

Influencia de la autoeficacia profesional en las condiciones de trabajo subjetivas y la calidad de vida laboral

Influence of professional self-efficacy on subjective working conditions and quality of working life

Autores

Irma Saltos Llerena. <https://orcid.org/0000-0001-5052-4716>
Universidad Central del Ecuador, Ecuador.
doctorado.irmi@gmail.com

Tatiana Paravic Klijn. <https://orcid.org/0000-0002-4034-0187>
Universidad de Concepción, Chile.
tparavic@udec.cl

Mónica Burgos Moreno. <https://orcid.org/0000-0002-4592-9724>
Universidad de Concepción, Chile.
moniburgos@udec.cl

Fecha de recibido: 2022-08-23
Fecha de aceptado para publicación: 2023-05-09
Fecha de publicación: 2023-09-30



Resumen

Las condiciones de trabajo y la calidad de vida laboral en el personal de salud han experimentado importantes cambios en la actualidad. Al respecto, el equipo de salud debe ser capaz de desempeñar nuevos y cada vez más complejos desafíos para afrontar los cambios suscitados. El objetivo de la presente investigación fue explicar el efecto moderador de la autoeficacia profesional sobre la influencia entre condiciones de trabajo subjetivas y calidad de vida laboral de los integrantes del equipo de las unidades de salud de primer y segundo nivel de atención de la Zonal 9 de la ciudad de Quito, Ecuador. El diseño de la investigación fue correlacional y comparativo, en el que participaron 223 miembros del equipo de salud de dos niveles de atención de la Zonal 9 de la ciudad de Quito, Ecuador. Se encontró que la variable Condiciones de Trabajo Subjetivas, fue evaluada por los encuestados como “buena”; mientras que la variable Calidad de Vida Laboral fue estimada



como "media". Al comparar categorías ocupacionales, se encontró que en el factor "estrés en el trabajo", los médicos presentaron los mayores niveles. La variable Autoeficacia Profesional, obtuvo el concepto de "alta". Se evidenció diferencia estadísticamente significativa entre los niveles de atención, siendo más alta la autoeficacia en el primer nivel de atención. Respecto a la autoeficacia profesional no se pudo determinar el efecto moderador entre las condiciones de trabajo subjetivas y calidad de vida laboral.

Palabras clave: autoeficacia profesional, calidad de vida, condiciones de trabajo, personal de salud, trabajo.

Abstract

The working conditions and the quality of work life in health personnel have undergone important changes today. In this regard, the health team must be able to perform new and increasingly complex challenges to face the changes that have arisen. The objective of this research was to explain the moderating effect of professional self-efficacy on the influence between subjective working conditions and quality of working life of the team members of the first and second level health care units of Zone 9 of the city of Quito, Ecuador. The research design was correlational and comparative, in which 223 members of the health team from two levels of care in Zone 9 of the city of Quito, Ecuador participated. It was found that the Subjective Working Conditions variable was evaluated by the respondents as "good"; while the variable Quality of Work Life was estimated as "average". When comparing occupational categories, it was found that in the "stress at work" factor, doctors presented the highest levels. The Professional Self-efficacy variable obtained the concept of "high". A statistically significant difference was found between the levels of care, with higher self-efficacy at the first level of care. Regarding professional self-efficacy, it was not possible to determine the moderating effect between subjective working conditions and quality of working life.

Keywords: Self-efficacy, professional. quality of life, working conditions, health personnel, work.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) considera y reconoce al personal de salud como la piedra angular de los sistemas sanitarios, que desempeña un papel vital como "el

recurso más valioso para la salud" (p.24). El sector sanitario es un gran generador de puestos de trabajo, cuyo principal objetivo es el bienestar social (Blanch, 2016).

Estos trabajadores se manejan en contextos laborales muy específicos, lo que les distingue de otras organizaciones, y sustentan su singularidad y complejidad, ya que por lo general obtienen menos períodos de descanso que un trabajador común, trabajando directamente con enfermedad y cuidado de las personas (Barrett, 2014).

Las condiciones de trabajo demandantes se han agudizado durante los períodos de crisis económica o sanitaria a nivel mundial, como en la pandemia, ya que, si bien ha sido uno de los pocos sectores de actividad en los que se ha generado empleo, los cambios se han registrado por diversos motivos: sueldos congelados, sobrecarga de trabajo, aumento de rotación, disminución de estatus, y reducción de expectativas laborales (Ybaset-Medina y Becerra-Canales, 2020) y a la escasez de elementos de protección personal (Raraz et al, 2021), lo cual aumenta el miedo proveniente de la falta de conocimiento sobre la enfermedad y el riesgo de contraer o transmitir el virus a familiares (Cruz et al.,2021).

En este sentido, cobran relevancia las condiciones de trabajo subjetivas, las cuales incluyen la salud, la seguridad y el bienestar en el trabajo, así como las características contractuales del empleo, clima social, conciliación trabajo-vida, el control que la persona puede ejercer sobre su proceso de trabajo, relaciones sociales entre pares o de jerarquía y subordinación (Blanch, 2011).

Su incompatibilidad en los sistemas sanitarios genera nuevos desafíos y exigencias para los trabajadores del sector, dado que provoca una mayor complejidad de las tareas, necesidad de actualización de competencias, incremento en la demanda de asistencia, nuevas formas de organización de los procesos asistenciales, prolongación de jornadas de trabajo, inestabilidad del empleo, afectación de las relaciones sociales y familiares, y una modificación en el perfil de salud de los propios trabajadores (Acevedo et al., 2013).

