la inseguridad laboral fue predictiva para SQT en los hombres ($R^2 = .27$, $F_{(2, 64)} = 11.49$, $p < .001$), así como la puntuación SQT de las mujeres ($R^2 = .11$, $F_{(2, 135)} = 8,27$, $p < .001$). Además, las puntuaciones de cinismo fueron predichas por inseguridad laboral para los hombres ($R^2 = .29$, $F_{(2, 64)} = 12.39$, $p < .001$), así como para las mujeres ($R^2 = .12$, $F_{(2, 135)} = 9.05$, $p < .001$). Por último, inseguridad laboral predijo incumplimiento tanto para los hombres ($R^2 = .30$, $F_{(2, 64)} = 13.12$, $p < .001$) y mujeres ($R^2 = .19$, $F_{(2, 135)} = 15.59$, $p < .001$) (Labeau, 2012).

2). **Problemas de salud como consecuencia del trabajo:** En cuanto a las consecuencias, las mujeres es el grupo que presenta mayor riesgo en cuanto a estrés y problemas de salud (Arevalo-Pachon y Gerrero, 2010).

Se investigaron las respuestas psicofisiológicas en mujeres y las compararon con las de los hombres, concluyendo que las mujeres premenopáusicas tienen cierta protección ante problemas coronarios y de hipertensión (Jones, Kim, Kim, et al, 1996), que podría ser debido a que los hombres suelen tener mayor reactividad catecolaminérgica (en concreto, la adrenalina) y mayor presión arterial sistólica que las mujeres (Stoney, Davis, y Matthews, 1987).

Los resultados de percepción de salud derivada del trabajo muestran que los hombres perciben más que su salud está afectada por el trabajo en comparación con las mujeres (OR 1.20 IC95% 1.070-1.360). Las características sociodemográficas, laborales y las condiciones de trabajo asociadas a mayor riesgo de percibir que la salud está afectada por el trabajo son ser hombre, de entre 25 a 55 años, que trabaja más de 40 horas/semana, y con antigüedad mayor de un año, expuesto a

contaminantes químicos, riesgos físicos, carga física y mental del trabajo, riesgos psicosociales o violencia en el trabajo, (Delgado, 2013).

Otros autores obtienen que las mujeres perciben un peor estado de salud que los hombres, estando esta diferencia en relación con el tipo de contratación ($p < .001$) (Artazcoz, Cortés, Borrell, Escribà-Agüir et al, 2011). En una muestra de 6580 trabajadores de distintas ocupaciones, (N hombres = 2889/ N mujeres = 3691), la prevalencia de la salud percibida fue ligeramente mayor entre los hombres que entre las mujeres (M hombres = 600/ M mujeres = 703) $p = .019$) (Leineweber, et al, 2013).

Por otro lado, otros autores obtienen en una muestra de 500 personas que, cuando se analiza el grupo en general, las mujeres tienen peor percepción de salud que los hombres, modificándose o desapareciendo estas diferencias al considerar la condición de trabajo de los participantes. Las variables psicológicas predicen más la salud física de las mujeres que la de los varones, lo que parece indicar que la salud física de las mujeres está íntimamente relacionada con la salud psicológica. Se encontraron diferencias en relación con las necesidad de realizar visitas al médico (M hombres = 1.63; M mujeres = 2.35; $t = -4.72$; $p < .01$) y, percepción de salud física (M hombres = 7.50; M mujeres = 7.11; $t = 2.47$; $p < .01$). En el caso de trabajadores, los resultados son significativos en necesidad de realizar visitas al médico (M hombres = 1.63; M mujeres = 2.37; $t = -3.09$; $p < .01$), no habiendo diferencias con la percepción de salud física (M hombres = 7.53; M mujeres = 7.37; $t = 0.70$; $p = n.s.$) (Sánchez, Aparicio, y Dresch, 2006).

Las demandas familiares no se asociaron con la salud de los hombres mientras que las mujeres casadas que vivían en unidades de más de tres miembros familiares tenían peor percepción de su estado de salud (aOR = 4.16; IC del 95%: 1.37 a 12.65) y de síntomas psicosomáticos (aOR = 2.05; IC del 95%: 1.12 – 3.75). Entre las mujeres, que trabajan más de 40 horas a la semana también se asoció con ambos indicadores de

salud (aOR=5.44; 95% CI: 1.42–20.82) y (aOR=2.17; 95% CI: 0.93–5.04) respectivamente. Tanto en hombres como en mujeres, las visitas médicas se asociaron con síntomas psicósomáticos (aOR=1.93; 95% CI: 1.38–2.68 para hombres y aOR=1.55; 95% CI: 1.00–2.41 para mujeres). (Artazcoz, et al, 2004).

Además, otros autores identificaron una asociación de mayor magnitud entre las altas demandas en el trabajo y la sintomatología psicósomática en las mujeres (Artazcoz, Borrell, Cortés, et al, 2007), lo que sugiere que las demandas laborales y el desigual reparto de las tareas familiares podrían interactuar negativamente en la salud de algunas mujeres trabajadoras.

Existe una constatada relación entre los roles familiares, el apoyo social y los roles laborales con la salud, así, en referencia con los roles familiares poseen un alto potencial estresor. Esto se encuentra relacionado con la educación recibida por las mujeres que ha sido dirigida de tal manera que se sienten obligadas a manejar las demandas de su familia, trabajo y casa al mismo tiempo (Lazarevich, et al, 2008).

En un análisis realizado sobre 380 trabajadores donde se estudió a la población femenina (N = 170), compuesta por médicas, enfermeras, personal de laboratorio y asistencias médicas con sus actividades organizadas en dos turnos: matutino y vespertino, con distintos horarios de entrada y de salida según las necesidades. Se encontró que el 86.2% de las mujeres que no cuentan con ayuda para desarrollar las actividades del hogar padecen algún trastorno psíquico o psicósomático (RP (IC 95%) 1.8 (1.30–2.50) (Noriega, Gutiérrez, Méndez, Pulido, 2004).

Por otro lado, las mujeres pueden experimentar una receptividad especial al estrés en el mundo del trabajo que compromete su salud, debido a la responsabilidad familiar, el asedio sexual, y la inseguridad del trabajo de la pareja o por la extensa jornada de trabajo dentro y fuera de la casa pero sin perder de vista que también los hombres se enfrentan a

situaciones semejantes, sólo que con recursos distintos y presupuestos culturales e ideológicos que definen sus comportamientos. (Ramírez, 2001).

Se ha comprobado que el tiempo de trabajo es una variable importante en la generación de estrés y de enfermedad mental, no sólo por la extensión de la jornada en sí misma, sino por la forma en que las mujeres trabajadoras tienen que resolver sus actividades extralaborales (el 39.7% de las que trabajan 6.5 h/día padecen trastornos mentales (Razón de Prevalencia (RP) = 1.0 (IC 95%)) mientras que el 62.6% de las que trabajan 8 h/día padecen trastornos mentales (RP = 1.6 (IC 95%) (1.20-2.20)), sobre todo aquéllas que tienen niños dependientes (70.6%) (RP = 3.3 (IC 95%) (1.70-6.70)). (Noriega, et al, 2004).

Además, las mujeres que manifestaron presiones de tiempo para realizar trabajos domésticos y que trabajan en el cuidado de adultos inválidos, presentaron mayor probabilidad de sufrir problemas de salud (Tenezaca, Torres y Valverde, 2014).

Se ha comprobado que las mujeres padecen de dos a tres veces más depresión que los hombres, por lo que el género femenino podría ser considerado un factor de riesgo (Doti, 2012). Esto puede ser debido a los efectos de la socialización, la predisposición biológica y cultural, pero según numerosos estudios, esto es debido a que las mujeres tienden a tener una menor sensación de autoestima, interpretan los acontecimientos de forma más negativa, se evalúan a sí mismas con más dureza, estableciendo objetivos menores que los varones además de que, los roles sociales que tienen atribuidos las mujeres, empeorando esta situación el matrimonio y la maternidad (Harrison, 2011).

En un estudio realizado con 347 mujeres, en su mayoría residentes de la Comunidad Autónoma de Madrid, se ha observado que las mujeres trabajadoras tienen una mejor percepción de su salud (76.4%) que aquellas que no trabajan (64%). Cuando existe una mayor

conformidad con el rol de género femenino se asocia con un estado más débil de salud ya que en España, el estereotipo de femineidad, se asocia con una mayor vulnerabilidad a la somatización (OR =1.56 (1.01-2.40; $p = .04$) (Esteban, 2014).

Además, las mujeres realizan más visitas al médico que los hombres (5.93/3.82; $t = 5.67$; $p < .001$) y tienen peor percepción de salud (7.63/7.33; $t = 3.39$; $p < .001$). Al diferenciar entre personas que trabajan y desempleadas se comprobó que entre las personas que trabajan, las que son mujeres, realizan más visitas al médico que los hombres (5.41/3.60; $t = 3.27$ $p < .001$), desapareciendo las diferencias existentes en la percepción de la salud en las personas desempleadas por lo que no existe evidencia empírica de que el nivel de conformidad con el rol de género tenga efectos significativos sobre la salud general (Aparicio, et al, 2008).

Por otro lado, las mujeres de las clases más desfavorecidas poseen un peor estado de salud percibido, más dolor y restricción de actividad, además de peor salud física y mental, que aquellas que pertenecen a las clases sociales más favorecidas (Benavides et al., 2007).

La literatura muestra mayores prevalencias para trastornos depresivos en mujeres adolescentes (M hombres = 2.56/M mujeres = 3.16; $p < .01$) y mayores (M hombres = 1.47/M mujeres = 1.74; $p < .05$) (Leach, Christensen, Mackinnon, Windsor, et al, 2008) y que los cambios en los tradicionales roles de género, acontecidos en los últimos 50 años, no han sido capaces de reducir las diferencias de género en el riesgo de por vida de la mayoría de los trastornos mentales (Seedat, Scott, Angermeyer, Berglund, et al., 2009).

Hay autores que han encontrado una mayor incidencia de ansiedad en las mujeres que en los hombres ($t=2.79$; $p < .01$) (Amador, Rodríguez, Serrano, Adrian, et al, 2014).

Algunas investigaciones refieren que las madres que trabajan tienen menos enfermedades de salud mental, ya que el apoyo social que reciben ayuda para que no se presenten (OIT, 2007).

La prevalencia de mala salud mental varió del 8% en los hombres con ocupaciones no manuales al 19% en las mujeres con ocupaciones manuales. Las mujeres presentaban un mayor riesgo de mala salud mental que los hombres, aunque las diferencias de género fueron superiores entre las trabajadoras manuales (aOR respecto a los hombres del mismo grupo = 2,26; IC del 95%, 1.68-3.05). Las diferencias según la cualificación profesional solamente se presentaron en las mujeres, con una (ORa de 1.58 (IC del 95%, 1.22-2.05) de las trabajadoras manuales respecto a las no manuales. Los factores de riesgo psicosocial que se asociaron con la salud mental fueron: las exigencias psicológicas en todos los grupos, la autonomía sólo en las ocupaciones no manuales y el apoyo social únicamente en las mujeres más cualificadas. Algunas condiciones de empleo, como trabajar en jornada partida o con un contrato temporal, sólo se asociaron con la salud mental en las ocupaciones manuales (Cortés, Artazcoza, Rodríguez-Sanz, y Borrell, 2004).

Por lo tanto, el empleo se convierte en algo claramente ventajoso para la salud de la mujer cuando tiene pocas cargas familiares y/o su empleo es de alto prestigio, por los beneficios asociados a ello (Ramírez, 2001).

3). **Consumo de sustancias adictivas:** Como consecuencia de los riesgos psicosociales existentes en los puestos de trabajo los trabajadores pueden incrementar o iniciarse en consumo de sustancias adictivas, así, se encontró que los varones presentaron mayor consumo de alcohol que las mujeres (27/1.9%) ($\chi^2 = 35.77$, $p < .001$ (Hinojosa-García, et al, 2012).

Otros autores estiman que, el incremento de roles de la mujer, su incorporación al mercado laboral, las expectativas del consumo femenino, así como la utilización del alcohol como mecanismo de afrontamiento, parece corresponder con el aumento en la prevalencia de consumo de alcohol en ellas. Los factores personales que pueden predecir el consumo de alcohol en una persona en un 39.8% son el estado marital. Entre tanto, los factores psicosociales que pueden influir en un 19.5% de las mujeres entrevistadas son la autoestima y los eventos estresantes (Alonso-Castillo, Álvarez-Bermúdez, López-García, et al, 2009).

En una muestra de 6580 trabajadores de distintas ocupaciones, (N hombres = 2889/ N mujeres = 3691), el doble de hombres (M = 236) que de mujeres (M = 147) $p < .0001$ manifestaron problemas con el alcohol (Leineweber, et al, 2013). En España, el consumo excesivo de alcohol entre la población laboral se situó en 5% para los hombres y 2.3% para las mujeres. En relación con el consume de tabaco, entre las personas que consumen tabaco a diario, el 35.2% son hombres y, el 30% mujeres (Observatorio Español sobre Drogas (OED) (2011).

4). **Satisfacción laboral:** Algunos autores no han encontrado diferencias entre hombres y mujeres respecto a satisfacción laboral en trabajadores inmigrantes (Linz, y Semykina, 2013; Moreno-Jiménez, et al, 2010; (Subsecretaria de Trabajo e Inmigración, 2010). así como tampoco para el compromiso con la organización, no obstante, los hombres presentan más asociación significativas entre clima /reconocimiento ($r = .68$; $p < .01$ / $r = .67$; $p > .01$) y compromiso /apoyo ($r = .70$; $p < .01$ / $r = .41$) e innovación $r = .69$; $p < .01$ / $r = .47$; $p < .05$) y en el caso de las mujeres, superan a los hombres en clima (equidad $r = .75$; $p < .01$ / $r = .45$; $p < .05$) (Chiang, et al, 2010).

En cambio, otros autores encuentran que, las mujeres suelen estar más satisfechas que los hombres en su trabajo (M mujeres = 65.0; M hombres = 52.9; $t = 8.88$; $p < .001$), (Clark, 1997) Para el caso de las

mujeres, las relaciones más altas se dan entre los factores de clima organizacional, equidad y compromiso afectivo y normativo (Chiang et al, 2010).

Se ha comprobado mediante estudios que, existen diferencias respecto al género, argumentando que para los hombres, los elementos que son causa de estrés ocupacional, como el conflicto trabajo familia, se asoció negativamente con satisfacción laboral. Por otra parte, aunque el conflicto trabajo familia tuvo una asociación negativa con satisfacción laboral para las mujeres, esta relación era aún más fuerte para las mujeres resistentes al estrés (Ergeneli, et al, 2010). Otros autores concluyen que el conflicto trabajo familia influye en los niveles de estrés en el trabajo, satisfacción laboral y compromiso organizacional en las mujeres, pero no en los hombres, influyendo los niveles de conflicto y ambigüedad de rol en los niveles de satisfacción laboral en los hombres, pero no para las mujeres (Lambert, et al, 2010).

Además, se aprecia que la satisfacción laboral en mujeres se asocia negativamente con inestabilidad ($r = -.42$; $p < .001$); así mismo, se asocia positivamente con la satisfacción con el tiempo libre ($r = .49$ $p < .001$). En hombres, satisfacción laboral se asocia negativamente con trabajar muchas horas al día ($r = -.28$; $p < .001$), trabajo aburrido ($r = -.39$; $p < .001$) y falta de estabilidad ($r = -.44$; $p < .001$); también se asocia positivamente con la satisfacción laboral con el tiempo libre ($r = .39$; $p < .001$). (Moreno-Jiménez, et al, 2010).

5). **Absentismo:** El perfil absentista de los hombres es aquel que trabaja en el sector industrial y/o agrario, en una empresa privada y que posee una baja cualificación mientras que, para las mujeres, registran un mayor nivel de absentismo aquellas que trabajan en el sector servicios, en empresas públicas y con estudios medios (Rojo, 2002).

En la mayoría de los países, las mujeres presentan tasas de absentismo (tiempo de trabajo perdido) más elevadas. Entre sus

conclusiones destacan que en España la tasa de absentismo de los hombres era levemente superior a la de las mujeres (0.02) en comparación al resto de países (Villaplana, 2015).

Otros autores han destacado que los hombres tienen menor prevalencia de absentismo. La explicación a estos resultados la atribuyeron, por una parte, al rol de la mujer dedicado al cuidado de los hijos lo que justificaría la mayor frecuencia de las ausencias y, por otra, que estas todavía tienen situaciones de trabajo objetivamente menos favorables (Álvarez, 1999; Kristensen, Juhl, Eskildsen, Nielsen et al. 2006; Martínez, 1990).

Así, en las ausencias motivadas por incapacidad temporal se encuentran diferencias estadísticamente significativas (Media días/año de absentismo en mujeres/hombres = 142.96/60.21; $F = 7.748$; $p = .03$) mientras que no se encuentran diferencias entre el absentismo no justificado por incapacidad temporal ($F = 2.15$; $p = .14$). Siendo esto debido a que persiste en la sociedad actual el rol de género que se asocia positivamente con bajos niveles de cualificación ($F = 3.35$; $p = .04$) (Ferro-Soto, García-Alonso y Lareo-Lodeiro, 2014).

Otros autores señalaban que las mujeres presentaban mayores ausencias que los hombres incluso haciendo el mismo trabajo (Alexandersson, Leijon, Akerlind, Rydh y Bjurulf, 1994). Siendo esto debido a las diferentes condiciones de trabajo establecidas en sus contratos (Álvarez, 1999).

Otros autores no encuentran diferencias significativas en cuanto al género en referencia al absentismo, dado que las diferencias halladas entre ambos grupos eran debidas, por una parte, al desempeño del rol trabajo familia, con una desproporción en el reparto de labores y responsabilidades familiares para el cuidado de hijos, familiares dependientes o tareas del hogar; y por otra, al desempeño de las mujeres

en puestos inferiores con tareas menos cualificadas, menor posibilidad de promoción y/o salarios más bajos (Villaplana, 2015).

En cuanto a la duración del absentismo, las diferencias por género se mantienen, aunque en menor grado, que en la frecuencia y la tasa de absentismo, siendo más lenta la recuperación y finalización de la baja en el caso de las mujeres (Markussen, Knut, Røgeberg, y Gaure, 2011; Villaplan, 2015). Una explicación a este hecho, fue que la menor duración de las bajas de los hombres puede responder a que estos emplean las enfermedades “menores” como razones para faltar al trabajo más que las mujeres (Harvey y Nicholson, 1999).

Por otro lado la edad de los hijos también tiene importancia ya que se detectó un elevado nivel de absentismo en mujeres con hijos menores de 6 años y con un puesto de trabajo con poca responsabilidad (ADECCO, 2015).

Otros afirman que en la mayoría de los países las mujeres son más absentistas que los hombres, encontrando que la menstruación puede contribuir a las diferencias de género en el absentismo (Ichino y Moretti, 2009). Contrariamente, otros autores tras analizar esta cuestión, no encontraron ninguna evidencia de que el absentismo femenino esté relacionado con la menstruación (Rockoff y Herrmann, 2012).

Por su parte, algunos autores han investigado la fuerza que tienen los factores familiares y profesionales, y la adaptación y el nivel de cualificación de las trabajadoras concluyendo que no se puede explicar el absentismo femenino por la incidencia de los determinantes biológicos o familiares, ya que las mujeres casadas faltan más que las mujeres solteras (Isambert-Jamati, 1960).

6). **Siniestralidad laboral:** Otras de las consecuencias que algunos autores han encontrado en referencia a los riesgos psicosociales son la siniestralidad. Con respecto al género, los hombres tienen mayores tasas de lesiones por accidentes de trabajo (expresadas por

100000 trabajadores afiliados) que las mujeres (Índice de Incidencia hombres = 4095.9 vs Índice de Incidencia mujeres = 2039.1) (de la Orden, y Zimmermann, 2015) debido a que están ocupados en actividades con mayor riesgo, como la construcción y metalurgia (Benavides et al., 2007).

5.3. Interacciones con otras variables sociodemográficas:

Además del género, existen otras variables de tipo sociodemográfico que pueden modular el estrés en el ámbito laboral. Entre ellas se encuentran los turnos de trabajo, el tipo de relación laboral o la categoría profesional.

5.3.1. Los horarios y los turnos de trabajo:

Los horarios laborales influyen de forma significativa en la salud mental de los trabajadores, no encontrándose diferencias en el estado emocional, pero sí en la calidad del sueño, poniéndose de manifiesto que los trabajadores que trabajan a turnos tardan más tiempo en conciliar el sueño ($M = 1.09$) que los trabajadores con horarios laborales convencionales ($M = 0.39$) ($p = .04$). Sin embargo, si se analizan con detalle los resultados hallados en las características del sueño, se aprecia que, aun sin presentarse diferencias estadísticamente significativas, el grupo experimental tiene una peor calidad de sueño ($M = 1.27$) que el grupo control ($M = 0.72$) ($p = .10$), y que la puntuación global del PSQI de aquellos trabajadores que trabajan a turnos (5.73) los caracteriza como malos dormidores frente a la puntuación obtenida por el grupo control (4.78), que los sitúa dentro de los buenos dormidores (puntuación inferior a 5). (Medina y Sierra, 2014). Como se comentó anteriormente, los hombres (9.0 %) realizan más trabajo a turnos que las mujeres (6.1%) realizando estas más turnos fijos (INSHT, 2011).

Al utilizar el cuestionario de evaluación de riesgos psicosociales DECORE en trabajadores que realizan trabajo a turnos, se observó que la rotación en el sentido mañana-noche es la más adversa desde el punto de

vista psicosocial ya que alcanza las mayores puntuaciones obteniendo un índice de puntuación de 66.88, seguidos del turno tarde-noche 65.33. En cuanto a estrés laboral percibido, los trabajadores del turno de noche fijo muestran menos estrés 61.15 que los trabajadores con rotación mañana-noche 66.88 (Albuérne, Nieto, y Moreno, 2015).

Se comprobó que los trabajadores que realizan trabajo a turnos en el que se incluye el trabajo nocturno, padecen más fatiga laboral, sobrecarga, inadecuados ritmos laborales, tiempos de reposo o pausas activas a los que se ven sometidos trabajadores y, son más vulnerables a adquirir enfermedades al estar más expuestos a agente físicos, químicos o biológicos (Cazamian, 1997).

Cuando se trata del trabajo nocturno no se observan diferencias significativas en el estado de salud pero sí que lo hay respecto a la producción de accidentes (Hombres = 12.5% vs Mujeres = 7%). No obstante se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la percepción de dolor en piernas, rodillas o pies (28.7/22.5%), problemas para conciliar el sueño (14.6/9.2%) o cansancio, agotamiento (23.1/18.5%). Además, los trabajadores que realizan trabajo nocturno, perciben más apoyo de los compañeros (82.1/70.7%) y de los superiores (41.7/34%) (Nogareda, Nogareda, Solorzano, 2014).

Otros estiman que un 20% de los trabajadores que realizan trabajo a turnos rotatorios deben abandonarlos en un periodo corto de tiempo ya que este actúa como un factor de riesgo que favorece el desarrollo de determinadas alteraciones, después de una exposición prolongada al mismo. Desde una perspectiva psicológica, las alteraciones del sueño se perfilan como el principal problema asociado a este sistema de trabajo. En concreto, la necesidad constante de rotar por los diversos turnos establecidos influye directamente sobre la cantidad y calidad del sueño. La ausencia de un sueño adecuado aumenta la probabilidad de padecer otro tipo de trastornos como aumento de la ansiedad, alteraciones del

estado de ánimo, estrés, fatiga crónica, etc., variando las consecuencias anteriores considerablemente de unas personas a otras por lo que estas estarán influenciadas por otro tipo de variables (personales, familiares, sociales, etc.) en el grado de tolerancia a los turnos rotativos (Fernández-Montalvo y Piñol, 2000).

Además, los trabajadores con horario nocturno sufren el llamado 'jet-lag' o, más precisamente, el síndrome de "cambio-lag", que se caracteriza por la sensación de fatiga, somnolencia, insomnio, desorientación, problemas digestivos, irritabilidad, disminución de la agilidad mental y reducción de la eficiencia del rendimiento siendo el sueño la principal queja de los trabajadores a turnos, siendo la duración y la calidad de este las principales variables (Costa, 2003) o incluso algunos tipos de cáncer como el melanoma (Schernhammer, Razavi, Li, et al, 2011).

Adicionalmente a esto, los trabajadores, pueden padecer depresión, asociada con la falta de sueño o sueño desorganizado así, la alteración del ritmo circadiano originado por el trabajo a turnos, genera la aparición de cuadros depresivos y compromete su evolución, llegando al punto de empeorar la situación (Cortés, 2005).

El impacto asociado a trabajar durante la noche no se restringe sólo al bienestar personal, sino que también produce un mayor número de problemas laborales (absentismo, menor rendimiento y accidentes de trabajo) (Fernández-Montalvo y Piñol, 2000). También puede conducir a una mayor demanda ($p = .005$), mayor demanda emocional ($p = .003$), menor apoyo social ($p = .011$), mayor conflicto trabajo familia ($p < .001$), conflictos interpersonales ($p = .003$), acoso ($p = .005$), satisfacción laboral ($p = .004$) y liderazgo ($p = .043$) (Camerino, Sandri, Sartori, et al, 2010).

Además, se encontró que el trabajo con horarios a turnos era un obstáculo para tener una vida social satisfactoria para los trabajadores dada la irregularidad del ritmo de vida (Sánchez, 2005).

También se observó que el tipo de horario donde los trabajadores se encuentran más satisfechos en una escala de 5 es el de mañana (M: 3.84), tarde (M: 3.68), rotativo (M: 3.62), noche (M: 3.61) y mañana/tarde (M: 3.54) ($F = 2.01$; $p = .09$) (González-Santa Cruz, Sánchez-Cañizares y López-Guzmán, 2011).

En un análisis realizado sobre 40 artículos donde se estudió la relación entre el trabajo a turnos y nocturno con SQT en personal médico y de enfermería se obtuvo que, parece existir una relación entre estos colectivos y la producción de SQT (Deschamps, Olivares, Rosa, y Asunsolo, 2011).

5.3.2. Tipo de relación laboral:

En referencia con el tipo de contrato, los trabajadores con contratos eventuales, ya sean estacionarios o de otro tipo, están asociados con un menor nivel de bienestar y de satisfacción laboral (Bardasi y Francesconi, 2003; Green y Tsitsianis, 2005) y si además, trabajaban un mayor número de horas presentarán niveles significativamente inferiores de satisfacción laboral en cada una de sus dimensiones. Por otro lado, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el tipo de contrato eventual/fijo con respecto a las variables de satisfacción laboral evaluándose la seguridad en el trabajo (M: 3.66/5.22; $Z = - 3.667$; $p < .01$) o, en la percepción de posibilidades de promoción en la empresa (M: 4.65/5.35; -2.398 ; $p < .05$) (Martínez, Mármol, Meroño, y Montiel, 2014).

No se encontró relación entre el tipo de contrato y las dimensiones de estrés laboral, así como tampoco con la empatía (Caballero, Cervilla, Fernández, Fernández, et al, 2015).

Por tipo de contrato no hay diferencias respecto a la percepción de apoyo recibido los compañeros, pero sí las hay respecto a los superiores (14,5% en indefinidos y 16,7% en temporales) (INSHT, 2011).

5.3.3. Categoría profesional:

Se ha apuntado a la actividad docente como una de las más expuestas a ambientes con conflictos y de alta exigencia de trabajo como: tareas extra, clases, reuniones y actividades adicionales, problemas con alumnos, plazos, rutinas que pueden proporcionar situaciones estresantes en el trabajo (Reis, Carvalho, Araújo, et al, 2005)

Se comprobó que la dimensión carga mental, al utilizar la aplicación FPSICO, alcanza una puntuación media de 7.41 que responde a la puntuación media más elevada, principalmente en las categorías de personal directivo (7.86), atención al público (7.82) y sanitarios (6.93) (Martín y Sánchez, 2014).

En un análisis realizado en un grupo de funcionarios de prisiones se observó que percibirían un clima emocional positivo del ambiente penitenciario el personal de tratamiento técnico y laboral (76.2%), mientras que la mayor proporción que agrupa un clima emocional negativo son los funcionarios de vigilancia (60.1%); de igual forma, se constata que el cansancio emocional es mayor en el personal de administración, al igual que ocurre con la despersonalización (70.6% y 76.5% respectivamente); por el contrario, el sentimiento de realización personal es mayor entre el personal técnico y laboral (90.5%), a la vez que gozan o refieren buena salud (83.3%) seguidos por los funcionarios de vigilancia interior. (Molleda, Sánchez, y Díaz, 2014).

En un estudio realizado sobre personal sanitario de un hospital español, se obtuvo que los médicos están expuestos a altas demandas psicológicas (OR 4.66), el personal de enfermería, bajo control de trabajo (OR 1.65), y bajo apoyo social del trabajo procedente del superior (OR

1.64) y de los compañeros (OR 1.54) (Bragard, Dupuis, y Fleet, 2015; Escribà-Agüir, Martín-Baena, y Pérez-Hoyos, 2006;).

5.3.4. Otras variables:

Otros autores reconocen que, además del género, la edad se asocia positivamente con valores personales y organizacionales, como la alta remuneración para un buen rendimiento ($r = .29$; $p < .05$), recibir elogios por un buen desempeño ($r = .34$; $p < .01$) y no estar limitado por muchas reglas (0.32 ; $p < .05$) (Bellou, 2010; Bocchino, et al 2003).

Otros autores observaron un incremento en la tasa de SQT por el aumento del número de horas, más de 40 horas a la semana (aOR (95% CI) 5.69 (2.52-12.82) $p < .001$) o contrato a tiempo parcial (aOR (95% CI) 3.30 (1.12-9.74) $p < .03$) (Montero-Marín, et al, 2011).

5.4. La variable de género en el sector de sanidad:

El sector sanitario siempre ha estado altamente feminizado. En 2006, el 87.4% de las personas que trabajaban en la profesión de enfermería y terapeutas relacionados con la salud eran mujeres, porcentaje que prácticamente no ha cambiado desde 1987, cuando la cifra fue ligeramente inferior al 87.1% (Statistics Canada, 2006). En un estudio que incluyó a 498 profesionales sanitarios del sistema público de salud de Andalucía, se obtuvo que el 61.6% del personal sanitario eran mujeres, siendo el colectivo de enfermería de hospital el que presentaba un mayor porcentaje de mujeres (81.7%) (García-Rodríguez, et al, 2014). En todos los estudios citados en este punto el porcentaje de mujeres supera ampliamente al de hombres.

Dado que la profesión de enfermería está ocupada mayoritariamente por mujeres, cuando los hombres desempeñan la profesión de enfermería pueden percibir que no están en una ocupación adecuada para su género ya que a diario reciben imágenes que representan a la enfermera como una madre, persona que cuida, y cría a la

prole, trabajando en una ocupación específica del rol de género femenino así, estos hombres pueden sentirse relegados a una masculinidad marginada pudiendo percibir que se está trabajando en la oposición a los conceptos hegemónicos de masculinidad prescritos por la sociedad, pudiendo encontrarse segregados en su trabajo (Sayman, 2015).

Pero la profesión sanitaria está claramente jerarquizada en cuanto a la profesión jugando el género un importante papel ya que, la profesión médica es un campo dominado por los hombres y sobre todo el de la cirugía que tiene el estatus más alto, mientras que las profesiones de enfermería y auxiliar, que tienen un menor estatus, están dominadas por mujeres, teniendo como expectativas apoyar y ser facilitadoras de la organización (Vänje, 2015).

Por lo que el objetivo debe ser conseguir un lugar de trabajo con igualdad de género, con las relaciones de poder equilibradas, que conduzcan a un ambiente creativo y, buena salud de trabajo (Alexanderson, 2004), y por lo tanto el aumento de la productividad (Abrahamsson, 2014).

Las influencias tanto a nivel individual como de situación, parecen afectar diferencialmente al trabajo de los profesionales sanitarios en relación con el género. Así, los médicos, exhiben mayor nivel de dominancia pudiendo reflejar, por ejemplo, la aceptación social de este rasgo "masculino", y contribuyendo a que en los pacientes y compañeros se produzcan percepciones de género acerca de cómo difieren los comportamientos de los médicos masculinos y femeninos. Esto se observará en sus interacciones, tales como los niveles más bajos de cooperación con los médicos femeninos. Con todo ello, las médicas pueden sentirse en conflicto entre la crianza, el cuidado de los comportamientos, tradicionalmente asociados a los roles de las mujeres, y las interacciones más dominantes y poderosas, tradicionalmente asociado a los médicos. (Jefferson, Bloor, y Spilsbury, 2015).

Como se realizó en los apartados anteriores, este punto se estructurará en el estudio de las variables de demandas, recursos y consecuencias.

5.4.1. Demandas:

Entre las variables de demanda se encuentra la **sobrecarga laboral** existiendo discrepancias sobre la relación de esta variable con el género en la profesión sanitaria.

En un estudio que incluyó a 925 médicos residentes de género femenino en Noruega, se encontró que el 90.2% de las trabajadoras perciben demandas cuantitativas altas o moderadas (65.7 y 24.5% respectivamente) (Aagestad, Tyssen, Johannessen, et al 2014).

En una muestra de 1263 profesionales sanitarios, 71.34% mujeres, se observaron diferencias altamente significativas para bajas demandas psicosociales en relación con el género ($p = .001$), así, el 16.8% de los hombres percibía niveles bajos de demandas mientras que para las mujeres fue el 28.7% las que percibieron niveles bajos de demandas. Para las altas demandas psicosociales, las diferencias fueron ligeras ($p = .05$), así, el 32.1% de los hombres percibía altos niveles de demandas (PR = 1.92; IC = (1.31–2.81)) y para el 41% de las mujeres (PR = 1.43; IC = (1.19–1.72)) (Bassi, Ávila, Marçal, Benavides et al, 2016).

Otros estudios realizados entre médicos de la red pública andaluza (N=368), observó que las mujeres percibirían mayores niveles de sobrecarga siendo las diferencias altamente significativas entre ambos géneros (M hombres =14.5 vs M mujeres = 19.8; $p < .001$) (Delgado, Saletti-Cuesta, López-Fernández y Toro-Cárdenas, 2013). Similares resultados se encontraron en un estudio realizado entre profesionales de la salud suecos, donde se comprobó que la tensión psicosocial es particularmente alta en las mujeres (Vänje, 2015).

Pero, otros análisis realizados con personal sanitario chino ($N = 2763$), 59.68% mujeres, no observó diferencias entre el género y sobrecarga laboral (Jiang, Tian, y Xi, 2015).

Otra variable incluida entre las demandas es el **trabajo emocional**. Como se vio en apartados anteriores, la profesión sanitaria está expuesta a altos niveles de esta variable comprobándose mediante un estudio con 925 médicas residentes de Noruega que el 86.6% percibe altas o moderadas demandas emocionales (53.3 y 33.3% respectivamente) (Aagestad, et al 2014). Por otro lado, se observó que los enfermeros disponen de una posición privilegiada que les protege de tener que realizar un trabajo emocional con la misma frecuencia que las enfermeras. Además, cuando los enfermeros realizan mayores niveles de trabajo emocional, están protegidos de los efectos negativos de la emoción cubriendo su actuación profunda correlacionándose con una mayor satisfacción laboral en comparación con la de sus compañeras femeninas (Cottingham, Erickson, y Diefendorff, 2014). Similares resultados se obtuvieron entre 1264 profesionales de enfermería, 42% mujeres donde, las enfermeras obtuvieron mayores niveles de sobrecarga emocional que los hombres (para enfermeras $M = 1.77$, $SD = 0.73$; para enfermeros, $M = 1.67$, $SD = 0.69$); $t(1,262) = 2.33$; $p < .05$) (Peeters, Montgomery, Bakker, y Schaufeli, 2005).

Otros autores no observaron en el personal sanitario chino ($N = 2763$), 59.68% mujeres, relación del género con disonancia emocional (Jiang, et al, 2015).

En un análisis realizado con 730 profesionales de enfermería, 91.37% mujeres, se obtuvo que, los enfermeros, además de realizar trabajo menos emocional que las enfermeras se benefician de su control de las emociones de una forma distinta al de las mujeres. La relación entre la actuación superficial, que cubre la emoción, y el comportamiento profundo, la satisfacción laboral y la intención de abandono resultó que

la posición privilegiada de los hombres les protege de tener que realizar un trabajo emocional con la misma frecuencia que las mujeres (Cottingham, et al, 2014).

Otra de las demandas más importantes es el **conflicto trabajo familia**. En un análisis realizado entre médicos de la red pública andaluza (N=368), se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en la percepción de conflicto trabajo familia (M hombres = 16.6 vs M mujeres = 17.9; $p < .05$), siendo más percibidas de forma ligera por las mujeres (Delgado, et al, 2013). En la Encuesta sueca de salud ocupacional realizada sobre 6080 trabajadores, se observó que entre el personal de enfermería, el 62.2%, percibía conflicto trabajo familia alto o moderado (38.4% para las mujeres y 23.8% para los hombres) (Leineweber, et al, 2014).

Otro estudio realizado entre personal de enfermería holandés (N = 1264), 42% mujeres, se observó la existencia de conflicto trabajo familia que podía conducir a estrés, no existiendo diferencias estadísticamente significativas con el género pero, siendo más intensamente percibido por las mujeres (Jiang, et al, 2015; Peeters, et al, 2005.). No obstante, el conflicto trabajo familia se asoció fuertemente a SQT en las mujeres, (mujeres $\beta = .42$, $p < .01$) y, hombres $\beta = .22$, $p < .01$) (Peeters, et al, 2005).

Pero, un estudio realizado con personal médico chino (N = 931), 54.56% mujeres, se observó que conflicto trabajo familia fue un predictor de depresión entre los médicos (Hao, et al, 2016) y también entre las enfermeras chinas ($\beta = .22$; $p < .01$) (Hao, et al, 2015).

Por otro lado, hay dos variables en la esfera familiar que están relacionadas con la salud psíquica de ambos géneros, el conflicto familia trabajo y las horas dedicadas a las tareas domésticas los fines de semana que no interaccionan con la salud psíquica, lo que indica que ambas tienen un efecto por separado, siendo interesante destacar que el resto de

las características familiares estudiadas no guardaba relación con la salud en ninguno de los géneros. De esta forma, la existencia de roles múltiples ocasionó más estrés y mayor conflicto en las médicas que en los médicos, y es sabido que el balance entre las esferas familiar y laboral es un factor primordial para la vida profesional de las médicas, pero no para de los médicos (Delgado, et al, 2013).

En otro análisis realizado con personal de enfermería (N = 120), 61.2% mujeres, se comprobó que altos niveles de SQT, agotamiento emocional y alto agotamiento del trabajo se producían como resultado de las responsabilidades existentes en casa debido a la función como esposas, madres y los cambios hormonales (Rezaei, et al, 2015).

Uno de los problemas más importantes en este sector son los **conflictos** en los lugares de trabajo que están reconocidos como un problema grave del lugar de trabajo en Estados Unidos, especialmente para las enfermeras, estando relacionado con la exclusión de las mujeres del lugar de trabajo (Sliter, et al, 2014).

Entre estos conflictos se encuentran los **conflictos de rol**. En un estudio con 925 médicas residentes de Noruega, el 59.1% percibió un alto o moderado conflicto de rol (13.3% y 35.8% respectivamente) (Aagestad, et al 2014).

Pero otros análisis realizados con personal de enfermería chino (N = 227), 94.7% mujeres, al realizar análisis de t test no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el género y ambigüedad de rol (Qian, et al, 2015).

Por otro lado, como se comentó anteriormente, además de las demandas se van a analizar los recursos de los que dispone en personal sanitario para afrontar las demandas existentes.

5.4.2. Recursos:

Entre los recursos se encuentra el **apoyo social**. Cuando se trata de estructuras de género en el campo de la medicina, las mujeres que trabajan en especialidades donde predominan las mujeres reciben más apoyo formal e instrumental que las que trabajan en especialidades dominadas por los hombres. Esto podría implicar que cuando el grupo de mujeres constituye una masa crítica será reconocida por profesionales del grupo. Los médicos son, sin embargo, un grupo de profesionales que tradicionalmente tiene poder en el cuidado de la salud; esto es debido a su estatus en la organización y la sociedad en general, por lo que dispone un alto grado de autonomía, y mayores salarios que otros trabajadores de la salud (Wallace, 2014).

Así, en un estudio con 925 médicas residentes de Noruega el 37.3%, percibieron altos o moderados niveles de apoyo por parte del superior (13.3 y 24 % respectivamente) (Aagestad, et al 2014).

Por otro lado, en un estudio realizado con 931 médicos chinos 54.56% mujeres, se observó que el apoyo social jugó un papel mediador parcial en la asociación del conflicto familia trabajo con síntomas depresivos entre los médicos y el apoyo social jugó un papel mediador parcial de la asociación del conflicto trabajo familia con síntomas depresivos entre las médicas (Hao, et al, 2016).

Además, en un estudio realizado en una muestra de 1263 profesionales sanitarios, 71.34% mujeres, se encontraron diferencias altamente significativas para absentismo por enfermedad y alto apoyo social en relación con el género, siendo mayor para mujeres, (hombres 19.4%; PR = 0.72; IC = (0.48–1.06) y mujeres 29.2%; p = .003; PR = 0.76; IC = (0.63–0.92)), mientras que para las de bajo apoyo social, las diferencias fueron ligeras, siendo mayores para las mujeres (hombres = 27.1%; PR = 1 vs mujeres = 38.6%; p = .018; PR = 1) (Bassi, et al, 2016).

En un estudio realizado sobre personal de enfermería japonés (N = 1063), 93.3% de mujeres, se obtuvo que bajo apoyo social procedente del supervisor es un predictor de intención al abandono y síntomas depresivos (Saijo, Yoshioka, Kawanishi, Nakagi, et al, 2015b).

Otra variable de recurso es la posibilidad de **Promoción**. En un estudio realizado con 925 médicas residentes de Noruega, el 62.1% de las trabajadoras manifiesta altas o moderadas posibilidades de promoción (20.7 y 41.4%) (Agestad, et al 2014).

Por otro lado, en relación con **liderazgo transformacional**, se asoció muy positivamente con seguridad en el empleo ($r = .61$; $p < .001$) y muy negativamente con SQT ($r = -.29$; $p < .001$) y tendencia al abandono ($r = -.46$; $p < .001$) (Bartram, et al, 2012).

En un análisis realizado con personal de enfermería (N = 339), 91.5% mujeres, se comprobó que, el liderazgo auténtico fue un predictor negativo sobre el acoso laboral ($\beta = -.34$), siendo el acoso un predictor positivo sobre agotamiento emocional ($\beta = .46$). El acoso era un predictor negativo sobre satisfacción laboral ($\beta = -.23$) y agotamiento emocional ($\beta = -.13$). El liderazgo auténtico es un predictor positivo de satisfacción laboral indirectamente a través del acoso laboral y el agotamiento emocional ($\beta = .13$), pero también directamente ($\beta = .26$). Por último, satisfacción laboral fue un predictor sobre intención de abandono ($\beta = .64$) (Laschinger, Wong, y Grau, 2012b).

Por otro lado, en un análisis realizado en Eslovenia en personal de enfermería, no se encontraron diferencias significativas entre liderazgo transaccional y laissez faire con el género (Lorber, et al 2016).

5.4.3. Consecuencias:

La más importante es la violencia. En un estudio realizado con 925 médicas residentes de Noruega, un 24% de ellas manifiesta padecer violencia en el trabajo (Agestad, et al 2014). Otro estudio realizado

sobre 2641 médicos chinos obtuvo que el 12.85% sufría a menudo violencia y ocasionalmente el 63.17% (Gong, et al, 2014).

Con respecto a los **Problemas de salud como consecuencia del trabajo** como consecuencia del trabajo, en un análisis entre médicos de la red pública andaluza (N=368), se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres con salud psíquica percibida (48.0/44.2; $p < .01$), siendo mejor percibida por los hombres no existiendo diferencias para la salud física percibida entre género (Delgado, et al, 2013).

Otros análisis realizados con personal de enfermería chino (N = 227), 94.7% mujeres, al realizar análisis de t test, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el género y los riesgos de salud mental (Qian, et al, 2015).

Otra consecuencia trascendente es la **depresión**. Con respecto a los síntomas depresivos, la prevalencia entre los profesionales médicos chinos se situó en el (28,13%), 32.51% para las mujeres y 25.61% para los hombres (OR = 1.57 (1.21-2.03); $p < .001$). La prevalencia de síntomas depresivos entre los médicos en los EE.UU. se situó en el 11.3%, el 12% en Gran Bretaña (médicos de cuidados intensivos), 15.5% para Canadá, 11% para Noruega y, 8.8 % para Japón, fueron 8.8%, (Gong, et al 2014).

En un estudio realizado entre personal sanitario (N = 4050), se encontró que, entre los encuestados, el 8,3% de los hombres y el 10,5% de las mujeres se encontraban deprimidos. Tanto para hombres y mujeres, el estado depresivo se asoció con no tener días libres y un promedio de menos de 5 horas de sueño en días de trabajar durante la noche. El estado depresivo se asoció positivamente con estar de guardia más de 5 días al mes para los hombres, y más de 8 días al mes para las mujeres, y se asoció negativamente con estar fuera de servicio más de 8

días al mes para los hombres (Wada, Yoshikawa, Goto, Hirai, et al, 2010).

Por último, se han encontrado diferencias significativas en la escala de ansiedad depresión hospitalaria HADS-T, puntuación total ($t_{(91)} = 2.51$; $p = .014$), mostrando mayor distrés las mujeres que los hombres (Gómez-Martínez, et al, 2015).

El Conflicto familia trabajo y trabajo familia fueron predictores positivos de síntomas depresivos entre los médicos. El apoyo social jugó un papel mediador parcial en la asociación de conflicto familia trabajo con síntomas depresivos entre los médicos y apoyo social jugó un papel mediador parcial en la asociación del conflicto trabajo familia con síntomas depresivos entre las médicas. El apoyo social fue un predictor positivo sobre de conflicto familia trabajo y los síntomas depresivos entre los médicos. El conflicto familia trabajo y trabajo familia podrían agravar los síntomas depresivos, pero el apoyo social como un recurso de la organización, podrían luchar médicos contra los síntomas depresivos. Cuando el apoyo social funcionó como un mediador, el conflicto familia trabajo fue un predictor negativo en el apoyo social, lo que podría aumentar en los médicos los síntomas depresivos, y el conflicto trabajo familia será un predictor negativo sobre el apoyo social, lo que podría aumentar en las mujeres los síntomas depresivos. Mientras tanto, el apoyo social, como moderador, podría aumentar los efectos de conflicto trabajo familia sobre los síntomas depresivos. (Hao, et al 2016).

Un estudio realizado entre 5165 personas chinas reveló que el hecho de ser mujer, divorciada o separada, abuso de alcohol y falta de ejercicio regular predijeron padecer depresión (Lam, Wong, Wang, Chan, et al, 2015). Otros resultados en estudios realizados en personal de enfermería chino, sin embargo, no obtuvieron ninguna diferencia de género significativa en estimaciones de prevalencia (Cheung, y Yip, 2015).

Otro estudio realizado con 216 médicos de Brasil, 53.7% mujeres, encontró que la depresión era más frecuente entre en las mujeres ($M = 15.5\%$) que en los hombres (8%) no siendo la diferencia estadísticamente significativa. No obstante, esta se asoció de una forma altamente significativa con absentismo en los últimos 12 meses ($p = .004$) así como necesidad de consultar con un médico en los últimos 12 meses ($p = .001$). De la misma forma, depresión se asoció con insatisfacción de las relaciones personales en el trabajo ($p = .002$) y con baja carga de trabajo ($p = .05$) (Ávila, Jorge, Cano y Araújo, 2014).

Con respecto a **satisfacción**, hay autores que han obtenido que las mujeres en el sector sanitario presentan una satisfacción laboral superior a los hombres ($M = 6.77/6.41$; $dt = 1.78/1.72$; $F = 5.41$; $p < .05$) (Pérez-Ciordia, et al, 2013).

Otros en cambio no han encontrado en una muestra de personal de enfermería ($N = 110$), 67.3% mujeres, diferencias estadísticas significativas de satisfacción laboral con referencia al género (da Silva Valente, Lopes, Pastor-Valero, y Menezes, 2016; Olatunde, y Odusanya, 2015; Robles, et al, 2005; Wang, Ku, Chen, y Jeang, 2016).

En un estudio realizado en 188 profesionales de la salud de Brasil, 71.6% mujeres, se observó que los hombres se asociaron positivamente con baja satisfacción laboral (Zanatta, y Lucca, 2015), pero, en otros estudios se encontró que las mujeres percibían peor satisfacción laboral que los hombres (Carlotto, 2011). Estas diferencias podrían ser debidas al sesgo producido por el escaso número de participantes respecto a alguno de los géneros.

La mayoría de los técnicos de enfermería con altas puntuaciones en baja dimensión de satisfacción laboral vivían en pareja (40,9%), no habiendo consenso sobre esta cuestión, ya que la calidad de la relación, tener hijos y el tiempo para cuidar de sus familias podría tener una

influencia tanto positiva como negativa sobre la satisfacción laboral (Zanatta, y Lucca, 2015).

Con referencia al **consumo de sustancias adictivas**, en España, los resultados publicados por el programa Galatea entre los años 2010-2012, en referencia a personal médico, encuentran que, las especialidades médicas con mayor número de médicos atendidos en este programa son: Medicina Familiar y Comunitaria, anestesia, sin especialidades, con mayor representación masculina (58.8%), mayor predominancia de consumo de alcohol (20%) y tóxicos (26.5%) aunque estos últimos no se desglosan por tipo (Caballero y Sevilla, 2014).

Con referencia al consumo de tabaco como consecuencia de los factores laborales, no se obtuvieron diferencias significativas en cuanto al género respecto al consumo de tabaco en el personal sanitario (Martínez, et al, 2015), siendo el porcentaje de consumo diario en el sector de administración pública, educación, sanidad y servicios sociales, de un 28.9% para los hombres y 28.2% para las mujeres (Observatorio Español sobre Drogas (OED), 2011).

Otra conducta adictiva es el consumo de alcohol. En un estudio realizado sobre 167 profesionales de la salud, 62.87% mujeres, se obtuvo que, los trabajadores profesionales de la salud tienen menor consumo de alcohol que los no profesionales (3.6/26.3%) ($\chi^2 = 21.44$, $p < .01$). (Hinojosa-García, et al, 2012; Flaherty, y Richman, 1993).

Por otro lado, en el sector de administración pública, educación, sanidad y servicios sociales, el porcentaje de trabajadores con un consumo excesivo de alcohol se situó en 2.5% para hombres y 1.9% para mujeres (Observatorio Español sobre Drogas (OED), 2011).

Otra consecuencia es el **absentismo por motivos de salud**. En un estudio realizado en una muestra de 1263 profesionales sanitarios, 71.34% mujeres, la prevalencia global del absentismo por enfermedad fue del 31.5% (23.8% para los hombres y 34.6% para las mujeres). En el

modelo final, se encontraron tasas más altas de absentismo por enfermedad, en los trabajadores que participan en las tareas con altas demandas psicosociales (PR = 1.86 hombres; PR = 1.38 mujeres). Las mujeres que tienen un contrato de trabajo fijo tenían una mayor prevalencia de absentismo por enfermedad que aquellas que tienen un contrato de trabajo temporal (Bassi, et al, 2016).

De acuerdo con Rugless y Taylor (2011) el personal de enfermería mostró tener más absentismo por enfermedad que otros grupos de personal sanitario. Algunos estudios adicionales han demostrado que las mujeres tienen una mayor tasas de absentismo por enfermedad que los hombres (Laaksonen, Pitkäniemi, Rahkonen, y Lahelma, 2010).

Otra consecuencia son **problemas de sueño**. En un análisis realizado sobre 1524 trabajadores del sector sanitario, 92.26% mujeres, se obtuvo que, la asociación entre el tiempo de sueño y las mujeres fue positiva con respecto a los hombres (M = 30.52 minutos; $p < .05$) (Berkman, et al, 2015) y, en otro estudio realizado sobre 650 profesionales de enfermería, 93% mujeres, se encontró que los hombres presentaban una relación positiva con la pobre calidad de sueño (PR = 1.82; $p < .05$; IC = 1.03 – 3.22), no siendo así con la duración de este (Zhang, Punnett, McEnany, y Gore, 2016).

Una consecuencia en este sector de gran importancia es el **Síndrome de Quemarse por el trabajo, (SQT)**. Así, en una muestra de 676 profesionales de enfermería españoles, los autores no encontraron diferencias significativas entre SQT y género pero sí que encontraron con despersonalización ($\beta = .09$; $t_{(1-671)} = 2.28$; $p = .023$), siendo la media obtenida en los hombres más elevada (M = 7.69; SD = 5.71) que en las mujeres (M = 5.97; SD = 5.41) (Cañadas-De la Fuente, Vargas, San Luis, García, et al, 2015).

Otro estudio formado por 154 médicos de familia de Méjico, 37.1% mujeres, la prevalencia de SQT fue del 41.8%, 38.36% de las mujeres y 69.23% de los hombres, siendo la dimensión agotamiento emocional la más vulnerable en ambos sexos. De los 92 médicos familiares con SQT, el 77.3% de las mujeres y 57.5% de los hombres presentaron alguna molestia y/o enfermedad en los últimos seis meses (Aranda, 2006).

En un análisis realizado con 64 profesionales de enfermería, 90.62% mujeres, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre género con agotamiento emocional (M (hombre) = 24.8/ M (Mujeres) = 26.9), despersonalización (M (hombre) = 12.3/ M (Mujeres) = 9.8) y logro personal (M (hombre) = 37.6/ M (Mujeres) = 38.0) (Μαλλιάρου, Μουστάκα, y Κωνσταντινίδης, 2014).

En otro análisis realizado en una muestra de 238 profesionales de la salud se obtuvieron los siguientes resultados La prevalencia de SQT en estos profesionales fue de 3.78%. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones promedio en relación con ingesta de medicamentos ($p < .05$). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los promedios obtenidos en la puntuación total según género, morbilidad crónica, estado civil, grado de instrucción, profesión, grupo ocupacional, condición laboral, las diferentes áreas de trabajo ni la percepción del ambiente laboral por parte del personal (Arteaga-Romaní, 2015).

II. OBJETIVOS E HIPOTESIS

6. OBJETIVOS:

6.1. OBJETIVO GENERAL:

Evaluar la existencia de diferencias significativas en la percepción de exposición a factores y riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en función de la variable género en una muestra de profesionales de la salud.

6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1). **Objetivo específico I:** Identificar la existencia de diferencias significativas en las variables de demanda y recursos psicosociales en el trabajo y en sus consecuencias en función de las variables Género, Categoría laboral, Trabajo nocturno y Tipo de contratos
- 2). **Objetivo específico II:** Identificar la prevalencia de riesgos psicosociales en el trabajo y de sus consecuencias en la muestra del estudio considerando la variable género.
- 3). **Objetivo específico III:** Identificar los principales predictores de las consecuencias de los riesgos psicosociales en el trabajo en la muestra del estudio considerando la influencia de la variable género.

7. HIPOTESIS:

Teniendo como referencia la revisión bibliográfica realizada que indica que, por regla general, las mujeres, en el sector sanitario perciben significativamente mayor riesgo psicosocial que los hombres, se hipotetiza lo siguiente:

- 1). **HIPOTESIS 1:** Las mujeres de la muestra percibirán niveles de riesgo psicosocial significativamente más elevados en las variables

de demandas psicosociales en el trabajo¹ que los hombres de la muestra.

- 2). **HIPOTESIS 2:** Las mujeres de la muestra percibirán niveles significativamente menos elevados en las variables de recursos psicosociales en el trabajo² que los hombres de la muestra.
- 3). **HIPOTESIS 3:** Las mujeres de la muestra percibirían niveles significativamente más elevados de problemas de la salud³ y, menos satisfacción laboral que los hombres de la muestra.
- 4). **HIPOTESIS 4:** El personal de enfermería percibirá niveles significativamente más elevados de problemas de la salud y, menos satisfacción laboral que el personal médico de la muestra.
- 5). **HIPOTESIS 5:** El personal que realiza turno nocturno percibirá niveles significativamente más elevados de problemas de la salud

¹ Las variables de demandas utilizadas son las siguientes: Carga de trabajo, Conflicto de rol, Ambigüedad de rol, Conflictos interpersonales, Inequidades en los intercambios sociales, Conflicto trabajo familia, Conflicto familia trabajo, Trabajo emocional y, Liderazgo laissez-faire.

² Las variables de recurso utilizadas son las siguientes: Autonomía, Apoyo social en el trabajo, Retroinformación, Disponibilidad de recursos y, Liderazgo transformacional.

³ Los problemas de salud son los siguientes: Problemas psicosomáticos de salud, Incremento del consumo de tabaco diario, Incremento del consumo de alcohol diario, Consumo de medicamentos por problemas de salud derivados del trabajo, Consulta a algún especialista por problemas de salud derivados del trabajo, Depresión, Absentismo subjetivo (días faltados al trabajo en el último año por problemas de salud derivados del trabajo), Inclinación al absentismo y, Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) y sus dimensiones.

y, menos satisfacción laboral que el personal que realiza trabajo diurno de la muestra.

- 6). **HIPOTESIS 6:** El personal que tiene contrato discontinuo percibirá niveles significativamente más elevados de problemas de la salud y, menos satisfacción laboral que el personal que tiene contrato fijo de la muestra.
- 7). **HIPOTESIS 7:** Existirá una relación significativa y positiva entre Carga de trabajo y todos los indicadores de problemas de salud y negativa para Satisfacción laboral y esta relación será significativamente más intensa en las mujeres que en los hombres.
- 8). **HIPOTESIS 8:** Existirá una relación significativa y positiva entre Conflicto de rol y todos los indicadores de problemas de salud y negativa para Satisfacción laboral y esta relación será significativamente más intensa en las mujeres que en los hombres.
- 9). **HIPOTESIS 9:** Existirá una relación significativa y positiva entre Ambigüedad de rol y todos los indicadores de problemas de salud y negativa para Satisfacción laboral y esta relación será significativamente más intensa en las mujeres que en los hombres.
- 10). **HIPOTESIS 10:** Existirá una relación significativa y positiva entre Conflictos interpersonales y todos los indicadores de problemas de salud y negativa para Satisfacción laboral y esta relación será significativamente más intensa en las mujeres que en los hombres.
- 11). **HIPOTESIS 11:** Existirá una relación significativa y positiva entre Inequidad en los intercambios sociales y todos los indicadores de problemas de salud y negativa para Satisfacción laboral y esta relación será significativamente más intensa en las mujeres que en los hombres.

- 12). **HIPOTESIS 12:** Existirá una relación significativa y positiva entre Conflicto trabajo familia y todos los indicadores de problemas de salud y negativa para Satisfacción laboral y esta relación será significativamente más intensa en los hombres que en las mujeres.
- 13). **HIPOTESIS 13:** Existirá una relación significativa y positiva entre Conflicto familia trabajo y todos los indicadores de problemas de salud y negativa para Satisfacción laboral y esta relación será significativamente más intensa en las mujeres que en los hombres.
- 14). **HIPOTESIS 14:** Existirá una relación significativa y positiva entre Trabajo emocional y todos los indicadores de problemas de salud y negativa para Satisfacción laboral y esta relación será significativamente más intensa en las mujeres que en los hombres.
- 15). **HIPOTESIS 15:** Existirá una relación significativa y positiva entre Liderazgo laissez faire y todos los indicadores de problemas de salud y negativa para Satisfacción laboral, no existiendo diferencias significativas en cuanto a su percepción entre hombres y mujeres.
- 16). **HIPOTESIS 16:** Existirá una relación significativa y negativa entre Autonomía y todos los indicadores de problemas de salud y negativa para Satisfacción laboral y esta relación será significativamente más intensa en las mujeres que en los hombres.
- 17). **HIPOTESIS 17:** Existirá una relación significativa y negativa entre Apoyo social en el trabajo y todos los indicadores de problemas de salud y positiva para Satisfacción laboral y esta relación será significativamente más intensa en las mujeres que en los hombres.

- 18). **HIPOTESIS 18:** Existirá una relación significativa y negativa entre Retroinformación y todos los indicadores de problemas de salud y positiva para Satisfacción laboral y, no se encuentran diferencias significativas entre hombres y mujeres.
- 19). **HIPOTESIS 19:** Existirá una relación significativa y negativa entre Disponibilidad de recursos y todos los indicadores de problemas de salud y positiva para Satisfacción laboral y no se encuentran diferencias significativas entre mujeres y hombres.
- 20). **HIPOTESIS 20:** Existirá una relación significativa y negativa entre Liderazgo transformacional y todos los indicadores de problemas de salud y positiva para Satisfacción laboral y no se encuentra diferencias significativas entre hombres y mujeres.

III. MATERIAL Y METODOS:

8. PARTICIPANTES:

La Ley 14/1986, General de Sanidad, de 25 de abril, en su Título III articula el Sistema Sanitario Público estructurándolo en Áreas de salud (Jefatura del Estado, 1986) que, en la Comunidad Valenciana, se denominan Departamentos de salud. Según la Ley 3/2003 de 6 de febrero de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana, los Departamentos, se estructuran en, al menos, un Hospital General de referencia, los centros de salud y los centros de atención primaria (Presidencia de la Generalitat Valenciana, 2003).

La Comunidad Valenciana dispone de 24 Departamentos, de los cuales, el Departamento donde se realizó el estudio se estructura en 19 centros de salud, 52 consultorios auxiliares, 2 centros de especialidades y 2 hospitales⁴.

Los centros de salud desarrollan de forma integrada y mediante el trabajo en equipo todas las actividades encaminadas a la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, tanto individual como colectiva de los habitantes de la zona básica. En los consultorios auxiliares se realizaran las tareas básicas sanitarias, en los centros de especialidades se prestara la atención especializada de los problemas de salud y, en los hospitales se desarrollaran las tareas de mayor complejidad.

Los centros de atención primaria (centros de salud y consultorios auxiliares) están compuestos por personal médico y de enfermería

⁴ Por motivos de confidencialidad firmados en la realización del estudio no se puede ofrecer por escrito el nombre del Departamento en el que se realizó el estudio.

realizando sus tareas habitualmente mediante horario de trabajo fijo, sea de mañana y/o tarde no realizándose trabajo nocturno disponiendo de una pequeña cantidad de personal auxiliar y administrativo.

Los centros de atención especializada pueden estar atendidos por personal médico que a su vez presta sus servicios en el Hospital General de referencia del Departamento o bien lo presta exclusivamente en estos centros prestando el personal de enfermería sus servicios exclusivamente en estos centros en horarios fijos. En estos centros se trabaja en turno de mañana y/o de tarde exclusivamente disponiendo de más cantidad de personal auxiliar no sanitario.

En el Decreto 72, 2001, de 2 de abril, del Gobierno Valenciano, se regula la atención continuada en el ámbito de la atención primaria. En él, se establece la estructura de los Puntos de Atención Continuada (PAC), entendiéndose por atención continuada a la atención permanente que se presta a la población fuera del horario ordinario de funcionamiento del centro donde se encuentran ubicados, estando compuestos por personal médico, de enfermería y celador/a trabajando mediante turnos rotativos comenzando a prestar sus servicios a las 15 horas en los centros que exclusivamente trabajan por la mañana y a las 21 horas en los que trabajan en horario de mañana y tarde finalizando a las 8 horas del día siguiente y 24 horas continuadas los días festivos. El Departamento donde se realizó el estudio dispone de 19 PAC.

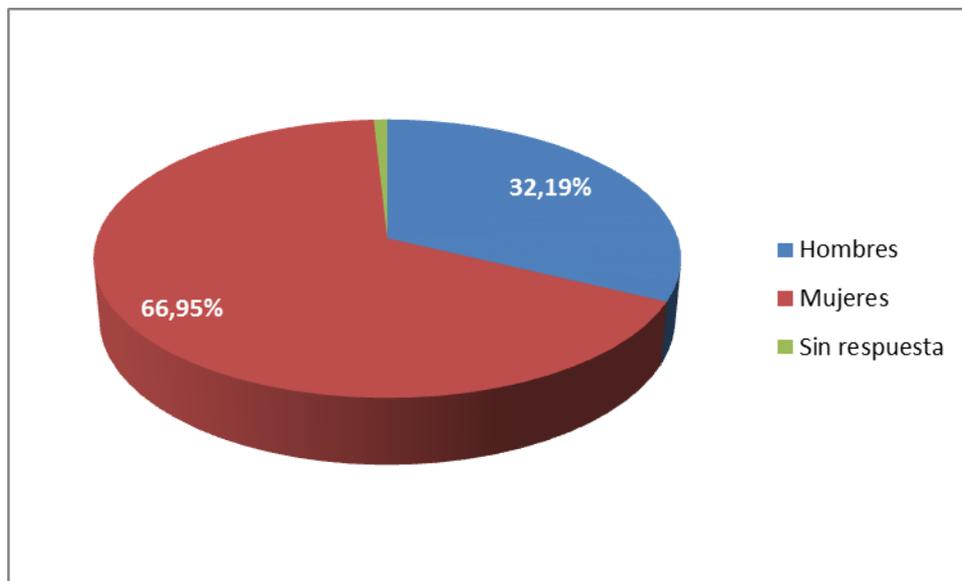
Por último los Hospitales están compuestos por salas de hospitalización, Consultas Externas, Unidades de Reanimación y Vigilancia Intensiva y Servicios de Urgencias. Todos estos servicios están dotados de personal médico y de enfermería que realizan su trabajo en turnos de trabajo de mañana en salas de hospitalización y consultas externas y, mediante turnos de trabajo rotatorio en el resto de los servicios mencionados, realizando estos profesionales horario de mañanas, tardes y noches de forma rotatoria, incluyéndose los festivos.

