

Artículo

Análisis de los factores psicosociales de riesgo en los profesionales dedicados al cuidado de la salud

Analysis of psychosocial risk factors in health professionals

ENRIQUE ALONSO MORILLEJO

CARMEN POZO MUÑOZ

Área de Psicología Social. Dpto. Ciencias Humanas y Sociales. Universidad de Almería¹

RESUMEN

Los profesionales que desempeñan su labor en el ámbito sanitario son una población especialmente vulnerable a los riesgos derivados de su trabajo. En general, el profesional sanitario conoce cuáles son los factores de riesgo más comunes a los que se expone en su entorno laboral así como las medidas protectoras que debe ejecutar para evitar la aparición de accidentes o enfermedades profesionales. Sin embargo, ese conocimiento por sí solo no es suficiente para instaurar una serie de hábitos comportamentales dirigidos al mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad. Desde la Psicología social se han propuesto determinados modelos acerca del comportamiento arriesgado en los que el componente cognitivo se presenta como un factor clave para explicar por qué los individuos ejecutan determinadas conductas que ponen en peligro su integridad física o psicológica. En este trabajo se postula la necesidad de incluir otras variables de interés, de mayor implicación psicosocial, que permitan el diseño de intervenciones dirigidas a prevenir la ocurrencia de accidentes laborales en este grupo de población.

ABSTRACT

Health professionals are especially vulnerable to work-related risks; this group often suffers from professional diseases, particularly those associated with toxic-biological agents and radiations. In general, health professionals know the most common risk factors they must face in their workplace, as well as the protective measures needed to prevent disease. However, it has been recognized that information alone is not enough to establish behavioral habits

¹ Dirección: Prof. Enrique Alonso Morillejo. Tfno: 950-01-57-32. Área de Psicología Social. Dpto. Ciencias Humanas y Sociales. Fax: 950-01-54-20- Universidad de Almería. 04120. Almería. e-mail: ealonso@ual.es

directed to keep people healthy and to prevent diseases. However, it has been recognized that information alone is not enough to establish behavioral habits directed to keep people healthy and to prevent diseases. In Social Psychology, several models have been proposed in order to explain risk behaviour, stressing the role of cognitive variables, and particularly «risk perception» as a key concept to understand why behaviours that are detrimental to physical and psychological health are maintained. In this study, the need to take into account psychosocial variables is emphasized, as a basis for designing interventions to prevent risk behaviours.

PALABRAS CLAVE

Conductas de riesgo. Profesional sanitario. Modelos psicosociales. Percepción del riesgo. Programas de prevención.

KEY WORDS

Risk behaviour, Health professionals, Psychosocial models, Risk perception, Prevention programmes.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el mantenimiento de la salud en el ámbito laboral es una de las principales preocupaciones de todos aquellos que tienen algún tipo de responsabilidad social en este ámbito. Con el fin de garantizar la seguridad de los trabajadores y evitar la aparición de accidentes y enfermedades profesionales se están disponiendo una serie de medidas, especialmente de carácter preventivo, encaminadas a proveer a los profesionales de los distintos sectores laborales de, al menos, los conocimientos básicos acerca de las situaciones de riesgo a las que se pueden enfrentar y de la mejor manera de afrontarlas. Lo cierto es que, afortunadamente, los riesgos físicos empiezan a ser controlados paulatinamente, algo que no sucede en la misma medida con los de tipo psicosocial (Alonso Morillejo y Pozo, 2002; Alonso Morillejo, Pozo y Martínez, 2002). Además, las consecuencias psicosociales de los riesgos pueden representar gran parte de las enfermedades profesionales, en especial en lo referente al estrés laboral (Peiró, 1999; Peiró y Bravo, 1999).

En este sentido, y con el fin de promover estrategias preventivas adecuadas, se hace necesario contar con herramientas de evaluación válidas que permitan la detección temprana de los factores de riesgo que están presentes en el contexto laboral. En medio de esta situación aparecen iniciativas como la del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), diseñando una serie de recomendaciones y guías para posibilitar las evaluaciones de este tipo de riesgos. Por ejemplo, este organismo estatal edita en soporte informático una metodología para facilitar la evaluación de los factores psicosociales (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 1996). En esta misma línea existen otros intentos como el modelo “AMIGO”, base de la metodología “Prevenlab-Psicosocial”, dirigido a la evaluación de los riesgos y a la puesta en marcha de proyectos preventivos en el contexto tanto ergonómico como psicosocial (Peiró, 1999). En otros países del contexto europeo y americano también se vienen desarrollando estrategias evaluativas e intervenciones de especial relevancia para la detección y prevención de los riesgos psi-

cosociales (Cartwright y Cooper, 1999; Hansez y De Keyser, 1999; Lindström y Kivimäki, 1999; Schaufeli, 1999); una buena muestra de algunos de los trabajos desarrollados en este ámbito se recogen en el número monográfico de la *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* coordinado por Peiró y Bravo en 1999.

Los profesionales que desempeñan su labor en el ámbito sanitario son una población especialmente vulnerable a los riesgos derivados de su trabajo, especialmente el colectivo de enfermería. Son muy diversas las investigaciones desarrolladas, tanto dentro como fuera de nuestras fronteras, que ponen de manifiesto el padecimiento de enfermedades profesionales por este grupo de población, motivado, en gran medida, por las situaciones de riesgo con las que diariamente se enfrentan. Es cierto también, que los datos proporcionados por diversos estudios hablan de índices de accidentalidad no excesivamente elevados cuando nos centramos, por ejemplo, en la transmisión accidental del VIH (investigadores en este campo señalan que la probabilidad de que un profesional sanitario se infecte con sangre de un enfermo con VIH es de entre 0,3% y 0,5%; Portell, Riba y Bayés, 1997; Moure y Pujalto, 1996; De Juanes y Fuertes, 1988; Gala, Martínez, Lipiani y cols., 1997), aunque se elevan aproximadamente a un tercio del total de accidentes laborales cuando se incluyen todas las enfermedades causadas por patógenos transmisibles por exposición percutánea, incluyendo la hepatitis B y hepatitis C (Gallardo, Masa, Fernández y cols., 1997).

Sin embargo, los riesgos de origen biológico son sólo una parte del conjunto de peligros a los que están expuestos estos

profesionales. Por ejemplo, los riesgos del ambiente abarcan variables tales como la iluminación, el ruido o las vibraciones, las radiaciones, las altas temperaturas o los riesgos químicos. Entre los factores físicos se encuentran el manejo de cargas pesadas, la adopción de posturas incómodas durante un tiempo continuado o la realización de movimientos repetitivos. Las propias características del puesto implican, en ocasiones, un ritmo excesivo de trabajo, la atención a demasiadas tareas a la vez o el trabajar demasiadas horas seguidas, lo que puede desembocar en el padecimiento de trastornos relacionados con el estrés laboral o *burnout* (Cartwright y Cooper, 1999; Peiró, 1999).

Íntimamente relacionado con el padecimiento del estrés laboral y otras enfermedades profesionales, se señalan también algunos factores relativos al desempeño de roles -la ambigüedad, el conflicto y la sobrecarga de rol-. A ello se unen otra serie de variables grupales y organizacionales, como la falta de participación en la toma de decisiones, la escasa autonomía en el trabajo, la monotonía, la perspectiva poco optimista de desarrollo profesional, la escasa oportunidad para el control o los conflictos grupales, que pueden actuar como factores de riesgo destacados (Peiró, 1992, 1999).