Este panorama demanda que las organizaciones de salud asuman una nueva perspectiva del trabajo y de la relación con sus colaboradores, a través de una visión que considere las necesidades, los derechos de los empleados y el desarrollo de mecanismos que posibiliten la participación del trabajador en la toma efectiva de decisiones, de manera que el trabajo sea fuente de realización, contribuyendo a la mejora de la calidad de vida laboral. La calidad de vida laboral (CVL) es un término que según Easton y Van Laar (2018) consiste en el grado de satisfacción y bienestar físico, psicológico y social experimentado por las personas en su puesto de trabajo.



Los trabajadores deben ser capaces de desempeñar nuevos, y cada vez más complejos desafíos para afrontar los cambios y sentirse competentes de redimir determinados trabajos, incluso en la adversidad, y sentirse capaces de afrontar de mejor manera los escenarios de cambio, lo que se ve reflejado en el dominio de competencias específicas, de la calidad de atención a los usuarios y en el carácter motivacional que se proyecta desde el profesional en beneficio de la salud de la población (Cruz et al, 2010).

Respecto a esto, se señala que la sensación de autoeficacia profesional definida como el conjunto de creencias que poseen los trabajadores de sus propias capacidades para llevar a cabo, de manera exitosa, es una competencia asociada a la profesión. (Salanova et al, 2005). Las personas que creen en sus habilidades construyen posibles escenarios de éxito y anticipan mejores estándares de vida, por lo tanto, la autoeficacia podría configurarse como un predictor de la CVL, y es un elemento que cumple un papel modulador entre los estresores o demandas del trabajo y la conducta de afrontamiento, convirtiéndose en un factor muy importante en la tarea sanitaria de los profesionales de salud, aumentando sus conductas de afrontamiento activas en situaciones de sobrecarga laboral (Salanova et al, 2005).

Se ha identificado que los profesionales de la salud, con frecuencia, se encuentran expuestos a mayor riesgo de una mala CVL, debido a los constantes cambios en las condiciones bajo las que desarrollan su actividad (Rodríguez, 2010). Por lo tanto, se estableció como objetivo del estudio explicar el efecto moderador de la autoeficacia profesional sobre la influencia entre condiciones de trabajo subjetivas y calidad de vida laboral de los integrantes del equipo de las unidades de salud de primer y segundo nivel de atención de la Zonal 9 de la ciudad de Quito, Ecuador. Al entender cómo la autoeficacia profesional puede influir en la calidad de vida laboral de los profesionales de la salud, será posible un paso de avance en la construcción de estrategias para mejorar su bienestar en el trabajo. Esto, a su vez, tendrá un impacto positivo en la calidad de atención que brindan a los pacientes.

Metodología

El presente estudio tuvo un diseño no experimental, correlacional, transversal abordado desde un enfoque cuantitativo. Este tipo de estudio tiene como finalidad especificar las propiedades, las características y los perfiles de los grupos, y permite conocer la relación o grado de asociación que existe entre variables (Hernández et al, 2016).



La unidad de análisis la constituyeron los médicos; enfermeros y auxiliares de Enfermería de las unidades Tipo C del primer nivel de atención, con una población 234 trabajadores y del hospital del segundo nivel de atención con una población de 709 trabajadores pertenecientes a la Coordinación Zonal 9, ciudad de Quito, Ecuador. Los criterios de inclusión para los participantes fueron; llevar más de 6 meses trabajando en la institución y brindar el consentimiento informado. Se excluyeron los trabajadores que presentaban licencia médica o permiso legal durante el proceso de la recolección de los datos.

El tipo de muestreo fue estratificado con afijación proporcional, donde el número de elementos muestrales de cada estrato fue directamente proporcional al tamaño del estrato dentro de la población (Meyer et al, 1992) dando un total de 223 participantes, siendo 55 miembros para el primer nivel de atención de las seis unidades Tipo C y 168 en un hospital del segundo nivel de atención.

El personal de salud, previa aceptación para participar en esta investigación, auto completó los datos del instrumento recolector, conformado por cuatro cuestionarios:

- Cuestionario de datos sociodemográficos y de trabajo (elaboración propia)
- Escala de evaluación de Condiciones De Trabajo Subjetivas de Blanch y colaboradores (Blanch, et al,2010), la escala total tuvo una fiabilidad, según Alfa de Cronbach, de 0,968.
- Escala de Calidad De Vida Laboral (WRQoL) (Easton y Van Laar, 2018), con un índice de fiabilidad de Alfa de Cronbach de 0,914.
- Cuestionario de Autoeficacia Profesional (Au _10), de Salanova y colaboradores (Salanova, et al, 2006) presentó un índice de fiabilidad de Alfa de Cronbach 0,863.

Se realizó el análisis descriptivo de los datos, calculando las distribuciones de frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y variabilidad (media, moda, mediana), rangos mínimos y máximos, desviación estándar por cada variable sociolaboral. Para las comparaciones entre grupos se utilizó Wilcoxon (frente a falta de normalidad), con el fin de comparar puntuaciones de las dimensiones de la escala de condiciones de trabajo subjetivas. para calidad de vida laboral y autoeficacia profesional se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman. Finalmente, para determinar el efecto moderador de la Autoeficacia Profesional sobre las otras variables se utilizó un modelo de Regresión lineal múltiple. Se aceptó un valor de significación de $p < 0.05$.