La relación laboral de los profesionales sanitarios en estos centros es mediante un estatuto propio que los distingue del resto de personal funcionario y que viene regulado mediante la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

Los Departamentos disponen de un órgano directivo que se estructura mediante un Gerente ayudado por un Director Médico de Atención primaria, Director Médico, Dirección de Enfermería, Director Económico, Área de Docencia y Área de Investigación.

La muestra analizada consta de 233 sujetos, todos ellos profesionales de la salud que trabajan en el Departamento de Salud 14 de la Comunidad Valenciana compuesto por dos Hospitales y los distintos centros de salud que los componen. Se repartieron un total de 950 cuestionarios, lo que supone una tasa de respuesta de 24.53%. Si bien la tasa de respuesta es baja, esto suele ser habitual en personal sanitario (VanGeest, Johnson, y Welch, 2007).

La muestra está compuesta por 75 hombres (32.19%) y 156 mujeres (66.95%), (Gráfico 1), no facilitándose en dos cuestionarios respuesta (0.86%), estando ocupados, 129 en el Hospital cabecera del Departamento (55.37%), 36 en el Hospital comarcal (15.45%) y 68 en Atención Primaria (29.19%).

Gráfico 1 Distribución por Género de la muestra

La categoría profesional de los componentes de la muestra estaba formada por 75 (32.19%) profesionales de la medicina y 158 (67.81%) de enfermería, (Tabla 1).

Tabla 1 Distribución de la muestra por categorías laborales

Categoría laboral	N (%)
Médico/a	75 (32.19%)
Enfermero/a	158 (67.81%)

En cuanto a la distribución del Género por las Categorías laborales, Tabla 2 se comprueba que el 62.67% del personal médico eran médicos mientras que en el personal de enfermería, el 82.05% eran enfermeras.

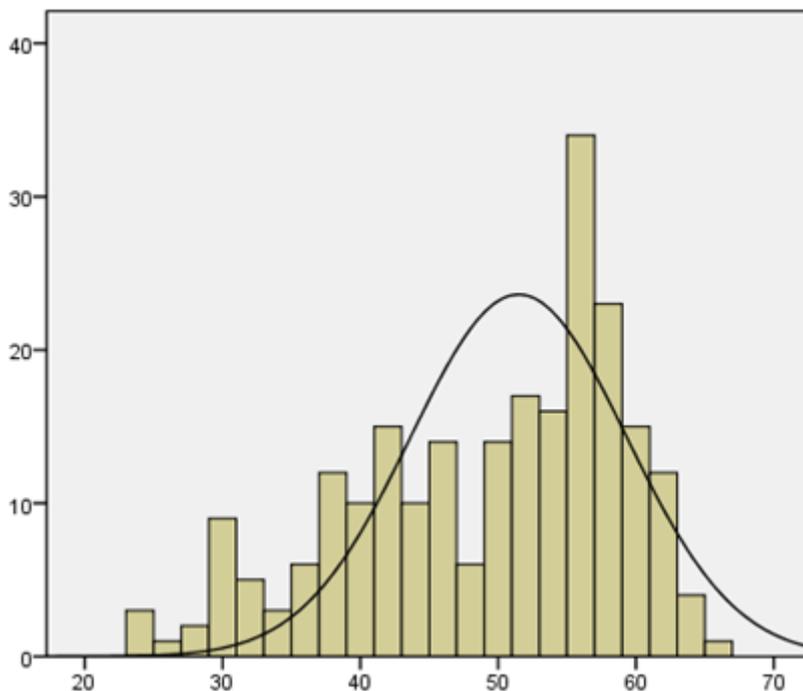
Tabla 2 Distribución de la muestra por Género y Categoría laboral.

		Categoría laboral		Total
		Médico/a	Enfermera/o	
Género	Hombre	47 (62.67%)	28 (17.95%)	75
	Mujer	28 (37.33%)	128 (82.05%)	156
Total		75	156	231

La edad osciló entre 24 y 65 años, con una media de 48.72 años, mediana de 52 y moda de 56 años, con una desviación típica de 9.78 y varianza de 95.54, encontrándose su distribución en la Tabla 3 y el Gráfico 2. Los estadísticos de la edad distribuidos por Género son, para los hombres ($M = 49$ años; $dt = 11$) mientras que para mujeres ($M = 48$; $dt = 9$)

Tabla 3 Distribución por edad de la muestra

Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje
24-29	9	3.86
30-34	14	6.01
35-39	21	9.01
40-44	32	13.73
45-49	25	10.73
50-54	42	18.03
55-59	65	27.90
60-65	24	10.30
No válido	1	0.43
	233	100

Gráfico 2 Distribución por edad de la muestra

La media del número de hijos dependientes fue de 1.18 hijos por sujeto, con una mediana de 1 hijo y moda de 2 por hijos por sujeto, oscilando entre 0 y 4 hijos, encontrándose su distribución en la Tabla 4.

Tabla 4 Distribución por número de hijos/sujeto de la muestra

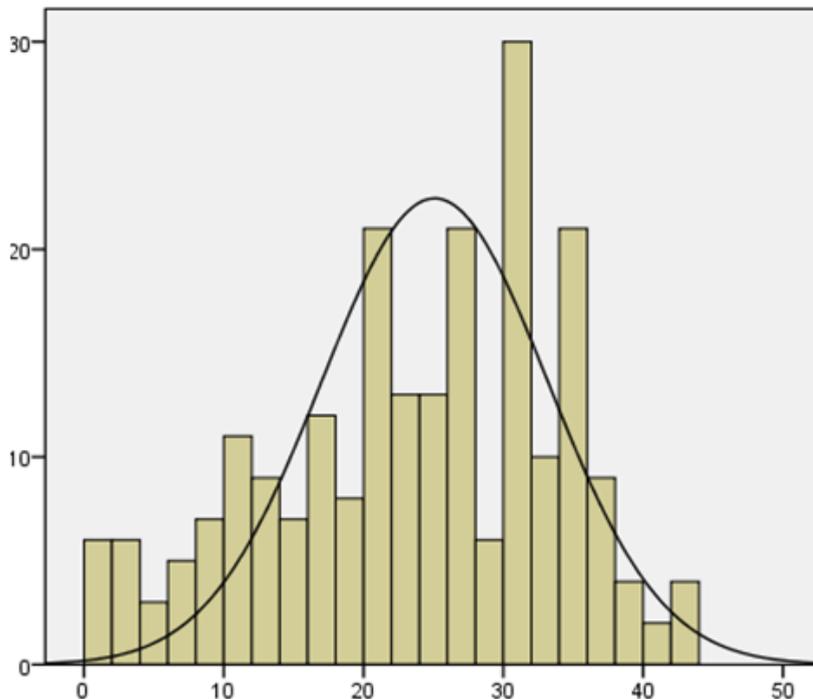
Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje
0	67	28.80
1	66	28.30
2	85	36.50
3	9	3.90
4	2	.90
No contesta	4	1.70
Total	233	100

La media de personas dependientes a cargo del trabajador fue de 0.18 personas, con una mediana y moda de 0, con un valor mínimo de 0 y un máximo de 3, encontrándose la distribución en la Tabla 5.

Tabla 5 Distribución por número de personas dependientes/sujeto de la muestra

Número de personas dependientes	Frecuencia	Porcentaje
0	188	80.70
1	22	9.40
2	5	2.10
3	2	.90
No válido	16	6.90
Total	233	100

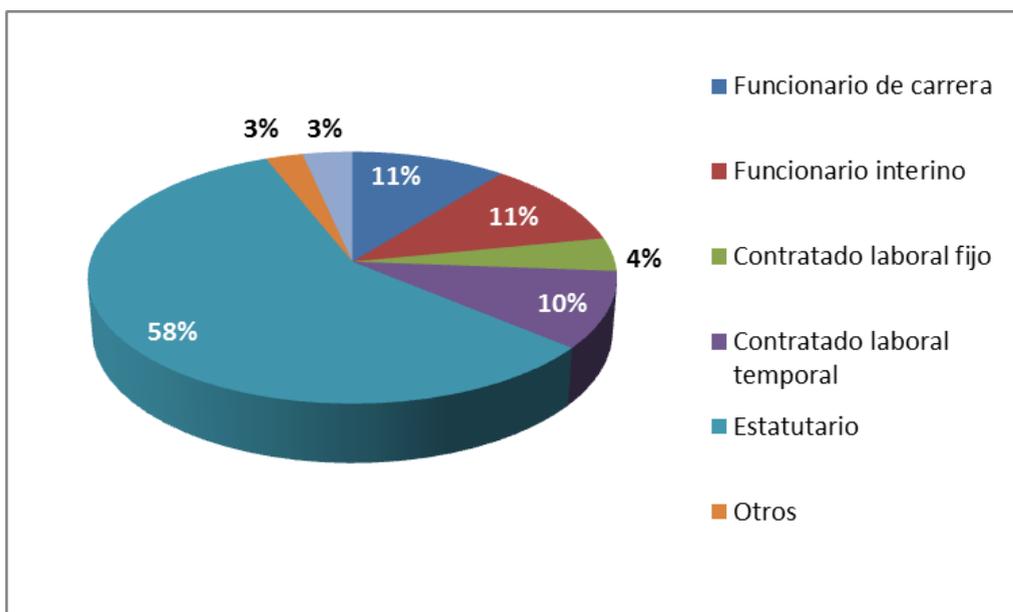
La media de antigüedad en la profesión entre los profesionales de la muestra fue de 23.25 años, con una mediana de 24.6 y moda de 30 años mientras que, la media de la antigüedad en el puesto fue de 4.81 años, con una media y una moda de 7 años. La distribución de la antigüedad de la muestra se encuentra en el Gráfico 3

Gráfico 3 Gráfico de antigüedad de la muestra

En cuanto a la relación laboral, Tabla 6 y, Gráfico 4, la más frecuente es el personal estatutario con 135 casos (57.94%), seguido de Funcionario interino con 26 casos (11.16%), Funcionario de carrera con 25 (10.73%) y Contratado Laboral Temporal 23 (9.87%). De todos estos, son trabajadores fijos un total de 170 trabajadores (72.96%) e interinos 63 trabajadores (27.04%).

Tabla 6 Distribución de la relación laboral de la muestra

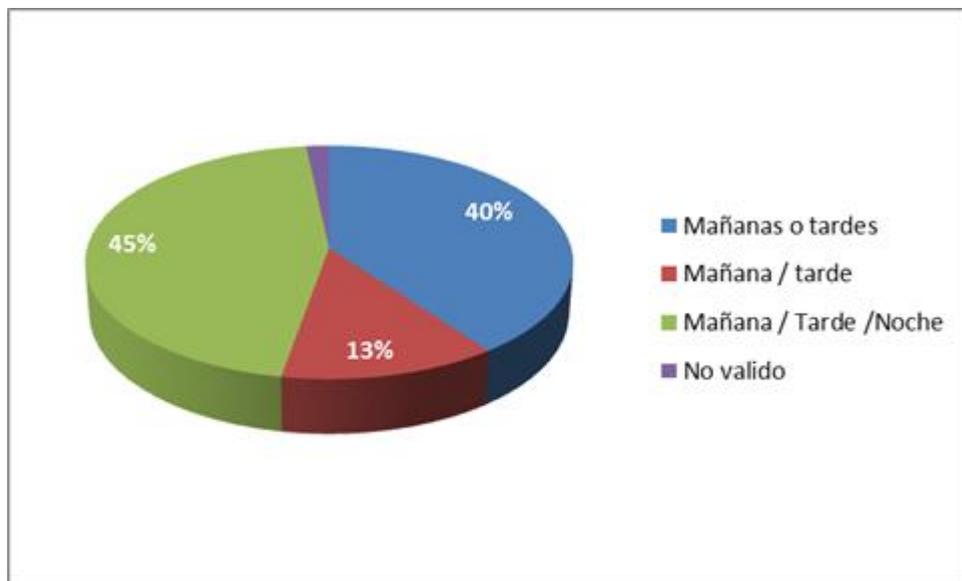
Relación laboral	Frecuencia	Porcentaje
Funcionario de carrera	25	10.73
Funcionario interino	26	11.16
Contratado laboral fijo	10	4.29
Contratado laboral temporal	23	9.87
Estatutario	135	57.94
Otros	6	2.58
No válido	8	3.43
Total	233	100

Gráfico 4 Distribución de la relación laboral de la muestra

En cuanto al Turno de Trabajo, Tabla 7 y, Gráfico 5, el trabajo a turnos es el más habitual, 136 trabajadores (58.37%), trabajo nocturno lo realizan 106 (45.49%) mientras que el trabajo fijo de mañanas o tardes lo tienen asignado 93 personas (39.91%).

Tabla 7 Distribución por turno de trabajo de la muestra

Turno de trabajo	Frecuencia	Porcentaje
Fijo de Mañanas o tardes	93	39.91
Mañana / tarde	30	12.88
Mañana / Tarde /Noche	106	45.49
No valido	4	1.72
Total	233	100

Gráfico 5 Distribución por turno de trabajo de la muestra

9. INSTRUMENTO:

Se han utilizado las siguientes escalas:

1). Factores de demanda:

- **Carga de trabajo:** Esta variable fue evaluada mediante la subescala de la Batería UNIPSICO (Gil-Monte, 2016a). Consta de 6 ítems con un alfa de Cronbach, $\alpha = .72$. Evalúa la carga de trabajo tanto cuantitativa como cualitativa. La cuantitativa es el número de actividades a realizar en un periodo de tiempo, mientras que la cualitativa consiste en la dificultad de la tarea.
- **Conflicto de rol:** Esta variable fue evaluada mediante la subescala de la Batería UNIPSICO (Gil-Monte, 2016a). Consta de 5 ítems con un alfa de Cronbach, $\alpha = .77$. Se trata de aquella situación en la que se encuentra un trabajador en la cual, no puede satisfacer simultáneamente las expectativas de rol contradictorias en las que está envuelto.
- **Ambigüedad de rol:** Esta variable fue evaluada mediante la subescala de la Batería UNIPSICO (Gil-Monte, 2016a). Consta de 5 ítems con un alfa de Cronbach, $\alpha = .79$. Se define como el grado de incertidumbre que el trabajador que desempeña un rol tiene respecto al mismo.
- **Conflictos interpersonales:** Esta variable fue evaluada mediante la subescala de la Batería UNIPSICO (Gil-Monte, 2016a). Consta de 5 ítems con un alfa de Cronbach, $\alpha = .76$. Se define como la frecuencia con la que el trabajador percibe conflictos con la dirección de la organización, supervisor, compañeros u otros empleados de la organización, y clientes.
- **Inequidad en los intercambios sociales:** Esta variable fue evaluada mediante la subescala de la Batería UNIPSICO (Gil-Monte, 2016a). Consta de 5 ítems con un alfa de Cronbach, $\alpha = .79$. Se

define como la ausencia de reciprocidad en los intercambios sociales, o percepción de falta de justicia organizacional.

- **Conflicto trabajo-familia y familia trabajo:** Esta variable fue evaluada mediante una adaptación de la escala de Netemeyer, Boles, y McMurrin (1996). Consta de 10 ítems, cinco evalúan conflicto trabajo familia y los otros cinco el conflicto familia trabajo, con unos alfa de Cronbach $\alpha = .75 / .82$) respectivamente. Se define como el nivel de interferencia entre los roles del trabajo sobre los familiares e inversamente (Netemeyer, et al, 1996).
- **Trabajo emocional:** Se ha utilizado una adaptación del cuestionario FEWS (Zapf, Vogt, Seifert, Mertini y Isic, 1999). Este cuestionario define el trabajo emocional como “el esfuerzo, planificación y control necesario para expresar las emociones organizacionalmente deseables durante las transacciones interpersonales” (Morris y Feldman, 1996; Ortiz, et. al, 2012). Consta de 5 dimensiones denominadas 1) requerimientos de expresar emociones positivas 2) necesidad de ser sensible ante las demandas de los demás 3) requerimientos de mostrar simpatía 4) control o posibilidad de regularse emocionalmente, y 5) disonancia emocional. Para este estudio se seleccionaron dos ítems de cada dimensión, obteniendo un total de 12 ítems. Estas dimensiones se evaluaron a través de una escala de frecuencia de 0 (“Nunca”) a 4 (“Muy frecuentemente: todos los días”). Como se mantuvieron las dimensiones propuestas por Ortiz, et al. 2012, los ítems siguen teniendo validez de constructo ($\alpha = .71$).
- **Liderazgo laissez faire:** Esta variable fue evaluada mediante la subescala de la Batería UNIPSICO. Se define como aquel líder cuyas características principales son el desinterés y la ausencia de apoyo a sus seguidores, limitándose solo al resultado de las actividades

(Martínez, 2004). Consta de 3 ítems con un alfa de Cronbach $\alpha = .96$. (Bass y Avolio, 1990).

2). **Factores de recurso:**

- **Autonomía:** Esta variable fue evaluada mediante la subescala de la Batería UNIPSICO (Gil-Monte, 2016b). Consta de 5 ítems con un alfa de Cronbach $\alpha = .84$. Consiste en la discreción concedida al trabajador sobre la gestión de su tiempo de trabajo y descanso.
- **Apoyo social:** Esta variable fue evaluada mediante la subescala de la Batería UNIPSICO (Gil-Monte, 2016b). Consta de 6 ítems con un alfa de Cronbach $\alpha = .84$. Evalúa el apoyo social ofrecido por la dirección de la organización, los supervisores directos, y los compañeros, en todos los casos en forma de apoyo emocional y de apoyo técnico.
- **Retroinformación:** Esta variable fue evaluada mediante la subescala de la Batería UNIPSICO (Gil-Monte, 2016b). Consta de 8 ítems con un alfa de Cronbach $\alpha = .82$. Consiste en el grado en que el trabajador percibe la información que recibe de los distintos componentes de la organización sobre la efectividad del desempeño y el nivel de ejecución. Esta retroinformación puede ser positiva o negativa. En la positiva, el trabajador percibe esta retroinformación como estimulante mientras que en la negativa la percibe como una “carga”. La subescala utilizada dispone de cuatro ítems para la retroinformación positiva y otros tantos para la negativa con un alfa = .65 para la retroinformación positiva y .70 para la retroinformación negativa.
- **Disponibilidad de recursos:** Esta variable fue evaluada mediante la subescala de la Batería UNIPSICO (Gil-Monte, 2016b). Consta de 8 ítems con un alfa de Cronbach $\alpha = .82$. Consiste en el grado en que el trabajador percibe la información que recibe de los distintos

componentes de la organización sobre la efectividad del desempeño y el nivel de ejecución.

- **Liderazgo transformacional:** Se define como una forma de liderazgo por la cual, el líder tiene la habilidad de cambiar la perspectiva de sus colaboradores, motivando e inspirando (Burns, 1978). Se evaluó mediante una versión modificada de escala de Bass y Avolio, que consta de 3 ítems con un alfa de Cronbach $\alpha = .70$. (Bass y Avolio, 1990).
- 3). **Consecuencias:**
- **Satisfacción laboral:** Es el conjunto de actitudes desarrolladas por la persona hacia facetas específicas del trabajo. Da lugar a un estado emocional positivo o placentero resultado de la percepción subjetiva de las experiencias laborales de la persona. Consta de 6 ítems (alfa = .77) (Gil-Monte, López-Vílchez, Llorca-Rubio, y Sánchez, 2016).
 - **Problemas psicosomáticos. Escala de salud:** Evalúa la frecuencia de aparición de problemas psicosomáticos relacionados con la ansiedad derivada de la percepción de fuentes de estrés en el trabajo. Consta de 9 ítems con un alfa = .85, a los que se ha añadido 4 ítems independientes para medir consumo de alcohol por problemas del trabajo, consumo de tabaco incremento en consumo de tabaco por problemas derivados del trabajo, necesidad de apoyo de un especialista debido a los problemas de salud derivados del trabajo, y necesidad de tomar medicación para mejorar los problemas de salud derivados del trabajo (4 ítems) (Gil-Monte, et al, 2016).
 - **Escala de Depresión de Zung:** Es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor

- peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. Mide la frecuencia con la que el trabajador percibe síntomas depresivos. Consta de 20 ítems con un alfa de Cronbach $\alpha = .80$ (Zung, 1965).
- **SQT (burnout):** Se define como la respuesta psicológica al estrés laboral crónico de carácter interpersonal y emocional. Se caracteriza por: a) un deterioro cognitivo del individuo, consistente en la pérdida de la ilusión por el trabajo; b) un deterioro afectivo, caracterizado por agotamiento emocional y físico y; c) la aparición de actitudes y conductas negativas hacia otras personas y en especial hacia la organización en forma de comportamientos indiferentes, fríos, distantes y, en ocasiones, agresivos (indolencia) (Gil-Monte, 2005). Esta variable se ha evaluado mediante el “Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el trabajo (CESQT) (Gil-Monte, 2011). La puntuación se calculó como promedio de los 20 ítems que forman las subescalas de Ilusión por el trabajo (5 ítems invertidos) ($\alpha = .85$), Desgaste psíquico (4 ítems) ($\alpha = .84$), Indolencia (6 ítems) ($\alpha = .83$) y Culpa (5 ítems, ($\alpha = .79$).
 - **Absentismo y abandono:** Puede describirse como una conducta de abandono laboral relacionada con una serie de variables a diferentes niveles. Consta de 4 ítems, dos para absentismo y otros dos que miden la frecuencia con la que el trabajador desea faltar al trabajo con un alfa de Cronbach $\alpha = .82$.
 - **Sociodemográficas:** 9 ítems. Género (hombre/mujer), Edad en años, Número de hijos y de personas mayores dependientes, Tipo de relación laboral (Funcionario/a de carrera, Funcionario/a interino, Contratado/a laboral fijo, Contratado/a laboral temporal, Estatutario/a, Otra), Antigüedad en años y meses, Categoría

profesional (Medico/a, Efermero/a y Turno de trabajo (Mañana, Tarde, Noche, Mañana/Tarde, Mañana/Tarde/Noche).

10. PROCEDIMIENTO:

Se trata de un estudio transversal no experimental de una muestra de profesionales de la salud.

10.1. Recogida de datos:

El procedimiento seguido para la obtención de la muestra se inició mediante la firma de un Convenio entre la Consellería de Sanidad de la Generalidad Valenciana y la Universidad de Valencia en el cual se establecían los aspectos del procedimiento a seguir.

Tras la firma del convenio se procedió a realizar una reunión inicial con el Gerente del Departamento sanitario donde se explicaron los objetivos del estudio a realizar y las estrategias posibles que se podían seguir.

Posteriormente se realizó una reunión con los representantes de los trabajadores realizándose posteriormente reuniones con aquellas personas con responsabilidades en el centro de trabajo (jefes de servicio, supervisores, etcétera) explicando, en ambos casos, como en el caso anterior, los objetivos y el procedimiento a seguir.

El procedimiento seguido se inició con la entrega por parte de personal de UNIPSICO de los cuestionarios a responsables del Departamento para que los hicieran llegar a los trabajadores que estuvieran bajo su mando para, transcurrido un plazo de 2 semanas, personal de UNIPSICO acudiera al centro de trabajo para recoger los cuestionarios, siendo ayudados por personal del Servicio de Prevención Propio del Hospital.

Con la entrega de los cuestionarios se informaba a los sujetos del compromiso de confidencialidad y privacidad establecido en el proyecto y que decía:

“Únicamente podrán acceder a las encuestas personal del INVASSAT y del grupo de investigación UNIPSIICO de la Universitat de València. Caso que algún dato suyo sea utilizado para algún estudio de investigación, se asegurará que los participantes nunca sean identificados por su nombre o apellidos, ni mediante información alguna que les haga identificables.

Mediante el marcado de la casilla existente más abajo, usted consiente en el tratamiento de sus datos personales, incluidos datos de salud, en el proceso de evaluación de factores psicosociales de su centro de trabajo con la finalidad de mejorar sus condiciones de trabajo pudiendo ser utilizados dichos datos, además con fines científicos como:

- 1). La investigación.
- 2). La creación, desarrollo, transmisión y crítica de la ciencia, de la técnica y de la cultura.
- 3). La difusión, la valorización y la transferencia del conocimiento.

Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición al tratamiento, o revocar su consentimiento mediante presentación de escrito adjuntando documento identificativo a la Universidad de Valencia”.

Por otro lado, los trabajadores deben aceptar la política de privacidad de la Universidad de Valencia que obliga a los investigadores de este estudio a seguir unas normas consistentes en: Seguridad en el uso de los medios informáticos; controles de acceso físico y lógico; uso, mantenimiento y destrucción de dispositivos o soportes que contengan la información protegida; normas a seguir sobre el uso del correo electrónico y red corporativa; recursos informáticos; incidencias de seguridad; publicación; autorizaciones y segmentación.

Ante la poca respuesta siguiendo el procedimiento especificado, se procedió a su modificación, entregando los cuestionarios a aquellas

personas que no se les entregó en la primera fase, acompañados de un sobre franqueado para que, una vez cumplimentado, fuera remitido a la unidad de forma que se asegurara de una forma efectiva la intimidad en cuanto a las respuestas.

El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética de la Universitat de València.

10.2. Análisis de datos:

Tras la recogida de todos los cuestionarios por miembros del grupo UNIPSICO se procedió a su análisis mediante el instrumento SPSS21.

Mediante este instrumento se realizaron análisis de prevalencia para el conjunto de la muestra, prevalencia por género y cruce de estas variables y, por último, análisis de comparación de medias y varianzas así como estudio de correlación y regresión de los principales factores de riesgo de demandas y recursos y las consecuencias sobre los trabajadores con los factores sociodemográficos.

Se han realizado análisis t-test para realizar la comparación de medias, chi cuadrado y análisis Univariante para comparar las varianzas y análisis de correlación y, regresión lineal por etapas, utilizando para ello el paquete informático SPSS en su versión 21.

IV. RESULTADOS:

En este capítulo se van a analizar los resultados obtenidos de los análisis estadísticos realizados con las puntuaciones de los distintos ítems de los cuestionarios cumplimentados por los trabajadores.

Se realizó en primer lugar un análisis descriptivo mediante el cálculo de la media, desviación típica, valor máximo, mínimo, asimetría y curtosis para las variables de demanda (Carga de trabajo, Conflicto de rol, Ambigüedad de rol, Conflictos interpersonales, Inequidades en los intercambios sociales, Conflicto trabajo familia, Conflicto familia trabajo, Trabajo emocional y, Liderazgo laissez-faire) y de recurso (Autonomía, Apoyo social en el trabajo, Retroinformación, Disponibilidad de recursos y, Liderazgo transformacional) y, por último también se analizarán las consecuencias derivadas de los factores psicosociales (Satisfacción laboral, Problemas psicosomáticos de salud, Incremento del consumo de tabaco diario, Incremento del consumo de alcohol diario, Consumo de medicamentos por problemas de salud derivados del trabajo, Consulta a algún especialista por problemas de salud derivados del trabajo, Depresión, Días faltados al trabajo en el último año por problemas de salud derivados del trabajo, Inclinación al absentismo y, Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT)).

Posteriormente se realizaron análisis diferenciales mediante la realización de pruebas t-test y ANOVAS siguiendo la misma estructura que para el análisis descriptivo pero utilizando solamente como variables sociodemográficas el Género (hombre vs. mujer), Categoría profesional (médico vs. enfermería), Tipo de turno (mañanas, tardes/mañanas, y, mañanas, tardes y noches) y Tipo de contrato (fijo vs. no fijo) realizando además análisis varianza analizando las mismas variables comparando el Género con el resto de variables sociodemográficas Categoría profesional, Tipo de turno y Tipo de contrato.

Posteriormente se realizó un análisis de prevalencia para comprobar cómo se distribuye la muestra en función de cada una de las variables de riesgo y, como se distribuye la prevalencia de cada una de las variables en relación con el Género.

Luego se realizaron análisis de correlación para las variables de demanda y recursos con las consecuencias en relación con el Género.

Por último se realizó un análisis de regresión lineal múltiple con el método stepwise para cada variable dependiente, utilizando como variables dependientes cada una de las consecuencias de los riesgos psicosociales consideradas en la evaluación y como variables independientes las variables de demanda, y en análisis diferentes como variables dependientes cada una de las consecuencias de los riesgos psicosociales y como variables independientes las variables de recursos siendo analizados de la misma forma.

11. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS Y ANÁLISIS DIFERENCIALES:

11.1. Descriptivos:

Antes de abordar los resultados relacionados con los objetivos e hipótesis del estudio, se realizó un análisis descriptivo de las variables para comprobar la distribución de las puntuaciones con relación a la distribución normal y la calidad de los datos.

1). Variables de Demanda:

De los resultados obtenidos en la Tabla 8 se obtiene que la mayor puntuación media se ha obtenido para la variable Trabajo emocional ($M = 2.37$) y Carga de trabajo ($M = 1.97$), y unos valores relativamente bajos para Conflicto familia-trabajo ($M = 0.33$).

Según los valores de asimetría, con excepción de la variable Conflicto familia-trabajo, todas las variables han obtenido valores dentro

del rango +/-1, excepto Conflicto trabajo familia trabajo (1.77) con unos valores muy concentrados alrededor de media ($Cu = 3.49$).

Tabla 8 Estadísticos descriptivos para las variables de Demanda.

Demandas	Media	dt	Máximo	Mínimo	Asimetría	Curtosis
Carga de trabajo	1.97	0.65	3.67	0.17	0.20	-0.31
Conflicto de rol	1.19	0.75	3.40	0.00	0.46	-0.26
Ambigüedad de rol	0.84	0.67	4.00	0.00	-0.85	1.44
Conflictos interpersonales	0.70	0.48	2.67	0.00	0.84	1.28
Inequidad en intercambios sociales	1.84	0.85	4.00	0.00	0.04	0.08
Conflicto trabajo familia	1.22	0.98	4.00	0.00	0.94	0.49
Conflicto familia trabajo	0.33	0.48	2.67	0.00	1.77	3.49
Trabajo emocional	2.37	0.56	3.60	0.30	-0.87	1.33
Liderazgo laissez faire	1.16	0.84	4.00	0.00	0.73	0.40

La variable Trabajo emocional se encuentra en los niveles de riesgo más alto, encontrándose el resto de variables en unos niveles de riesgo medio excepto Ambigüedad de rol, Conflicto trabajo familia y Conflicto familia trabajo que se encuentran en un nivel de riesgo más bajo.

2). Variables de Recurso:

De los resultados obtenidos en la Tabla 9 se puede afirmar que los trabajadores perciben un importante Apoyo social proveniente de sus compañeros ($M = 3.14$) y del superior ($M = 2.55$), contribuyendo las fuentes de apoyo y de retroinformación en mayor medida al apoyo social total. Dado que todos los valores se encuentran dentro del rango +/-1, la distribución de las puntuaciones de las variables siguen una distribución normal.

Tabla 9 Estadísticos descriptivos para las variables de Recurso

Recursos	Media	dt	Máximo	Mínimo	Asimetría	Curtosis
Autonomía	2.48	0.80	4.00	0.20	-0.40	-0.08
Apoyo social trabajo	2.51	0.71	4.00	0.83	0.26	-0.42
Apoyo social trabajo (Organización)	1.85	1.19	4.00	0.00	0.18	-0.95
Apoyo social trabajo (Superior)	2.55	0.99	4.00	0.00	-0.40	-0.38
Apoyo social trabajo (Compañeros)	3.14	0.63	4.00	1.00	-0.47	0.07
Retroinformación	1.33	0.59	3.50	0.00	0.51	0.74
Retroinformación positiva	1.45	0.78	4.00	0.00	0.46	0.602
Retroinformación negativa	1.22	0.74	3.50	0.00	0.56	-0.24
Recursos	2.14	0.66	3.86	0.14	-0.08	0.27
Liderazgo transformacional	2.08	1.00	4.00	0.00	-0.11	-0.63

Todas las variables de recurso se encuentran en un nivel de riesgo medio.

3). **Consecuencias:**

En la Tabla 10 hay varios resultados sobre las consecuencias especialmente llamativos como, la Inclinación al absentismo ya que siendo evaluada con una escala con rango de 0 a 4, obtiene una puntuación baja ($M = 0.73$) con unos valores altamente concentrados alrededor de la media ($Cu = 4.30$). Además, la media de Días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses ha obtenido un valor medio moderado ($M = 5.03$ días) existiendo un valor máximo muy elevado (300 días) con una asimetría positiva marcada ($As = 8.28$) y un valor de curtosis alto ($Cu = 75.90$).

Además, con referencia al Consumo de tabaco, se obtienen unos valores bajos ($M = 0.21$) concentrándose todos ellos en los valores

menores ($As = 3.20$), ocurriendo la misma situación para el apoyo del Especialista ($M = 0.21$; $As = 2.89$).

Tabla 10 Estadísticos descriptivos para las consecuencias de los riesgos psicosociales.

Consecuencias	Media	dt	Máximo	Mínimo	Asimetría	Curtosis
Satisfacción laboral	2.32	0.68	4.00	0.33	-0.09	-0.16
Problemas psicósomáticos	0.99	0.70	3.22	0.00	0.67	0.08
Depresión	35.69	6.96	56.00	20.00	0.49	-0.11
Inclinación al absentismo	0.73	0.93	4.00	0.00	-2.01	4.30
Síndrome de Quemarse por el trabajo	1.18	0.50	2.40	0.07	0.38	-0.20
Días absentismo último año	5.03	27.52	300.00	0.00	8.28	75.90
Consumo de Medicamentos	1.40	1.33	4.00	0.00	0.47	-0.96
Consumo de Alcohol	0.59	0.79	3.00	0.00	1.05	-0.07
Consumo de Tabaco	0.21	0.63	4.00	0.00	3.29	11.36
Consulta Especialista	0.21	0.57	3.00	0.00	2.84	7.54

Las variables que forman parte de las consecuencias, se encuentran en un nivel medio.

11.2. ANALISIS DIFERENCIALES:

1). T-test:

Tras el análisis de los estadísticos descriptivos se procede a presentar un análisis diferencial realizado mediante pruebas de t-test y, análisis de varianza con el fin de contrastar la hipótesis **1, 2, 3, 4 5 y 6**.

Los resultados de este apartado se ordenan de igual manera que el análisis descriptivo en variables de Demanda, de Recurso y Consecuencias, utilizando las variables Género, Categoría laboral, Trabajo nocturno y Tipo de contrato como variables independientes.

- Factores psicosociales de demanda.

En la Tabla 11 y en el Gráfico 6, se comprueban las diferencias estadísticamente significativas existentes según la variable Género en Ambigüedad de rol, ($t = 2.49$; $p < .05$), siendo ésta percibida de manera significativamente más elevada por los hombres que por las mujeres (Hombres, $M = 1.00$; Mujeres, $M = 0.76$), e Inequidad en los intercambios sociales ($t = 2.64$; $p < .05$) obteniendo un valor más alto en la media para la muestra de hombres (Hombres, $M = 2.04$; Mujeres, $M = 1.75$).

Estos resultados hacen que no se acepte la **Hipótesis 1** dado que los hombres perciben con mayor intensidad los factores psicosociales de demandas.

Gráfico 6 Medias en función de Género. vs. Factores psicosociales de Demanda

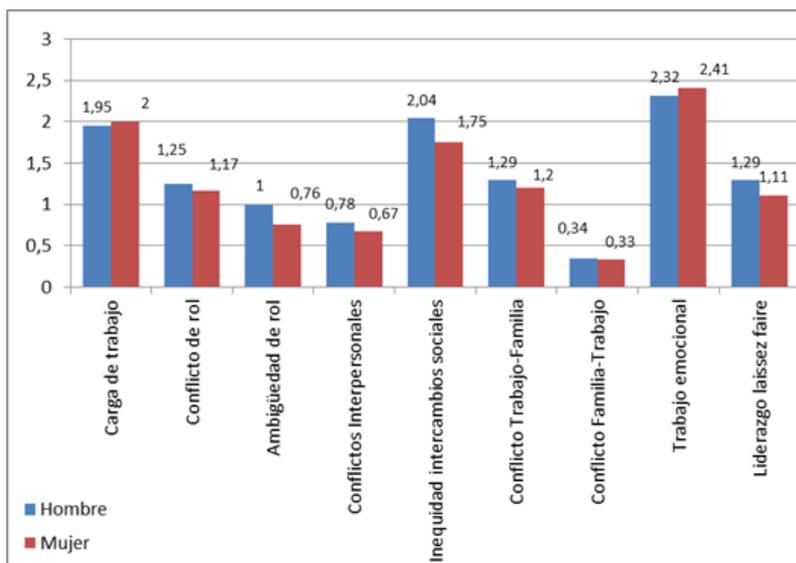


Tabla 11 T-test en función de Género, Categoría laboral, Trabajo nocturno y Tipo de contrato vs. Factores psicosociales de Demanda.

Variables	Género		t-test	Categoría laboral		t-test	Trabajo nocturno		t-test	Tipo contrato		t-test
	Media			Media			Media			Media		
	Hombre	Mujer	Médico/a	Enfermero/a	No	Sí	Fijo	No fijo				
Carga de trabajo	1.95	2.00	-0.48	1.94	1.98	-0.53	1.87	2.06	-2.12*	1.91	2.15	-2.56*
Conflicto de rol	1.25	1.17	0.72	1.11	1.23	-1.12	1.16	1.23	-0.67	1.16	1.34	-1.58
Ambigüedad de rol	1.00	0.76	2.49*	0.85	0.84	-0.13	0.83	0.87	0.48	0.79	0.96	1.67
Conflictos Interpersonales	0.78	0.67	1.68	0.75	0.68	1.06	0.66	0.73	-1.04	0.71	0.69	0.19
Inequidad intercambios sociales	2.04	1.75	2.64**	1.91	1.80	0.95	1.79	1.91	-1.08	1.86	1.82	0.31
Conflicto Trabajo-Familia	1.29	1.20	0.65	1.31	1.18	0.99	1.03	1.36	-2.44*	1.09	1.55	-3.21**
Conflicto Familia-Trabajo	0.34	0.33	0.11	0.39	0.30	1.24	0.29	0.29	0.08	0.32	0.36	-0.45
Trabajo emocional	2.32	2.41	-1.08	2.30	2.41	1.29	2.29	2.40	1.45	2.32	2.50	-2.31*
Liderazgo laissez faire	1.29	1.11	1.59	1.45	1.03	3.55**	1.23	1.06	1.50	1.21	1.13	0.68

*p < .05; ** p < .01

En referencia con el trabajo nocturno las diferencias son significativas para la sobrecarga laboral en la que aquellos que trabajan en horario nocturno, la perciben con mayor intensidad ($M = 1.87$ vs 2.06 ; $t = -2.12$; $p < .05$) y, mayor percepción de conflicto trabajo-familia por las mujeres ($M = 1.03$ vs 1.36 ; $t = -2.44$; $p < .05$).

Para el tipo de contrato, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas para la sobrecarga, siendo más percibida por aquellos que no tienen contrato fijo ($M = 1.91$ vs 2.15 ; $t = -2.56$; $p < .05$) y de igual manera para el conflicto trabajo-familia ($M = 1.09$ vs 1.55 ; $t = -3.21$; $p < .01$).

- Factores psicosociales de recurso.

Se han obtenido diferencias estadísticamente significativas entre las medias de hombres y mujeres y percepción de Apoyo social procedente del superior ($t = -2.12$; $p < .05$), siendo percibido con mayor intensidad este apoyo por las mujeres (Mujeres, $M = 2.63$; Hombres, $M = 2.35$) (Tabla 12) (Gráfico 7).

Estos resultados hacen que no se acepte la **Hipótesis 2** dado que los hombres perciben que disponen de menos recursos laborales.

Gráfico 7. Medias en función de Género. vs. Factores psicosociales de Recurso

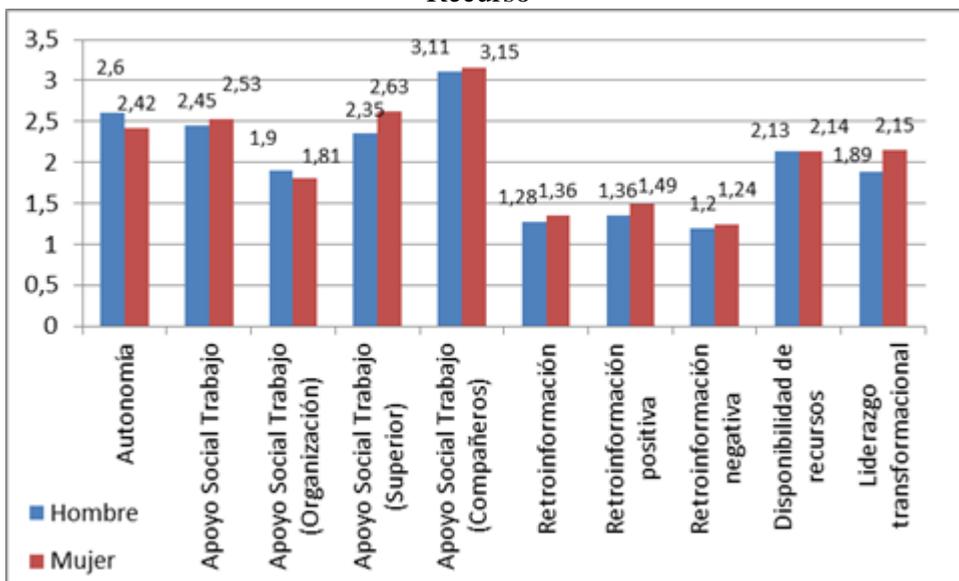


Tabla 12 T-test en función de Género. Categoría laboral. Trabajo nocturno y Tipo de contrato vs. Factores psicosociales de Recursos.

Variables	Género		t-test	Categoría laboral		t-test	Trabaja nocturno		t-test	Tipo Contrato		t-test
	Media			Media			Media			Media		
	Hombre	Mujer		Médico/a	Enfermero/a		No	Sí		Fijo	No fijo	
Autonomía	2.60	2.42	1.61	2.73	2.37	3.50**	2.65	2.34	2.78**	2.47	2.45	0.16
Apoyo Social Trabajo	2.45	2.53	-0.80	2.46	2.54	-0.90	2.56	2.46	0.99	2.47	2.56	-0.81
Apoyo Social Trabajo (Organización)	1.90	1.81	0.59	1.97	1.79	1.20	2.07	1.63	2.71**	1.80	1.88	-0.43
Apoyo Social Trabajo (Superior)	2.35	2.63	-2.12*	2.35	2.65	-2.20*	2.60	2.53	0.52	2.48	2.62	-0.93
Apoyo Social Trabajo (Compañeros)	3.11	3.15	-0.52	3.05	3.19	-1.80	3.00	3.22	-2.46*	3.13	3.18	-0.54
Retroinformación	1.28	1.36	-0.91	1.34	1.33	0.20	1.32	1.33	-0.16	1.25	1.54	-3.36**
Retroinformación positiva	1.36	1.49	-1.11	1.46	1.44	0.25	1.45	1.42	0.23	1.36	1.64	-2.39
Retroinformación negativa	1.20	1.24	-0.33	1.22	1.22	-0.14	1.18	1.24	-0.48	1.14	1.44	-2.75
Disponibilidad de recursos	2.13	2.14	-0.08	2.17	2.13	0.40	2.25	2.00	2.74**	2.15	2.14	0.09
Liderazgo transformacional	1.89	2.15	-1.88	1.88	2.17	-2.00*	2.08	2.11	-0.23	2.02	2.19	-1.25

* < .05; ** < .01

Para categoría profesional las diferencias entre las medias son significativas para la autonomía que es percibida con mayor intensidad por los médicos ($M = 2.73$ vs 2.37 ; $t = 3.50$; $p < .01$) y apoyo social procedente del superior que es percibida por mayor intensidad por el personal de enfermería ($M = 2.65$ vs 2.35 ; $t = 2.20$; $p < .05$) y, para el liderazgo transformacional que es percibido con mayor intensidad por el personal de enfermería ($M = 1.88$ vs 2.17 ; $t = -2.00$; $p < .05$).

Para aquellos que tienen en su horario trabajo nocturno se observan diferencias significativas entre medias para autonomía siendo percibida con mayor intensidad por aquellos que trabajan en turno diurno ($M = 2.65$ vs 2.34 ; $t = 2.78$; $p < .01$), apoyo social en el trabajo procedente de la organización siendo más percibido por aquellos que trabajan de día (2.07 vs 1.63 ; $t = 2.71$; $p < .01$), apoyo social en el trabajo procedente de los compañeros que es más percibido por aquellos que trabajan en turno nocturno ($M = 3.00$ vs 3.22 ; $t = -2.46$; $p < .05$) y, disponen de más recursos aquellos que trabajan en horario diurno ($M = 2.25$ vs 2.00 ; $t = 2.74$; $p < .01$).

Para el tipo de contrato, aquellos que no tienen contrato fijo perciben mayor retroinformación (1.25 vs 1.54 ; $t = -3.36$; $p < .01$) así como mayor retroinformación procedente del superior ($M = 1.46$ vs 1.74 ; $t = 2.35$; $p < .05$) e igualmente ocurre con la retroinformación procedente de los compañeros ($M = 1.29$ vs 1.68 ; $t = -4.02$; $p < .001$).

- Consecuencias de los riesgos psicosociales.

En la Tabla 13 se presentan los resultados obtenidos para las consecuencias de los riesgos psicosociales en el trabajo. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas según el Género para la percepción de Problemas psicosomáticos ($t = -3.71$; $p < .001$) percibiendo más problemas psicosomáticos las mujeres que los hombres (Hombres, $M = 0.76$; Mujeres, $M = 1.10$), así como la necesidad de Consumir medicamentos para los problemas de salud derivados del

trabajo ($t = -2.71$; $p < .01$), que también es mayor en la mujeres que en los hombres (Hombres, $M = 1.07$; Mujeres, $M = 1.55$) (Gráfico 8).

Estos resultados hacen que se acepte la **Hipótesis 3** parcialmente dado que las mujeres percibieron más problemas psicosomáticos pero, no se encontraron diferencias significativas entre las variables Satisfacción laboral y Género.

Además, estos resultados hacen que se acepte parcialmente la **Hipótesis 4** dado que el personal de enfermería percibe más intensamente los problemas psicosomáticos como consecuencia del trabajo pero, en cambio, es el personal médico el que se encuentra menos satisfecho con las condiciones psicosociales del trabajo y, también se aceptará la **Hipótesis 5** ya que aquellos trabajadores que en su jornada de trabajo se incluye el trabajo nocturno tienen una peor percepción de Satisfacción laboral y Salud como consecuencia del trabajo y, por último, se descarte la **Hipótesis 6** dado que no se encontraron diferencias entre el tipo de contrato y la percepción de salud como consecuencia del trabajo y Satisfacción laboral.

Gráfico 8. T-test en función de Género. vs. Consecuencias de los Factores psicosociales

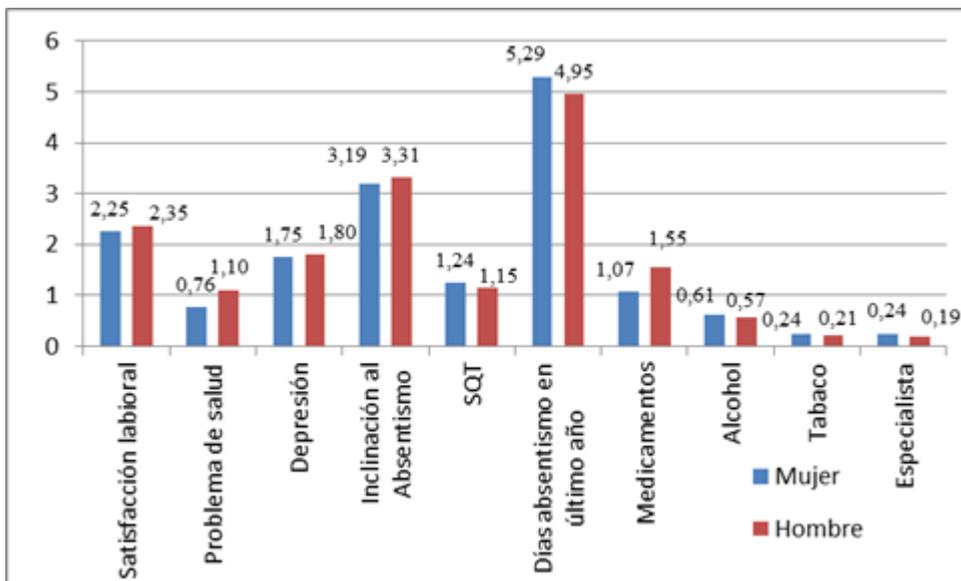


Tabla 13 T-test en función de Género. Categoría laboral. Trabajo nocturno y Tipo de contrato vs. Consecuencias.

Variables	Género		t-test	Categoría laboral		t-test	Trabaja nocturno		t-test	Tipo Contrato		t-test
	Media			Media			Media			Media		
	Hombre	Mujer	Médico /a	Enferm ero/a	No	Sí	Fijo	No fijo				
Satisfacción laboral	2.25	2.35	-1.04	2.26	2.35	-0.93	2.44	2.24	2.15*	2.30	2.32	-0.15
Problemas psicosomáticos	0.76	1.10	-3.71***	0.73	1.11	-4.05***	0.88	1.03	-1.50	1.00	1.01	-0.19
Depresión	35.07	36.03	-0.99	34.48	36.27	-1.84	34.94	36.28	-1.36	35.27	37.21	-1.90
Inclinación al absentismo	0.81	0.69	-0.93	0.74	0.73	-0.08	0.84	0.63	-1.65	0.78	0.61	-1.44
Síndrome de Quemarse por el trabajo	1.24	1.15	1.28	1.21	1.16	0.76	1.12	1.22	-1.41	1.20	1.16	0.54
Días absentismo en último año	5.29	4.95	0.07	8.06	3.61	1.11	5.63	4.70	0.22	4.56	1.80	1.41
Consumo de medicamentos como consecuencia de los problemas de salud	1.07	1.55	-2.71**	1.11	1.54	-2.42**	1.23	1.51	-1.56	1.35	1.60	-1.26
Consumo de alcohol	0.61	0.57	0.42	0.55	0.60	-0.52	0.52	0.58	-0.54	0.59	0.56	0.27
Consumo de tabaco	0.24	0.21	0.37	0.16	0.24	-0.96	0.19	0.25	-0.58	0.23	0.20	0.31
Visita al especialista	0.24	0.19	0.54	0.20	0.22	-0.21	0.16	0.23	-0.87	0.22	0.22	0.04

* < .05; ** < .01

En relación con la categoría laboral, el personal de enfermería percibe peor estado de salud que los médicos ($M = 0.73$ vs 1.11 ; $t = -4.05$; $p < .001$) y, también precisan tomar más medicamentos para los problemas de salud que los médicos ($M = 1.11$ vs 1.54 ; $t = -2.42$; $p < .01$).

Por último, los trabajadores que trabajan en turno nocturno están menos satisfechos que los que trabajan en turno diurno ($M = 2.44$ vs 2.24 ; $t = 2.15$; $p < .05$).

2). **Análisis de varianza:**

Dado que la muestra utilizada presenta diferencias significativas en cuanto a la distribución de los participantes cuando se consideran variables sociolaborales independientes de manera combinada Categoría Laboral, con la variable Género ($\text{Chi cuadrado} = 46.19$; $p < .000$), se realizaron análisis varianza para comprobar que las diferencias que se han obtenido en el apartado anterior son debidas realmente al Género.

- **Factores psicosociales de demanda:**

Considerando los grupos de participantes en función de las variables Género y Categoría laboral no se obtuvieron diferencias significativas entre los grupos para ninguna de las variables de los factores psicosociales de Demandas (Tabla14).

Tabla 14 Análisis varianza en función de Género y Categoría laboral vs Factores psicosociales de Demanda

Variables	Hombre		Mujer		F _(1, 230)	η
	Médico	Enfermero	Médica	Enfermera		
	(N = 47)	(N = 28)	(N = 28)	(N = 128)		
	Media	Media	Media	Media		
Carga de trabajo	1.92	2.02	1.98	2.00	0.15	.001
Conflicto de rol	1.11	1.47	1.11	1.19	1.39	.006
Ambigüedad de rol	0.88	1.19	0.79	0.76	2.78	.012
Conflictos Interpersonales	0.79	0.76	0.67	0.67	0.04	.000
Inequidad en intercambios sociales	1.91	2.24	1.90	1.71	3.73	.016
Conflicto Trabajo-Familia	1.25	1.36	1.41	1.16	1.40	.006
Conflicto Familia-Trabajo	0.40	0.22	0.36	0.33	0.90	.004
Trabajo emocional	2.33	2.47	2.44	2.41	1.08	.005
Liderazgo laissez faire	1.38	1.26	1.56	1.01	1.24	.005

Considerando los grupos de participantes en función de las variables Género y realización de Trabajo nocturno no se obtuvieron diferencias significativas entre los grupos para ninguna de las variables de los factores psicosociales de Demandas (Tabla 15).

Tabla 15 Análisis varianza en función de Género y Trabajo nocturno vs Factores psicosociales de Demanda

Variables	Hombre		Mujer		F _(1, 196)	η
	Diurno	Nocturno	Diurno	Nocturno		
	(N = 35)	(N = 35)	(N = 56)	(N = 71)		
	Media	Media	Media	Media		
Carga de trabajo	1.86	2.03	1.92	2.08	0.00	.000
Conflicto de rol	1.22	1.28	1.16	1.21	0.00	.000
Ambigüedad de rol	0.97	1.01	0.74	0.81	0.02	.000
Conflictos Interpersonales	0.77	0.79	0.61	0.71	0.31	.002
Inequidad en intercambios sociales	1.94	2.16	1.71	1.79	0.35	.002
Conflicto Trabajo-Familia	1.01	1.55	1.07	1.26	1.46	.007
Conflicto Familia-Trabajo	0.31	0.30	0.30	0.29	0.01	.000
Trabajo emocional	2.34	2.45	2.36	2.40	0.23	.001
Liderazgo laissez faire	1.40	1.12	1.14	1.03	0.46	.002

Considerando los grupos de participantes en función de las variables Género y Tipo de contrato no se obtuvieron diferencias significativas entre los grupos para ninguna de las variables de los factores psicosociales de Demandas (Tabla 16).

Tabla 16 Análisis varianza en función de Género y Tipo de contrato vs Factores psicosociales de Demanda

Variables	Hombre		Mujer		F _(1, 222)	η
	Fijo	No fijo	Fijo	No fijo		
	(N = 51)	(N = 23)	(N = 107)	(N = 42)		
	Media	Media	Media	Media		
Carga de trabajo	1.86	2.16	1.96	2.14	0.33	.001
Conflicto de rol	1.22	1.30	1.15	1.36	0.36	.002
Ambigüedad de rol	0.91	1.19	0.73	0.83	0.78	.004
Conflictos Interpersonales	0.81	0.71	0.67	0.68	0.55	.003
Inequidad en intercambios sociales	2.07	1.92	1.77	1.76	0.28	.001
Conflicto Trabajo-Familia	1.14	1.55	1.09	1.55	0.02	.000
Conflicto Familia-Trabajo	0.33	0.38	0.33	0.36	0.05	.000
Trabajo emocional	2.33	2.49	2.40	2.49	0.19	.001
Liderazgo laissez faire	1.40	1.09	1.13	1.15	1.69	.008

Por tanto, no se han obtenido diferencias estadísticamente significativas entre los factores psicosociales de Demanda analizados y, el Género con Categoría laboral, Turno de trabajo y Tipo de contrato.

- Factores psicosociales de recursos:

Considerando los grupos de participantes en función de las variables Género y Categoría laboral, no se obtuvieron diferencias significativas entre los grupos para ninguna de las variables de los factores psicosociales de Recurso (Tabla 17).

Tabla 17 Análisis varianza en función de Género y Categoría laboral vs Factores psicosociales de Recurso.

Variables	Hombre		Mujer		F _(1, 230)	η
	Médico	Enfermero	Médica	Enfermera		
	(N = 47)	(N = 28)	(N = 28)	(N = 128)		
	Media	Media	Media	Media		
Autonomía	2.72	2.39	2.74	2.35	0.04	.000
Apoyo Social Trabajo	2.41	2.52	2.53	2.53	0.24	.001
Apoyo Social Trabajo (Organización)	1.97	1.80	1.98	1.77	0.01	.000
Apoyo Social Trabajo (Superior)	2.26	2.50	2.50	2.66	0.07	.000
Apoyo Social Trabajo (Compañeros)	3.01	3.27	3.11	3.16	1.06	.005
Retroinformación	1.31	1.23	1.39	1.35	0.05	.000
Retroinformación positiva	1.45	1.20	1.49	1.49	1.03	.008
Retroinformación negativa	1.17	1.25	1.30	1.22	0.48	.002
Recursos	2.16	2.09	2.19	2.13	0.00	.000
Liderazgo transformacional	1.83	1.98	1.96	2.19	0.07	.000

Considerando los grupos de participantes en función de las variables Género y realización de Trabajo nocturno se obtuvieron diferencias significativas entre los grupos para algunas variables de los factores psicosociales de recurso (Tabla 18). Las diferencias significativas encontradas fueron que las mujeres que trabajaban en horario diurno son las que percibirían mayor Apoyo social en el trabajo ($M = 2.65$), mientras que son los hombres que trabajaban en turno diurno los que menos Apoyo social percibirían ($M = 2.36$) ($F_{(1; 196)} = 4.73$; $p < .05$; $\eta = .024$; potencia = .58); de igual manera. se observó que las mujeres que trabajaban en jornada diurna son las que percibían mayor Apoyo social del superior ($M = 2.85$) mientras que son los hombres que trabajaban en jornada diurna ($M = 2.11$) los que lo percibían en menor medida ($F_{(1; 196)} = 10.36$; $p < .01$; $\eta = .051$; potencia = .89); los hombres que trabajaban en Horario nocturno percibían más Retroinformación (M

= 1.46) mientras que los hombres que trabajaban en turno diurno ($M = 1.12$) lo percibían en menor medida ($F_{(1; 196)} = 8.84$; $p < .01$; $\eta = .044$; potencia = .84); para Retroinformación positiva, las mujeres que trabajaban en jornada diurna las que obtenían una media más elevada ($M = 1.57$) mientras que son los hombres que trabajaban en turno diurno los que las que obtenían una media menor ($M = 1.23$) ($F_{(1; 196)} = 4.00$; $p < .05$; $\eta = .020$; potencia = .51); para Retroinformación negativa, los hombres que trabajaban en turno nocturno ($M = 1.41$) fueron los que obtuvieron mayor puntuación y los hombres que trabajaban en turno diurno ($M = 1.01$), menor ($F_{(1; 196)} = 6.59$; $p < .05$; $\eta = .033$; potencia = .72).

En referencia con la Disponibilidad de recursos, son las mujeres que trabajaban en turno diurno ($M = 2.31$) las que percibían mayor cantidad de recursos mientras que las mujeres que trabajaban en turno nocturno ($M = 1.94$) las que percibían menor cantidad ($F_{(1; 196)} = 4.03$; $p < .05$; $\eta = .020$; potencia = .52).

Por último, en referencia a la percepción de Liderazgo transformacional, las mujeres que trabajaban en horario diurno ($M = 2.30$) percibían mejor calidad de liderazgo mientras que por el contrario, los hombres que trabajaban en turno diurno ($M = 1.66$) percibían peor calidad ($F_{(1; 196)} = 7.50$; $p < .01$; $\eta = .037$; potencia = .78).

Tabla 18. Análisis varianza en función de Género y Trabajo nocturno vs Factores psicosociales de Recurso

Variables	Hombre		Mujer		$F_{(1, 196)}$	η
	Diurno	Nocturno	Diurno	Nocturno		
	(N = 35)	(N = 35)	(N = 56)	(N = 71)		
	Media	Media	Media	Media		
Autonomía	2.71	2.46	2.59	2.28	0.06	.000
Apoyo social trabajo	2.36	2.56	2.65	2.41	4.73*	.024
Apoyo social trabajo (Organización)	1.94	1.87	2.13	1.51	2.55	.013
Apoyo social trabajo (Superior)	2.11	2.63	2.85	2.48	10.36**	.051
Apoyo social trabajo (Compañeros)	3.01	3.19	2.96	3.23	0.32	.002
Retroinformación	1.12	1.46	1.44	1.26	8.87**	.044
Retroinformación positivo	1.23	1.51	1.57	1.38	4.00*	.020
Retroinformación negativa	1.01	1.41	1.32	1.15	6.59*	.033
Disponibilidad de recursos	2.12	2.13	2.31	1.94	4.03*	.020
Liderazgo transformacional	1.66	2.20	2.30	2.07	7.50**	.037

De la Tabla 19 se obtuvo que existían diferencias en cuanto a que los hombres que no tenían contrato fijo eran los que percibían mayor Apoyo social ($M = 2.72$) y los que percibían menor Apoyo social eran los hombres con contrato fijo ($M = 2.33$) ($F_{(1; 222)} = 4.04$; $p < .05$; $\eta = .018$; potencia = .52) y, de igual manera ocurre con el Apoyo social recibido por parte del superior (M , hombres con contrato fijo = 2.83 vs M , hombres sin contrato fijo = 2.10) ($F_{(1; 222)} = 8.35$; $p < .01$; $\eta = .037$; potencia = .82).

Tabla 19 Análisis varianza en función de Género y Tipo contrato vs Factores psicosociales de Recurso

Variables	Hombre		Mujer		F _(1, 222)	H
	Fijo	No fijo	Fijo	No fijo		
	(N = 51)	(N = 23)	(N = 107)	(N = 42)		
	Media	Media	Media	Media		
Autonomía	2.60	2.54	2.40	2.40	0.78	.000
Apoyo social trabajo	2.33	2.72	2.52	2.47	4.04*	.018
Apoyo social trabajo (Organización)	1.86	2.09	1.76	1.76	0.38	.002
Apoyo social trabajo (Superior)	2.10	2.83	2.64	2.51	8.35**	.037
Apoyo social trabajo (Compañeros)	3.04	3.24	3.16	3.14	1.23	.006
Retroinformación	1.16	1.57	1.30	1.52	1.14	.005
Retroinformación positiva	1.23	1.65	1.42	1.63	0.83	.004
Retroinformación negativa	1.09	1.49	1.18	1.41	0.52	.002
Retroinformación (Compañeros)	1.14	1.85	1.27	1.58	2.68	.012
Disponibilidad de recursos	2.16	2.15	2.13	2.13	0.00	.000
Liderazgo transformacional	1.69	2.26	2.15	2.19	3.41	.015

- Consecuencias de los riesgos psicosociales:

De la Tabla 20 se concluyó que los enfermeros son la Categoría laboral que manifestó un incremento mayor en el consumo de Alcohol (M = 0.86) y los médicos los que menos (M = 0.50) ($F_{(1; 213)} = 4.35$; $p < .05$; $\eta = .020$; potencia = .55).

Tabla 20 Análisis multivariante en función de Género y Categoría laboral vs Consecuencias de los Factores psicosociales

Variables	Hombre		Mujer		F _(1, 213)	η
	Médico	Enfermero	Médica	Enfermera		
	(N = 47)	(N = 28)	(N = 28)	(N = 128)		
	Media	Media	Media	Media		
Satisfacción laboral	2.27	2.23	2.23	2.38	0.67	.003
Problemas psicosomáticos	0.67	0.91	0.76	1.16	0.51	.002
Depresión	34.41	35.52	34.25	36.20	0.14	.001
Inclinación al absentismo	3.34	2.89	3.25	3.36	3.38	.016
Síndrome de Quemarse por el trabajo	1.21	1.27	1.14	1.13	0.14	.001
Días absentismo en el último año	7.25	2.21	9.48	3.98	0.03	.000
Consumo de medicamentos como consecuencia de los problemas de salud	0.91	1.25	1.16	1.62	0.08	.000
Consumo de alcohol	0.50	0.86	0.72	0.54	4.35*	.020
Consumo de tabaco	0.25	0.25	0.04	0.23	0.86	.004
Visita al especialista	0.18	0.36	0.20	0.17	1.27	.006

Como se puede ver en la Tabla 21 los hombres que trabajaban de noche son los que han tenido más Días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses ($M = 10.82$) mientras que los que acumularon menos días fueron los hombres que no realizan trabajo nocturno ($M = 0.27$) ($F_{(1; 182)} = 4.13$; $p < .05$; $\eta = .023$; potencia = .52).

Tabla 21 Análisis varianza en función de Género y Turno de trabajo vs Consecuencias de los Factores psicosociales

Variables	Hombre		Mujer		F _(1, 182)	η
	Diurno	Nocturno	Diurno	Nocturno		
	(N = 35)	(N = 35)	(N = 56)	(N = 71)		
	Media	Media	Media	Media		
Satisfacción laboral	2.33	2.21	2.50	2.29	0.17	.001
Problemas psicosomáticos	0.72	0.79	0.98	1.06	0.09	.000
Depresión	34.09	35.22	35.25	36.41	0.00	.000
Inclinación al absentismo	3.10	3.15	3.21	3.45	0.41	.002
Síndrome de Quemarse por el trabajo	1.21	1.23	1.09	1.18	0.38	.002
Días absentismo en el último año	0.27	10.82	9.43	1.60	4.13*	.023
Consumo de medicamentos como consecuencia de los problemas de salud	0.91	1.18	1.33	1.68	0.03	.000
Consumo de alcohol	0.61	0.65	0.50	0.55	0.00	.000
Consumo de tabaco	0.15	0.35	0.22	0.18	1.59	.009
Visita al especialista	0.18	0.26	0.16	0.18	0.15	.001

En la Tabla 22 no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las variables de Género y Tipo de Contrato con las Consecuencias de Factores psicosociales.