Y, por último, no hay que olvidar que otro elemento característico del trabajo sanitario, especialmente del personal de enfermería, es la gran parte del tiempo que estos profesionales pasan con los pacientes y sus familiares. Estas relaciones interpersonales suelen estar cargadas de emociones, tensiones e incluso frustración y hostilidad, algo que puede desembocar en la aparición del *burnout* entre este grupo de profesionales, de forma que cuanto más

tiempo se dedica a los pacientes y allegados mayor es el riesgo de tensión y de agotamiento emocional (Moreno y Peñacoba, 1995; Bravo, Zurriaga, Peiró y González, 1993; Jackson y Maslach, 1982; Lancero y Gerber, 1995; Lee y Henderson, 1996). Si a ello se suma la naturaleza de algunas enfermedades como el SIDA, el cáncer, etc., su especial sintomatología o la gravedad de las mismas, puede verse incrementado ese sentimiento de frustración al que antes hacíamos mención (Reig y Caruana, 1989; Emery, 1993; Cohen, Haberman, Steeves y Deatrick, 1994; Visintini, Campanini, Fossati et al., 1996).

La relación de situaciones y factores de riesgo expuestos más arriba, especialmente los que tienen que ver con los agentes biológicos, físicos, químicos, tóxicos o por irradiación, son perfectamente conocidos por los profesionales sanitarios. Así, teóricamente, la eficacia de las precauciones universales depende de que los profesionales expuestos a las situaciones de riesgo utilicen los equipos de protección personal y sigan las medidas protectoras que esas normas universales recomiendan (Portell, Riba y Bayés, 1997). Igualmente, estos trabajadores también conocen las consecuencias negativas que sobre su salud puede tener el incumplimiento de dichas medidas. Si esto es así, ¿cuáles son los factores que explican que aún se produzcan accidentes en este ámbito?, ¿qué motiva el que no se sigan todas las precauciones universales?, ¿qué es lo que conduce a los individuos a ejecutar determinados comportamientos aún a sabiendas del riesgo que corren?

Antes de intentar arrojar algo de luz sobre esas cuestiones es preciso plantearse otro interrogante: ¿qué entendemos por riesgo? A la hora de abordar la definición

del riesgo cabe distinguir entre la concepción del *riesgo como estímulo*, es decir, como una característica objetiva del ambiente físico que puede implicar una pérdida para el individuo, y que, por tanto sería evaluado por los expertos o técnicos especialistas en la materia; o bien, podemos hablar del *riesgo como respuesta*, donde aquél se considera el resultado de una valoración subjetiva realizada por los individuos implicados (Portell, Riba y Bayés, 1997). Para nuestros propósitos, la consideración exclusiva del riesgo objetivo (riesgo como estímulo) no permite dar respuesta a los interrogantes que nos formulamos, o lo que es lo mismo, no ayuda a la comprensión de los comportamientos que realizan los individuos ante las situaciones consideradas de peligro.

Algunas de las explicaciones que se han venido ofreciendo hablan de la irracionalidad de los profesionales al ejecutar conductas arriesgadas, del desconocimiento de los riesgos ante los que están expuestos, de comportamientos de riesgo involuntarios, etc. Sin embargo, el concepto de riesgo al que nos referimos en estas páginas no es otro que el que asume la propia Psicología social, es decir, los riesgos voluntariamente asumidos, conscientes, conocidos por quienes los realizan, y de los que se saben cuáles son las potenciales consecuencias negativas que pueden acarrear sobre el estado de salud. Sólo sobre este tipo de riesgos es posible actuar para evitarlos (prevenirlos) o afrontarlos (Blanco, Sánchez, Carrera y cols., 2000).

Desde el ámbito de la Psicología social se han desarrollado numerosos modelos explicativos del comportamiento arriesgado con el fin de comprender dicha conducta e intentar dar respuesta a algunas preguntas como las formuladas arriba. En

última instancia, se pretende obtener conocimiento suficiente y válido para guiar el desarrollo de actuaciones, a modo de programas de intervención social, encaminados a prevenir la ocurrencia de las conductas de riesgo.

Las primeras aproximaciones teóricas, partiendo de una perspectiva informacional, postulaban que las personas no tenían conocimientos suficientes o no comprendían la relevancia de las conductas de riesgo que ejecutaban y las consecuencias negativas que de ellas se podían derivar. En este sentido, es de esperar que si se proporciona la información adecuada será posible que se cumplan las medidas de precaución a través de un cambio de actitudes (Zimbardo, Ebbesen y Maslach, 1977; Ley, 1982). Evidentemente, estas explicaciones no sirven a nuestros propósitos, ya que se ha podido constatar que la comunicación comprensiva a través de mensajes persuasivos puede atraer la atención de quienes los reciben pero eso no garantiza, en ningún caso, el cambio de actitudes ni de conductas (Leventhal y Hirschman, 1982). Por este motivo, las propuestas explicativas basadas en la información resultan insuficientes; el abandono de los comportamientos arriesgados y la adopción de medidas preventivas no responden a un problema de falta de comunicación; en otras palabras, la información puede resultar necesaria pero no suficiente (Leventhal y Hirschman, 1982; Bayés, 1991; Rodríguez Marín, 1995).

En la mayoría de los modelos a los que nos referiremos, la *percepción* del riesgo se presenta como un concepto clave a la hora de explicar las conductas de los individuos que ponen en peligro su integridad física o psicológica (Sánchez, Rubio, Páez y Blanco, 1998). Algunos de los más

representativos de nuestra disciplina están ligados con los procesos de toma de decisiones e incluyen el riesgo asociado con la incertidumbre y con la probabilidad de ocurrencia de un daño (Prohaska, Albrecht, Levy y cols., 1990); otros han señalado como variables relacionadas con el riesgo las posibles pérdidas asociadas, concretamente en lo que tiene que ver con las pérdidas potenciales, el significado de las mismas y la incertidumbre de dichas pérdidas (Blanco, Sánchez, Carrera y cols., 2000; Yates y Stones, 1992; Van der Pligt, 1996). Esos supuestos teóricos establecen una concepción tradicional en la que se asumen relaciones causales entre las percepciones y las actitudes de los individuos, y su comportamiento, convirtiéndose así la percepción del riesgo en la variable central de la conducta preventiva (Blanco, Sánchez, Carrera y cols., 2000).

De especial interés resultan otra serie de modelos de corte cognitivo formulados desde la Psicología social e interesados, en general, en explicar la ocurrencia de prácticas saludables y la posibilidad de promover la desaparición de conductas arriesgadas o perjudiciales para la salud (Rodríguez Marín, 1995). Entre ellos destacan especialmente la Teoría de la Acción Razonada de Fishbein y Ajzen (1975) o el Modelo de Creencias de Salud (MCS) de Rosenstock (1974), a los que dedicaremos una especial atención.

El primero de los modelos al que nos referimos, la *Teoría de la Acción Razonada* -TAR- (Fishbein y Ajzen, 1975; Ajzen y Fishbein, 1980) subraya el papel de los factores cognitivos como determinantes de las conductas de salud. Se apoya en el supuesto de que los seres humanos son racionales y como tales hacen un uso sistemático de la información de la que dispo-

nen. Así, todos nosotros conoceríamos las implicaciones de nuestras conductas antes de llevarlas a cabo. Para su explicación recurramos, por ejemplo, al uso de los guantes por los profesionales sanitarios. Una vez identificada la *conducta de salud* (ponerse los guantes al atender a un paciente), su determinante inmediato es la *intención* que la persona tiene de realizarla o no. Esta intención está determinada por dos componentes, la *actitud hacia la conducta*, es decir, la evaluación positiva o negativa que la persona hace de la conducta de salud (ponerse los guantes), y la *norma subjetiva*, o lo que es lo mismo, la percepción que la persona tiene de las presiones sociales que se ejercen sobre ella para que se ponga los guantes. Por su parte, las actitudes son función de las *creencias comportamentales*, es decir, de la información que se dispone sobre las consecuencias de ejecutar tal conducta y de la valoración de las mismas; mientras que la norma subjetiva es función de las *creencias normativas* de la persona, o lo que es lo mismo, la percepción de que otros referentes significativos (es decir, personas o grupos importantes para el sujeto) piensan que debería o no realizar tal conducta y de la motivación para cumplir con ellos (Ajzen y Fishbein, 1980; Rodríguez Marín, 1995). Precisamente, uno de los elementos importantes de este modelo radica en incorporar elementos sociales de interés, al subrayar la relevancia de la influencia de los “otros” o “referentes significativos” sobre la intención de actuar (Rodríguez Marín, 1995).