El presente estudio respetó las normas éticas concordantes con la Declaración de Helsinki (Barrios et al, 2016). Además, contó con el aval de 3 comités de ética; a) Comité Ético Científico de la Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción, Chile; b) Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo, Universidad de Concepción, Chile; c) Comité de Ética para la Investigación en Seres Humanos de la Universidad Central del Ecuador CEICH-UCE. A cada participante se le solicitó autorización por medio del consentimiento informado previamente firmado.

Resultados

En la tabla 1 aparece la descripción de los profesionales de la salud que forman parte de los equipos de atención de primer y segundo nivel, los cuales integraron la muestra de estudio, en relación a las variables laborales y categorías ocupacionales:

Variables		Categoría Ocupacional/Nivel de Atención													
		Enfermero/a n= (89)				Auxiliar de enfermería n= (41)				Médico n= (93)				Total 223	
		Nivel 1		Nivel 2		Nivel 1		Nivel 2		Nivel 1		Nivel 2			
		Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Sexo	Hombre	1	4,5	7	10,4	0	0,0	6	17,1	16	59,3	34	51,5	64	28,6
	Mujer	21	95,5	60	89,6	6	100,	29	82,9	11	40,7	32	48,5	159	71,3
Edad	20 - 30	6	27,3	30	44,8	0	0,0	10	28,6	5	18,5	9	13,6	60	26,9
	31 - 60	16	72,7	37	55,2	6	100,	25	71,4	20	74,1	57	86,4	161	72,1
	Más de 60	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	7,4	0	0,0	2	0,89
Años laborados en la misma institución	1 - 5	8	36,4	35	52,2	1	16,7	5	14,3	13	48,1	38	57,6	100	44,8
	6 -10	7	31,8	31	46,3	4	66,7	30	85,7	2	7,4	27	40,9	101	45,2
	11 - 20	3	13,6	1	1,5	0	0,0	0	0,0	8	29,6	0	0,0	12	5,3
	Más de 20	4	18,2	0	0,0	1	16,7	0	0,0	4	14,8	1	1,5	10	0,44
Otro Trabajo	No	6	27,3	28	41,8	1	16,7	6	17,1	9	33,3	38	57,6	88	39,4
	Si	16	72,7	39	58,2	5	83,3	29	82,9	18	66,7	28	42,4	135	60,5

Tabla 1. Características de la muestra de los integrantes del equipo de salud de las unidades de primero y segundo nivel de atención y categoría ocupacional según variables de trabajo.



Fuente: Elaboración de los autores.

Respecto a la distribución por sexo de los participantes del estudio, el 71,3% fueron mujeres. Sobre la edad se pudo observar que, el equipo de salud, independientemente del nivel de atención, predominó las edades comprendidas entre los 31 y 60 años. En relación con los años laborados en la misma institución, se observó que, en ambos niveles de atención, existió un 44,8% con 1-5 años y 45,2% con 6-10 años. El 68,8% de todo el personal de salud refirieron tener otro trabajo.

En la tabla 2, se detallan los valores globales de las diversas dimensiones de las Condiciones de Trabajo Subjetivas, factores de Calidad de Vida Laboral y Autoeficacia Profesional por nivel de atención.

Tabla 2. *Condiciones de trabajo subjetivas, calidad de vida laboral y autoeficacia profesional por nivel de atención y categoría ocupacional.*

Dimensiones /factores	Nivel de atención			Categoría ocupacional			
	Primer nivel de atención	Segundo nivel de atención	p-valor	Enfermero/a	Auxiliar de enfermería	Médico	p-valor
	(n=55)	(n=168)		(n=89)	(n=41)	(n = 93)	
CONDICIONES DE TRABAJO SUBJETIVAS GLOBAL	7,1 ± 1,5	7,1 ± 1,8	0,72	7,3 ± 1,2	7,1 ± 1,4	7,0 ± 1,6	0,51
Entorno material	6,4 ± 1,6	6,8 ± 1,7	0,096	6,8 ± 1,5	6,7 ± 1,8	6,7 ± 1,5	0,93
Entorno social	7,2 ± 1,8	7,4 ± 1,4	0,83	7,3 ± 1,4	7,2 ± 1,5	7,5 ± 1,6	0,41
Método de regulación	6,8 ± 1,7	6,8 ± 1,6	0,86	6,9 ± 1,4	7,1 ± 1,8	6,7 ± 1,7	0,005
Método de desarrollo	6,5 ± 1,8	6,3 ± 1,9	0,44	6,7 ± 1,6	6,5 ± 1,9	6,1 ± 2,0	0,39
Ajuste de la organización a la persona	7,3 ± 2,0	7,1 ± 1,8	0,51	7,5 ± 1,4	7,0 ± 2,0	7,0 ± 2,1	0,47
Adaptación de la persona a la organización	8,3 ± 1,3	8,2 ± 1,2	0,54	8,3 ± 1,0	8,5 ± 1,2	8,1 ± 1,4	0,19