Tabla 22 Análisis varianza en función de Género y Tipo de contrato vs Consecuencias de los Factores psicosociales

Variables	Hombre		Mujer		F _(1, 205)	η
	Fijo	No fijo	Fijo	No fijo		
	(N = 51)	(N = 23)	(N = 107)	(N = 42)		
	Media	Media	Media	Media		
Satisfacción laboral	2.21	2.39	2.34	2.31	0.94	.005
Problemas psicosomáticos	0.74	0.85	1.11	1.08	0.40	.002
Depresión	34.28	36.00	35.73	37.10	0.03	.000
Inclinación al absentismo	3.09	3.28	3.26	3.60	0.26	.001
Síndrome de Quemarse por el trabajo	1.24	1.22	1.18	1.04	0.49	.002
Días absentismo en el último año	0.90	1.68	6.46	1.86	0.77	.004
Consumo de medicamentos como consecuencia de los problemas de salud	0.92	1.36	1.54	1.62	0.76	.004
Consumo de alcohol	0.67	0.59	0.58	0.54	0.02	.000
Consumo de tabaco	0.22	0.32	0.24	0.11	1.25	.006
Visita al especialista	0.22	32	0.23	0.05	2.35	.011

12. ANALISIS DE PREVALENCIA:

El objetivo del estudio de prevalencia fue identificar la distribución de los sujetos que formaban parte de la muestra en los diferentes niveles de los factores psicosociales (demandas y recursos) y en sus consecuencias. Dado que este estudio tiene carácter exploratorio no se formularon hipótesis.

Se establecieron tres niveles de riesgo psicosocial: bajo, medio o moderado y alto. Por regla general, el nivel bajo indica que el trabajador nunca percibe el riesgo, o lo percibe ocasionalmente, lo que no supone ningún riesgo para su salud. El nivel medio o moderado indica que el riesgo está presente de manera regular, aunque distanciado en el tiempo, por lo que el trabajador puede manejarlo de manera adecuada o convivir

con él, pero si esta situación se prolonga en el tiempo podría generar problemas de salud. Por último, el nivel alto indica que el riesgo psicosocial debe ser tratado para erradicarlo, pues puede estar produciendo un deterioro de la salud física, psicológica o social del trabajador.

Se realizará un primer análisis sobre la prevalencia total de la muestra para posteriormente realizar el análisis en función del Género.

12.1. Prevalencia total:

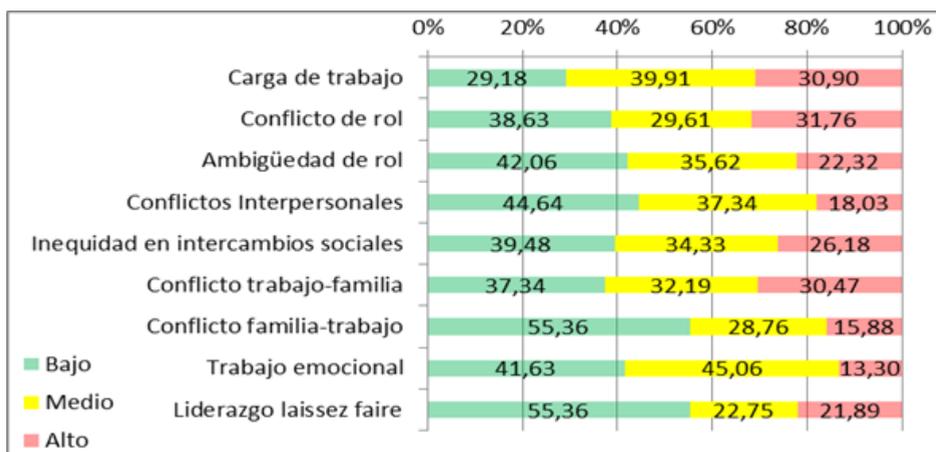
- Factores psicosociales de demanda:

La Tabla 23 contiene los valores absolutos y en el

Gráfico 9 se encuentran los porcentajes correspondientes comprobándose que las variables que agrupaban niveles de riesgo altos en mayor cantidad fue Conflicto de rol (N = 74; 31.76%), Carga de trabajo (N = 72; 30.90%) y Conflicto trabajo familia (N = 71; 30.47%), mientras que los que tenían mayor número de participantes en niveles de riesgo bajo era Conflicto familia trabajo, Liderazgo laissez faire (N = 129; 55.36%) y Conflictos interpersonales (N = 104; 44.64%).

Tabla 23 Análisis de Prevalencias totales para las variables de Demandas

Variables	Bajo	Medio	Alto
Carga de trabajo	68	93	72
Conflicto de rol	90	69	74
Ambigüedad de rol	98	83	52
Conflictos Interpersonales	104	87	42
Inequidad en intercambios sociales	92	80	61
Conflicto trabajo familia	87	75	71
Conflicto familia trabajo	129	67	37
Trabajo emocional	97	105	31
Liderazgo laissez faire	129	53	51

Gráfico 9 Análisis de prevalencias para las variables de Demandas

- Factores psicosociales de recurso:

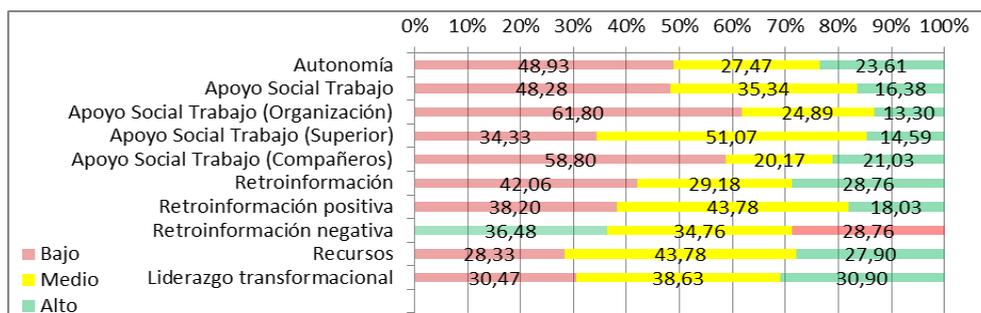
La Tabla 24 contiene los valores absolutos y el

Gráfico 10 contiene sus porcentajes, observándose que las variables de Recurso que contenían mayor número de sujetos en bajos niveles de percepción de la variable, lo que indica mayor frecuencia de exposición al riesgo psicosocial fueron: (1) Apoyo social en el trabajo proveniente de la organización (N = 144, 61.80%), (2) Apoyo social en el trabajo proveniente de los compañeros (N = 137, 58.80%), y (3) Autonomía (N = 114, 48.93%).

Por otro lado, las variables para las que se obtuvo un mayor número de participantes en altos niveles de la variable, lo que indica baja frecuencia de exposición a riesgo psicosocial, fueron: (1) Retroinformación negativa (N = 89, 36.48%), (2) Liderazgo transformacional (N = 71, 30.90%), y (3) Retroinformación (N = 67, 8.76%).

Tabla 24 Análisis de prevalencias para las variables de Recursos

VARIABLES	Bajo	Medio	Alto
Autonomía	114	64	55
Apoyo Social Trabajo	112	82	38
Apoyo Social Trabajo (Organización)	144	58	31
Apoyo Social Trabajo (Superior)	80	119	34
Apoyo Social Trabajo (Compañeros)	137	47	49
Retroinformación	98	68	67
Retroinformación positiva	89	102	42
Retroinformación negativa	85	81	67
Recursos	66	102	65
Liderazgo transformacional	71	90	72

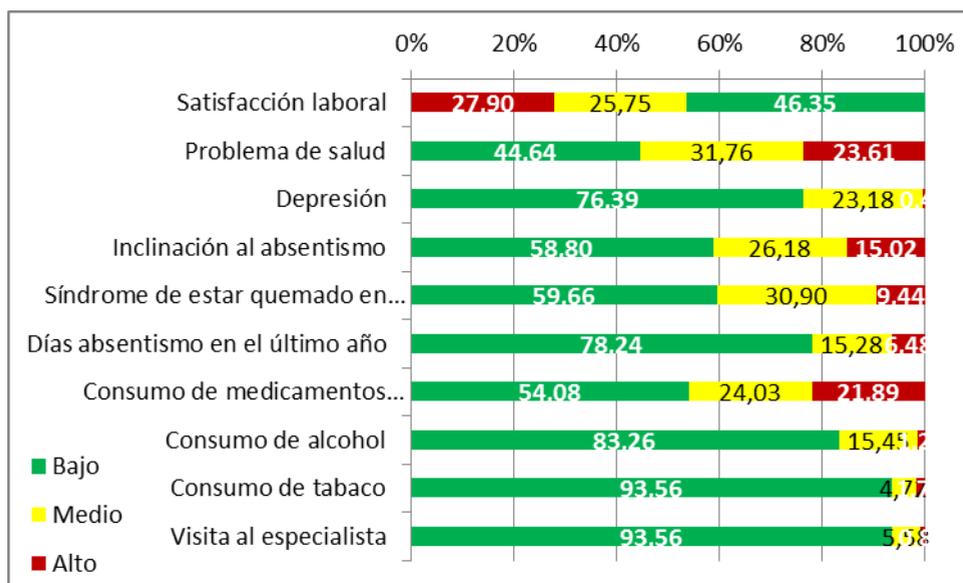
Gráfico 10. Análisis de prevalencias para las variables de Recursos.

- Consecuencias de los riesgos psicosociales:

La Tabla 25 contiene los valores absolutos y el Gráfico 11 contiene sus porcentajes observándose que las variables de Consecuencias que contienen mayor número de sujetos en situación de consecuencias negativas fueron: (1) Satisfacción laboral (N = 108, 50.67%), (2) Problemas psicósomáticos (N = 55, 16%), (3) Consumo de medicamentos por problemas relacionados con el trabajo (N = 51, 14.67%), y (4) Inclinación al absentismo (N = 35, 17.33%).

Tabla 25 Análisis de prevalencias para las variables de Consecuencias

Variables	Bajo	Medio	Alto
Satisfacción laboral	65	60	108
Problemas psicosomáticos	104	74	55
Depresión	178	54	1
Inclinación al absentismo	137	61	35
Síndrome de Quemarse por el trabajo	139	72	22
Días absentismo en el último año	169	33	14
Consumo de medicamentos como consecuencia de los problemas de salud	126	56	51
Consumo de alcohol	194	36	3
Consumo de tabaco	218	11	4
Visita al especialista	218	13	2

Gráfico 11. Análisis de prevalencias para las variables de Consecuencias

12.2. Análisis de prevalencia en función del Género

- Factores psicosociales de demanda:

La Tabla 26 contiene los valores absolutos y el Gráfico 12 y el Gráfico 13 sus porcentajes, observándose que había mayor porcentaje de hombres que percibían niveles altos de Conflicto trabajo familia (N, hombres = 29 (38.67% vs N, mujeres = 42 (26.92%), así como Inequidad en los intercambios sociales (N. hombres = 24 (32.00%) vs N. mujeres = 32 (23.72%), Ambigüedad de rol (N. hombre = 21 (28.00%) vs N. mujeres = 30 (19.23%), Conflictos interpersonales (N. hombres = 17 (22.67%) vs N. mujeres = 25 (16.03%), o Inestabilidad (N.. hombres = 35 (46.67%) vs N. mujeres = 68 (43.59%). Por otro lado, hay mayor porcentaje de mujeres que perciben niveles altos de Carga de trabajo (N. mujeres = 51 (32.69%) vs N. hombres = 21 (28.00%) o, Conflicto de rol (N. mujeres = 51 (32.69%) vs N. hombres = 23 (30.67%).

Tabla 26 Análisis de prevalencias para Género y las variables de Demandas

Variables	Hombres (N = 75)			Mujeres (N = 156)		
	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto
Carga de trabajo	20	34	21	46	59	51
Conflicto de rol	25	27	23	63	42	51
Ambigüedad de rol	25	29	21	72	54	30
Conflictos interpersonales	25	33	17	77	54	25
Inequidad en intercambios sociales	25	26	24	66	53	37
Conflicto trabajo-familia	24	22	29	61	53	42
Conflicto familia-trabajo	40	23	12	87	44	25
Trabajo emocional	36	30	9	60	75	21
Liderazgo laissez faire	34	24	17	94	28	34

Gráfico 12. Análisis de prevalencia para Hombres y variables de Demanda

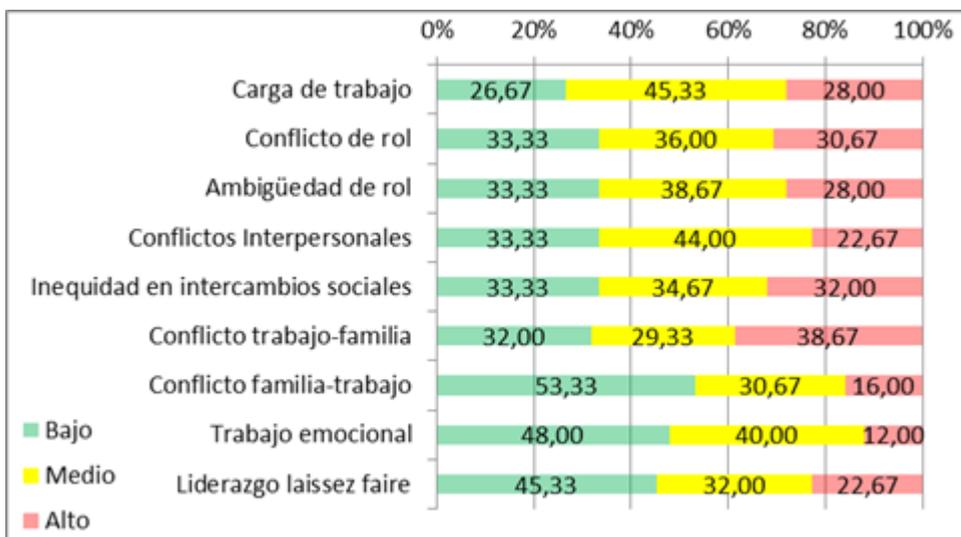
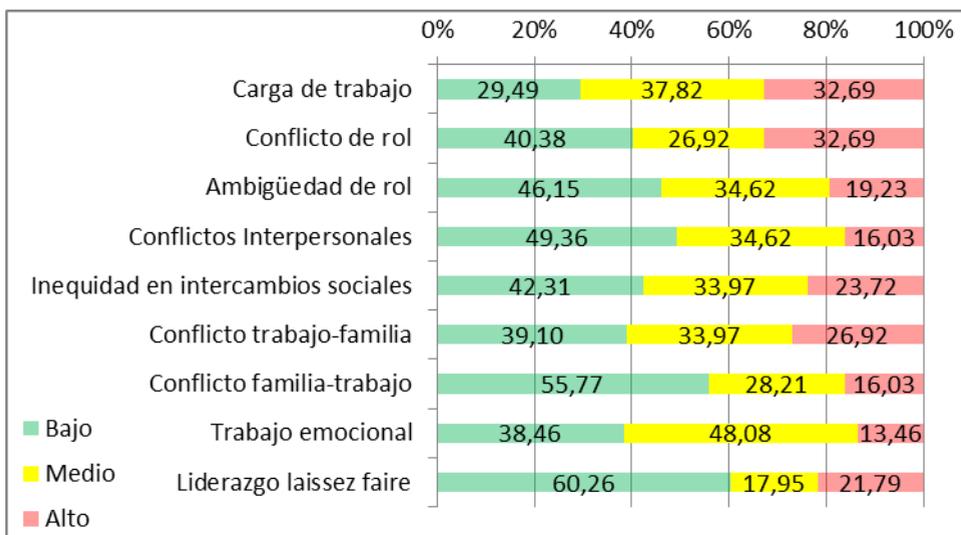


Gráfico 13. Análisis de prevalencia para Mujeres y variables de Demanda

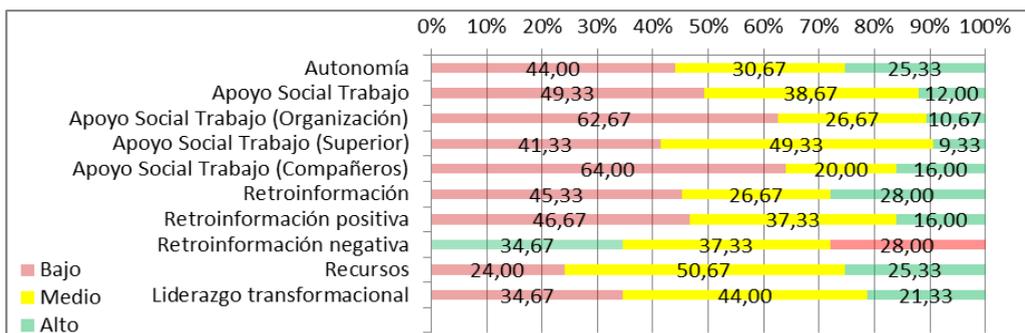
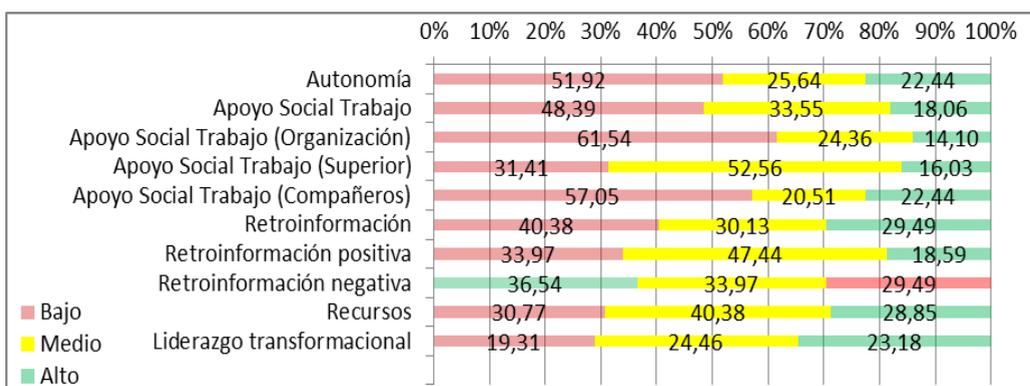


- Factores psicosociales de recursos:

La Tabla 27 contiene los valores absolutos y los Gráfico 14 y el Gráfico 15 contienen sus porcentajes observándose que había mayor proporción de hombres que percibían bajos niveles de Retroinformación positiva (N. hombres = 35 (46.67%) vs N. mujeres = 53 (33.97%)), Retroinformación (N. hombres = 34 (45.33%) vs N. mujeres = 63 (40.38%)), Apoyo social en el trabajo proveniente del superior (N. hombres = 31 (41.33% vs N. mujeres = 49 (31.41%)) y mayor proporción de mujeres que percibían bajos niveles de Autonomía (N. mujeres = 81 (51.92%) vs N. Hombres = 33 (44.00%)).

Tabla 27 Análisis de prevalencias para Género y las variables de Recurso

Variables	Hombres (N = 75)			Mujeres (N = 156)		
	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto
Autonomía	33	23	19	81	40	35
Apoyo Social Trabajo	37	29	9	75	52	28
Apoyo Social Trabajo (Organización)	47	20	8	96	38	22
Apoyo Social Trabajo (Superior)	31	37	7	49	82	25
Apoyo Social Trabajo (Compañeros)	48	15	12	89	32	35
Retroinformación	34	20	21	63	47	46
Retroinformación positiva	35	28	12	53	74	29
Retroinformación negativa	26	28	21	57	53	46
Recursos	18	38	19	48	63	45
Liderazgo transformacional	26	33	16	45	57	54

Gráfico 14 Análisis de prevalencia para Hombres y variables de Recurso**Gráfico 15** Análisis de prevalencia para Mujeres y variables de Recurso

- Consecuencias de los riesgos psicosociales:

La Tabla 28 contiene los valores absolutos y el Gráfico 16 y el Gráfico 17 contienen sus porcentajes observándose una mayor proporción de mujeres que percibían bajos niveles de Satisfacción laboral (N. mujeres = 70 (31.41% vs N. hombres = 38 (20.00%)) así como de percepción de bajos niveles de salud (N. mujeres = 60; 27.56% vs N. hombres = 12; 16.00%). Las mujeres también obtenían un mayor porcentaje de Consumos de medicamentos como consecuencia de los problemas de salud producidos por el trabajo (N. mujeres = 77; 25.64 vs N. hombres = 49; 14.67%). Por el contrario, un mayor porcentaje de hombres manifestaban haber incrementado el Consumo de alcohol (N. hombres = 13; 17.33 vs N. mujeres = 2; 1.28%).

Tabla 28 Análisis de prevalencias para Género y las variables de Consecuencias

Variables	Hombres (N = 75)			Mujeres (N = 156)		
	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto
Satisfacción laboral	38	22	15	70	37	49
Problemas psicosomáticos	43	20	12	60	53	43
Depresión	58	17	0	118	37	1
Inclinación al absentismo	40	22	13	98	39	21
Síndrome de Quemarse por el trabajo	45	21	9	92	51	13
Días absentismo en el último año	68	1	3	129	2	11
Consumo de medicamentos como consecuencia de los problemas de salud	49	15	11	77	39	40
Consumo de alcohol	43	19	13	131	23	2
Consumo de tabaco	70	3	2	146	8	2
Visita al especialista	69	5	1	147	8	1

Gráfico 16 Análisis de prevalencia para Hombres y variables de Consecuencias

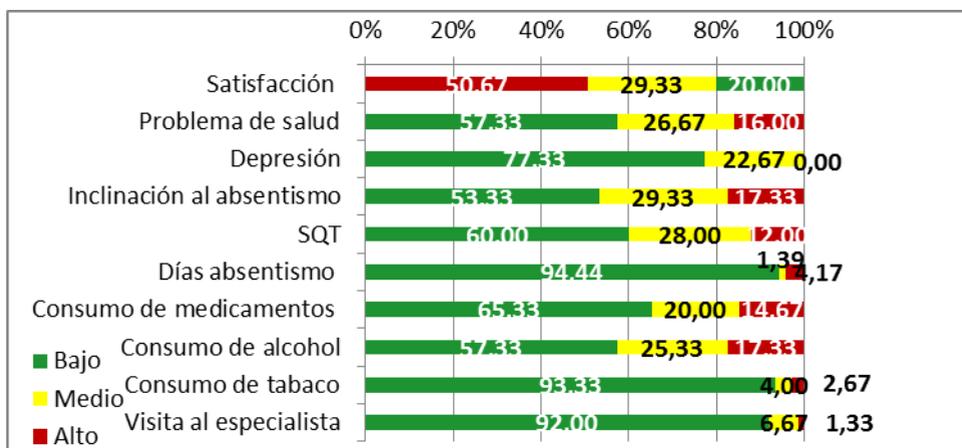
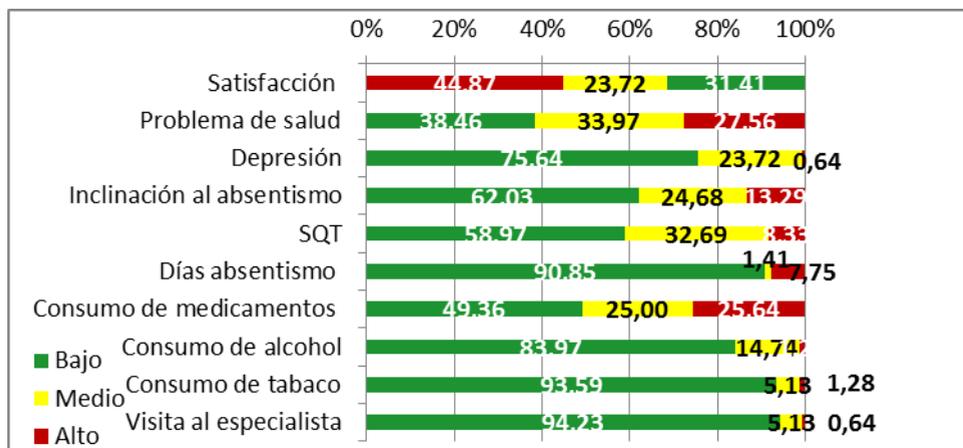


Gráfico 17 Análisis de prevalencia para Mujeres y variables de Consecuencias



13. ANALISIS DE RELACION ENTRE FACTORES PSICOSOCIALES Y SUS CONSECUENCIAS:

13.1. Análisis de correlaciones:

Como paso previo al análisis de regresión se realizaron análisis de correlaciones r de Pearson por demandas y recursos en relación con sus consecuencias. Estos análisis van dirigidos a contrastar las hipótesis formuladas (7 a 20).

En la Tabla 29, página 242, se encuentran las correlaciones entre los factores de demanda y las consecuencias de los riesgos psicosociales para la muestra total, en la Tabla 32, página 250, se encuentran las correlaciones entre los factores de recurso y las consecuencias de los riesgos psicosociales para la muestra total. En la, página 242, se encuentran las correlaciones entre los factores de demanda y las consecuencias de los riesgos psicosociales para la muestra de hombres y mujeres, en la Tabla 33, página 251, se encuentran las correlaciones entre los factores de recurso y las consecuencias de los riesgos psicosociales para la muestra de hombres y mujeres, y en la Tabla 31, página 244, se

presentan el tamaño de la diferencia entre las correlaciones de la muestra de hombres y de la muestra de mujeres según el estadístico z para las variables de demandas y, en la Tabla 34, página 252, las variables de recurso.

1). **Demandas:**

- **Hipótesis 7. Carga de trabajo.**

- **Problemas de salud:** Carga de trabajo se asoció positivamente con problemas psicosomáticos ($r = .38$; $p < .01$), Depresión ($r = .30$; $p < .01$), Consumo de medicamentos por problemas de salud ($r = .35$; $p < .01$), SQT ($r = .42$; $p < .01$), Desgaste psíquico ($r = .59$; $p < .01$), Indolencia ($r = .23$; $p < .01$) y Culpa ($r = .17$; $p < .01$). No se asoció con Inclinación al absentismo ($r = .08$; $p > .05$), Días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses ($r = .02$; $p > .05$), Consumo de alcohol ($r = .01$; $p > .05$), Consumo de tabaco ($r = .12$; $p > .05$), Visita al especialista ($r = .15$; $p > .05$) e Ilusión por el trabajo ($r = -.08$; $p > .05$). Estos resultados hacen que se acepte parcialmente la Hipótesis 7 ya que Carga de trabajo se asoció positivamente para todos los problemas de salud excepto Inclinación al absentismo, Días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses, Consumo de alcohol, Consumo de tabaco, Visita al especialista e Ilusión con los que no se asoció.
- **Satisfacción laboral:** Carga de trabajo se asoció negativamente con satisfacción laboral ($r = -.32$; $p < .01$). este resultado confirma la Hipótesis 7.
- **Diferencias según género:** Como se presenta en la Tabla 31, página 244 no se obtuvieron diferencias significativas entre las correlaciones de la muestra de hombres y la muestra de mujeres para ninguna asociación de la variable Carga de trabajo con los indicadores de salud, ni con Satisfacción laboral. Con este resultado no se confirma la Hipótesis 7 que hipotetizaba que

Carga de trabajo se asociaba más intensamente en el caso de las mujeres.

- **Hipótesis 8: Conflicto de rol:**

- **Problemas de salud:** El Conflicto de rol se asoció positivamente con Problemas psicosomáticos ($r = .43$; $p < .01$), Depresión ($r = .33$; $p < .01$), Consumo de medicamentos como consecuencia de problemas de salud ($r = .38$; $p < .01$), Visita al especialista ($r = .17$ $p < .01$), SQT ($r = .50$; $p < .01$), Desgaste psíquico ($r = .53$; $p < .01$), Indolencia ($r = .29$; $p < .01$) y Culpa ($r = .32$; $p < .01$), asociándose negativamente con Ilusión por el trabajo ($r = -.26$; $p < .01$) y no siendo la asociación significativa con Inclinación al absentismo ($r = .07$; $p > .05$), Días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses ($r = .08$; $p > .05$), Consumo de alcohol ($r = .07$; $p > .05$) y Consumo de tabaco ($r = .12$; $p > .05$). Con estos resultados se confirma la Hipótesis 8 dado que se han relacionado positivamente Conflicto de rol con problemas de salud.
- **Satisfacción:** Conflicto de rol se asoció negativamente con Satisfacción laboral ($r = -.44$; $p < .01$). Este resultado confirma la Hipótesis 8.
- **Diferencias según género:** Como se presenta en la Tabla 31, página 244 no se obtuvieron diferencias significativas entre las correlaciones de la muestra de hombres y la muestra de mujeres para ninguna asociación de la variable Conflicto de rol con los indicadores de salud, ni con satisfacción laboral. Con este resultado no se confirma la Hipótesis 8 que hipotetizaba que Conflicto de rol se asociaba más intensamente en el caso de las mujeres.

- **Hipótesis 9: Ambigüedad de rol:**

- **Problemas de salud:** Ambigüedad de rol se asoció positivamente con Problemas psicosomáticos ($r = .16$; $p < .05$), Depresión ($r = .25$; $p < .01$), Consumo de medicamentos como consecuencia de problemas de salud ($r = .17$; $p < .01$), SQT ($r = .31$; $p < .01$), Desgaste psíquico ($r = .23$; $p < .01$), Indolencia ($r = .19$; $p < .01$) y Culpa ($r = .25$; $p < .01$) y, negativa para Ilusión por el trabajo ($r = -.26$; $p < .01$), no siendo la asociación significativa con Inclinación al absentismo ($r = .02$; $p > .05$), Días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses ($r = -.07$; $p > .05$), Consumo de alcohol ($r = .07$; $p > .05$), Consumo de tabaco ($r = .02$; $p > .05$) y, Visita al especialista ($r = .09$; $p > .05$). Con estos resultados se confirma parcialmente la Hipótesis 9 dado que Ambigüedad de rol se asoció con todos los problemas de salud excepto Inclinación al absentismo, Días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses, Consumo de alcohol, Consumo de tabaco y Visita al especialista.
- **Satisfacción:** Ambigüedad de rol se asoció negativamente con Satisfacción laboral ($r = -.36$; $p < .01$). Este resultado confirma la Hipótesis 9.
- **Diferencias según género:** Según la Tabla 31, página 244 sólo se obtuvieron diferencias significativas en el tamaño de las correlaciones según la variable género para la asociación entre Ambigüedad de rol y Culpa. La correlación entre estas variables en la muestra de mujeres fue ($r = .35$, $p < .01$), mientras que en la muestra de hombres alcanzó un valor de ($r = .05$, $p > .05$) ($z = -2.21$, $p < .05$). Este resultado confirma la Hipótesis 9 al ser la asociación entre Ambigüedad de rol y Culpa más intensa.

- **Hipótesis 10: Conflictos interpersonales:**

- **Problemas de salud:** Conflictos interpersonales se asoció positivamente con Problemas psicossomáticos ($r = .27$: $p < .01$), Depresión ($r = .20$: $p < .01$), Consumo de medicamentos como consecuencia de los problemas de salud ($r = .23$: $p < .01$), Desgaste psíquico ($r = .42$: $p < .01$), Indolencia ($r = .29$: $p < .01$) y Culpa ($r = .37$: $p < .01$) y, negativa para Ilusión por el trabajo ($r = -.22$: $p < .01$). Conflictos interpersonales no se asociaron significativamente con Inclinación al absentismo ($r = .01$: $p > .01$), Consumo de alcohol ($r = .08$: $p > .05$), Consumo de tabaco ($r = .00$: $p > .05$) y Visita al especialista ($r = .13$: $p > .05$).y Días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses ($r = -.07$: $p > .05$).Estos resultados confirman parcialmente la Hipótesis 10, dado que Conflictos interpersonales se asociaron con todas las variables de problemas de salud excepto Inclinación al absentismo, Días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses, Consumo de alcohol, Consumo de tabaco y Visita al especialista.
- **Satisfacción:** Conflictos interpersonales se asociaron negativamente con Satisfacción laboral ($r = -.40$: $p < .01$), confirmando este resultado la Hipótesis 10.
- **Diferencias según género:** Como se presenta en la Tabla 31, página 244 no se obtuvieron diferencias significativas entre las correlaciones de la muestra de hombres y la muestra de mujeres para ninguna asociación de la variable Conflictos interpersonales con los indicadores de salud, ni con satisfacción laboral. Con este resultado no se confirma la Hipótesis 10 que hipotetizaba que Conflictos interpersonales se asociaban más intensamente en el caso de las mujeres.

- **Hipótesis 11: Inequidad en los intercambios sociales:**
 - o **Problemas de salud:** Inequidad en los intercambios sociales se asoció positivamente con Problemas psicosomáticos ($r = .35$; $p < .01$), Depresión ($r = .24$; $p < .01$), Consumo de medicamentos como consecuencia de los problemas de salud ($r = .27$; $p < .01$), Visita al especialista ($r = .21$; $p < .01$), Desgaste psíquico ($r = .39$; $p < .01$) e Indolencia ($r = .14$; $p < .05$) y esta asociación fue negativa para Ilusión por el trabajo ($r = -.20$; $p < .01$). La asociación no fue significativa entre Inequidad en los intercambios sociales e Inclinación al absentismo ($r = .03$; $p > .05$), Días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses ($r = .09$; $p > .05$), Consumo de alcohol ($r = -.00$; $p > .05$), Consumo de tabaco ($r = .00$; $p > .05$) y Culpa ($r = .09$; $p > .05$). Estos resultados confirman parciamente la Hipótesis 11, dado que Inequidad en los intercambios sociales se asoció significativamente con todas las variables de problemas de salud excepto Inclinación al absentismo, Días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses, Consumo de alcohol, Consumo de tabaco y Culpa.
 - o **Satisfacción:** Inequidad en los intercambios sociales se asociaron negativamente con Satisfacción laboral ($r = -.46$; $p < .01$). Este resultado confirma la Hipótesis 11.
 - o **Diferencias según género:** Según la Tabla 31, página 244, se obtuvieron diferencias significativas en el tamaño de las correlaciones según la variable género para la asociación entre Inequidad en los intercambios sociales y Depresión. La correlación entre estas variables en la muestra de mujeres fue ($r = .35$, $p < .01$), mientras que en la muestra de hombres alcanzó un valor de ($r = -.01$, $p > .05$) ($z = -2.63$, $p < .01$). También se obtuvieron diferencias significativas en la intensidad de la

relación entre Inequidad en los intercambios sociales y Consumo de alcohol, siendo la correlación entre estas variables en la muestra de mujeres ($r = .10$, $p > .05$), mientras que en la muestra de hombres alcanzó un valor de ($r = -.22$, $p > .05$) ($z = -2.27$, $p < .05$) y, SQT siendo la correlación entre estas variables en la muestra de mujeres ($r = .41$, $p < .01$), mientras que en la muestra de hombres alcanzó un valor de ($r = .01$, $p > .05$) ($z = -2.98$, $p < .01$), Ilusión por el trabajo siendo la correlación entre estas variables en la muestra de mujeres ($r = -.28$, $p > .01$), mientras que en la muestra de hombres alcanzó un valor de ($r = .09$, $p > .05$) ($z = 2.64$, $p < .01$), Desgaste psíquico, siendo la correlación entre estas variables en la muestra de mujeres ($r = .48$, $p < .01$), mientras que en la muestra de hombres alcanzó un valor de ($r = .19$, $p > .05$) ($z = -2.31$, $p < .05$) y, Satisfacción laboral, siendo la correlación entre estas variables en la muestra de mujeres ($r = -.52$, $p < .01$), mientras que en la muestra de hombres alcanzó un valor de ($r = -.24$, $p > .05$) ($z = 2.32$, $p < .05$). Este resultado confirma la Hipótesis 11 al ser la asociación entre Inequidad en los intercambios sociales y problemas de salud, Depresión, Consumo de alcohol, SQT, Ilusión por el trabajo, Desgaste psíquico, y Satisfacción laboral más intensa en las mujeres.

- **Hipótesis 12: Conflicto trabajo familia:**

- o **Problemas de salud:** Conflicto trabajo familia se asoció positivamente con Problemas psicosomáticos ($r = .44$; $p < .01$), Depresión ($r = .32$; $p < .01$), Consumo de medicamentos como consecuencia de problemas de salud ($r = .39$; $p < .01$), Consumo de tabaco ($r = .16$; $p < .05$), Visita al especialista ($r = .22$; $p < .01$), Desgaste psíquico ($r = .53$; $p < .01$) e Indolencia ($r = .18$; $p < .01$), La asociación no fue significativa con Inclinación al absentismo ($r = -.03$; $p > .05$), Días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses ($r = .09$; $p > .05$), Consumo de alcohol ($r = .02$;

$p > .05$), Ilusión por el trabajo ($r = -.09$; $p > .05$) y Culpa ($r = .03$; $p > .05$). Estos resultados confirman parcialmente la Hipótesis 12 pues, Conflicto trabajo familia se asoció positiva y significativamente con todos los problemas de salud excepto con Inclinación al absentismo, Días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses, Consumo de alcohol, Ilusión por el trabajo y Culpa.

- **Satisfacción:** Conflicto trabajo familia se asoció negativa y significativamente con Satisfacción laboral ($r = -.24$; $p < .01$) confirmando este resultado la Hipótesis 12.
 - **Diferencias según género:** Como se presenta en la Tabla 31, página 244 no se obtuvieron diferencias significativas entre las correlaciones de la muestra de hombres y la muestra de mujeres para ninguna asociación de la variable Conflicto trabajo familia con los indicadores de salud, ni con satisfacción laboral. Con este resultado no se confirma la Hipótesis 12 que hipotetizaba que Conflictos interpersonales se asociaban más intensamente en el caso de las mujeres.
- **Hipótesis 13: Conflicto familia trabajo:**
- **Problemas de salud:** Conflicto familia trabajo se asoció positiva y significativamente con Problemas psicosociales ($r = .18$; $p < .05$), Depresión ($r = .17$; $p < .05$), Inclinación al absentismo ($r = .15$; $p < .05$), Consumo de medicamentos como consecuencia de problemas de salud ($r = .18$; $p < .01$), Visita al especialista ($r = .21$; $p < .01$), SQT ($r = .29$; $p < .01$), Desgaste psíquico ($r = .23$; $p < .01$), Indolencia ($r = .25$; $p < .01$) y Culpa ($r = .20$; $p < .01$), y se asoció negativa y significativamente con Ilusión por el trabajo ($r = -.14$; $p < .05$). La asociación de Conflicto familia trabajo no fue significativa con Días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses ($r = -.08$; $p > .05$), Consumo de alcohol ($r = .10$;

$p > .05$) y, Consumo de tabaco ($r = .12$; $p > .05$). Estos resultados confirman la Hipótesis 13 al encontrarse asociación entre Conflicto familia trabajo y problemas de salud.

- **Satisfacción:** La asociación no fue significativa entre Conflicto familia trabajo y Satisfacción laboral ($r = -.12$; $p > .05$). Estos resultados no confirman la Hipótesis 13.
- **Diferencias según género:** Según la Tabla 31, página 244, sólo se obtuvieron diferencias significativas en el tamaño de las correlaciones según la variable género para la asociación entre Conflicto familia trabajo y Satisfacción. La correlación entre estas variables en la muestra de mujeres fue ($r = -.21$, $p < .01$), mientras que en la muestra de hombres alcanzó un valor de ($r = .12$, $p > .05$) ($z = 2.34$, $p < .05$). Este resultado confirma la Hipótesis 13 al ser la asociación entre Conflicto familia trabajo y satisfacción laboral mayor en el caso de las mujeres.

- **Hipótesis 14: Trabajo emocional:**

- **Problemas de salud:** Trabajo emocional se asoció significativa y positivamente con Consumo de medicamentos como consecuencia del problemas de salud ($r = .18$; $p < .01$), SQT ($r = .22$; $p < .01$), Desgaste psíquico ($r = .17$; $p < .01$) e Indolencia ($r = .31$; $p < .01$). la asociación no fue significativa entre Trabajo emocional y Problemas psicosomáticos ($r = .08$; $p > .05$), Depresión ($r = .09$; $p > .05$), Inclinación al absentismo ($r = .05$; $p > .05$), Días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses ($r = .06$; $p > .05$), Consumo de alcohol ($r = -.04$; $p > .05$), Consumo de tabaco ($r = -.01$; $p > .05$), Visita al especialista ($r = -.03$; $p > .05$), Ilusión por el trabajo ($r = -.02$; $p > .05$) y Culpa ($r = .09$; $p > .05$). Estos resultados no confirman la Hipótesis 14.
- **Satisfacción:** La asociación entre Trabajo emocional y Satisfacción laboral no fue significativa ($r = -.08$; $p > .05$).

- Diferencias **según género:** Según la Tabla 31, página 244, se obtuvieron diferencias significativas en el tamaño de las correlaciones según la variable género para la asociación entre Trabajo emocional y Depresión. La correlación entre estas variables en la muestra de mujeres fue ($r = .21$, $p < .01$), mientras que en la muestra de hombres alcanzó un valor de ($r = -.16$, $p > .05$) ($z = -2.62$, $p < .01$), e Ilusión por el trabajo, siendo la correlación entre estas variables en la muestra de mujeres ($r = -.16$, $p > .05$), mientras que en la muestra de hombres alcanzó un valor de ($r = .26$; $p > .05$) ($z = 2.99$, $p < .01$), y, Satisfacción, siendo la correlación entre estas variables en la muestra de mujeres ($r = -.19$, $p < .05$), mientras que en la muestra de hombres alcanzó un valor de ($r = .11$; $p > .05$) ($z = 2.12$, $p < .05$), confirmando estos resultados la Hipótesis 14.

- **Hipótesis 15: Liderazgo laissez faire:**

- **Problemas de salud:** Liderazgo laissez faire, se asoció de forma positiva y significativa con Problemas psicosomáticos ($r = .20$: $p < .01$), Depresión ($r = .15$: $p < .05$), Consumo de medicamentos como consecuencia de los problemas de salud ($r = .22$: $p < .01$), SQT ($r = .21$: $p < .01$) y Desgaste psíquico ($r = .27$: $p < .01$), La asociación no fue significativa para Inclinación al absentismo ($r = -.05$; $p > .05$), Días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses ($r = -.05$; $p > .05$), Consumo de alcohol ($r = -.01$; $p > .05$), Consumo de tabaco ($r = -.05$; $p > .05$), Visita al especialista ($r = .09$; $p > .05$), Ilusión por el trabajo ($r = -.07$; $p > .05$), Indolencia ($r = .11$; $p > .05$) y Culpa ($r = -.09$; $p > .05$). Estos resultados confirman parcialmente la Hipótesis 15 ya que aunque Liderazgo laissez faire se asoció con problemas de salud, no se asoció con Inclinación al absentismo, Días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses Consumo de alcohol, Consumo

de tabaco, Visita al especialista, Ilusión por el trabajo, Indolencia o Culpa.

- o **Satisfacción:** Liderazgo laissez faire se asoció de forma negativa y significativa con Satisfacción laboral ($r = -.31$; $p < .01$). Este resultado confirma la Hipótesis 15.

Diferencias según género: Según la Tabla 31, página 244, se obtuvieron diferencias significativas en el tamaño de las correlaciones según la variable género para la asociación entre Liderazgo laissez faire y Depresión. La correlación entre estas variables en la muestra de mujeres fue ($r = .26$, $p < .01$), mientras que en la muestra de hombres alcanzó un valor de ($r = -.10$, $p > .05$) ($z = -4.50$, $p < .01$), SQT, siendo la correlación entre estas variables en la muestra de mujeres ($r = .34$; $p < .01$), mientras que en la muestra de hombres alcanzó un valor de ($r = -.13$, $p > .05$) ($z = -3.39$, $p < .01$), Ilusión por el trabajo, siendo la correlación entre estas variables en la muestra de mujeres ($r = -.17$, $p < .05$), mientras que en la muestra de hombres alcanzó un valor de ($r = .19$, $p > .05$) ($z = 2.55$, $p < .05$), Desgaste psíquico siendo la correlación entre estas variables en la muestra de mujeres ($r = .41$, $p > .01$), mientras que en la muestra de hombres alcanzó un valor de ($r = -.05$, $p > .05$) ($z = -3.40$, $p < .01$), Culpa, siendo la correlación entre estas variables en la muestra de mujeres ($r = -.01$, $p < .01$), mientras que en la muestra de hombres alcanzó un valor de ($r = .27$, $p > .05$) ($z = 2.01$, $p < .05$) y, Satisfacción, siendo la correlación entre estas variables en la muestra de mujeres ($r = -.40$, $p < .01$), mientras que en la muestra de hombres alcanzó un valor de ($r = -.08$, $p > .05$) ($z = 2.40$, $p < .05$), este resultado confirma la Hipótesis 15 al ser la asociación entre Liderazgo laissez faire y problemas de salud y Satisfacción laboral más intensa en las mujeres..

Tabla 29 Correlaciones r de Pearson entre Demandas y Consecuencias

	Problemas				Días		Medicamentos	Alcohol	Tabaco	Especialista	Ilusión	Desgaste	Indolencia	Culpa
	Satisfacción	psicosomáticos	Depresión	SQT	Absentismo	absentismo								
Carga de trabajo	-.32**	.38**	.30**	.42*	.08	.02	.35**	.01	.12	.15	-.08	.59**	.23**	.17**
Conflicto rol	-.44**	.43**	.33**	.50**	.07	.08	.38**	.07	.12	.17**	-.26**	.53**	.29**	.32**
Ambigüedad rol	-.36**	.16*	.25**	.31**	.02	-.07	.17**	.07	.02	.09	-.26**	.23**	.19**	.25**
Conflictos interpersonales	-.40**	.27**	.20**	.43**	.01	-.07	.23**	.08	.00	.13	-.22**	.42**	.29**	.37**
Inequidad	-.46**	.35**	.24**	.33**	.03	.09	.27**	-.00	.00	.21**	-.20**	.39**	.14*	.09
Conflicto TF	-.24**	.44**	.32**	.37**	-.03	.09	.39**	.02	.16*	.22**	-.09	.53**	.18**	.03
Conflicto FT	-.12	.18*	.17*	.29**	.15*	-.08	.18**	.10	.12	.21**	-.14*	.23**	.25**	.20**
Trabajo emocional	-.08	.08	.09	.22**	.05	.06	.18**	-.04	-.01	-.03	-.02	.17**	.31**	.09
Liderazgo laissez faire	-.31**	.20**	.15*	.21**	-.05	-.05	.22**	-.01	-.05	.09	-.07	.27**	.11	.09

* < .05; ** < .01.

Tabla 30 Correlaciones r de Pearson entre Demandas y Consecuencias en relación con el Género

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1. Carga de trabajo	1	.56**	.19	.33**	.29	.56**	.25	.36**	-.02	-.23	.48**	.28	.39**	.13	.06	.50**	-.16	.12	.14	.06	.54**	.34**	.23
2. Conflicto rol	.60**	1	.19	.50**	.30**	.39**	.11	.23	.11	-.38**	.51**	.20	.51**	.15	.02	.43**	-.10	-.01	.07	-.18	.45**	.45**	.27
3. Ambigüedad rol	.29**	.43**	1	.13	-.02	.09	.04	-.05	-.16	-.33**	.09	.25	.27	-.08	-.03	.14	-.05	-.06	.07	-.35**	.18	.06	.05
4. Conflictos interpersonales	.39**	.53**	.48**	1	.13	.33**	.15	.09	.20	-.42**	.33**	.22	.38**	-.06	.08	.20	-.14	-.09	-.01	-.15	.36**	.30**	.37**
5. Inequidad	.36**	.50**	.31**	.33**	1	.30**	-.05	.24	.26	-.24	.32**	-.01	.01	.11	.24	.27	-.22	-.09	.23	.09	.19	.10	-.11
6. Conflicto TF	.50**	.44**	.21**	.36**	.48**	1	.31**	.30**	-.04	-.08	.39**	.24	.27	-.10	.24	.43**	-.14	.28	.18	.05	.48**	.14	.02
7. Conflicto FT	.22**	.24**	.21**	.20*	.15	.38**	1	.06	-.04	.12	.17	.20	.24	.09	-.09	.06	.05	.15	.11	.03	.25	.28	.16
8. Trabajo emocional	.20*	.15	.20*	.15	.09	.19*	.09	1	.03	.11	.12	-.16	.07	.09	.07	.21	-.08	.11	.11	.26	.14	.24	.07
9. Liderazgo laissez faire	.24**	.37**	.21**	.27**	.38**	.30**	.11	.08	1	-.08	.17	-.10	-.13	-.02	-.21	.18	-.12	-.21	-.08	.19	-.05	-.04	.27
10. Satisfacción	-.34**	-.46**	-.36**	-.38**	-.52**	-.29**	-.21**	-.19*	-.40**	1	-.41**	-.36**	-.48**	.26	-.16	-.31**	-.01	.13	-.24	.42**	-.38**	-.22	-.03
11. Problemas psicósomáticos	.36**	.44**	.25**	.29**	.42**	.49**	.19*	.07	.25**	-.25**	1	.55**	.56**	.07	-.12	.70**	.11	.18	.26	-.26	.66**	.26	.19
12. Depresión	.30**	.38**	.27**	.20*	.35**	.36**	.15	.21**	.26**	-.37**	.66**	1	.53**	-.03	.06	.41**	.14	.14	.21	-.44**	.58**	.11	.14
13. SQT	.42**	.49**	.33**	.44**	.41**	.40**	.31**	.31**	.34**	-.53**	.42**	.45**	1	.03	-.01	.41**	.14	.27	.29	-.64**	.71**	.76**	.26
14. Absentismo	.06	.02	.06	.02	.00	-.01	.17*	.02	-.08	.04	-.05	-.00	.14	1	-.10	.11	.01	-.02	-.01	.03	-.08	.17	.23
15. Días absentismo	-.02	.12	-.10	.06	.01	-.01	.05	.05	.05	-.09	.17*	.24**	.11	.09	1	-.10	-.09	.00	-.04	.02	.02	-.02	-.18
16. Medicamento	.31**	.38**	.24**	.29**	.37**	.40**	.24**	.17*	.27**	-.33**	.66**	.49**	.45**	.06	.09	1	.08	.03	.24	-.20	.44**	.23	.16
17. Alcohol	.10	.14	.13	.20*	.10	.10	.13	-.04	.02	-.15	.02	.02	.03	-.03	.06	.10	1	.24	.05	-.27	.06	-.02	.00
18. Tabaco	.11	.18*	.05	.05	.03	.10	.11	-.09	.03	-.04	.20*	.05	.09	.01	.08	.11	.09	1	.11	-.03	.30**	.23	-.01
19. Especialista	.17*	.23**	.08	.21**	.20*	.25**	.27**	-.08	.18*	-.13	.46**	.36**	.34**	.15	.26**	.39**	.17*	.24**	1	-.17	.26	.17	-.04
20. Ilusión por el trabajo	-.13	-.28**	-.20*	-.25**	-.28**	-.15	-.21**	-.16*	-.17*	.45**	-.23**	-.35**	-.73**	-.12	-.02	-.27**	.01	-.12	-.22**	1	-.15	-.24	.06
21. Desgaste psíquico	.59**	.56**	.28**	.45**	.48**	.55**	.21**	.17*	.41**	-.46**	.55**	.45**	.78**	.06	.15	.47**	.05	.14	.36**	-.38**	1	.35**	.19
22. Indolencia	.18*	.21*	.23**	.26**	.12	.18*	.24**	.35**	.15	-.22**	.12	.17*	.66**	.13	.06	.25**	.03	-.09	.16*	-.17*	.32**	1	.39**
23. Culpa	.17*	.35**	.35**	.37**	.16	.03	.22**	.08	-.01	-.15	.16*	.17*	.34**	.03	-.14	.20*	.06	-.00	.10	-.14	.24**	.37**	1

* < .05; ** < .01. Sobre la diagonal correlaciones para hombres. Bajo la diagonal para mujeres

Tabla 31 Valores z para la diferencia de los valores r de Pearson entre la muestra de hombres y la de mujeres para factores psicosociales de demandas

	Carga	Conflicto rol	Ambigüedad rol	Conflictos Interpersonales	Inequidad	Conflicto TF	Conflicto FT	Trabajo emocional	Liderazgo_LF
Satisfacción laboral	0.84	0.68	0.24	-.033	2.32*	1.53	2.34*	2.12*	2.40*
Problemas psicosomáticos	1.02	0.63	-1.16	0.31	-0.81	-0.87	-0.14	0.35	-0.59
Depresión	-0.15	-1.38	-0.15	0.15	-2.63**	-0.92	0.36	-2.62**	-4.50**
SQT	-0.25	0.19	-0.46	-0.50	-2.98**	-1.03	-0.53	-1.75	-3.39**
Absentismo	0.49	0.92	-0.98	-0.56	0.77	-0.63	-0.57	0.49	0.70
Días absentismo	0.56	-0.70	0.49	0.14	1.64	1.78	-0.98	0.14	-1.84
Medicamento	1.60	0.42	-0.73	-0.67	-0.78	0.25	-1.29	0.29	-0.66
Alcohol	-1.83	-1.69	-1.26	-2.40*	-2.27*	-1.69	-0.56	-0.28	-0.98
Tabaco	0.07	-1.34	-0.77	-0.98	-0.84	1.31	0.28	1.40	-1.70
Especialista	-0.22	-1.15	-0.07	-1.56	0.22	-0.51	-0.65	1.33	-1.83
Ilusión por el trabajo	1.34	0.74	-1.14	0.73	2.64**	1.41	1.70	2.99**	2.55*
Desgaste psíquico	-0.51	-1.04	-0.74	-0.75	-2.31*	-0.67	0.30	-0.22	-3.40**
Indolencia	1.20	1.90	-1.22	0.30	-0.14	-0.29	0.30	-0.84	-1.34
Culpa	0.44	-0.62	-2.21*	0.00	-1.90	-0.07	-0.44	-0.07	2.01*

* < .05; ** < .01.

2). Recursos:

- **Hipótesis 16: Autonomía:**

- **Problemas de salud:** Autonomía se asoció significativa y negativamente con Problemas psicosomáticos ($r = -.29$; $p < .01$), Depresión ($r = -.34$; $p < .01$), Consumo de medicamentos como consecuencia de problemas de salud ($r = -.18$; $p < .01$), Visita al especialista ($r = -.13$; $p < .01$), SQT ($r = -.30$; $p < .01$), y Desgaste psíquico ($r = -.29$; $p < .01$), y significativa y positivamente con Ilusión por el trabajo ($r = .32$; $p < .01$). La asociación no fue significativa con Inclinación al absentismo ($r = -.05$; $p > .05$), Días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses ($r = .02$; $p > .05$), Consumo de alcohol ($r = .02$; $p > .05$), Consumo de tabaco ($r = -.04$; $p > .05$), Indolencia ($r = -.01$; $p > .05$) y Culpa ($r = .08$; $p > .05$). Estos resultados confirman parcialmente la Hipótesis 16 puesto se ha encontrado asociación entre todas las variables correspondientes a problemas de salud excepto Inclinación al absentismo, Días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses, Consumo de alcohol, Consumo de tabaco, Indolencia y Culpa.
- **Satisfacción:** Se encontró asociación significativa y positiva entre Autonomía y Satisfacción laboral ($r = .40$; $p < .01$), Por lo que se confirma la Hipótesis 16.
- **Diferencias según género:** Según la Tabla 34, página 252, se obtuvieron diferencias significativas en el tamaño de las correlaciones según la variable género para la asociación entre Autonomía e Inclinación al absentismo. La correlación entre estas variables en la muestra de mujeres fue ($r = -.15$, $p > .05$), mientras que en la muestra de hombres alcanzó un valor de ($r = .13$, $p > .05$) ($z = 1.97$, $p < .05$). Este resultado no confirma la Hipótesis 16.

- **Hipotesis17: Apoyo social en el trabajo:**
 - o **Problemas de salud:** Apoyo social se asoció de forma significativa y negativa con Problemas psicosomáticos ($r = -.26$; $p < .01$), Depresión ($r = -.27$; $p < .01$), Consumo de medicamentos como consecuencia de problemas de salud ($r = -.26$; $p < .01$), Visita al especialista ($r = -.18$; $p < .01$), SQT ($r = -.37$; $p < .01$) y, Desgaste psíquico ($r = -.29$; $p < .01$) y significativa y positiva con Ilusión por el trabajo ($r = .32$; $p < .01$). La asociación de Apoyo social en el trabajo no fue significativa con Inclinación al absentismo ($r = .05$; $p > .05$), Días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses ($r = -.03$; $p > .05$), Consumo de alcohol ($r = -.08$; $p > .05$), Consumo de tabaco ($r = -.06$; $p > .05$), Indolencia ($r = -.18$; $p > .05$) y, Culpa ($r = -.07$; $p > .05$). Estos resultados confirman parcialmente la Hipótesis 17 dado que, todas las variables se asociaron con Apoyo social en el trabajo excepto Inclinación al absentismo, Días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses, Consumo de alcohol, Consumo de tabaco, Indolencia y Culpa.
 - o **Satisfacción:** Se asoció significativa y positivamente Apoyo social en el trabajo con Satisfacción laboral ($r = .54$; $p < .01$), confirmando estos resultados la Hipótesis 17.
 - o **Diferencias según género:** Como se presenta en la Tabla 34, página 252, no se obtuvieron diferencias significativas entre las correlaciones de la muestra de hombres y la muestra de mujeres para ninguna asociación de la variable Apoyo social en el trabajo con los indicadores de salud, ni con satisfacción laboral. Con este resultado no se confirma la Hipótesis 17 que hipotetizaba que Apoyo social en el trabajo se asociaban más intensamente en el caso de las mujeres.

- **Hipótesis 18: Retroinformación:**

- **Problemas de salud:** Retroinformación se asoció significativa y positivamente con Consumo de tabaco ($r = .14$; $p < .05$) e Ilusión por el trabajo ($r = .23$; $p < .01$). La asociación de Retroinformación no fue significativa con Problemas psicósomáticos ($r = -.01$; $p > .05$), Depresión ($r = -.03$; $p > .05$), Inclinación al absentismo ($r = .05$; $p > .05$), Días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses ($r = -.05$; $p > .05$), Consumo de medicamentos como consecuencia de problemas de salud ($r = -.06$; $p > .05$), Consumo de alcohol ($r = -.11$; $p > .05$), Visita al especialista ($r = -.12$; $p > .05$), SQT ($r = -.08$; $p > .05$), Desgaste psíquico ($r = .01$; $p > .05$), Indolencia ($r = .04$; $p > .05$) y, Culpa ($r = .13$; $p > .05$). Estos resultados no confirman la Hipótesis 18.
- **Satisfacción:** Retroinformación se asoció significativa y positivamente con Satisfacción laboral ($r = .24$; $p < .01$). Este resultado no confirmó la Hipótesis 18.
- **Diferencia según género:** Según la Tabla 34, página 252, se obtuvieron diferencias significativas en el tamaño de las correlaciones según la variable género para la asociación entre Retroinformación e Indolencia. La correlación entre estas variables en la muestra de mujeres fue ($r = .08$, $p > .05$), mientras que en la muestra de hombres alcanzó un valor de ($r = .02$, $p > .05$) ($z = -2.57$, $p < .05$). Este resultado no confirma la Hipótesis 18.

- **Hipótesis 19: Disponibilidad de recursos:**

- **Problemas de salud:** Disponibilidad de recursos se asoció significativa y negativamente con Problemas psicósomáticos ($r = -.19$; $p < .01$), Depresión ($r = -.26$; $p < .01$), Días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses ($r = -.14$; $p < .05$),

Consumo de medicamentos como consecuencia de problemas de salud ($r = -.24$; $p < .01$), SQT ($r = -.37$; $p < .01$), Desgaste psíquico ($r = -.31$; $p < .01$), Indolencia ($r = -.18$; $p < .01$) y Culpa ($r = -.17$; $p < .01$), y significativa y positiva para Ilusión por el trabajo ($r = .29$; $p < .01$). La asociación de Disponibilidad de recursos no fue significativa con Inclinación al absentismo ($r = .00$; $p > .05$), Consumo de alcohol ($r = .11$; $p > .05$), Consumo de tabaco ($r = .08$; $p > .05$) y, Visita al especialista ($r = -.04$; $p > .05$). Estos resultados confirman la Hipótesis 19 de forma parcial pues Disponibilidad de recursos no se asoció con Inclinación al absentismo, Consumo de alcohol, Consumo de tabaco y, Visita al especialista.

- **Satisfacción laboral:** Disponibilidad de recursos se asoció significativa y positivamente con Satisfacción laboral ($r = .64$; $p < .01$). Este resultado confirma la Hipótesis 19.
- **Diferencias según género:** Según la Tabla 34, página 252, se obtuvieron diferencias significativas en el tamaño de las correlaciones según la variable género para la asociación entre Disponibilidad de recursos y Días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses. La correlación entre estas variables en la muestra de mujeres fue ($r = .03$, $p > .05$), mientras que en la muestra de hombres alcanzó un valor de ($r = -.39$, $p < .01$) ($z = 3.09$, $p < .01$). Este resultado no confirma la Hipótesis 19.

- Hipótesis 20: Liderazgo transformacional:

- **Problemas de salud:** Liderazgo transformacional se asoció significativa y negativamente con Problemas psicosomáticos ($r = -.17$; $p < .01$), Depresión ($r = -.24$; $p < .01$), SQT ($r = -.26$; $p < .01$) y Desgaste psíquico ($r = -.31$; $p < .01$) y significativa y positivamente con Ilusión por el trabajo ($r = .30$; $p < .01$). La asociación de Liderazgo transformacional no fue significativa

con Inclinación al absentismo ($r = .04$; $p > .05$), Días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses $r = .07$; $p > .05$), Consumo de medicamentos como consecuencia de problemas de salud ($r = -.13$; $p > .05$), Consumo de alcohol ($r = -.03$; $p > .05$), Consumo de tabaco ($r = .04$; $p > .05$), Visita al especialista ($r = -.13$; $p > .05$), Indolencia ($r = -.06$; $p > .05$) y Culpa ($r = -.06$; $p > .05$). Estos resultados confirman parcialmente la Hipótesis 20 puesto que todas las variables se asociaron con Liderazgo transformacional excepto Inclinación al absentismo, Días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses, Consumo de medicamentos como consecuencia de problemas de salud, Consumo de alcohol, Consumo de tabaco, Visita al especialista, Indolencia y Culpa.

- **Satisfacción laboral:** Liderazgo transformacional se asoció positiva y significativamente con Satisfacción laboral ($r = .52$; $p < .01$). Este resultado confirma la Hipótesis 20.
- **Diferencia según género:** Según la Tabla 34, página 252, se obtuvieron diferencias significativas en el tamaño de las correlaciones según la variable género para la asociación entre Liderazgo transformacional y Visita al especialista. La correlación entre estas variables en la muestra de mujeres fue ($r = -.07$, $p > .05$), mientras que en la muestra de hombres alcanzó un valor de ($r = -.22$, $p > .05$) ($z = 2.06$, $p < .05$). Este resultado no confirma la Hipótesis 20.

Tabla 32 Correlaciones r de Pearson entre Recursos y Consecuencias

	Satisfacción	Problemas			Días									
		psicosomáticos	Depresión	SQT	Absentismo	absentismo	Medicamentos	Alcohol	Tabaco	Especialista	Ilusión	Desgaste	Indolencia	Culpa
Autonomía	.40**	-.29**	-.34**	-.30**	-.05	.02	-.18**	.02	-.04	-.13*	.33**	-.29**	-.01	.08
Apoyo Social en el Trabajo	.54**	-.26**	-.27**	-.37**	.05	-.03	-.26**	-.08	-.06	-.18**	.32**	-.29**	-.18	-.07
Retroinformación	.24**	-.01	-.03	-.08	.05	-.05	-.06	-.11	.14*	-.12	.23**	.01	.04	.13
Recursos	.64**	-.19**	-.26**	-.37**	.00	-.14*	-.24**	.11	.08	-.04	.29**	-.31**	-.18**	-.17**
Liderazgo Transformacional	.52**	-.17**	-.24**	-.26**	.04	.07	-.13	-.03	.04	-.13	.30**	-.20**	-.06	-.06

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tabla 33 Correlaciones r de Pearson entre Recursos y Consecuencias en relación con el Género

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1. Autonomía	1.00	.31**	.18	.28*	.34**	.49**	-0.20	-.27*	-.24*	.13	.16	-.09	.00	.03	-.27*	.32**	-.22	.02	.19
2. Apoyo social	.26**	1.00	.44**	.45**	.56**	.55**	-.39**	-.32**	-.42**	.04	.00	-.30**	-.02	.06	-.16	.39**	-.22	-.28*	-.02
3. Retroinformación	.15	.29**	1.00	.29*	.58**	.38**	-.07	.07	-.10	.03	-.04	-.11	-.24*	.08	-.13	.18	-.02	.02	.19
4. Recursos	.29**	.37**	.19*	1.00	.30**	.68**	-.28*	-.19	-.30*	.03	-.39**	-.30**	.28*	.12	.03	.24*	-.29*	-.10	-.07
5. Liderazgo transformacional	.23**	.45**	.44**	.34**	1.00	.52**	-.15	-.17	-.17	-.06	.20	-.09	-.05	.18	-.22	.21	-.07	-.09	-.14
6. Satisfacción	.37**	.51**	.17*	.61**	.50**	1.00	-.41**	-.36**	-.48**	.26*	-.15	-.31**	-.01	.13	-.24*	.42**	-.38**	-.22	-.03
7. Problemas psicómicos	-.31**	-.24**	-.01	-.16*	-.23**	-.25**	1.00	.55**	.56**	.07	-.12	.70**	.11	.18	.26*	-.26*	.66**	.26*	.19
8. Depresión	-.36**	-.26**	-.08	-.28**	-.27**	-.37**	.66**	1.00	.53**	-.03	.06	.41**	.14	.14	.21	-.44**	.58**	.11	.14
9. SQT	-.33**	-.33**	-.07	-.38**	-.28**	-.53**	.42**	.45**	1.00	.03	-.01	.41**	.14	.27*	.29*	-.64**	.71**	.76**	.26*
10. Absentismo	-.15	.04	.05	-.02	.10	.04	-.05	.00	.14	1.00	-.09	.11	.01	-.02	-.01	.03	-.07	.17	.23*
11. Días absentismo	-.08	-.05	-.07	.03	-.02	-.09	.17*	.24**	.11	.09	1.00	-.10	-.09	.00	-.04	.02	.02	-.02	-.18
12. Medicamento	-.21**	-.27**	-.05	-.23**	-.19*	-.33**	.66**	.45**	.45**	.06	.09	1.00	.08	.03	.24*	-.20	.44**	.23*	.15
13. Alcohol	.01	-.13	-.04	.02	-.04	-.15	.02	.02	.03	-.03	.06	.10	1.00	.24*	.05	-.27*	.06	-.02	.00
14. Tabaco	-.08	-.11	.19*	.07	-.03	-.04	.20*	.05	.09	.01	.08	.11	.08	1.00	.11	-.03	.30**	.23*	-.01
15. Especialista	-.07	-.20*	-.09	-.08	-.07	-.13	.46**	.36**	.34**	.15	.26**	.39**	.17*	.24**	1.00	-.17	.26*	.17	-.04
16. Ilusión en el trabajo	.35**	.29**	.25**	.31**	.32**	.45**	-.23**	-.35**	-.73**	-.12	-.02	-.27**	.01	-.12	-.22**	1.00	-.15	-.24*	.06
17. Desgaste psíquico	-.31**	-.31**	.02	-.31**	-.26**	-.46**	.55**	.45**	.78**	.06	.15	.47**	.05	.14	.36**	-.38**	1.00	.35**	.19
18. Indolencia	-.04	-.12	.08	-.22**	.00	-.22**	.12	.17*	.66**	.13	.06	.25**	.02	-.09	.16*	-.17*	.32**	1.00	.39**
19. Culpa	.01	-.09	.09	-.23**	-.01	-.15	.16*	.17*	.34**	.03	-.14	.20*	.05	.00	.10	-.14	.24**	.37**	1.00

* < .05; ** < .01. Sobre la diagonal correlaciones para hombres. Bajo la diagonal para mujeres.