Desde el *Modelo de Creencias de Salud* (MCS) se espera que los individuos realicen conductas de salud -por ejemplo, y volviendo al mismo caso que señalamos antes, el uso de guantes por el personal sanitario-, en función de una serie de varia-

bles: por una parte, la *amenaza* que la persona percibe que representa para él la enfermedad que puede contraer como resultado de un posible contagio y, por otra, de la *creencia* respecto al valor de la acción saludable (es decir, la relación *costos-beneficios* percibidos). A su vez, dicha *amenaza percibida* depende de la *susceptibilidad percibida* por el individuo respecto a la enfermedad particular de que se trate (pongamos por caso el VIH, por transmisión percutánea), de la probable *gravedad percibida* acerca de las consecuencias de contraer el SIDA, y de las *claves para la acción*, que no son más que ciertos “disparadores” de la conducta de salud (por ejemplo, las noticias en la prensa acerca de los índices de contagio de VIH en el personal sanitario o el conocimiento de la enfermedad de algún compañero) (Becker y Maiman, 1982). Como se ha podido constatar, en este modelo son de especial interés las creencias y percepciones subjetivas acerca de la salud y, a pesar de que, en general, ha acumulado datos empíricos en apoyo de su capacidad para explicar determinadas conductas de salud, sin embargo, no todas las investigaciones han podido mostrar resultados positivos que consideren conjuntamente la totalidad de las variables del modelo (Rodríguez Marín, 1995).

Al margen de las variables señaladas, en investigaciones más recientes se han venido destacando otra serie de factores de especial relevancia en la explicación de los comportamientos arriesgados; son la *ilusión de invulnerabilidad* y el *optimismo ilusorio*. En ambos casos se hace referencia al optimismo infundado que los individuos sienten y manifiestan cuando hacen “predicciones” sobre su futuro (Sánchez, Rubio, Páez y Blanco, 1998). En general, la mayoría de las personas piensan que tienen una mayor probabilidad de que les

acontezcan sucesos de carácter positivo que a sus semejantes, y menos de carácter negativo (Weinstein, 1980, 1989). Aunque en muchas ocasiones ambos conceptos de utilizan indistintamente, lo cierto es que cuando nos referimos al optimismo exagerado en relación a la probabilidad de sufrir consecuencias negativas estamos hablando de ilusión de invulnerabilidad, y cuando nos referimos a la probabilidad de acontecimientos positivos, se trataría del optimismo ilusorio. Estos conceptos suponen un avance importante en la explicación de los comportamientos arriesgados y permiten justificar la realización de conductas de riesgo aún a sabiendas de su peligrosidad, dado que, según la ilusión de invulnerabilidad, los efectos nocivos para la salud sólo se producirían en los otros y no en uno mismo (Weinstein, 1989).

A pesar de su uso habitual, estos modelos no siempre han conseguido los resultados esperados en cuanto a la explicación de las conductas de riesgo; algunos estudios de meta-análisis señalan que la relación entre percepción de vulnerabilidad y conductas preventivas es bastante insignificante (Gerrard, Gibbons y Bushman, 1996), lo que sustenta la idea de que existen otros factores que pudieran mediar entre lo puramente cognitivo y lo conductual; en este sentido, cabría afirmar que “los factores cognitivos no pueden ser los únicos a tener en cuenta a la hora de hablar de conductas de riesgo” (Blanco, Sánchez, Carrera y cols., 2000, p. 55).

Entre esas variables mediacionales, se señala la experiencia pasada como una que pudiera tener cierto influjo sobre el comportamiento futuro (Weinstein, 1989; Van der Pligt, 1996); así, el haber sufrido un accidente previo en el entorno laboral -en nuestro caso concreto en el marco hospita-

lario- podría explicar, en cierto grado, que los profesionales sanitarios tomaran más medidas de protección para evitar un nuevo accidente o enfermedad profesional.

Sin embargo, algunos investigadores que están desarrollando en nuestro país trabajos aplicados en este ámbito nos ponen sobre aviso de lo peligroso que resulta obviar las variables sociales en la determinación de los comportamientos de riesgo (Blanco y Sánchez, 1993; Blanco, Sánchez, Carrera y cols., 2000). El ejemplo más claro lo tenemos en la población de adolescentes, donde el grupo social es, no sólo, la fuente primordial de información y *feedback* sobre las propias conductas, sino que además influye y “presiona” para que se desarrollen determinados comportamientos de salud o de enfermedad (en nuestras ciudades el denominado “bottlelón”, que se ha convertido en un problema social, es seguido por un numeroso grupo de jóvenes que comparten no sólo unos hábitos o comportamientos de riesgo sino unos valores y una cultura concreta).

Por los motivos señalados, quizá la consideración conjunta de los factores objetivos (riesgo objetivo o peligros reales, accidentes previos, conocimientos sobre prevención, etc.) y de los factores subjetivos (riesgo percibido, vulnerabilidad percibida, gravedad percibida de la potencial enfermedad, valor otorgado a la propia salud, etc.), de los componentes actitudinales (intención de conductas preventivas, interés por informarse sobre riesgos, etc.) y de variables sociales y grupales (presión del grupo para ejecutar determinadas conductas, creencias de salud, acceso a los sistemas de protección y cuidado de salud, etc.) pueda ayudar a superar las deficiencias mostradas por los modelos anteriores a la hora de explicar el comportamiento de

riesgo (Blanco, Sánchez, Carrera y cols., 2000; Aggleton, O'Reilly, Slutkin y Davies, 1994).

Objetivos

Con el presente estudio piloto se pretende establecer una descripción de las situaciones de riesgo más comunes en una muestra de profesionales de la salud que desempeñan su trabajo en distintos centros sanitarios del territorio andaluz. Igualmente se persigue un análisis de las percepciones, actitudes y comportamientos de dichos profesionales ante tales factores de riesgo, con el propósito último de obtener información relevante para el futuro diseño de estrategias preventivas encaminadas a reducir las conductas arriesgadas en este tipo de trabajadores.

MÉTODO

Sujetos

El cuestionario fue cumplimentado por un total de 97 profesionales de la salud (enfermeros, médicos y auxiliares de enfermería) de un Hospital perteneciente a Cruz Roja. La distribución muestral fue la siguiente. Un 78.1% son mujeres y un 21.9% varones, con una media de edad cercana a los 35 años (rango de edad: de 21 hasta 63 años). En cuanto a la categoría profesional, el 60.8% son enfermeros/as, el 26.8% auxiliares de enfermería, el 6.2% médicos y el 6.2% celadores. En referencia a la relación contractual, el 57.1% del total de la muestra es personal con plaza en propiedad, el 25.3% es personal eventual, el 15.4% es interino y, por último, un 2.2% son profesionales autónomos. La media de antigüedad en el ámbito sanitario es apro-

ximadamente de trece años, mientras que en el mismo puesto se sitúa entre siete y ocho años.

Instrumento de evaluación

El instrumento de medida es un cuestionario diseñado *ad hoc* conformado por un total de 64 ítems, de los cuales 58 se presentan con un formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos y las 6 cuestiones restantes se formulan con una estructura de respuesta dicotómica (SI/NO). En el cuadro 1 se recogen los factores de riesgo sanitario considerados y las variables que los integran.