CALIDAD DE VIDA LABORAL GLOBAL	3,6 ± 0,6	3,7 ± 0,7	0,6	3,7 ± 0,6	3,5 ± 0,8	3,7 ± 0,6	0,1
Bienestar general	3,9 ± 0,9	3,9 ± 0,8	0,727	3,9 ± 0,8	3,8 ± 1,0	4,0 ± 0,8	0,48
Interfaz hogar-trabajo	3,9 ± 0,9	3,6 ± 1,0	0,312	3,5 ± 0,9	3,7 ± 1,0	3,7 ± 0,99	0,26
Satisfacción laboral y profesional	3,9 ± 1,0	3,7 ± 0,8	0,638	3,8 ± 0,9	3,7 ± 1,0	4,0 ± 0,84	0,16
Control en el trabajo	3,7 ± 1,0	3,6 ± 1,0	0,701	3,5 ± 0,9	3,35 ± 1,0	3,9 ± 1,0	0
Condiciones de trabajo	3,5 ± 0,9	3,4 ± 0,9	0,94	3,4 ± 0,8	3,38 ± 1,0	3,5 ± 0,9	0,89
Estrés en el trabajo	3,2 ± 1,0	3,1 ± 1,0	0,8	3,1 ± 0,9	2,9 ± 1,0	3,3 ± 1,0	0,04
Percepción de la Calidad de Vida Laboral	3,8 ± 1,0	3,7 ± 1,0	0,455	3,7 ± 0,93	3,9 ± 1,0	3,7 ± 1,1	0,7
AUTOEFICACIA PROFESIONAL GLOBAL	5,3 ± 0,7	5,1 ± 0,7	0,04	5,1 ± 0,7	5,2 ± 0,8	5,2 ± 0,6	0,6
Seré capaz de encontrar lo que quiero en mi trabajo ante cualquier adversidad	5,0 ± 1,0	4,6 ± 1,4	0,03	4,7 ± 1,2	4,7 ± 1,5	4,7 ± 1,3	0,83
Seré capaz de resolver problemas difíciles en mi trabajo si lo intento	5,2 ± 1,0	5,0 ± 1,1	0,34	5,0 ± 1,0	5,1 ± 1,3	5,1 ± 1,1	0,22
Estoy seguro/a de que podré alcanzar mis metas en el trabajo.	5,2 ± 1,0	5,1 ± 1,1	0,71	5,1 ± 1	5,41 ± 1,0	5,1 ± 1,0	0,04
Seré capaz de manejar eficazmente acontecimientos inesperados en mi trabajo.	5,3 ± 0,8	5,0 ± 1	0,15	5,1 ± 0,9	5,17 ± 0,9	5,1 ± 1,0	0,84
Gracias a mis cualidades y recursos podré superar situaciones imprevistas en mi trabajo.	5,4 ± 0,7	5,2 ± 0,8	0,23	5,1 ± 0,9	5,3 ± 0,7	5,3 ± 0,8	0,24

Cuando tenga dificultades en mi trabajo, estaré tranquilo/a porque tengo las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.	5,4 ± 0,8	5,1 ± 1,0	0,09	5,1 ± 1,0	5,1 ± 1,1	5,3 ± 0,8	0,7
Pase lo que pase en mi trabajo, seré capaz de manejarlo adecuadamente.	5,4 ± 0,8	5,2 ± 0,9	0,08	5,2 ± 1,0	5,3 ± 0,8	5,3 ± 0,9	0,8
Podré resolver la mayoría de los problemas en mi trabajo, si me esfuerzo lo necesario.	5,5 ± 0,8	5,4 ± 0,8	0,32	5,4 ± 0,9	5,5 ± 0,6	5,4 ± 0,8	0,8
Cuando me encuentre en una situación laboral difícil, confío en que se me ocurrirá qué debo hacer.	5,4 ± 0,7	5,2 ± 0,99	0,3	5,2 ± 1,0	5,2 ± 1	5,4 ± 0,7	0,1
Cuando tenga que hacer frente a un problema en mi trabajo, confío en que se me ocurrirán varias alternativas para resolverlo.	5,5 ± 0,6	5,3 ± 0,9	0,1	5,3 ± 0,9	5,3 ± 1,0	5,5 ± 0,7	0,3

Fuente: Elaboración de la autora.

Se evidenció que, con respecto a las Condiciones de Trabajo Subjetivas, y a la Calidad de Vida Laboral no existieron diferencias estadísticamente significativas entre el primer y segundo nivel de atención, pero sí con los valores globales de la Autoeficacia Profesional y donde las medias más altas fueron obtenidas en el primer nivel atención.

Asimismo, en las diferencias por categoría ocupacional, para las Condiciones de Trabajo Subjetivas y la Calidad de Vida Laboral, no existió diferencias estadísticamente significativas a nivel global. Sin embargo, para esta última, sí se encontró diferencias estadísticamente significativas en los factores “control en el trabajo” y “estrés en el trabajo”, donde los médicos obtuvieron las medias más altas. Para la Autoeficacia Profesional, tampoco existió diferencia estadísticamente significativa entre categorías ocupacionales, a excepción del ítem “estoy seguro de que podré alcanzar mis metas en el trabajo” donde las auxiliares de enfermería obtuvieron las medias más altas.

En la figura 1 se observa el modelo de regresión lineal múltiple, donde se evidenció que la Autoeficacia Profesional no presenta un efecto moderador entre las Condiciones de Trabajo



Subjetivas y la Calidad de Vida Laboral. En la muestra estudiada, la Autoeficacia Profesional, que representa los recursos personales del trabajador, no tendría un efecto sobre la relación entre la percepción de las circunstancias y las características laborales y el grado de satisfacción y bienestar físico, psicológico y social que experimenta el trabajador en su puesto de trabajo. Se destaca que el efecto de la autoeficacia profesional, como variable moderadora, no es estadísticamente significativa (p 0,46). Es importante señalar que si bien las limitaciones del presente estudio podrían focalizarse en la poca variabilidad de la Autoeficacia, se evidenciaron valores de la Autoeficacia Profesional muy altos.