Tabla 34 Valores z para la diferencia de los valores r de Pearson entre la muestra de hombres y la de mujeres para factores psicosociales recursos

	Autonomía	Apoyo social	Retroinformación	Disponibilidad recursos	Liderazgo transformacional
Satisfacción laboral	1.03	0.39	1.60	0.84	0.19
Problemas psicosomáticos	0.82	-1.17	-0.42	-0.88	0.50
Depresión	0.70	-0.46	0.07	0.67	0.74
SQT	0.69	-0.73	-0.21	0.63	0.81
Absentismo	1.97*	0.00	-0.14	0.35	-1.12
Días absentismo	1.69	0.35	0.21	3.09**	1.56
Medicamento	0.86	-0.23	-0.02	-0.53	0.71
Alcohol	-0.07	0.77	-1.43	1.87	-0.07
Tabaco	0.77	1.19	-0.78	0.35	1.49
Especialista	-1.45	0.29	-0.28	0.77	2.06*
Ilusión en el trabajo	-0.24	0.31	-0.51	-0.53	-0.83
Desgaste psíquico	0.68	0.68	-0.28	0.15	1.37
Indolencia	-1.28	0.98	-2.57*	1.70	0.70
Culpa	1.28	0.49	0.71	1.15	-0.92

* < .05; ** < .01.

13.2. Análisis de regresión lineal

Se realizaron análisis de regresión lineal múltiple con el método stepwise utilizando como variables dependientes cada una de las consecuencias de los riesgos psicosociales consideradas en la evaluación y como variables independientes las variables de demanda, y en análisis diferentes las variables de recursos.

1). Factores psicosociales de demandas:

Siguiendo el método stepwise se introdujeron las variables Carga de trabajo, Conflicto de rol, Ambigüedad de rol, Conflictos interpersonales, Inequidad en intercambios sociales, Conflicto trabajo familia, Conflicto familia trabajo, Trabajo emocional y, Liderazgo laissez faire, realizando análisis por separado para la muestra de hombres y para la muestra de mujeres.

a) **Satisfacción laboral:** En la Tabla 35 se encuentran los resultados que se obtuvieron para la muestra de hombres y mujeres. Para hombres, la varianza en esta variable quedó explicada de manera conjunta por las variables Conflictos interpersonales ($\beta = -.39$, $p < .001$) y Ambigüedad de rol ($\beta = -.28$, $p < .01$). De manera conjunta estas variables explicaron el 25.7 % de la varianza. La variable Conflictos interpersonales contribuyó con un 17.9% de varianza, y la variable Ambigüedad de rol con un 7.8% adicional.

Para la muestra de mujeres, la varianza en Satisfacción laboral quedó explicada de manera conjunta por las variables Inequidad en intercambios sociales ($\beta = -.38$, $p < .001$), Liderazgo laissez faire ($\beta = -.22$, $p < .01$), y Ambigüedad de rol ($\beta = -.20$; $p = .01$). De manera conjunta estas variables explicaron el 35.9 % de la varianza. El principal predictor resultó la variable Inequidad en los intercambios sociales, que explicó un 27.5% de la varianza, mientras que la variable Liderazgo laissez faire incrementó este porcentaje en un 4.9%, y la variable Ambigüedad de rol en un 3.5% adicional.

Tabla 35 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de demanda sobre Satisfacción laboral para las muestra de hombres y de mujeres.

Muestra de hombres			
Variable	beta	R ²	F
Satisfacción laboral			
Conflictos interpersonales	-.39***	.179	
Ambigüedad de rol	-.28**		
Est. Ecuación F _(2,72)		.257	12.45***
Muestra de mujeres			
Variable	beta	R ²	F
Satisfacción laboral			
Inequidad en los intercambios sociales	-.38***	.275	
Liderazgo laissez faire	-.22**	.324	
Ambigüedad de rol	-.20**		
Est. Ecuación F _(3,152)		.359	28.41***

b) **Síndrome de Quemarse por el trabajo (SQT):** En la

c) Tabla 36 se encuentran los resultados que se obtuvieron para la muestra de hombres y mujeres. Para hombres, la varianza en esta variable quedó explicada de manera conjunta por la variable Conflicto de rol ($\beta = .51$, $p < .001$). Esta variable explicó el 26.1 % de la varianza.

Para la muestra de mujeres, la varianza en SQT quedó explicada de manera conjunta por las variables Trabajo emocional ($\beta = .22$, $p < .01$), Conflicto de rol ($\beta = .21$, $p < .05$), Conflicto interpersonal ($\beta = .20$; $p = .05$), Inequidad en los intercambios sociales ($\beta = .19$, $p < .05$), y Conflicto familia trabajo ($\beta = .17$, $p < .05$). De manera conjunta estas variables explicaron el 38.4 % de la varianza. El principal predictor resultó la variable Conflicto de rol, que explicó un 23.4% de la varianza, mientras que la variable Trabajo emocional incrementó este porcentaje en un 5.8%, la variable Conflictos interpersonales en un 3.7% adicional, la

variable Inequidad en los intercambios sociales, incrementa la varianza en un 2.9% y, el Conflicto familia trabajo, incrementa el porcentaje un 2.4%.

Tabla 36 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de demanda sobre SQT para las muestra de hombres y de mujeres.

Muestra de hombres			
Variable	Beta	R ²	F
SQT			
Conflicto de rol	.51***		
Est. Ecuación F _(1,73)		.261	25.76***
Muestra de mujeres			
Variable	Beta	R ²	F
SQT			
Trabajo emocional	.22**	.058	
Conflicto de rol	.21*	.292	
Conflictos interpersonales	.20*	.329	
Inequidad en los intercambios sociales	.19*	.358	
Conflicto familia trabajo	.17*		
Est. Ecuación F _(5,150)		.384	18.73***

Dado que la variable SQT está formada por cuatro dimensiones independientes (ver Instrumento, página 189, también se analizó la influencia de los factores/riesgos psicosociales sobre esas dimensiones:

d) **Ilusión por el trabajo:** En la Tabla 37 se encuentran los resultados que se obtuvieron para la muestra de hombres y mujeres. Para hombres, la varianza en esta variable quedó explicada de manera conjunta por la variable Ambigüedad de rol ($\beta = -.33$, $p < .01$) y, Trabajo emocional ($\beta = .24$, $p < .05$). De manera conjunta estas variables explicaron el 17.7 % de la varianza. El principal predictor resultó la variable Ambigüedad de rol, que explicó un 12.0 % de la varianza y la variable Trabajo emocional la incrementó un 5.7% adicional.

Para la muestra de mujeres, la varianza en Ilusión por el trabajo quedó explicada de manera conjunta por las variables Conflicto de rol ($\beta = -.19$, $p < .05$) e Inequidad en los intercambios sociales ($\beta = -.18$, $p < .05$). De manera conjunta estas variables explicaron el 10.4 % de la varianza. El principal predictor resultó la variable Conflicto de rol, que explicó un 8 % de la varianza y, la variable Inequidad en los intercambios sociales incremento este valor en un 2.4% adicional.

Tabla 37 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de demanda sobre Ilusión por el trabajo para las muestra de hombres y de mujeres.

Muestra de hombres			
Variable	Beta	R ²	F
Ilusión por el trabajo			
Trabajo emocional	.24*	.057	
Ambigüedad de rol	-.33*		
Est. Ecuación F _(2,72)		.177	7.74**
Muestra de mujeres			
Variable	Beta	R ²	F
Ilusión por el trabajo			
Conflicto de rol	-.19*	.080	
Inequidad en intercambios sociales	-.18*		
Est. Ecuación F _(2,153)		.104	8.89***

e) **Desgaste psíquico:** En la Tabla 38 se encuentran los resultados que se obtuvieron para la muestra de hombres y mujeres. Para hombres, la varianza en esta variable quedó explicada de manera conjunta por la variable Carga de trabajo ($\beta = .39$ $p < .001$) y, Conflicto trabajo familia ($\beta = .25$, $p < .05$). De manera conjunta estas variables explicaron el 33.4 % de la varianza. El principal predictor resultó la variable Carga de trabajo, que explicó un 28.9 % de la varianza y, el Conflicto trabajo familia la incrementó 5.5% la varianza.

Para la muestra de mujeres, la varianza en Desgaste psíquico quedó explicada de manera conjunta por las variables Carga de trabajo ($\beta = .34$, $p < .001$), Conflicto trabajo familia ($\beta = .20$, $p < .01$), Liderazgo laissez faire ($\beta = .18$, $p < .01$), Conflictos interpersonales ($\beta = .15$, $p < .05$) e, Inequidad en los intercambios sociales ($\beta = .14$, $p < .05$). De manera conjunta estas variables explicaron el 52.2 % de la varianza. El principal predictor resultó la variable Carga de trabajo, que explicó un 35.1 % de la varianza, la variable Conflicto trabajo familia que incrementó un 8.6 % de la variable, la variable Liderazgo laissez faire que la incrementó un 4.9 %, la variable Conflictos interpersonales que incrementa la varianza un 2.2 % y, la variable Inequidad en intercambios sociales incrementó este valor en un 1.4% adicional.

Tabla 38 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de demanda sobre Desgaste psíquico para las muestra de hombres y de mujeres.

Muestra de hombres			
Variable	Beta	R ²	F
Desgaste psíquico			
Carga de trabajo	.39**	.289	
Conflicto trabajo familia	.25*		
Est. Ecuación F _(2,72)		.334	18.04***
Muestra de mujeres			
Variable	Beta	R ²	F
Desgaste psíquico			
Carga de trabajo	.34***	.351	
Conflicto trabajo familia	.20**	.437	
Liderazgo laissez faire	.18**	.486	
Conflictos interpersonales	.15*	.508	
Inequidad en los intercambios sociales	.14*		
Est. Ecuación F _(5,150)		.522	32.76***

f) **Indolencia:** En la Tabla 39 se encuentran los resultados que se obtuvieron para la muestra de hombres y mujeres. Para hombres, la varianza en esta variable quedó explicada de manera conjunta por la variable Conflicto de rol ($\beta = .42$, $p < .001$) y, Conflicto familia trabajo ($\beta = .23$, $p < .05$). De manera conjunta estas variables explicaron el 25.2 % de la varianza. El principal predictor resultó la variable Conflicto de rol, que explicó un 20.1 % de la varianza y, el Conflicto familia trabajo la incrementó 5.1 % la varianza.

Para la muestra de mujeres, la varianza en Indolencia quedó explicada de manera conjunta por las variables Trabajo emocional ($\beta = .31$, $p < .001$), Conflicto familia trabajo ($\beta = .18$, $p < .05$) y, Conflictos interpersonales ($\beta = .17$, $p < .05$). De manera conjunta estas variables explicaron el 19.6 % de la varianza. El principal predictor resultó la variable Trabajo emocional, que explicó un 12.3 % de la varianza, la variable Conflicto familia trabajo que incrementó un 4.5 % de la varianza y, la variable Conflictos interpersonales que incrementa la varianza un 2.8 % adicional.

Tabla 39 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de demanda sobre Indolencia para las muestra de hombres y de mujeres.

Muestra de hombres			
Variable	Beta	R ²	F
Indolencia			
Conflicto de rol	.42***	.201	
Conflicto familia trabajo	.23*		
Est. Ecuación F _(2,72)		.252	12.11***
Muestra de mujeres			
Variable	Beta	R ²	F
Indolencia			
Trabajo emocional	.31***	.123	
Conflicto familia trabajo	.18*	.168	
Conflictos interpersonales	.17*		
Est. Ecuación F _(3,152)		.196	12.36***

g) **Culpa:** En la Tabla 40 se encuentran los resultados que se obtuvieron para la muestra de hombres y mujeres. Para hombres, la varianza en esta variable quedó explicada de manera conjunta por la variable Conflictos interpersonales ($\beta = .36$, $p < .01$). Esta variable explicó el 13.3 % de la varianza.

Para la muestra de mujeres, la varianza en Culpa quedó explicada de manera conjunta por las variables Conflictos interpersonales ($\beta = .26$, $p < .01$) y, Ambigüedad de rol ($\beta = .22$, $p < .01$). De manera conjunta estas variables explicaron el 17.1 % de la varianza. El principal predictor resultó la variable Conflictos interpersonales, que explicó un 13.3 % de la varianza y, la variable Ambigüedad de rol que incrementó un 3.8 % de la varianza adicional.

Tabla 40 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de demanda sobre Culpa para las muestra de hombres y de mujeres.

Muestra de hombres			
Variable	Beta	R ²	F
Culpa			
Conflictos interpersonales	.36**		
Est. Ecuación F _(1,73)		.133	11.15**
Muestra de mujeres			
Variable	Beta	R ²	F
Culpa			
Conflictos interpersonales	.26**	.133	
Ambigüedad de rol	.22**		
Est. Ecuación F _(2,153)		.171	15.79***

h) **Problemas de salud como consecuencia del trabajo:** En la Tabla 41 se encuentran los resultados que se obtuvieron para la muestra de hombres y mujeres. Para hombres, la varianza en esta variable quedó explicada de manera conjunta por la variable Conflicto de rol ($\beta = .35$, $p < .01$) y, Carga de trabajo ($\beta = .28$, $p < .05$). De manera conjunta estas variables explicaron el 31.0 % de la varianza. El principal predictor resultó la variable Conflicto de rol, que explicó un 25.5 % de la varianza y, la variable Carga de trabajo que la incrementó 5.5 % la varianza.

Para la muestra de mujeres, la varianza en Problemas de salud quedó explicada de manera conjunta por las variables Conflicto trabajo familia ($\beta = .37$, $p < .001$) y, Conflicto de rol ($\beta = .28$, $p < .001$). De manera conjunta estas variables explicaron el 30.1 % de la varianza. El principal predictor resultó la variable, Conflicto trabajo familia que explicó un 23.8 % de la varianza y, la variable Conflicto de rol que incrementó un 6.3 % de la varianza adicional.

Tabla 41 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de demanda sobre Salud para las muestra de hombres y de mujeres.

Muestra de hombres			
Variable	Beta	R ²	F
Salud			
Conflicto de rol	.35**	.255	
Carga de trabajo	.28*		
Est. Ecuación F _(2,72)		.310	16.16***
Muestra de mujeres			
Variable	Beta	R ²	F
Salud			
Conflicto trabajo familia	.37***	.238	
Conflicto de rol	.28***		
Est. Ecuación F _(2,153)		.301	32.92***

i) **Depresión:** En la Tabla 42, se encuentran los resultados que se obtuvieron para la muestra de hombres y mujeres. Para hombres, la varianza en esta variable quedó explicada de manera conjunta por la variable Carga de trabajo ($\beta = .38$, $p < .01$) y, Trabajo emocional ($\beta = -.30$, $p < .05$). De manera conjunta estas variables explicaron el 15.8 % de la varianza. El principal predictor resultó la variable Carga de trabajo, que explicó un 7.8 % de la varianza y la variable Trabajo emocional que la incrementó 8 % la varianza.

Para la muestra de mujeres, la varianza en Depresión quedó explicada de manera conjunta por las variables Conflicto de rol ($\beta = .27$, $p < .01$) y, Conflicto trabajo familia ($\beta = .24$, $p < .01$). De manera conjunta estas variables explicaron el 18.7 % de la varianza. El principal predictor resultó la variable, Conflicto de rol que explicó un 14.2 % de la varianza y, la variable Conflicto trabajo familia que incrementó un 4.5 % de la varianza de forma adicional.

Tabla 42 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de demanda sobre Depresión para las muestra de hombres y de mujeres.

Muestra de hombres			
Variable	Beta	R ²	F
Depresión			
Carga de trabajo	.38**	.078	
Trabajo emocional	-.30*		
Est. Ecuación F _(2,72)		.158	6.73**
Muestra de mujeres			
Variable	Beta	R ²	F
Depresión			
Conflicto trabajo familia	.27**	.142	
Conflicto de rol	.24**		
Est. Ecuación F _(2,153)		.187	17.62***

j) **Consumo de Medicamentos como consecuencia de problemas de salud:** En la Tabla 43 se encuentran los resultados que se obtuvieron para la muestra de hombres y mujeres. Para hombres, la varianza en esta variable quedó explicada por la variable Carga de trabajo ($\beta = .50$, $p < .001$). Esta variable explicó el 25 % de la varianza.

Para la muestra de mujeres, la varianza en Consumo de medicamentos como consecuencia de problemas de salud quedó explicada de manera conjunta por las variables Conflicto trabajo familia ($\beta = .29$, $p < .001$) y, Conflicto de rol ($\beta = .26$, $p < .01$). De manera conjunta estas variables explicaron el 21.3 % de la varianza. El principal predictor resultó la variable, Conflicto trabajo familia que explicó un 16.1 % de la varianza y, la variable Conflicto de rol que incrementó un 5.2 % de la varianza de forma adicional.

Tabla 43 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de demanda sobre Medicamentos para las muestra de hombres y de mujeres.

Muestra de hombres			
Variable	Beta	R2	F
Consumo medicamentos consecuencia problemas salud en trabajo			
Carga de trabajo	.50***	.250	
Est. Ecuación $F_{(1,73)}$.250	24.33***
Muestra de mujeres			
Variable	Beta	R2	F
Consumo medicamentos consecuencia problemas salud en trabajo			
Conflicto trabajo familia	.29**	.161	
Conflicto de rol	.26**		
Est. Ecuación $F_{(2,153)}$.213	20.71***

k) **Visita al Especialista:** En la Tabla 44 se encuentran los resultados que se obtuvieron para la muestra de hombres y mujeres. Para hombres, la varianza en esta variable quedó explicada de manera conjunta por la variable Inequidad en los intercambios sociales ($\beta = .23$, $p < .05$). El principal predictor resultó la variable Inequidad en los intercambios sociales, que explicó un 5.4 % de la varianza.

Para la muestra de mujeres, la varianza en Visita al Especialista quedó explicada de manera conjunta por las variables Conflicto trabajo familia ($\beta = .23$, $p < .01$) y, Conflicto de rol ($\beta = .18$, $p < .05$). De manera conjunta estas variables explicaron el 10.4 % de la varianza. El principal predictor resultó la variable, Conflicto trabajo familia que explicó un 7.4 % de la varianza y, la variable Conflicto de rol que incrementó un 3 % de la varianza de forma adicional.

Tabla 44 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de demanda sobre Visita al especialista para las muestra de hombres y de mujeres.

Muestra de hombres			
Variable	Beta	R2	F
Visita al especialista			
Inequidad en los intercambios sociales	.23*	.054	
Est. Ecuación $F_{(2,72)}$.054	4.21*
Muestra de mujeres			
Variable	Beta	R2	F
Visita al especialista			
Conflicto trabajo familia	.23**	.074	
Conflicto de rol	.18*		
Est. Ecuación $F_{(2,153)}$.104	8.87***

l) **Incremento de consumo de tabaco por problemas relacionados con el trabajo:** En la Tabla 45 se encuentran los resultados que se obtuvieron para la muestra de hombres y mujeres. Para hombres, la varianza en esta variable quedó explicada por la variable Conflicto trabajo familia ($\beta = .28$, $p < .05$). Esta variable explicó el 7.6 % de la varianza.

Para la muestra de mujeres, la varianza en Consumo de tabaco quedó explicada por la variable Conflicto de rol ($\beta = .18$, $p < .05$). Esta variable explicó el 3.3 % de la varianza.

Tabla 45 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de demanda sobre Consumo de tabaco para las muestra de hombres y de mujeres.

Muestra de hombres			
Variable	Beta	R2	F
Consumo de tabaco			
Conflicto trabajo familia	.28*	.076	
Est. Ecuación $F_{(1,73)}$.076	6.04*
Muestra de mujeres			
Variable	Beta	R2	F
Consumo de tabaco			
Conflicto de rol	.18*		
Est. Ecuación $F_{(1,154)}$.033	5.23*

Incremento en el consumo de alcohol por problemas relacionados con el trabajo: En la Tabla 46 se encuentran los resultados que se obtuvieron para la muestra de mujeres ya que no se introdujo la variable hombre. La varianza en incremento de Consumo de alcohol por problemas relacionados con el trabajo quedó explicada por la variable Conflictos interpersonales ($\beta = .20$, $p < .05$). Esta variable explicó el 3.8 % de la varianza.

Tabla 46 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de demanda sobre Consumo de alcohol para las muestra de hombres y de mujeres.

Muestra de mujeres			
Variable	Beta	R2	F
Consumo de alcohol			
Conflictos interpersonales	.20*		
Est. Ecuación $F_{(1,154)}$.038	6.08*

m) **Inclinación al absentismo:** En la Tabla 47, se encuentran los resultados que se obtuvieron para la muestra de mujeres ya que no se introdujo la variable hombre. Para la muestra de mujeres, la varianza en Inclinación al absentismo quedó explicada de manera conjunta por la variable Conflicto familia trabajo ($\beta = .17$, $p < .05$). Esta variable explicó el 3.0% de la varianza.

Tabla 47 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de demanda sobre Inclinación al absentismo para las muestra de hombres y de mujeres.

Muestra de mujeres			
Variable	Beta	R2	F
Inclinación al absentismo			
Conflicto familia trabajo	.17*		
Est. Ecuación $F_{(1,154)}$.030	4.69*

n) **Días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses:** En la Tabla 48 se encuentran los resultados que se obtuvieron para la muestra de hombres ya que no se introdujo la variable mujeres. Para la muestra de hombres, la varianza en Días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses en el último año quedó explicada de manera conjunta por la variable Inequidad en los intercambios sociales ($\beta = .31$, $p < .01$) y Liderazgo laissez faire ($\beta = -.29$, $p < .05$). De manera conjunta estas variables explicaron el 13.4% de la varianza. El principal predictor resultó la variable, Inequidad en los intercambios sociales que explicó un 5.7 % de la varianza y, la variable Liderazgo laissez faire que incrementó un 7.6 % de la varianza de forma adicional.

Tabla 48 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de demanda sobre Días de absentismo para las muestra de hombres y de mujeres.

Muestra de hombres			
Variable	Beta	R2	F
	Días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses		
Inequidad en los intercambios sociales	.31**	.057	
Liderazgo laissez faire	-.29*		
Est. Ecuación $F_{(2,72)}$.134	5.32**

Como resumen se añaden los gráficos correspondientes a la regresión correspondientes a las variables de demandas por separado para hombres y mujeres.

Gráfico 18 Predictores significativos (demandas psicosociales) de las consecuencias de los riesgos psicosociales para hombres.

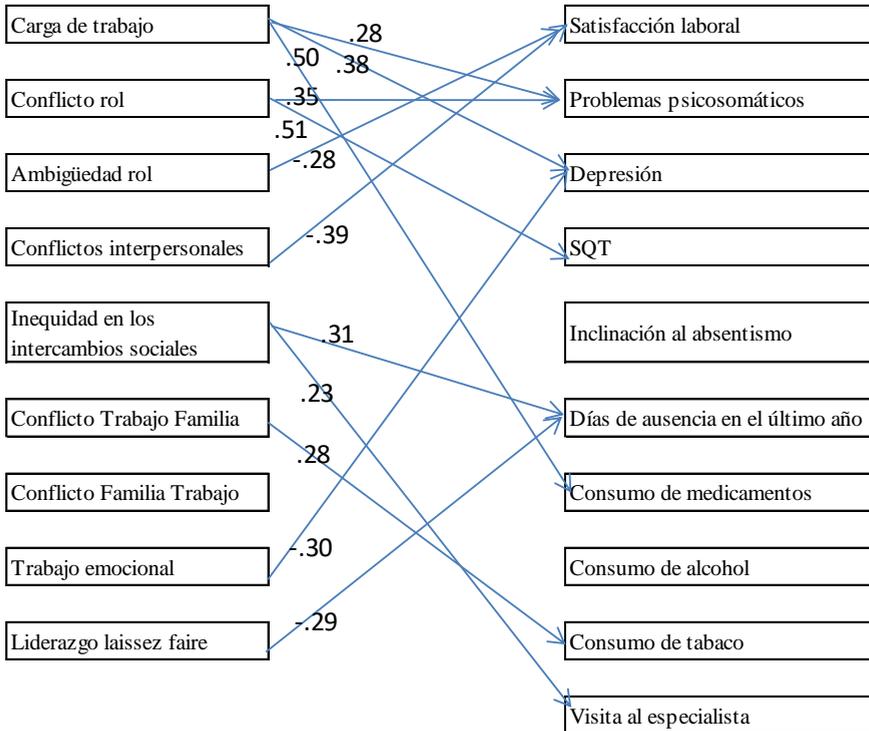


Gráfico 20 Predictores significativos (variables SQT) de las consecuencias de los riesgos psicosociales para hombres.

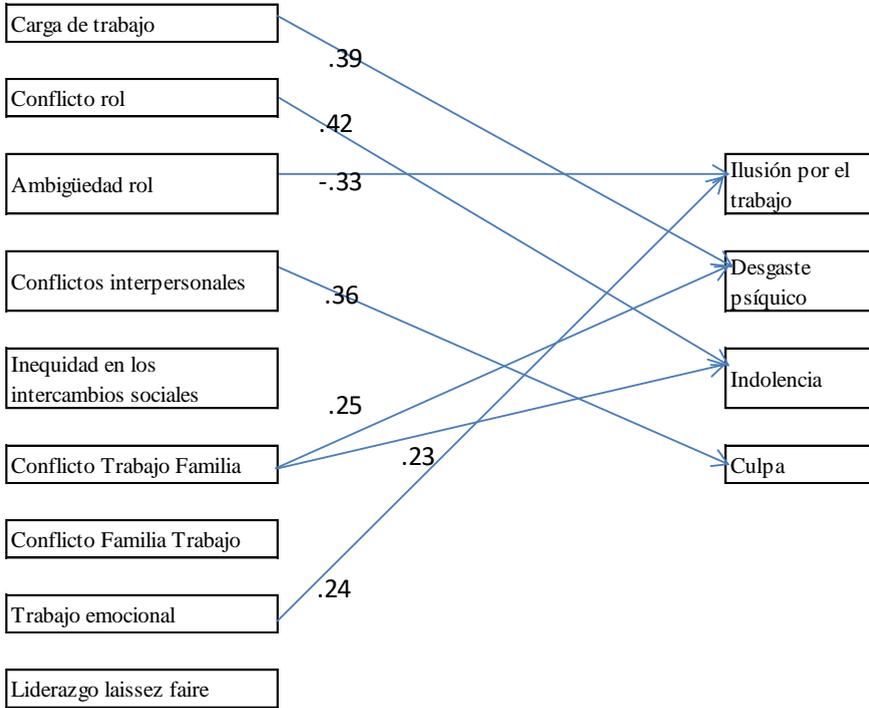
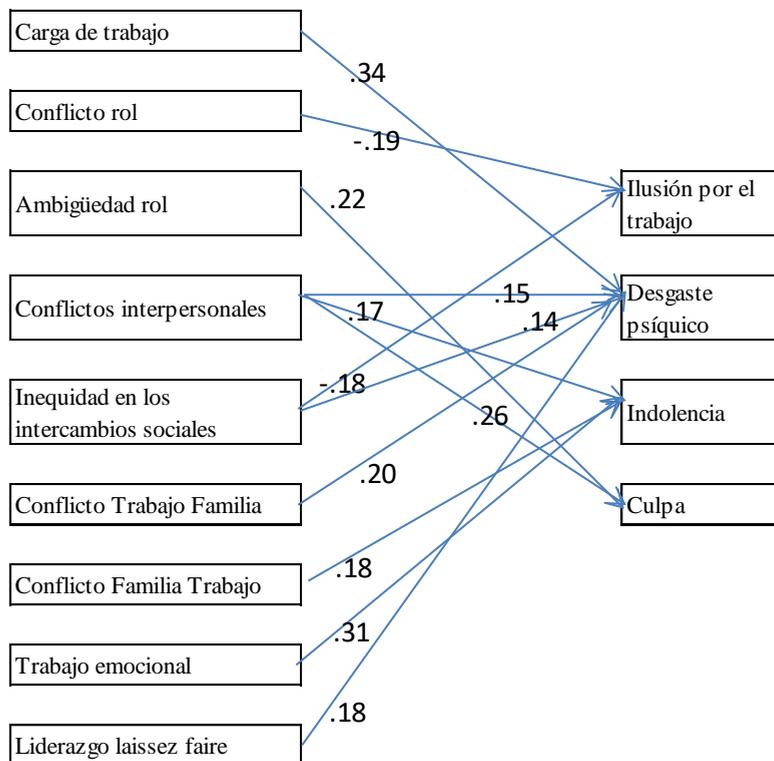


Gráfico 21 Predictores significativos (variables SQT) de las consecuencias de los riesgos psicosociales para mujeres.



2). Factores Psicosociales de Recursos:

Siguiendo el método stepwise se introdujeron las variables Autonomía, Apoyo social en el trabajo, Retroinformación, Disponibilidad de recursos y, Liderazgo transformacional realizando análisis por separado para la muestra de hombres y para la muestra de mujeres.

a) **Satisfacción laboral:** En la Tabla 49 se encuentran los resultados que se obtuvieron para la muestra de hombres y mujeres. Para hombres, la varianza en esta variable quedó explicada de manera conjunta por la variable Disponibilidad de recursos ($\beta = .53$, $p < .001$), Liderazgo transformacional ($\beta = .27$, $p < .01$) y, Autonomía ($\beta = .25$, $p < .01$). De manera conjunta esta variable explicó el 63.0 % de la varianza. El principal predictor resultó la variable Disponibilidad de recursos, que explicó un 46.8 % de la varianza, la variable Liderazgo transformacional que incrementó un 10.7 % y, la variable Autonomía que incrementó un 5.5 % la varianza de forma adicional.

Para la muestra de mujeres, la varianza en Satisfacción laboral quedó explicada de manera conjunta por la variable Disponibilidad de recursos ($\beta = .41$, $p < .001$), Liderazgo transformacional ($\beta = .28$, $p < .001$), Apoyo social en el trabajo ($\beta = .24$, $p < .001$), Autonomía ($\beta = .14$, $p < .05$) y, Retroinformación ($\beta = -.13$, $p < .05$). De manera conjunta estas variables explicaron el 54.3 % de la varianza. El principal predictor resultó la variable Apoyo social en el trabajo que explicó un 36.9 % de la varianza, Disponibilidad de recursos que incrementó un 10.0 % de la varianza, la variable Liderazgo transformacional que incrementó un 4.5 %, la variable Autonomía que incrementó un 1.6 % de la varianza y, la variable Retroinformación que incrementó un 1.3 % de forma adicional.

Tabla 49 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de recurso sobre Satisfacción laboral para las muestra de hombres y de mujeres.

Muestra de hombres			
Variable	Beta	R ²	F
Satisfacción laboral			
Disponibilidad de recursos	.53***	.468	
Liderazgo transformacional	.27**	.575	
Autonomía	.25**		
Est. Ecuación F _(3,70)		.630	40.22***
Muestra de mujeres			
Variable	Beta	R ²	F
Satisfacción laboral			
Disponibilidad de recursos	.41***	.468	
Liderazgo transformacional	.28***	.513	
Apoyo social en el trabajo	.24***	.369	
Autonomía	.14*	.529	
Retroinformación	-.13*		
Est. Ecuación F _(5,150)		.543	33.65***

A pesar de que la escala de Retroinformación tiene un alfa adecuado, .82, indicando esto que sus elementos presentan consistencia interna. Se observa que la asociación entre Retroinformación y Satisfacción laboral, en la muestra de mujeres no va en la dirección esperada, esto es, la teoría establece que mayores niveles de Retroinformación deberán generar mayores niveles de Satisfacción laboral, asociación positiva. Como se observa en la Tabla 49, la asociación entre Retroinformación y Satisfacción laboral en la muestra de mujeres resultó negativa. Este resultado parece indicar la existencia de un artefacto estadístico inducido por las diferentes facetas de Retroinformación que recoge la escala, a saber, Retroinformación positiva y negativa.

Con base a esta suposición, se decidió hacer análisis de regresión lineal múltiple stepwise considerando las dos facetas, positiva y negativa de retroinformación incluidas en la escala para la muestra de mujeres comprobando como la Retroinformación que aparece es debida a su faceta negativa Tabla 50.

Tabla 50 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de recurso sobre Satisfacción laboral para las muestra de mujeres.

Muestra de mujeres			
Variable	Beta	R ²	F
Satisfacción laboral			
Disponibilidad de recursos	.39***	.369	
Liderazgo transformacional	.27***	.469	
Apoyo social en el trabajo	.20**	.514	
Autonomía	.13*	.530	
Retroinformación negativa	-.13*		
Est. Ecuación F _(5,150)		.543	36.73***

b) **Síndrome de Quemarse por el trabajo (SQT):** En la Tabla 51 se encuentran los resultados que se obtuvieron para la muestra de hombres y mujeres. Para la muestra de hombres, la varianza en esta variable quedó explicada por la variable Apoyo social en el trabajo ($\beta = -.42$, $p < .001$). Esta variable explicó el 17.7 % de la varianza.

Para la muestra de mujeres, la varianza en SQT quedó explicada de manera conjunta por la variable, Apoyo social en el trabajo ($\beta = -.18$, $p < .05$), Autonomía ($\beta = -.21$, $p < .01$) y, Disponibilidad de recursos ($\beta = -.26$, $p < .01$). De manera conjunta estas variables explicaron el 22.5 % de la varianza. El principal predictor resultó la variable, Disponibilidad de recursos que explicó un 11.9 % de la varianza, la variable Autonomía que incrementó un 5.2 % de la varianza y, Apoyo social en el trabajo que incrementó la varianza un 2.7% de forma adicional.

Tabla 51 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de recurso sobre SQT para las muestra de hombres y de mujeres.

Muestra de hombres			
Variable	Beta	R ²	F
SQT			
Apoyo social en el trabajo	-.42***		
Est. Ecuación F _(2,71)		.177	15.69***
Muestra de mujeres			
Variable	Beta	R ²	F
SQT			
Apoyo social en el trabajo	-.18*	.027	
Autonomía	-.21*	.079	
Disponibilidad de recursos	-.26**		
Est. Ecuación F _(2,153)		.225	14.72***

Dado que la variable SQT está formada por cuatro dimensiones independientes (ver Instrumento, página 189, también se analizó la influencia de los factores/riesgos psicosociales sobre esas dimensiones:

c) **Ilusión por el trabajo:** En la Tabla 52 se encuentran los resultados que se obtuvieron para la muestra de hombres y mujeres. Para hombres, la varianza en esta variable quedó explicada por la variable Apoyo social en el trabajo ($\beta = .32$, $p < .01$) y Autonomía ($\beta = .23$, $p < .05$). De manera conjunta estas variables explicaron el 20.0 % de la varianza. El principal predictor resultó la variable Apoyo social en el trabajo que explicó un 15.5% de la varianza y, Autonomía que incrementó la varianza un 4.5% de forma adicional.

Para la muestra de mujeres, la varianza en Ilusión por el trabajo quedó explicada de manera conjunta por la variable Autonomía ($\beta = .26$, $p < .01$), Liderazgo transformacional ($\beta = .21$, $p < .01$) y Disponibilidad de recursos ($\beta = .16$, $p < .05$). De manera conjunta estas variables explicaron el 20.6 % de la varianza. El principal predictor resultó la

variable, Autonomía que explicó un 12.2 % de la varianza, la variable Liderazgo transformacional que incrementó un 6.2 % de la varianza y, la variable Disponibilidad de recursos que la incrementó un 2.2% de forma adicional.

Tabla 52 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de recurso sobre Ilusión por el trabajo para las muestra de hombres y de mujeres.

Muestra de hombres			
Variable	Beta	R ²	F
Ilusión por el trabajo			
Apoyo social en el trabajo	.32**	.155	
Autonomía	.23*		
Est. Ecuación F _(1,72)		.200	9.02***
Muestra de mujeres			
Variable	Beta	R ²	F
Ilusión por el trabajo			
Autonomía	.26**	.122	
Liderazgo transformacional	.21**	.184	
Disponibilidad de recursos	.16*		
Est. Ecuación F _(2,153)		.206	13.14***

d) **Desgaste psíquico:** En la Tabla 53 se encuentran los resultados que se obtuvieron para la muestra de hombres y mujeres. Para hombres, la varianza en esta variable quedó explicada por la variable Disponibilidad de recursos ($\beta = -.29$, $p < .05$). Esta variable explicó el 8.2 % de la varianza.

Para la muestra de mujeres, la varianza en Desgaste psíquico quedó explicada de manera conjunta por la variable Retroinformación ($\beta = .15$, $p < .05$), Disponibilidad de recursos ($\beta = -.19$, $p < .05$), Apoyo social en el trabajo ($\beta = -.22$, $p < .01$) y, Autonomía ($\beta = -.22$, $p < .01$). De manera conjunta estas variables explicaron el 19.6 % de la varianza.

El principal predictor resultó la variable, Autonomía que incrementó un 7.3 % de la varianza, la variable Apoyo social en el trabajo que incrementó un 5.4% la varianza, Disponibilidad de recursos que incrementó un 4.8 % de la varianza, y, la variable Retroinformación que incrementó un 2.1% de forma adicional.

Tabla 53 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de recurso sobre Desgaste psíquico para las muestra de hombres y de mujeres.

Muestra de hombres			
Variable	Beta	R ²	F
Desgaste psíquico			
Disponibilidad de recursos	-.29*		
Est. Ecuación F _(1,72)		.082	6.54*
Muestra de mujeres			
Variable	Beta	R ²	F
Desgaste psíquico			
Retroinformación	.15*	.021	
Disponibilidad de recursos	-.19*	.069	
Apoyo social en el trabajo	-.22**	.123	
Autonomía	-.22**		
Est. Ecuación F _(3,151)		.196	9.21***

Como ocurrió para la variable Satisfacción laboral, en el caso de la dimensión Desgaste psíquico para la muestra de mujeres, la variable Retroinformación tampoco funciona en la dirección esperada por lo que se procederá a realizar un nuevo análisis de regresión lineal múltiple stepwise donde se comprueba que la variable retroinformación funciona de forma negativa Tabla 54.

La varianza en Desgaste psíquico quedó explicada de manera conjunta por la variable Retroinformación negativa ($\beta = .27$, $p < .001$), Autonomía ($\beta = -.17$, $p < .01$). De manera conjunta estas variables

explicaron el 22.9 % de la varianza. El principal predictor resultó la variable, Retroinformación negativa que explicó un 7.6 % de la varianza, la variable Autonomía que incrementó un 15.3% y la variable Liderazgo transformacional que incremento de la varianza de forma adicional.

Tabla 54 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de recurso sobre Desgaste psíquico para las muestra de mujeres

Muestra de mujeres			
Variable	Beta	R ²	F
Desgaste psíquico			
Retroinformación negativa	.27***	.076	
Autonomía	-.17**		
Est. Ecuación F _(3,151)		.229	9.70***

e) **Indolencia:** En la Tabla 55 se encuentran los resultados que se obtuvieron para la muestra de hombres y mujeres. Para hombres, la varianza en esta variable quedó explicada por la variable Apoyo social en el trabajo ($\beta = -.28$, $p < .05$). Esta variable explicó el 7.9 % de la varianza.

Para la muestra de mujeres, la varianza en Indolencia quedó explicada por la variable Disponibilidad de recursos ($\beta = -.22$, $p < .01$). Esta variable explicó un 4.7 % de la varianza.

Tabla 55 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de recurso sobre Indolencia para las muestra de hombres y de mujeres.

Muestra de hombres			
Variable	Beta	R2	F
Indolencia			
Apoyo social en el trabajo	-.28*		
Est. Ecuación F(1,72)		.079	6.28*
Muestra de mujeres			
Variable	Beta	R2	F
Indolencia			
Disponibilidad de recursos	-.22*		
Est. Ecuación F(1,153)		.047	7.61**

f) **Culpa:** En laTabla 56 se encuentran los resultados que se obtuvieron para la muestra de mujeres al no haberse introducido valores de hombres. Para mujeres, la varianza en esta variable quedó explicada de manera conjunta por la variable Disponibilidad de recursos ($\beta = -.23$, $p < .01$). Esta variable explicó el 5.4 % de la varianza.

Tabla 56 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de recurso sobre Indolencia para las muestra de hombres y de mujeres.

Muestra de mujeres			
Variable	Beta	R ²	F
Culpa			
Disponibilidad de recursos	-.23*		
Est. Ecuación F _(2,152)		.054	8.85**

g) **Problemas de salud como consecuencia del trabajo:** En la Tabla 57 se encuentran los resultados que se obtuvieron para la muestra de hombres y mujeres. Para hombres, la varianza en esta variable quedó explicada por la variable Apoyo social en el trabajo ($\beta = -.39$, $p < .01$). Esta variable explicó el 15.0 % de la varianza.

Para la muestra de mujeres, la varianza en Problemas de salud como consecuencia del trabajo quedó explicada de manera conjunta por la variable Autonomía ($\beta = -.27$, $p < .01$) y, Liderazgo transformacional ($\beta = -.17$, $p < .05$). De manera conjunta estas variables explicaron el 12.1 % de la varianza. El principal predictor resultó la variable Autonomía que explicó un 9.4 % de la varianza y, la variable Liderazgo transformacional que incrementó un 2.7 % de la varianza de forma adicional.

Tabla 57 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de recurso sobre Salud para las muestra de hombres y de mujeres.

Muestra de hombres			
Variable	Beta	R ²	F
Problemas de salud			
Apoyo social en el trabajo	-.39**		
Est. Ecuación F _(1,72)		.150	12.93**
Muestra de mujeres			
Variable	Beta	R ²	F
Problemas de salud			
Autonomía	-.27**	.094	
Liderazgo transformacional	-.17*		
Est. Ecuación F _(2,152)		.121	10.49***

h) **Depresión:** En la Tabla 58 se encuentran los resultados que se obtuvieron para la muestra de hombres y mujeres. Para hombres, la varianza en esta variable quedó explicada de manera conjunta por la variable Apoyo social en el trabajo ($\beta = -.43$, $p < .01$) y, Retroinformación ($\beta = .26$, $p < .05$). De manera conjunta estas variables explicaron el 15.2 % de la varianza. El principal predictor resultó la variable Apoyo social en el trabajo que explicó un 9.9 % de la varianza y, la variable Retroinformación que la incrementó un 5.3 % de forma adicional.

Para la muestra de mujeres, la varianza en Depresión quedó explicada de manera conjunta por la variable Autonomía ($\beta = -.31$, $p < .001$) y, Liderazgo transformacional ($\beta = -.20$, $p < .01$). De manera conjunta estas variables explicaron el 16.9 % de la varianza. El principal predictor resultó la variable Autonomía que explicó un 13.0 % de la varianza y, la variable Liderazgo transformacional que incrementó un 3.9 % de la varianza de forma adicional.

Tabla 58 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de recurso sobre Depresión para las muestra de hombres y de mujeres.

Muestra de hombres			
Variable	Beta	R ²	F
Depresión			
Retroinformación	.26*	.053	
Apoyo social en el trabajo	-.43**		
Est. Ecuación F _(2,71)		.152	6.74**
Muestra de mujeres			
Variable	Beta	R ²	F
Depresión			
Autonomía	-.31***	.130	
Liderazgo transformacional	-.20**		
Est. Ecuación F _(2,152)		.169	15.56***

Dado que la variable Retroinformación en la muestra de hombres sigue una dirección distinta como ocurrió en casos anteriores, se procede a realizar nuevo análisis de regresión lineal múltiple stepwise comprobando como al introducir la variable Retroinformación positiva y negativa no aparecen en la ecuación de regresión Tabla 59.

Tabla 59 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de recurso sobre Depresión para las muestra de hombres

Muestra de hombres			
Variable	Beta	R ²	F
Depresión			
Apoyo social en el trabajo	-.32**		
Est. Ecuación F _(2,71)		.099	8.05**

i) **Consumo de medicamentos como consecuencia de los problemas de salud:** En la Tabla 60 se encuentran los resultados que se obtuvieron para la muestra de hombres y mujeres. Para hombres, la varianza en esta variable quedó explicada por la variable Apoyo social en el trabajo ($\beta = -.30$, $p < .01$). Esta variable explicó el 9.1 % de la varianza.

Para la muestra de mujeres, la varianza en Consumo de medicamentos como consecuencia de los problemas de salud quedó explicada por la variable Apoyo social en el trabajo ($\beta = -.27$, $p < .01$). Esta variable explicó el 7.5 % de la varianza.

Tabla 60 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de recurso sobre Medicamentos para las muestra de hombres y de mujeres.

Muestra de hombres			
Variable	Beta	R2	F
Consumo de medicamentos como consecuencia de los problemas de salud			
Apoyo social en el trabajo	-.30**		
Est. Ecuación $F_{(1,72)}$.091	7.30**
Muestra de mujeres			
Variable	Beta	R2	F
Consumo de medicamentos como consecuencia de los problemas de salud			
Apoyo social en el trabajo	-.27**		
Est. Ecuación $F_{(1,153)}$.075	12.52**

j) **Visita al especialista:** En la Tabla 61 se encuentran los resultados que se obtuvieron para la muestra de hombres y mujeres. Para hombres, la varianza en esta variable quedó explicada por la variable Autonomía ($\beta = -.27$, $p < .05$). Esta variable explicó el 7.3 % de la varianza.

Para la muestra de mujeres, la varianza en Visita al especialista quedó explicada por la variable Apoyo social en el trabajo ($\beta = -.20$, $p < .05$). Esta variable explicó el 3.9 % de la varianza.

Tabla 61 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de recurso sobre Especialista para las muestra de hombres y de mujeres.

Muestra de hombres			
Variable	Beta	R2	F
Visita al especialista			
Autonomía	-.27*		
Est. Ecuación $F_{(1,72)}$.073	5.75*
Muestra de mujeres			
Variable	Beta	R2	F
Visita al especialista			
Apoyo social en el trabajo	-.20*		
Est. Ecuación $F_{(1,153)}$.039	6.30*

k) **Incremento del Consumo de tabaco por problemas relacionados con el trabajo:** En la Tabla 62 se encuentran los resultados que se obtuvieron para la muestra de mujeres ya que para hombres no se ha introducido ningún caso. Para mujeres, la varianza en esta variable quedó explicada de manera conjunta por la variable Retroinformación ($\beta = .24$, $p < .01$) y, Apoyo social en el trabajo ($\beta = -.18$, $p < .05$). De manera conjunta estas variables explicaron el 6.4 % de la varianza. El principal predictor resultó la variable Retroinformación que explicó un 3.5 % de la varianza y, la variable Apoyo social en el trabajo que incrementó un 3.1 % de la varianza de forma adicional.

Tabla 62 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de recurso sobre Tabaco para las muestra de mujeres.

Muestra de mujeres			
Variable	Beta	R ²	F
Consumo de tabaco			
Retroinformación	.24**	.035	
Apoyo social en el trabajo	-.18*		
Est. Ecuación $F_{(2,152)}$.064	5.25**

Dado que la variable Retroinformación en la muestra de mujeres sigue una dirección distinta como ocurrió en casos anteriores, se procede a realizar nuevo análisis de regresión lineal múltiple stepwise comprobando como al introducir la variable retroinformación positiva y negativa, ninguna variable independiente entró en la ecuación de regresión explicando porcentajes significativos de varianza para Consumo de tabaco.

1) **Incremento de Consumo de alcohol por problemas relacionados con el trabajo:** En la Tabla 63 se encuentran los resultados que se obtuvieron para la muestra de hombres ya que para la muestra de mujeres no se han introducido valores. La varianza en esta variable quedó explicada de manera conjunta por las variables Disponibilidad de recursos ($\beta = .38$, $p < .01$) y, Retroinformación ($\beta = -.35$, $p < .01$). De manera conjunta estas variables explicaron el 18.6 % de la varianza. El principal predictor resultó la variable Disponibilidad de recursos que explicó un 7.6 % de la varianza y, la variable Retroinformación que incrementó un 11 % de la varianza de forma adicional.

Tabla 63 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de recurso sobre Consumo de alcohol para las muestra de hombres.

Muestra de hombres			
Variable	Beta	R ²	F
	Consumo de alcohol		
Disponibilidad de recursos	.38**	.076	
Retroinformación	-.35**		
Est. Ecuación F _(2,71)		.186	8.20**

Como ocurrió en otras variables anteriormente, en el caso de la dimensión Consumo de alcohol para la muestra de hombres, la variable Retroinformación tampoco funciona en la dirección esperada por lo que se procederá a realizar un nuevo análisis de regresión lineal múltiple

stepwise donde se comprueba que la variable retroinformación funciona de forma negativa Tabla 64.

La varianza en Consumo de alcohol quedó explicada de manera conjunta por la variable Disponibilidad de recursos ($\beta = .41$, $p < .01$), Retroinformación positiva ($\beta = -.35$, $p < .01$). De manera conjunta estas variables explicaron el 22.9 % de la varianza. El principal predictor resultó la variable, Disponibilidad de recursos que explicó un 7.6 % de la varianza y, la variable Retroinformación positiva que incrementó un 10.3 % de la varianza de forma adicional.

Tabla 64 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de recurso sobre Consumo de alcohol para las muestra de hombres.

Muestra de hombres			
Variable	Beta	R ²	F
Consumo de alcohol			
Disponibilidad de recursos	.41**	.076	
Retroinformación positiva	-.35**		
		.179	7.83**

m) **Inclinación al absentismo:** Ninguna variable independiente entró en la ecuación de regresión explicando porcentajes significativos de varianza, ni en la muestra de hombres ni en la de mujeres.

n) **Días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses:** En la Tabla 65 se encuentran los resultados que se obtuvieron para la muestra de hombres ya que para la de mujeres no se han introducido valores. La varianza en esta variable quedó explicada de manera conjunta por las variables Disponibilidad de recursos ($\beta = -.50$, $p < .001$) y, Liderazgo transformacional ($\beta = .36$, $p < .01$). De manera conjunta estas variables explicaron el 27.0 % de la varianza. El principal predictor resultó la variable Disponibilidad de recursos que explicó un 15.5 % de la

varianza y, la variable Liderazgo transformacional que incrementó un 11.5 % de la varianza de forma adicional.

Tabla 65 Análisis de regresión lineal múltiple stepwise de las variables de recurso sobre Días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses para las muestra de hombres.

Muestra de hombres			
Variable	Beta	R ²	F
Días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses			
Disponibilidad de recursos	-.50***	.155	
Liderazgo transformacional	.36**		
Est. Ecuación F _(2,71)		.270	12.77***

Como resumen se añaden los gráficos correspondientes a la regresión correspondientes a las variables de recurso por separado para hombres y mujeres.

Gráfico 22 Predictores significativos (recursos psicosociales) de las consecuencias de los riesgos psicosociales para hombres.

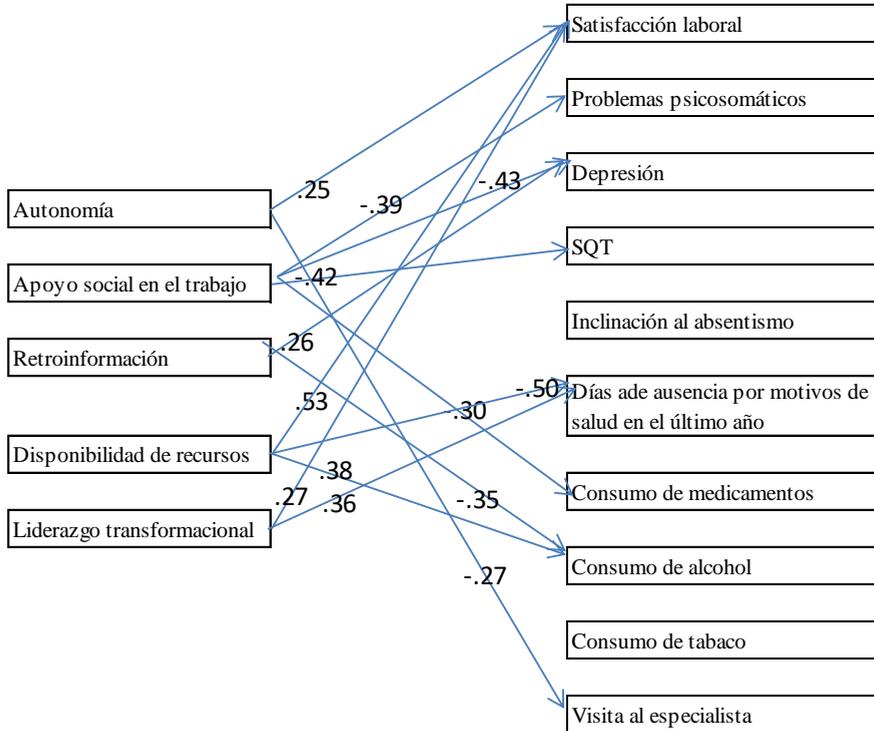


Gráfico 23 Predictores significativos (recursos psicosociales) de las consecuencias de los riesgos psicosociales para mujeres.

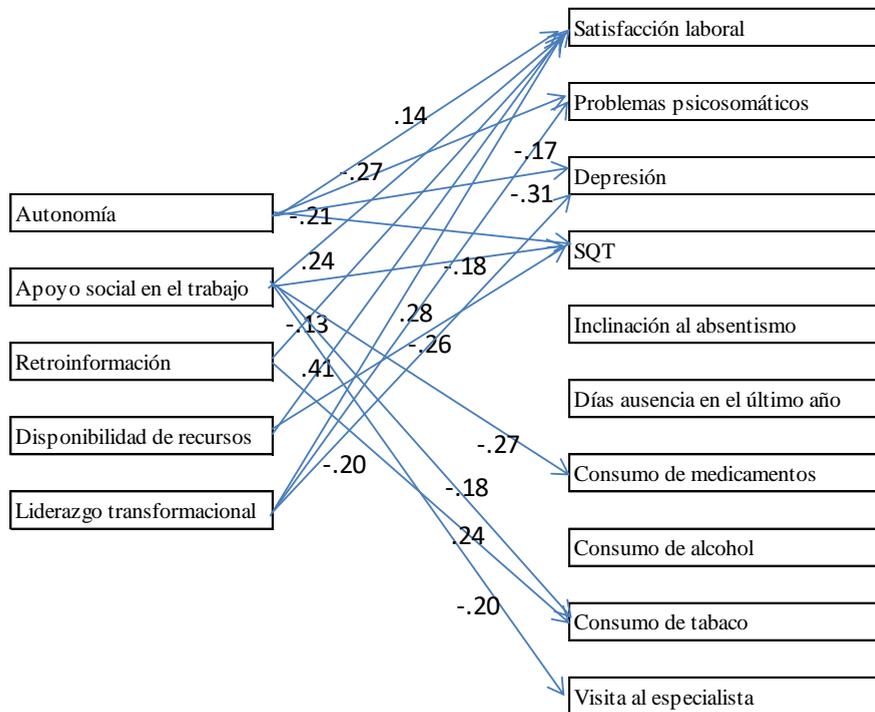


Gráfico 24 Predictores significativos (variables SQT) de las consecuencias de los riesgos psicosociales para hombres.

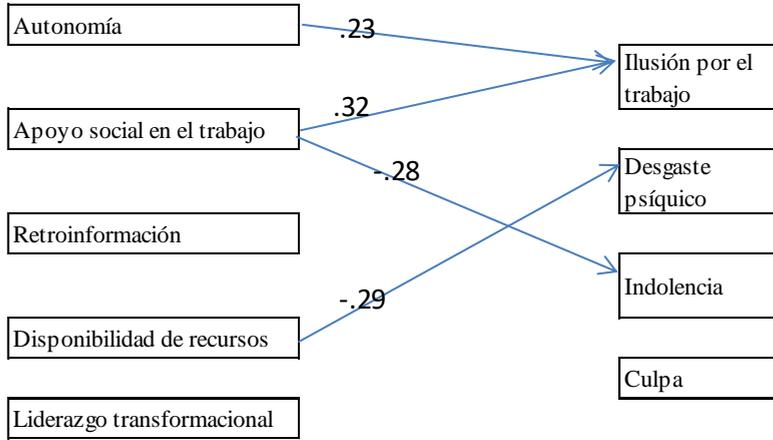
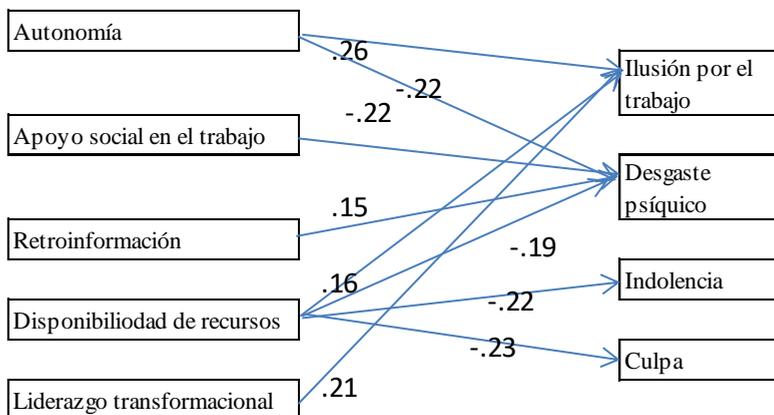


Gráfico 25 Predictores significativos (variables SQT) de las consecuencias de los riesgos psicosociales para mujeres.



V. DISCUSION:

De igual manera que se realizó en el Capítulo de resultados la discusión se clasifica en análisis diferenciales y de prevalencia y relaciones entre factores psicosociales y sus consecuencias.

En el sector sanitario, el género no se distribuye de forma homogénea entre las categorías laborales existentes así, en este estudio, entre el personal médico predomina moderadamente el género masculino, que supuso un 62.67%, dato que coincide con los encontrados entre la bibliografía consultada 51.6% (Instituto Nacional de Estadística, 2015), 50% (Tziner, et al, 2015), mientras que, entre el personal de enfermería predomina claramente el género femenino, en este estudio supuso el 82.05%, dato que coincide también con los encontrados en la revisión bibliográfica 84.3% (Instituto Nacional de Estadística, 2015), 81.7% (García-Rodríguez, et al, 2014), 92.8% (Frutos, 2014), 67% (, y Buonocore, 2012), 62.2% (Ayed, et al, 2014) o 94.75% (Gillet, et al, 2013). Esto es debido a que en el sector sanitario existe una segregación vertical (Sánchez-López, et al, 2009) debida al rol de género que hace que las mujeres ocupen puestos de cuidado de personas preferentemente ocupando además un nivel jerárquico inferior al de los hombres por lo que se encontrarán más mujeres en la profesión de enfermería que en la de médicos.

Las escalas presentaron casi todas ellas una distribución normal ya que los valores de asimetría se encontraron entre +1 y -1, excepto en el caso de conflicto familia trabajo y, consumo de alcohol que se encontró en el rango de +2 y -2 y, Inclinación al absentismo, Días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses, consumo de tabaco o visita al especialista que superan el rango de +2 y -2, debiendo valorar los análisis realizados con estas últimas con precaución dado su elevado valor de asimetría. En todos los casos los valores se encontraban muy próximos al valor medio.

14. ANÁLISIS DIFERENCIALES Y DE PREVALENCIA:

14.1. Objetivo específico I:

El primer objetivo específico planteado en este estudio fue realizar un análisis diferencial en función de las variables género, categoría laboral, trabajo nocturno y tipo de contrato con las variables de demandas, recursos y las consecuencias que estos riesgos producen para conocer las diferencias existentes entre estas y las variables sociodemográficas mencionadas.

- Hipótesis 1:

Se hipotetizó que las mujeres de la muestra percibirían niveles significativamente más elevados en las variables psicosociales de demanda que los hombres.

Se obtuvo que los hombres percibieron significativamente mayores niveles de ambigüedad de rol e inequidad en los intercambios sociales no siendo significativas las diferencias entre el resto de variables de demandas entre la muestra de hombres y mujeres. Este resultado no confirmó la hipótesis formulada.

Tanto ambigüedad de rol como inequidad en los intercambios sociales son variables importantes en el sector sanitario en la inducción del estrés dado que, este sector se organiza en forma de burocracia profesional lo que favorece la aparición de estas variables (Skirrow y Hatton 2007).

Los resultados obtenidos en este estudio, se interpretarán en el sentido que, la actividad sanitaria, al ser una organización compleja, se encuentra más predispuesta a que sus trabajadores perciban ambigüedad de rol (Kahn, Wolfe, Quinn, Snoek, et al, 1964). Al realizar análisis diferencial entre variables de demandas con género y categoría laboral se obtuvo que los enfermeros de la muestra percibirían una mayor ambigüedad de rol debido a la menor disponibilidad de recursos y menor

retroinformación positiva percibida, siendo esto probablemente debido a que la actividad sanitaria se encuentra estructurada en forma de burocracia profesional, en donde, los médicos serán los que controlarán las decisiones sobre el trabajo del personal de enfermería. Esto lleva a que, en este tipo de organizaciones, las normas no surgen de la propia organización sino que surgen de los expertos por lo que la percepción de ambigüedad de rol puede surgir en el personal de enfermería pues diversos expertos podrían estar exigiendo la realización de las tareas de forma distinta a los trabajadores (Mintzberg, 1988).

Los resultados encontrados en la bibliografía sobre diferencias en percepción de ambigüedad de rol con género son variables ya que mientras hay autores que obtienen que los hombres perciben más intensamente ambigüedad de rol (Lambert, et al, 2010), otros no encuentran diferencias (Frone, 2015; Rutherford, et al, 2014) y, otros obtienen que las mujeres perciben más ambigüedad de rol (Ling, et al, 2014) estas diferencias estarán en función de la profesión de la que se haya extraído la muestra analizada.

Con referencia a inequidad en los intercambios sociales también es más intensa en nuestra muestra en los enfermeros debiendo considerar que, en este estudio, ambigüedad de rol e inequidad en los intercambios sociales se encuentran altamente asociados de forma positiva. El hecho de que se produzcan estos resultados podría ser debido a que al trabajar con pacientes y sus familiares, el enfermero percibirá menor reconocimiento social de su labor que las mujeres, dada la diferencia existente, entre hombres y mujeres en cuanto al logro personal, ya que mientras para las mujeres, los logros profesionales son más personales e independientes al reconocimiento social, entrando en juego su rol social cuidador que tiene establecido (Barbera y Cantero, 1996; Markus, 1990), con un mayor énfasis en la sociabilidad, la amistad y la orientación hacia los demás (Aguilar, et al, 2013) y la expresión emocional (Wester, Vogel, Pressly y Heesacker, 2002), y la empatía (Hoffman, 1977), para los

hombres, los logros predominantes son el protagonismo personal y el reconocimiento social, que el enfermero no ve cubierto (Coria, 1993, Kalet, et al, 2006), lo cual se puede atribuir a las condiciones laborales a partir de las cuales esperan obtener gratificaciones y logros profesionales para el cumplimiento de proyectos y objetivos futuros (Denegri, et al, 2015).

Con respecto a inequidad en los intercambios sociales, se encontró en la bibliografía que serían las mujeres las que percibirían que son tratadas con más dignidad y respeto (justicia interpersonal) por parte de los superiores por lo que estas percibirían mayor nivel de equidad en los intercambios sociales (Omar, 2006, Perrons, et al, 2016). Estos resultados coinciden con los encontrados en este estudio pues, son las mujeres las que perciben mayor apoyo social proveniente del superior lo que compensaría la posible existencia de inequidad en los intercambios sociales.

- Hipótesis 2:

Se hipotetizó que las mujeres de la muestra percibieron niveles significativamente menos elevados en la variable psicosocial de recursos que los hombres de la muestra.

De nuestros resultados se obtuvo que no existían diferencias significativas en las variables de recursos con la variable género excepto para el apoyo social procedente del superior en el que las mujeres percibieron niveles superiores. Este resultado se repite en los estudios de prevalencia donde la muestra de mujeres percibe porcentualmente mayores niveles de apoyo social en el trabajo, no confirmando estos resultados la hipótesis formulada.