Del total de los ítems, 38 recogen las distintas situaciones de riesgo, integradas en nueve dimensiones, que pueden acontecer durante el trabajo diario; 10 nuevos ítems hacen referencia a la percepción del riesgo que los individuos tienen acerca de las situaciones señaladas; 8 ítems están relacionados con los comportamientos preventivos en el entorno laboral así como con los motivos de su incumplimiento y/o los beneficios de su puesta en marcha; 5 ítems se relacionan con la actitud en el trabajo hacia las medidas de protección, 1 ítem recoge la incidencia de accidentes o enfermedades profesionales previas y, por último, 1 nuevo ítem recoge el valor que los individuos participantes en el estudio otorgan a su propia salud.

Para completar la información recabada con las cuestiones mencionadas se extrajeron datos relativos a determinadas variables sociodemográficas y de identificación de la muestra: sexo, edad, categoría profesional, relación contractual, antigüedad en el ámbito sanitario y antigüedad en el mismo puesto.

Procedimiento

Tras la elaboración del instrumento de medida señalado, se procedió a la aplicación del cuestionario durante los últimos meses del año 2001 en el centro hospitalario señalado. Para recoger la mayor variabilidad posible se aplicó en los diferentes turnos de trabajo, recogiendo la opinión del personal del turno de noche, mañana, tarde y turnos rotatorios. Siguiendo normas estandarizadas de aplicación, se procedió a recoger datos sobre las variables mencionadas. Dado lo reducido de la muestra y sus características especiales (sus pacientes son básicamente geriátricos), el presente trabajo servirá a modo de estudio piloto. Éste atravesó por las siguientes fases secuencializadas: (1) elaboración del cuestionario adaptado al contexto específico del personal sanitario; (2) contacto con los responsables a nivel sanitario y de formación del personal para garantizar su colaboración y obtener los permisos correspondientes; (3) aplicación del instrumento de evaluación; (4) introducción de datos en ficheros informáticos, y (5) codificación y análisis de los datos.

Análisis

Los datos recogidos fueron sometidos a una serie de análisis estadísticos a través del programa informático SPSS en su versión 10.0 para Windows. Se llevaron a cabo básicamente dos tipos de análisis atendiendo a los objetivos marcados por la investigación. Así, los resultados se presentan en dos grandes apartados. En primer lugar, se exponen los análisis descriptivos para el conjunto de ítems y factores de riesgo, medidas protectoras adoptadas y motivos de incumplimiento de las mismas. Y, en segundo lugar, se presentan los

resultados de los contrastes de medias en función de algunas variables sociodemográficas y otros factores de interés (ocurrencia previa de accidentes, valor de salud, actitudes y conocimientos sobre prevención).

RESULTADOS

Previa a la exposición de los resultados cabe señalar que la consistencia interna de la escala (dejando al margen los ítems referidos a los motivos de incumplimiento de las medidas protectoras, el padecimiento de accidentes y la subescala de actitudes) parece ser adecuada, mostrando un " de Cronbach de 0,90 para un total de 55 ítems y 97 casos. Los coeficientes " de las subescalas también resultan satisfactorios (desde 0,71, la más baja para la dimensión relativa a riesgos biológicos-tóxicos, hasta 0,86 en desempeño de roles y en la dimensión relativa al padecimiento de estrés).

Situaciones de riesgo, percepción y medidas protectoras en el personal sanitario

Como muestra la tabla 1, la dimensión *riesgos físicos* es la que presenta la puntuación media más elevada ($M=3.39$), y dentro de ésta, el ítem referido al mantenimiento de posturas incómodas parece ser la situación de mayor peligro para los profesionales de la salud evaluados, con una puntuación media de 3.80. En el polo opuesto dentro de esta misma dimensión, el ítem con una puntuación media más baja ($M=3.05$) es el referido al mantenimiento de una misma postura durante mucho tiempo. Muy de cerca se sitúan las puntuaciones de la dimensión *riesgos biológicos y tóxicos* ($M=3.11$), lo que confirma, tal y

Tabla I. Análisis descriptivos de las situaciones y factores de riesgo

Dimensión/items	0	S.d.
<i>Riesgos ambientales</i>	2.98	0.97
- Temperatura	3.46	1.47
- Iluminación	2.85	1.56
- Ruido/vibraciones	2.77	1.53
- Inadecuada higiene	2.60	1.34
- Espacio físico (hacinamiento)	3.22	1.61
<i>Riesgos físicos</i>	3.39	1.16
- Cargas pesadas	3.17	1.64
- Posturas incómodas	3.80	1.35
- Misma postura	3.05	1.60
- Movimientos repetitivos	3.54	1.52
<i>Riesgos biológicos-tóxicos</i>	3.11	1.03
- Riesgos químicos	2.94	1.65
- Riesgos por radiación	2.09	1.40
- Riesgos biológicos	4.28	1.25
<i>Demandas del trabajo</i>	2.94	0.87
- Ritmo excesivo	3.80	1.20
- Exceso de tareas a la vez	3.87	1.27
- Demasiadas horas seguidas	2.93	1.45
- Trabajo nocturno	2.45	1.44
- Doble turno	1.86	1.28
- Horario inflexible	2.71	1.65
<i>Contenido del trabajo</i>	2.55	0.92
- No oportunidad de control	2.22	1.29
- No autonomía	2.40	1.44
- Monotonía	2.61	1.41
- Complejidad de tareas	2.58	1.28
- No participación en toma de decisiones	2.99	1.53
<i>Desempeño de roles</i>	3.10	1.34
- Conflicto de rol	2.80	1.60
- Ambigüedad de rol	3.17	1.62
- Sobrecarga de rol	3.36	1.48
<i>Relaciones interpersonales</i>	2.60	1.00
- Conflicto con compañeros	2.13	1.41
- Conflicto con superiores	2.58	1.41
- Conflicto con pacientes	2.64	1.32
- Conflicto con familiares o allegados	3.11	1.44
<i>Desarrollo profesional</i>	2.73	1.22
- No oportunidad de formación	2.56	1.55
- No oportunidad de promoción	3.19	1.58
- No estabilidad laboral	2.44	1.72
<i>Estrés laboral</i>	3.01	1.01
- Estrés por inclusión de nuevas tecnologías	2.13	1.43
- Frustración relativa (expectativas de éxito/éxito alcanzado)	3.18	1.45
- Estrés por contacto con familiares o allegados	3.15	1.39
- Problemas de comunicación con pacientes	3.44	1.35
- Estrés por expresión de sentimientos de pacientes	3.10	1.39
- Nivel general de estrés	3.18	1.34

Tabla 2. *Medidas de tendencia central de las conductas protectoras ejecutadas*

Dimensión/ítems	0	S.d.
<i>Cumplimiento de las normas de seguridad</i>	4.06	1.08
<i>Uso habitual de los guantes</i>	4.18	1.21
<i>Cambio habitual de guantes</i>	4.67	0.88
<i>Lavado de manos tras retirada de guantes</i>	4.73	0.75
<i>No encapuchado de agujas</i>	3.66	1.60
<i>Uso de contenedores</i>	4.78	0.79
<i>Uso de mascarilla, gorro y otros elementos de protección</i>	4.32	1.25

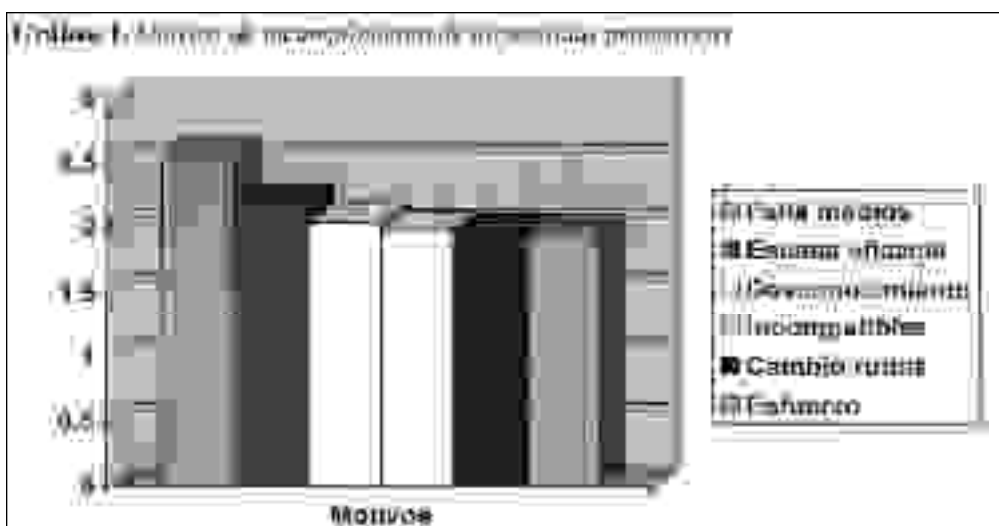
como demuestran estudios previos, que ésta es una situación de riesgo habitual para este tipo de profesionales.