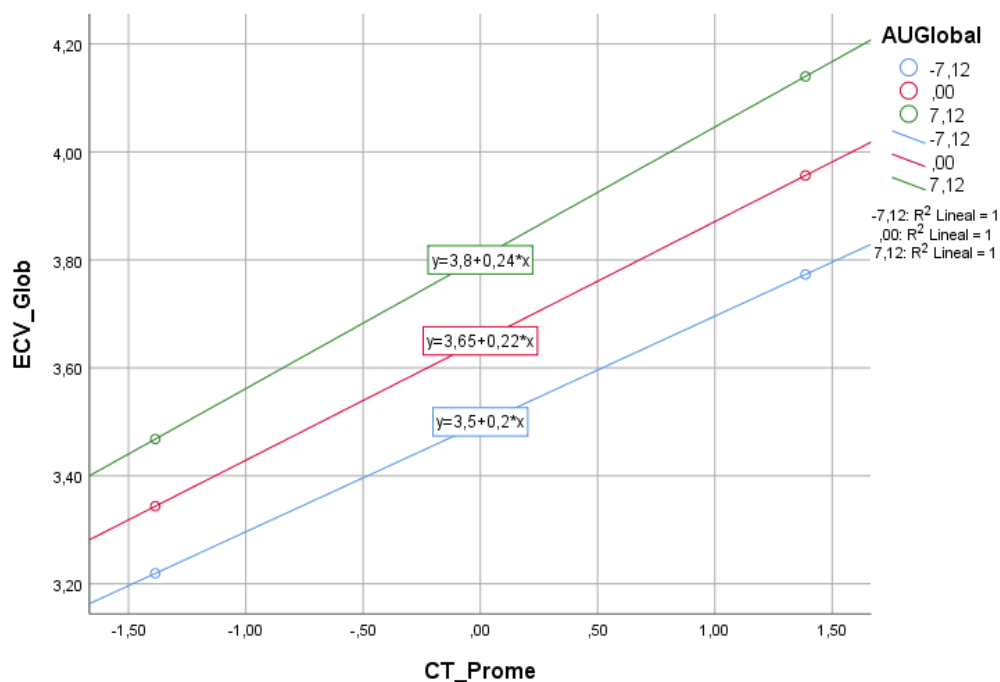


Figura 1. El efecto de la Autoeficacia Profesional como variable Moderadora
Fuente: Elaboración de los autores

Discusión

En cuanto al comportamiento de las variables sociodemográficas, en lo referente a la variable sexo, se observa un predominio de mujeres, lo que se corresponde con tendencias nacionales e internacionales que identifican al sector de la salud, como predominantemente femenino (Boniol et al, 2019). Esto confirma que la fuerza de trabajo en salud apunta a la expresión

del fenómeno de la “feminización” en el cuidado de las personas, entendiéndose, de forma cuantitativa, como el aumento del peso relativo del sexo femenino en la composición de una profesión u ocupación, y a su vez, como la transformación cualitativa del valor social de estas ocupaciones (Cagliari y Vieira, 2020).

Con respecto a la edad, el promedio obtenido revela un patrón observado en diversos estudios donde mayoritariamente el equipo de salud está conformado por profesionales de mediana edad, entre 31 y 60 años (Dos Santos et al, 2021) (Orgambidez et al, 2020). Algunos autores relatan que existe un mejor clima organizacional entre trabajadores de mediana edad (Muñiz et al, 2014).

En relación con los años laborados en la misma institución, se destaca que Ecuador en el período 2014-2016, poseía las cifras de antigüedad más alta de la región, que rondaban los 16 años (Gualavisi y Oliveri, 2016). El compromiso afectivo con la institución trabajadora disminuye a través de los años, (Jaime-Vargas, 2020), observándose más satisfechos los profesionales con menos de 10 años de trabajo que aquellos con más de 10 años (Parra et al, 2002).

Más de la mitad del personal de salud encuestado refirió tener otro trabajo. Una de las razones que inciden en buscar un trabajo paralelo es ver aumentada sus remuneraciones, sin embargo, el fenómeno del pluriempleo afecta potencialmente la salud física y psicológica, más aún cuando es sostenido a lo largo del tiempo (Altamirano, 2020), ya que se emplea el tiempo libre en trabajar, en lugar de compartir en familia o realizar otras actividades de ocio.

En lo que respecta a las Condiciones de Trabajo Subjetivas el puntaje global obtenido las clasifica como “buenas”. Esto se podría explicar porque, tanto del primer, como del segundo nivel de atención, actualmente cuentan con nueva infraestructura, instalaciones, equipamiento y una serie de procesos administrativos caracterizados por estrategias, políticas y procedimientos que las organizaciones utilizaron para la Gestión del Talento Humano en el inicio del funcionamiento de las unidades de salud, lo cual, posiblemente, generó satisfacción en los trabajadores. Al consultar la literatura se encuentra un estudio chileno con resultados similares, donde se evidencia que las condiciones de trabajo son buenas en promedio (Luengo et al, 2016).

Al analizar la Calidad de Vida Laboral se reveló que, el puntaje global para esta investigación fue interpretada como “media”. En contraste, el estudio de Caicedo (2019), que buscó determinar la Calidad de Vida laboral de los trabajadores de la salud en países latinoamericanos, los resultados evidenciaron que era predominantemente “bajo”. Por otro lado, destaca un estudio realizado en Ecuador donde los resultados coinciden con los de la presente investigación,



encontrando que los trabajadores de la salud tienen una Calidad de Vida Laboral “promedio” (Cuartero-Castañer et al, 2021).