En nuestro análisis se obtuvo que, la muestra de personal de enfermería, percibía con mayor intensidad la variable apoyo social proveniente del supervisor. Esto pudo ser debido a que en la muestra de personal de enfermería predominan las mujeres pudiendo esto significar

un sesgo en el resultado. No obstante mediante el análisis de varianza realizado se ha comprobado que son las enfermeras las que perciben mayor apoyo social en el trabajo proveniente del superior. Así, mientras que el personal de enfermería realiza su trabajo de una forma más grupal, el personal médico realiza su trabajo de una forma más independiente, teniendo más apoyo técnico que emocional para la realización de su trabajo llevando todo esto a una supervisión de baja calidad, inadecuada valoración de su trabajo, falta de apoyo individualizado y falta de oportunidades de promoción y desarrollo profesional (Montero-Marín, et al 2011). Estos resultados coinciden con los encontrados por otros autores (Aagestad, et al 2014; AbuAlRub, et al, 2009; Bragard, et al, 2015; Escribà-Agüir, et al, 2006; Galletta, et al, 2011).

- Hipótesis 3:

Se hipotetizó que las mujeres de la muestra percibirían niveles significativamente más elevados de problemas de la salud y, menos satisfacción laboral que los hombres de la muestra.

En los resultados obtenidos se comprobó que la muestra de mujeres percibieron significativamente peor percepción de salud y, mayor consumo de medicamentos debido a problemas de salud que la muestra de hombres, siendo la prevalencia de mujeres que perciben niveles altos en ambas variables mayor que en los hombres. Estos resultados confirmaron la hipótesis formulada para problemas de salud.

Las diferencias halladas señalan que aunque los hombres perciben mayores niveles de demandas (ambigüedad de rol e inequidad en intercambios sociales) y menores de recursos (apoyo social procedente del superior), las mujeres perciben mayor nivel de consecuencias que los hombres.

Estas diferencias probablemente fueron debidas a que las mujeres perciben con mayor intensidad los asuntos de la vida familiar y de la salud debido a su rol social cuidador que se acompaña de una mayor

demanda emocional, mientras que, para los hombres los asuntos financieros y laborales fueron los más trascendentes (Matud, 2004), por lo que, el rol de género hará que las mujeres y los hombres atiendan los roles laborales y familiares de forma diferente (Aparicio, et al, 2008) debido al diferente afrontamiento emocional de cada uno de los roles llevándoles esto a que se produzcan consecuencias sobre la salud. Los estudios parecen evidenciar que las mujeres prestan más atención a las emociones siendo más empáticas, estando ello asociado con un estilo de afrontamiento rumiativo centrado en las propias emociones, mientras que los hombres tienen mayores niveles de autorregulación emocional ante las situaciones de estrés (Martínez, Piqueras, y Inglés, 2011). Estos resultados confirmaron la hipótesis formulada.

Estos resultados son similares a los encontrados en numerosos estudios (Amador, et al, 2014; Aparicio, et al, 2008; Arevalo-Pachon y Gerrero, 2010; Bailis, et al, 2003; Doti, 2012; Leach, et al, 2008; Leineweber, et al, 2013; Matud, 2004; Menendez, et al, 2007; Sánchez, et al, 2006).

Por otro lado, no se encontraron diferencias significativas entre la variable satisfacción laboral entre hombres y mujeres, por lo que no se confirma la hipótesis formulada referente a satisfacción. Este equilibrio entre ambas muestras podría ser debido a las diferencias existentes frente al trabajo emocional ya que mientras que, para la muestra de hombres, el trabajo emocional se asocia con satisfacción, en el caso de la muestra de mujeres se encontró asociación con insatisfacción siendo esto debido al diferente modelo de afrontamiento existente entre ambas muestras frente a las emociones. Esto compensaría la mayor cantidad de factores de demanda y menores de recursos en la muestra de hombres lo que explicaría los resultados hallados referentes a la ausencia de diferencias entre ambas muestras. Estos resultados coinciden con lo encontrado por otros autores (Frone, 2015; Linz, et al, 2013; Moreno-Jiménez, et al, 2010; Rutherford, et al, 2014).

- Hipótesis 4:

Se hipotetizó que el personal de enfermería percibirá niveles significativamente más elevados de problemas de la salud y, menos satisfacción laboral que el personal médico de la muestra.

En este estudio se encontró que la muestra de personal de enfermería percibió peor estado de salud como consecuencia del trabajo y como consecuencia de ello, consumió mayor cantidad de medicamentos coincidiendo estos resultados con la hipótesis formulada.

Este resultado está influido por la composición de la muestra del personal de enfermería puesto que en esta categoría profesional las mujeres representaron el 82.05% y, además, la muestra de personal enfermería, al ocupar puestos de menor responsabilidad, dispuso de menor autonomía que la muestra de personal médico asociándose esta falta de autonomía en este estudio con mala percepción de salud y consumo de medicamentos por problemas de salud para la muestra de mujeres, por lo que, esta falta de autonomía existente en la muestra de mujeres y, por lo tanto, en el personal de enfermería, será la causante de estas consecuencias. Estos resultados coinciden con los resultados obtenidos por otros autores (Wallace, 2014)

Con respecto a satisfacción laboral, no se encontraron diferencias significativas con referencia a la categoría laboral, por lo que se rechaza la hipótesis formulada.

Esto pudo ser debido a que el personal de enfermería en este estudio, percibió menor liderazgo *laissez faire*, mayor liderazgo transformacional y apoyo social procedente del superior. De estos resultados se deduce que el personal de enfermería está percibiendo factores de demanda (liderazgo *laissez faire*) que se verán compensados por factores de recurso (liderazgo transformacional y apoyo social en el trabajo procedente del supervisor) mientras que, en la muestra de personal médico, percibieron una mayor autonomía y menor apoyo social

en el trabajo, llevando esto a una situación de equilibrio en referencia a la percepción de satisfacción laboral entre la muestra de personal médico y de enfermería. Este resultado coincide con los hallados por numerosos autores (AbuAlRub, et al, 2009; Agüir, et al, 2006; Bragard, et al, 2015; Escribà- Galletta, et al, 2011; Lin, et al, 2015).

- Hipótesis 5:

Se hipotetizó que, el personal que realiza turno nocturno percibirá niveles significativamente más elevados de problemas de la salud y, menos satisfacción laboral que el personal que realiza trabajo diurno de la muestra.

En este estudio, no se han encontrado diferencias significativas entre la muestra de trabajo nocturno y problemas de salud debidos al trabajo, Estos resultados no confirman la hipótesis formulada. Esto será debido a que aunque se obtuvo mayor carga de trabajo en la muestra de trabadores que realizan trabajo nocturno, el mayor apoyo social recibido de los compañeros podría estar actuando como modulador. Esto podría ser debido a que los trabajadores que realizan trabajo nocturno se encuentran más integrados formando un grupo lo que favorece la percepción de apoyo como sistema de coping como fue establecido por otros autores (Nogareda, et al, 2014).

Por otro lado, se encontró que, el trabajo nocturno provoca una menor satisfacción laboral. Estos resultados confirman la hipótesis formulada. Esto estará producido por la mayor percepción de carga de trabajo y conflicto trabajo familia en los trabajadores que realizan horario nocturno, probablemente debido a la interferencia entre los horarios laborales y familiares lo que creará un conflicto interroles que llevará a una mayor insatisfacción.

Añadido a lo anterior, la muestra de trabajadores que realizaban trabajo nocturno disponían de menor autonomía y apoyo social procedente de la organización, siendo esto probablemente debido a que

durante el trabajo nocturno el trabajador se encuentra más alejado de la organización debido a que, el trabajo se encontrará más procedimentado lo que hará que la percepción de autonomía disminuya percibiendo además, una menor disponibilidad de recursos. Estos resultados coinciden con otros estudios (Nogareda, 1997; Nogareda, et al, 2014).

- Hipótesis 6:

Se hipotetizó que, el personal que tiene contrato temporal percibirá niveles significativamente más elevados de problemas de la salud y, menor satisfacción laboral que el personal que tiene contrato fijo de la muestra.

Tras el análisis efectuado en este estudio no se encontraron diferencias significativas en la percepción de salud como consecuencia del tipo de contrato, ni tampoco en los niveles de satisfacción laboral. Estos resultados no confirmaron la hipótesis formulada.

En los análisis diferenciales realizados en este estudio se obtuvo que la muestra de trabajadores con contrato temporal percibieron más demandas debidas a carga de trabajo, trabajo emocional y conflicto trabajo familia mientras que percibieron mayor retroinformación tanto positiva como negativa. Esto podrá ser debido a que los trabajadores con contrato temporal están ocupados en puestos con un nivel jerárquico menos elevado que aquellos con contrato fijo. Por otro lado, la demanda emocional percibida por los trabajadores con contrato temporal se compensó probablemente con el aumento en la percepción de retroinformación positiva lo que compensó los efectos de las demandas por lo cual no se obtuvieron diferencias significativas en las consecuencias. Resultados similares se obtuvieron en estudios recientes (Rodríguez, 2016).

14.2. Objetivo específico II:

En el Objetivo específico II se realizó un análisis de prevalencia de los factores psicosociales, así como de las consecuencias de estas variables para conocer el número de sujetos que perciben niveles elevados de riesgo para las variables de demanda, recursos y las consecuencias generadas.

Las variables que obtuvieron valores medios más elevados fueron trabajo emocional, carga de trabajo e inequidad en los intercambios sociales. Con referencia a los resultados de prevalencia, fueron conflicto de rol, carga de trabajo y conflicto trabajo familia las que obtuvieron porcentajes más elevados.

Para el caso de trabajo emocional, un pequeño porcentaje obtiene niveles altos, siendo los que alcanzan valores medios elevados por lo que el número de afectados será importante. Con respecto a carga de trabajo, aquellos que obtienen niveles elevados son un porcentaje elevado pero no puntuando en niveles excesivamente elevados. En referencia a la variable inequidad en los intercambios sociales, los valores de prevalencia obtenidos se encuentran equilibrados entre alto, medio y bajo y, de igual manera ocurre con el conflicto trabajo familia. No obstante, con referencia a la variable conflicto de rol los individuos componentes de la muestra se posicionan preferentemente en niveles altos y bajos.

Dado que, el trabajo en este sector se caracteriza por una elevada carga de trabajo, resultado obtenido en este estudio, se comprueba que, un pequeño porcentaje de los trabajadores de este estudio percibirá un alto nivel de trabajo emocional, probablemente en función del tipo de tarea y servicio en el que este desempeñando su actividad y por último, un porcentaje elevado de trabajadores percibe un elevado nivel de conflicto de rol y otro también elevado percibirá niveles bajos probablemente relacionado con la categoría profesional y el género debido a que la actividad sanitaria se estructura en forma de burocracia

profesional en la que cada profesional impone sus criterios lo cual puede entrar en conflicto con los criterios de otros profesionales pudiendo generar estas situaciones conflictos de rol (Mintzberg, Ahlstrand, y Lampel, 2005)..

Estos resultados coinciden con los encontrados en la bibliografía consultada como para conflicto de rol (García-Rodríguez, et al, 2014; Lu, et al, 2012), carga de trabajo (Assunção, et al, 2013; Ceballos-Vásquez, et al, 2015; Cho, et al, 2014; Freimann, y Merisalu, 2015; Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2011; Porras, et al, 2005), conflicto trabajo familia (Cho, et al, 2014; Chen, et al, 2015; Leineweber, et al, 2014; McCarthy, et al, 2007), y Conflicto trabajo familia (Moen, et al, 2016).

Para las variables de recursos, las variables que alcanzaron mayores puntuaciones fueron apoyo social en el trabajo, sobre todo el procedente de los compañeros, autonomía y, disponibilidad de recursos. En cuanto los resultados de prevalencia, los mayores porcentajes para bajos niveles de percepción fueron autonomía, apoyo social en el trabajo y retroinformación.

Se ha comprobado que si bien se alcanzan valores elevados de las variables de disponibilidad de recursos, un pequeño porcentaje se sitúa en valores bajos de puntuación. Esto será debido a la estructura de este sector pues se trata de una burocracia profesionalizada en la cual se evidencian valores elevados de las distintas variables en función de la categoría profesional.

Se encontraron resultados similares por otros autores para la variable autonomía, (Malliarou, et al, 2014), apoyo social en el trabajo, (Devereux, et al, 2009; Martín y Sánchez, 2014; Mathew, 2013; Porras, et al, 2005; Talavera-Velasco, Luceño-Moreno, Martín-García, y Navarro-Canedo, 2016), sobre todo, el proveniente de la organización o

de los compañeros (Mathew, 2013) y, retroinformación (Gama, et al, 2013), sobre todo el proveniente de la organización o de los compañeros.

Por último, se obtienen prevalencias elevadas de alta satisfacción laboral y altos porcentajes para bajos niveles de problemas psicosomáticos y consumo de medicamentos debido a los problemas de salud debidos al trabajo. Las consecuencias referentes a los problemas de salud se producirán probablemente como consecuencia de las altas demandas de tipo emocional a las que se encuentran expuestos los trabajadores de la muestra mientras que el alto porcentaje de trabajadores que perciben buenos niveles de salud, probablemente sea debido a la alta percepción de apoyo social en el trabajo. De igual forma deberá interpretarse para el caso de satisfacción laboral.

Se han encontrado resultados similares por otros autores como para insatisfacción laboral (Bobbio y Ramos, 2010; García, et al, 2007; García, et al, 2015a; Jaiswal, et el, 2015; Molina, et al, 2009; Pérez-Ciordia, et al, 2013), problemas de salud (Al-Dubai y Rampal, 2012; Cho, et al, 2014; Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2011; Melnyk, et al, 2013; Pérez, y Álvarez, 2014; Roter, et al 2014) y consumo de medicamentos.

14.3. Objetivo específico III:

En el Objetivo específico III se realizó un análisis de prevalencia de los factores psicosociales, y sus consecuencias en relación con género para conocer las diferencias existentes entre los hombres y las mujeres referentes a la percepción de las variables de demanda, recurso y consecuencias percibidas sobre la salud de los trabajadores y su satisfacción laboral.

En este estudio se obtuvo que el porcentaje de la muestra de mujeres que perciben niveles elevados de carga de trabajo y, conflicto de rol fue mayor que el que presentó la muestra de los hombres.

Este mayor porcentaje en la percepción de niveles altos de conflicto de rol por las mujeres fue debido, principalmente, a que el sector sanitario, se organiza en forma de una burocracia profesional, donde las mujeres ocupan predominantemente puestos de trabajo de enfermería, por lo que recibirán ordenes de diferentes profesionales con las diferentes interpretaciones que podrían dar cada uno de ellos, lo que generará mayor conflicto de rol entre el personal que jerárquicamente depende de ellos. Estos resultados coinciden con los encontrados por otros autores (Álvarez y Gómez, 2011; Antoniou, et al, 2006; Elwér, et al, 2012; Powell, y Greenhaus, 2010; Wang, et al, 2008).

En cuanto a la percepción de carga de trabajo es la muestra de mujeres la que obtiene puntuaciones más elevadas mientras que, un porcentaje mayor de la muestra de hombres obtiene niveles altos. Esto se traduce en que la muestra de mujeres que percibe carga de trabajo obtendrá niveles más elevados que la muestra de hombres. La carga de trabajo se asoció positivamente con conflictos interpersonales y conflicto trabajo familia, siendo esto debido a la categoría profesional ocupada ya que el personal de enfermería percibe la carga de trabajo de forma similar a la de la muestra de mujeres. Pero, también puede ser debido al “rol profesional” ya que la muestra de mujeres que ocupan puestos jerárquicamente elevados, deberán demostrar su capacidad para su desempeño lo que puede generar un exceso en la percepción de carga de trabajo.

Por otro lado, un mayor porcentaje de hombres percibió niveles elevados de conflicto trabajo familia, inequidad en intercambios sociales, ambigüedad de rol y, conflictos interpersonales.

El elevado porcentaje en la percepción de niveles altos de conflicto trabajo familia, coincide con la mayor puntuación de la muestra de hombres de este tipo de conflicto. El conflicto trabajo familia se asoció positivamente con carga de trabajo, conflictos interpersonales e

inequidad en los intercambios sociales. Este resultado puede ser explicado por el rol de género dado que el hombre tiene un rol sustentador y, debido a la posible percepción elevada de inseguridad en el trabajo, no por la pérdida del puesto de trabajo sino por la variación de sus condiciones debido a la crisis económica existente, pueden hacer que se incremente la percepción de este conflicto (Álvarez y Gómez, 2011).

En referencia al porcentaje de la muestra de hombres que percibe altos niveles de ambigüedad de rol se acompaña también de altos valores de puntuación en la muestra de los hombres. Esta variable no se asoció con el resto de variables relacionadas con la muestra de hombres. Esto se interpretará en el sentido que, la actividad sanitaria, al ser una organización compleja, organizada en forma de burocracia profesionalizada, se encuentra más predispuesta a que sus trabajadores perciban ambigüedad de rol debido a la gran cantidad de líderes existentes (Kahn, et al, 1964). Al realizar análisis diferencial entre variables de demandas con género y categoría laboral se obtuvo que la muestra de enfermeros percibirían una mayor ambigüedad de rol debido a la menor disponibilidad de recursos y menor retroinformación positiva percibida, ya que será la muestra de personal médico quién controlará las decisiones sobre su trabajo y todo aquello que les afecta y sobre todo sobre el trabajo del personal de enfermería a quién controlará. Por lo que, en este tipo de organizaciones, las normas no surgen de la propia organización sino que surgen de los expertos por lo que la percepción de ambigüedad de rol puede surgir en el personal de enfermería pues diversos expertos podrían estar exigiendo la realización de roles distintos a los trabajadores (Mintzberg, 1988).

Por último, en referencia a los porcentajes de la muestra de hombres que perciben niveles altos de conflictos interpersonales, será debido a las competencias emocionales debidas al género en la que el hombre responde con mayor agresividad que la mujer, siendo menos empático (Gartzia, Aritzeta, Balluerka, y Barberá, 2012). También los

hombres obtienen valores más elevados de puntuación comprobándose que esta variable se asocia positivamente con carga de trabajo, y conflicto trabajo familia. Dado que carga de trabajo y conflicto trabajo familia también se asocian entre ellas, se puede afirmar que el conflicto trabajo familia será un factor que influirá en la géneris de la carga de trabajo y todo ello en el desarrollo de conflictos interpersonales en la muestra de hombres. El desarrollo de estos conflictos interpersonales puede ser debido a la organización instaurada en los hospitales dado que se trata de una burocracia profesionalizada que puede traer estos conflictos entre los distintos “líderes” existentes en la organización.

Por otro lado, se encontró que la prevalencia de la muestra de mujeres que percibirían bajos niveles de autonomía era elevada. Esto será debido a la segmentación vertical que sufren las mujeres en el sector en el cual, los hombres, al ocupar puestos de mayor responsabilidad, dispondrán de mayor autonomía. Además, se observó que la prevalencia en la muestra de hombres que percibieron bajos niveles de retroinformación y, apoyo social en el trabajo proveniente del superior fue elevada dado que eran los hombres los que ocupaban puestos jerárquicamente elevados (Collins, et al, 2015; Delgado, 2013; Eurofound, 2012; Liu et al, 2008; UGT, 2007; Wallace, 2014). Además, se obtuvo una alta asociación entre retroinformación y apoyo social sobre todo para los hombres. Estos resultados coincidieron con los encontrados en otros estudios (Aagestad, et al 2014; Álvarez y Gómez, 2011; Bassi, et al, 2016; Hao, et al 2016), Siendo esto congruente con lo hallado por (Li, et al, 2010).

Un mayor porcentaje de la muestra de mujeres percibió bajos niveles de satisfacción. Esto fue debido a que la variable satisfacción laboral se asoció negativamente con todas las variables de demandas para la muestra de mujeres mientras que, para la muestra de hombres, se asociaron negativamente con conflicto de rol y ambigüedad de rol y conflictos interpersonales. Esto se producirá por la mayor percepción de

demandas que tienen las mujeres debido a la categoría profesional ocupada que genera mayores niveles de carga tanto de trabajo como emocional así como al rol de género que producirá mayor insatisfacción laboral en las mujeres debido a que estas demandas dificultarán el desarrollo adecuado del rol cuidador familiar. Estos resultados han coincidido con los hallados por algunos autores (Pérez-Ciordia, et al, 2013; Zanatta, y Lucca, 2015)

Por otro lado, la prevalencia de mujeres que percibió peores niveles de salud fue mayor que la de la muestra de los hombres como muchos autores han encontrado, debido a las mayores demandas que perciben las mujeres debido a que profesionalmente deberán demostrar ante los demás su capacidad debido al rol de género, y su segregación tanto vertical como horizontal lo que les llevará a una mayor percepción de problemas psicosomáticos debidos al trabajo ya que estas demandas dificultarán el desarrollo del rol cuidador lo que generará problemas de tipo emocional (Aparicio, et al, 2008; Arevalo-Pachon y Gerrero, 2010; Artazcoz, et al, 2011; Bailis, et al, 2003; Hämming y Bauer, 2009; Esteban, 2014; Leineweber, et al, 2013; Sánchez, et al, 2006).

Las mujeres también obtuvieron una mayor prevalencia de consumos elevados de medicamentos como consecuencia de los problemas de salud cuestión compatible con la peor percepción de su salud y cuya explicación se encuentra en el párrafo anterior. Similares resultados se encuentran en la literatura (Colell, Sánchez-Niubò, Domingo-Salvany, Delclós, et al, 2014).

Por el contrario, en la muestra de hombres, un mayor porcentaje de hombres manifestaban haber incrementado el consumo de alcohol como consecuencia del trabajo. Esta variable se asoció de forma negativa con retroinformación por lo que al ocupar los hombres la situación más elevada en la estructura organizativa la retroinformación que percibirán será menor y esto les llevará a consumir mayor cantidad de alcohol

debido al trabajo. Resultados similares se han encontrado en la bibliografía (Caballero y Sevilla, 2014; Hinojosa-García, et al, 2012; Leineweber, et al, 2013; OED, 2011).

15. RELACIONES ENTRE FACTORES PSICOSOCIALES Y SUS CONSECUENCIAS:

15.1. Objetivo específico IV:

Este objetivo pretende comprobar mediante análisis de correlación y, regresión múltiple la influencia de los factores psicosociales de demanda y de recurso sobre las consecuencias que estos pudieran tener sobre la salud y, la Satisfacción laboral considerando la influencia de la variable género.

- Hipótesis 7:

Se hipotetizó que existirá una relación significativa y positiva entre carga de trabajo y todos los indicadores de problemas de salud y negativa para satisfacción laboral y, esta relación será significativamente más intensa en las mujeres que en los hombres.

Con referencia a los problemas de salud, la carga de trabajo se asoció positivamente con problemas psicosomáticos, depresión, consumo de medicamentos por problemas de salud y, SQT y sus dimensiones, desgaste psíquico, indolencia y culpa. Estos resultados hacen que se acepte parcialmente la hipótesis formulada puesto que, carga de trabajo se asoció positivamente para todos los problemas de salud excepto inclinación al absentismo, Días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses, consumo de alcohol, consumo de tabaco y, visita al especialista con los que no se asoció.

Satisfacción laboral y carga de trabajo se asociaron negativamente confirmando este resultado la hipótesis formulada.

Con referencia a la diferencia según el género, no se obtuvieron diferencias significativas en la asociación entre la variable carga de

trabajo y problemas de salud y satisfacción laboral, por lo que no se confirmó la hipótesis formulada.

Dado que la muestra de este estudio pertenecía a un nivel sociocultural medio-alto el resultado obtenido podrá estar modulado por esta variable dado que en los estudios consultados se comprobó que, las mujeres de las clases más desfavorecidas percibirían un peor estado de salud, que aquellas que pertenecían a las clases sociales más favorecidas (Benavides et al., 2007) por lo que el estatus social será una variable que podrá modular esta percepción debido sobre todo al puesto de trabajo ocupado pues aquellas trabajadoras de clases sociales inferiores tendrán mayor percepción de carga al ocupar puestos de menor categoría.

Si bien, no se encontraron diferencias significativas en la diferencia de percepción de problemas de salud entre la muestra de hombres y mujeres, la variable carga de trabajo y conflicto de rol fueron predictores positivos con problemas psicosomáticos para la muestra de hombres debido al efecto conjunto de la carga de trabajo y conflicto de rol. Este efecto fue producido por la mayor carga, conflicto de rol y, menor retroinformación positiva percibida por la muestra de enfermeros de este estudio, dado que el trabajo realizado por estos profesionales se enfrenta a su rol de género pudiendo estar motivando estas consecuencias. Los efectos conjuntos de carga de trabajo y conflicto de rol fueron estudiados por otros autores encontrando resultados similares a los de este estudio (Eatough, et al, 2012; Ramírez, 2001).

Además, y relacionado con el párrafo anterior, en la muestra de hombres, se obtuvo que el mayor consumo de medicamentos se encontraba relacionado positivamente con la variable carga de trabajo, siendo esto debido a que en la muestra de los hombres, la percepción de problemas psicosomáticos se asoció fuertemente con consumo de medicamentos cosa que también ocurrió en la muestra de mujeres pero, con menor intensidad, por lo que la carga de trabajo tendrá una influencia

importante en estas variables de este estudio (Eatough, et al, 2012; Ramírez, 2001).

De igual forma, para la muestra de hombres, carga de trabajo y trabajo emocional se asociaron fuertemente, de forma positiva además, carga de trabajo fue un predictor positivo y trabajo emocional negativo para depresión debido a la forma de afrontar los hombres el trabajo emocional (Lazarevich, Delgadillo-Gutiérrez, Mora-Carrasco, y Martínez-González, 2013).). En este caso, ambas variables actuarán de forma conjunta por lo que se estaría compensando el efecto de la variable carga de trabajo sobre la variable trabajo emocional en la producción de depresión. Esto se producirá por la diferente forma de afrontar los hombres el trabajo emocional siendo este afrontamiento más eficaz al ser menos empáticos que en el caso de las mujeres.

Pero además, la muestra de mujeres obtuvo niveles más elevados de apoyo social proveniente del supervisor, lo que podría estar compensando la mayor percepción de carga de trabajo y, por lo tanto mejorar su percepción de la salud.

Con respecto a la ausencia de diferencias entre las muestras de hombres y mujeres respecto a la variable satisfacción laboral coincide con los estudios realizados por otros autores (Alfredsson, et al, 1985; Artazcoz et al., 2006; Haines, et al, 2008).

- Hipótesis 8:

Se hipotetizó que existirá una relación significativa y positiva entre conflicto de rol y todos los indicadores de problemas de salud y negativa para satisfacción laboral y esta relación será significativamente más intensa en las mujeres que en los hombres.

Con referencia a problemas de salud, conflicto de rol se asoció positivamente con problemas psicosomáticos, depresión, consumo de medicamentos como consecuencia de problemas de salud, visita al

especialista, SQT y sus dimensiones, desgaste psíquico, indolencia y culpa, asociándose negativamente con ilusión. Este resultado hace que se acepte parcialmente la hipótesis formulada ya que conflicto de rol se asoció con todas las variables de salud excepto con inclinación al absentismo, días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses, consumo de alcohol y consumo de tabaco.

En relación a satisfacción laboral, conflicto de rol se asoció negativamente. Este resultado confirmó la hipótesis formulada.

Estos resultados coinciden con los encontrados en otros estudios (Ahmad, et al, 2014; Lu, et al, 2012; Ramos, Aldrete, Medina, S. y León, 2013).

En este estudio se obtuvo que, la muestra de hombres percibía más intensamente conflicto de rol aunque las diferencias con la muestra de mujeres no fueron significativas. Tampoco se obtuvieron diferencias significativas entre las asociaciones de la muestra de hombres y la de mujeres para ninguna asociación de las variables conflicto de rol con los indicadores de salud ni con la variable satisfacción laboral. Estos resultados no confirman la hipótesis formulada que hipotetizaba que conflicto de rol se asociaba más intensamente en el caso de las mujeres, siendo estos resultados similares a los obtenidos por otros autores (Nguyen, et al, 2012).

En los resultados de este estudio se comprobó que, conflicto de rol se comportó como un predictor positivo para problemas psicosomáticos tanto para la muestra de hombres como la de mujeres pero, mientras que para los hombres el predictor que se une es carga de trabajo, para la muestra de mujeres fue el conflicto trabajo familia asociándose también con depresión, consumo de medicamentos como consecuencia de los problemas de salud y, visita al especialista. La diferencia existente será debida al rol de género ya que las mujeres, al disponer de un rol cuidador, la percepción conflicto trabajo familia

producirá mayor cantidad de consecuencias sobre la salud psicossomática percibida por la muestra de mujeres debido a que estas perciben los acontecimientos vividos de manera más impactante y menos controlable que los hombres, mientras que, en el caso de la muestra de hombres, será la carga de trabajo debido al rol sustentador que posee. Además, los eventos estresantes percibidos son diferentes para hombres y mujeres, siendo los asuntos de la vida familiar y de la salud los más importantes para las mujeres, mientras que los asuntos financieros y laborales lo son para los hombres (Matud, 2004).

Además, para la muestra de mujeres, conflicto de rol fue un predictor positivo con consumo de tabaco. Esto podrá ser debido a que en las mujeres el incremento del consumo de tabaco se debe a la disposición de un rol masculino y a la vez femenino lo que genera un conflicto de rol de género en las mujeres (Chávez-Ayala, Rivera-Rivera, Leyva-López, et al, 2013).

Para la muestra de hombres, conflicto de rol fue un predictor positivo de SQT mientras que para la muestra de mujeres fueron conflicto de rol, trabajo emocional, conflictos interpersonales, inequidad en los intercambios sociales y conflicto familia trabajo los predictores positivos. Como se comprueba, en el caso de la muestra de mujeres, SQT se relaciona con variables que tienen un gran componente emocional mientras que, en el caso de los hombres no tienen esta relación.

En cuanto a las dimensiones de SQT, para los hombres, conflicto de rol y conflicto trabajo familia fueron predictores positivos con indolencia lo que podría ser debido a que esta dimensión suponga una estrategia de afrontamiento por parte de esta muestra, mientras que para la muestra de mujeres, conflicto de rol e inequidad en los intercambios sociales fueron predictores negativos de ilusión por el trabajo. Esto se produce debido al deterioro cognitivo producido por el conflicto de rol y la inequidad en los intercambios sociales que lleva a una pérdida de

ilusión por el trabajo en las mujeres debido a la percepción por parte de ellas de los aspectos emocionales.

Estos resultados serán debidos a que la actividad sanitaria se estructura en forma de burocracia profesional por lo que, los hombres médicos, percibirán más autonomía, percibiendo mucho apoyo técnico y, por lo tanto percibirán menor conflicto de rol, mientras que la muestra de enfermeras, al depender de distintos profesionales, será más probable que perciban conflicto de rol y por lo tanto sus consecuencias, cuestión que se verá compensada por una mayor percepción de apoyo social recibido del superior.

Además, en la literatura conflicto de rol es un predictor positivo de SQT y sus dimensiones (Olivares, et al, 2014), estando considerado el conflicto de rol como un antecedente de SQT (Olivares, et al, 2014; Skirrow y Hatton, 2007; Van den Broeck, et al, 2010), relacionándose SQT con la percepción de problemas de salud (Gil-Monte, y Olivares, 2011; Mansilla, 2011;).

- Hipótesis 9:

Se hipotetizó que existirá una relación significativa y positiva entre la ambigüedad de rol y todos los indicadores de problemas de salud y negativa para satisfacción laboral y esta relación será significativamente más intensa en las mujeres que en los hombres.

Con referencia a los problemas de salud, se asoció ambigüedad de rol positivamente con problemas psicosomáticos, depresión, consumo de medicamentos como consecuencia de problemas de salud, SQT, desgaste psíquico, indolencia y culpa y, negativa para ilusión por el trabajo. Con estos resultados se confirma parcialmente la hipótesis formulada, dado que ambigüedad de rol se asoció con todos los problemas de salud excepto inclinación al absentismo, días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses, consumo de alcohol, consumo de tabaco y visita al especialista.

Ambigüedad de rol se asoció negativamente con la variable satisfacción. Este resultado confirma la hipótesis formulada.

Además, ambigüedad de rol fue un predictor negativo para satisfacción laboral, tanto para hombres como, para mujeres, no siendo las diferencias significativas. Esto es congruente con otros estudios en los que se relacionaba la existencia de ambigüedad de rol con insatisfacción laboral de los trabajadores (Ahmad, et al, 2014; Frone, 2015; Ling, et al, 2014; Mansilla, 2011; Rutherford, et al, 2014).

En este estudio se obtuvo que, en la muestra de hombres los valores medios de ambigüedad de rol fueron más elevados que en la muestra de mujeres, siendo las diferencias entre ellos significativas. En los análisis diferenciales se comprobó que, la muestra de enfermeros era la que percibía mayores niveles de ambigüedad de rol, no siendo las diferencias significativas. Esto podrá ser debido a la menor retroinformación positiva percibida por esta muestra de profesionales. Este resultado coincide con lo encontrado por otros autores (Lambert, et al, 2010).

Tanto para la muestra de hombres como para la de mujeres, la variable ambigüedad de rol no fue un predictor de SQT pero, para la muestra de hombres ambigüedad de rol fue un predictor negativo y trabajo emocional positivo con la dimensión ilusión por el trabajo. Estos resultados podrían estar producidos por el distinto afrontamiento existente entre hombres y mujeres frente a ambigüedad de rol y trabajo emocional, ya que mientras las mujeres disponen de mayor apoyo social proveniente del superior en los hombres esta percepción es menor, cuestión coincidente con otros autores (Garrido y Pacheco, 2012; Lambert, et al, 2010;) y para la variable trabajo emocional, al disponer las mujeres de mayor empatía que los hombres el trabajo emocional les traerá mayores consecuencias y por lo tanto una menor percepción de ilusión por el trabajo (Gartzia, et al, 2012).

Además para la muestra de mujeres, conflictos interpersonales y ambigüedad de rol, fueron predictores positivos para la dimensión culpa. Esto es debido a que ambigüedad de rol y conflictos interpersonales son dos variables que están asociadas de forma significativa para la muestra de mujeres debido a que la existencia de estas variables hará que las mujeres cumplan peor con su rol de género lo que les creará la percepción de culpa. Este resultado es congruente con resultados obtenidos por otros autores que encuentran valores más elevados de la dimensión culpa para mujeres (Etxebarria, et al, 2009; Lutwak, Panish, Ferrari, y Razzino, 2001; Tangney, 1990; Tangney y Dearing, 2002; Walter y Burnaford, 2006).

- Hipótesis 10:

Se hipotetizó que existió una relación significativa y positiva entre los conflictos interpersonales y todos los indicadores de problemas de salud y negativa para satisfacción laboral y esta relación será significativamente más intensa en las mujeres que en los hombres.

Referente a los problemas de salud, conflictos interpersonales se asociaron positivamente con problemas psicossomáticos, depresión, consumo de medicamentos como consecuencia de los problemas de salud, desgaste psíquico, indolencia y culpa y, negativa para ilusión por el trabajo. Estos resultados confirman parcialmente la hipótesis formulada, dado que conflictos interpersonales se asociaron con todas las variables de problemas de salud excepto inclinación al absentismo, días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses consumo de alcohol, consumo de tabaco y visita al especialista.

Conflictos interpersonales se asociaron negativamente con satisfacción, confirmando este resultado la hipótesis formulada.

Los resultados obtenidos pueden ser debidos a que en el sector estudiado se realizan tareas de cuidado de personas, lo que puede traer

como consecuencia que se produzcan conflictos entre los clientes o sus familiares y los trabajadores.

En este estudio, la media obtenida para la variable conflictos interpersonales fue mayor para la muestra de hombres que para la de mujeres sin haberse encontrado diferencias significativas entre ellas. Esto fue debido a que las mujeres percibieron mayor apoyo social en el trabajo, sobre todo el procedente del supervisor, compensando este la posible existencia de conflictos interpersonales. Este resultado coincide con lo encontrado por otros autores (Liu, et al, 2008). Con este resultado no se confirma la hipótesis formulada que hipotetizaba que conflictos interpersonales se asociaban más intensamente en la muestra de las mujeres.

Con referencia a mala percepción de salud, conflictos interpersonales fueron un predictor positivo para consumo de alcohol para la muestra de mujeres, mientras que para la muestra de hombres, disponibilidad de recursos fue un predictor positivo y retroinformación positiva un predictor negativo para el consumo de alcohol como consecuencia del trabajo, por lo que, a pesar que la muestra de hombres percibe más intensamente la variable conflictos interpersonales, en la muestra de hombres, la variable consumo de alcohol se relaciona con la falta de recursos, mientras que para la muestra de mujeres se relaciona con la existencia de conflictos interpersonales. Estos resultados se interpretaran de forma que en la muestra de los hombres prevalecen los objetivos finales del trabajo por lo que toleran peor la falta de recursos mientras que para la muestra de mujeres son los aspectos de relación con otras personas lo que prima y por lo tanto serán los conflictos interpersonales los que producirán mayores consecuencias. Resultados similares se han obtenido en otros estudios (Murthy, et al, 2010).

Además, conflicto de rol, trabajo emocional, conflictos interpersonales, inequidad en los intercambios sociales y conflicto

familia trabajo fueron predictores positivos de SQT para la muestra de mujeres, siendo quien mayor peso aporta la variable trabajo emocional.

Con referencia a las dimensiones de la variable SQT, para la muestra de mujeres, conflictos interpersonales, carga de trabajo, conflicto trabajo familia, liderazgo laissez faire, e inequidad en los intercambios sociales fueron predictores positivos para la variable desgaste psíquico, siendo la variable carga de trabajo la que más aportó. Por lo que la unión de carga de trabajo y variables que suponen carga emocional llevarán a un mayor desgaste psíquico para las mujeres, debido a un diferente afrontamiento que puede ser debido a la diferencia en la secreción hormonal entre hombres y mujeres, sobre todo las hormonas gonadales (Foa, et al, 2003; Rezaei, et al, 2015) o bien a la empatía realizada por las mujeres debido al rol de género (Gartzia, et al, 2012).

Además, trabajo emocional, conflicto trabajo familia y conflictos interpersonales fueron predictores positivos de indolencia en la muestra de mujeres, siendo trabajo emocional la variable que más aporta. Este efecto será debido a la forma de afrontar el trabajo emocional las mujeres debido al rol de género de que disponen.

Por último, conflictos interpersonales fueron un predictor positivo para la dimensión culpa, tanto para hombres como mujeres.

Además, se encontró que conflictos interpersonales fueron unos predictores negativos de satisfacción laboral, para los hombres. Esto será posiblemente debido a aspectos referentes a procedimientos de afrontamiento debidos al rol de género o a la mayor percepción de apoyo social procedente del superior percibido por las mujeres que compensaría el efecto de esta variable (Muldoon, Keough, y Liguori, 2016).

Los resultados obtenidos son congruentes con los encontrados en la literatura dado que SQT y todas sus dimensiones suelen estar más elevadas en el caso de las mujeres (Burin, 1998; UGT, 2007) debido a la duplicidad del rol familiar y laboral (Rezaei, et al 2015) y, además estas

se ven relacionadas con los conflictos interpersonales produciendo todo esto problemas de salud.

- Hipótesis 11:

Se hipotetizó que, existirá una relación significativa y positiva entre la inequidad en los intercambios sociales y todos los indicadores de problemas de salud y negativa para satisfacción laboral y esta relación será significativamente más intensa en las mujeres que en los hombres.

Con referencia a problemas de salud, inequidad en los intercambios sociales se asoció positivamente con problemas psicosomáticos, depresión, consumo de medicamentos como consecuencia de los problemas de salud, visita al especialista y las dimensiones de SQT de desgaste psíquico e indolencia y esta asociación fue negativa para ilusión por el trabajo. Estos resultados confirman parcialmente la hipótesis formulada, dado que inequidad en los intercambios sociales se asociaron con todas las variables de problemas de salud excepto inclinación al absentismo, días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses, consumo de alcohol, consumo de tabaco y culpa. Esto será debido a que la percepción de inequidad en los intercambios sociales producirá sobre los trabajadores reacciones de tipo emocional que llevará a producir problemas de salud entre las personas. En la bibliografía se ha comprobado que aquellas personas que sufren mayor inequidad en los intercambios sociales sufren más problemas de salud (McLeod, 2013).

Inequidad en los intercambios sociales se asoció negativamente con satisfacción laboral debido a que los trabajadores que perciben equilibrio entre lo que aportan y reciben de la organización se encontrarán con un mayor nivel de motivación lo que lleva a producir un mayor nivel de satisfacción laboral (Taboli, 2012). Este resultado confirma la hipótesis formulada.

En este estudio, la muestra de hombres percibió más intensamente inequidad en los intercambios sociales que la muestra de mujeres, siendo estas diferencias significativas. La diferencia existente entre géneros fue debida a la influencia de la categoría profesional y el género ya que la muestra de enfermeros percibieron más intensamente inequidad en los intercambios sociales mientras que la muestra de enfermeras percibió más intensamente apoyo social proveniente del superior lo que explica estos resultados ya que al percibir mayor percepción de apoyo social precisamente proveniente del superior llevará a una menor percepción de inequidad en los intercambios sociales.

Con referencia a las diferencias según género, se obtuvieron diferencias significativas en el tamaño de las correlaciones según la variable género para la asociación entre inequidad en los intercambios sociales con depresión, SQT y su dimensión desgaste psíquico, siendo la asociación entre estas variables en la muestra de mujeres mayor que en la muestra de hombres. Esto será debido a que, la percepción de injusticia produce reacciones emocionales (Kiefer, 2005) y además, las mujeres afrontan de forma distinta las emociones, como se vio anteriormente por lo que las mujeres que perciben inequidad en los intercambios sociales padecerán más problemas de tipo depresión y SQT, variables relacionadas con las emociones. De igual forma deberán interpretarse los resultados obtenidos para la variable ilusión por el trabajo ya que se encontró una asociación entre estas variables en la muestra de mujeres negativa mientras que en la muestra de hombres fue positiva.

En el caso de consumo de alcohol, la correlación entre estas variables fue mayor en la muestra de hombres que en la muestra de mujeres. Dado que quienes mayor inequidad en los intercambios sociales perciben son los enfermeros debido a su rol cambiado como anteriormente se mencionó que les llevó a una menor motivación y por lo tanto a menor satisfacción laboral llevándoles a consumir mayores cantidades de alcohol (Clive, Christopher, y Kwasira, 2013).

Para satisfacción, la asociación entre estas variables en la muestra de mujeres fue más negativa que en la muestra de hombres debido a la influencia emocional que tiene inequidad en los intercambios sociales sobre la muestra de mujeres. Estos resultados confirman la hipótesis formulada, al ser la asociación entre inequidad en los intercambios sociales y problemas de salud e insatisfacción laboral más intensa en las mujeres.

Para la muestra de hombres, inequidad en los intercambios sociales fue un predictor positivo para visita al especialista probablemente debido a que esta variable se asocia positivamente para la muestra de hombres con consumo de alcohol y posiblemente sea esta la causa que hace que la muestra de hombres consulte al especialista. Si bien, la variable inequidad en los intercambios sociales es percibida con más intensidad por los hombres, los análisis diferenciales realizados demuestran que, son la muestra de enfermeros los que perciben con mayor intensidad esta variable ocurriendo de la misma manera para el consumo de alcohol y visita al especialista. Esto será debido a que los enfermeros, además al percibir menor apoyo social y estar desarrollando un rol para el que no se encuentran preparados generan como mecanismo de defensa un mayor consumo de alcohol.

Además, inequidad en los intercambios sociales fue un predictor positivo y liderazgo *laissez faire* negativo para días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses en la muestra de hombres. Esto será debido a que cuando se percibe mayor injusticia, el trabajador lo afronta mediante ausencias al trabajo más prolongadas mientras que cuando se experimenta liderazgo *laissez faire* este tipo de liderazgo disminuirá la duración debido a que el trabajador percibirá un menor control. En este caso, como se comprobó anteriormente, inequidad en los intercambios sociales afectó preferentemente a la muestra de enfermeros mientras que para la variable *laissez faire* la media fue menor para la muestra constituida enfermeros que la constituida por médicos y de igual

manera ocurre con la variable autonomía, mientras que para días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses fue menor para enfermeros que para los médicos por lo que para la muestra de enfermeros, la percepción de liderazgo laissez faire protegerá de la percepción de inequidad en los intercambios sociales. Esto será debido a que al encontrarse los enfermeros ocupando puestos de menor categoría les llevará a percibir menor cantidad de autonomía y, además, al realizar tareas que pueden crear conflictos con el rol con su género será más probable que estos perciban inequidad en los intercambios sociales llevando la percepción de liderazgo laissez faire a disminuir los días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses debido a la percepción de mayor “libertad”.

Conflicto de rol, trabajo emocional, conflictos interpersonales, inequidad en los intercambios sociales y conflicto familia trabajo fueron predictores positivos de SQT para la muestra de mujeres, siendo quien mayor peso aportó trabajo emocional. Todas las variables mencionadas se encuentran relacionadas con aspectos emocionales y es conocida la relación existente entre SQT y todas estas variables.

Por último, inequidad en los intercambios sociales, fue un predictor negativo con satisfacción laboral para la muestra de mujeres. Esto pudo ser debido a que inequidad en los intercambios sociales se relacionó con aspectos emocionales. Dado que las mujeres afrontan de diferente forma estos aspectos les llevará a sufrir mayores consecuencias por lo que, su nivel de satisfacción laboral será menor. Por otro lado, la variable categoría laboral debe tener una influencia elevada sobre los hombres debido a la segregación vertical que tiene el sector, en el que las mujeres al ocupar puestos de menor categoría harán que tengan menor satisfacción laboral que los hombres. Este resultado es congruente con los resultados obtenidos en otros estudios (Card, Mas, Moretti, y Saez, 2012; Elmuti, Lehman, Harmon, Lu, et al, 2003; Villaplana, 2015).

- Hipótesis 12:

Se hipotetizó que, existirá una relación significativa y positiva entre el conflicto trabajo familia y todos los indicadores de problemas de salud y negativa para satisfacción laboral y, esta relación será significativamente más intensa en los hombres que en las mujeres.

En referencia a problemas de salud, conflicto trabajo familia se asoció positivamente con problemas psicosomáticos, depresión, SQT y sus dimensiones desgaste psíquico e indolencia, consumo de medicamentos como consecuencia de problemas de salud, consumo de tabaco y, visita al especialista. Estos resultados confirman parcialmente la hipótesis formulada pues, conflicto trabajo familia se asoció positivamente con todos los problemas de salud excepto con inclinación al absentismo, días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses, consumo de alcohol, y las dimensiones de SQT, ilusión por el trabajo y culpa.

Además, conflicto trabajo familia se asoció negativamente con satisfacción laboral confirmando este resultado la hipótesis formulada. (Zhao, y Mattila, 2013).

Referente a las diferencias según género, los hombres percibieron mayores niveles de conflicto trabajo familia que las mujeres, no existiendo diferencias significativas entre las correlaciones de la muestra de hombres y de mujeres para ninguna asociación de la variable conflicto trabajo familia con los indicadores de salud, ni con satisfacción laboral. Con este resultado no se confirmó la hipótesis formulada que hipotetizaba que trabajo familia no se asociaban más intensamente con problemas de salud y satisfacción laboral en la muestra de las mujeres.

Este resultado podría ser debido a la existencia de variables que modulan la percepción de del conflicto trabajo familia, como es el caso que, las mujeres, en este sector de actividad, al ocupar puestos de menor categoría disponen de un salario inferior, por lo que deberán asumir las

tareas del hogar con mayor frecuencia que aquellas que disponen de mayor poder adquisitivo, tal como señalan algunos autores (Villaplana, 2015). Dado que las mujeres de este sector tienen niveles de salarios medio altos hará que estas mujeres no se encuentran tan obligadas en la realización de tareas del hogar. Por otro lado, las tareas realizadas en el trabajo están ligadas a su rol de género que lleva aparejado para las mujeres un rol cuidador (Corrigall y Konrad, 2007). Estos resultados coincidieron con los resultados obtenidos por otros autores (Ergeneli, et al, 2010).

Conflicto trabajo familia fue un predictor positivo de esta muestra con consumo de tabaco en la muestra de hombres probablemente debido a que esta muestra dispone de menor apoyo social proveniente del supervisor que la muestra de mujeres. Al revisar los análisis diferenciales se comprobó que los componentes de la muestra que obtenían medias más elevadas para esta variable eran la muestra de hombre que trabajaba en turno de noche y además no disponían de contrato fijo. Esto será debido a la percepción de inseguridad percibida por aquellos trabajadores que no tienen contrato fijo les lleva a que el conflicto trabajo familia les suponga una amenaza para su rol sustentador.

Para las mujeres, la variable conflicto trabajo familia y conflicto de rol fueron predictores positivos con problemas psicosomáticos relacionados con el trabajo, depresión, consumo de medicamentos como consecuencia del estado de salud y, visita al especialista siendo el conflicto trabajo familia el que influyó más intensamente en esta consecuencia. Esto será debido al rol de género cuidador que poseen las mujeres lo que le lleva a percibir mayores obligaciones familiares (Lazarevich, et al, 2008; Ramírez, 2001) pudiendo estos resultados estar mediados también por la distinta forma de afrontar las emociones (Cottingham, et al, 2014), comprobándose que la forma de afrontar el trabajo emocional medió favorablemente con SQT como obtienen algunos autores (Pandey, y Singh, 2015) y mala percepción de salud.

De esta forma, aunque la muestra de mujeres percibe menor nivel de conflicto trabajo familia que los hombres, como se vio anteriormente, este les lleva a percibir un mayor nivel de consecuencias como una mayor cantidad de problemas de salud o depresión que les lleva a consumir mayor cantidad de medicamentos y precisar mayor número de visitas a especialistas. Esto es debido a que las mujeres sufren mayor sobrecarga emocional en el trabajo y dado que son más empáticas frente a las emociones lleva esto a generarles mayores problemas en la percepción de su salud debido a un peor afrontamiento frente a estos problemas.

- Hipótesis 13:

Se hipotetizó que, existirá una relación significativa y positiva entre el conflicto familia trabajo y todos los indicadores de problemas de salud y negativa para satisfacción laboral y, esta relación será significativamente más intensa en las mujeres que en los hombres.

Para problemas de salud, conflicto familia trabajo se asoció positivamente con problemas psicosomáticos, depresión, inclinación al absentismo, consumo de medicamentos como consecuencia de problemas de salud, visita al especialista, SQT, desgaste psíquico indolencia y culpa, y se asoció negativamente con ilusión por el trabajo. Estos resultados confirman la hipótesis formulada al encontrarse asociación entre conflicto familia trabajo y problemas de salud.

No se encontró asociación entre conflicto familia trabajo y satisfacción. Estos resultados no confirman la hipótesis formulada.

Con referencia a las diferencias según género, sólo se obtuvieron diferencias significativas en el tamaño de las correlaciones según la variable género para la asociación entre conflicto familia trabajo y satisfacción. La correlación entre estas variables en la muestra de mujeres fue negativa, mientras que en la muestra de hombres fue positiva. Este resultado confirma la hipótesis formulada, al ser la asociación entre

conflicto familia trabajo y satisfacción laboral mayor en la muestra de hombres. Esto será debido a que las mujeres culturalmente se encuentran más obligadas a cumplir con el cuidado de los familiares que los hombres (Li, et al, 2016) pudiendo crear esto un conflicto con el trabajo que producirá, en las mujeres, una mayor percepción de insatisfacción laboral (Grau-Alberola, 2014; Namasivayam y Mount, 2004; O'Driscoll, et al, 2004).

Por otro lado, para la muestra de mujeres, la variable conflicto familia trabajo fue un predictor positivo con inclinación al absentismo, siendo esto debido a que, las mujeres se encargan en mayor medida del cuidado de los distintos miembros de la familia, debido al rol social del que disponen esto les lleva a generar más inclinación al absentismo. Estos resultados son coincidentes con multitud de estudios (Artazcoz, et al, 2004; Artazcoz, et al, 2007; Frone, 2000; Delgado, et al, 2013; Lazarevich, et al, 2008).

Conflicto de rol, trabajo emocional, conflictos interpersonales, inequidad en los intercambios sociales y, conflicto familia trabajo fueron predictores positivos con SQT para las mujeres, siendo trabajo emocional la variable más influyente. Esto será debido a que las mujeres en este sector ocupan puestos de trabajo con una mayor carga emocional además que ellas son más empáticas y el conflicto familia trabajo genera sobrecarga emocional lo que llevará en mayor medida sus consecuencias debido al peor afrontamiento que realizan frente a las emociones. Para la dimensión de indolencia fueron predictores positivos trabajo emocional, conflicto familia trabajo y conflictos interpersonales. Se comprueba que, la forma de afrontar este tipo de trabajo es distinta lo que hizo que la muestra de mujeres será el trabajo emocional el que mayor influencia tendrá sobre indolencia debido además a que se encuentran trabajando en un sector que se organiza en forma de burocracia profesional. Otros autores han encontrado resultados similares (Wang, et al, 2012).

- Hipótesis 14:

Se hipotetizó que, existirá una relación significativa y positiva entre el trabajo emocional y todos los indicadores de problemas de salud y negativa para satisfacción laboral y, esta relación será significativamente más intensa en las mujeres que en los hombres.

En referencia a problemas de salud, trabajo emocional se asoció positivamente con consumo de medicamentos como consecuencia de los problemas de salud, SQT, desgaste psíquico e indolencia. Estos resultados no confirman la hipótesis formulada.

No se encontró asociación entre trabajo emocional y satisfacción, por lo que no se confirmó la hipótesis formulada.

Se obtuvo que la muestra de mujeres percibieron valores más elevados de trabajo emocional que los hombres, no encontrándose diferencias significativas entre ambas muestras.

Se obtuvieron diferencias significativas en el tamaño de las correlaciones según la variable género para la asociación entre trabajo emocional y depresión. La asociación entre estas variables en la muestra de mujeres fue positiva, mientras que en la muestra de hombres fue negativa confirmando estos resultados la hipótesis formulada.

Esto fue debido al rol de género demostrando que el afrontamiento frente al trabajo emocional es distinto entre la muestra de mujeres y hombres, ya que ante el trabajo emocional los hombres cubrirán su actuación profunda (Diefendorff, et al, 2011; Goodwin, et al, 2011) lo que pudo hacer que las consecuencias fueran distintas (Kim y Park 2015). Pero, además, hay autores que han intentado explicar este proceso indicando que las mujeres utilizan más las formas de coping emocional y social, mientras que los hombres utilizan más las formas de coping relacionado con el control (Torkelson y Muhonen, 2004) estando en debate esta cuestión en la actualidad (Ramos et al, 2014). Estos

resultados son congruentes con los obtenidos por otros autores (Cottingham, et al 2014; Peeters, et al, 2005).

Además, la distinta forma de actuar frente al trabajo emocional puede estar influenciada en la actividad estudiada por el rol de género ya que debido a la segregación vertical, los hombres ocupan posiciones jerárquicas más elevadas que las mujeres ocupándose las mujeres de trabajos relacionados con el cuidado de personas que se acompañan de un importante trabajo emocional (Asoleaga, et al, 2014; Husso y Hirvonen, 2012; Tracy y Scott, 2006). Además, hay autores que defienden que, las mujeres muestran en mayor medida sus emociones mientras que los hombres tienden a ocultarlas debido a aspectos culturales (León-Rubio, et al, 2013).

Por último, la inteligencia emocional puede influir significativamente sobre la satisfacción laboral estando esta mediada en parte por la inequidad en los intercambios sociales y la inseguridad laboral (Ouyang, et al, 2015; Wang, et al, 2015) habiéndose comprobado en este estudio que la injusticia producía insatisfacción laboral en las mujeres (Card, et al, 2012; Elmuti, et al, 2003) pudiendo este estar mediando en los resultados obtenidos.

Además, la organización del trabajo en este sector en forma de burocracia profesional no parece ser el mejor para la forma de afrontar las mujeres los aspectos emocionales así como los liderazgos establecidos tampoco parecen ser los más eficaces para su forma de actuar.

Para las variables de ilusión por el trabajo y satisfacción laboral, la asociación entre estas variables en la muestra de mujeres fue negativa, mientras que en la muestra de hombres fue positiva.

Las variables carga de trabajo de forma positiva y trabajo emocional negativa fueron predictores de depresión, así, el trabajo emocional estaría compensando la carga de trabajo para la muestra de

hombres, probablemente debido a cuestiones culturales, al rol de género y la categoría laboral ya que los hombres ocupan un lugar jerárquico más elevado en una organización que se organiza como burocrática profesionalizada. En este sentido se han manifestado algunos autores (León-Rubio, et al, 2013).

Para la muestra de mujeres, conflicto de rol, trabajo emocional, conflictos interpersonales, inequidad en los intercambios sociales y conflictos interpersonales fueron predictores positivos de SQT, siendo la variable que más la explica, trabajo emocional. Además, trabajo emocional, conflicto familia trabajo y conflictos interpersonales fueron predictores positivos de indolencia en la muestra de mujeres. Para los hombres, la variable ambigüedad de rol fue un predictor negativo y trabajo emocional positivo sobre ilusión por el trabajo. Tanto una variable como otra obtuvieron medias más elevadas para la muestra formada por enfermeros sobre la de enfermeras por lo que tanto la variable género como categoría laboral influyen en este resultado, por lo que las diferencias en los resultados serán debidas al diferente afrontamiento frente al trabajo emocional de la muestra de hombres y mujeres.

Además, según la bibliografía consultada, los hombres, utilizan el apoyo social y la inteligencia emocional mientras que las mujeres utilizan solamente el apoyo social (Garrido-Alcalde, 2014). Este apoyo social podría estar producido por su vertiente emocional (sentirse querido, valorado y estimado por otros), que parecen ser más significativos que los del apoyo social recibido (Lazarus y Folkman, 1984), por lo que esta diferencia detectada podría ser debida a una diferente percepción en el apoyo social entre hombres y mujeres y al uso por los hombres de la inteligencia emocional pudiendo todo esto llevar a generar autoestima en el trabajador (Cladellas, 2008; Lazarevich, et al, 2008).

El trabajo emocional fue un predictor positivo de SQT en este estudio, comprobándose en la bibliografía consultada que es en el personal de enfermería donde más se da esta asociación (Bartram, et al, 2012) por lo que esta variable podrá estar influenciada por la categoría laboral también.

- Hipótesis 15:

Se hipotetizó que, existirá una relación significativa y positiva entre liderazgo *laissez faire* y todos los indicadores de problemas de salud y negativa para satisfacción laboral, no existiendo diferencias significativas en cuanto a su percepción entre hombres y mujeres.

Para problemas de salud, liderazgo *laissez faire*, se asoció de forma positiva con problemas psicossomáticos, depresión, consumo de medicamentos como consecuencia de los problemas de salud, SQT y desgaste psíquico, Estos resultados confirman parcialmente la hipótesis formulada ya que aunque liderazgo *laissez faire* se asoció con problemas de salud, no se asoció con inclinación al absentismo, días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses, consumo de alcohol, consumo de tabaco, visita al especialista, ilusión, indolencia o culpa. Esto demuestra que liderazgo *laissez faire* se comporta como una demanda en el trabajo.

Liderazgo *laissez faire* se asoció de forma negativa con satisfacción laboral confirmando este resultado la hipótesis formulada.

En este estudio, no se encontraron diferencias significativas entre las muestras de hombres y mujeres en cuanto a la percepción de liderazgo *laissez faire*.

No obstante, se obtuvieron diferencias significativas en el tamaño de las correlaciones según la variable género para la asociación entre liderazgo *laissez faire* y depresión, SQT y, desgaste psíquico, siendo la asociación entre estas variables en la muestra de mujeres positiva

mientras que en la muestra de hombres negativa. Para la variable ilusión por el trabajo y culpa, la correlación entre estas variables en la muestra de mujeres fue negativa, mientras que en la muestra de hombres fue positiva.

Para la variable satisfacción, la correlación entre estas variables en la muestra de mujeres fue más negativa que en la muestra de hombres. Este resultado confirma la hipótesis formulada al ser la asociación entre liderazgo *laissez faire* y problemas de salud y satisfacción laboral más intensamente negativa en la muestra de mujeres.

Resumiendo, liderazgo *laissez faire* es una variable que se muestra negativa para la muestra de mujeres y positiva para la muestra de hombres. Serán las médicas las que percibirán mayores niveles mientras que son las enfermeras las que lo percibirán con menor intensidad. Esto será debido a que las médicas al depender exclusivamente de un superior que, debido a la segregación vertical, será un hombre habitualmente, percibirá menor apoyo social y de esta forma un mayor nivel de consecuencias. De esta forma, esta variable se muestra importante en las consecuencias de los factores psicosociales sobre la muestra de mujeres.

Inequidad en los intercambios sociales, liderazgo *laissez faire* y ambigüedad de rol fueron predictores negativos con satisfacción laboral para las mujeres, siendo inequidad en los intercambios sociales la variable que más contribuyó a este resultado. Mediante análisis diferenciales se comprobó que las medias obtenidas para las médicas eran mayores para todas las variables de demanda por lo que la categoría laboral tendrá influencia sobre estos resultados debido a que las mujeres de profesión médico no ostentan puestos elevados y, además, aquellas que consiguen llegar a puestos de elevada responsabilidad deberán realizar un mayor esfuerzo en demostrar su cualificación, por lo que estarán percibiendo con mayor intensidad estas demandas. Estos

resultados coinciden con los hallados por otros autores (Negussie, y Demissie, 2013).

Algunos autores han comprobado la existencia de relaciones negativas entre liderazgo *laissez faire* e inteligencia emocional (Rajagopalan, 2009), y, dado que, las mujeres perciben mayor trabajo emocional, una de las posibles causas, como se dijo anteriormente, era la menor utilización de técnicas de inteligencia emocional por lo que, será probable que la percepción de liderazgo *laissez faire* sea más intensa en las mujeres por esta causa. Además, hay autores que han señalado que el personal de enfermería percibe mayor liderazgo *laissez faire* (Lorber, et al, 2016), siendo que en el personal de enfermería, un 82.05% son mujeres podría significar esto un sesgo en nuestro resultado.

Por otro lado, liderazgo *laissez faire* no fue un predictor de SQT. En cuanto a las dimensiones, carga de trabajo, conflicto trabajo familia, liderazgo *laissez faire*, conflictos interpersonales e inequidad en los intercambios sociales fueron predictores positivos de desgaste psíquico en las mujeres, siendo las diferencias entre géneros significativos. Esto podría estar influido por la categoría profesional ya que los hombres ocupan en esta actividad puestos de especial responsabilidad y con capacidad de decisión lo que hace que el factor psicosocial liderazgo *laissez faire* prácticamente no tenga relevancia entre los hombres mientras que sea un factor importante entre las mujeres.

- Hipótesis 16:

Se hipotetizó que, existirá una relación significativa y positiva entre bajo nivel percibido de autonomía y todos los indicadores de problemas de salud y negativa para satisfacción laboral y, esta relación será significativamente más intensa en las mujeres que en los hombres.

Para problemas de salud, autonomía se asoció negativamente con problemas psicosomáticos, depresión, consumo de medicamentos como consecuencia de problemas de salud, visita al especialista, SQT, y

desgaste psíquico, y positivamente con ilusión por el trabajo. Estos resultados confirman parcialmente la hipótesis formulada puesto que se encontró asociación entre todas las variables correspondientes a problemas de salud excepto inclinación al absentismo, días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses, consumo de alcohol, consumo de tabaco, indolencia y culpa.

Se encontró asociación positiva entre autonomía y satisfacción, confirmándose la hipótesis formulada.

No se encontraron diferencias significativas de autonomía entre hombres y mujeres. Se obtuvieron diferencias significativas en el tamaño de las correlaciones según la variable género para la asociación entre autonomía e inclinación al absentismo. La asociación entre estas variables en la muestra de mujeres fue negativa, mientras que en la muestra de hombres fue positiva, no confirmando estos resultados la hipótesis formulada. Esto quizá sea debido a que las mujeres ocupan puestos de menor categoría debido a la segregación vertical. Cuando estas ocupan puestos con mayor responsabilidad, dispondrán de mayor responsabilidad y ello les llevará a faltar menos al trabajo al percibir mayor responsabilización y motivación dado que perciben que deberán demostrar su capacidad para ocupar ese puesto. En el caso de los hombres, será el caso contrario puesto que estos perciben que disponen de mayor libertad para ausentarse del puesto debido a la autonomía de la que disponen debido al rol de género, por lo que, no percibirán esta presión.

Disponibilidad de recursos, liderazgo transformacional, apoyo social en el trabajo y, autonomía fueron predictores positivos y, retroinformación negativa negativo de satisfacción laboral, para la muestra de mujeres y, para hombres disponibilidad de recursos, liderazgo transformacional y autonomía fueron predictores positivos para satisfacción laboral. Entre la muestra de hombres y mujeres se encuentra

que en las muestra de mujeres el mayor predictor será disponibilidad de recursos mientras que, la retroinformación negativa generará menor satisfacción laboral mientras que, en la muestra de hombres, será también la disponibilidad de recursos la que generará más satisfacción. Esto se encontró también en algunos estudios (Zangaro, y Soeken, 2007). Esto demuestra que la autonomía es una variable importante en la percepción de satisfacción laboral (Chang, et al, 2015) percibiendo los hombres significativamente mayor asociación entre autonomía y satisfacción, probablemente debido a que los hombres ocupan puestos de mayor estatus (Wallace, 2014) en razón de una segregación vertical que les hace disponer de una mejor retroinformación.

Para los hombres, la variable autonomía fue un predictor negativo de visita al especialista. Dado que es la muestra de enfermeros la que dispone de menor autonomía debido a su categoría profesional será también la muestra que requería de un mayor número de visitas al especialista.