En el otro extremo, la dimensión que parece representar menor riesgo para los sujetos evaluados por su baja puntuación media (0= 2.55) es la referida al *contenido del trabajo*; esta dimensión recoge aspectos relativos a la “ausencia de participación en la toma de decisiones” sobre el funcionamiento del centro (ítem 27), donde se refleja una puntuación media más elevada (0= 2.98), o “la falta de control” por parte del personal sanitario sobre las tareas que realiza, ítem que presenta la puntuación media menor de toda la dimensión (0= 2.22).

Si nos centramos en el análisis de los ítems, es decir, las situaciones de riesgo concretas que aparecen en mayor medida en el contexto laboral de estos trabajadores, cabe mencionar por su elevada puntuación media el ítem 14 que recoge el riesgo al “contagio por agentes biológicos” (0= 4.28) y el ítem 17, referido a la “necesidad de atender a demasiadas tareas a la vez” (0= 3.87). A éstos le siguen el ítem 16 relativo a la “necesidad de trabajar a un ritmo excesivo” (0= 3.80) y la situación ya mencionada referida a la “adopción de posturas incómodas” (0= 3.80).

En cuanto a la dimensión relacionada con los *comportamientos preventivos* o medidas protectoras realizadas por el personal sanitario cabe destacar tanto su elevada puntuación media (0= 4.34), como su adecuada desviación típica (0.65), lo que indica una cierta homogeneidad en las respuestas (ver tabla 2). Analizando los ítems que componen esta dimensión, lo más significativo es la elevada puntuación media que presentan todos ellos, situándose en todos los casos por encima del punto 4 de la escala. De especial importancia parecen ser las conductas preventivas relacionadas con el uso de los contenedores para depositar los materiales peligrosos (0= 4.78) y el lavado de las manos tras la retirada de los guantes (0= 4.73). La excepción viene representada por el ítem referido al encapuchado de las agujas (0= 3.65), lo que sugiere que ésta es la medida de protección que en menor medida ejecutan los profesionales sanitarios evaluados.

En aquellos casos en que los profesionales no cumplen las medidas de seguridad señaladas, aducen para ello una serie de motivos entre los que caben destacar por su mayor puntuación media “la no disposición de los medios necesarios (0=2.56), la “escasa eficacia de algunas de esas medidas”(0=2.2), el “desconocimiento de todas las medidas a tomar”(0=2.04), la “incom-



patibilidad de las mismas con las tareas propias del trabajo”(0=1.99), el “cambio que suponen en la rutina diaria” (0=1.97), o el “esfuerzo que implica su realización” (0=1.96). En el extremo opuesto, la puntuación media más baja se relaciona con la creencia de que las medidas preventivas no les proporcionen grandes beneficios (0=1.59). Parece, por tanto, que cuando estos trabajadores no toman todas las medidas de precaución necesarias para evitar la ocurrencia de accidentes o enfermedades profesionales, se debe fundamentalmente a que no disponen o no tienen a su alcance todos los recursos y conocimientos necesarios, no les resultan todo lo eficaces que desearían y les suponen demasiado esfuerzo al tener que compatibilizarlas con la rutina y el trabajo diario (ver gráfico 1).

En relación a la *percepción* que tiene el personal sanitario sobre los factores que suponen un riesgo importante para su salud, la puntuación media más elevada (0= 3.91) se relaciona con los *agentes tóxicos* (sustancias químicas, radiaciones y agentes biológicos), seguidos de los facto-

res de *carga física* (manejo de cargas pesadas, adopción de posturas incómodas, mantenimiento de una postura durante mucho tiempo y realización de movimientos de forma repetitiva) con una puntuación media de 3.76. La puntuación más baja se relaciona con los factores de *contenido del trabajo* (0= 2.58). Resulta curioso evidenciar que aunque las situaciones de mayor riesgo con las que se enfrentan diariamente el grupo de población evaluado son aquéllas que se refieren a los *factores físicos* (cargas pesadas, posturas incómodas, movimientos repetitivos, etc.), sin embargo, la percepción que ellos tienen acerca de cuáles pueden perjudicar más su salud se relaciona con los riesgos derivados de los productos tóxicos, químicos, o agentes biológicos (ver tabla 3).

Por último, resulta interesante resaltar las *actitudes preventivas* mostradas por los sujetos en su contexto de trabajo. En este sentido, se han obtenido los porcentajes de ocurrencia de conductas relacionadas con dichas actitudes y que se recogen en la tabla 4. El 96.9% de la muestra reconoce

Tabla 3. *Medidas de tendencia central de las variables de percepción*

Dimensión/items	0	S.d.
<i>Percepción riesgos ambientales</i>	3.26	1.45
<i>Percepción riesgos físicos</i>	3.76	1.47
<i>Percepción riesgos biológicos-tóxicos</i>	3.91	1.33
<i>Percepción riesgos derivados de demandas del trabajo</i>	3.21	1.40
<i>Percepción riesgos derivados del contenido del trabajo</i>	2.58	1.34
<i>Percepción riesgos derivados del desempeño de roles</i>	3.05	1.56
<i>Percepción riesgos derivados de las relaciones interpersonales</i>	2.91	1.43
<i>Percepción riesgos derivados del desarrollo profesional</i>	2.62	1.48
<i>Percepción riesgos derivados del estrés laboral</i>	3.39	1.24

haber “advertido a algún compañero del riesgo” que corría al realizar su trabajo sin las medidas oportunas. Asimismo el 89.5% “ha informado alguna vez a los responsables” de situaciones que pudieran generar riesgos. Destaca la cercanía en porcentajes, el 73.7% y el 75.3% respectivamente de personas que, por una parte, “han solicitado información en alguna ocasión sobre riesgos laborales” o “han intentado alguna vez asistir a cursos o programas de formación” en prevención de los mismos, poniendo de manifiesto el nivel de preocupación que éstos suponen para el personal sanitario estudiado. Resaltar, por último, que un 78.4% de la muestra en alguna ocasión “ha hecho propuestas a los responsables para mejorar la seguridad en el trabajo”.