Así pues, la Calidad de Vida Laboral es el resultado de la estimación que el trabajador realiza de las condiciones a las que se encuentra sometido en el entorno laboral, mismas que pueden potenciar o no sus competencias y habilidades laborales, por lo tanto, las condiciones en las que se desarrolla el trabajo constituyen un referente clave para la evaluación de la calidad de vida laboral (Vidal-Blanco et al, 2018).

En lo referente al factor “estrés en el trabajo”, la categoría ocupacional de médicos obtuvo las medias más altas. Coinciden en el estudio realizado en Colombia (Monterrosa-Castro y Dávila-Ruiz 2021), donde siete de cada diez médicos presentaron síntomas de estrés. Posiblemente por el distanciamiento social, confinamiento, así como el incumplimiento ciudadano y la carencia de medidas de higiene pudieron llegar a ser factores generadores de miedo, ansiedad y estrés.

Del mismo modo en una revisión sistemática realizado por (Navinés et al, 2021), determinó que los factores de riesgo para presentar stress fue mayor cansancio emocional, trabajar en áreas de especialidades quirúrgicas, cometer errores, dormir poco, dificultad conciliación vida familiar/laboral y sobrecarga laboral.

En lo que respecta a la Autoeficacia profesional de los integrantes de los equipos de salud, reveló un puntaje global “alta”. Estos resultados coinciden con estudios realizados en España (Betancourt et al, 2020) y Chile (Bargsted et al, 2019), donde se reportaron niveles de autoeficacia altos en el personal sanitario. Autores han destacado que cuando las enfermeras experimentan altos niveles de Autoeficacia Profesional, tienden a percibir las demandas profesionales como desafíos y no como algo estresante, invierten más tiempo y esfuerzo en las tareas, incluso cuando enfrentan dificultades, lo que facilita la aparición de mayores niveles de compromiso en el trabajo (Llor et al, 2020).

Según el nivel de atención, se observó que la Autoeficacia Profesional muestra diferencia estadísticamente significativa únicamente en el primer nivel de atención, lo cual podría atribuirse a que las unidades de primer nivel de atención son organizaciones pequeñas, con una estructura organizacional más simple y nivel de tareas menos complicadas que transcurren en un entorno laboral de cordialidad, de buena comunicación, alcanzando generar mayor sensación de responsabilidad, bienestar, satisfacción y compromiso, constituyéndose en aspectos positivos a

nivel organizacional, que impactan en el desempeño, calidad del trabajo y el compromiso con la comunidad.

La percepción de Autoeficacia que tienen los trabajadores influye en el grado en que perciben su trabajo como satisfactorio, donde la autoeficacia afecta al comportamiento humano fijando patrones de pensamiento y reacciones emocionales positivas ante las demandas, o amenazas ambientales (Salanova et al,2005).

Con respecto a la comparación entre las categorías ocupacionales, para la Autoeficacia Profesional, existió diferencia estadísticamente significativa en el grupo de auxiliares de enfermería. Este fenómeno podría estar asociado a que, en Ecuador, las auxiliares de enfermería pertenecen al contrato colectivo que otorga beneficios en cuanto a estabilidad laboral, amparo jurídico y carga horaria de 120 horas mensuales, la cual es menor al resto del equipo de salud durante el ejercicio de trabajo.

Otro factor que podría estar influyendo es que las tareas que ejecutan generan menos estrés, tienen menos responsabilidad directa en el manejo terapéutico del paciente, ya que sus actividades son principalmente de apoyo. El personal auxiliar de enfermería con un fuerte sentido de autoeficacia, ven los problemas difíciles como tareas a ser superadas. Se recuperan rápidamente de los reveses y las decepciones y tienen un mayor sentido del compromiso con sus intereses y actividades (Pérez-Fuentes et al, 2018)

Finalmente, luego de realizar el modelo de regresión lineal múltiple, es posible señalar que la Autoeficacia Profesional en el presente trabajo, no presentó un efecto moderador entre las condiciones de trabajo subjetivas y la calidad de vida laboral. A diferencia de lo encontrado en la presente investigación, existe evidencia en la literatura de la Autoeficacia profesional como moderador de distintas variables de Salud Ocupacional; en situaciones de acoso laboral y en la salud de los trabajadores (Meseguer et al, 2014), en satisfacción profesional y la irritación del trabajador (Merino et al,2015), en la relación entre estresores como la sobrecarga, el conflicto de rol y las conductas de afrontamiento activo (Salanova et al, 2005), entre la disonancia emocional, el agotamiento y la angustia mental (Indregard et al, 2018)

Esta investigación ha intentado avanzar en el conocimiento sobre el rol moderador de la Autoeficacia profesional sobre la relación entre condiciones de trabajo subjetivas y calidad de vida laboral. Cabe mencionar que esta investigación se ha elaborado tomando de base la comprensión de modelos teóricos- explicativos que se integran en la psicología de la salud ocupacional es



importante señalar que, si bien las limitaciones del presente estudio podrían focalizarse en la poca variabilidad de la Autoeficacia por los valores de la Autoeficacia Profesional muy altos, esto no desacredita la potencial utilidad de los resultados del AU-10

Además, es posible que este resultado se asocie a que, dentro de la muestra, se obtuvieron altos valores para las variables estudiadas, por lo tanto, a pesar de existir correlación de forma independiente, al realizar el modelo final esta diferencia no fue estadísticamente significativa. Por ello, los resultados brindados en este estudio constituyen un aporte loable para los profesionales e investigadores relacionados al mundo del trabajo quienes pueden dirigir su atención en seleccionar a la Autoeficacia Profesional como una medida priorizable en el campo laboral ecuatoriano.

Conclusiones

En el estudio se demostró que las Condiciones de Trabajo Subjetivas halladas de manera global fueron “buenas”; mientras que la Calidad de Vida laboral encontrada fue “media”. Los resultados han revelado que, en la presente investigación, la Autoeficacia Profesional no ejerció un efecto moderador sobre la relación entre las Condiciones de Trabajo Subjetivas y la Calidad de Vida Laboral.

Es posible que este resultado se asocie a que, dentro de la muestra, se obtuvieron altos valores para las variables estudiadas, por lo tanto, a pesar de existir correlación de forma independiente, esta diferencia no fue estadísticamente significativa. Este resultado podría focalizarse en la poca variabilidad de la Autoeficacia por los valores de la Autoeficacia Profesional muy altos. Se evidenció diferencia estadísticamente significativa entre los niveles de atención, siendo más alto la autoeficacia en el primer nivel de atención.



Referencias

- Acevedo, G. Sánchez, J. Farías, M y Fernández, A. (2013). Riesgos Psicosociales en el Equipo de Salud de Hospitales Públicos de la Provincia de Córdoba, Argentina. *Ciencia trabajo*, 15(48), 140-147. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492013000300006>
- Altamirano, M. (2020). Consecuencias del pluriempleo en la salud de los enfermeros del Hospital Dr. Arturo Oñata-Salta. *Crear en Salud*, (14).
- Bargsted, M. Ramírez-Vielma, R., y Yeves, J. (2019). Professional Self-efficacy and Job Satisfaction: The Mediator Role of Work Design. *Revista de Psicología Del Trabajo y de Las Organizaciones*, 35(3), 157–163. <https://doi.org/10.5093/jwop2019a18>
- Barrett, A. (2014). Breaking Boundaries: Temporality and Work–Life Practices in Hospital Organizations. *Western Journal of Communication*, 78(4), 441–461. <https://doi.org/10.1080/10570314.2014.926390>
- Barrios, I. Anido, V., y Morera, M. (2016). Declaración de Helsinki: cambios y exégesis. *Revista Cubana de Salud Pública*, 42(1), 132–142.
- Betancourt, M. Domínguez W. Peláez, B. y Herrera, M. (2020). Estrés laboral en el personal de Enfermería en el área de UCI durante la pandemia de COVID 19. *UNESUM-Ciencias. Revista Científica Multidisciplinaria*. 4(3), 41–50. <https://doi.org/10.47230/unsum-ciencias.v4.n1.2021.308>
- Blanch, J y Joseph, M. (2016). La salud de los trabajadores de la salud. *Indian J Occup Environ Med*, 20, 71-72.
- Blanch, J. (2011). Condiciones de Trabajo y Riesgos Psicosociales bajo la Nueva Gestión. *Formación Continuada a Distancia (FOCAD)*. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos de España., 1–33.
- Blanch, J. Sahagún, M. y Cervantes, G. (2010). Estructura Factorial del Cuestionario de Condiciones de Trabajo. *Revista de Psicología Del Trabajo y de Las Organizaciones*, 26(3), 175–189. <https://doi.org/10.5093/tr2010v26n3a2>
- Boniol, M. McIsaac, M. Xu, L. Wuliji, T. Diallo, K., y Campbell, J. (2019). *Gender equity in the health workforce: analysis of 104 countries* (Health Workforce Working Paper; 1). World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311314>
- Cagliari, E y Vieira, L. (2020). *A guerra tem rosto de mulher: trabalhadoras da saúde no enfrentamento à Covid-19*. Brasil: Associação Nacional dos Especialistas em Políticas



Públicas e Gestão Governamental. Recuperado de: <http://anesp.org.br/todas-as-noticias/2020/4/16/a-guerra-tem-rosto-de-mulher-trabalhadoras-da-sade-no-enfrentamento-covid-19>

- Caicedo, H. (2019). Calidad de vida laboral en trabajadores de la salud en países latinoamericanos: meta-análisis. *SIGNOS - Investigación En Sistemas de Gestión*, 11(2), 41–62. <https://doi.org/10.15332/24631140.5081>
- Cruz Robazzi, M, Chaves Mauro, M, Barcellos Dalri, R, Almeida da Silva, L, Iara Aparecida, y Jorge Pedrão, L. (2010). Exceso de trabajo y agravios mentales a los trabajadores de la salud. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(1), 52-64.
- Cruz, A., Fernández, M., Aliaga, L., Pillon, S. (2021). Miedo experimentado por profesionales de salud en la pandemia por COVID-19 e implicaciones para la salud mental. *Revista Cubana de Enfermería*, 37.
- Cuartero-Castañer, M. E. Hidalgo-Andrade, P. y Cañas-Lerma, A. J. (2021). Professional Quality of Life, Engagement, and Self-Care in Healthcare Professionals in Ecuador during the COVID-19 Pandemic. *Healthcare*, 9(5), 515. <https://doi.org/10.3390/healthcare9050515>
- Dos Santos Ribeiro, E. Vieira da Silva, E. K. Jatobá, L. de A., Nogueira Andrade, W. y Nogueira Miranda, L. (2021). Calidad de vida en el trabajo de enfermeros de instituciones hospitalarias de la red pública. *Enfermería Global*, 20(3), 461–501. <https://doi.org/10.6018/eglobal.456911>
- Easton, S., y Van Laar, D. (2018). *User Manual for the Work-Related Quality of Life (WRQoL) Scale: A Measure of Quality of Working Life* (2a ed.). University of Portsmouth.
- Gualavisi, M. y Oliveri, M. (2016). *Antigüedad en el Empleo y Rotación Laboral en América Latina*. Banco Interamericano de Desarrollo. Recuperado de: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Antig%C3%BCedad-en-el-empleo-y-rotaci%C3%B3n-laboral-en-Am%C3%A9rica-Latina.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación* (McGraw-Hill, Ed.; 6a ed.).
- Indregard, A., Knardahl, S., y Nielsen, M. (2018). Emotional Dissonance, Mental Health Complaints, and Sickness Absence Among Health- and Social Workers. The Moderating



Role of Self-Efficacy. *Frontiers in Psychology*, 9.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00592>

- Jaime-Vargas, J. (2020). Edad y Antigüedad laboral de los profesionales de enfermería como antecedentes del compromiso afectivo en los hospitales privados de Jalisco, México. *3C Empresa Investigación y pensamiento crítico*. 9(4), 53-71.
- Jiménez, J. (2004). Cambios en el entorno del trabajo médico. *Revista médica de Chile*, 132(5), 637-642. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872004000500016>
- Llor, J., Seva, A., Díaz, J., Llor L. y Leal, C. (2020). Burnout, habilidades de comunicación y autoeficacia en los profesionales de urgencias y cuidados críticos. *Enfermería Global*, 19(3), 68–92. <https://doi.org/10.6018/eglobal.381641>
- Luengo, C., Paravic, T. y Burgos, M. (2016). Calidad del cuidado del profesional de enfermería y condiciones ambientales y psicosociales de trabajo. *Rev Enferm Trab* 6(4): 117-25.
- Merino, E., Fernández, M., y Bargsted, M. (2015). El papel moderador de la autoeficacia ocupacional entre la satisfacción y la irritación laboral. *Universitas Psychologica*, 14(1), 219–230.
- Meseguer, M., Soler, M. y García-Izquierdo, M. (2014). El papel moderador de la autoeficacia profesional entre situaciones de acoso laboral y la salud en una muestra multiocupacional. *Anales de Psicología*, 30(2). <https://doi.org/10.6018/analesps.30.2.161251>
- Meyer, P., Prado, C., Ardila, G., Esparza, S., y Montes, R. (1992). *Probabilidad y aplicaciones estadísticas*. Addison-Wesley Iberoamericana.
- Monterrosa-Castro A, Dávila-Ruiz R, Mejía-Mantilla A, Contreras-Saldarriaga J, Mercado-Lara M, Flores-Monterrosa C. (2020); Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos. *MedUNAB*. 2020; 23(2): 195-213. doi: 10.29375/01237047.3890
- Muñiz J, Peña-Suárez E, De la Roca Y, Fonseca-Pedrero E, Cabal Á y García-Cueto E. (2014). Organizational climate in Spanish Public Health Services: Administration and Services Staff. *Int J Clin Heal Psychol* 14(2):102–10. [https://doi.org/10.1016/S1697-2600\(14\)70043-2](https://doi.org/10.1016/S1697-2600(14)70043-2)
- Navinés R, Olivé V, Fonseca F, Martín-Santos R. (2021). Work stress and resident burnout, before and during the COVID-19 pandemia: An up-date. *Red Clin (Barc)*. 13; 157(3):130-140. doi: 10.1016/j.medcli.2021.04.003



- Orgambídez, A. Borrego, Y y Vázquez-Aguado, O. (2020). Linking Self-efficacy to Quality of Working Life: The Role of Work Engagement. *Western Journal of Nursing Research*, 42(10), 821–828. <https://doi.org/10.1177/0193945919897637>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Perfil mundial de los trabajadores sanitarios*. Ginebra, Suiza. Recuperado de:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43434/9243563173_spa.pdf
- Pérez-Fuentes, M. C., Simón-Márquez, M. M., Molero-Jurado, M. M., Barragán-Martín, A. B., Martos-Martínez, A. y Gázquez-Linares, J.J. (2018). Inteligencia emocional y empatía como predictores de la autoeficacia en Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 9(2), 75-83.
<https://doi.org/10.23923/j.rips.2018.02.016>
- Raraz Vidal, J. G., Allpas Gómez, H. L., Torres Salome, F. K., Cabrera Patiño, W. M., Ramos Gómez, R. P., Alcántara Leyva, L. M., Aldea Chihuantito, F. K., Colona Risco, V., y Raraz Vidal, O. B. (2021). Work conditions and personal protective equipment against COVID-19 in health personnel, Lima-Peru. *Revista de La Facultad de Medicina Humana*, 21(2), 335–345. <https://doi.org/10.25176/RFMH.v21i2.3608>
- Ramos J, Peiró J. M. y Ripoll, P. (1996). Condiciones de Trabajo y Clima laboral . En J. M. Peiró y F. Prieto (Eds.): Tratado de Psicología del Trabajo. Vol. I: La Actividad Laboral en su Contexto. Madrid: Síntesis.
- Sarella, L. Paravic, T. (2002). Satisfacción laboral en enfermeras/os que trabajan en el sistema de atención médica de urgencia (SAMU). *Ciencia y enfermería*, 8(2), 37-48.
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532002000200005&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
- Vidal-Blanco G, Oliver A, Galiana L, y Sansó N. (2018). Calidad de vida laboral y autocuidado en enfermeras asistenciales con alta demanda emocional. Valencia -España. *Revista Science Direct*. 29 (3): 186-194. DOI:10.1016/j.enfcli.2018.06.004