Para la muestra de mujeres, autonomía y liderazgo transformacional fueron predictores negativos con problemas psicossomáticos y depresión. Esto demuestra que para la muestra de mujeres, la percepción de autonomía junto con un buen liderazgo suponen buenas percepciones de salud y menores niveles de depresión dado que, este tipo de liderazgo hace que “el seguidor se mueva más allá de sus propios intereses, a través de la influencia idealizada (carisma), la motivación inspiracional, la estimulación intelectual, o la consideración individualizada“(Bass, 1999). Este liderazgo se halla negativamente relacionado con la interacción negativa y positivamente relacionado con la interacción positiva. No obstante, el liderazgo transformacional sirve ligeramente mejor a este fin al favorecer en mayor medida la conciliación entre el trabajo familia que el liderazgo transaccional (Berger, Romeo, Yepes-Baldó, y Prado, 2013).

Para las mujeres, autonomía, apoyo social en el trabajo y disponibilidad de recursos fueron predictores negativos con SQT, siendo por lo tanto factores protectores de este síndrome, siendo autonomía un factor importante debido al puesto ocupado dentro de la organización. Para sus dimensiones, autonomía, liderazgo transformacional y disponibilidad de recursos fueron predictores positivos de ilusión por el trabajo, siendo explicado de la misma manera que para SQT. Por otro lado, se comprobó que retroinformación negativa fue una variable que potencia el desgaste psíquico sufrido por la muestra de mujeres siendo este compensado por el efecto de apoyo social en el trabajo, disponibilidad de recursos y, autonomía

Esto podría ser debido a que las mujeres sufren socialmente una segregación vertical, como se comprobó anteriormente por lo que, cuanto mayor autonomía sea percibida menor segregación vertical estará sufriendo ya que estará ocupará un puesto más elevado en la organización y por lo tanto sufrirá menores consecuencias debido a que estará en menor contacto con el trabajo emocional.

- Hipótesis 17:

Se hipotetizó que, existirá una relación significativa y positiva entre bajo nivel percibido de apoyo social en el trabajo y todos los indicadores de problemas de salud y negativa para satisfacción laboral y, esta relación será significativamente más intensa en las mujeres que en los hombres.

Para problemas de salud, apoyo social en el trabajo se asoció de forma negativa con problemas psicosomáticos, depresión, consumo de medicamentos debido a problemas de salud, visita al especialista, SQT y, desgaste psíquico y positiva con ilusión por el trabajo. Estos resultados confirman parcialmente la hipótesis formulada dado que, todas las variables se asociaron con apoyo social en el trabajo excepto inclinación

al absentismo, días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses, consumo de alcohol, consumo de tabaco, indolencia y culpa.

Se asoció positivamente apoyo social en el trabajo con satisfacción laboral, confirmando estos resultados la hipótesis formulada. Estos resultados coinciden con los obtenidos por algunos autores (Kwok, Cheng, y Wong, 2015).

En este estudio se obtuvo que apoyo social en el trabajo fue un predictor positivo con satisfacción laboral para la muestra de mujeres.

En los análisis diferenciales realizados se obtuvo que, la muestra de mujeres percibió significativamente mayor nivel de apoyo social proveniente del superior que la muestra de hombres si bien, no se obtuvieron diferencias significativas entre las asociaciones de la muestra de hombres y mujeres para ninguna asociación de la variable apoyo social en el trabajo con los indicadores de salud, ni con satisfacción laboral. Con este resultado no se confirma la hipótesis formulada que hipotetizaba que apoyo social en el trabajo se asociaban más intensamente en el caso de las mujeres.

En este estudio se obtuvo que para la muestra de hombres, apoyo social en el trabajo fue un predictor negativo de problemas psicosomáticos, depresión y, consumo de medicamentos y, para la muestra de mujeres se comportó de la misma forma para consumo de medicamentos y visita al especialista.

Para la muestra de mujeres, la variable autonomía, apoyo social en el trabajo y disponibilidad de recursos fue un predictor negativo de SQT. Para sus dimensiones, apoyo social fue un predictor negativo de desgaste psíquico. En el caso de la muestra de hombres, apoyo social y autonomía fueron predictores positivos con ilusión por el trabajo, y, apoyo social fue un predictor negativo con indolencia. Estos resultados llevan a la conclusión que apoyo social será un factor moderador de SQT y sus dimensiones ilusión por el trabajo e indolencia en la muestra de

hombres, habiendo obtenido otros autores resultados similares (Labeau, 2012; Saijo, et al 2015a) y todas las consecuencias que de él se derivan como problemas de salud, depresión y consumo de medicamentos que se derivan de las consecuencias anteriormente mencionadas.

- Hipótesis 18:

Se hipotetizó que, existirá una relación significativa y positiva entre bajo nivel percibido de retroinformación y todos los indicadores de problemas de salud y, negativa para satisfacción laboral y, no se encuentra diferencias significativas entre hombres y mujeres.

Con referencia a los problemas de salud, retroinformación se asoció positivamente con consumo de tabaco e ilusión por el trabajo, no confirmando estos resultados la hipótesis formulada.

Retroinformación se asoció positivamente con satisfacción laboral, confirmando este resultado la hipótesis formulada.

En este estudio no se encontraron diferencias significativas en cuanto a la percepción de retroinformación entre hombres y mujeres. Pero, se obtuvieron diferencias significativas en el tamaño de las correlaciones según la variable género para la asociación entre retroinformación e indolencia. La asociación entre estas variables en la muestra de mujeres fue mayor, que en la muestra de hombres. Este resultado no confirma la hipótesis formulada.

Se obtuvo que apoyo social en el trabajo, disponibilidad de recursos, liderazgo transformacional y autonomía fueron predictores positivos mientras que retroinformación negativa fue negativo con satisfacción laboral en la muestra de mujeres. Esto será debido a que la retroinformación recibida por las mujeres fue de mala calidad debido probablemente a la forma en que el sector sanidad se encuentra estructurado en forma de burocracia profesional lo que hace que, al encontrarse las mujeres desempeñando tareas de menor categoría y,

recibir mensajes de distintos profesionales, cabrá la posibilidad de que la retroinformación percibida sea de peor calidad. Estos resultados son congruentes con los encontrados por otros autores (Azmat, y Iriberry, 2016).

Además, en la muestra de hombres, disponibilidad de recursos fue un predictor positivo y retroinformación positiva negativo de consumo de alcohol. Debido a que retroinformación es la variable que alcanza medias menos elevadas entre las variables de recurso, los resultados obtenidos indican que bajos valores de retroinformación positiva acompañado de alta disponibilidad de recursos nos llevarán mayor consumo de alcohol. Al revisar los análisis diferenciales se comprobó que es la muestra de enfermeros la que obtuvo mayor media de consumo de alcohol debido al trabajo siendo las diferencias significativas con el resto de la muestra, siendo además, la muestra de enfermeros la que menor retroinformación positiva y disponibilidad de recursos percibía. Este resultado se produjo porque los enfermeros se encontraban trabajando en un rol que no les corresponde por su género por lo que, al percibir menor cantidad de recursos y una peor retroinformación producirá una reacción emocional que les lleva a un mayor consumo de alcohol.

Se acepta la hipótesis formulada dado que no se encuentran diferencias entre hombres y mujeres entre retroinformación y percepción de salud, no obstante, para satisfacción laboral sí que se encuentran diferencias entre hombres y mujeres obteniendo para mujeres menor satisfacción laboral cuando mayor retroinformación se produce, siendo esto explicado por la ambivalencia de esta variable.

- Hipótesis 19:

Se hipotetizó que, existirá una relación significativa y positiva entre bajo nivel percibido de disponibilidad de recursos y todos los indicadores de problemas de salud y negativa para satisfacción laboral y, no se encuentran diferencias significativas entre mujeres y hombres.

Para problemas de salud, disponibilidad de recursos se asoció negativamente con problemas psicosomáticos, depresión, días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses, consumo de medicamentos como consecuencia de problemas de salud, SQT, desgaste psíquico, indolencia y culpa, y positiva para ilusión por el trabajo. Estos resultados confirman la hipótesis formulada de forma parcial pues disponibilidad de recursos no se asoció con inclinación al absentismo, consumo de alcohol, consumo de tabaco y, visita al especialista.

Disponibilidad de recursos se asoció positivamente con satisfacción, lo que confirma la hipótesis formulada.

En este estudio, no se encontraron diferencias entre percepción de disponibilidad de recursos y género.

No obstante, se obtuvieron diferencias significativas en el tamaño de las correlaciones según la variable género para la asociación entre disponibilidad de recursos y días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses. La correlación entre estas variables en la muestra de mujeres fue positiva, mientras que para la muestra de hombres fue negativa, por lo que no se confirma la hipótesis formulada. Esto demuestra que los días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses, en la muestra de mujeres fue mayor cuando más recursos disponían. Fueron las mujeres médicos las que mayor duración tienen en los días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses. La muestra de mujeres médicos fueron las que percibieron mayor conflicto trabajo familia, trabajo emocional y liderazgo *laissez faire* por lo que quizá, detrás de esta duración se encuentren aspectos emocionales que hacen que días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses se prolonguen.

Por el contrario, para la muestra de hombres, la variable disponibilidad de recursos es un predictor negativo y liderazgo transformacional positivo con días faltados por problemas de salud en los

últimos 12 meses. Estos resultados serán debidos a que aquellos que disponen de recursos, al disponer de mayor satisfacción laboral no tendrán una inclinación absentista y aquellos que dispongan de un liderazgo transformacional no tendrán una acción presentista sino que cuando lo precisen faltarán al trabajo sin ningún miedo a represalias. Por otro lado, en la muestra de hombres, disponibilidad de recursos, será un predictor positivo y retroinformación negativo para consumo de alcohol y disponibilidad de recursos, será un predictor negativo con desgaste psíquico. Así, la alta disponibilidad de recursos, disminuye los días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses asociándose la alta disponibilidad de recursos con un aumento en el consumo de alcohol y poco desgaste psíquico. Por lo cual, la alta disponibilidad de recursos podría actuar moderando el desgaste psíquico.

Para hombres, disponibilidad de recursos, liderazgo transformacional y autonomía fueron predictores positivos de satisfacción, siendo el mayor predictor disponibilidad de recursos mientras que, para las mujeres, apoyo social en el trabajo, disponibilidad de recursos, liderazgo transformacional y autonomía fueron predictores positivos, mientras que retroinformación negativa fue negativo para satisfacción, no existiendo diferencias significativas entre ellos. Estos resultados confirman la disposición dominante de los hombres pues las variables que producen satisfacción laboral son aquellas que tendrán relación con la situación de poder que tienen en el seno de la organización mientras que, en la muestra de mujeres la satisfacción laboral la obtienen del apoyo social que proviene del superior, comportándose retroinformación negativa de forma negativa sobre la satisfacción laboral como cabría esperar.

Para la muestra de mujeres, las variables autonomía, apoyo social en el trabajo y disponibilidad de recursos fueron predictores negativos para SQT, comportándose de esta forma como moderadores. Además, autonomía, liderazgo transformacional y disponibilidad de recursos

fueron predictores positivos para ilusión por el trabajo, apoyo social en el trabajo, disponibilidad de recursos y autonomía fueron predictores negativos y retroinformación positivo para desgaste psíquico, disponibilidad de recursos fue un predictor negativo para indolencia y culpa.

Por lo tanto, la percepción de disponibilidad de recursos se comporta de forma similar para hombres y mujeres. Mientras que en el caso de los hombres, baja disponibilidad de recursos producen altos niveles de inclinación al absentismo, siendo esta diferencia significativa con las mujeres y, alto consumo de alcohol, por lo que se acepta la hipótesis formulada para la variable satisfacción laboral y, se rechaza para problemas de salud.

- Hipótesis 20:

Se hipotetizó que, existirá una relación significativa y positiva entre bajo nivel percibido de liderazgo transformacional y todos los indicadores de problemas de salud y negativa para satisfacción laboral y, no se encuentran diferencias significativas entre hombres y mujeres.

Para problemas de salud, liderazgo transformacional se asoció negativamente con problemas psicosomáticos, depresión, SQT y desgaste psíquico y, positivamente con ilusión. Estos resultados confirman parcialmente la hipótesis formulada puesto que todas las variables de problemas de salud se asociaron con liderazgo transformacional excepto inclinación al absentismo, días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses, consumo de medicamentos por motivo de problemas de salud, consumo de alcohol, consumo de tabaco, visita al especialista, indolencia y culpa.

Liderazgo transformacional se asoció positivamente con satisfacción laboral, confirmando este resultado la hipótesis formulada.

En este estudio, no se han encontrado diferencias significativas en la percepción de liderazgo transformacional entre hombres y mujeres, no obstante, se obtuvieron diferencias significativas en el tamaño de las correlaciones según la variable género para la asociación entre liderazgo transformacional y visita al especialista. La correlación entre estas variables en la muestra de mujeres fue menos negativa que en la muestra de hombres, no confirmando este resultado la hipótesis formulada.

Disponibilidad de recursos, liderazgo transformacional y autonomía fueron predictores positivos para satisfacción laboral para la muestra de hombres. Para la muestra de mujeres apoyo social en el trabajo, disponibilidad de recursos, liderazgo transformacional y autonomía fueron predictores positivos para satisfacción laboral mientras que retroinformación negativa fue un predictor negativo. Las diferencias entre los predictores se encuentran en que mientras que las mujeres es un predictor negativo la variable retroinformación negativa, este se verá compensado por el apoyo social percibido. Esto será debido a que al encontrarnos en una organización burocrática profesional encontrándose las mujeres en puestos de inferior categoría, se percibirá una peor retroinformación que será compensada por un mayor apoyo social. Este resultado coincide con los encontrados por otros autores (Lin, et al, 2015; Men, 2014; Rajagopalan, 2009) relacionándose con apoyo social proveniente del supervisor.

Para la muestra de hombres, disponibilidad de recursos fue un predictor negativo mientras que liderazgo transformacional fue un predictor positivo para los días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses por lo que, ambas variables actuarán compensando sus efectos sobre los días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses.

Para la muestra de mujeres, la variable autonomía, liderazgo transformacional y disponibilidad de recursos fueron predictores

positivos de ilusión por el trabajo. Por lo que, cuando las mujeres ocupan puestos jerárquicos elevados, también son capaces de percibir ilusión por el trabajo.

Además, autonomía y liderazgo transformacional fueron predictores negativos de problemas psicosomáticos y depresión.

Por lo cual, la percepción de liderazgo transformacional mejora la percepción de problemas psicosomáticos, depresión e ilusión por el trabajo en las mujeres mientras que, en los hombres la percepción de liderazgo transformacional produce mayor cantidad de días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses. Esto demuestra que una de las causas de peor percepción de salud en las mujeres es el tipo de liderazgo ejercido en este tipo de organización.

Los análisis diferenciales realizados demuestran que fue la muestra de mujeres y, en concreto la muestra de enfermeras las que obtienen medias más elevadas de percepción de liderazgo transformacional y esto será debido a que este se correlaciona negativamente con estabilidad en el empleo con trabajo emocional por lo que según otros estudios, este tipo de liderazgo será muy beneficioso en el personal de enfermería (Bartram, et al, 2012).

15.2. Resumen:

A modo de resumen de las relaciones entre los factores de riesgo psicosocial y sus consecuencias, considerando la muestra de mujeres y hombres, se ha obtenido que, para la muestra de mujeres, los principales predictores psicosociales de los problemas de salud para los factores de demanda fueron conflicto de rol y conflicto trabajo familia y, para inclinación al absentismo fue conflicto familia trabajo (Gráfico 19; página 269) y para los de recurso fueron autonomía y liderazgo transformacional y para inclinación al absentismo no hubo ningún predictor(Gráfico 23; página 289) mientras que para la muestra de hombres, los principales predictores psicosociales de los problemas de

salud para los factores de demanda fueron carga de trabajo y conflicto de rol y para días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses los principales predictores fueron inequidad en los intercambios sociales y liderazgo transformacional (Gráfico 18; página 268) y, para los de recurso fue apoyo social y, para los días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses los principales predictores fueron disponibilidad de recursos y liderazgo transformacional (Gráfico 22; página 288).

VI. LIMITACIONES DEL ESTUDIO:

Entre las limitaciones se encuentra que el tamaño muestral fue pequeño debido a que, la tasa de respuesta fue baja cuestión que suele ser habitual entre el personal sanitario (VanGeest, et al, 2007). Además durante el proceso de muestreo se produjeron problemas con la recogida de los cuestionarios lo que llevó a la baja tasa de respuesta obtenida, si bien, mejoró con el cambio de estrategia llevada a cabo. Esta baja tasa de respuesta podría afectar a la validez externa de los resultados.

Otra limitación del estudio podría ser que los resultados pueden estar influidos por la sinceridad y por la motivación de las participantes al responder al cuestionario.

La validez externa de los resultados, puede constituir otra limitación dado que los datos no se recogieron de manera aleatoria, siendo la participación en el estudio fue voluntaria. Por este motivo, se recomienda realizar nuevos estudios similares en este colectivo de trabajadores.

Además, la estructura de la muestra por género no estuvo equilibrada pues existe un claro predominio del género femenino sobre el masculino. No obstante, esto es habitual en los estudios del sector sanitario (García-Rodríguez, et al, 2014; Sayman, 2015). Dado que la distribución de la muestra fue similar a otros estudios, podrían ser comparables los resultados de este estudio con otros similares.

Otra limitación es que la muestra procede de un Departamento sanitario únicamente por lo que los resultados no pueden ser extendidos a todo el ámbito sanitario de la Comunidad Valenciana.

Pero, además se obtiene una relación importante entre profesión y género pues, cada una de las profesiones presenta riesgos psicosociales diferentes y el género se distribuye de forma desequilibrada entre las categorías laborales predominando los hombres entre el personal médico

y las mujeres en el de enfermería por lo que esto podría afectar a los resultados obtenidos pudiendo significar un sesgo.

Otra limitación se encuentra en la edad y la antigüedad ya que al tener valores medios elevados los resultados del estudio podrían estar afectados por variables no controladas e influidas sobre todo por la antigüedad (p. e. utilización de estrategias de afrontamiento).

Al tratarse de un estudio transversal, las variables que puedan verse afectadas por el tiempo, como podría ser los días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses, podrían obtener resultados no definitivos por lo que deberían realizarse estudios longitudinales que valorarían estas variables.

Además, la diferencia entre las distintas variables relacionadas con el género podría estar influenciada por la diferencia en la secreción hormonal entre hombres y mujeres, sobre todo las hormonas gonadales lo que podría explicar determinados resultados encontrados en este estudio (Foa, et al, 2003; Rezaei, et al, 2015), por lo que deberían realizarse estudios que utilicen estas variables para comprobar su influencia en los resultados.

En este estudio no se han analizado las variables individuales que podrían estar actuando de forma moderadora sobre los riesgos psicosociales como es el caso de rasgos de personalidad (Nadal y Armario, 2010) o de conducta, que se relacionan con la percepción y valoración que hace el individuo de la situación (Gil-Monte. 2012).

VII. CONCLUSIONES:

Tras los análisis realizados se ha comprobado que en la muestra analizada correspondiente un Departamento donde realizan actividades sanitarias se ha obtenido las siguientes conclusiones que se clasificarán en conclusiones generales, conclusiones para la muestra de hombres, para la muestra de mujeres, diferencias entre hombres y mujeres y conclusiones finales.

16. PARA EL SECTOR DE SANIDAD:

- 1). Los trabajadores de este Departamento se caracterizan por percibir demandas constituidas por trabajo emocional, carga de trabajo e inequidad en los intercambios sociales disponiendo de recursos caracterizados por, apoyo social en el trabajo, autonomía y disponibilidad de recursos.
- 2). El personal médico obtuvo valores medios más elevados de autonomía que el de enfermería mientras que este último obtuvo valores medios mayores en percepción de liderazgo laissez faire y apoyo social en el trabajo proveniente del supervisor. No obstante, los enfermeros obtuvieron valores más elevados en consumo de alcohol.
- 3). Los trabajadores que realizan trabajo nocturno obtuvieron medias más elevadas de carga de trabajo, conflicto trabajo familia y apoyo social en el trabajo proveniente de los compañeros mientras que aquellos que trabajan en turno diurno, obtienen medias más elevadas de satisfacción laboral, apoyo social proveniente de la organización, autonomía y disponibilidad de recursos. La muestra de hombres que trabajan en turno nocturno obtuvieron medias más elevadas de retroinformación negativa que les lleva a un mayor número de días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses. Por el contrario, las mujeres que trabajan en turno nocturno obtuvieron retroinformación positiva, disponibilidad de recursos y percepción

de liderazgo transformacional. Además, las mujeres que trabajan en turno diurno perciben mayor apoyo social en el trabajo procedente del superior

- 4). Los trabajadores con contrato temporal obtiene valores medios más elevados de carga de trabajo, conflicto de trabajo, trabajo emocional y retroinformación además de mayor apoyo social proveniente del superior.
- 5). En la muestra de hombres, fue ambigüedad de rol e inequidad en los intercambios sociales las que obtuvieron medias superiores mientras que, para la muestra de mujeres no se encontraron diferencias en las variables de demandas pero si, en las de recurso obteniendo medias más elevadas que los hombres para apoyo social proveniente del supervisor.
- 6). La muestra de mujeres obtiene medias más elevadas para las consecuencias que consisten en problemas de salud psicosomática y consumo de medicamentos como consecuencia de los problemas de salud.
- 7). Los problemas psicosomáticos y depresión se asociaron positivamente con todas las variables de demanda, al igual que consumo de medicamentos. Con referencia a las variables de recursos, se asociaron negativamente con todas las variables.
- 8). SQT se asoció significativamente con todas las variables de demanda excepto con conflictos interpersonales e inequidad en los intercambios sociales. Con referencia a las variables de recurso, se asoció negativamente con todas ellas excepto con retroinformación.
- 9). Inclinación al absentismo se asoció positivamente con conflicto familia trabajo y los días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses negativamente con la disponibilidad de recursos.

- 10). Las variables de demanda fueron predictores negativos para satisfacción laboral excepto conflicto familia trabajo y trabajo emocional y todas las variables de recurso fueron predictores positivos.

17. PARA LA MUESTRA DE HOMBRES:

- 1). Para satisfacción laboral, las variables que más influyeron de forma positiva fueron trabajo emocional, autonomía, disponibilidad de recursos y liderazgo transformacional mientras que los conflictos interpersonales fueron los que más percepción de insatisfacción laboral generaron.
- 2). Carga de trabajo y conflicto de rol fueron las variables que más influyeron en la percepción de problemas psicosomáticos que fueron compensados mediante la percepción de autonomía.
- 3). Carga de trabajo y retroinformación produjeron percepción de depresión mientras que el trabajo emocional compensó esta percepción.
- 4). La muestra que dispone de mayor autonomía tiene mayor inclinación al absentismo debido a la mayor facilidad que tienen para abandonar el trabajo por la posición jerárquica que ocupan en la empresa.
- 5). La mayor disponibilidad de recursos se relaciona con días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses más cortos y el liderazgo transformacional se relaciona con días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses más largo.
- 6). El mayor consumo de medicamentos se relaciona con mayor carga de trabajo y, apoyo social en el trabajo con menor consumo de ellos.
- 7). Consumo de alcohol se asoció con mayor inequidad en los intercambios sociales y menor disponibilidad de recursos

- 8). Los conflictos trabajo familia llevan a un mayor consumo de tabaco.
- 9). Las visitas al especialista se asociaron con inequidad en los intercambios sociales junto con la falta de autonomía y liderazgo transformacional
- 10). Conflicto de rol y poco apoyo social incrementa la percepción de SQT que disminuyó mediante el liderazgo laissez faire.

18. PARA LA MUESTRA DE MUJERES:

- 1). Satisfacción laboral se asoció de forma negativa con ambigüedad de rol, inequidad en los intercambios sociales, conflicto familia trabajo, trabajo emocional y liderazgo laissez faire y retroinformación, mientras que autonomía, apoyo social en el trabajo, disponibilidad de recursos y liderazgo transformacional se relacionaron de forma positiva.
- 2). Problemas psicósomáticos se asociaron de forma positiva con conflicto de rol y, conflicto trabajo familia mientras que autonomía y liderazgo transformacional negativamente.
- 3). Depresión se asoció de forma positiva con conflicto de rol, inequidad en los intercambios sociales, conflicto trabajo familia, trabajo emocional y liderazgo laissez faire y de forma negativa con autonomía y liderazgo transformacional.
- 4). Inclinación al absentismo se asoció de forma positiva con conflicto familia trabajo y negativamente con autonomía.
- 5). Disponibilidad de recursos se asoció positivamente con días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses más prolongados.

- 6). Consumo de medicamentos se asoció con conflicto de rol e inequidad en los intercambios sociales y negativamente con apoyo social en el trabajo.
- 7). Conflictos interpersonales se asoció a un mayor consumo de alcohol.
- 8). Conflicto de rol y disponibilidad de recursos y percepción de bajo apoyo social en el trabajo se asoció a consumo de tabaco.
- 9). Conflicto de rol, conflicto trabajo familia y bajo apoyo social en el trabajo se asoció a un mayor número de visitas al especialista.
- 10). SQT se asoció de forma positiva con conflicto de rol, conflictos interpersonales, inequidad en los intercambios sociales, conflicto trabajo familia, trabajo emocional y liderazgo laissez faire y negativa con autonomía, apoyo social en el trabajo y disponibilidad de recursos.

19. DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES:

- 1). Carga de trabajo fue un predictor positivo para la muestra de hombres para problemas psicosomáticos, depresión y consumo de medicamentos.
- 2). Conflicto de rol fue un predictor positivo para mujeres para depresión, consumo de medicamentos y de tabaco, visitas al especialista y, para la muestra de hombres fue positivo para indolencia.
- 3). Ambigüedad de rol fue un predictor negativo para mujeres en satisfacción.
- 4). Se comprobó que, los conflictos interpersonales se asociaron en la muestra de mujeres con SQT mientras que en la muestra de hombres, se asoció con menor satisfacción.

- 5). Inequidad en los intercambios sociales se asoció en la muestra de mujeres con SQT, depresión y menor satisfacción laboral mientras que en la muestra de hombres llevó a mayor consumo de alcohol y visitas al especialista. Además, mientras que en la muestra de hombres se asoció positivamente con ilusión por el trabajo, en la muestra de mujeres lo hizo negativamente. De esta forma, inequidad en los intercambios sociales afectó de forma más importante a las mujeres que a los hombres.
- 6). Conflicto trabajo familia se asoció positivamente con problemas psicosomáticos, depresión, consumo de medicamentos, visita al especialista y, SQT en la muestra de mujeres. En la muestra de hombres destaca el consumo de tabaco. Se confirma que aunque conflicto trabajo familia fue una variable con una mayor percepción en los hombres, produjo más consecuencias a la muestra de mujeres.
- 7). Conflicto familia trabajo produjo insatisfacción laboral en las mujeres e inclinación al absentismo.
- 8). Trabajo emocional produjo percepciones distintas entre ambas muestras, así mientras para la muestra de hombres produjo satisfacción laboral y, menor depresión, en la muestra de mujeres actuó en sentido opuesto. Además, en el caso de las mujeres fue un predictor positivo de SQT. De la misma forma, trabajo emocional afectó más intensamente a la muestra de mujeres.
- 9). Liderazgo laissez faire actuó de forma diferente para la muestra de hombres y mujeres ya que, mientras en la muestra de hombres fue un predictor negativo de SQT desgaste psíquico, culpa e ilusión por el trabajo, en las mujeres fue un predictor positivo. Además, para las mujeres produjo insatisfacción laboral y depresión. Por lo que en los hombres será un protector de SQT y sus dimensiones probablemente debido a que los hombres son los que se encuentran en una posición dominante en la organización.

- 10). La percepción de autonomía produjo mayor inclinación al absentismo en los hombres y menor en las mujeres. Además, fue un predictor negativo para la muestra de mujeres para problemas psicosomáticos, depresión, SQT. Para la muestra de hombres, autonomía disminuyó el número de visitas al especialista. Esto demuestra que cuando la mujer dispone de la variable autonomía, las consecuencias serán menores.
- 11). Apoyo social en el trabajo mejoró la satisfacción laboral a la muestra de mujeres, disminuyó el consumo de tabaco y número de visitas al especialista. Para la muestra de hombres, mejoró la percepción de salud, depresión, ilusión por el trabajo e indolencia.
- 12). Retroinformación, pese a ser una variable de recurso se comportó como una demanda dado que esta variable puede actuar de forma positiva o negativa, así, en la muestra de mujeres empeoró la satisfacción laboral mientras que en los hombres empeoró la percepción de depresión.
- 13). Disponibilidad de recursos se comportó de forma diferente con los días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses entre la muestra de mujeres que los aumento y la de hombres que los disminuyó. Para la muestra de mujeres, disponibilidad de recursos llevó a un aumento en el consumo de tabaco, comportándose como una variable protectora de SQT y todas sus dimensiones. En el caso de los hombres, incrementó el consumo de alcohol.
- 14). Liderazgo transformacional redujo la percepción de problemas psicosomáticos, depresión, consumo de alcohol y visita al especialista y, mejoró la ilusión por el trabajo en la muestra de mujeres. En el caso de la muestra de hombres, aumento el número de días faltados por problemas de salud en los últimos 12 meses. Por lo que se comporta de forma protectora en la muestra de mujeres.

20. CONCLUSIÓN FINAL:

Para la muestra de hombres, carga de trabajo fue el predictor positivo más importante sobre problemas psicosomáticos y, la variable conflictos interpersonales la que mayor insatisfacción laboral les produjo.

Para la muestra de mujeres conflicto de rol, inequidad en los intercambios sociales, conflicto trabajo familia y, trabajo emocional son las variables que más les afecta a su salud y, ambigüedad de rol, conflicto familia trabajo, trabajo emocional y, liderazgo laissez faire son las que más insatisfacción laboral les produce y, por último para SQT, fueron ambigüedad de rol, inequidad en los intercambios sociales, conflicto trabajo familia, trabajo emocional, liderazgo laissez faire, las que más predijeron este síndrome.

Queda patente la diferencia existente entre la percepción de las variables de demanda así como de recurso y, sobre todo las consecuencias que estas variables les producen.

Estas diferencias, serán debidas a varios factores:

- 1). Diferencias en cuanto al rol de género que hace percibir y afrontar de forma distinta las variables debido al rol sustentador de los hombres y al rol cuidador de las mujeres.
- 2). Segregación vertical que relega a las mujeres a ocupar puestos de trabajo de menor categoría.
- 3). Segregación horizontal debido a que los hombres a igualdad de capacidad ocupan los puestos directivos en la organización.
- 4). Tipo de organización en el que se realiza la actividad puesto que se encuentra organizada en forma de una burocracia profesional que hace que se favorezcan muchos conflictos tanto de rol como interpersonales.
- 5). Excesiva carga de trabajo tanto cognitiva como emocional.

- 6). La organización del sector sanitario no se encuentra adaptado a las características emocionales de las mujeres debiendo modificar los tipos de liderazgo que se utilizan.

VIII. RECOMENDACIONES:

Se van a realizar dos tipos de recomendaciones, por un lado se analizarán futuras líneas de investigación que podrán llevarse a cabo como consecuencia de las limitaciones y las conclusiones de este estudio y por otras recomendaciones aplicadas para mejorar las condiciones de trabajo del personal sanitario que ha sido estudiado.

21. FUTURAS LÍNEAS:

- 1). Deberán realizarse nuevos estudios con tamaños muestrales mayores para que los resultados tengan mayor validez externa participando centros sanitarios de distintos Departamentos y que disponga en la muestra de trabajadores de edad y antigüedad que recojan todas las posibilidades.
- 2). Realizar estudios longitudinales con la variable inclinación al absentismo.
- 3). Deberán realizarse nuevos estudios que incluyan las diferencias en la secreción hormonal entre hombres y mujeres y sobre todo las gonadales y como estas influyen en los resultados de los factores de riesgo psicosocial y sobre todo en las consecuencias.
- 4). Deberá comprobarse mediante la realización de nuevos estudios la influencia de los rasgos de personalidad o de conducta ya que ellos influyen en la percepción y valoración que realiza el individuo de las situaciones.
- 5). Deberán realizarse nuevos estudios para comprobar como afectan los factores de riesgo psicosocial y sus consecuencias en relación con el género y la categoría profesional dado que, este sector profesional está muy influenciado por el rol de género.

22. RECOMENDACIONES APLICADAS:

Se deberá modificar la estructura organizacional del sector y los tipos de liderazgo con la finalidad de adaptar los sistemas y procedimientos de trabajo a las características emocionales de las personas que los desarrollan llevando a cabo, para ello las siguientes acciones:

- 1). Se deberá facilitar a las trabajadoras técnicas que mejoren la respuesta frente al trabajo emocional.
- 2). Técnicas de entrenamiento mediante una formación relacionada con la expresión emocional sobre el manejo en la interacción con los clientes mediante un aprendizaje de rutinas preestablecidas para llevar a cabo este control emocional.
- 3). Control directo e indirecto: Se trata de la supervisión de los trabajadores a fin de darles retroinformación sobre su comportamiento.
- 4). Apoyo social de la organización, compañeros y supervisores: Se utilizan tanto para afrontar las demandas emocionales y liberar estrés al proporcionar recursos; como aportando modelos para el aprendizaje vicario o por imitación de modelos.
- 5). Cultura organizacional y socialización: La cultura organizacional (adquisición de valores y actitudes de los compañeros) condiciona las experiencias emocionales de los trabajadores. Por ejemplo mediante la socialización anticipatoria de los distintos colectivos profesionales o la formación que reciben dirigida a controlar sus emociones.
- 6). Deberán facilitarse a puestos directivos formación en liderazgo de forma que cambien su estilo del liderazgo laissez faire al transformacional.

- 7). Deberá mejorarse la retroinformación de forma que esta sea positiva, sobre todo para las mujeres.
- 8). Deberá aumentar la percepción de autonomía por medio de medidas organizativas del trabajo.
- 9). Deberá mejorarse la percepción de rol, tanto a nivel de ambigüedad como de conflicto, sobre todo en los hombres.
- 10). Deberá mejorarse la equidad en los intercambios sociales mejorando la relación entre los mandos y los subordinados.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- Aagestad, C., Tyssen, R., Johannessen, H. A., Gravseth, H. M., Tynes, T., y Sterud, T. (2014). Psychosocial and organizational risk factors for doctor-certified sick leave. A prospective study of female health and social workers in Norway: the role of violence. *BMC public health*, 14, 1016.
- Abrahamsson, L. (2014) Gender and the modern organization, ten years after. *Nordic Journal of Working Life Studies*, 4, 109–136.
- AbuAlRub, R. F., Omari, F. H. y Al-Zaru, I. M. (2009) Support, satisfaction and retention among Jordanian nurses in private and public hospitals. *International Nursing Review* 56, 326– 332.
- ADECCO. (2015). *IV Informe ADECCO sobre absentismo*. Madrid.
- Ader, R.; Cohen, N. (1975) Behaviorally conditioned immunosuppression. *Psychosomatic Medicine*, 37: 333-340.
- Aguilar, Y., Valdez, J., González-Arratia, N., y González, S. (2013). Los roles de género de los hombres y las mujeres en el México contemporáneo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 18, 207-224.
- Ahmad, M. I., Sulaiman, W., Shahrazad, W., Abd Satar, J., Nor, Z., y Izzaty, N. (2014). The relationship of newcomer socialization with achievement motivation and life satisfaction: mediating effects of role conflict and role ambiguity. *Jurnal Psikologi y Kaunseling Perkhidmatan Awam Malaysia*, 9, 105-121.
- Aiken, L.H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D.M., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., Rafferty, A.M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M.T., Tishelman, C., Scott, A., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schwendimann, R., Heinen, M., Zikos, D., Sjetne, I.S., Smith, H.L., Kutney-Lee, A., (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and

- patients in 12 countries in Europe and the United States. *British Medical Journal* 344, 717-731.
- Alavinia, P., Ahmadzadeh, T. (2012). Toward a Reappraisal of the Bonds between Emotional Intelligence and Burnout. *English Language Teaching*, 5, 37-50.
- Albuerne, M. Y. G., Nieto, M. Á. P., y Moreno, L. L. (2015). Turnos y estrés psicosocial en los Policías Locales de Madrid. *Ansiedad y Estrés*, 21. 57-70
- Alcántara, R., Rodríguez, M., González, C. M., y Clapes, C. (2013). Risk perception in nursing students. *Enfermería Global*, 29, 352-362
- Al-Dubai, S. A. R., y Rampal, K. G. (2012). Psychological morbidity and sources of job Stress among doctors in yemen. *Journal of Psychiatry*, 1, 1-11.
- Alexanderson, K. (2004) *Den könssegregerade arbetsmarknaden— samband med sjukdom: positiva effekter av könsintegration, negativa av könssegregering? (The gender segregated work market—correlations to work health: positive effects of gender inclusion, negative effects of gender segregation)? in: Arbetsmarknadsdepartementet (ed.) Denkönsuppdelade arbetsmarknaden : betänkande av Utredningen den könsuppdelade arbetsmarknaden The Gender Segregated Work Market: A Governmental Investigation), Stockholm: Fritzes offentliga publikationer*, pp. 421–432.
- Alexandersson, K., Leijon, M., Akerlind, I., Rydh, H. y Bjurulf, P. (1994) Epidemiology of Sickness Absence in a Swedish County in 1985, 1986 and 1987. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 22, 27–34.
- Alfredsson, L., Spetz, C.L., y Theorell, T. (1985). Type of occupation and near-future hospitalization for myocardial infarction and

some other diagnoses. *International Journal of Epidemiology*, 14, 378-388.

Ali El Sahili, L. F. (2012). *El estrés laboral docente y su relación con la metodología tradicionalista como un factor que genera actitudes negativas de los alumnos (estudio de una organización escolar)*. Facultad de Psicología de Saltillo de Querétaro

Almagiá, E. B. (2014). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14, 237-243.

Alonso-Castillo, M. M. Álvarez-Bermúdez, J. López-García, K. S. Rodríguez-Aguilar, L. Alonso-Castillo, M. T. Angélica-Armendáriz, N. (2009). Factores de riesgo personales, psicosociales y consumo de alcohol en mujeres adultas. *Enfermería*, 11, 97-114.

Álvarez R.A. y Gómez B. I. C. (2011). Conflicto trabajo-familia, en mujeres profesionales que trabajan en la modalidad de empleo. *Pensamiento Psicológico*, 9, 89-106

Álvarez, B. (1999). Especificación y validación de modelos de demanda de asistencia sanitaria, absentismo laboral y actitudes de los desempleados: aplicación al caso español. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/exttes?codigo=2161>. Con acceso 30 de abril 2016

Allen, T. D. y Finkelstein, L. M. (2014). Work–Family Conflict Among Members of Full-Time Dual-Earner Couples: An Examination of Family Life Stage, Gender, and Age. *Journal of Occupational Health Psychology*, 19, 376-384.

Amador, R. y Rodríguez, C. Serrano, J. Adrián, J. Olvera, J.A. Martínez, S. (2014). Estrés y Burnout en docentes de educación media superior. *Medicina, salud y sociedad*. 4, 119 - 141.

- American Psychiatric Association. (2002). *DSM IV tr: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: texto revisado*. Masson.
- Amstad, F. T., Meier, L. L., Fasel, U., Elfering, A., y Semmer, N. K. (2011). A meta-analysis of work–family conflict and various outcomes with a special emphasis on cross-domain versus matching-domain relations. *Journal of occupational health psychology*, 16, 151-169.
- Ansoleaga, E, Vezina, M, Montaña y R. (2014). Síntomas depresivos y distrés laboral en trabajadores chilenos: condiciones diferenciales para hombres y mujeres. *Cadernos de Saúde Pública*, 30, 107-118.
- Antoniou, A. S., Polychroni, F., y Viachakis, A. N. (2006). Gender and age differences in occupational stress and professional burnout between primary and high-school teachers in Greece. *Journal of Managerial Psychology*, 21, 682-690.
- Aparicio, M., Dresch, V., Díaz, J., y Sánchez-López, P. (2008). Las relaciones entre la salud física y psicológica según el estatus laboral. *EduPsykhé*, 7, 201-212.
- Aranda, B. C. y Pando M. M. (2010). Edad, síndrome de agotamiento profesional (burnout), apoyo social y autoestima en agentes de tránsito, *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39, 510-522.
- Aranda, C. (2006). Diferencias por sexo, Síndrome de burnout y manifestaciones clínicas, en los médicos familiares de dos instituciones de salud, Guadalajara, México. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 15, 1-7.
- Årestedt, K., Saveman, B. I., Johansson, P., y Blomqvist, K. (2013). Social support and its association with health-related quality of

life among older patients with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 12, 69-77.

Arevalo-Pachon, G. y Guerrero, J. (2010). Condiciones de trabajo, estrés y salud autorreportadas de los trabajadores docentes y no docentes de una institución privada de educación superior. *Tesis psicológicas*.5. 1-22.

Armutlu, M. Foley, M. L., Surette, J. Belzile, E., McCusker, J. (2008). Survey of nursing perceptions of medication administration practices, perceived sources of errors and reporting behaviours. *Healthcare Quarterly*. 11, 58 – 65.

Artazcoz, L., Artieda, L., Borrell, C., Cortès, I., Benach, J., García, V. (2004). Combining job and family demands and being healthy. What are the differences between men and women? *European Journal of Public Health*. 14: 43-48.

Artazcoz, L., Borrell, C., Cortés, I., Escribà-Agüir, V., Cascant, L. (2007). Occupational epidemiology and work related inequalities in health: a gender perspective for two complementary approaches to work and health research. *Journal of Epidemiology y Community Health*.61, 39-45

Artazcoz, L., Cortés, I., Borrell C., Escribà-Agüir, V., Cascant, L. (2011). Social inequalities in the association between partner/marital status and health among workers in Spain. *Social Science y Medicine*. 71, 600-607.

Artazcoz, L., Cortès, I., y Escribà-Agüir, V. (2006). El estrés en una sociedad instalada en el cambio. *Gaceta Sanitaria*, 20, 71-78.

Artazcoz, L., Escribà-Agüir, V. y Cortès, I. (2004). Género, trabajo y salud en España. *Gaceta Sanitaria*, 18, 24-35.

Arteaga-Romaní, A. (2015). Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal de Salud. *Revista Médica Panacea*, 4, 40 – 44.

- Arthur, M., Khapova, S. y Wilderom, C. (2005). Career success in a boundaryless career world. *Journal of Organizational Behavior*. 26, 177-202.
- Asociación Española de Normalización y Certificación (2001). *Principios ergonómicos relativos a la carga de trabajo mental. Parte 1: Términos y definiciones generales. UNE-EN ISO 10075-1*. Madrid: AENOR, 9 p.
- Asociación Española de Normalización y Certificación (2001). Principios ergonómicos relativos a la carga de trabajo mental. Parte 2: Principios de diseño. UNE-EN ISO 10075-2. Madrid: AENOR, 19 p.
- Asoleaga, E. Vezina, M. Montañó, R. (2014). Síntomas depresivos y estrés laboral en trabajadores chilenos: condiciones diferenciales para hombres y mujeres. *Cadernos de Saúde Pública*. 30, 107-118.
- Assunção, A. Á., Machado, C. J., Prais, H. A. C., y de Araújo, T. M. (2013). Working conditions and common mental disorders in physicians in Brazil. *Occupational medicine*, 63, 234-237.
- Ávila, A. Jorge, C. Cano H.A. y Araújo, T.M (2014). Depression among physicians working in public healthcare in Belo Horizonte, Brazil. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 49:1219–1229 DOI 10.1007/s00127-014-0850-z
- Avolio, B. J., Bass, B. M., y Jung, D. I. (1999). Re-examining the components of transformational and transactional leadership using the Multifactor Leadership Questionnaire. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 72, 441-462.
- Ayed, A., Eqtait, F., Fashafsheh, I., Basheer, M., Aqel, M., y Omary, M. (2014). Exploring the Work Related Stress Sources and Its Effect

- among the Palestinian Nurses at the Governmental Hospitals. *Journal of Education and Practice*, 5, 100-109.
- Azmat, G., y Iriberry, N. (2016). The provision of relative performance feedback: An analysis of performance and satisfaction. *Journal of Economics y Management Strategy*, 25, 77-110.
- Bailis, D. S, Segall, A., Chipperfield, J. G. (2003). Two views of self-rated general health status. *Social Science & Medicine Journal*. 56, 203-217
- Bandura, A. (1977): "Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change", *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Barberá, E., y Cantero, M. J. (1996). *Motivación del logro y categorización de género*. Garrido Gutiérrez I. Psicología de la motivación. 1ra ed. Madrid: En síntesis.
- Barbosa, L.R. Costa, M. R. A. (2008). Relações entre qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 61, 366-370.
- Bardasi, E., y Francesconi, M. (2003). *The Impact of Atypical Employment on Individual Wellbeing: evidence from a panel of British Workers*. London: ISER.
- Barling, J. y Kelloway, E. K. (1996). Job insecurity and health: the moderating role of workplace control. *Stress and Medicine*, 12: 253-259.
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud- *Psicología y salud*. 14, 237-243.
- Barreda, V. (2012). Cuando lo femenino está en otra parte. *Antropología y Ciencias Sociales*, 3, 27-32.
- Bartram, T., Casimir, G., Djurkovic, N., Leggat, S. G., y Stanton, P. (2012). Do perceived high performance work systems influence

the relationship between emotional labour, burnout and intention to leave? A study of Australian nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 68, 1567-1578.

Bass, B. M. (1985). *Leadership and performance beyond expectations*. New York: Free Press.

Bass, B. M. (1999). Two decades of research and development in transformational leadership. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 8, 9-32.

Bass, B. M., y Riggio, R. E. (2006). *Transformational leadership* (2a ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates

Bassi, I., Ávila Assunção, A., Marçal Pimenta, A., G. Benavides, F., y Ubalde-Lopez, M. (2016). Sickness absence among health workers in Belo Horizonte, Brazil. *Journal of Occupational Health*,
https://www.jstage.jst.go.jp/article/joh/advpub/0/advpub_15-0121-OA/_article. Con acceso 1 de mayo 2016.

Basso, L., Ardilles, B., Bernal, M., Canovas del Canto, M. J., González, C., Kroff, M. F. (2008). Factores derivados de los laboratorios intrahospitalarios que provocan estrés en los estudiantes de enfermería. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*; 16:805-811.

Beh, L. S., y Loo, L. H. (2012). Job Stress and Coping Mechanisms among Nursing Staff in Public Health Services. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 2, 131-176.

Bell, A. V. Michalec, B., y Arenson, C. (2014). The (stalled) progress of interprofessional collaboration: the role of gender, *Journal of Interprofessional Care*, 28, 98-102. Con conexión 20 de

septiembre de 2015:
<http://dx.doi.org/10.3109/13561820.2013.851073>.

- Bellavia, G. M., y Frone, M. R. (2005). *Work-family conflict. Handbook of work stress*, 113-147.
- Bellman, S., Forster, N., Still, L., y Cooper, C. L. (2003). Gender differences in the use of social support as a moderator of occupational stress. *Stress and Health*, 19, 45-58.
- Bellou, V. (2010). Organizational culture as a predictor of job satisfaction: The role of gender and age. *The Career Development International*, 15, 4-19.
- Bem, S. L. (1981). Gender schema theory: a cognitive account of sex typing. *Psychological Review*, 88, 354-364.
- Benavides, F., Declós, J., García, A.M., y Ruiz, C. (2007). *Salud Laboral* (3ª Ed.). Barcelona: Elsevier.
- Bennis, W. (2001). Leading in unnerving times. *MIT Sloan Management Review*, 42, 97-102.
- Bercht, A. L., y Wehrhahn, R. (2010). A psychological-geographical approach to vulnerability: the example of a Chinese urban development project from the perspective of the transactional stress model. *Environment and planning*. 42, 1705-1722.
- Berger, R., Romeo, M., Dimitrova, Z., y Spieß, E. (2013). *Validation of the German Version of the "Survey Work-Home Interaction – NijmeGen" (SWING)*. Presentación en el 16th Congress of the European Association of Work and Organizational Psychology, Münster (Alemania).
- Berkman, L. F., Buxton, O., Ertel, K. y Okechukwu, C (2010). Managers' practices related to work-family balance predict employee cardiovascular risk and sleep duration in extended care

- settings. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15, 316-329.
- Berkman, L. F., Liu, S. Y., Hammer, L., Moen, P., Klein, L. C., Kelly, E., Fay, M., Davis, K., Durham, M., Karuntzos, G., y Buxton, O. M. (2015). Work–Family Conflict, Cardiometabolic Risk, and Sleep Duration in Nursing Employees. *Journal of Occupational Health Psychology*. Avance publicación online. <http://dx.doi.org/10.1037/a0039143>. Con acceso 6 de mayo 2016.
- Bielenski, H. (1999). *New patterns of employment in Europe*. In J. E. Ferrie, J. Griffiths, M. G. Marmot, y E. Ziglio (Eds.), *Labour market changes and job insecurity: A challenge for social welfare and health promotion* (pp. 2–30). WHO Regional Publications European Series, No. 81.
- Bobbio, L. y Ramos, W. (2010). Satisfacción laboral y factores asociados en personal asistencial médico y no médico de un hospital nacional de Lima Perú. *Revista Peruana de Epidemiología*, 14, 133-138.
- Bocchino, C. C., Hartman, B. W., y Foley, P. F. (2003). The relationship between person–organization congruence, perceived violations of the psychological contract, and occupational stress symptoms. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 55, 203-214.
- Borrachero, A. B., Brígido, M., Mellado, L., Costillo, E. y Mellado V. (2014). Emotions in prospective secondary teachers when teaching science content distinguishing by gender. *Research in Science y Technological Education*, 32, 182-215.
- Borrell, C. Muntane, C. Benach, J. Artazcoz, L. (2004). Social class and self-reported health status among men and women: What is the role of work organisation, household material standards and

- household labour?. *Journal of Social Science y Medicine*. 58,1869–1887.
- Bouckenooghe, D., Buelens, M., Fontaine, J., y Vanderheyden, K. (2005). The prediction of stress by values and value conflict. *The Journal of Psychology*, 139, 369-382.
- Bragard, I., Dupuis, G., y Fleet, R. (2015). Quality of work life, burnout, and stress in emergency department physicians: a qualitative review. *European Journal of Emergency Medicine*, 22, 227-234.
- Bravo, M. y Serrano, G. (1992). *La psicología preventiva y el apoyo social*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., Peterson, E. L., y Schultz, L. R. (1997). Sex differences in posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 54, 1044-1048.
- Bultmann, U. y Kant, I. (2002). The relationship between psychosocial work characteristics and fatigue and psychological distress. *International Archives of Occupational and Environ Health* 75: 259–266.
- Burgard, S. A., Brand, J. E. y House, J. S.. (2009). Perceived job insecurity and worker health in the United States. *Journal of Social Science y Medicine*. 69,777–785.
- Burgos, M. F.. (2004). *Calidad de vida y estrés de los estudiantes de enfermería 2ª semestre académico*. [Tesis de Licenciatura en Enfermería]. Valdivia, Chile: Universidad Austral de Chile.
- Burin, M. (1998). *La familia y las instituciones educativas: sus relaciones desde una perspectiva de género*. México: Pados.
- Burke, R. J., Moodie, S., Dolan, S. L., y Fiksenbaum, L. (2012). Job demands, social support, work satisfaction and psychological

well-being among nurses in Spain. *ESADE Business School Research Paper*. 233, 1 – 32.

Burns, J. M. (1978). *Leadership*. New York: Harper y Row.

Byron, K. (2005). A meta-analytic review of work-family conflict and its antecedents. *Journal of Vocational Behavior*. 67,169–98.

Bystydzienski, J. M. (2009). Why so few women? Explaining gendered occupational outcomes in science, technology, engineering and mathematics fields. *Sex Roles*, 60, 751-753.

Caballero, I, y Sevilla, M. P. (2014). Abuso de fármacos en medio sanitario: programas de tratamiento. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 60, 455-469.

Caballero, M. Cervilla, Ó. Fernández, M. I. Fernández, L, y Gómez, S. (2015). Relaciones entre exigencias psicológicas y emocionales con la empatía: un estudio en el profesorado de la Universidad de Granada. *Reidocrea*. 4, 172-176.

Camerino D, Sandri M, Sartori S, Conway PM, Campanini P, Costa G. (2010). Shiftwork, workfamily conflict among Italian nurses, and prevention efficacy. *Chronobiology International*, 27, 1105–1123.

Cannon, W. B. (1932). *The wisdom of the body*. New York: Norton.

Cannon, W. B. (1963). *The Wisdom of the Body: How the Human Body Reacts to Disturbance and Danger and Maintains the Stability Essential to Life*. Norton.

Cañadas-De la Fuente, G. A., Vargas, C., San Luis, C., García, I., Cañadas, G. R., y Emilia, I. (2015). Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International journal of nursing studies*, 52, 240-249.

- Card, D., Mas, A., Moretti, E., y Saez, E. (2012). Inequality at work: The effect of peer salaries on job satisfaction. *The American Economic Review*, 102, 2981-3003.
- Cardoso, M. L. A. P. Ramos, L. H. D’Innocenzo M. (2011). Liderança Coaching: um modelo de referência para o exercício do enfermeiro-líder no contexto hospitalar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 45,730-737. (acceso el 23 de septiembre de 2015). Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reecusp/v45n3/v45n3a26.pdf>>
- Carlotta M. S. (2011). O impacto de variáveis sociodemográficas e laborais na síndrome de Burnout em técnicos de enfermagem. *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*.14, 165-85.
- Carlson, D. S. y Kacmar, M. K. (2000). Work-family conflict in the organization: Do life role values make a difference?. *Journal of Management*, 26, 1031-1054.
- Carr, A. R., Scully, A., Webb, M., y Felmingham, K. L. (2016). Gender differences in salivary alpha-amylase and attentional bias towards negative facial expressions following acute stress induction. *Cognition y emotion*, 30, 315.
- Casper, W. J.; Harris, C.; Taylor-Bianco, A.; Holliday, J. (2011) “Work-family conflict, perceived supervisor support and organizational commitment among Brazilian professionals”, *Journal of Vocational Behavior*, 79, 640-652.
- Cassidy, T (1999) *Stress, cognition and health*, London, Routledge.
- Castañeda, I. E. (2014). El marco teórico en la investigación en salud con enfoque de género. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40, 246-254.

- Catalina, C., Cortés, M.V., Gelpi, J.A., y Corrales, H., (2008). Las diferencias de género en el nivel de exposición a riesgos psicosociales entre trabajadores y trabajadoras de la comunidad Autónoma de Madrid. Resultados preliminares de plan de investigación del estrés laboral de Ibermutuamur. *EduPsyhé, Monográfico: Estrés Laboral*, 7, 185-200.
- Cazamian, P. (1997). *Turnos de Trabajo*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.
- Ceballos-Vásquez, P., Rolo-González, G., Hernández-Fernaud, E., Díaz-Cabrera, D., Paravic-Klijn, T., y Burgos-Moreno, M. (2015). Psychosocial factors and mental work load: a reality perceived by nurses in intensive care units. *Revista latino-americana de enfermagem*, 23, 315-322.
- Cladellas, R. (2008). La ausencia de gestión de tiempo como factor de riesgo psicosocial en el trabajo. *Intangible Capital*. 4, 237-53.
- Clark, A. E. (1997). Job Satisfaction and gender. Why are women so happy at work?, *Labour Economics*, 4, 341-372.
- Clive, N. O., Christopher, M. O., y Kwasira, J. (2013). *An assessment of the impact of work life balances practice and welfare programme on performance of employees at safaricom kenya*. Jomo kenyatta university of agriculture and technology. (667-695).
- Coelho, D. A., Tavares, C. S., Lourenço, M. L., y Lima, T. M. (2015). Working conditions under multiple exposures: A cross-sectional study of private sector administrative workers. *Work*, 51, 781-789.
- Cohen, S., y Hamrick, N. (2003). Stable individual differences in physiological response to stressors: implications for stress-elicited changes in immune related health. *Brain, behavior, and immunity*, 17, 407-414.

- Colell, E., Sánchez-Niubò, A., Domingo-Salvany, A., Delclós, J., y Benavides, F. G. (2014). Prevalencia de consumo de hipnosedantes en población ocupada y factores de estrés laboral asociados. *Gaceta Sanitaria*, 28, 369-375.
- Colliander, J., Söderlund, M., y Szugalski, S. (2016). Multi-level loyalty program rewards and their effects on top-tier customers and second-tier customers. *Journal of Consumer Marketing*, 33, <http://dx.doi.org/10.1108/JCM-03-2015-1349>. Con acceso 16 de abril 2016.
- Collins, J. D., y O'Sullivan, L. W. (2015). Musculoskeletal disorder prevalence and psychosocial risk exposures by age and gender in a cohort of office based employees in two academic institutions. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 46, 85-97.
- Comisión Ejecutiva Confederal de la Unión General de los Trabajadores (UGT). (2007). *Síndrome del quemado por el trabajo en enfermeras*. UGT. 23-31.
- Coninck, F. y Gollac, M. L. (2006). *Intensification du travail: de qui parle-t-on?* In: Askenazy P, Cartron D, Coninck F, Gollac M, editores. *Organisation et intensité du travail*. Toulouse: Octares Editions; 3-8.
- Contreras, F., y Barbosa, D. (2013). Del liderazgo transaccional al liderazgo transformacional: implicaciones para el cambio organizacional. *Revista virtual universidad católica del norte*, 2, 152-164.
- Cooklin, A. R., Westrupp, E., Strazdins, L., Giallo, R., Martin, A., y Nicholson, J. M. (2015). Mothers' work-family conflict and enrichment: associations with parenting quality and couple relationship. *Child: care, health and development*, 41, 266-277.

- Coomber, B. y Barriball, K. .L. (2007). Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospitalbased nurses: a review of the research literature. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 297–314.
- Cooper, C. L., Dewe, P. J., y O’Driscoll, M. P. (2001). *Organizational stress. A review and critic of theory, research and applications*. California: Sage Publication.
- Coria, C. (1993). *Los laberintos del éxito. Ilusiones, pasiones y fantasmas femeninos*. Barcelona: Paidós.
- Corrigall, E. A. y Konrad, A. M. (2007). Gender role attitude and careers: A longitudinal study. *Sex Roles*, 56, 847-855.
- Cortés, I. Artazcoza, L. Rodríguez-Sanz, M. Borrell, C. (2004). Desigualdades en la salud mental de la población ocupada. *Gaceta Sanitaria*, 18, 351-359.
- Cortés, N. (2005). Depresión en estudiantes de enfermería. *Revista Avances en Psiquiatría Biológica*, 6, 126-140.
- Costa, G. (1996). The impact of shift and night work on health. *Applied Ergonomics*, 27, 9–16.
- Costa, G. (2003). Shiftwork and occupational medicine: an overview. *Occupational Medicine*, 53, 83–88.
- Costa, G., Haus, E., y Stevens, R. (2010). Shift work and cancer considerations on rationale, mechanisms, and epidemiology. *Scandinavian Journal of Work, Environment y Health*, 36,163-179.
- Cottingham, M. D., Erickson, R. J., y Diefendorff, J. M. (2014). Examining men’s status shield and status bonus: How gender frames the emotional labor and job satisfaction of nurses. *Sex Roles*, 1-13.

- Chang, Y., Leach, N., y Anderman, E. M. (2015). The role of perceived autonomy support in principals' affective organizational commitment and job satisfaction. *Social Psychology of Education*, 18, 315-336.
- Chapell, D. y Di Martino, V. (2006). *Violence at work*. International Labor Organization. Geneva, third edition, p 73.
- Chávez-Ayala, R., Rivera-Rivera, L., Leyva-López, A., Sánchez-Estrada, M., y Lazcano-Ponce, E. (2013). Orientación al rol de género y uso de tabaco y alcohol en jóvenes de Morelos, México. *Salud pública de méxico*, 55, 43-56.
- Chen, I. H., Brown, R., Bowers, B. J., y Chang, W. Y. (2015). Work-to-family conflict as a mediator of the relationship between job satisfaction and turnover intention. *Journal of advanced nursing*, 71, 2350-2363.
- Cheung, T., y Yip, P. S. (2015). Depression, anxiety and symptoms of stress among Hong Kong nurses: a cross-sectional study. *International journal of environmental research and public health*, 12, 11072-11100.
- Chiang, M. Núñez, A. Martín, M. J. y Salazar, M. (2010). Compromiso del Trabajador hacia su Organización y la relación con el Clima Organizacional: Un Análisis de Género y Edad. *Panorama Socioeconómico*, 28, 92 – 103.
- Chiavenato, I. (2003). *Introducción a la teoría del conflicto en las organizaciones*. Servicio de Publicaciones de Universidad Rey Juan Carlos. Madrid
- Cho, S. H., Park, M., Jeon, S. H., Chang, H. E., y Hong, H. J. (2014). Average hospital length of stay, nurses' work demands, and their health and job outcomes. *Journal of Nursing Scholarship*, 46, 199-206.

- Choi B, Ostergren PO, Canivet C, Moghadassi M, Lindeberg S, Karasek R et al (2011) Synergistic interaction effect between job control and social support at work on general psychological distress. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. 84,77–89.
- Choi, M. S., y Ji, D. H. (2015). The comparative study on changes in job satisfaction and turnover intention according to the convergence mediating factors and the level of emotional labor in dental hygienists. *Journal of the Korea Convergence Society*. 6, 27-34.
- Choque, A. Y. P., Mejía, W. E., Vásquez, A. P., y Machaca, P. C. (2015). Liderazgo laissez faire. *Revista de Investigación de Administración*. 1, 67-72.
- Chrousos, G. P., Gold, P. W. (1998). A healthy body in a healthy mind- and viceversa- the damaging power of uncontrollable stress. *Journal of Clinic Endocrinology and Metabolism*, 83, 1842-1845.
- Chrousos, G. P., Loriaux, D. L., y Gold, P. W. (2013). *Mechanisms of physical and emotional stress* (Vol. 245). Springer Science y Business Media.
- D'Souza, R. M. Strazdins, L. Lim L. L, Broom D. H, Rodgers, B. (2003). Work and health in a contemporary society: Demands, control, and insecurity. *Journal of Epidemiology Community Health*, 57, 849–854.
- da Silva Valente, M. D. S., Lopes, C. S., Pastor-Valero, M., y Menezes, P. R. (2016). Psychosocial Work Conditions and Burnout Among Brazilian Bank Employees: A Cross-Sectional Study. *Annals of Occupational Hygiene*, <http://annhyg.oxfordjournals.org/content/early/2016/03/28/annhyg.mew013.short>. Con acceso 1 de mayo 2016.

- Dachapalli, L. A. P y Parumasur, S. B. (2012). Employee susceptibility to experiencing job insecurity. *South African Journal of Economic*, 1, 31-43.
- Dalphon, C. (2015). *Influence d'une intervention participative sur les perceptions de stress, de reconnaissance et d'habilitation dans un centre hospitalier* (Doctoral dissertation, Université de Sherbrooke).
- Darboe, A., Lin, I. F., y Kuo, H. W. (2016). Effort-reward imbalance and self-rated health among Gambian healthcare professionals. *BMC Health Services Research*, 16, 1 – 9 DOI 10.1186/s12913-016-1347-0. Con acceso 16 de abril de 2016.
- Davenport, T. O. (2015). Thriving at work: how organizational culture affects workplace fulfillment. *People & Strategy*, 38(3), 38-43.
- Davis, K. y Newstrom, J. (1999). *Comportamiento humano en el trabajo*. México: MC Graw Hill.
- De Arquer, M. I., Martín, F., Nogareda, C. (1995). *Ambigüedad y conflicto de rol. Nota técnica de Prevención*. 388. INSHT. Madrid.
- De Boer, E., Bakker, A., Syroit, J. y Schaufeli, W. (2002). Unfairness at work as a predictor of absenteeism. *Journal of Organizational Behavior*, 23, 181-197.
- De Coninck, J. y Stilwell, C. (2004). Incorporating organizational justice, role states, pay satisfaction and supervisor satisfaction in a model of turnover intentions. *Journal of Business Research*, 57, 225-231.
- De Cuyper, N., Mauno, S., Kinnunen, U., De Witte, H., Mäkikangas, A. y Nätti, J. (2010). Autonomy and workload in relation to temporary and permanent workers' job involvement. *Journal of Personnel Psychology*, 9, 40-49.

- de Kloet, E. R., de Jong, I. E., y Oitzl, M. S. (2008). Neuropharmacology of glucocorticoids: focus on emotion, cognition and cocaine. *European journal of pharmacology*, 585, 473-482.
- De Kloet, E. R., Oitz, M. S., y Joels, M. (1993). Functional implications of brain corticosteroide receptor diversity. *Cellular and Molecular Neurobiology*, 13, 433-455.
- De la Orden, M. V., y Zimmermann, M. (2015). *Informe anual de accidentes de trabajo en España 2014*. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Madrid.
- De la Rica, S. (2007). *Segregación ocupacional y diferencias salariales por género en España: 1995-2002*. Departamento de Fundamentos del Análisis Económico II, Universidad del País Vasco.
- De Raeve, L. Jansen, N. WH. van den Brandt, P.A. Vasse, R.M. y Kant,, J. (2008). Risk factors for interpersonal conflicts at work. *Scandinavian Journal of Work, Environment y Health*, 34, 96-106
- De Witte, H (2005). Job insecurity: review of the international literature on definitions, prevalence, antecedents and consequences. *South African Journal of Industrial Psychology*, 31, 1-6.
- Decreto 72/2001, de 2 de abril, del Gobierno Valenciano por el que se regula la atención continuada en el ámbito de la atención primaria.
- Delgado, A., Saletti-Cuesta, L., López-Fernández, L. A., y Toro-Cárdenas, S. (2013). Las características familiares y la salud percibida en médicas y médicos de familia de Andalucía. *Gaceta Sanitaria*, 27, 508-515.
- Delgado, D. L. (2013). *Riesgos derivados de las condiciones de trabajo y de la percepción de salud según el género de la población trabajadora en España*. Universidad de Alcalá. Tesis Doctoral.