Después del análisis efectuado podríamos hipotetizar que la suma de las situaciones de riesgo cuyas puntuaciones han resultado ser más elevadas, la exposición a agentes biológicos y la necesidad de atender a demasiadas tareas a la vez, podrían estar a la base de la ocurrencia de accidentes o enfermedades profesionales en este grupo de población. Como hemos podido comprobar la percepción de riesgo provocada por la posibilidad de contagio a través de agentes biológicos es considerablemente mayor que la percepción de otro tipo de riesgos, lo que puede propiciar una menor atención a esos otros factores como los relacionados con la adopción de posturas inadecuadas (que pueden derivar en el padecimiento de enfermedades músculo-esqueléticas) u otros relativos a los aspec-

Tabla 4. *Porcentajes de ocurrencia de actitudes preventivas y accidentes o enfermedades profesionales*

Actitudes	%
<i>Propuestas a responsables para la mejora de la seguridad</i>	78.4
<i>Información a responsables sobre situaciones peligrosas</i>	89.5
<i>Solicitud de información sobre riesgos laborales</i>	73.7
<i>Interés por formarse en prevención de riesgos laborales</i>	75.3
<i>Advertencia a compañeros sobre situaciones de riesgo</i>	96.9
<i>Ocurrencia de accidentes o enfermedades profesionales</i>	47.9

tos psicosociales del trabajo (especialmente el desempeño de roles, las demandas del trabajo o el estrés laboral) que también pueden suponer un importante riesgo para la salud.

Análisis comparativos

Nuestro interés con estos análisis es indagar si determinadas variables de interés recogidas a través del cuestionario inciden en la aparición y mantenimiento de medidas y actitudes preventivas en el personal sanitario durante el desarrollo de su trabajo.

En concreto, se han establecido dos grandes bloques de comparaciones diferentes. Por un lado, se han contrastado los valores en las dimensiones *actitudes* y *conductas preventivas* en función de variables sociodemográficas y de identificación de la muestra (sexo, edad, profesión y relación contractual). Y de otro lado, se han comparado las puntuaciones medias en la dimensión *conductas preventivas* en función de variables relevantes como la actitud hacia la prevención, el padecimiento de accidentes previos, los conocimientos previos sobre medidas de protección y, por último, el valor que se le otorga a la propia salud.

(a) *Incidencia de variables sociodemográficas sobre las conductas y actitudes preventivas.* En este bloque, el contraste efectuado en primer lugar pretende comparar las puntuaciones en los comportamientos y actitudes de prevención en función de la variable *sexo*. Haciendo mención en este apartado tan sólo a aquellas diferencias que han resultado estadísticamente significativas, hay que destacar que el Análisis de Varianza (ANOVA) ha permitido eviden-

ciar que sólo existen diferencias significativas en las *medidas de protección* referidas al “uso habitual de los guantes” ($O=3.43$ vs. $O=4.37$; $F=11.01$, $p<.001$), el “lavado de manos tras la retirada de guantes” ($O=4.35$ vs. $O=4.80$; $F=3.93$, $p<.05$) y “el uso de contenedores” ($O=4.46$ vs. $O=4.86$; $F=3.99$, $p<.05$), siendo superior, en todos los casos, la puntuación media mostrada por las mujeres. En cuanto al resto de las conductas preventivas, todas ellas son realizadas en mayor medida por el grupo de mujeres que por el de varones, aunque las diferencias no sean tan importantes como para mostrarse significativas. Lo mismo sucede con la dimensión *actitudes preventivas*, que como se recordará, recogía cuestiones relativas al interés de los trabajadores por informar a sus superiores sobre mejoras en la seguridad, alertar a los compañeros sobre potenciales riesgos, o, por citar alguna más, intentar formarse en materia de prevención. Esta dimensión, considerada en su conjunto, no muestra diferencias estadísticamente significativas en función de la variable *sexo*, aunque en este caso las puntuaciones medias más elevadas se dan en el grupo de población de los varones ($O=4.28$ vs. $O=4.04$).

Por lo que respecta a la variable *edad*, se han establecido tres grupos diferenciados para los contrastes efectuados: de 21 a 30 años, de 31 a 45, y más de 45 años. Los análisis de varianza efectuados ponen de manifiesto diferencias significativas debidas al grupo primero, es decir a los más jóvenes, en contraste con el resto de los grupos en la variable relativa al *uso de la mascarilla* ($O_1=4.50$, $O_2=4.34$, $O_3=4.33$; $F=3.10$; $p<.05$). Por otro lado, aunque no presenten diferencias estadísticamente significativas, los más jóvenes (grupo 1º) obtienen puntuaciones más elevadas en las medidas preventivas relativas al *no enca-*

puchado de las agujas, cambio de guantes y uso habitual de los guantes; mientras que los mayores (el grupo 3º) marcan las diferencias en las dos variables restantes: *uso de los contenedores y lavado de manos*. Por último, no existen diferencias significativas en las comparaciones efectuadas entre los tres grupos para la variable actitudes preventivas, aunque en este caso, curiosamente la tendencia es contraria a lo comentado con respecto a los comportamientos preventivos: el grupo de los mayores muestran puntuaciones más elevadas en esta dimensión, lo que significa que, en general, están más preocupados por desarrollar actitudes encaminadas a la prevención de los riesgos en su entorno laboral.

Por lo que respecta a las dos variables restantes que han actuado a modo de factores, la *categoría profesional* y la *relación contractual*, los resultados son muy distintos. La primera de ellas no marca diferencias estadísticamente significativas ni en actitudes preventivas ni en conductas protectoras. Sin embargo, la relación contractual incide de manera importante en el desarrollo de determinados comportamientos de protección y en algunas actitudes ligadas con la prevención. Así, se han agrupado los participantes en dos grupos: personal eventual y personal fijo; las puntuaciones medias son más elevadas en todos los comportamientos protectores ejecutados por el personal contratado o eventual, aunque las diferencias con el grupo de funcionarios sólo son estadísticamente significativas en la variable relacionada con el “uso de la mascarilla” (0= 4.06 vs. 0= 4.61; $F=4.74$, $p<.05$). Por último, si consideramos las variables de actitud de forma aislada, podemos ver que en lo que se refiere a “hacer propuestas a los responsables” sobre mejoras ($F=7.11$, $p<.01$) y al “interés por asistir a programas o cursos de

formación” en prevención de riesgos ($F=3.88$, $p<.05$), sí existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de trabajadores, en este caso a favor del personal de plantilla o fijo.

(b) *Incidencia de las actitudes preventivas, accidentes previos, conocimientos y valor de salud sobre la ejecución de conductas preventivas*. En este caso, se ha pretendido analizar si la actitud hacia la prevención del riesgo (considerada ahora como variable independiente), la ocurrencia previa de accidentes o padecimiento de enfermedades profesionales, los conocimientos en materia de prevención y el valor que se le otorga a la propia salud pueden actuar como factores que condicionan la realización de comportamientos protectores o preventivos.

Por lo que respecta a las *variables actitudinales*, se han efectuado contrastes (ANOVA) de las puntuaciones medias en las medidas protectoras (un total de siete) en función de los dos niveles de respuesta para cada una de las cinco actitudes preventivas analizadas. A partir de ahora señalaremos, tal y como hicimos en el apartado anterior, los contrastes que han resultado estadísticamente significativos. Así, existen diferencias significativas en la variable seguridad general (“normalmente no me arriesgo en mi trabajo e intento cumplir las normas de seguridad”) en función de la variable *actitud2* (información a los responsables de situaciones potencialmente peligrosas). También la actitud de solicitar en alguna ocasión información sobre riesgos (*actitud 3*) parece incidir positivamente sobre medidas protectoras relacionadas con el “cambio de guantes al tratar a diferentes enfermos” y el “uso de los contenedores para depositar el material de desecho”. Estas diferencias entre los

que tienen actitudes preventivas y los que no, se observan también en el “no encapuchado de las agujas” (para la *actitud 4*: interés por la formación) y en el “uso de guantes”, “cambio de guantes” y “uso de contenedores” (para la *actitud 5*: advertencia a compañeros).

En lo que tiene que ver con la incidencia de los *accidentes previos* en el desarrollo actual de comportamientos protectores, los análisis confirman que el padecimiento de una enfermedad profesional o un accidente laboral incide positivamente en el hecho de tomar medidas protectoras relativas al “no encapuchado de las agujas” ($O=4.00$ para aquellos individuos que han padecido previamente un accidente o enfermedad derivada de su trabajo y $O=3.31$, para aquéllos que no lo han sufrido; $F=4.26$, $p<.05$) y al “lavado de las manos tras quitarse los guantes” ($O=4.93$, para el grupo que ha sufrido un accidente previo vs. $O=4.54$, para los que no; $F=6.72$, $p<.05$).

Los *conocimientos* que el personal posee sobre medidas de protección también se muestran relacionados con el desarrollo de algunas de las conductas preventivas, como es el caso de las medidas protectoras relacionadas con el “cumplimiento general de las normas de seguridad”, el “uso de la mascarilla”, “utilización habitual de los guantes”, el “lavado de manos” tras su retirada o el “cambio de guantes” para tratar a distintos pacientes se ven, aunque en todos estos casos las diferencias no se han mostrado estadísticamente significativas; algo que sí ha sucedido con la conducta relativa al “no encapuchado de las agujas” ($O=4.06$ vs. $O=4.61$; $F=4.74$, $p<.05$).

Por último, la variable *valor de salud* ha

mostrado su incidencia sobre otras dos conductas protectoras; en este caso una vez más la variable relacionada con el “no encapuchado de las agujas” aparece con mayor intensidad en aquellos individuos con un más elevado valor de salud ($O=2.95$ vs. $O=3.92$; $F=6.48$, $p<.05$); de igual forma, la puntuación en la variable “lavado de las manos tras quitarse los guantes” es más elevada para aquellos sujetos que otorgan un valor más importante a su propia salud ($O=4.30$ vs. $O=4.85$; $F=10.15$, $p<.001$).

CONCLUSIONES

En cuanto al análisis descriptivo, hay que destacar la superioridad de la puntuación media en la dimensión *riesgos físicos* con respecto a los *riesgos biológicos-tóxicos*, algo que pudiera resultar sorprendente y contradictorio con estudios previos si no fuera por el hecho, ya señalado, de las características especiales de la muestra de estudio. La explicación viene dada por el hecho de que una gran parte de la muestra está constituida por personal de enfermería que desarrolla su trabajo en un hospital donde la mayoría de los pacientes son personas mayores que presentan un patrón de movilidad alterado, muchos de ellos encamados, lo que implica que frecuentemente requieran ayuda para ser movilizados. En este sentido, podemos decir que se otorga una importancia destacada a los factores de riesgo relacionados con la carga física, el mantenimiento de posturas inadecuadas e incluso la ejecución de movimientos repetitivos durante un largo periodo de la jornada de trabajo. Sin embargo, un análisis más detallado de los distintos ítems que integran la escala nos proporciona evidencia acerca de la importancia que tienen también los riesgos de contagio por agen-

tes biológicos, algo que se constata aún más cuando se pregunta a los participantes acerca del mayor grado de peligrosidad; su percepción acerca de lo peligroso que tales riesgos pueden representar para su salud es mayor para los agentes biológicos que para cualquier otro tipo de riesgo.

De especial importancia es también la dimensión referida al *desempeño de roles*, en la que el personal tiene una opinión bastante homogénea acerca del riesgo que suponen para su salud la ambigüedad, el conflicto y, sobre todo, la sobrecarga de rol. Parece que la asunción de demasiadas responsabilidades unido al ritmo de trabajo excesivo necesario para cumplir con las tareas encomendadas son situaciones habituales con las que se enfrentan estos profesionales en el día a día. Lo mismo sucede con las variables recogidas en la dimensión referida al *estrés laboral*; en este caso, la frustración relativa experimentada al no poder conseguir el resultado deseado, los problemas de comunicación con los familiares a allegados de los pacientes y, especialmente, con los propios pacientes parecen ser las situaciones más comunes de riesgos psicosociales que pueden desencadenar en el denominado *burnout*.

Centrándonos ahora en los comportamientos preventivos, observamos que el mayor comportamiento de riesgo ejecutado por estos profesionales tiene que ver con el encapuchado de las agujas, aunque es preciso decir que, en líneas generales, existe una tendencia a tomar las medidas de protección recomendadas. Destaca el uso mayoritario de los contenedores para depositar el material cortante o punzante, así como un uso generalizado de los guantes, su cambio habitual para tratar a distintos pacientes, así como el lavado de las manos tras su retirada. En aquellos caso en que

las normas de protección señaladas no se cumplen, lo participantes en el estudio suelen aducir razones como la no disposición de los medios necesarios o el desconocimiento de todas las medidas a tomar. Y aunque, como hemos dicho, un resultado a destacar es el excelente cumplimiento de las normas de seguridad y el mantenimiento de actitudes adecuadas hacia las normas de protección en el trabajo, sin embargo, también es cierto el preocupante hecho de que un 47.9% de la muestra haya sufrido alguna vez un accidente o enfermedad profesional.

Por lo que respecta a los análisis comparativos efectuados, podemos extraer dos grandes conclusiones. De un lado, parece que algunas de las variables sociodemográficas analizadas tienen cierta incidencia en la puesta en marcha de actitudes y comportamientos preventivos; es el caso de la variable sexo, donde se evidencian unas puntuaciones más elevadas en comportamientos preventivos por parte de las mujeres, aunque las diferencias no hayan resultado estadísticamente significativas entre ambos grupos, salvo en una de las variables consideradas (el uso habitual de los guantes). Sin embargo, no parece que esta variable incida en el desarrollo de actitudes preventivas, al menos consideradas en su conjunto. El grupo de edad marca diferencias en la mayoría de las medidas protectoras analizadas a favor de los más jóvenes, aunque en el caso de las actitudes preventivas, son los más mayores los que marcan las diferencias de forma positiva. Por otro lado, la relación contractual también tiene cierta incidencia sobre las conductas protectoras o de salud; los individuos que no tienen estabilidad en su puesto son más cuidadosos en sus comportamientos y ejecutan menos conductas de riesgo que aquellos cuyo puesto es fijo; ahora bien, nos

preguntamos si este resultado se debe íntegramente a ese factor o está también relacionado con la experiencia en el puesto. Esta conclusión tendrá que ser constatada con estudios posteriores que consideren conjuntamente la situación contractual y la antigüedad en el puesto.

La segunda gran conclusión hace referencia a la influencia positiva de las actitudes sobre la realización de comportamientos preventivos o protectores; conclusión que se repite cuando analizamos la incidencia previa de accidentes o enfermedades profesionales sobre la ejecución de las medidas protectoras señaladas. Parece ser que el grupo de individuos que ha sufrido algún percance en el desarrollo de su trabajo pone en marcha actuaciones más prudentes para evitar otro posible accidente.

El valor que se le otorga a la salud parece ser también una variable de importancia en el desarrollo de las medidas protectoras estudiadas. En general, aquellas personas que valoran su salud en mayor medida también ejecutan en mayor grado conductas que pudiéramos denominar saludables. Este hecho no sólo se da en este grupo de profesionales sino que se ha venido confirmando en estudios con otras poblaciones y con una diversidad de conductas preventivas (uso de los servicios de salud, seguimiento de prescripciones terapéuticas, etc.). Sin embargo, es difícil encontrar entre este grupo de profesionales personas que otorguen poca o mediana importancia a su propia salud (no olvidemos que su trabajo consiste en ayudar a proporcionar salud a los demás), por lo que resulta ser una variable poco discriminativa.

En cualquier caso, las conclusiones señaladas deben ser tomadas con cierta cautela; no podemos olvidar que se trata de

un estudio piloto, con una muestra bastante reducida y de características especiales (casi exclusivamente dedicados al cuidado de pacientes geriátricos). Por tanto, tan sólo podemos aventurarnos a considerar los resultados encontrados como tentativos, propios de un ensayo experimental a partir del cual es preciso seguir investigando, ampliando la muestra de estudio e intentando dar respuesta a las preguntas que nos formulamos al inicio de este trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aggleton, P., O'Reilly, K., Slutkin, G., & Davies, P. (1994). Risking everything? Risk Behavior, Behavior Change and AIDS. *Science*, 256, 341-345.
- Alonso Morillejo, E. & Pozo, C. (2002). *Aproximación psicosocial a la salud laboral. Conceptos, factores de riesgo y forma - ción en prevención de riesgos laborales*. Almería: Gutenberg.
- Alonso Morillejo, E., Pozo, C. & Martínez, J.J. (2002). Percepción de riesgo: una aproximación psicosocial al ámbito laboral. *Prevención, Trabajo y Salud*, 18, 16-20.
- Bayés, R. (1991). *Psicología oncológica*. Barcelona: Martínez Roca.
- Becker, M.H., & Maiman, L.A. (1982). Models of health-related behavior. En D. Mechanic (Ed.), *Handbook of health, health care and the health professions*. New York: Free Press.
- Blanco, A., & Sánchez, F. (1993). Factores psicosociales en el SIDA (II); el riesgo como valor y como norma. *Publicación*

oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA, 4, 49-56.

Blanco, A., Sánchez, F., Carrera, P., Caballero, A., & Rojas, D. (2000). Supuestos teóricos para un modelo psicosocial de las conductas de riesgo. En S. Yubero & E. Larrañaga (Eds.), *SIDA: Una visión multidisciplinar* (pp. 41-62). Cuenca: Ediciones Castilla la Mancha.

Bravo, M.J.; Zurriaga, R.; Peiró, J.M., & González, P. (1993). Un modelo causal sobre los antecedentes y consecuentes del estrés de rol en profesionales de la salud. *Revista de Psicología de la salud*, 1 (5), 19-36.

Cartwright, S. & Cooper, C.L. (1999). Una estrategia organizacional para reducir el estrés del puesto de trabajo. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 2, (15), 199-208.

Cohen, M.Z., Haberman, M.R., Steeves, R., & Deatrlick, J.A. (1994). Rewards and difficulties of oncology nursing. *Oncology Nursing Forum*, 21 (8 suppl), 9-17.

De Juanes, J., & Fuertes, A. (1988). SIDA y accidentes en Personal Sanitario tras años de seguimiento. *Revista Española de Microbiología Clínica*, 8, 339-408.

Emery, J.E. (1993). Perceived sources of stress among pediatric oncology nurses. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 10 (3), 87-92.

Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Gala, F.J., Martínez, J.M., Lipiani, M.,

& cols. (1997). Concordancia entre la percepción de riesgo ante el VIH/SIDA y las medidas de protección que sigue el personal sanitario (P.S.) ante el mismo. *Enfermería Científica*, 184/185, 60-63.

Gallardo, M.T., Masa, J., Fernández-Crehuet, R., & cols. (1997). Factores asociados a los accidentes por exposición percutánea en personal de enfermería de un hospital de tercer nivel. *Revista Española de Salud Pública*, 71, 369-381.

Gerrard, M., Gibbons, F., & Bushman, B. (1996). Relations between perceived vulnerability to HIV and precautionary sexual behavior. *Psychological Bulletin*, 119, 390-409.

Hansez, I. & de Keyser, V. (1999). El WOCCQ: una nueva herramienta en el estuche de los instrumentos contra los estresores laborales. El caso de los trabajadores de los servicios públicos de Bélgica. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 2, (15), 173-198.

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (1996). *Factores psicossociales. Metodología de evaluación* (Soporte informático). Barcelona: Autor.

Jackson, S.E., & Maslach, C. (1982). After-effects of job-related stress: Families as victims. *Journal of Occupational Behaviour*, 3, 66-77.

Lancero, A.W., & Gerber, R.M. (1995). Comparing work satisfaction in two case management models. *Nursing management*, 26 (11), 45-48.

Lee, V., & Henderson M.C. (1996). Occupational stress and organizational commitment in nurse administrators. *Jour -*

nal of Nursing Administrator, 26, (5), 21-28.

Leventhal, H., & Hirschman, R.S. (1982). Social psychology and prevention. En G. Saunders & J. Suls (Eds.), *Social Psychology of health and illness* (pp. 183-226). Hillsdale, N.J.: Erlbaum Assoc.

Ley, P. (1982). Satisfaction, compliance and communication. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 483-498.

Ley de Prevención de Riesgos Laborales. (Ley 31/1995 del 8 de Noviembre, BOE 10-11-95).

Lindström, K. & Kivimäki, M. (1999). Intervenciones de retro-alimentación de información de encuesta (Survey-Feedback) para mejorar los factores psicológicos y sociales del trabajo en una organización de salud. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 2, (15), 209-222.

Maiman, L.A., & Becker, M.H. (1974). The Health Belief Model: origins and correlates in psychological theory. *Health Education Monographs*, 2, 336-353.

Moreno, B., & Peñacoba, C. (1995). Prevención y control del estrés laboral. *Ansiedad y Estrés*, 1 (2-3), 255-264.

Moure Fernández, L., & Pujalto Durán, M.J. (1996). Autoprotección en el personal de enfermería. Estudio comparativo entre enfermeras que atienden población infantil y no infantil. *Enfermería Científica*, 168/169, 43-47.

Peiró, J.M. (1992). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid: Eudema.

Peiró, J.M. (1999). Valoración de riesgos psicosociales y estrategias de prevención: el modelo "AMIGO" como base de la metodología "Prevenlab/Psicosocial". *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 2, (15), 267-314.

Peiró, J.M. & Bravo, M.J. (1999). Factores psicosociales en la prevención de riesgos laborales: oportunidades y retos para la Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 2 (15), 137-146.

Portell, M., Riba, M.D., & Bayés, R. (1997). La definición de riesgo: implicaciones para su reducción. *Revista de Psicología de la Salud*, 1 (9), 3-27.

Prohaska, T., Albrecht, G., Levy, J., Sugrue, N., & Kim, J. (1990). Determinants of self-perceived risk of AIDS. *Journal of Health and Social Behavior*, 31, 384-394.

Reig, A., & Caruana, A. (1989). El síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA) como estresor en médicos y enfermeras de hospital. *Revista de Psicología de la Salud*, 1 (1), 127-145.

Rodríguez Marín, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.

Rosenstock, I.M. (1974). The Health Belief Model and prevention health behavior. *Health Education Monographs*, 354-386.

Sánchez, F., Rubio, J., Páez, D., & Blanco, A. (1998). Optimismo ilusorio y percepción de riesgo. *Boletín de Psicología*, 58, 7-17.

Schaufeli, W. (1999). Evaluación de riesgos laborales y prevención del estrés laboral: algunas experiencias holandesas. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 2 (15), 147-171.

Van der Pligt, J. (1996). Risk perception and self-protective behavior. *European Psychologist*, 1, 34-43.

Visintini, R., Campanini, E., Fossati, A., Bagnato, M., Novella, L., & Maffei, C. (1996). Psychological stress in nurses relationships with HIV-Infected patients: the risk of burnout syndrome. *AIDS-Care*, 8 (2), 183-194.

Weinstein, N. (1980). Unrealistic opti-

mism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 806-820.

Weinstein, N. (1989). Effects of personal experience on self-protective behavior. *Psychological Bulletin*, 105, 31-50.

Yates, J.F., & Stone, E.R. (1992). The risk construct. En J.F. Yates (Ed.), *Risk-taking behavior* (pp. 1-25). Chichester: John Wiley & Sons.

Zimbardo, P.G., Ebbeses, E.B., & Maslach, C. (1977). *Influencing attitudes changing behavior*. Reading, MA.: Addison-Wesley.

Análisis de los factores psicosociales de riesgo en los profesionales dedicados al cuidado de la salud