- Demerouti, E., Bouwman, K., y Sanz-Vergel, A. I. (2015). Job resources buffer the impact of work-family conflict on absenteeism in female employees. *Journal of Personnel Psychology*. Con conexión 21 de septiembre de 2015. DOI: 10.1027/1866-5888/a000044.
- Denegri, M., García, J., y González, N. (2015). Definition of subjective well-being in professional young adults from Chile. A study of natural semantic networks. *CES Psicología*, 8, 77-97.
- Denton, M., y Vegchel, V. (2004). Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. *Social, Science and Medicine*, 58, 2585-2600.
- Derriennic F y Vézina M. (2006). *Intensificación del trabajo y repercusiones sobre la salud mental. Argumentos epidemiológicos aportados por la encuesta ESTEV*. In: Askenazy P, Cartron D, Coninck F, Gollac M, editores. *Organisation et intensité du travail*. Toulouse: Octares Editions; 327-333.
- Derriennic, F., Vézina, M., y Monfor, C., (2002) *Réactions émotionnelles et organisation du travail*, en Neboit, M., Vézina, M., *Stress au travail et santé psychique*, París: Octares, págs. 163-174.
- Desai, H. D., y Jann, M. W. (2000). Major depression in women: a review of the literature. *Journal of American Pharmacology Association*. 40, 525-537.
- Deschamps, A. Olivares, S. B. Rosa, K. L. y Asunsolo, A. (2011). Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del síndrome de burnout en médicos y enfermeras. *Medicina y Seguridad en el Trabajo*, 57, 224-241.
- Devereux J. M., Hastings R. P., Noone S. J., Firth A. y Totsika V. (2009). Social support and coping as mediators or moderators of

- the impact of work stressors on burnout in intellectual disability support staff. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 367–77.
- Díaz, X., y Mauro, A. (2012). *Riesgos psicosociales y salud mental de trabajadores y trabajadoras del sector salud en Chile*. E., Ansoleaga, O. Artaza, y J. Suarez, (Eds.) *Personas que cuidan personas: dimensión humana y trabajo en salud*. Santiago, Chile: OPS/OMS, 146-164.
- Diefendorff, J. M., Croyle, M. H., y Gosserand, R. H. (2005). The dimensionality and antecedents of emotional labor strategies. *Journal of Vocational Behavior*, 66, 339–357.
- Diefendorff, J. M., Erickson, R. J., Grandey, A. A., y Dahling, J. J. (2011). Emotional display rules as work unit norms: A multilevel analysis of emotional labour among nurses. *Journal of Occupational Health Psychology*, 16, 170–186.
- Direnzo, M., Greenhaus, J., y Weer, Ch. (2011). Job level, demands, and resources as antecedents of work-family conflict. *Journal of Vocational Behavior*, 78, 305-314.
- Dolbier, C. y Steinhardt, M. (2000). The development and validation of the sense of support scale. *Behavioral Medicine*, 25: 169-179.
- Domingo, M. (2011). El problema de "las crisis de ansiedad" en el profesorado. *Contextos*, Disponible en https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/692/Miguela%20520Domingo_02.pdf?sequence=1. Con acceso 10 de abril de 2016.
- Donnerstein, E. y Hatfield, E. (1982). *Aggression and inequity*. En J. Greenberg y R. L. Cohen (Eds.), *Equity and justice in social behavior* (pp. 309-336). Nueva York: Academic Press.
- Doti, J. F., (2012). *Latent Classes of Self-Reported Adolescent Depression in a Clinical In-Patient Population*. All Graduate

Theses and Dissertations. Paper 1-120.
<http://digitalcommons.usu.edu/etd/1157>

- Dow, S., Kulkarni, A., Klemmer, S., y Hartmann, B. (2012). *Shepherding the crowd yields better work*. In Proceedings of the ACM 2012 conference on Computer Supported Cooperative Work (pp. 1013-1022). ACM.
- Dragano, N. He, Y. Moebus, S. Jöckel, K. H. y Erbel, R. (2008). Two models of job stress and depressive symptoms Results from a population-based study. *Psychiatric Epidemiology*, 43,72–78
- Dragano, N., Verde, P. E. y Siegrist, J. (2005). Organisational downsizing and work stress: Testing synergistic health effects in employed men and women. *Journal of Epidemiology Community Health*, 59, 694–699.
- Dyke, L. y Murphy, S. (2006). How we define success. A qualitative study of what matters most to women and men. *Sex Roles*, 55: 357-71.
- Eagly, A. H., y Wood, W. (1999). The origins of sex differences in human behavior: Evolved dispositions versus social roles. *American Psychologist*, 54, 408-423.
- Eatough, E. M., Way, J. D., y Chang, C. H. (2012). Understanding the link between psychosocial work stressors and work-related musculoskeletal complaints. *Applied ergonomics*, 43, 554-563.
- Eichenbaum, H., Otto T. (1992). The hippocampus: what does it do? Behaviour and. *Neural. Biology*, 57, 2-36.
- El control del absentismo laboral. (2016, 7 de agosto). *Cinco días*. http://cincodias.com/cincodias/2016/08/05/economia/1470419076_248757.html Con acceso 8 de agosto 2016.

- Elmuti, D., Lehman, J., Harmon, B., Lu, X., Pape, A., Zhang, R., y Zimmerle, T. (2003). Inequality between genders in the executive suite in corporate America: moral and ethical issues. *Equal Opportunities International*, 22, 40-58.
- Elwér, S., Aléx, L., y Hammarström, A. (2012). Gender (in) equality among employees in fielder care: implications for health. *International Journal for Equity in Health*, 11, 1-11.
- Ergeneli, A., Ilsev, A., y Karapınar, P. B. (2010). Work-family conflict and job satisfaction relationship: The roles of gender and interpretive habits. *Gender, Work & Organization*, 17, 679-695.
- Erickson R. y Ritter C (2001). Emotional Labor, Burnout and in authenticity. Does Gender Matter?. *Social Psychology Quarterly*, 64, 146-163.
- Erlinghagen, M. (2008). Self-perceived job insecurity and social context: A multi-level analysis of 17 European countries. *European Sociological Review*, 24, 183-197.
- Escribà-Agüir, V., Martín-Baena, D., y Pérez-Hoyos, S. (2006). Psychosocial work environment and burnout among emergency medical and nursing staff. *International archives of occupational and environmental health*, 80, 127-133.
- Esteban, S. (2014). *Estatus laboral, género y salud*. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología.
- Estryn-Mehar, M., Van der Heijden, B. I., Ogiska, H., Camerino, D., Le Ne`zet, O., Conway, P. M., Fry, C., Hasselhorn, H. M., Group, N. S., (2007). The impact of social work environment, teamwork characteristics, burn-out and personal factors on intent to leave among European nurses. *Medical Care*, 45, 939-950.
- Etxebarria, I., Ortiz, M. J., Conejero, S., y Pascual, A. (2009). Intensity of habitual guilt in men and women: Differences in interpersonal

- sensitivity and the tendency towards anxious-aggressive guilt. *The Spanish Journal of Psychology*, 12, 540-554
- Eurofound (2012). *Fifth European Working Conditions Survey*. Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Fan, L. B., Blumenthal, J. A., Watkins, L. L., y Sherwood, A. (2015). Work and home stress: associations with anxiety and depression symptoms. *Occupational Medicine*, <https://occmed.oxfordjournals.org/content/early/2015/01/09/occmed.kqu181.full.pdf+html>. Con acceso 17 de abril 2016.
- Farrar, W. L. (1987). *Hematopoietic Growth Factors. Molecular Basis of Lymphokine Action* 443-447. Humana Press.
- Feldman, D. C. (2002). *Work careec. A Developmental perspective*. San Francisco, CA. Jossey-Bass.
- Fernández, M.C., de la Cruz, M.L., Gayoso, M., Rodríguez, S. (2015). Carga mental en la mujer trabajadora: desigualdad de género y prevalencia. *Medicina y Saguridad en el Trabajo*, 61, 18-33.
- Fernández-Montalvo, J., y Piñol, E. (2000). Horario laboral y salud: consecuencias psicológicas de los turnos de trabajo. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 5, 207-222.
- Ferrer, R, y Dalmau, I. (2004). Revisión del concepto de carga mental: evaluación, consecuencias y proceso de normalización. *Anuario de Psicología*, 35, 521-545
- Ferro-Soto, C. García-Alonso, E. y Lareo-Lodeiro, B. (2014). Determinantes del absentismo laboral según enfoque sociológico. Caso: empresa auxiliar automoción española. *Revista Venezolana de Gerencia*, 68, 575-597.

- Flaherty, J. A. y Richman, J. A. (1993). Substance use and addiction among medical students, residents, and physicians. *Psychiatric Clinics of North America*, 16, 189–97.
- Foa, E. B., Keane, T. M., y Friedman, M. J. (2003). Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. *Psycho-oncology*, 12, 99-100.
- Fraga, M. P. (2013). Estrés y factores relacionados en el personal sanitario de hospitalización psiquiátrica: un estudio de prevalencia. *Enfermería Global*, 12, 125-150.
- Frankenhaeuser, M., Dunne, E., y Lundberg, U. (1976). Sex differences in sympathetic-adrenal medullary reactions induced by different stressors. *Psychopharmacology*, 47, 1-5.
- Freimann, T., y Merisalu, E. (2015). Work-related psychosocial risk factors and mental health problems amongst nurses at a university hospital in Estonia: A cross-sectional study. *Scandinavian journal of public health*, (con acceso 24 de septiembre de 2015. doi: 10.1177/1403494815579477.
- French, J. R., y Kahn, R. L. (1962). A Programmatic Approach to Studying the Industrial Environment and Mental Health¹. *Journal of social issues*, 18, 1-47.
- Frone, M. N. Rusell, M. y Cooper, M. L. (1992). Antecedents and outcomes of work-family conflict: Testing a model of the work-family interface. *Journal of Applied Psychology*, 77, 65-78.
- Frone, M. N. Yardley, J. K. y Markel, K. S. (1997). Developing and testing an integrative model of the work-family interface. *Journal of Vocational Behavior*, 50, 145-167.
- Frone, M. R. (2000). Interpersonal conflict at work and psychological outcomes: Testing a model among young workers. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 246-255.

- Frone, M. R. (2000). Work-family conflict and employee psychiatric disorders: the National Comorbidity Survey. *Journal of Applied Physiology*, 85, 888–895.
- Frone, M. R. (2015). Relations of negative and positive work experiences to employee alcohol use: Testing the intervening role of negative and positive work rumination. *Journal of occupational health psychology*, 20, 148-160.
- Frutos, M. (2014). *Relación entre los modelos de gestión de recursos humanos y los niveles de estrés laboral y burnout en los profesionales de enfermería de atención especializada*. Tesis Doctoral
- Fuchs, E., y Flügge, G. (2003). Chronic social stress: effects on limbic brain structures. *Physiology and Behavior*, 79, 417-427.
- Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo (2006). *Cuarta Encuesta Europea sobre las Condiciones de Trabajo*. Dublín.
- Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo (2010). *Quinta Encuesta Europea sobre las Condiciones de Trabajo*. Dublín.
- Gaab, J., Rohleder, N., Nater, U. M., y Ehlert, U. (2005). Psychological determinants of the cortisol stress response: the role of anticipatory cognitive appraisal. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 599-610.
- Galinowski A., y Lôo, H. (2003). Biologie du stress. *Annales Medico Psychologiques*, 161, 797-803.
- Galletta, M. Portoghese, I. Penna, M. P. Battistelli, A. y Saiani, L. (2011) Turnover intention among Italian nurses: the moderating roles of supervisor support and organizational support. *Nursing & Health Sciences*, 13, 184–191.

- Gama, Z. A. D. S., Oliveira, A. C. D. S., y Hernández, P. J. S. (2013). Patient safety culture and related factors in a network of Spanish public hospitals. *Cadernos de Saúde Pública*, 29, 283-293.
- García, C. C., Roche, M. E. M., García, C. I. G., y de Pedro, M. M. (2015a). Satisfacción laboral de los profesionales sanitarios de un Hospital Universitario: análisis general y categorías laborales. *Anales de psicología*, 31, 645-650.
- García, M. E. A., López, M. P. S., Dresch, V., y Morales, J. F. D. (2008). Las relaciones entre la salud física y psicológica según el estatus laboral. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 7, 201-212.
- García, M. Y., Pérez, M. A., y Albacete, A. (2014). Diferencias en riesgos psicosociales y estrés laboral percibido en los cuerpos de policía local atendiendo al género y la antigüedad. *Apuntes de Psicología*, 31, 291-298.
- García, M., Luján, M. E. y Martínez, M. A. (2007). Satisfacción laboral del personal de salud. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 15, 63-72.
- García, M.Y, Pérez, M.A, Albacete, A. (2013). Diferencias en riesgos psicosociales y estrés laboral percibido en los cuerpos de policía local atendiendo al género y la antigüedad. *Apuntes de Psicología*, 31, 291-298.
- García-Retamero R y López-Zafra E. (2008). Atribuciones causales sobre éxito y fracaso y percepción del liderazgo femenino. *Estudios de Psicología*, 29: 273-287.
- García-Rodríguez, A., Gutiérrez-Bedmar, M., Bellón-Saameño, J. Á., Muñoz-Bravo, C., y Navajas, J. F. C. (2015). Entorno psicosocial y estrés en trabajadores sanitarios de la sanidad pública:

- diferencias entre atención primaria y hospitalaria. *Atención Primaria*, 47, 359-366.
- Garrido, M. P., y Pacheco, N. E. (2012). Inteligencia emocional percibida en el profesorado de primaria y su relación con los niveles de burnout e ilusión por el trabajo (engagement) perceived emotional intelligence in primary school teachers and its relationship with levels. *Revista de Educación*, 359, 604-627.
- Garrido-Alcalde, L. (2014). *Estrés laboral, apoyo social, inteligencia emocional y su papel en el conflicto trabajofamilia: Diferencias por género*. Trabajo fin de grado. Universidad de psicología de Jaen.
- Gartzia, L., Aritzeta, A., Balluerka, N., y Barberá, E. (2012). Inteligencia emocional y género: más allá de las diferencias sexuales. *Anales de psicología*, 28, 567-575.
- Gayoso, M., Rodríguez, S., Fernández, M., y Cruz, M. (2015). Desigualdad de género en las actividades de prevención de riesgos laborales. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 61, 4-17.
- Gerlach, J., y Mc Ewen, B.S., (1972). Rat brain binds adrenal steroid hormones: radioautography of hippocampus with corticosterone. *Science* 175: 1133-36.
- Geurts, S. A., Schaufeli, W. B., y Rutte, C. G. (1999). Absenteeism, turnover intention and inequity in the employment relationship. *Work y Stress*, 13, 253-267.
- Gibbons, C. (2010). Stress, coping and burn-out in nursing students. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 1299-1309.
- Gil-Monte, P. R. (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología em Estudo*, 7, 3-10.

- Gil-Monte, P.R. (2011). *CESQT. Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo*. Manual. Madrid: TEA Ediciones.
- Gil-Monte, P. R. (2012). Influence of guilt on the relationship between burnout and depression. *European Psychologist*, 17, 231-236.
- Gil-Monte, P. (2014). *Manual de psicología aplicada al trabajo y a la prevención de riesgos laborales*. Ed Pirámide. Madrid.
- Gil-Monte, P. R. (2016a). La Batería UNIPSICO: propiedades psicométricas de las escalas que evalúan los factores psicosociales de demanda. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 19, 86-94.
- Gil-Monte, P. R. (2016b). La Batería UNIPSICO: propiedades psicométricas de las escalas que evalúan los factores psicosociales de recursos. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 19, 95-102.
- Gil-Monte, P. R., Carretero, N., Roldán, M. D., Núñez-Román, E. (2005). Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en monitores de taller para personas con discapacidad. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21, 107-123.
- Gil-Monte, P. R., García-Jueas A, Caro M. (2008). Influencia de la Sobrecarga laboral y la Autoeficacia sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería: un estudio en enfermeras profesionales. *Revista Interamericana de Psicología*. 42: 113-118.
- Gil-Monte, P. R., García-Jueas, J. A., Núñez, E. M., Carretero, N., Roldán, M. D., y Caro, M. (2006). Validez factorial del "Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo"(CESQT). *Psiquiatría. com*, 10. 1-9.

- Gil-Monte, P. R., López-Vílchez, J., Llorca-Rubio, J. L., y Sánchez, J. (2016). Prevalencia de riesgos psicosociales en personal de la administración de justicia de la Comunidad Valenciana (España). *Liberabit*. 22. 7 – 19.
- Gil-Monte, P. R., y Olivares, V. E. (2011). Psychometric properties of the “Spanish Burnout Inventory” in Chilean professionals working to physical disabled people. *The spanish journal of psychology*, 14, 441-451.
- Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M., Varcacel, P. (1996). La incidencia del síndrome de burnout sobre la salud: un estudio correlacional en profesionales de enfermería. *Psiquis*. 17, 190-195.
- Gillet, N., Fouquereau, E., Bonnaud-Antignac, A., Mokoukolo, R., y Colombat, P. (2013). The mediating role of organizational justice in the relationship between transformational leadership and nurses’ quality of work life: A cross-sectional questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 50, 1359-1367.
- Glavin, P., Schieman, S., y Reid, S. (2011). Boundary-spanning work demands and their consequences for guilt and psychological distress. *Journal of Health and Social Behavior*, 52, 43-57.
- Goetz, K., Musselmann, B., Szecsenyi, J., y Joos, S. (2013). The influence of workload and health behavior on job satisfaction of general practitioners. *Annals of Family Medicine*, 45, 95-101.
- Goh, Y. W., Sawang, S., y Oei, T. P. (2010). The Revised Transactional Model (RTM) of occupational stress and coping: An improved process approach. *The Australian and New Zealand Journal of Organisational Psychology*, 3, 13-20.
- Gómez, V. (2012). *Riesgos para la salud de profesores universitarios derivados de factores psicosociales-laborales*. Documento CESO 196. Bogotá: Uniandes-CESO.

- Gómez, V. y Jiménez, A. (2015). Corresponsabilidad familiar y el equilibrio trabajo-familia: medios para mejorar la equidad de género. *Polis*, 14, 377-396.
- Gómez, V., Perilla, E., y Hermosa, A. M. (2015). Moderación de la relación entre tensión laboral y malestar de profesores universitarios: papel del conflicto y la facilitación entre el trabajo y la familia. *Revista Colombiana de Psicología*, 24, 185-201.
- Gómez, V., Toro, L. E. P., y Rodríguez, A. M. H. (2015). Moderación de la Relación Entre Tensión Laboral y Malestar de Profesores Universitarios: Papel del Conflicto y la Facilitación Entre el Trabajo y la Familia. *Revista Colombiana de Psicología*, 24, 185-201.
- Gómez-Martínez, S., Ballester-Arnal, R., Gil-Julia, B., y Abizanda-Campos, R. (2015). Ansiedad, depresión y malestar emocional en los profesionales sanitarios de las Unidades de Cuidados Intensivos. *Anales de psicología*, 31, 743-750.
- Gong, Y., Han, T., Chen, W., Dib, H. H., Yang, G., Zhuang, R., Lu, Z. (2014). Prevalence of anxiety and depressive symptoms and related risk factors among physicians in china: A cross-sectional study. *PLoS One*, 9, e103242. doi:<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0103242>
- González-Santa Cruz, F., Sánchez-Cañizares, S. M. y López-Guzmán, T. (2011). Satisfacción laboral como factor crítico para la calidad: El caso del sector hostelero de la provincia de Córdoba-España. *Estudios y perspectivas en turismo*, 20, 1047-1068.
- Goodwin, R. E., Groth, M., y Frenkel, S. J. (2011). Investigating the relationships between emotional labor, job performance, and turnover. *Journal of Vocational Behavior*, 79, 538-548.

- Gotlib, L., Kenaszchuk, C., Dainty, K., Zwarenstein, M., y Reeves, S. (2014). Nurse–Physician Collaboration in General Internal Medicine: A Synthesis of Survey and Ethnographic Techniques. *Health and Interprofessional Practice*, 2, 2. <http://commons.pacificu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1057ycontext=hip> con acceso 23 de abril 2016.
- Gracia, A. I. y Ovejero, A. (1998). La medida del feedback laboral en las organizaciones: Adaptación del cuestionario Job Feedback Survey. *Psicothema*. 10, 241-257.
- Gracia, J. H., Torres, E. M., Muñoz, E. M., y Castillo, F. (2015). Justicia organizacional y su relacion con el personal docente de una institución de educacion superior. *Global Journal of Management And Business Research*, 15, <http://www.journalofbusiness.org/index.php/GJMBR/article/viewFile/1719/1621>. Con acceso 24 de abril 2016.
- Grandey, A. A. (2000). Emotion regulation in the workplace: A new way to conceptualize emotional labour. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 95–110.
- Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. (2009). El síndrome de burnout en profesionales sanitarios hispanoamericanos y españoles. Influencia de factores personales, profesionales y nacionales. *Revista Española de Salud Pública*; 8: 215-230.
- Grau-Alberola, E. (2014). *Manual de psicología aplicada al trabajo y a la prevención de riesgos laborales*. Ed Pirámide. Madrid.
- Green, F., y Tsitsianis, N. (2005). An Investigation of National Trends in Job Satisfaction in Britain and Germany. *British Journal of Industrial Relations*, 43, 401-429.
- Greenhalgh L, Rosenblatt Z. (1984). Job insecurity – toward conceptual clarity. *Academy of Management Review* ;9:438–448.

- Greenhaus, J. H. y Beutell, N. J. (1985). Sources of conflict between work and family roles. *Academy of Management Review*, 10, 76-88.
- Greenhaus, J. H., y Powell, G. N. (2006). When work and family are allies: A theory of work-family enrichment. *Academy of management review*, 31, 72-92.
- Griep, Y., Kinnunen, U., Nätti, J., De Cuyper, N., Mauno, S., Mäkikangas, A., y De Witte, H. (2016). The effects of unemployment and perceived job insecurity: a comparison of their association with psychological and somatic complaints, self-rated health and life satisfaction. *International archives of occupational and environmental health*, 89, 147-162.
- Gu, F., Han, J., Laden, F., Pan, A., Caporaso, N. E., Stampfer, M. J., Kawachi, I., Rexode, K. M. Willet, W. C., Hankinson, S. E., Speizer, F. E. y Schernhammer, E. S. (2015). Total and cause-specific mortality of us Nurses working rotating night shifts. *American journal of preventive medicine*, 48, 241-252.
- Guchait, P., Paşamehmetoğlu, A., y Madera, J. (2016). Error management culture: impact on cohesion, stress, and turnover intentions. *The Service Industries Journal*, 1-18.
- Gutiérrez, P. y Luengo, M.R. (2003). Orientación vocacional y género. *Campo Abierto*, 23, 85-98.
- Guyton, A. C. y Hall, J. E (2001). *Tratado de Fisiología Médica*. Editora Importécnica. Madrid. 920-935 y 738-751.
- Hagström, T., y Kjellberg, A. (2007). Stability and change in work values among male and female nurses and engineers. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48, 143-151.
- Haines, V., Marchand, A, Rousseau, V., y Demers, A. (2008). The mediating role of work-to-family conflict in the relationship

- between shiftwork and depression. *Work and Stress: An International Journal of Work, Health and Organisations*, 22, 341-356.
- Håkansson, C., y Ahlborg Jr, G. (2016). Occupations, perceived stress, and stress-related disorders among women and men in the public sector in Sweden. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 1-8.
- Hämning, O, y Bauer, G. (2009). Work-life imbalance and mental health among male and female employees in Switzerland. *International Journal of Public Health*. 54: 88–95.
- Hamon-Cholet, S., Rougerie, C., (2000). La charge mentale au travail: des enjeux complexes pour les salariés. *Economie et statistique*, 339, 243-255.
- Hao, J., Wang, J., Liu, L., Wu, W., y Wu, H. (2016). Perceived Organizational Support Impacts on the Associations of Work-Family Conflict or Family-Work Conflict with Depressive Symptoms among Chinese Doctors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13, 326-339.
- Hao, J., Wu, D., Liu, L., Li, X., y Wu, H. (2015). Association between work-family conflict and depressive symptoms among Chinese female nurses: The mediating and moderating role of psychological capital. *International journal of environmental research and public health*, 12, 6682-6699.
- Harrison, B. E. (1985). *The person-environment fit model and the study of job stress*. En T.A. Beehr y R.S. Bhagat (Eds.), *Human stress and cognition in organizations*, 23-56. New York: John Wiley.
- Harrison, P. M. (2011). *Depression and gender: the expression and Experience of melancholy in the eighteenth Century*. Tesis

doctoral University of Northumbria at Newcastle for the degree of Doctor of Philosophy.

- Hart, J. L., y Cress, C. M. (2008). Are women faculty just “worrywarts?” Accounting for gender differences in self-reported stress. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 17, 175-193.
- Harvey, J., y Nicholson, N. (1999). Minor illness as a legitimate reason for absence. *Journal of Organizational Behavior*, 20(6), 979.
- Hater, J. J., y Bass, B. M. (1988). Superiors’ evaluations and subordinates’ perceptions of transformational and transactional leadership. *Journal of Applied Psychology*, 73, 695–702.
- Health and Safety Executive. *Work related stress, anxiety and depression statistics in Great Britain 2014/15*
<http://www.hse.gov.uk/statistics/causdis/stress/> con acceso 22 de mayo 2016.
- Herold, D.M. y Parsons, C.K. (1985). Assessing the feedback environment in work organizations: Development of the job feedback survey. *Journal of Applied Psychology*, 70, 290-305.
- Hinkka, K., Kuoppala, J., Väänänen-Tomppo, I., y Lamminpää, A. (2013). Psychosocial work factors and sick leave, occupational accident, and disability pension: A cohort study of civil servants. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 55, 191-197.
- Hinkle, L. E. (1974) The concept of "stress" in the biological and social sciences. *International Journal Psychiatry Medicine*. 5: 335-357.
- Hinojosa-García, L., Alonso-Castillo, M. M., y Castillo-Muraira, Y. (2012). Autoeficacia percibida y consumo de alcohol en trabajadores de la salud. *Revista de enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 20, 19-25.

- Hintsala, T., Kouvonen, A., McCann, M., Jokela, M., Elovainio, M., y Demakakos, P. (2015). Higher effort–reward imbalance and lower job control predict exit from the labour market at the age of 61 years or younger: evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. *Journal of epidemiology and community health*, 69, 543-549.
- Hipple, S. (2001). Contingent work in the late 1990s. *Monthly labor review*, 124, 3–27.
- Hochschild, A. (2003). *Captivity Nation*. New York times book review, (52354), 10.
- Hochschild, A.R. (1983). *The managed heart: Commercialization of human feeling*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Hoffman, M. L. (1977). Sex differences in empathy and related behaviours. *Psychological Bulletin*, 84, 712-722.
- Holliday, J., Casper, W.J., Matthews, R.A., Allen, T. D. (2013) Family-supportive organizational perceptions and organizational commitment: The mediating role of work-family conflict and enrichment and partner attitudes, *Journal of Applied Psychology*, 98, 606-622.
- Howell, J. M., y Avolio, B. J. (1993). Transformational leadership, transactional leadership, locus of control, and support for innovation: Key predictors of consolidated business unit performance. *Journal of Applied Psychology*, 7, 891–902. http://www.sepe.es/contenido/empleo_formacion/empresas/contratos_trabajo/indice_contratos.html
- Hülshager, U. R., y Schewe, A. F. (2011). On the costs and benefits of emotional labour: A meta-analysis of three decades of research. *Journal of Occupational Health Psychology*, 16, 361–389.

- Hung, J. S., Liu, T. T., Yi, C. H., Lei, W. Y., y Chen, C. L. (2015). Altered anorectal function in rotating shift workers: Association with autonomic dysfunction and sleep disturbance. *Advances in Digestive Medicine*.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.aidm.2015.03.002>. Con acceso 17 de abril 2016.
- Husso, M., y Hirvonen, H. (2012). Gendered agency and emotions in the field of care work. *Gender, Work & Organization*, 19, 29-51.
- Huynh, V. T. (2014). *Leadership in Diversity Organizations, and Immigrants' Organizational Commitment and Subjective General Health*. 1-49. Tesis doctoral Universidad de Bergen
- Ichino, A. y Moretti, E. (2009). Biological gender differences, absenteeism, and the earnings gap. *American Economic Journal: Applied Economics*, 1, 183-218.
- Iglesias, C. y Llorente, R. (2010). Evolución reciente de la segregación laboral por género en España. *Revista Universitaria de Ciencias del Trabajo*, 11, 81-105.
- Ilies, R., Aw, S. S., y Lim, V. K. (2016). A Naturalistic Multilevel Framework for Studying Transient and Chronic Effects of Psychosocial Work Stressors on Employee Health and Well-Being. *Applied Psychology*, 65, 223-258.
- Instituto Nacional de Estadística (2014). *Encuesta Anual de Estructura Salarial, año 2012*. Disponible en <http://www.ine.es/prensa/np852.pdf> acceso el 23 de abril de 2015.
- Instituto Nacional de Estadística. (2015). *Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados Año 2014*. <http://www.ine.es/prensa/np909.pdf>. Con acceso 13 de mayo 2016.

- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (2007). *VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo*. INSHT. Madrid.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (2011). *VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo*. INSHT. Madrid.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene. *Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo social (I)*. NTP. 603. Madrid.
- Instituto Navarro de Salud Laboral (INSL). (1997). *Encuesta Navarra de Salud y Condiciones de Trabajo*. Pamplona. INSL.
- Instituto Nacional de Estadística (2015). <http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=982ycapsel=985>. Acceso 15 de septiembre de 2015.
- International Labour Office (2004). *Breaking through the glass ceiling: Women in management*. Geneva: International Labour Office.
- Ironson, G.H. (1992). *Job stress and Health*. En C.J. Cranny, P.C. Smith, E.F. Stone. *Job Satisfaction*. Lexington Books. New York.
- Isambert-Jamati, V. (1960). *Adaptation au travail et niveau de qualification des femmes salaries*. *Revue française de sociologie*. 1, 45-60.
- Ito, Y., Nakamura, S., Kimura, R., Mori, M., Okanoya, J., Somemura, H., y Tanaka, K. (2015). Relationship between organizational justice and psychological distress among hospital nurses. *The Kitasato medical journal*, 45, 38-44.
- Jaiswal, P., Gadpayle, A. K., Singhal, A. K., Sachdeva, S., Modi, R. K., Padaria, R., y Ravi, V. (2015). Job satisfaction among hospital staff working in a Government teaching hospital of India. *Medical Journal of Dr. DY Patil University*, 8, 131-137.
- James, S. Boles, J. S., Howard, W. G., Donofrio, H. H. (2001). An Investigation into the Inter-Relationships of Work-Family

Conflict, Family-Work Conflict and Work Satisfaction. *Journal of Managerial Issues*. 13, 376-390.

Jansen, N. W., Kant, I., van Amelsvoort, L. G., Kristensen, T. S., Swaen, G. M., y Nijhuis, F. J. (2006). Work–family conflict as a risk factor for sickness absence. *Occupational and Environmental Medicine*, 63, 488-494.

Jefferson, L., Bloor, K., y Spilsbury, K. (2015). Exploring gender differences in the working lives of UK hospital consultants. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 0141076814558523 con acceso 25 de septiembre de 2015.

Jenny, G. J., Brauchli, R., Inauen, A., Füllemann, D., Fridrich, A., y Bauer, G. F. (2015). Process and outcome evaluation of an organizational-level stress management intervention in Switzerland. *Health promotion international*, 30, 573-585.

Jiang, X., Tian, S., y Xi, Y. (2015). *Health Workers' Work-to-Family Conflict: The Separate and Joint Effects of Workload and Emotion-rule Dissonance*. 37-43.

Johnson, J. V. (1986). *The impact of workplace social support, job demands and work control upon cardiovascular disease in Sweden* (Doctoral dissertation, ProQuest Information y Learning).

Johnson, H. A. y Spector, P. E. (2007). Service with a smile: Do emotional intelligence, gender, and autonomy moderate the emotional labor process? *Journal of occupational health psychology*, 12, 319-333.

Jones, D. W., Kim, J. S., Kim, S. J., y Hong, Y. P. (1996). Hypertension awareness, treatment and control rates for an Asian population: results from a national survey in Korea. *Ethnicity and Health*, 1, 269-273.

- Kahn, R. L., Wolfe, D. M., Quinn, R. P., Snoek, J. D., y Rosenthal, R. A. (1964). *Organizational stress: Studies in role conflict and ambiguity*. New York, NY: Wiley.
- Kalet, A., Fletcher, K., Ferdman, D. y Bickell, N. (2006). Defining, navigating, and negotiating success. The experience of Mid-career Robert Wood Johnson Clinical ScholarWomen. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 920-925.
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-311.
- Karimi, R., Omar, Z. B., Alipour, F., y Karimi, Z. (2014). The influence of role overload, role conflict, and role ambiguity on occupational stress among nurses in selected Iranian hospitals. *International Journal of Asian Social Science*, 4, 34-40.
- Kath, L. M., Stichler, J. F., y Ehrhart, M. G. (2012). Moderators of the negative outcomes of nurse manager stress. *Journal of Nursing Administration*, 42, 215-221.
- Katz, D., Kahn, R. L., y Adams, J. S. (1980). *The study of organizations*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Katz, D., y Kahn, R. L. (1978). *The social psychology of organizations*. <http://sites.idc.ac.il/dice/files/activity2.pdf>. con acceso 2 de diciembre de 2015.
- Keller, R. T. (1992). Transformational leadership and the performance of research and development project groups. *Journal of Management*, 18, 489-501.
- Kiecolt-Glaser, J., Mcguire, L., Robles, T. y Glaser, R. (2002). Emotions, morbidity, and mortality: New perspectives from psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 53: 83-107.

- Kiefer, T. (2005). Feeling bad: Antecedents and consequences of negative emotions in ongoing change. *Journal of Organizational Behavior*, 26, 875–897.
- Kim, I. H. Khang, Y. H. Muntaner, C. Chun, H. Cho, S. I. (2008). Gender, precarious work, and chronic diseases in South Korea. *American Journal of Industrial Medicine* 51:748–757.
- Kim, J. H., y Park, Y. S. (2015). Effects of Emotional Labor and Self-efficacy on Psychosocial Stress of Nurses. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 21, 111-121.
- Kinnunen, U., Feldt, T. y Mäkikangas, A. (2008). Testing the Effort-Reward Imbalance Model among Finnish managers: The role of perceived organizational support. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13, 114-127.
- Kinnunen, U., Feldt, T., de Bloom, J., y Korpela, K. (2015). Patterns of daily energy management at work: relations to employee well-being and job characteristics. *International archives of occupational and environmental health*, 88, 1077-1086.
- Kivimäki, M. Honkonen, T. Wahlbeck, K. Elovainio, M. Pentti, J. Klaukka, T. Virtanen, M. Vahtera, J. (2007). Organisational downsizing and increased use of psychotropic drugs among employees who remain in employment. *Journal of Epidemiology Community Health*, 61, 154–158.
- Kmec, J. A. y Gorman, E. H. (2010), Gender and Discretionary Work Effort: Evidence from the United States and Britain. *Work and Occupations*, 37, 3–36.
- Kodama, Y., Fukahori, H., Sato, K., y Nishida, T. (2016). Is nurse managers' leadership style related to Japanese staff nurses' affective commitment to their hospital?. *Journal of Nursing Management*.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jonm.12392/epdf> con acceso 8 de mayo de 2016

- Kõlves, K., y De Leo, D. (2013). Suicide in medical doctors and nurses: an analysis of the queensland suicide register. *The Journal of nervous and mental disease*, 201, 987-990.
- Kouvonen, A. Kivimaki, M. Elovainio, M. Pentti, J. Linna, A. Virtanen, M. y Vahtera, J. (2006). Effort/reward imbalance and sedentary lifestyle: An observational study in a large occupational cohort. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 63:422–427.
- Krajewski, H. T., y Goffin, R. D. (2005). Predicting occupational coping responses: The interactive effect of gender and work stressor context. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10(1), 44-53.
- Kristensen, K., Juhl, H. J. r., Eskildsen, J., Nielsen, J., et al (2006). Determinants of absenteeism in a large Danish bank. *The International Journal of Human Resource Management*, 17, 1645.
- Kulkarni, S., O'Farrel, I., Erasi, M., y Kochar, M. S. (1998). Stress and hypertension. *Wisconsin Medical Journal*, December, 34-38.
- Kwok, S. Y., Cheng, L., y Wong, D. F. (2015). Family emotional support, positive psychological capital and job satisfaction among Chinese white-collar workers. *Journal of Happiness Studies*, 16, 561-582.
- Laaksonen M., Pitk€aniemi J., Rahkonen O. y Lahelma E. (2010) Work arrangements, physical working conditions, and psychosocial working conditions as risk factors for sickness absence: Bayesian analysis of prospective data. *Annals of Epidemiology*, 20, 332–338.

- Labeau, W. C. (2012). *Work-based and Nonwork-based Support: The Moderating Effects of Social Support on Job Insecurity*. Tesis Doctoral University San Marcos. California State.
- Lam, L. C. W., Wong, C. S. M., Wang, M. J., Chan, W. C., Chen, E. Y. H., Ng, R. M. K., Hung, S. F. Cheung, E. F. Sham, P. Chiu, H. F. Lam, M. Chang, W. Lee, E. H. Chiang, T. Lau, J. T. van Os, J. Lewis, G. y Bebbington, P. (2015). Prevalence, psychosocial correlates and service utilization of depressive and anxiety disorders in Hong Kong: the Hong Kong Mental Morbidity Survey (HKMMS). *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 50, 1379-1388.
- Lambert, E. G., Altheimer, I., y Hogan, N. L. (2010). An exploratory examination of a gendered model of the effects of role stressors. *Women & Criminal Justice*, 20, 193-217.
- Lamm, E., Gordon, J. R., y Purser, R. E. (2010). The role of value congruence in organizational change. *Organization Development Journal*, 28, 49-64.
- Landsbergis, P. A. Grzywacz, J. G., y LaMontagne, A. D. (2011). *Work Organization, Job Insecurity, and Occupational Health Disparities. An Issue Paper for Discussion at the Eliminating Health and Safety Disparities at Work Conference*, Chicago, Illinois, September 14 and 15, 2011 (rev 11-14-11pm)
- Laschinger, H. K. S. (2012a). Job and career satisfaction and turnover intentions of newly graduated nurses. *Journal of nursing management*, 20(4), 472-484.
- Laschinger, H. K. S., Wong, C. A., y Grau, A. L. (2012b). The influence of authentic leadership on newly graduated nurses' experiences of workplace bullying, burnout and retention outcomes: A cross-

- sectional study. *International journal of nursing studies*, 49, 1266-1276.
- Låstad, L., Näswall, K., Berntson, E., Seddigh, A., y Sverke, M. (2015). The Role of Shared Perceptions of Job Insecurity and Job Insecurity Climate for Work-and Health-Related Outcomes: A Multilevel Approach. <http://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A844323&ydsid=-5641>
Con acceso 17 de abril 2016.
- Lau, B. Knardahl, S. (2008). Perceived Job Insecurity, Job Predictability, Personality, and Health. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*; 50:172-181.
- Lawson, C. C., Whelan, E. A., Hibert, E. N. L., Spiegelman, D., Schernhammer, E. S., y Rich-Edwards, J. W. (2011). Rotating shift work and menstrual cycle characteristics. *Epidemiology*, 22, 305-312.
- Lazarevich, I., Delgadillo-Gutiérrez, H. J., Mora-Carrasco, F., y Martínez-González, Á. B. (2013). Depresión, autoestima y características de personalidad asociadas al género en estudiantes rurales de México. *Alternativas en Psicología*, 17(29), 44-57.
- Lazarevich, I., Mora-Carrasco, F. (2008). Depresión y género: Factores psicosociales de riesgo. *Salud Problema*, segunda época. 1: 7-12.
- Lazarus, R. S., y Cohen, J. B. (1977). *Environmental Stress*. En I. Altman y J. F. Wohlwill (Eds.), *Human behavior and the environment: Current theory and research*. New York: Plenum.
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S., Folkman S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

- Leach, L. S., Christensen, H., Mackinnon, A. J., Windsor, T. D. y Butterworth, P. (2008). Gender differences in depression and anxiety across the adult lifespan: the role of psychosocial mediators. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*; 43:983-998.
- Leijten, F. R., van den Heuvel, S. G., van der Beek, A. J., Ybema, J. F., Robroek, S. J., y Burdorf, A. (2015). Associations of work-related factors and work engagement with mental and physical health: a 1-year follow-up study among older workers. *Journal of occupational rehabilitation*, 25, 86-95.
- Leilanie, J. (2009). Effect of work intensification and work extensification on women's health in the globalised labour market. *Journal of International Women's Studies*; 10:111-126.
- Leineweber, C., Baltzer, M., Hanson, L. L. M., y Westerlund, H. (2013). Work-family conflict and health in Swedish working women and men: a 2-year prospective analysis (the SLOSH study). *The European Journal of Public Health*, 23, 710-716.
- Leineweber, C., Westerlund, H., Chungkham, H. S., Lindqvist, R., Runesdotter, S., y Tishelman, C. (2014). Nurses practice environment and work-family conflict in relation to burn out: a multilevel modelling approach. *PloS one*, 9(5), e96991. con acceso 25 de octubre de 2015.
- León-Rubio, J.M., León-Pérez, J.M., Cantero, F.J. (2013). Prevalencia y factores predictivos del Burnout en docentes de la enseñanza pública: el papel del género. *Ansiedad y estrés*. 19, 11-25.
- Lerner, A.B. Case, J.D., Takahashi, Y., Lee, T.H. y Mori, W. (1958). Isolation of melatonin, the pineal gland factor that lightens melanocytes. *Journal of the American Chemical Society*, 80, 2587-2587

- Levine, S. y Ursin, H. (1991). What is stress? En M.R. Brown, G.F. Koob y C. Rivier (Eds.), *Stress. Neurobiology and Neuroendocrinology* (pp. 3-21). New York: Marcel Dekker.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de sanidad
- Ley 3/2003, de 6 de febrero de la Generalidad Valenciana, de ordenación sanitaria de la Comunidad Valenciana
- Ley 53/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud
- Li, C. Wu, K. y Johnson, D. E. (2016). The impact of balance-focused attitudes on job stress: Gender differences evidenced in American and Chinese samples. *International Journal of Psychology*. DOI: 10.1002/ijop.12254. Con acceso el 9 de abril de 2016.
- Li, J., Shang, L., Galatsch, M., Siegrist, J., Müller, B. H., Hasselhorn, H. M., y NEXT Study Group. (2013). Psychosocial work environment and intention to leave the nursing profession: a cross-national prospective study of eight countries. *International Journal of Health Services*, 43, 519-536.
- Lin, P. Y., MacLennan, S., Hunt, N., y Cox, T. (2015). The influences of nursing transformational leadership style on the quality of nurses' working lives in Taiwan: a cross-sectional quantitative study. *BMC nursing*, 14, 33.
- Lindberg, P. Josephson, M. Alfredsson, L. Vingard, E. (2006). Promoting excellent work ability and preventing poor work ability: the same determinants? Results from the Swedish HAKuL study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 63,113–120.
- Ling, A. W., Bahron, A., y Boroch, R. P. (2014). A study on role stress and job satisfaction among bank employees in Kota Kiculu, Sabah. *International Journal of Research in Management y Business Studies*, 1, 19-23.

- Linz, S., y Semykina, A. (2013). Job satisfaction, expectations, and gender: Beyond the European Union. *International Journal of Manpower*, 34, 584-615.
- Liu, C., Spector, P. E., y Shi, L. (2008). Use of both qualitative and quantitative approaches to study job stress in different gender and occupational groups. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13, 357-370.
- Loerbroks, A., Herr, R. M., Li, J., Bosch, J. A., Seegel, M., Schneider, M., Angerer, P. y Schmidt, B. (2015). The association of effort–reward imbalance and asthma: findings from two cross-sectional studies. *International archives of occupational and environmental health*, 88, 351-358.
- Logan, A. C., y Selhub, E. M. (2012). Vis Medicatrix naturae: does nature minister to the mind?. *BioPsychoSocial medicine*, 6, 1.
- Loosemore, M., y Waters, T. (2004). Gender differences in occupational stress among professionals in the construction industry. *Journal of Management in Engineering*, 20, 126-132.
- Lorber, M., Treven, S., y Mumel, D. (2016). The Examination of Factors Relating to the Leadership Style of Nursing Leaders in Hospitals. *Naše gospodarstvo/Our economy*, 62, 27-36.
- Lourenço, M. R. Trevizan, M. A. (2001). Líderes da enfermagem brasileira: sua visão sobre a temática da liderança e sua percepção a respeito da relação liderança y enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 9. 14-19. (Acesso el 23 de septiembre de 2015). Disponible en: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n3/11493.pdf>>.
- Lu, H., Barriball, K. L., Zhang, X., y While, A. E. (2012). Job satisfaction among hospital nurses revisited: a systematic review. *International journal of nursing studies*, 49, 1017-1038.

- Lutwak, N., Panish, J. B., Ferrari, J. R., y Razzino, B. E. (2001). Shame and guilt and their relationship to positive expectations and anger expressiveness. *Adolescence*, 36, 641-653.
- Lytton, H., y Romney, D. M. (1991). Parents' differential socialization of boys and girls: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 109, 267-296.
- Llorca, J. L. y Gil-Monte, P. R. (2013). Prevención de riesgos laborales y su relación con el género de los trabajadores. *Saúde e Sociedade*. 22, 727-735.
- Llorenz, S., Schaufeli, W. B., Bakker, A., y Salanova, M. (2007). Does a positive gain spiral of resources, efficacy beliefs and engagement exist? *Computers in Human Behavior*, 23, 825-841.
- Magnavita, N., y Heponiemi, T. (2011). Workplace violence against nursing students and nurses: an Italian experience. *Journal of Nursing Scholarship*, 43, 203-210.
- Mahalik, J. R., Morray, E. B., Coonerty-Femiano, A., Ludlow, L. H., Slattery, S. M., y Smiler, A. (2005). Development of the Conformity to Feminine Norms Inventory. *Sex Roles*, 52, 417-435.
- Makhbul, Z. M., y Hasun, F. M. (2011). Gender responses to stress outcomes. *Journal of Global Management*, 1, 47-55.
- Malliarou, M. M., Moustaka, E. C., y Konstantinidis, T. C. (2014). Burnout of Nursing Personnel in a Regional University Hospital. *Health Science Journal*. 2; 140-152
- Manassero, M. A., Vazquez, A., Ferrer, V. A., Fornés, J., y Fernández, M. C. (2003). *Estrés y burnout en la enseñanza*. Palma de Mallorca: Edicions UIB.

- Mann, S., y Cowburn, J. (2005). Emotional labour and stress within mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 154–162.
- Mansilla, F. (2011). Consecuencias del estrés de rol. *Medicina y Seguridad en el Trabajo*. 57, 351-360.
- Mark, G., y Smith, A. P. (2012). Occupational stress, job characteristics, coping, and the mental health of nurses. *British journal of health psychology*, 17, 505-521.
- Markus M. (1990). *Mujeres, éxito y sociedad civil. Sumisión o subversión del principio de logro*. En: Benhabib S y Cornell D (eds.) *Teoría feminista y teoría crítica*. 1ra ed. Valencia: Alfons El Magnanim; 151-168.
- Markussen, S., Knut, R., Røgeberg, O. J. y Gaure, S. (2011). The anatomy of absenteeism. *Journal of Health Economics*. 30, 277-292.
- Marrero, J. R. Abdul-Jalbar, B. (2015). Las exigencias emocionales en el trabajo. El caso español. *Papers. Revista de Sociología*. 100- 173-193.
- Martín, J., Sánchez, J. y Sierra, J. (2003). Estilos de afrontamiento y apoyo social: su relación con el estado emocional en pacientes de cáncer de pulmón. *Terapia Psicológica*, 21: 29-37.
- Martín, R. A., y Sánchez, M. Z. (2014). Evaluación de los factores psicosociales en profesionales de Atención Primaria de Salud. *Revista Enfermería del Trabajo*, 4, 63-70.
- Martínez, A. E., Piqueras, J. A., y Inglés, C. J. (2011). Relaciones entre inteligencia emocional y estrategias de afrontamiento ante el estrés. *Revista electrónica de Motivación y Emoción (Internet)*, 14, 1 - 24.

- Martínez, B. J. S. A., Mármol, A. G., Meroño, M. C. P., y Montiel, J. A. G. (2014). Análisis de la satisfacción laboral de técnicos deportivos de pádel y natación. *Apuntes de Educación física y deportes*, 3, 77-83.
- Martínez, C., Martínez-Sánchez, J. M., Antón, L., Riccobene, A., Fu, M., Quirós, N. Saltó, E, Fernández, E. (2015). Prevalencia de consumo de tabaco en trabajadores hospitalarios: metaanálisis en 45 hospitales catalanes. *Gaceta Sanitaria*, 30, 55 – 58.
- Martínez, M. (2004). *Orientacion de mercado*. Consulta S.A de C.V.
- Martínez, V. (1990). Origen y evolución del absentismo laboral en España desde la perspectiva de la sociología. *Esic market*, 68, 127-150.
- Martins, L. L., Eddleston, K. A., y Veiga, J. F. (2002). Moderators of the relationship between work-family conflict and career satisfaction. *Academy of Management Journal*, 45. 399-409.
- Martocchio, J. J., y O'Leary, A. M. (1989). Sex differences in occupational stress: A meta-analytic review. *Journal of Applied Psychology*, 74, 495-501.
- Mason, J. W. (1975). A historical view of the stress field. *Journal of Human Stress*, 1, 6-36.
- Mathew, N. A. (2013). Effect of Stress on job satisfaction among nurses in central kerala. *Journal of Business and Management*, 2, 47-51.
- Matud, M. P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, 37, 1401-1415.
- Matziari, A., Montgomery, A. J., Georganta, K., y Doulougeri, K. (2016). The relationship between organizational practices and values with Burnout and Engagement. *Current Psychology*, 1-10.

- McCarthy, G., Tyrrell, M.P. y Lehane, E. (2007) Intention to 'leave' or 'stay' in nursing. *Journal of Nursing Management* 15, 248–255.
- McDowell, L. (1997). *Capital culture: gender at work in the city*. Oxford: Blackwell.
- McDowell, S. Ferner, H. Ferner, R. (2009). The pathophysiology of medication errors: how and where they arise. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 67:605-613.
- McEwen, B. S., y Wingfield, J. C. (2003). The concept of allostasis in biology and biomedicine. *Hormones and behavior*, 43, 2-15.
- McGrath, J. F. (1976). *Stress and behavior in organizations*. En M.D. Dunnette (Ed), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology* (pp1351-1395). Chicago: Rand McNally.
- McLean, P. D. (1954). The limbic system and its hippocampal formation. *Journal of Neurosurgery*, 11, 29-44.
- McLellan, A. T., Skipper, G. S., Campbell, M., y DuPont, R. L. (2008). Five year outcomes in a cohort study of physicians treated for substance use disorders in the United States. *British Medical Journal*, 337, <http://www.bmj.com/content/337/bmj.a2038.short>. Con acceso 23 de abril 2016.
- McVicar, A. (2015). Scoping the common antecedents of job stress and job satisfaction for nurses (2000–2013) using the job demands–resources model of stress. *Journal of nursing management* DOI: 10.1111/jonm.12326. Con acceso 16 de abril de 2016.
- Md-Sidin, S., Sambasivan, M., y Ismail, I. (2010). Relationship between work-family conflict and quality of life. An investigation into the role of social support. *Journal of Managerial Psychology*, 25(1), 58-81.

- Medina, A. G., y Sierra, J. C. (2014). Influencia del trabajo por turnos en el estado emocional y en la calidad del sueño. *Psicología y Salud*, 14, 147-154.
- Melnyk, B. M., Hrabe, D. P., y Szalacha, L. A. (2013). Relationships among work stress, job satisfaction, mental health, and healthy lifestyle behaviors in new graduate nurses attending the nurse athlete program: a call to action for nursing leaders. *Nursing administration quarterly*, 37, 278-285.
- Men, L. R. (2014). Strategic internal communication: Transformational leadership, communication channels, and employee satisfaction. *Management Communication Quarterly*, 28(2), 264-284.
- Menendez, M. Benach, J. Muntaner, C. Amable, M. O'Campo, P. (2007). Is precarious employment more damaging to women's health than men's?. *Social Science & Medicine* 64 776-781.
- Mesmer-Magnus, J.R., DeChurch, L.A. y Wax, A. (2012). Moving emotional labor beyond surface and deep acting: a dissonance-congruence perspective. *Organizational psychology review*, 2, 6-53.
- Mhiri, S., y Teneau, G. (2015). L'emprise du stress chez les cadres superieurs et intermediaires. *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, 21, 293-312.
- Mingote, C, López-Dóriga, B. (2008). *II Jornadas de Salud Mental y Género. Madrid, 9 y 10 octubre de 2000. La medicina psicosomática desde una perspectiva de género*. Instituto de la Mujer.19-25.
- Ministerio de Trabajo e Inmigración. (2010). *Encuesta sobre Calidad de Vida Laboral*.

<http://www.empleo.gob.es/estadisticas/ecvt/Ecvt2010/ANE/ECVT2010i.pdf>. Con acceso 19 de mayo 2016.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2015). *Anuario de estadísticas laborales y asuntos sociales Encuesta de población activa*. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=4145>. Con acceso 29 de mayo 2016.

Mintzberg, H. (1988). *La estructura de las organizaciones*. Barcelona. Ariel.

Mintzberg, H., Ahlstrand, B., y Lampel, J. (2005). *Strategy Safari: A Guided Tour Through The Wilds of Strategic Management*. Simon and Schuster.

Moen, P., Kelly, E. L., Fan, W., Lee, S. R., Almeida, D., Kossek, E. E., y Buxton, O. M. (2016). Does a Flexibility/Support Organizational Initiative Improve High-Tech Employees' Well-Being? Evidence from the Work, Family, and Health Network. *American Sociological Review*, 26: 177–217. doi:10.1108/S0277-283320150000026014. Con acceso 17 de abril 2016.

Molina, J. M. Ávalos, F. Valder-rama, L. J. y Uribe, A. F. (2009). Factores relacionados con la satisfacción laboral de enfermería en un hospital médico-quirúrgico. *Investigación y Educación en Enfermería*. 27, 218–225.

Molina, J. M. Iáñez, M. A. y Iáñez, B. (2005). El apoyo social como modulador de la carga del cuidador de enfermos de Alzheimer *Psicología y Salud*, 15, 33-43,

Molleda, C. B., Sánchez, B. P., y Díaz, F. J. R. (2014). Burnout y Salud como predictores del Clima Emocional Penitenciario. Estudio en una muestra de funcionarios de prisión. *Revista de Psicología*, 3, 8-23.

- Money, J. (1955). Hermaphroditism, gender, and precocity in hyperadrenocorticism: Psychological findings. *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, 96, 253-264.
- Montero-Marín, J., García-Campayo, J., Fajó-Pascual, M., Carrasco, J. M., Gascón, S., Gili, M., y Mayoral, F. (2011). Sociodemographic and risk factors associated with the development of different burnout types: the crosssectional University of Zaragoza study. *BioMed Central Psychiatry*, 11, 49. DOI: 10.1186/1471-244X-11-49 con acceso 23 de abril 2016.
- Morais, T. (2011). *Cultura organizacional e stress ocupacional a articulação entre valores individuais e organizacionais e a sua relação com a perceção de stress ocupacional*. Mestrado integrado em Psicologia, Universidade do Porto, Porto.
- Morais, T., Ramos, V., y Jordão, F. (2012). *Development and validation of the Inventory Articulation Person-organization*. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/71496/2/91411.pdf>. Con acceso 16 de abril 2016.
- Morash, M., Kwak, D.-H., y Haarr, R. (2006). Gender differences in the predictors of police stress. *Policing*, 29, 541-563.
- Moreno-Jiménez, M. P. Ríos-Rodríguez, M. L. Canto-Ortiz, J. San Martín-García, J. y Perles-Nova, F. (2010). Satisfacción Laboral y Burnout en Trabajos Poco Cualificados: Diferencias entre Sexos en Población Inmigrante. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 26, 255-265.
- Morris, J. A., y Feldman, D. C. (1996). The dimensions, antecedents, and consequences of emotional labour. *Academy of Management Review*, 21, 986-1010.

- Muckenhuber, J., Burkert, N., Großschädl, F., y Freidl, W. (2014). Income inequality as a moderator of the relationship between psychological job demands and sickness absence, in particular in men: an international comparison of 23 countries. *PLoS one*, 9, e86845.
- Muldoon, J., Keough, S. M., y Liguori, E. W. (2016). The Mediating of Organization Change, Perceptions of Politics and Interpersonal Conflict at Work on the Leader/Member Exchange and Job Satisfaction Relationship. *Journal of the North American Management Society*, 1, 10 – 22.
- Munir, F., Nielsen, K., Garde, A. H., Albertsen, K., y Carneiro, I. G. (2012). Mediating the effects of work-life conflicts between transformational leadership and health-care workers' job satisfaction and psychological wellbeing. *Journal of Nursing Management*, 20, 512-521.
- Murthy, P., Manjunatha, N., Subodh, B. N., Chand, P. K., y Benegal, V. (2010). Substance use and addiction research in India. *Indian journal of psychiatry*, 52, 189-199.
- Myoung-Hee, K., Chang-yup, K., Jin-Kyung, P., Ichiro, K. (2008). Is precarious employment damaging to self-rated health? Results of propensity score matching methods, using longitudinal data in South Korea. *Social Science & Medicine*. 67, 1982-1994.
- Nadal, R., y Armario, A. (2010). Mecanismos de susceptibilidad al estrés. *Hipertensión y riesgo vascular*, 27, 117-124.
- Namasivayam, K. Mount, D. J. (2004). The relationship of work-family conflicts and family-work conflict to job satisfaction. *Journal of Hospitality y Tourism Research*, 28, 242-250.

- Naswall, K. Sverke, M. y Hellgren, J. (2005). The moderating role of personality characteristics on the relationship between job insecurity and strain. *Work Stress*; 19, 37– 49.
- Nava, D. F., y Páez, J. A. R. (2013). Síndrome de quemarse por el trabajo en mujeres trabajadoras de la industria petrolera en México. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 14, 3-11
- Navinés, R., Martín-Santos, R., Olivé, V., y Valdés, M. (2016). Estrés laboral: implicaciones para la salud física y mental. *Medicina Clínica*, 146, 359 - 366.
- Negussie, N., y Demissie, A. (2013). Relationship between leadership styles of nuresse managers and nurses' job satisfaction in jimma university specialized hospital. *Ethiopian journal of health sciences*, 23, 50-58.
- Nelson, C. C., Li, Y., Sorensen, G., y Berkman, L. F. (2012). Assessing the relationship between work–family conflict and smoking. *American journal of public health*, 102, 1767-1772.
- Nelson, K., Boudrias, J. S., Brunet, L., Morin, D., De Civita, M., Savoie, A., y Alderson, M. (2014). Authentic leadership and psychological well-being at work of nurses: The mediating role of work climate at the individual level of analysis. *Burnout Research*, 1, 90-101.
- Ng, T. W., y Feldman, D. C. (2015). The moderating effects of age in the relationships of job autonomy to work outcomes. *Work, Aging and Retirement*, 1, 64-78.
- Nicholson, L. (1992). La genealogía del género. *Revista Hiparquia*, 1-17. http://www.cihuatl.pueg.unam.mx/pinakes/userdocs/assusr/A2/A2_1606.pdf. con acceso 30 de abril 2016.
- Niedhammer, I. Chastang, J. F. David, S. Barouhiel, L. y Barrandon, G. (2006) Psychosocial work environment and mental health:

jobstrain and effort-reward imbalance models in a context of major organizational changes. *International Journal of Occupational and Environmental Health* 12,111–119

- Niedhammer, I., Chastang, J. F., Sultan-Taïeb, H., Vermeylen, G., y Parent-Thirion, A. (2013). Psychosocial work factors and sickness absence in 31 countries in Europe. *The European Journal of Public Health*, 23, 622-629.
- Nielsen, M. B. D., Madsen, I. E., Aust, B., Burr, H., y Rugulies, R. (2016). Effort-reward imbalance at work and the risk of antidepressant treatment in the Danish workforce. *Journal of affective disorders*, 196, 248-251.
- Nitsche, M. P. Bitran, M, Pedrals, N. Echeverría, G. Rigotti, A. (2014). Recursos psicosociales positivos y salud cardiovascular. *Revista médica de Chile*. 142. 1316 – 1323.
- Nogareda, C, Nogareda, S, Solórzano, M. (2014) *Jornada y horarios de trabajo*. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Madrid.
- Nogareda, S. (1997). *Trabajo a turnos y nocturno: aspectos organizativos*. NTP 455. INSHT. Madrid.
- Nohe, C., Meier, L. L., Sonntag, K., y Michel, A. (2015). The chicken or the egg? A meta-analysis of panel studies of the relationship between work–family conflict and strain. *Journal of Applied Psychology*, 100. <http://dx.doi.org/10.1037/a0038012>. Con acceso 17 de abril 2016.
- Noriega M, Gutiérrez G, Méndez I, Pulido M. (2004). Las trabajadoras de la salud: vida, trabajo y trastornos mentales. *Cadernos. Saúde Pública*, 20, 1361-1372.
- Nützi, M., Koch, P., Baur, H., y Elfering, A. (2015). Work–Family Conflict, Task Interruptions, and Influence at Work Predict

- Musculoskeletal Pain in Operating Room Nurses. *Safety and Health at Work*, 6, 329-337.
- O'Driscoll, M. P., Brough, P., & Kalliath, T. J. (2004). Work/family conflict, psychological well-being, satisfaction and social support: A longitudinal study in New Zealand. *Equal Opportunities International*, 23(1/2), 36-56.
- Observatorio Español sobre Drogas (OED) (2011). *Encuesta 2007- 2008 sobre consumo de Sustancias Psicoactivas en el Ámbito Laboral en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Secretaría General de Política Social y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Recuperado de: http://www.mspsi.gob.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/encuesta_07_08AmbitoLaboral.pdf acceso 29 de mayo 2016.
- O'Driscoll M. P. (1996). The interface between job and off-job roles: enhancement and conflict. *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, 11, 279-307.
- Olatunde, B. E., y Odusanya, O. (2015). Job Satisfaction and Psychological wellbeing among mental Health Nurses. *International journal of Nursing Didactics*, 5, 12-18.
- Oldham, G. R., y Hackman, J. R. (2010). Not what it was and not what it will be: The future of job design research. *Journal of Organizational Behavior*, 31, 463–479. doi:10.1002/job.678.
- Olivares, V. E., Gil-Monte, Mena, L. E., Jelvez, C., y Figueiredo, H. (2014). Relationships between burnout and role ambiguity, role conflict and employee absenteeism among health workers. *Terapia psicológica*, 32, 111-120.
- Oliveira, L., Tenório, J. C., Souza, A. L. d., Pereira, E. A., y Souza, W. (2002). A síndrome de burnout e os valores organizacionais: um

- estudo comparativo em Hospitais Universitários. *Revista Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15, 189 - 200.
- Omar, A. (2006). Justicia organizacional, individualismo-colectivismo y estrés laboral. *Psicología y Salud*, 16, 207-217
- OMS/OPS. (1995). *Conceptualización del género para la planificación de la salud*. Washington.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2007). *International Labour Standards, gender equality and the informal economy*. Presentación para un taller sobre la economía informal celebrado en Túnez.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Documentos básicos*, N° 48, p 7. <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7> com acceso 28 de noviembre de 2015.
- Ortiz, M.S., Willey, J. F. Y Chiang, J. (2014). How stress gets under the skin o cómo el estrés psicológico se introduce bajo la piel. *Revista médica de Chile*. 142. 767 – 774.
- Ortiz, S., Navarro, C., García, E., Ramis, C. y Manassero, M.A. (2012). Validación de la versión española de la Escala de Trabajo Emocional de Frankfurt. *Psicothema*, 24, 337-342.
- Ouyang, Z., Sang, J., Li, P., y Peng, J. (2015). Organizational justice and job insecurity as mediators of the effect of emotional intelligence on job satisfaction: A study from China. *Personality and Individual Differences*, 76, 147-152.
- Padavic, I. y Reskin, B. (2002). *Women and Men at Work*. Thousand Oaks, CA, Pine Forge Press.
- Palhares-Alves, H. N., Laranjeira, R., y Nogueira-Martins, L. A. (2007). A pioneering experience in Brazil: the creation of a support

network for alcohol and drug dependent physicians. A preliminary report. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29, 258-261.

- Pallarés, M. E. (2013). *Participación de los andrógenos en la formación de las vías dopaminérgicas mesocórtico-límbicas en un modelo de estrés prenatal* (Doctoral dissertation, Facultad de Ciencias Exactas y Naturales. Universidad de Buenos Aires).
- Pandey, J., y Singh, M. (2015). Donning the mask: effects of emotional labour strategies on burnout and job satisfaction in community healthcare. *Health policy and planning*, <https://heapol.oxfordjournals.org/content/early/2015/10/20/heapol.czv102.full.pdf+html> con acceso 8 de mayo de 2016.
- Papez, J.W. (1937). A proposed mechanism of emotion. *Archives Neuroogy Psychiatry*, 38:725-743.
- Parker, C. P., Baltes, B. B., Young, S. A., Huff, J. W., Altmann, R. A., Lacost, H. A., y Roberts, J. E. (2003). Relationships between psychological climate perceptions and work outcomes: a meta-analytic review. *Journal of organizational behavior*, 24, 389-416.
- Parker, P. D., Martin, A. J., Colmar, S., y Liem, G. A. (2012). Teachers' workplace well-being: Exploring a process model of goal orientation, coping behavior, engagement, and burnout. *Teaching and Teacher Education*, 28(4), 503-513.
- Peeters, M. Montgomery, A. Bakker, A. y Schaufeli, W. B. (2005) Balancing work and home: How job and home demands are related to burnout. International. *Journal of Stress Management*, 12, 43-61.
- Peled, Y., y Sharon, R. (2015). Gender Effect on Student Teachers' Attitudes toward Peer Feedback in a Wiki Learning Environment.

In Society for Information Technology y Teacher *Education International Conference*, 1, 8203-8210.

- Pelfrene, E., Vlerick, P., Moreau, M., Mak, R. P., Kornitzer, M., y De Backer, G. (2003). Perceptions of job insecurity and the impact of world market competition as health risks: Results from Belstress. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 76, 411-425.
- Pereda-Torales, L., Marquez, F. G., Hoyos, M. T., y Yanez, M. I. (2009). Burnout syndrome in medical practitioners and paramedic personel. *Salud Mental*, 32, 399 - 404.
- Pérez, B. A. y Alvarez, J. (2014). Indicadores de Salud Mental en Médicos y Enfermeras. *Medicina, Salud y Sociedad*. 4, 142-165.
- Pérez, M., Vela, M. J., Abella, S., Martínez, Á. (2015). El Enriquecimiento Trabajo-Familia: Nuevo Enfoque en el Estudio de la Conciliación y la Satisfacción Laboral de los Empleados. *Universia Business Review*, 45, 16-33.
- Pérez-Ciordia, I., Guillén-Grima, F., Brugos, A., y Aguinaga Ontoso, I. (2013). Satisfacción laboral y factores de mejora en profesionales de atención primaria. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 36, 253-262).
- Pérez-Naranjo, L. M. (2015). Análisis del mercado laboral femenino en España: evolución y factores socioeconómicos determinantes del empleo. *Papeles de Población*, 21, 197-225.
- Perrons, D., Lacey, N., Phillips, A., Wearing, S., Ashtiany, S., Biressi, A., ... y Criado-Perez, C. (2016). *Confronting gender inequality: findings from the LSE Commission on gender, inequality and power*. <http://eprints.lse.ac.uk/66802/1/Confronting-Inequality.pdf>. Con acceso 4 de febrero de 2017.

- Peter, R., March, S., y du Prel, J. B. (2016). Are status inconsistency, work stress and work-family conflict associated with depressive symptoms? Testing prospective evidence in the lidA study. *Social Science y Medicine*, 151, 100 - 109.
- Pilnik, S. D. (2010). El concepto de alostasis: un paso más allá del estrés y la homeostasis. *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*, 30, 7-12. Disponible en: http://www.hospitalitaliano.org.ar/archivos/noticias_attachs/47/documentos/6974_7-12-articulo-pilnik.pdf con acceso 31 de mayo de 2016
- Pleck, J. H. (1977). The work family role system. *Social Problems*, 24, 417-442.
- Pondy, L. R. (1967). Organizational conflicts: concepts and models. *Administrative Science Quarterly*, 12, 296-320.
- Porras, C. A. Bilbao, C. y Vila, B. (2005). Identificación de estresores laborales en profesionales de Enfermería. *Presencia de Enfermería en Salud Mental*. 1, 9. Disponible en <<http://www.index-f.com/presencia/n1/14articulo.php>> [ISSN: 1885-0219] Consultado el 3 de junio de 2016.
- Posner, B. (2010). Another look at the impact of personal and organizational values congruency. *Journal of Business Ethics*, 97, 535-541.
- Powell, G. N., y Greenhaus, J. H. (2010). Sex, gender, and the work-to-family interface: Exploring negative and positive interdependencies. *Academy of Management Journal*, 53, 513-534.
- Proper, K. I., van de Langenberg, D., Rodenburg, W., Vermeulen, R. C., van der Beek, A. J., van Steeg, H., y van Kerkhof, L. W. (2016). The Relationship Between Shift Work and Metabolic Risk

- Factors: A Systematic Review of Longitudinal Studies. *American Journal of Preventive Medicine*. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749379715007606>-. Con acceso 17 de abril de 2016.
- Ptacek, J. T., Smith, R. E., y Zanas, J. (1992). Gender, appraisal, and coping: a longitudinal analysis. *Journal of Personality*, 60, 747-770.
- Purvanova, R. K., y Muros, J. P. (2010). Gender differences in burnout: A metaanalysis. *Journal of Vocational Behavior*, 77, 168-185.
- Qian, J., Wang, H., Han, Z. R., Wang, J., y Wang, H. (2015). Mental health risks among nurses under abusive supervision: the moderating roles of job role ambiguity and patients' lack of reciprocity. *International journal of mental health systems*, 9, <http://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13033-015-0014-x> con acceso 1 de mayo 2016
- Qiu, H., Bures, R., y Shehan, C. L. (2012). The inconsistent mediating effects of psychosocial work characteristics on the education–health relationship. *Social Science y Medicine*, 75, 1539-1546.
- Ragha, S.N, (2012) *Emotional labour as a mediator of the Relationship between strategic emotional Intelligence and job performance (with Specific reference to a public sector in india)* Tesis Doctoral. Barathidasan University.
- Rajagopalan, S. (2009). *Relationship between emotional intelligence and transformational, transactional, and laissez -faire leadership styles of information systems project managers in virtual teams*. Tesis Capella University. United States. Minnesota
- Ramírez, J. (2001). Mujer, trabajo y estrés. *Latinoamericana de la salud en el trabajo*. 1:58-74.

- Ramos, I. Aldrete, M. G. Medina, S. y León, S. G. (2013). Síndrome de Burnout y variables socio-laborales en trabajadores de una atención primaria. *Aportes interdisciplinarios en el ejercicio profesional de la salud mental*. VOL. II, 178- 189.
- Ramos, V., y Jordão, F. (2012). The relationship between cultural and non-cultural elements as a way to describe organizational context. *Psicologia.com*, 16. <http://hdl.handle.net/10401/5459>.
- Ramos, V. Jordao, F. (2014). Género y Estrés Laboral: Semejanzas y Diferencias de Acuerdo a Factores de Riesgo y Mecanismos de Coping. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 14, 218-229
- Read, E., y Laschinger, H. K. (2013). Correlates of new graduate nurses' experiences of workplace mistreatment. *Journal of Nursing Administration*, 43, 221-228.
- Real Academia Española de la Lengua (2015). *Diccionario de la Lengua Española*. Madrid. <http://www.rae.es/> con acceso 28 de noviembre de 2015.
- Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre por el que se aprueba el Texto Refundido de la ley del Estatuto de los Trabajadores.
- Reis, E. J. F. B. Carvalho, F. M. Araújo, T. M. Porto, L. A. Silvano Neto, A. M. (2005) Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21, 1480-1490.
- Reskin, B. (1998). Bringing the Men Back In: Sex Differentiation and the Devaluation of Women's Work. *Gender & Society*, 2, 58-81.
- Rezaei, J., Naderi, S., Mahmoudi, E., Rezaei, S., y Hashemian, A. H. (2015). Job Burnout Rate and Related Demographic Factors in Nursing Personnel Employed in Emergency Departments of Chosen Educational Hospitals by Kermanshah University of

- Medical Science in 2012. *Advances in Biological Research*, 9, 117-127.
- Rivera-Torres, P.; Araque-Padilla, R. A. y Montero-Simó, M. J. (2013). Job stress across gender: The importance of emotional and intellectual demands and social support in women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10, 375-389.
- Robbins, S. (1999). *Comportamiento Organizacional*, (8ta ed.). México: Pretince Hall.
- Robles, M., Dierssen, T., Martínez, E., Herrera, P., Díaz, A. R. y Llorca, J. (2005). Variables relacionadas con la satisfacción laboral: un estudio transversal a partir del modelo EFQM. *Gaceta Sanitaria*, 19, 127-134.
- Rockoff, J. E. y Herrmann, M. A. (2012). Does menstruation explain gender gaps in work absenteeism?. *Journal of Human Resources*. 47, 493-508.
- Rocha, C., Crowell, J. H., y McCarter, A. K. (2006). The effects of prolonged job insecurity on the psychological well-being of workers. *Journal of Sociology y Social Welfare*, 33, 9-28. doi: 10.1118/0468304201300
- Rojas, F. M. (2013). Variabilidad del índice de masa corporal en relación al trastorno depresivo y al trastorno depresivo acompañado de patología cardiovascular. *Revistaakademeia*. 4, 49-70
- Rojo, M. J. (2002). *Absentismo laboral de la mujer en España*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense. Madrid.
- Roter, D. L., Erby, L. H., Adams, A., Buckingham, C. D., Vail, L., Realpe, A. y Hall, J. A. (2014). Talking about depression: An analogue study of physician gender and communication style on

- patient disclosures. *Patient education and counseling*, 96, 339-345.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological monographs: General and applied*, 80, 1 – 28.
- Rubin, G. (1975). *Towards and antropology of women*. New York. Month Review Press
- Rubin, G., y Vance, C. S. (1989). *Reflexionando sobre el sexo: notas para una teora' radical de la sexualidad* (pp. 113-190). Revoluçin SAL.
- Rubio, S., Díaz, E., Martín, J., y Luceño, L., (2008). Carga mental en vigilantes de seguridad. Diferencias por sexo y capacidad atencional. *EduPsikhé*, 7, 213-230.
- Rugless, M. y Taylor, D. (2011) Sick leave in the emergency department: staff attitudes and the impact of job designation and psychosocial work condition. *Emergency Medicine Australasia*, 23, 39–45.
- Rugulies, R. Aust, B. Burr,H. y Bültmann, U. (2008). Job insecurity, chances on the labour market and decline in self-rated health in a representative sample of the Danish workforce. *Journal of Epidemiology y Community Health*, 62:245-250.
- Russo, M., y Buonocore, F. (2012). The relationship between work-family enrichment and nurse turnover. *Journal of Managerial Psychology*, 27, 216-236.
- Rutherford, B. N., Marshall, G. W., y Park, J. (2014). The moderating effects of gender and inside versus outside sales role in multifaceted job satisfaction. *Journal of Business Research*, 67, 1850-1856.

- Saijo, Y., Chiba, S., Yoshioka, E., Nakagi, Y., Ito, T., Kitaoka-Higashiguchi, K., y Yoshida, T. (2015a). Synergistic interaction between job control and social support at work on depression, burnout, and insomnia among Japanese civil servants. *International archives of occupational and environmental health*, 88, 143-152.
- Saijo, Y., Yoshioka, E., Kawanishi, Y., Nakagi, Y., Itoh, T., y Yoshida, T. (2015b). Relationships of job demand, job control, and social support on intention to leave and depressive symptoms in Japanese nurses. *Industrial health*, avance de publicación online. https://www.jstage.jst.go.jp/article/indhealth/advpub/0/advpub_2015-0083/_pdf con acceso 6 de mayo 2016.
- Salanova, M. Rosa, M. y Martínez, I. M. (2005). Demandas laborales y conductas de afrontamiento: el rol modulador de la autoeficacia profesional. *Psicothema*, 17, 390-395.
- Salomón, G. F.; Moos, R.H.: (1964) Emotions, immunity, and disease. A speculative theoretical integration. *Archives of General Psychiatry*, 11: 657 - 674,
- Sánchez, J. (2005). *Análisis de los efectos de la nocturnidad laboral permanente y de la rotación de turnos en el bienestar, la satisfacción familiar y el rendimiento perceptivo-visual de los trabajadores*. España: Facultad de Psicología, Universidad de las Islas Baleares.
- Sánchez, L. M. P., Aparicio, G. M. E., y Dresch, V. (2006). Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercibida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema*, 18, 584-590.

- Sánchez-López, M. P., Cuellar, I., Dresch, V. y Aparicio-García, M. (2009). Conformity to feminine gender norms in the spanish population. *Social Behavior and Personality*, 37, 1171-1186.
- Sandi, C., Venero, C. y Cordero, M. I. (2001). *Estrés, memoria y trastornos asociados. Implicaciones en el daño cerebral y el envejecimiento*. Barcelona: Ariel.
- Sandin, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health*, 3, 141-157.
- Sandin, B., Chorot, P., Santed, M. A., y Valiente, R. M. (2004). Differences in negative life events between patients with anxiety disorders, depression and hypochondriasis. *Anxiety, Stress y Coping*, 17, 37-47.
- Santero-Sánchez, R., Segovia-Pérez, M., Castro-Nuñez, B., Figueroa-Domecq, C., y Talón-Ballester, P. (2015). Gender differences in the hospitality industry: A Job quality index. *Tourism Management*, 51, 234-246.
- Santiago, M. J., Otero-López, J. M., Castro, C., y Villardefrancos, E. (2008). Occupational stress in secondary school teachers: Examining the role of students' disruptive behavior and/or attitudes and the perceived difficulty in conflict management. *European Journal of Education and Psychology*, 1, 39-50.
- Sapolsky, R. M. (1992). *Neuroendocrinology of the stress response*. En J.B. Becker, S.M. Breedlove, y D. Crews (Eds.), *Behavioral endocrinology* (287-324). Cambridge, Mass: The MIT Press.
- Sapolsky, R. M. (1995). *¿Por qué las cebras no tienen úlcera?* Madrid: Alianza.
- Sapolsky, R. M., Romero, L. M., y Munck, A. U. (2000). How do glucocorticoids influence stress responses? Integrating

permissive, suppressive, stimulatory, and preparative actions. *Endocrine reviews*, 21, 55-89.

Sarrio, M., E. Barbera, A. Ramos, S y Candela, C. (2002). El techo de cristal en la promoción profesional de las mujeres. *Revista de Psicología Social*, 17, 167-182.

Sayman, D. M. (2015). Fighting the trauma demons: What men in nursing want you to know. *In Nursing fórum*. 50, 9-19).

Schernhammer, E. S., Razavi, P., Li, T. Y., Qureshi, A. A., Han, J. (2011). Rotating night shifts and risk of skin cancer in the Nurses' Health Study. *Journal of the National Cancer Institute*. 103, 602–606.

Schnall, P. L., Landsbergis, P. A., y Baker, D. (1994). Job strain and cardiovascular disease. *Annual review of public health*, 15, 381-411.

Schreyer, I., y Krause, M. (2016). Pedagogical staff in children's day care centres in Germany—links between working conditions, job satisfaction, commitment and work-related stress. *Early Years*, 36, 132-147.

Schwalbe, M. L., y Staples, C. L. (1991). Gender differences in sources of self-esteem. *Social Psychology Quarterly*, 54, 158–168.

Sebastián, O., & Del Hoyo, M. A. (2002). La carga mental de trabajo. *Madrid. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo*.
Jo, S., Myung, R. y Yoon, D.(2012). *Quantitative prediction of mental workload with the ACT-R cognitive architecture. International Journal of Industrial Ergonomics*, 42(4), 359-370.

Seedat, S., Scott, K. M., Angermeyer, M. C., Berglund, P., Bromet, E. J., Brugha, T. S., et al. (2009). Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization

- World Mental Health Surveys. *Archives General Psychiatry*; 66:785- 95.
- Selye, H. (1936). *A syndrome produced by diverse nocuous agents. Nature* 138: 32.. 1976. *Stress in health and disease*. Boston: Butterworths.
- Selye, H. (1950). *Stress: the physiology and pathology of exposures to stress*. Montreal: Acta Inc.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Shacklock, K., y Brunetto, Y. (2012). The intention to continue nursing: work variables affecting three nurse generations in Australia. *Journal of Advanced Nursing*, 68, 36-46.
- Shamir, B., y Eilam, G. (2005). «What's your story?» A life-stories approach to authentic leadership development. *The Leadership Quarterly*, 16, 395-417.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of occupational health psychology*, 1, 27 - 41.
- Siegrist, J. (2010). Effort-reward imbalance at work and cardiovascular diseases. *International journal of occupational medicine and environmental health*, 23, 279-285.
- Simón, V., y Miñarro, J. (1990). *Estrés: una perspectiva psicobiológica*. En S. Palafox, y J. Vila (Eds.), *Motivación y emoción* (pp. 345-377). Madrid: Alhambra Universidad.
- Šimunić, A., y Gregov, L. (2012). Conflict between work and family roles and satisfaction among nurses in different shift systems in Croatia: a questionnaire survey. *Archives of Industrial Hygiene and Toxicology*, 63, 189-197.

- Skeel, R.L., Pilarski, C., Pytlak, K. y Neudecker, J. (2008). Personality and performance-based measures in the prediction of alcohol use. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22, 402-409.
- Skirrow, P. y Hatton, C. (2007) 'Burnout' amongst direct care workers in services for adults with intellectual disabilities: a systematic review of research findings and initial normative data. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20, 131–144.
- Skogstad, A., Aasland, M. S., Nielsen, M. B., Hetland, J., Matthiesen, S. B., y Einarsen, S. (2015). The Relative Effects of Constructive, Laissez-Faire, and Tyrannical Leadership on Subordinate Job Satisfaction. *Zeitschrift für Psychologie*, 222, 221-232.
- Sliter, M. Boyd, E. Sinclair, R. Cheung, J. McFadden, A. (2014). Inching Toward Inclusiveness: Diversity Climate, Interpersonal Conflict and Well-Being in Women Nurses. *Sex roles*, 71, 43-54.
- Soares, F. J., Grossi, G., Sundin, Ö. (2007). Burnout among women: associations with demographic socio-economic, work, life-style and health factors. *Archives Womens Mental Health*, 10, 61-71.
- Sohn, H. K. y Lee, T. J. (2012). Relationship between HEXACO personality factors and emotional labour of service providers in the tourism industry. *Tourism Management*, 33, 116-125.
- Somech, A. y Drach-Zahavy, A. (2007). Strategies for Coping With Work–Family Conflict: he Distinctive Relationships of Gender. *Role Ideology*, 12, 1-12.
- Spence, J. T. y Helmreich, R. L. (1978). *Masculinity and Femininity. Their Psychological Dimensions, Correlates and Antecedents*. Austin: University of Texas Press.
- Squire, L. (1983). *The hippocampus and the neurophysiology of memory In: Neurobiology of Hippocampus des Seifert W*. London Academic.

- Stander, M. W., y Rothmann, S. (2010). Psychological empowerment, job insecurity and employee engagement. *SA Journal of Industrial Psychology*, 36, 1-8.
- Statistics Canada (2006) *Union membership and coverage by selected characteristics*. Perspectives on Labour and Income 7(8).
- Steelman, L. A., Levy, P. E., & Snell, A. F. (2004). The feedback environment scale: Construct definition, measurement, and validation. *Educational and psychological measurement*, 64, 165-184.
- Stephoe, A. (1999). Psychosocial factors in aetiology of coronary heart disease. *Heart*, 82, 258-259.
- Stephoe, A. (2001). Job control, perceptions of control, and cardiovascular activity. An analysis of ambulatory measures collected over the working day. *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 57-63.
- Stevens, R. G., Hansen, J., Costa, G., Haus, E., Kauppinen, T., Aronson, K. J., Castaño-Vinyals, G. Davis, S., Frings-Dresen, M. H. W. Fritschi, L. Kogevinas, M., Kogi, K., Lie, J. A., Lowden, A., Peplonska, B., Pesch, B. Pukkala, E., Schernhammer, E., Travis, R. C. Vermeulen, R., Zheng, T., Cogliano, V., Strai, H., (2010). Considerations of circadian impact for defining 'shift work' in cancer studies: IARC Working Group Report. *Occupational and environmental medicine*, <http://oem.bmj.com/content/early/2010/10/20/oem.2009.053512.full.pdf+html>. Con acceso 17 de abril 2016.
- Stoller, R.J. (1968). *Sex and gender: On the development of masculinity and femininity*. Lndon: Hogarth Press.

- Stoney, C. M., Davis, M. C., y Matthews, K. A. (1987). Sex differences in physiological responses to stress and coronary heart disease: a causal link? *Psychophysiology*, 27, 127-131.
- Strazdins, L., D'Souza, R. M., L-Y Lim, L., Broom, D. H., y Rodgers, B. (2004). Job strain, job insecurity, and health: rethinking the relationship. *Journal of occupational health psychology*, 9, 296-305.
- Sturm, S. (2001). Second Generation Employment Discrimination: A Structural Approach. *Columbia Law Review*, 101, 458-568.
- Subsecretaria de Trabajo e Inmigración. (2010). *Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo*. Madrid. Ministerio de Trabajo e Inmigración.
- Sugiura-Ogasawara, M. Suzuki, S. Kitazawa, M. Kuwae, C. Sawa, R. Shimizu, Y. Takeshita, T y Yoshimura, Y. (2012). Career satisfaction level, mental distress, and gender differences in working conditions among Japanese obstetricians and gynecologists. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 38, 550-558.
- Super, D. E. y Hall, D. T. (1978). Career development: Exploration and planning. *Annual review of Psychology*, 29, 333-372.
- Swim, J. K., y Sanna, L. J. (1996). He's skilled, she's lucky: A meta-analysis of observers' attributions for women's and men's successes and failures. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 507-519.
- Taboli, H. (2012). Approach based on motivation theories. *Life Science Journal*, 9, 556-560.
- Talavera-Velasco, B., Luceño-Moreno, L., Martín-García, J., & Navarro-Canedo, A. (2016). Factores de riesgo psicosocial en médicos de la provincia de Valladolid: diferencias entre atención primaria y hospitalaria. *Atención Primaria*, 48, 424-426.

- Tangney, J. P. (1990). Assessing individual differences in proneness to shame and guilt: Development of the Self-Conscious Affect and Attribution Inventory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 102-111.
- Tangney, J. P. y Dearing, R. I. (2002). *Gender differences in morality*. In R. F. Bornstein y J. M. Masling (Eds.), *The psychodynamics of gender and gender role* (pp. 251-269). Washington, DC: American Psychological Association.
- Tarsik, N. F., Kassim, N. A., y Nasharudin, N. (2014). Transformational, Transactional or Laissez-Faire: What Styles do University Librarians Practice?. *Journal of Organizational Management Studies*, DOI: 10.5171/2014.194100 con acceso 18 de junio 2016.
- Tenezaca, V. C., Torres, W. R., y Valverde, E. M. (2014). *Estrés laboral y su relación con las condiciones de trabajo del personal profesional de enfermería del Hospital Homero Castanier Crespo Azogues*. Universidad de Cuenca.
- Thomas, K. W. (1976) *Conflict and conflict management*. En M. D. Dunnette (ed.) *Handbook of Industrial and Organizational Psychology* (vol 2), pp 889-933). Chicago, IL: Rand McNally College.
- Torkelson, E., y Muhonen, T. (2004). The role of gender and job level in coping with occupational stress. *Work & Stress*, 18, 267-274.
- Torkelson, E., Muhonen, T., y Peiró, J. M. (2007). Constructions of work stress and coping in a female- and a male-dominated department. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48, 261-270.
- Torns, M.T. y C. Recio, (2012), Desigualdades de género en el mercado de trabajo: entre la continuidad y la transformación, *Revista de economía crítica*, 14, 178-202.

- Toro F. (1998). Predicción del compromiso del personal A partir del análisis del clima organizacional. *Revista Psicología Trabajo Organizaciones*, 12, 333-344.
- Tortella-Feliu, M., Baños, R. M., Barrantes, N., Botella, C., Fernández-Aranda, F., García-Campayo, J., García-Palacios, A. Hervás, G. Jiménez-Murcia, S. Montorio, I. Solera, J. Quero, S. Valiente, M- C. y Vázquez, C. (2016). Retos de la investigación psicológica en salud mental. *Clínica y Salud*, 27, 37-43.
- Tracy, S. J., y Scott, C. (2006). Sexuality, masculinity, and taint management among firefighters and correctional officers: Getting down and dirty with “America’s heroes” and the “scum of law enforcement.” *Management Communication Quarterly*, 20, 6-38.
- Troisi, A. (2001). Gender differences in vulnerability to social stress: A Darwinian perspective. *Physiology y Behavior*, 73, 443-449.
- Tsai, Y. C., y Liu, C. H. (2012). Factors and symptoms associated with work stress and health-promoting lifestyles among hospital staff: a pilot study in Taiwan. *BMC health services research*, 12, 199.
- Turk, M., Davas, A., Tanik, F. A., y Montgomery, A. J. (2014). Organizational stressors, work–family interface and the role of gender in the hospital: Experiences from Turkey. *British journal of health psychology*, 19, 442-458.
- Türküm, A. S. (2011). Social supports preferred by the teachers when facing school violence. *Children and Youth Services Review*, 33, 644-650.
- Tziner, A., Rabenu, E., Radomski, R., y Belkin, A. (2015). Work stress and turnover intentions among hospital physicians: The mediating role of burnout and work satisfaction. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 31, 207-213.

- Umeda, M., McMunn, A., Cable, N., Hashimoto, H., Kawakami, N., y Marmot, M. (2015). Does an advantageous occupational position make women happier in contemporary Japan? Findings from the Japanese Study of Health, Occupation, and Psychosocial Factors Related Equity (J-HOPE). *SSM-Population Health*, 1, 8-15.
- Ursin, H., Baade, E. y Levine, S. (2012). *Psychobiology of stress: A study of coping men*. London. Academia Press Inc.
- Utzet, M., Navarro, A., Llorens, C., Muntaner, C., y Moncada, S. (2016). Is the worsening of psychosocial exposures associated with mental health? Comparing two population-based cross-sectional studies in Spain 2005-2010. *American Joturnal of industrial medicine*. 59:399-407
- Väänänen, A., Kumpulainen, R., Kevin, M. V., Ala-Mursula, L., Kouvonen, A., Kivimäki, M. y Vahtera, J. (2008). Work-family characteristics as determinants of sickness absence: a large-scale cohort study of three occupational grades. *Journal of occupational health psychology*, 13, 181.
- Van Bogaert, P., Kowalski, C., Weeks, S. M., y Clarke, S. P. (2013). The relationship between nurse practice environment, nurse work characteristics, burnout and job outcome and quality of nursing care: a cross-sectional survey. *International journal of nursing studies*, 50, 1667-1677.
- Van den Broeck, A., De Cuyper, N., De Witte, H., y Vansteenkiste, M. (2010). Not all demands are equal: Differentiating job hindrances and job challenges in the job demands-resources model. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 19, 735-759.

- Van der Doef, M., y Maes, S. (1998). The job demand-control (-support) model and physical health outcomes: a review of the strain and buffer hypothesis. *Psychology and Health*, 13, 909-936.
- Van Der Wal, Z., De Graaf, G., y Lasthuizen, K. (2008). What' s valued most? Similarities and differences between the organizational values of the public and private sector. *Public Administration*, 86, 465-482.
- Van Sell, M., Brief, A.P., Schuler, R.S. (1981). Role conflict and role ambiguity: Integration of the literature and directions for future research. *Human Relations*. 1, 43-71.
- Van Vegchel, N., de Jonge, J., Bosma, H., y Schaufeli, W. (2005). Reviewing the effort-reward imbalance model: Drawing up the balance of 45 empirical studies. *Social Science and Medicine*, 60, 1117–1131.
- van Veldhoven, M. J, y Beijer, S. E. (2012). Workload, work to Family Conflict, and Health: Gender Differences and the Influence of Private Life Context. *Journal of Social Issues*, 68, 665-683.
- VanGeest, J. B., Johnson, T. P., y Welch, V. L. (2007). Methodologies for improving response rates in surveys of physicians a systematic review. *Evaluation & the Health Professions*, 30, 303-321.
- Vänje, A. (2015). Sick Leave-A Signal of Unequal Work Organizations?: Gender perspectives on work environment and work organizations in the health care sector: a knowledge review. *Nordic Journal of Working Life Studies*, 5, 85-104.
- Vedaa, Ø., Harris, A., Bjorvatn, B., Waage, S., Sivertsen, B., Tucker, P., y Pallesen, S. (2015). Systematic review of the relationship between quick returns in rotating shift work and health-related outcomes. *Ergonomics*, 59, 1-14.

- Vegchel, N. V., Jonge, J. D., Söderfeldt, M., Dormann, C., y Schaufeli, W. (2004). Quantitative Versus Emotional Demands Among Swedish Human Service Employees: Moderating Effects of Job Control and Social Support. *International Journal of Stress Management*, 11, 21-40.
- Velez, M. J., y Neves, P. (2015). Abusive Supervision, Psychosomatic Symptoms, and Deviance: Can Job Autonomy Make a Difference?. *Journal of occupational health psychology*, 2, 322 – 333.
- Vera, M., Martínez, I. M., Lorente, L., & Chambel, M. J. (2016). The role of co-worker and supervisor support in the relationship between job autonomy and work engagement among Portuguese nurses: A multilevel study. *Social Indicators Research*, 126, 1143-1156.
- Villaplana, M. (2012). *El absentismo laboral por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes en el periodo 2005-2010*. Tesis doctoral. Murcia: Universidad de Murcia.
- Villaplana, M. D. (2015). *Absentismo e incapacidad laboral: promover organizaciones saludables como garantía de excelencia y efectividad organizativa*. C. Económico, y S. D. P. de Asturias (Eds.).
- Villarino, H. (2014). Vivir según la naturaleza. El caso de Séneca y Epicuro. *Eikasia: revista de filosofía*, (54), 233-252.
- Virtanen, M., Kivimäki, M., Joensuu, M., Virtanen, P., Elovainio, M., y Vahtera, J. (2005). Temporary employment and health: A review. *International Journal of Epidemiology*, 34, 610–622.
- Wada, K., Yoshikawa, T., Goto, T., Hirai, A., Matsushima, E., Nakashima, Y. Akaho, R. Kido, M. y Hosaka, T. (2010). National survey of the association of depressive symptoms with the

number of off duty and on-call, and sleep hours among physicians working in Japanese hospitals: a cross sectional study. *BMC public health*, 10, 127 – 133.

Waldman, D. A., Bass, B. M., y Einstein, W. O. (1987). Leadership and outcomes of performance appraisal process. *Journal of Occupational Psychology*, 60, 177–186.

Waldman, D. A., Bass, B. M., y Yammarino, F. J. (1990). Adding to contingent-reward behavior: The augmenting effect of charismatic leadership. *Group and Organizational Studies*, 15, 381–394.

Walter, J. I., y Burnaford, S. M. (2006). Developmental changes in adolescents' guilt and shame: The role of family climate and gender. *North American Journal of Psychology*, 8, 321-338.

Wallace Jr, M. J., y Szilagyi Jr, A. D. (1982). *Managing behavior in organizations*. Scott Foresman.

Wallace, J. E. (2014) Gender and supportive co-worker relations in the medical profession. *Gender, Work y Organization*, 21, 1–17. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/gwao.12007>.

Wang, H. J., Lu, C. Q., y Siu, O. L. (2015). Job insecurity and job performance: The moderating role of organizational justice and the mediating role of work engagement. *Journal of Applied Psychology*, 100, <http://dx.doi.org/10.1037/a0038330>. Con acceso 17 de abril 2016.

Wang, J. Lesage, A. Schmitz, N, Drapeau, A. (2008). The relationship between work stress and mental disorders in men and women: Findings from a population-based study *Journal of Epidemiology Community Health* 62:42–47.

Wang, P. H, Ku, Y. C, Chen, C. C, Jeang, S. R, y Chou, F. H. C. (2016). Work-related frustration among senior nurses at a medical centre.

Journal of Clinical Nursing. doi: 10.1111/jocn.13241. Con acceso 6 de mayo 2016.

- Wang, Y., Chang, Y., Fu, J., y Wang, L. (2012). Work-family conflict and burnout among Chinese female nurses: the mediating effect of psychological capital. *BMC public health*, 12, 915923.
- Wang, Y., Liu, L., Wang, J., y Wang, L. (2012). Work-family conflict and burnout among Chinese doctors: the mediating role of psychological capital. *Journal of occupational health*, 54, 232-240.
- Weiner B. (2005). *Motivation from an attribution perspective and the social psychology of perceived competence*. En Elliot A. Dweck (eds). *Handbook of competence and motivation*. 1ra ed. Nueva York: Guilford Press; 73-84.
- West, C. y Zimmerman, D. (1987). Doing Gender. *Gender y Society*, 1, 125-151.
- Wester, S.R., Vogel, D.L., Pressly, P., y Heesacker, M. (2002). Sex differences in emotion: A critical Review of the literature and implications for counselling Psychology. *The counselling Psychologist*, 30, 630-652.
- Wiesner, M., Windle, M. y Freeman, A. (2005). Work stress, substance use, and depression among young adult workers: an examination of main and moderator effect models. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10, 83-96.
- Winkler, D. P. E., Busch, D. P. C., y Duresso, D. P. R. (2013). Gesundheitsförderliches Führungsverhalten bei un-und angelernten, kulturell diversen Belegschaften. *Gruppendynamik und Organisationsberatung*, 44, 153-169.
- Winkler, E., Busch, C., Clasen, J., y Vowinkel, J. (2014). Leadership behavior as a health-promoting resource for workers in low-

skilled jobs and the moderating role of power distance orientation. *Zeitschrift für Personalforschung. German Journal of Research in Human Resource Management*, 1/2, 96-116.

Winkler, E., Busch, C., Clasen, J., y Vowinkel, J. (2015). Changes in Leadership Behaviors Predict Changes in Job Satisfaction and Well-Being in Low-Skilled Workers A Longitudinal Investigation. *Journal of Leadership y Organizational Studies*, 22, 72-87.

Wood, W., y Eagly, A. H. (2002). A cross-cultural analysis of the behavior of women and men: Implications for the origins of sex differences. *Psychological Bulletin*, 128, 699-727.

Woodhead, E. L., Northrop, L., y Edelstein, B. (2016). Stress, social support, and burnout among long-term care nursing staff. *Journal of Applied Gerontology*, 35, 84-105.

Wu, C. H., Griffin, M. A., y Parker, S. K. (2015). Developing agency through good work: Longitudinal effects of job autonomy and skill utilization on locus of control. *Journal of Vocational Behavior*, 89, 102-108.

Wu, H., Liu, L., Wang, Y., Gao, F., Zhao, X., y Wang, L. (2013). Factors associated with burnout among Chinese hospital doctors: a cross-sectional study. *BMC public health*, 13, 786-794. doi:10.1186/1471-2458-13-786 con acceso 25 de septiembre de 2015.

Wu, J. C., Tung, T. H., Chen, P. Y., Chen, Y. L., Lin, Y. W., & Chen, F. L. (2015). Determinants of workplace violence against clinical physicians in hospitals. *Journal of occupational health*, 57, 540-547.

- Yoon, S. L., y Kim, J. H. (2013). Job-Related Stress, Emotional Labor, and Depressive Symptoms Among Korean Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 45, 169-176.
- Zanatta, A. B., y Lucca, S. R. D. (2015). Prevalence of Burnout syndrome in health professionals of an onco-hematological pediatric hospital. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49, 0253-0258.
- Zangaro, G. A. y Soeken, K. L. (2007) A meta-analysis of studies of nurses job satisfaction. *Research in Nursing y Health*, 30, 445–458.
- Zapf, D., Vogt, C., Seifert, C., Mertini, H., & Isic, A. (1999). Emotion work as a source of stress: The concept and development of an instrument. *European Journal of work and organizational psychology*, 8(3), 371-400.
- Zhang, Y., Punnett, L., McEnany, G. P., y Gore, R. (2016). Contributing influences of work environment on sleep quantity and quality of nursing assistants in long-term care facilities: A cross-sectional study. *Geriatric Nursing*. 13 – 18.
- Zhao, X. R., y Mattila, A. S. (2013). Examining the spillover effect of frontline employees' work–family conflict on their affective work attitudes and customer satisfaction. *International Journal of Hospitality Management*, 33, 310-315.
- Μαλλιάρου, Μ. Μ., Μουστάκα, Ε. Χ., y Κωνσταντινίδης, Θ. Χ. (2014). Burnout of Nursing Personnel in a Regional University Hospital. *Health Science*, 2, 140-152.

23. ANEXO:



VNIVERSITAT DE VALÈNCIA

INVASSAT
Institut Valencià de
Seguretat i Salut en el Treball

CÓDIGO _____

(A rellenar por el personal investigador)

**EVALUACIÓN DE FACTORES PSICOSOCIALES EN
EL TRABAJO
EN EL SECTOR DE SANIDAD**

SOBRE EL CUESTIONARIO

Este estudio tiene como objetivo analizar cómo influye sobre la calidad de vida laboral fenómenos como los riesgos psicosociales en el trabajo. Para ello, hemos elaborado un conjunto de preguntas que, si son contestadas con sinceridad, nos permitirán comprender mejor esos procesos y su influencia sobre la organización, y sobre la salud de los trabajadores/as.

Sólo tendrán acceso al contenido del cuestionario los miembros del equipo de investigación (Universitat de València) y del INVASSAT. Todos los datos que refleje en él serán tratados confidencialmente. Su confidencialidad será mantenida en todo momento y los informes sólo se ofrecerán de forma agrupada.

Es importante que responda a todas las cuestiones, pues las omisiones invalidan el conjunto de la escala a la que está respondiendo. Responda rodeando con un círculo la alternativa adecuada o escribiendo las respuestas en los espacios que acompañan a las cuestiones, según proceda. Compruebe al final que ha contestado a todas las preguntas.

Esperamos que comprenda la importancia de este estudio para el colectivo del que forma parte y para futuras intervenciones que pueden mejorar su calidad de vida y la de sus compañeros de profesión. Por ello, le solicitamos su colaboración.

Muchas gracias por el tiempo que va a dedicar a responder a este cuestionario.

Marque la casilla **que hay DELANTE** del servicio o departamento en el que trabaja

<input type="checkbox"/>	Adjuntos Enfermería Departamento	<input type="checkbox"/>	Laboratorio Bioquímica
<input type="checkbox"/>	Alergia Departamento	<input type="checkbox"/>	Mantenimiento General
<input type="checkbox"/>	Anatomía Patológica	<input type="checkbox"/>	Medicina Preventiva
<input type="checkbox"/>	Anestesia	<input type="checkbox"/>	Medicina del Trabajo
<input type="checkbox"/>	Atención al Paciente Departamento	<input type="checkbox"/>	Medicina Digestiva Departamento
<input type="checkbox"/>	Biblioteca	<input type="checkbox"/>	Medicina Intensiva
<input type="checkbox"/>	C.Ortop. Trauma (pl 3ª)	<input type="checkbox"/>	Medicina Interna (p.5ª)
<input type="checkbox"/>	C.Ortop. Trauma	<input type="checkbox"/>	Medicina Interna (p.6ª)
<input type="checkbox"/>	Cardiología Departamento	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Cargos a terceros	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Cirugía General	<input type="checkbox"/>	

	Cocina		Microbiología
	Cons A.Esp.		Nefrología Departamento
	Contabilidad		Neumología Departamento
	Contratación Administrativa		Neurofisiología
	Dermatología		Neurología Departamento
	Documentación y Admisión		Oftalmología
	Endocrinología Departamento		Oncología
	Enfermería Gestión		Otorrinolaringología
	Enfermería Especialidades		Pediatría
	Enfermo Residente Familiar y Comunitaria		Personal/Nóminas
	Equipo Dirección Departamento		Psicología
	Esterilización		Psiquiatría Dep. / U.Enferm. Psiquiatría (p10ª)
	Farmacia		Quirófano
	Fisioterapia Departamento		Radiodiagnóstico Departamento
	Gestión Admtva. Centro Esp.		Rehabilitación Departamento
	Ginecología Obstetricia		Reprografia
	Hematología Departamento		Reumatología Departamento
	Hemodiálisis, DPCA		Secretarias
	Hospital de día		Servicios generales
	Hospitalización domicilio Departamento		Suministros
	Informática		Urgencias

En esta parte del cuestionario debe reflejar algunos datos personales. Su objetivo es poder agrupar sus respuestas con la de otros/as profesionales de características sociolaborales similares a las suyas para ver si estas variables (por ejemplo: sexo, edad, antigüedad, tipo de servicio, etc.) influyen sobre los niveles de estrés percibido.

1. Sexo: **1. Hombre** **2. Mujer**

2. Edad: ____ años.

3. Estado civil: 1. Con pareja estable 2. Sin pareja estable (rodee la respuesta adecuada)

4a. ¿Cuántos hijos/as viven con usted? _____. 4b. ¿Cuántas personas mayores a su cargo viven con usted? _____.

5. Tipo de relación laboral (rodee con un círculo la opción más adecuada):

1. Funcionario/a de carrera 2. Funcionario/a interino/a 3. Contratado/a laboral fijo/a 4. Contratado laboral temporal 5. Estatutario/a

6. Tiempo que lleva en esta profesión o actividad: _____ años _____ meses.

7. Profesión (rodee le respuesta adecuada):

1. Médico/a 2. Enfermera/o 3. Auxiliar enfermería 4. Técnico/a
5. Celador/a 6. Administración 7. Otros

8. Categoría profesional (rodee le respuesta adecuada):

1. Jefe/a de Servicio / Coordinador/a 2. Adjunto/a 3. MIR/PIR 4. Supervisor/a
5. Administrativa/o 6. Auxiliar administrativa/a 7. Otros

9. Turno de trabajo: 1. Mañanas 2. Tardes 3. Noche 4. Mañana / Tarde
5. Mañana / Tarde / Noche

10. ¿Tiene la posibilidad de tomar días u horas libres para atender asuntos de tipo personal? 1. Sí 2. No

11. Situación laboral: 1. Destino definitivo 2. Expectativa de destin

3. Comisión de servicio 4. Interino/a 5. Otros/as

12. ¿Le preocupa su estabilidad laboral:

0	1	2	3	4
Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho

13. ¿Cuándo espera que se produzca su próxima promoción?

0	1	2	3	4
No lo sé	Nunca	Más de 5 años	Antes de 5 años	Antes de 1 año

El próximo año (Tiempo 2) realizaremos una nueva recogida de datos para ver como ha evolucionado la situación de los trabajadores en este periodo de tiempo. Para poder entregarle de nuevo el cuestionario y emparejar las puntuaciones con las de este cuestionario (Tiempo 1) necesitamos que refleje algún código que recuerde dentro de un año.

Después de valorar la situación para garantizar la confidencialidad y privacidad de sus respuestas, hemos considerado que el código de bata se ajusta a este requisito, pues es un número que recordará dentro de un año, a pesar del tiempo transcurrido, y no supone comunicar datos privados de carácter personal.

Por favor, refleje su NÚMERO DE BATA en el siguiente espacio:

A continuación hay algunas afirmaciones en relación a su trabajo y sobre las consecuencias que se derivan de esa relación para usted como profesional y como persona. Piense con qué frecuencia le surgen a usted esas ideas o con qué frecuencia las siente, teniendo en cuenta la escala que se le presenta a continuación. Para responder rodee con un círculo la alternativa (el número) que más se ajusta a su situación:

0	1	2	3	4
Nunca	Raramente: algunas veces al año	A veces: algunas veces al mes	Frecuentemente: algunas veces por semana	Muy frecuentemente: todos los días
1) Mi trabajo me supone un reto estimulante.	0	1	2	3 4
2) No me apetece atender a algunos pacientes.	0	1	2	3 4
3) Creo que muchos pacientes son insoportables.	0	1	2	3 4
4) Me preocupa el trato que he dado a algunas personas en el trabajo.	0	1	2	3 4
5) Veo mi trabajo como una fuente de realización personal.	0	1	2	3 4
6) Creo que los familiares de los pacientes son unos pesados.	0	1	2	3 4
7) Pienso que trato con indiferencia a algunos pacientes.	0	1	2	3 4
8) Pienso que estoy saturado/a por el trabajo.	0	1	2	3 4
9) Me siento culpable por alguna de mis actitudes en el trabajo.	0	1	2	3 4
10) Pienso que mi trabajo me aporta cosas positivas.	0	1	2	3 4
11) Me apetece ser irónico/a con algunos pacientes.	0	1	2	3 4
12) Me siento agobiado/a por el trabajo.	0	1	2	3 4
13) Tengo remordimientos por algunos de mis comportamientos en el trabajo.	0	1	2	3 4
14) Etiqueto o clasifico a los pacientes según su comportamiento.	0	1	2	3 4
15) Mi trabajo me resulta gratificante.	0	1	2	3 4
16) Pienso que debería pedir disculpas a alguien por mi comportamiento.	0	1	2	3 4

17) Me siento cansado/a físicamente en el trabajo.	0	1	2	3	4
18) Me siento desgastado/a emocionalmente.	0	1	2	3	4
19) Me siento ilusionado/a por mi trabajo.	0	1	2	3	4
20) Me siento mal por algunas cosas que he dicho en el trabajo.	0	1	2	3	4
21) En este trabajo poseo independencia para decidir cómo hacerlo.	0	1	2	3	4
22) El trabajo me proporciona posibilidades de utilizar mi iniciativa.	0	1	2	3	4
23) Para hacer mi trabajo dependo de lo que me dice o manda mi superior o jefe/a directo/a.	0	1	2	3	4
24) Considero que mi trabajo me proporciona suficiente autonomía.	0	1	2	3	4
25) Puedo determinar mi ritmo de trabajo.	0	1	2	3	4
26) Tengo que hacer cosas de forma diferente a como pienso que deben hacerse.	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	
Nunca	Raramente: algunas veces al año	A veces: algunas veces al mes	Frecuentemente: algunas veces por semana	Muy frecuentemente: todos los días	
27) Se me pide que realice funciones y tareas para las que no estoy autorizado/a.	0	1	2	3	4
28) Tengo que trabajar con dos o más grupos que hacen las cosas de manera bastante diferente.	0	1	2	3	4
29) Recibo demandas incompatibles de dos o más personas.	0	1	2	3	4
30) Se me asignan tareas/funciones sin los recursos y medios materiales necesarios para realizarlas.	0	1	2	3	4
31) Conozco el grado de autoridad que tengo en mi trabajo.	0	1	2	3	4
32) Los objetivos y metas de mi trabajo son claros y están planificados.	0	1	2	3	4

33) Conozco cuáles son mis responsabilidades en el trabajo.	0	1	2	3	4
34) Conozco los criterios con los que me evalúan.	0	1	2	3	4
35) Sé exactamente lo que se espera de mí en el trabajo.	0	1	2	3	4
36) Cuando está trabajando, ¿se encuentra con situaciones especialmente duras?	0	1	2	3	4
37) ¿Ha tenido que hacer más de una cosa a la vez?	0	1	2	3	4
38) ¿Ha tenido problemas con su trabajo debido a que se ha ido complicando progresivamente?	0	1	2	3	4
39) ¿Le es posible trabajar con un ritmo relajado?	0	1	2	3	4
40) ¿Le ocurre que no tiene tiempo suficiente para completar su trabajo?	0	1	2	3	4
41) ¿Piensa que tiene que hacer un trabajo demasiado difícil para usted?	0	1	2	3	4
42) ¿Se siente apreciado en el trabajo por su superior/a directo/a?	0	1	2	3	4
43) ¿Se siente apreciado/a en el trabajo por sus compañeros/as?	0	1	2	3	4
44) ¿Se siente apreciado/a en el trabajo por la dirección del centro?	0	1	2	3	4
45) ¿Con qué frecuencia le ayuda el superior/a directo/a cuando surgen problemas en el trabajo?	0	1	2	3	4
46) ¿Con qué frecuencia le ayudan sus compañeros/as cuando surgen problemas en el trabajo?	0	1	2	3	4
47) ¿Con qué frecuencia le ayuda la dirección del centro cuando surgen problemas en el trabajo?	0	1	2	3	4
48) ¿Con qué frecuencia tiene conflictos con su superior/a directo/a?	0	1	2	3	4
49) ¿Con qué frecuencia tiene conflictos con sus compañeros/as?	0	1	2	3	4
50) ¿Con qué frecuencia tiene conflictos con los pacientes?	0	1	2	3	4
51) ¿Con qué frecuencia tiene conflictos con los familiares de los pacientes?	0	1	2	3	4

52) ¿Con qué frecuencia tiene conflictos con la dirección del centro o de la organización?	0	1	2	3	4
53) ¿Con qué frecuencia tiene conflictos con otros trabajadores del centro?	0	1	2	3	4
54) Pongo más en mi trabajo de lo que obtengo a cambio de él.	0	1	2	3	4
55) Recibo bastantes recompensas por los cuidados y atenciones que doy a los pacientes.	0	1	2	3	4
56) Me dejo la piel en el trabajo comparado con lo que recibo a cambio.	0	1	2	3	4
57) No se me recompensa mucho a cambio de los esfuerzos que pongo en mi trabajo.	0	1	2	3	4
58) Presto mucha atención a los pacientes pero obtengo poco agradecimiento a cambio.	0	1	2	3	4
59) La organización me ofrece datos positivos sobre la realización de mi trabajo.	0	1	2	3	4
60) MI superior/a directo/a me felicita si realizo bien mi trabajo.	0	1	2	3	4
61) MI superior/a directo/a me dice cuando no está contento/a con el trabajo que hago.	0	1	2	3	4
62) La organización me informa cuando mi rendimiento es inadecuado.	0	1	2	3	4
63) Mis compañeros/as me dicen cuando hago un buen trabajo.	0	1	2	3	4
64) Mis compañeros/as me hacen comentarios cuando mi rendimiento no es adecuado.	0	1	2	3	4
65) La organización me dice cuando está satisfecha por mi rendimiento en el trabajo.	0	1	2	3	4
66) MI superior/a directo/a me comunica cuando hago algo equivocado.	0	1	2	3	4
67) Las obligaciones de mi trabajo interfieren con mi vida familiar y de casa.	0	1	2	3	4
68) Tengo que dejar de hacer cosas en el trabajo debido a las obligaciones que tengo en casa.	0	1	2	3	4
69) La tensión que me produce mi trabajo me dificulta realizar	0	1	2	3	4

las obligaciones familiares.					
70) Mi vida en casa interfiere en mis responsabilidades en el trabajo, tales como llegar puntual al trabajo, cumplir mis tareas diarias y hacer horas extra.	0	1	2	3	4
71) Debido a las obligaciones de mi trabajo tengo que hacer cambios en mis planes familiares.	0	1	2	3	4
72) La tensión que me produce mi vida familiar me dificulta realizar actividades en el trabajo.	0	1	2	3	4
73) Mi superior/a directo/a hace cosas para motivarnos.	0	1	2	3	4
74) Mi superior/a directo/a prefiere no involucrarse en mi trabajo.	0	1	2	3	4
75) Mi superior/a directo/a me transmite la necesidad de trabajar bien.	0	1	2	3	4
76) Mi superior/a directo/a me transmite la importancia de nuestra misión, y está convencido/a de ella.	0	1	2	3	4
77) Mi superior/a directo/a no se dirige a mí si yo no me dirijo a él/ella.	0	1	2	3	4
78) Mi superior/a directo/a ofrece consejos a quien los necesita.	0	1	2	3	4
79) Mi superior/a directo/a evita decirme cómo debo hacer las cosas.	0	1	2	3	4

Las siguientes preguntas tienen que ver con su estado de salud o con problemas personales pero **relacionados exclusivamente con el trabajo**. ¿Ha experimentado alguna de las siguientes situaciones **durante las últimas semanas en relación con su trabajo**? Si es así, ¿con qué frecuencia?

	0	1	2	3	4
	Nunca	Raramente	A veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente
80) ¿Le ha preocupado que, sin estar haciendo ningún esfuerzo, se le cortara la respiración?	0	1	2	3	4
81) ¿Ha sentido bruscamente palpitaciones o pinchazos en el pecho?	0	1	2	3	4
82) ¿Ha tenido dolores o molestias en el estómago?	0	1	2	3	4
83) ¿Ha tenido alguna crisis de ansiedad?	0	1	2	3	4
84) ¿Ha tenido ausencias, mareos o vértigos?	0	1	2	3	4
85) ¿Ha tenido jaquecas o dolores de cabeza?	0	1	2	3	4
86) ¿Ha tenido algún problema de salud a causa de su trabajo?	0	1	2	3	4
87) ¿Ha tenido dificultades para dormir?	0	1	2	3	4
88) ¿Ha tenido contracturas o dolores musculares?	0	1	2	3	4
89) ¿Ha necesitado tomar algún medicamento para poder manejar alguno de los problemas de salud anteriores u otros similares relacionados con su trabajo?	0	1	2	3	4
90) ¿Ha ingerido alguna bebida alcohólica en el trabajo o fuera de él?	0	1	2	3	4
91) ¿Ha incrementado su consumo de tabaco diario?	0	1	2	3	4
92) ¿Ha necesitado apoyo de un especialista para superar una situación de crisis personal relacionada con su trabajo?	0	1	2	3	4

Las siguientes preguntas tienen que ver con su estado de salud y su estado de ánimo en general. Marque la opción que mejor refleje la frecuencia con la que le ocurre la frase en su situación actual.

	1	2	3	4	
	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	
93) Me siento triste y deprimido/a.	0	1	2	3	4
94) Por las mañanas me siento mejor que por las tardes.	0	1	2	3	4
95) Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro.	0	1	2	3	4
96) Me cuesta mucho dormir o duermo mal por las noches.	0	1	2	3	4
97) Ahora tengo tanto apetito como antes.	0	1	2	3	4
98) Todavía me siento atraído/a por el sexo hacia otras personas.	0	1	2	3	4
99) Creo que estoy adelgazando.	0	1	2	3	4
100) Estoy estreñado/a.	0	1	2	3	4
101) Tengo palpitaciones.	0	1	2	3	4
102) Me canso por cualquier cosa.	0	1	2	3	4
103) Mi cabeza está tan despejada como antes.	0	1	2	3	4
104) Hago las cosas con la misma facilidad que antes.	0	1	2	3	4
105) Me siento agitado/a e intranquilo/a y no puedo estar quieto/a.	0	1	2	3	4
106) Tengo esperanza y confianza en el futuro.	0	1	2	3	4
107) Me siento más irritable que habitualmente.	0	1	2	3	4
108) Encuentro fácil tomar decisiones.	0	1	2	3	4
109) Me creo útil y necesario/a para la gente.	0	1	2	3	4
110) Encuentro agradable vivir, mi vida es plena.	0	1	2	3	4
111) Creo que sería mejor para los demás si me muriera.	0	1	2	3	4
112) Me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradaban.	0	1	2	3	4

Las afirmaciones que siguen tienen que ver con la disponibilidad de recursos (materiales y humanos) necesarios para los trabajadores. Para responder, redondee con un círculo el número que mejor refleje su situación de acuerdo con la siguiente escala. Valore en qué grado en su unidad dispone de:

	0	1	2	3	4
	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
113) Recursos tecnológicos.				0 1 2 3 4	
114) Personal para cubrir las necesidades del servicio.				0 1 2 3 4	
115) Material de uso habitual.				0 1 2 3 4	
116) Áreas de descanso adecuadas.				0 1 2 3 4	
117) Medidas de protección adecuadas.				0 1 2 3 4	
118) Los trabajadores/as disponen de autoridad o influencia.				0 1 2 3 4	
119) La empresa se preocupa de los problemas de su colectivo profesional.				0 1 2 3 4	

Habitualmente nuestro trabajo y los distintos aspectos del mismo nos producen satisfacción o insatisfacción en algún grado. Califique de acuerdo con las siguientes alternativas el grado de satisfacción o insatisfacción que le producen los distintos aspectos de su trabajo.

	0	1	2	3	4
	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Indiferente	Satisfecho	Muy satisfecho
120) Las oportunidades que le ofrece su trabajo de hacer las cosas que le gustan.				0 1 2 3 4	
121) El salario que usted recibe.				0 1 2 3 4	
122) La limpieza e higiene de su lugar de trabajo.				0 1 2 3 4	
123) Las oportunidades de promoción que tiene.				0 1 2 3 4	
124) El tipo de supervisión que ejercen sobre usted.				0 1 2 3 4	
125) Su participación en las decisiones de su departamento o sección.				0 1 2 3 4	

A continuación aparecen una serie de afirmaciones que tienen que ver con la percepción de su competencia. Para responder a ellas, rodee con un círculo el número que más se ajuste al grado de acuerdo con su percepción según la escala que se le presenta a continuación.

	0	1	2	3	4
Totalmente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo				Totalmente de acuerdo
	En desacuerdo		De acuerdo		
126) Puedo resolver problemas difíciles de mi trabajo si me esfuerzo lo suficiente.	0	1	2	3	4
127) Me resulta fácil persistir en lo que me he propuesto en mi trabajo hasta llegar a alcanzar mis metas.	0	1	2	3	4
128) Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados de mi trabajo.	0	1	2	3	4
129) Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas de mi trabajo.	0	1	2	3	4
130) Cuando me encuentro en dificultades puedo realizar mi trabajo tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.	0	1	2	3	4
131) Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.	0	1	2	3	4
132) Si me encuentro en una situación difícil en el trabajo, generalmente se me ocurre qué debo hacer.	0	1	2	3	4
133) Al tener que hacer frente a un problema de mi trabajo, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.	0	1	2	3	4
134) Puedo resolver la mayoría de los problemas de mi trabajo si me esfuerzo lo necesario.	0	1	2	3	4
135) En mi trabajo puedo encontrar la forma de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga.	0	1	2	3	4

Durante los últimos meses con qué frecuencia ha sufrido las siguientes acciones negativas en su lugar de trabajo.

	0	1	2	3	4
	Nunca	Ocasionalmente	Algunas veces al mes	Algunas veces por semana	Todos los días
136) Le han asignado tareas o trabajos absurdos o sin sentido.	0	1	2	3	4
137) Le han rebajado asignándole trabajos por debajo de su capacidad profesional o de sus competencias habituales.	0	1	2	3	4
138) Amplifican y dramatizan de manera injustificada errores pequeños o intrascendentes.	0	1	2	3	4
139) Le han menospreciado personal o profesionalmente o han echado por tierra su trabajo, sin importar lo que haga.	0	1	2	3	4
140) Han restringido sus posibilidades de comunicarse, hablar o de reunirse con su superior.	0	1	2	3	4
141) Le han ignorado, excluido, le han hecho el vacío, o han fingido no verle.	0	1	2	3	4
142) Le interrumpen continuamente impidiéndole expresarse y le avasallan cuando hace preguntas o intenta participar en una conversación.	0	1	2	3	4
143) Le han humillado o despreciado en público, ante colegas o ante terceros.	0	1	2	3	4
144) Le han chillado, gritado, o elevado la voz para intimidarle.	0	1	2	3	4
145) Le han privado de información imprescindible y necesaria para hacer su trabajo.	0	1	2	3	4
146) Han distorsionado malintencionadamente o han ignorado lo que dice o hace en el trabajo.	0	1	2	3	4
147) Le han dejado sin ningún trabajo que hacer, ni siquiera por iniciativa propia.	0	1	2	3	4
148) Ha recibido amenazas o sugerencias de despido, rescisión de contrato, traslados, etc.	0	1	2	3	4

149) Ha recibido insultos por teléfono o por e-mail.	0	1	2	3	4
150) Han saboteado su trabajo.	0	1	2	3	4
151) Le han intimidado invadiendo su espacio personal, cortándole el paso, empujándole, etc.	0	1	2	3	4
152) Le han cambiado su lugar de trabajo para aislarle de sus compañeros.	0	1	2	3	4
153) Han realizado comentarios ofensivos y repetidos sobre su persona o sobre su vida privada.	0	1	2	3	4
154) Difunden rumores o hablan mal de usted cuando no está presente.	0	1	2	3	4
155) Le han acosado sexualmente.	0	1	2	3	4
Señala otras acciones negativas ejercidas contra usted que no estén presentes en la lista anterior.					
156a)	0	1	2	3	4
156b)	0	1	2	3	4

Si ha respondido a alguna diferente de 0 indique: ¿Desde cuándo sufre esas acciones? (Rodee con un círculo el número de la opción que más se ajusta a su experiencia):

0	1	2	3	4	5	6
Hace menos de 6 meses	Hace entre 6 meses y 1 año	Hace entre 1 y 2 años	Hace entre 2 y 3 años	Hace entre 3 y 5 años	Hace entre 5 y 10 años	Hace 10 años o más
sufro esas acciones						

A continuación se presentan una serie de frases relacionadas con las situaciones anteriores. Por favor, indique el nivel de acuerdo o desacuerdo con cada una de ellas si en alguna ha respondido diferente de 0:

	1	2	3	4
Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
157) Son una fuente importante de tensión en su trabajo.	1	2	3	4
158) Esta tensión procede de mis compañeros.	1	2	3	4
159) Esta tensión procede de mis superiores.	1	2	3	4
160) Reducen su eficacia en su trabajo.	1	2	3	4
161) Son un grave problema en su lugar de trabajo.	1	2	3	4
162) Reducen su motivación por hacer las cosas bien.	1	2	3	4

Las frases siguientes hacen referencia a los valores humanos. Piense detenidamente en la importancia que tiene en su vida cada uno de estos valores y conteste según su criterio redondeando al número que más se ajuste de la escala siguiente al grado de importancia que tiene para usted.

Nada importante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy importante

168) Ser ambicioso/a (tener aspiraciones y trabajar duro para conseguirlas).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
169) Ser tolerante (abierto/a, razonable)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
170) Ser competente (capaz, eficaz).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
171) Ser alegre (divertido/a).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
172) Ser limpio/a (aseado/a, pulcro).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
173) Ser valiente (defender tus creencias).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
174) Ser indulgente (saber perdonar a los demás).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
175) Ser servicial (trabajar por el bienestar de los demás).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
176) Ser honesto/a (sincero/a, honrado/a, no mentir)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
177) Ser creativo/a (imaginativo/a, emprendedor/a).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
178) Ser independiente (autosuficiente).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
179) Ser intelectual (reflexionar, meditar).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
180) Ser lógico/a (racional, consistente)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
181) Ser cariñoso/a.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
182) Ser obediente (respetuoso/a).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
183) Ser educado/a (cortés).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
184) Ser responsable.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
185) Ser equilibrado/a (autodisciplinado/a, autocontrolado/a).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

A continuación aparecen una serie de afirmaciones que tienen que ver con la percepción de su competencia. Para responder, rodee con un círculo el número que más se ajuste al grado de acuerdo con su percepción según la siguiente escala.

0	1	2	3	4
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
<hr/>				
186) Puedo resolver problemas difíciles de mi trabajo si me esfuerzo lo suficiente.	0	1	2	3 4
<hr/>				
187) Me resulta fácil persistir en lo que me he propuesto en mi trabajo hasta llegar a alcanzar mis metas.	0	1	2	3 4
<hr/>				
188) Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados de mi trabajo.	0	1	2	3 4
<hr/>				
189) Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas de mi trabajo.	0	1	2	3 4
<hr/>				
190) Cuando me encuentro en dificultades puedo realizar mi trabajo tranquilo/a porque cuento con habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.	0	1	2	3 4
<hr/>				
191) Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.	0	1	2	3 4
<hr/>				
192) Si me encuentro en una situación difícil en el trabajo, generalmente se me ocurre qué debo hacer.	0	1	2	3 4
<hr/>				
193) Al tener que hacer frente a un problema de mi trabajo, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.	0	1	2	3 4
<hr/>				
194) Si quiero puedo alcanzar perfectamente las metas de mi puesto de trabajo.	0	1	2	3 4
<hr/>				
195) Puedo encontrar la forma de obtener lo que quiero en mi trabajo aunque alguien se me oponga.	0	1	2	3 4
<hr/>				

A continuación, piense con qué frecuencia experimenta usted los siguientes sentimientos. Para responder rodee con un círculo la alternativa (el número) que más se ajusta a su situación con la siguiente escala:

0	1	2	3	4
Nunca	Raramente: algunas veces al año	A veces: algunas veces al mes	Frecuentemente: algunas veces por semana	Muy frecuentemente: todos los días
196) Sentir vergüenza.	0	1	2	3 4
197) Sentirse ridículo/a.	0	1	2	3 4
198) Sentirse cohibido/a o retraído/a.	0	1	2	3 4
199) Sentirse humillado/a.	0	1	2	3 4
200) Sentirse estúpido/a o tener la sensación de ser tonto/a.	0	1	2	3 4
201) Sentirse infantil o pueril.	0	1	2	3 4
202) Sentirse desamparado/a, paralizado/a.	0	1	2	3 4
203) Sentir que se sonroja o se ruboriza.	0	1	2	3 4
204) Sentir que los demás se ríen de usted.	0	1	2	3 4
205) Sentir que le cae mal a los demás.	0	1	2	3 4

Para finalizar con las preguntas del cuestionario rellene la siguiente escala.

0	1	2	3	4	
Nunca	Raramente: algunas veces al año	A veces: algunas veces al mes	Frecuentemente: algunas veces por semana	Muy frecuentemente: todos los días	
<hr/>					
206) ¿Tiene que expresar emociones agradables hacia los pacientes y familiares (p.e., amabilidad)?	0	1	2	3	4
<hr/>					
207) ¿Tiene que dar la impresión de estar de buen humor en el trato con los pacientes?	0	1	2	3	4
<hr/>					
208) ¿Tiene que expresar emociones desagradables hacia sus pacientes (p.e., enfadarse)?	0	1	2	3	4
<hr/>					
209) ¿Tiene que actuar de forma muy severa y estricta con los pacientes?	0	1	2	3	4
<hr/>					
210) ¿Tiene que poner a los pacientes en un estado de humor neutral/imparcial (p.e., tranquilizarlos)?	0	1	2	3	4
<hr/>					
211) ¿Tiene que dar la impresión de ser neutral e imparcial en el trato con los pacientes?	0	1	2	3	4
<hr/>					
212) ¿Es importante saber cómo se sienten los pacientes en un determinado momento?	0	1	2	3	4
<hr/>					
213) ¿Es necesario ponerse en el lugar de los pacientes?	0	1	2	3	4
<hr/>					
214) ¿Debe reprimir sus emociones para aparentar tranquilidad?	0	1	2	3	4
<hr/>					
215) ¿Tiene que expresar emociones que no coinciden con sus verdaderos sentimientos?	0	1	2	3	4
<hr/>					
216) ¿Le permite su trabajo terminar la conversación con los pacientes si usted lo considera apropiado?	0	1	2	3	4
<hr/>					
217) ¿Puede decidir la cantidad de tiempo que dedica a un paciente, independientemente de las necesidades de éste/a?	0	1	2	3	4

En el espacio siguiente puede reflejar los comentarios que considere oportunos

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN