Tesis
PS2009
B43.

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

INFLUENCIA DE LA SALUD PSICOLÓGICA, LA SALUD FÍSICA, EL ESTILO DE VIDA SALUDABLE, EL TURNO LABORAL, LA ANTIGÜEDAD LABORAL, EL TIPO DE INSTITUCIÓN, EL SEXO Y LA EDAD SOBRE LA SATISFACCIÓN LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Trabajo de investigación presentado por:

Mariana BLANCO
y
Johanna LA ROSA

A la Escuela de Psicología
como requisito parcial para obtener el título de
Licenciado en Psicología

Profesor guía:
Luisa ANGELUCCI

Caracas, Julio 2009

A Dios, porque estas presente en todo momento, eres mi pastor. Gracias, por colocarme de forma misteriosa, en una maravillosa profesión con la que se tiene el poder de dar la mano al otro, contemplándolo como el ser humano que es.

A mis abuelas, símbolo de lucha para alcanzar las metas, gracias por mi crianza, las amo por todo lo que han hecho por mí.

A mis padres. Mamá, por tu amor sin condición, por velar por mi bienestar a toda costa, por el inmenso apoyo que has representado para mí a lo largo de mi vida y de mi carrera y sin el cual no hubiese podido continuar. A ti papá, por tus exigencias, por tus consejos basados en la vida misma, por enseñarme que hay que luchar por lo que se quiere para alcanzar el éxito.

A mi Hermana, por escuchar mis angustias, por vivir estos cinco años como si también hubiesen sido tuyos, por ser más que mi hermana, mi amiga.

A Johanna, por el aprendizaje que contigo he alcanzado, no sólo a nivel académico, sino en el inmenso aprendizaje que ha sido crecer y madurar con las experiencias vividas juntas. Gracias por la acogida de tu familia y porque sea como sea, mi camino en este proyecto y en esta Universidad no hubiese sido lo mismo sin tu compañía.

A los profesores que hicieron que amara esta carrera, porque hay palabras de cada uno de ellos que jamás olvidaré, y a aquellos profesores enormemente exigentes que me hicieron comprender lo arduo que es mantener a la Psicología como Ciencia.

A Osny, por ser más que una amiga durante todos estos años, porque tu familia es mi familia, porque no hubo momento en el que no me sintiera apoyada por ti y porque todos los momentos que pasamos en esta carrera han sido gratificantes y llevaderos gracias a tu amistad, te adoro hermana.

A Karen y Vanessa, por brindarme su valiosa amistad, por ser mi escucha en los momentos felices y en los duros, por formar parte de lo que encontré en la Universidad y que quiero llevarme para toda la vida, saben lo valiosas que son para mi.

A Daisy, Dalis, Marifé, Mario, Constanza, Irina y Dubrazka, por haberme brindado los recuerdos más gratos que poseo de mi promoción, por ser mis amigos, abriéndome las puertas de sus casas y de sus vidas, realmente los quiero mucho.

A Jesús, por tener las palabras apropiadas que me dieron aliento para seguir adelante, por todos los momentos que hemos vivido juntos. Es maravilloso saber que nos tenemos el uno al otro para apoyarnos, te adoro.

Y a todas aquellas personas que en algún momento me vieron llorar y tuvieron una palabra reconfortante, que me hicieron comprender que muchas cosas en apariencia difíciles pueden volverse fáciles si se miran de otra manera, gracias por brindarme momentos felices.

Mariana Blanco

Dios… gracias por llenar mi vida de mil bendiciones, por protegerme y rescatarme en los momentos difíciles. Gracias por brindarme salud y energías para perseverar y convertir en realidades mis sueños.

Mamá… gracias por brindarme tu amor, por apoyarme y creer en mí cuando decía *"nunca lo voy a lograr"*.. Gracias por enseñarme lo importante que es la humildad y que lo valioso de la vida son aquellas cosas que no se pueden ver, ni tocar… Eres un diamante que Dios creó y ser tu hija es una bendición.

Papá… gracias por confiar en mí, por apoyarme y permitirme alcanzar esta meta tan importante en mi vida, te admiro por todo lo que has logrado con esfuerzo y dedicación y por eso, eres mi principal ejemplo a seguir. Mi mamá y tú son claves en mi vida, gracias por su esmero en construir una familia tan maravillosa.

Osny.. fuiste la primera amiga que tuve en la universidad y durante estos cinco años me brindaste comprensión, momentos divertidos, palabras de aliento.. esta amistad logró vencer varios obstáculos y eso la hace una amistad para toda la vida. ¡Te quiero infinitoo Miga!

Andre y Kath… ustedes fueron como dos ángeles que llegaron a mi vida, recordándome lo importante de mantener la fe y la esperanza en que las cosas siempre se pueden solucionar.. Gracias mis niñas por su sensibilidad, cariño y por brindarme parte de su luz. ¡Las quiero mucho!

Mario.. te admiro como profesional y como ser humano. Gracias por muchas veces decirme las palabras justas en el momento justo, por tu amistad y por tu apoyo… ¡Te quiero brothersito y que Dios te bendiga!

Andrew, Karin, Jesli, Jessie y Grache… ¡son unas amigos maravillosos! gracias por siempre estar allí y por brindarme una amistad de lujo.

A todos los profesores que nos brindaron sus valiosos conocimientos y que nos inspiraron a seguir en el descubrimiento y la comprensión de la Psicología, incentivándonos a romper nuestros esquemas previos y atrevernos a ver la realidad de forma diferente y más amplia. !Gracias!

Mariana… ¡Lo logramos! este trabajo de grado no fue sólo una experiencia académica o un requisito para obtener la Licenciatura, sino un gran aprendizaje de que a pesar de las dificultades, las metas pueden lograrse, siempre que haya compromiso y esfuerzo. ¡Mucho éxito en tu vida personal y profesional compa! Y recuerda: mente sana-cuerpo sano.

Johanna La Rosa

AGRADECIMIENTOS

A Luisa Angelucci, por habernos acompañado durante todo este proceso, por incentivarnos cada vez que teníamos dificultades y nos sentíamos desanimadas, por siempre tener una sonrisa para nosotras y sobre todo, por ser tan paciente y comprensiva, haciendo la realización del trabajo de grado una experiencia mucho más grata. ¡Gracias tutora!

A Marisabel Parada por su inmenso apoyo, por ayudarnos en la etapa más difícil de la investigación y que con su gran carisma y energía nos dio fuerza para creer que era posible y lo fue, en gran parte, gracias a ti.

A Elizabeth Piña y María Antonieta Lombardi por no dudar en prestarnos su ayuda y confiar en nosotras, así como, por el gran interés que mostraron por nuestro proyecto. Gracias por abrirnos las puertas de la escuela de enfermería y recibirnos como si formáramos parte de la escuela.

A Mariangélica y a las coordinadoras de enfermería del Centro Médico Docente La Trinidad por permitir la realización de nuestro proyecto en la institución, por haber hecho más amena la recolección de datos, brindarnos su ayuda y por ser personas tan cálidas, atentas y cariñosas con nosotras.

A Sandra Bear por siempre estar dispuesta a ayudarnos, por su valiosa orientación y permitir el contacto con profesionales que hicieron posible la consecución de este proyecto. ¡Gracias!

A los profesionales de la escuela de enfermería de la Universidad Central de Venezuela y del Centro Médico Docente La Trinidad, porque no sólo colaboraron con su participación en la investigación, sino que nos hicieron darnos cuenta de la ardua y valiosa labor que realizan a diario.

A Karen Parra y Rogelio Peñuela por brindarnos su ayuda incondicional desde el primer día que decidimos emprender este proyecto, a través de su experiencia y brindándonos consejos e información pertinente para el desarrollo de la investigación.

A las familias Blanco y La Rosa por creer siempre en nosotras, incluso cuando pensábamos que no lo íbamos a lograr y por brindarnos su amor incondicional.

ÍNDICE GENERAL

Pág.

Índice General.....v

Índice de Tablas y Figuras vii

Resumen.....ix

I. Introducción.....10

II. Marco Teórico.....13

III. Método.....36

Problema.....36

Hipótesis.....37

Definición de variables.....38

Tipo y Diseño de Investigación 41

Población y Muestra 42

Instrumentos.....43

Procedimiento.....51

Análisis de datos.....52

Consideraciones éticas.....54

IV. Análisis de Resultados 56

V. Discusión.....91

VI. Conclusiones.....112

VII Limitaciones y Recomendaciones.....115

VIII. Referencias Bibliográficas.....117

IX. Anexos.....128

Anexo A. Cuestionario de Font Roja de satisfacción laboral

Anexo B. Cuestionario de salud general de Goldberg

Anexo C. Cuestionario de salud física de Angelucci

Anexo D. Cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida

Anexo E. Cuadernillo para la prueba piloto

Anexo F. Cuadernillo definitivo

Anexo G. Análisis de confiabilidad de los instrumentos

Anexo H. Análisis de la estructura factorial de los instrumentos

Anexo I. Análisis de regresión y verificación de los supuestos de normalidad y media de los errores

Anexo J. Matriz de correlaciones de las variables de la investigación

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Pág.

Figura 1. Diseño de ruta..... 37

Figura 2. Grafica de caja y bigote de la distribución de los puntajes de la dimensión presión laboral, monotonía laboral y control sobre el trabajo (satisfacción laboral).....61

Figura 3. Grafica de caja y bigote de la distribución de los puntajes de la dimensión relaciones interpersonales, reconocimiento, competencia y promoción profesional (satisfacción laboral).....62

Figura 4. Gráfica de caja y bigote de la distribución de la dimensión ansiedad, insomnio y síntomas somáticos (salud psicológica).....63

Figura 5. Gráfica de caja y bigote de la distribución de la dimensión depresión (salud psicológica).....64

Figura 6. Gráfica de caja y bigote de la distribución de la dimensión disfunción social (salud psicológica).....65

Figura 7. Gráfica de caja y bigote de la distribución de los puntajes de la variable salud física.....66

Figura 8. Gráfica de caja y bigote para la distribución de los puntajes de la dimensión consumo de comidas nocivas en exceso (estilo de vida saludable).....67

Figura 9. Grafica de caja y bigote de la distribución de los puntajes de la dimensión actividad física (estilo de vida saludable).....68

Figura 10. Grafica de caja y bigote de la distribución de los puntajes de la dimensión descanso y sueño (estilo de vida saludable).....69

Figura 11. Gráfica de caja y bigote de la distribución de la dimensión conductas preventivas (estilo de vida saludable).....70

Figura 12. Gráfica de caja y bigote de la distribución de la dimensión conductas preventivas por reglas y leyes (estilo de vida saludable).....71

Figura 13. Gráfica de caja y bigote de la distribución de la dimensión consumo de drogas (estilo de vida saludable).....72
Figura 14. Diagrama de ruta resultante.....90
Tabla 1. Coeficientes de regresión y su significancia para presión laboral, monotonía laboral y control sobre el trabajo (satisfacción laboral).....75
Tabla 2. Coeficientes de regresión y su significancia para la dimensión relaciones interpersonales, reconocimiento, competencia y promoción profesional (satisfacción laboral).....77
Tabla 3. Coeficientes de regresión y su significancia para la dimensión ansiedad, insomnio y síntomas somáticos (salud psicológica).....79
Tabla 4. Coeficientes de regresión y su significancia para la dimensión depresión (salud psicológica).....80
Tabla 5. Coeficientes de regresión y su significancia para la dimensión disfunción social (salud psicológica).....81
Tabla 6. Coeficientes de regresión y su significancia para la variable salud física.....83
Tabla 7. Coeficientes de regresión y su significancia para la dimensión consumo de comidas nocivas en exceso (estilo de vida saludable).....84
Tabla 8. Coeficientes de regresión y su significancia para la dimensión actividad física (estilo de vida saludable).....85
Tabla 9. Coeficientes de regresión y su significancia para la dimensión conductas preventivas (estilo de vida saludable).....85
Tabla 10. Coeficientes de regresión y su significancia para la dimensión descanso y sueño (estilo de vida saludable).....86
Tabla 11. Coeficientes de regresión y su significancia para la dimensión conductas preventivas por reglas y leyes (estilo de vida saludable)..... 87
Tabla 12. Coeficientes de regresión y su significancia para la dimensión consumo de drogas (estilo de vida saludable).....88

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue determinar la influencia de la salud psicológica, salud física, estilo de vida saludable, turno laboral, antigüedad laboral, edad y sexo sobre la satisfacción laboral de los profesionales de enfermería. A fin de obtener las influencias directas e indirectas de las variables planteadas sobre la satisfacción laboral, se propuso un análisis de ruta, haciendo uso de una muestra de 300 profesionales de enfermería, pertenecientes a instituciones públicas (31,3%) y privadas (69%), de la cual 87,7% eran mujeres y 11,7% eran hombres, con edades comprendidas entre 19 y 71 años, con una antigüedad laboral entre un mes y 26 años, laborando el 51,35% de los empleados en turnos diurnos, 16,6% en nocturnos y 32,09% en turnos rotativos. Los resultados reflejaron que los empleados no consideraron su trabajo monótono, presentaron una baja presión laboral, un bajo control sobre sus actividades laborales, reportando relaciones cordiales en su lugar de trabajo, una alta competencia y alta promoción profesional. Observándose que, las mujeres y profesionales que laboran en instituciones públicas, tienden a presentar una mayor presión laboral, mayor monotonía laboral y menor control sobre las actividades que realizan en su empleo; mientras que, las personas con un adecuado descanso y una buena cantidad o calidad de sueño, que presentan un buen estado de salud psicológica, así como, aquellos empleados que llevan a cabo conductas preventivas, obedeciendo leyes y normas, presentan relaciones cordiales en su lugar de trabajo, una alta competencia y promoción profesional. A su vez, se encontraron relaciones entre la salud, estilos de vida y factores organizacionales. Estos hallazgos permiten evidenciar cómo el grado de bienestar psicológico de un individuo, así como, sus hábitos y conductas saludables pueden afectar su percepción hacia el trabajo.

Palabras claves: satisfacción laboral, salud psicológica, salud física y estilo de vida saludable.

I. INTRODUCCIÓN

Los recursos humanos presentan una importancia fundamental para el logro y la consecución de los objetivos organizacionales, por tanto, disponer de empleados motivados y satisfechos con su trabajo, incrementa su rendimiento y la calidad del servicio que prestan (Salcedo, 1998; cp. Robles, Dierssen, Martínez, Herrera, Díaz y Llorca 2005).

El trabajo proporciona a los individuos un sentido de identidad, mejora su autoestima y otorga un sentido de pertenencia. La baja satisfacción laboral influye sobre los empleados ocasionando un impacto negativo, que se traduce en un bajo rendimiento y productividad (Cabrera, González, Vega, Parra e Iñiguez, 2004). Es decir, la satisfacción laboral es un factor fundamental para tener un desempeño adecuado de las actividades en el trabajo.

La satisfacción laboral es definida como "la actitud positiva o estado emocional que resulta de la valoración del trabajo o de la experiencia laboral" (Landy y Conte, 2005: p. 381) y es uno de los aspectos que los psicólogos organizacionales, tanto desde el punto de vista de la investigación, como en el trabajo profesional, han prestado más atención.

La psicología organizacional es el área dedicada a la aplicación de los principios psicológicos al contexto laboral, es decir, es un área que combina la investigación y las ideas de la psicología con la conducta organizacional, incluyendo tópicos como, actitudes, motivación, estrés, liderazgo y aspectos más amplios del diseño del trabajo y de la organización. Por tanto, la investigación en psicología organizacional va más allá de los límites físicos del lugar del trabajo, ya que muchos de los factores que influyen en la conducta laboral no siempre se encuentran en dicho escenario (Landy y Conte, 2005).

En principio, el interés por la satisfacción laboral estuvo marcado por sus

efectos sobre otras variables, especialmente el rendimiento, el ausentismo, el abandono y cambio de organización. Posteriormente, desde una orientación más centrada en la calidad de la vida laboral, se ha desarrollado un interés enfocado en la satisfacción hacia el trabajo como un factor fundamental dentro de la intervención organizacional. En consecuencia, resulta de interés estudiar las variables que afectan a la satisfacción laboral.

Se ha considerado que las emociones y el bienestar de un empleado influyen sobre su conducta laboral. Adicionalmente, los hábitos practicados en la vida cotidiana pueden afectar la actitud que un individuo presenta hacia su trabajo. Por lo cual, puede plantearse que la salud y el estilo de vida, afectarán la satisfacción laboral de los trabajadores.

La psicología de la salud constituye el reconocimiento de que el fenómeno vital humano está en permanente variación, no sólo en función de factores orgánicos, sino también en función de factores ambientales y psicosociales; incluso, el papel que juegan factores como el estilo de vida y el ambiente social en la determinación de esa variabilidad del proceso salud-enfermedad, contemporáneamente es considerado superior al de los factores orgánicos. Esto ha llevado a que el ámbito de la salud se amplíe hacia áreas de conocimiento que antes eran relativamente ignoradas, como las ciencias sociales y humanas. Actualmente no sólo se reconoce su función y aporte, sino que se le demandan a estas ciencias, soluciones para problemas que escapan al alcance del modelo biomédico tradicional (Alarcón, 2004).

De esta manera, la relación de la psicología de la salud con la psicología organizacional, permite entender de forma amplia los procesos psicológicos y conductas que los individuos presentan en el ámbito laboral y por tanto, incrementa la comprensión de factores como la satisfacción laboral.

El estudio de la influencia de las variables de salud se considera

teóricamente relevante, ya que la satisfacción laboral generalmente ha sido estudiada como antecedente o predictor de la salud psicológica, por lo cual, la investigación de la satisfacción laboral como una variable que es influida por la salud psicológica, podría dilucidar relaciones bidireccionales entre la satisfacción laboral y la salud psicológica de los empleados, estableciendo así, relaciones teóricas que no han sido contempladas en investigaciones anteriores. Adicionalmente, se considera de interés el estudio de la población de profesionales de enfermería, ya que existen pocos estudios que vinculen variables de psicología de la salud y de psicología organizacional en los profesionales del área de enfermería.

En este sentido, la presente investigación tiene como objetivo determinar la influencia de la salud psicológica, la salud física, el estilo de vida saludable, la antigüedad laboral, el turno laboral, el tipo de institución, la edad y el sexo sobre la satisfacción laboral en profesionales de enfermería.

II. MARCO TEÓRICO

En el contexto de gestión del personal se considera que la organización viable es aquella que además de seleccionar y emplear adecuadamente sus recursos humanos, logra mantenerlos satisfechos a largo plazo, por tanto, la satisfacción laboral representa un elemento importante en la motivación de los empleados para el trabajo y la permanencia de estos dentro de la empresa (Aguiar, 2004).

La satisfacción laboral ha sido definida por diversos autores, entre los cuales se encuentra Pérez y Robira (2003), conceptualizándola como "la actitud del trabajador con respecto a su trabajo, estando basada la misma en las creencias y valores que este desarrolla acerca de sus obligaciones"; por su parte, Davis y Newstrom (2003; cp. Aguiar, 2004), la definen como "el conjunto de sentimientos y emociones favorables o desfavorables con las cuales los empleados ven a su trabajo", mientras que Landy y Conte (2005), plantean que la satisfacción laboral es "la actitud positiva o estado emocional que resulta de la valoración del trabajo o de la experiencia laboral" (p. 381).

A mediados de los años 1930, se pensaba que la satisfacción laboral de los empleados dependía únicamente del salario percibido. Dos estudios que impulsaron estudiar la satisfacción laboral desde una perspectiva centrada en la valoración de los empleados hacia aspectos relacionados con su trabajo, fueron, en primer lugar, una encuesta realizada a todos los trabajadores adultos en un pueblo de Pennsylvania. Este estudio realizado por Hoppock (1935; cp. Landy y Conte, 2005), consistió en indagar el estado emocional de los empleados respecto a su trabajo y al cargo que ocupaban, hallando que tanto las variables de diferencias individuales como las relacionadas con el puesto de trabajo pueden influir en la satisfacción laboral.

El segundo proyecto de investigación comenzó en la planta Hawthorne en

Illinois, cuyo propósito era establecer la relación entre diversos aspectos físicos del trabajo y el ambiente laboral como factores influyentes en la productividad. Los resultados hallaron que casi todas las condiciones experimentales que los investigadores introdujeron aumentó la productividad de los empleados, concluyendo que el incremento en la atención prestada a los trabajadores genera un cambio en la conducta o en las actitudes de los empleados hacia los diversos aspectos de su trabajo (Landy y Conte, 2005).

Posteriormente, se formularon diversas posturas teóricas sobre la dinámica de la satisfacción laboral y los efectos generales que esta variable puede tener sobre la conducta de los trabajadores. Entre los diversos postulados de satisfacción laboral se encuentran los siguientes:

1. Teoría de Vroom (1959; cp. Blum y Naylor, 1976): en este modelo la satisfacción laboral se concibe como la valencia del empleo para quien lo ocupa, por consiguiente puede decirse que la potencia de la fuerza ejercida sobre un trabajador para permanecer en su empleo es una función creciente de la valencia de su trabajo.

2. Teoría de Stogdill (1959; cp. Blum y Naylor, 1976): propone que la satisfacción laboral no es una causa del desempeño del trabajo, en lugar de ello, consideró ver al individuo de acuerdo con el contexto de la organización total. Adicionalmente, señala que la satisfacción da como resultado la cohesión e integración de los grupos.

3. Teoría del Valor de Locke (1976; cp. Landy y Conte, 2005): postula que la importancia relativa que tiene un aspecto particular del puesto de trabajo para el empleado, influye el grado en el que dicho empleado responde a él.

4. Teoría de los dos factores de Herzberg (1959; cp. Blum y Naylor, 1976): expone que existen dos clases generales de variables de trabajo, los

satisfactores y los insatisfactores. Los factores de insatisfacción, son aquellos extrínsecos a la tarea en sí, descritos como factores de higiene, producto del contexto del trabajo y que generalmente producen insatisfacción laboral. Por su parte, los satisfactores o factores de contenido del cargo, son aquellos agentes que se describen como motivadores o intrínsecamente recompensantes, dentro de los que se encuentran el logro, el reconocimiento, el trabajo en sí mismo, la responsabilidad y el progreso asociados con satisfacción con el empleo.

De forma consistente con la teoría de los dos factores, Korman (1978; cp. Pérez, 1997), tomando en cuenta las conclusiones de Dunnette, Campbell y Hakel, considera que ciertas dimensiones como, el logro, la responsabilidad y el reconocimiento (factores intrínsecos), son especialmente importantes para la explicación de la satisfacción laboral.

En este sentido, Ewen (1964; cp. Pérez, 1997), establece que un mismo elemento puede ser un factor de satisfacción para algunos trabajadores y un factor de insatisfacción para otros; así como, para un mismo individuo, un factor puede ser satisfactorio en un momento dado e insatisfactorio en otro momento, ya que no es el elemento en sí quien brinda la satisfacción, sino la percepción que el individuo tenga de él, dependiendo de sus características personales y de las condiciones en las que se encuentre, de forma tal que la importancia concedida a un elemento puede variar según las categorías profesionales, la edad y la antigüedad laboral, entre otros.

La teoría de Herzberg (1959; cp. Blum y Naylor, 1976), entiende la satisfacción laboral como la actitud que presenta el empleado hacia su trabajo, producto de la valoración de éste. Adicionalmente, en la teoría de Herzberg se contemplan factores intrínsecos para la explicación de la satisfacción laboral, entre los cuales se encuentran, las percepciones referidas a las relaciones entre profesionales, promoción profesional, monotonía laboral y competencia

profesional. Esta comprensión teórica de la satisfacción laboral es consistente con la asumida en la presente investigación para el análisis de dicha variable.

En cuanto a la medición de la satisfacción laboral, Pérez (1997), expresa que algunos autores critican el análisis de dicha variable bajo un aspecto global, al considerar que no existe una satisfacción exclusiva, sino satisfacciones diferenciadas, es decir, la satisfacción laboral corresponde a evaluaciones de diferentes aspectos de la situación del trabajo. Consistentemente, Fernández, Moinelo, Villanueva, Andrade, Rivera, Gómez y Parrilla (2000), plantean en su estudio descriptivo, cuyo objetivo era conocer el nivel de satisfacción global y de cada uno de los componentes de la misma en una muestra de 512 trabajadores de atención primaria del área 10 del insalud de Madrid, que un análisis global de la satisfacción laboral es un indicador poco útil para conocer de forma apropiada el estado emocional de los empleados del sector salud, producto de la valoración de su experiencia en el trabajo y tomar, en consecuencia, medidas correctivas para mejorar la calidad del servicio prestado a los pacientes.

En concordancia con lo dicho anteriormente, resulta pertinente el estudio de las dimensiones que constituyen a la satisfacción laboral. En la investigación realizada por Fernández et. al. (2000), donde se evalúa la satisfacción en el trabajo, mediante el cuestionario Font Roja, fueron halladas ocho dimensiones de la satisfacción laboral (a) exceso o presión de trabajo, (b) promoción profesional, (c) satisfacción laboral, (d) monotonía laboral, (e) relaciones entre profesionales, (f) competencia profesional, (g) tensión relacionada con el trabajo y (h) relaciones interpersonales entre compañeros. De igual manera, López-Soriano, Bernal y Cánovas (2001), estudiaron el nivel de satisfacción laboral general y de cada uno de sus componentes, en una muestra de 199 empleados del Hospital Comarcal de Murcia, a través del cuestionario Font Roja, en el cual hallaron las mismas dimensiones de la satisfacción laboral encontradas por Fernández et. al. (2000).

Debido a la importancia que presenta la satisfacción laboral dentro del

contexto de trabajo, diversos autores han estudiado su influencia en el desempeño de los empleados. Entre los aspectos sobre los cuales influye la satisfacción laboral, se encuentran, la productividad, el ausentismo, rotación, la accidentabilidad y el abandono o cambio de organización; por lo cual, la satisfacción laboral es un factor fundamental para presentar un desempeño adecuado en el contexto del trabajo. Por su parte, entre los factores que pueden influir la satisfacción laboral son, la edad, el sexo, la antigüedad laboral, el tipo de institución, el turno de trabajo, el estilo de vida, la salud física y psicológica, entre otros.

Algunos investigadores han postulado una relación lineal y positiva entre la edad y la satisfacción laboral, es decir, los empleados de mayor edad tienden a presentar un nivel de satisfacción laboral superior, que los empleados de menor edad. Entre estos investigadores se encuentran Robles et al., (2005), quienes en su investigación, la cual tenía como objetivo determinar la influencia de las características sociodemográficas y organizacionales sobre la satisfacción laboral, empleando una muestra de 305 empleados del Hospital de Sierrallana, España; obtuvieron que, la edad fue la característica más fuertemente asociada con la satisfacción laboral, en tanto que el grupo de personas mayores de 44 años presenta el doble de satisfacción que las menores de esta edad, con una significación limítrofe tras el análisis ajustado por factores de confusión (OR = 2,00; IC del 95%, 0,89-4,50). Este resultado es consistente con el obtenido en médicos internistas en el estudio de Wetterneck (2002; cp. Robles et. al. 2005).

Sin embargo, otros autores han hallado que esta relación no es positiva en todos los intervalos de edad. En este sentido, Quinn (1974; cp. Pérez y Robira, 2003), afirma que la satisfacción en el trabajo decrece al comienzo de la vida laboral, puesto que los trabajadores al iniciar su carrera profesional, ocupan cargos menos agradables y presentan un mayor nivel de aspiraciones y expectativas de cambio que generalmente no se cumplen; mientras que en años posteriores, incrementa el nivel de satisfacción de los empleados, disminuyendo

finalmente, en los años cercanos a la jubilación.

Consistentemente, Clark, Oswald y Warr (1996), plantean que la relación entre la edad y la satisfacción laboral es en forma de "U", es decir, los empleados jóvenes presentan un alto nivel de satisfacción laboral, el cual tiende a disminuir luego del transcurso de unos pocos años, observándose el punto más bajo cuando los trabajadores se encuentran al final de los 20 y principio de los 30 años; mientras que el nivel de satisfacción aumenta de forma importante cuando los trabajadores presentan mayor edad. Esta relación puede ser explicada por dos procesos relacionados con las expectativas de los empleados, los cuales son determinantes para la presencia o no de la satisfacción laboral.

En primer lugar, los empleados jóvenes inicialmente pueden verse satisfechos con su trabajo por su novedad y porque al conseguir empleo se sienten mejor con respecto a sus pares; sin embargo, si los empleos son considerados poco interesantes y no cumplen con las expectativas de los empleados jóvenes, se origina un decremento en la satisfacción. Un segundo proceso ocurre en los años posteriores, en donde se observa un incremento en la satisfacción laboral. En estos años se pueden presentar menores aspiraciones por parte del empleado, así como el reconocimiento de que hay pocas alternativas una vez que su carrera se ha estabilizado. Otra explicación a este proceso es que conforme aumenta la edad y experiencia laboral, suele incrementarse la competencia profesional y la seguridad en sí mismo. De esta manera, el empleado experimentará la sensación de una mayor satisfacción y logro (Clark et. al., 1996).

De forma similar a los hallazgos encontrados entre la edad y la satisfacción laboral, se han establecido dos tipos relaciones entre la antigüedad y la satisfacción laboral. Baumgartel y Sobel (1959; cp. Pérez y Robira, 2003), plantearon una relación lineal, en la cual mostraban como aquellos empleados que llevaban menos tiempo en la organización se encuentran menos satisfechos y más inclinados a renunciar a su trabajo que aquellos con un grado de antigüedad

mayor. Lucas Marín (1981; cp. Pérez y Robira, 2003), afirma que a medida que aumentaba la antigüedad en la organización, los trabajadores estaban más satisfechos con algunos aspectos de su empleo, como el salario recibido. Asimismo, Oshagbemi (2000), encontró que los empleados tendían a reportar mayores niveles de satisfacción mientras más tiempo pasaban en una organización.

Esta relación puede sustentarse ya que a medida que los trabajadores envejecen adquieren un mayor sentido de realidad o resignación, en tanto que, tienden a renunciar a la búsqueda de la realización personal y de un trabajo interesante, siendo los motivos económicos los que presentan un mayor peso, contribuyendo a que permanezcan en la empresa (Schultz, 1991).

Por otra parte, otro tipo de relación planteada con respecto a la antigüedad y satisfacción laboral, es la relación en "U", la cual describe que después de unos años en el trabajo disminuye la satisfacción, puesto que los empleados comienzan a sentir que no ascienden ni reciben un aumento de salario con la rapidez que desearían. Esta situación cambia al cabo de seis o siete años en el cargo, donde la satisfacción laboral empieza a incrementar de nuevo y los trabajadores que han permanecido en la empresa durante un tiempo prolongado, probablemente poseen una clase de estimulación que genera un aumento en la satisfacción en el empleo (Siegel y Lane, 1980).

Con respecto al sexo, los resultados obtenidos en las investigaciones no son congruentes, ni claros. López-Soriano et. al. (2001), en un estudio que tenía por objetivo determinar la satisfacción laboral y analizar sus componentes, mediante el empleo del cuestionario Font Roja, en los trabajadores de un hospital Comarcal de Murcia, España y cuya una muestra estaba constituida por 401 médicos y enfermeras del hospital; hallaron que las mujeres presentaban una mayor satisfacción que los hombres en el sector salud, evidenciándose que las mujeres valoraban mejor que los hombres la relación con sus jefes y las

relaciones con sus compañeros de trabajo. Asimismo, Moguérou (2002), establece que las mujeres tienden a estar más satisfechas que los hombres con sus trabajos.

No obstante, otros estudios han encontrado que las mujeres tienden a estar menos satisfechas con sus trabajos que los hombres. En este sentido, Briseño, Fernández y Herrera (2005), con el objetivo de determinar el nivel de satisfacción laboral del personal de enfermería en un hospital público de Tucumán, Argentina, llevaron a cabo un estudio prospectivo de corte transversal, en donde seleccionaron una muestra de 50 personas del personal de enfermería, de sexo masculino y femenino, con un rango de edad de 21 a 60 años. Los resultados de este estudio evidenciaron que el nivel de satisfacción laboral de las mujeres tiende a ser menor que el de los hombres, observándose en ellas un bajo nivel de satisfacción en todas las edades a excepción del grupo comprendido entre los 41 y 51 años de edad.

Este último hallazgo cuenta con un amplio apoyo empírico y puede ser explicado mediante factores económicos, por lo general a este género se le otorga una menor compensación económica o promoción profesional, con lo cual, la mayoría de las mujeres tienden a considerar que necesitan realizar un mayor esfuerzo que los hombres, si desean recibir iguales recompensas y reconocimiento, influyendo esto negativamente sobre su satisfacción laboral (Schultz, 1991).

Aunada a las variables sociodemográficas anteriormente explicadas, se ha encontrado que entre los factores organizacionales que inciden sobre la satisfacción laboral, se encuentran el tipo de institución en donde los individuos desempeñan su trabajo. En este sentido, Fernández y Paravic (2003), en una investigación que tenía por objetivo, analizar el nivel de satisfacción laboral en 248 enfermeras de hospitales públicos (147) y privados (101) de la provincia de Concepción en Chile, halló que las enfermeras de los hospitales privados se

encontraban más satisfechas que las de los hospitales públicos. Respecto a la satisfacción con las condiciones físicas del trabajo, las enfermeras de hospitales privados están más satisfechas que las enfermeras de los hospitales públicos, con lo cual, las enfermeras de este tipo de institución identifican su lugar de trabajo como riesgoso e inadecuado, además de asociado a una falta de preocupación por su salud y seguridad de parte de la institución donde laboran.

En este sentido, Avendaño (1997, cp. Fernández y Paravic) señala que dentro de las características de las condiciones de trabajo de las enfermeras, percibidas como insatisfactorias en los hospitales públicos, se encuentran las altas cargas físicas, exposición constante a contaminantes físicos, químicos y biológicos, como también accidentes laborales. De igual forma, Salvo (1996, cp. Fernández y Paravic), encontró que el ruido, la iluminación, el aseo y ventilación deficiente, la temperatura inadecuada y los malos olores, sumado al tener que trabajar con equipos y materiales deficientes, era lo que más molestaba y tensionaba a las enfermeras del sector público.

Adicionalmente, en el estudio de Estévez, Núñez, Fariña, Marrero- Medina, Hernández-Marrero (2007), donde se evalúa el grado de satisfacción laboral del personal de enfermería y auxiliares de enfermería en instituciones públicas de Canarias en una muestra de 227 trabajadores, empleando para ello el cuestionario Font-Roja de satisfacción laboral, se halló que los profesionales de enfermería presentan las puntuaciones más bajas en satisfacción laboral en lo referido al entorno o condiciones físicas y a la tensión laboral que presenta la institución pública.

Por su parte, otra variable organizacional que incide en la actitud que presentan los empleados hacia su trabajo, la constituye el turno laboral. Valero y Lázaro (2004), definen turno laboral como una organización de la jornada diaria del trabajo donde las actividades son realizadas en diferentes horarios o en horarios fijos que difieren de la jornada de trabajo de la media poblacional. Esta

definición incluye no sólo turnos diurnos y nocturnos, sino que permite la incorporación de esquemas de cambios rotativos, es decir, el esquema de trabajo en donde se mezcla la jornada laboral diurna y nocturna.

Los trabajos a turno requieren de una adaptación constante de un horario a otro, es decir, el organismo se encuentra en un continuo proceso de cambio, por lo cual es esperado que se presenten más problemas en estos empleados que en aquellos con horarios convencionales (Fernández y Piñol, 2000). En este sentido, es importante mencionar que en diversos estudios (Dinges, Orne, Orne, y Whitehouse 1987; Gadbois, 1981; cp. Gold, Rogacz, Bock, Tosteson, Baum, Speizer, y Czeisler, 1992), las categorías de los turnos matutino y vespertino fueron agrupados en una sola categoría, ya que los cambios de la mañana a la tarde no han mostrado afectar negativamente los ritmos circadianos.

El servicio proporcionado por los empleados del sector salud, requiere ser llevado a cabo durante todo el día, por lo que el trabajo debe organizarse de tal forma que se realice mediante una sucesión de equipos de trabajo, es decir, los cambios de turno son algo típico en el personal de salud (Flores, 2001).

En la investigación de Jamal y Baba (1992; cp. Jamal, 2004), que tenía como objetivo, estudiar la relación entre turnicidad y tipo departamento con el estrés laboral y actitudes laborales en 1148 enfermeras canadienses, hallaron que las enfermeras que trabajan con un horario fijo presentan mayor satisfacción laboral y mayor compromiso organizacional que las enfermeras con turnos rotativos.

Jamal (2004) establece que la mayoría de los problemas asociados con la organización del trabajo en horarios atípicos (turnos nocturnos, turnos rotativos, trabajar fines de semana) pueden ser debidos a que estos empleados se encuentran fuera del patrón de funcionamiento establecido por la sociedad y fuera de los ritmos biológicos y sociales. Por tanto, es esperado que los empleados con

horarios atípicos puedan experimentar más problemas en términos de salud física y psicológica que los empleados con horarios típicos o normales.

Se ha establecido que las alteraciones del sueño constituyen el problema fundamental asociado con trabajar en turnos nocturnos, ya que este esquema de trabajo fuerza al individuo a permanecer alerta, cuando el ciclo del organismo está predispuesto al sueño y a dormir, cuando el organismo se inclina a estar despierto. Por ello, el patrón de sueño de estos empleados se encuentra notablemente afectado (Goodrich y Weaver, 1998) Específicamente, en los empleados con turnos nocturnos, el sueño presenta una disminución importante en su duración y una alteración significativa en su calidad (Costa, 1996, Akerstedt, 1990; cp. Fernández y Piñol, 2000).

En la investigación de Khaleque (1999, cp. Fernández y Piñol, 2000), donde empleó una muestra de 60 trabajadores de una factoría de tabaco en Bangladesh, se halló que la duración del sueño era significativamente menor en los trabajadores con turnos nocturnos ($\dot{x}$= 4,22 horas) en comparación con los turnos diurnos ($\dot{x}$= 7,15 horas diarias). Esta reducción de las horas del sueño está relacionada con las condiciones ambientales desfavorables de dormir durante el día, tales como, ruido, tráfico y llamadas telefónicas. Esto dificulta el carácter reparador del sueño y en consecuencia, aumenta la probabilidad de que los empleados presenten problemas de salud a medio y largo plazo (Costa, 1996, Knauth y Rutenfranz, 1975; cp. Fernández y Piñol, 2000).

Desde el punto de vista de la calidad del sueño, se observa una interferencia marcada en la distribución de las fases del sueño. Durante el sueño diurno se produce una reducción del sueño "profundo" o REM, el cual es esencial para que el individuo se recupere de la fatiga física y conserve su bienestar psicológico (Costa, 1996; cp. Fernández y Piñol, 2000).

Mundet (1995; cp. Calera y Segura, 1998), señala que el trabajar en turnos

nocturnos, produce una desincronización en los ritmos biológicos circadianos, reducción de la duración y alteración en la calidad del sueño, trastornos psicológicos y dificultades sociofamiliares.

De forma similar, Valero y Lázaro (2004), establecen que los cambios en el turno de trabajo pueden originar trastornos del sueño, como síntomas de insomnio o de somnolencia excesiva diurna, los cuales, a su vez, pueden generar irritabilidad, mal humor, falta de concentración, y deterioro de la memoria, entre otras. Los trabajadores con cambios de turno reportan tener más perturbaciones en el sueño que los trabajadores diurnos, así como, una mayor incidencia de desórdenes gastrointestinales. Adicionalmente, existe evidencia que asocia el cambio de turno con enfermedades coronarias (Knutsson, 2003).

El estudio de las consecuencias del trabajo a turnos sobre la salud, se ha centrado principalmente en la salud física, observándose pocas investigaciones sobre las repercusiones en la salud psicológica. No obstante, esto no significa que las repercusiones psicológicas del trabajo a turnos no sean relevantes (Fernández y Piñol, 2000).

Tanto los turnos nocturnos como los rotativos, pueden entenderse como factores crónicos generadores de estrés, lo cual representa un factor negativo sobre la salud psicológica del empleado y su vida familiar y social (Calera y Segura, 1998). No obstante, los cambios de turnos rotativos generan mayores efectos negativos que trabajar bajo un patrón fijo de cambio de turno. Dichos efectos negativos no implican sólo una disrupción del ritmo normal circadiano, sino también fatiga, sueño, irritabilidad, poca agilidad mental y disminución en la eficiencia del desempeño (Hobson, 2004).

En este sentido, en la investigación de Gold et. al. (1992), cuyo objetivo era determinar el impacto de la organización del trabajo sobre los patrones de sueño y accidentes laborales, empleando una muestra seleccionada propositivamente de

635 enfermeras de un hospital de Massachussets, se halló que las enfermeras con turnos rotativos y nocturnos reportaban menos horas y menor calidad de sueño que las enfermeras con turnos diurnos, generando una mayor cantidad de errores y accidentes laborales, así como, efectos negativos sobre su salud psicológica.

En el estudio de Jamal (2004), que tenía por objetivo determinar la relación entre horarios de trabajo atípicos y burnout, estrés y problemas de salud psicosomáticos en 376 empleados canadienses, se halló que, horarios de trabajo atípicos están relacionados con diversos indicadores de salud psicológica y salud física, en tanto que los empleados que trabajan en turnos rotativos o nocturnos reportan un mayor nivel de agotamiento emocional, estrés laboral y síntomas físicos.

En cuanto a la influencia del trabajo por turnos sobre el estado de ánimo, se observan pocas investigaciones que han estudiado dicha relación; no obstante, la combinación de todos los problemas encontrados en este tipo de trabajadores, incrementa de forma considerable la probabilidad de desarrollar sintomatología depresiva (Goodrich y Weaver, 1998).

En el estudio de Leguizamon y Ortiz (2002), se evidenciaron diferencias significativas entre enfermeras con una jornada laboral de 6 horas, 8 horas y 12 horas diarias (F=2,920), encontrándose que el grupo que trabajaba 12 horas diarias, percibía su calidad de vida como baja, presentando un mayor número de indicadores de ansiedad y depresión, que las enfermeras cuya jornada laboral era de 6 u 8 horas diarias.

Consistentemente, Alfredsson, Akerstedt, Mattsson y Wilborg (1991), encontraron en su estudio un nivel significativamente más elevado de depresión en los guardias de seguridad que trabajan en turnos nocturnos, que en los empleados con un horario tradicional. No obstante, estos resultados han sido

contradictorios, en tanto que, en algunos estudios se apoya la relación entre trabajar en turnos nocturnos o rotativos y presentar depresión (Bohle y Tiley, 1989; cp. Fernández y Piñol, 2000), mientras que en otros estudios, no se evidencia dicha relación (Goodrich y Weaver, 1998)

A pesar de esta contradicción en los resultados, se ha sustentado la relación entre las alteraciones del sueño, típicas de los empleados con turnos nocturnos y rotativos y el desarrollo de síntomas depresivos. En la investigación de Ford y Kamerow (1989), se halló que las personas que sufrían de insomnio, presentaban un mayor riesgo de desarrollar un trastorno depresivo que las personas con un sueño adecuado. Adicionalmente, se observó que el riesgo de presentar depresión disminuía cuando se trataba el insomnio. Por tanto, una posible explicación de que los trabajadores con turnos nocturnos y rotativos presenten una mayor probabilidad de desarrollar depresión, puede residir en la alta prevalencia de insomnio y otras alteraciones del sueño en los mismos, por lo cual, se puede establecer que el trabajar en turnos nocturnos o rotativos afecta negativamente en la salud de los empleados.

Actualmente, la salud es definida bajo un modelo biopsicosocial, entendiéndola como un producto o construcción social, lo cual implica que la salud no es sólo un fenómeno biológico, sino un proceso sociobiológico integrado y dinámico (Umaña, 2007). En este sentido, se conceptualiza la salud como: "el estado completo de bienestar en los aspectos físicos, mentales y sociales del ser humano y no sólo la ausencia de enfermedades" (Organización Mundial de la Salud, 1948). Por tanto, en lugar de definirla como la ausencia de enfermedad, es comprendida como un logro que engloba un equilibrio entre el bienestar físico, psicológico y social del individuo.

La salud física y psicológica de un individuo repercute directamente en diversos aspectos de su vida, incluyendo el ámbito laboral. En este sentido, Schultz (1991), establece que los empleados más satisfechos con su trabajo

suelen ser aquellos con mayor equilibrio emocional o salud psicológica. La asociación entre estas variables parece clara pero no así la causalidad, es decir, no se ha determinado cuál de estos factores es la causa y cuál es el efecto, ya que por un lado, el desequilibrio emocional afecta negativamente la valoración de la experiencia laboral y por otro, presentar una baja satisfacción de forma prolongada puede producir inestabilidad emocional, por tanto, se han encontrado relaciones bidireccionales entre estas variables.

En el estudio de Evans, Huxley, Gately, Webber, Mears, Pajak, Medina, Kendall y Katona (2006), que tenía por objetivo determinar los factores responsables del estrés, bournout y satisfacción laboral en los trabajadores sociales de salud mental y cuya muestra estaba conformada por 237 empleados; se halló que una alta presión o demanda laboral estaba asociada con una pobre salud psicológica (determinada por altas puntuaciones en el Cuestionario de Salud General de Golberg), lo cual a su vez, generaba una menor satisfacción laboral en los empleados.

Por su parte, Cooper, Rout y Faragher (1989), plantearon como objetivo de su estudio, identificar las fuentes de estrés que son predictoras de una baja salud psicológica e insatisfacción laboral en los médicos generales, para cual emplearon una muestra de 1817 médicos generales de Inglaterra seleccionados aleatoriamente. Estos investigadores encontraron que diferentes factores generadores de estrés, típicos del trabajo de los empleados del sector salud, tales como, la organización de las horas de trabajo, altas demandas laborales, expectativas de los pacientes y alteraciones en la vida familiar son predictores de un empobrecimiento de la salud psicológica y de la satisfacción laboral.

Sustentando la relación entre salud psicológica y satisfacción laboral, en la investigación de Rout (1999), cuyo objetivo era comparar el estrés laboral, satisfacción laboral y salud psicológica entre hombres y mujeres médicos generales en una muestra aleatoria de 205 médicos generales, de los cuales, 130

eran hombres y 75 eran mujeres; se halló que las fuentes de estrés laboral que repercuten negativamente sobre la salud psicológica, son predictores significativos de un bajo nivel de satisfacción laboral en médicos generales, tanto en hombres como en mujeres.

En relación con estos hallazgos, se ha evidenciado que el personal del sector salud con un bajo nivel de satisfacción laboral presenta dificultades en cuidar a los pacientes, tener una buena relación médico-paciente y brindar un servicio adecuado (DeVoe, Fryer, Hargraves, Phillips y Green, 2002; Cooper et al., 1989; cp. Khuwaja, Qureshi, Andrades, Fatmi, Khuwaja, 2007).

Adicionalmente, en la investigación realizada por Parra y Peñuela (2008), que tenía por objetivo determinar el efecto que ejercen las variables sexo, apoyo organizacional percibido, la satisfacción laboral y el compromiso organizacional sobre la salud autopercibida, encontraron que una variable asociada de forma significativa e inversa a la depresión grave fue los procesos operativos de la satisfacción laboral (β= -0.28, t=-3.53, p=0.001). Tales hallazgos fueron explicados por el hecho de que aquellos empleados que se encuentran insatisfechos con sus trabajos tenderán a deprimirse. Sin embargo, estos autores sugieren que también podría ocurrir que personas deprimidas experimenten poca satisfacción en el trabajo, con lo cual, se puede pensar en la existencia de una relación bidireccional entre la satisfacción laboral y la salud psicológica.

Por otra parte, McEwen (2002; cp. Mellner, Krantz y Lundberg, 2005), plantea que las respuestas adecuadas de estrés con necesarias para la supervivencia del organismo, en cuanto permiten la adaptación efectiva a las demandas del ambiente. Sin embargo, las respuestas recurrentes de estrés conducen al agotamiento del organismo, lo cual, incrementa el riesgo de presentar problemas o síntomas físicos.

Una persona está sometida a una situación de estrés cuando debe

enfrentar demandas ambientales que sobrepasan sus recursos, de forma que el individuo percibe que no puede responder efectivamente a la situación. En este tipo de situaciones, el organismo emite una respuesta de estrés, que consiste en un importante incremento de la activación fisiológica y cognitiva, preparándose a su vez, para una intensa actividad motora. Las consecuencias de esta activación dependen de su duración e intensidad. Cuando la respuesta de estrés es demasiado frecuente e/o intensa, puede tener repercusiones negativas en el organismo, con una amplia gama de manifestaciones o síntomas físicos y psicológicos (Labrador y Crespo, 1993; cp. Fernández y Piñol, 2000)

Desde una perspectiva laboral, el estrés laboral, es definido como el conjunto de fenómenos que suceden en el organismo y en la salud del trabajador, producto de los agentes estresantes derivados directamente del trabajo (Sotilo e Hidalgo, 2000; cp. Mamani, Obando, Uribe y Vivanco, 2007).

Merin-Reig, Cano y Toval (1995; cp. Mamani et. al. 2007), establecen que los principales factores psicosociales generadores de estrés presentes en el trabajo, involucran aspectos de organización, administración, sistemas de trabajo y la calidad de las relaciones humanas. Estos factores, condicionan la presencia de estrés laboral, como trabajo con gran demanda de atención y responsabilidad, amenaza de demandas laborales, liderazgo inadecuado, rotación de turnos, jornada de trabajos excesivos y actividades físicas corporales excesivas, que se manifiestan en síntomas físicos y emocionales de los empleados, influyendo negativamente en su bienestar y rendimiento laboral.

En concordancia con este planteamiento, Karasck y Theorell (1990; cp. Wilkins y Beaudet 1998), establecen que los empleados en trabajos altamente estresantes, presentan una mayor variedad de enfermedades que otros empleados en trabajos con bajo nivel de estrés. Asimismo, Wilkins y Beaudet (1998), hallaron en su estudio que diversas dimensiones del estrés laboral se encuentran asociados significativamente con la presencia de síntomas físicos en

los empleados (α= 0,05; Odds ratio= 1,4).

Como ha sido expuesto anteriormente, los empleados del sector salud que trabajan en turnos nocturnos y rotativos, presentan un empobrecimiento de su salud psicológica, producto de los malestares y síntomas físicos que tiende a generar el trabajar en dichos turnos, tales como, desincronización en los ritmos biológicos circadianos, desórdenes gastrointestinales, trastornos del sueño y fatiga. Sin embargo, la salud física no es el único factor que incide sobre la salud psicológica del empleado del sector salud, otro factor que influye sobre ésta variable son los hábitos practicados en la vida diaria.

El conjunto de hábitos, actitudes, conductas, actividades, tradiciones y decisiones de una persona frente a las circunstancias en las que se desarrolla en sociedad o mediante su quehacer diario son denominadas estilo de vida (Sanabria, González y Urrego, 2007).

Los estilos de vida implican la manera cómo las personas piensan, sienten y actúan, lo cual va más allá del conocimiento que tengan los individuos sobre lo dañino o lo saludable; refleja valores y tradiciones, siendo susceptibles a modificaciones a través de la educación recibida y la comunicación social. Por tanto, un estilo de vida está sujeto a modificaciones de comportamiento que facilitan el cambio de una persona hacia un modo de vida más saludable (Espinoza de R.H, 1955; cp. Mejía, Serna y Sierra, 1997).

Carrillo y Amaya (2001), plantean que un estilo de vida saludable es el patrón de conducta de una persona, que fomenta su salud, es decir, comprende hábitos y costumbres que permiten el logro de un mayor desarrollo y bienestar, sin atentar contra su equilibrio biológico y su relación con el ambiente. De esta forma, un estilo de vida saludable implica una dieta balanceada, ejercicio, relajación recreación, trabajo moderado y medidas de autocuidado.

Los beneficios psicológicos de la participación frecuente en actividades físicas son numerosos. Evidencias empíricas apoyan los efectos psicológicos positivos de la actividad física, los cuales incluyen cambios en los estados de ánimo (Morgan, 1985; Rodin y Plante, 1989; cp. Daley y Parffit, 1996), disminución de la ansiedad (Folkins, 1976; Steptoe, Edwards, Moses y Mathews, 1989; cp. Daley y Parffit, 1996) y disminución del estrés y la depresión (Hayden y Allen, 1984; Sonstroem, 1984; cp. Daley y Parffit, 1996). Asimismo, otros estudios han mostrado que la participación en actividades físicas tiene efectos positivos sobre el estado de ánimo y la salud psicológica general (Daley y Parffit, 1996).

Vickers (2003), investigó la posible relación entre el consumo de tabaco y la actividad física sobre la depresión, encontrando que los consumidores de tabaco y las personas con menor actividad física, lo cual refleja un estilo de vida poco saludable, presentaban una mayor frecuencia de depresión, evidenciando así, el impacto negativo que presenta un estilo de vida poco saludable sobre la salud psicológica.

Existe una influencia de las conductas y hábitos relacionados con la prevención de la enfermedad y promoción de la salud y la satisfacción laboral. Una revisión reciente de los programas que promueven un estilo de vida saludable, indica que éstos reducen el ausentismo y presentan un efecto positivo sobre la satisfacción laboral. Peterson y Dunnagan (1998), establecen que sólo el practicar ejercicio de forma regular, independientemente de la participación de un programa de promoción de salud, presenta efectos positivos sobre la salud psicológica y la satisfacción laboral. Asimismo, el estudio de Ohta, Takigami e Ikeda (2007), muestra que una buena calidad del sueño, lo cual forma parte de un estilo de vida saludable, incrementa la satisfacción laboral, debido a la disminución de la fatiga.

Daley y Parffit (1996), plantean que los empleados que tienen el hábito de ejercitarse frecuentemente están más satisfechos con su trabajo en comparación

con aquellos que no lo hacen. Sugieren que brindarle a los empleados la oportunidad de ejercitarse tiene consecuencias favorables sobre cómo estos perciben y se sienten respecto a su trabajo. Dichos hallazgos apoyan el trabajo de Gronningsaeter, Christensen, Larsen y Ursin (1991; cp. Daley y Parffit, 1996), los cuales plantean que los sujetos físicamente activos reportan menor ansiedad y mayor satisfacción laboral que los trabajadores físicamente inactivos. Es decir, los niveles mayores de actividad física tienden a generar estados afectivos positivos, los cuales están asociados con un incremento de los niveles de satisfacción laboral.

Adicionalmente, Frank (2004), describe diversas investigaciones que muestran que los médicos que practican estilos de vida saludables presentan una mayor probabilidad de recomendar y generar en sus pacientes hábitos más saludables e incrementar el seguimiento de las recomendaciones médicas, entre los cuales se encuentra el estudio de Lewis, Clancy, Leake y Schwartz (1991; cp. Frank, 2004), cuya muestra estaba conformada por 2610 médicos internos, donde se halló que los médicos que practicaban ejercicios, que mantenían una dieta adecuada y que no fumaban, tenían una mayor probabilidad de recomendar a sus pacientes la práctica de dichos hábitos saludables.

En un estudio realizado por Campos, Campos, y Lázaro (2003; cp. Umaña, 2007), establecieron que los profesionales de enfermería a pesar de presentar un conocimiento amplio en la promoción de estilos de vida saludables y en prevención de enfermedades, no suelen interiorizarlos en su vida diaria, observándose que, en beneficio de los pacientes pueden poner en riesgo su propio bienestar, lo cual podría calificarse como un déficit en el cuidado propio. Por tanto, es importante conocer si los empleados de enfermería presentan un estilo de vida saludable, puesto que ésta variable incide directamente sobre su satisfacción laboral y a su vez, sobre el desempeño que presentarán en su trabajo (Mejía et al, 1997).

En la investigación realizada por Umaña (2007), la cual estudió la relación entre el estilo de vida y la condición de salud en una muestra de 44 enfermeras del Hospital de Guápiles, se observó que el 53, 49% de los profesionales de enfermería refirieron dificultad para dormir, el 16, 28% indica que algunas veces emplea medicamentos para conciliar el sueño y el 51, 16% afirma que el horario rotativo le afecta el patrón de sueño, lo cual forma parte de un estilo de vida poco saludable.

En este sentido, Avendaño, Grau y Yus (1995; cp. Umaña 2007), señalan que los factores que califican a la enfermería como una de las ocupaciones con mayor carga de riesgos para la salud, se encuentran, el trabajo en turnos rotativos y nocturno, el alargamiento de la jornada laboral por doble turno u horas extra, el sobre-esfuerzo físico y la exposición constante a contaminantes de carácter físico, químico y psicológico; así como, la responsabilidad por la salud de los pacientes, el contacto permanente con la enfermedad, el sufrimiento y la muerte.

Se ha descrito que los profesionales cuyo trabajo requiere de un contacto continuo con personas que presentan problemas motivo de sufrimiento, desarrollan un conjunto de signos y síntomas calificados como síndrome de Burnout o de desgaste profesional. Maslach (1982) conceptualiza el Burnout como, fatiga emocional, despersonalización y bajo logro personal, el cual puede ocurrir en los individuos que trabajan directamente con pacientes, por lo cual se observa un decremento de su salud física y psicológica, así como, una influencia en la manera en cómo éstos empleados evalúan sus trabajos.

Gatto (2000), ha discriminado aspectos fisiológicos, psicológicos y conductuales asociados al Burnout. Entre los síntomas fisiológicos, se encuentran, el agotamiento físico, alteraciones de apetito, contracturas musculares, cefaleas, hipertensión, e insomnio, entre otros. Por otra parte, los aspectos psicológicos, incluyen irritabilidad y enojo, ansiedad, síntomas depresivos, sentimiento de despersonalización, actitudes rígidas e inflexibles y sentimientos de frustración

laboral, que se evidencian en expresiones conductuales, tales como, la incapacidad de concentrase en el trabajo, contacto mínimo con los pacientes, relaciones conflictivas, aumento del ausentismo y aumento en el consumo de café, alcohol, cigarrillos y psicofármacos.

En este sentido, los empleados de Enfermería han sido identificado como uno de los grupos con mayor desgaste profesional, ya que se encuentran expuestos a múltiples estresores de carácter físico, psicológico y social dentro de su jornada laboral (Gil-Monte 2003; Moreno, Garrosa y González, 2000; cp. Alcalá y Ascanio, 2008). Las consecuencias de este desgaste, pueden ir desde un deterioro significativo en la calidad del trabajo y los servicios ofrecidos, hasta el desarrollo de problemas de salud física y psicológica (Jofré y Valenzuela, 2005; cp. Alcalá y Ascanio, 2008).

Otra de las consecuencias del desgaste profesional en empleados del sector salud, es la disminución de los niveles de satisfacción laboral, principalmente en tres áreas, el estatus profesional, la estimulación intelectual y la relación con los pacientes y familiares (Ramírez, Graham, Richards, Cull y Gregory 1996; cp. Moreno-Jiménez, Garrosa, Rodríguez y Morante, 2003).

Tomando en cuenta los hallazgos anteriormente expuestos, se considera de relevancia teórica y práctica el estudio de la satisfacción laboral en el personal de enfermería en Venezuela, ya que a nivel teórico, existen pocas investigaciones que vinculen variables de Psicología de la Salud, tales como salud psicológica y estilo de vida saludable, y variables de Psicología Organizacional, como la satisfacción laboral, en empleados del sector salud, específicamente, en los profesionales de enfermería. Asimismo, existen pocas investigaciones que estudien el efecto de la salud psicológica sobre la satisfacción laboral, ya que la satisfacción laboral ha sido estudiada generalmente como antecedente de la salud psicológica, lo cual representa la posibilidad de vislumbrar relaciones bidireccionales entre dichas variables.

Adicionalmente, el presente estudio pretende brindar un importante aporte práctico al sector salud, ya que determinando en qué medida la salud psicológica, estilo de vida saludable y variables demográficas como, la edad, el sexo, la antigüedad y el turno inciden sobre la satisfacción laboral, se pueden ofrecer recomendaciones y estrategias para mejorar la actitud que presentan estos empleados hacia su trabajo, pudiendo así, incrementar la eficiencia del servicio prestado a los pacientes.

III. MÉTODO

Objetivo de la investigación

Determinar la influencia de la salud psicológica, la salud física, el estilo de vida saludable, el turno laboral, la antigüedad laboral, el tipo de institución, la edad y el sexo sobre la satisfacción laboral en empleados del sector salud, y la relación entre dichas variables.

Problema

¿Cuál es la influencia de la salud psicológica, la salud física, el estilo de vida saludable, el turno laboral, la antigüedad laboral, el tipo de institución, la edad y el sexo sobre la satisfacción laboral de los empleados del sector salud, y cómo estas variables se relacionan entre sí?

Hipótesis

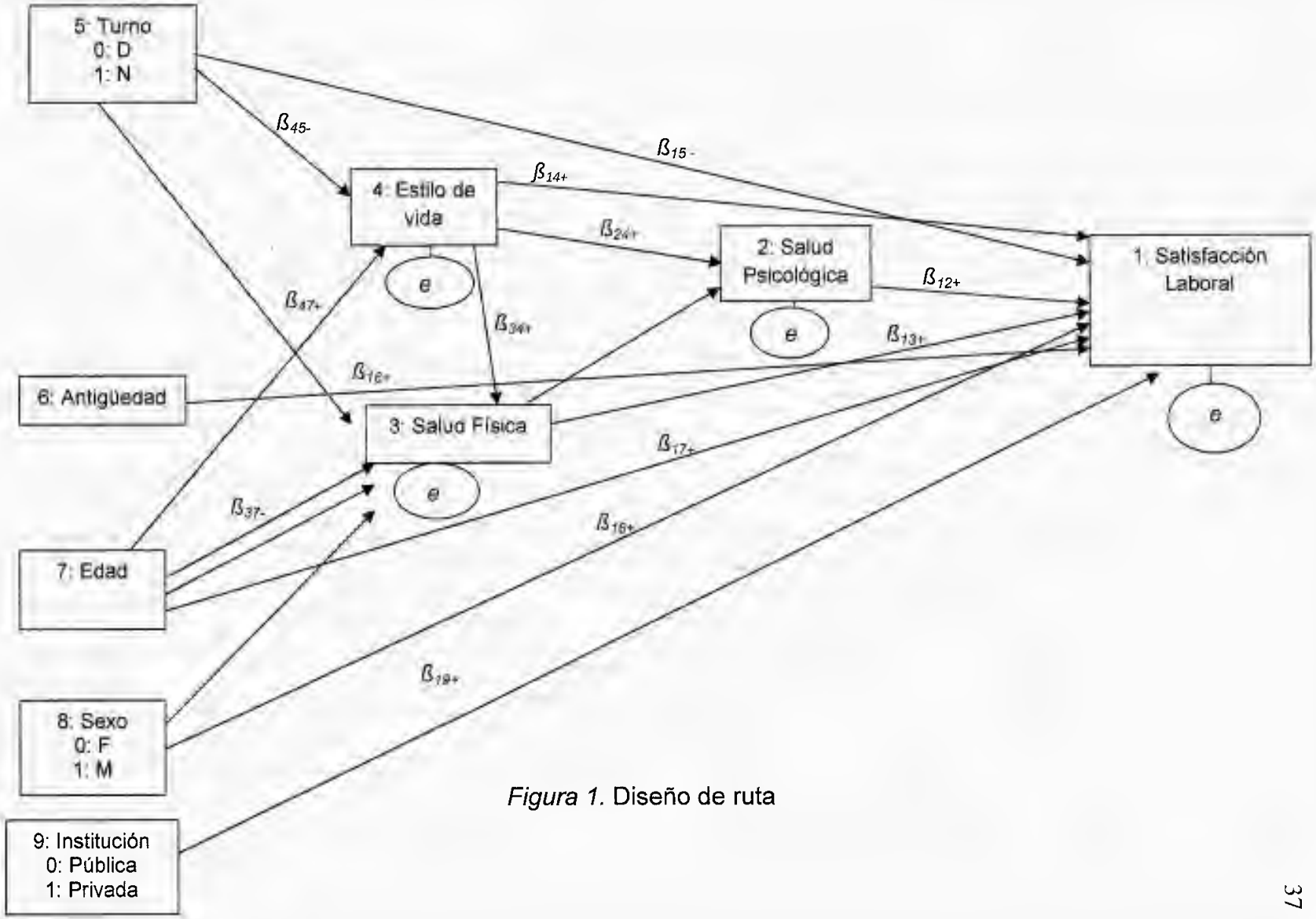


Figura 1. Diseño de ruta

Variables Endógenas:

Satisfacción Laboral.

Definición conceptual: "actitud positiva o estado emocional que resulta de la valoración del trabajo o de la experiencia laboral" (Landy y Conte, 2005, p. 381).

Definición operacional: puntaje obtenido en el cuestionario de Font Roja de Satisfacción Laboral de Aranaz y Mira (1988), el cual se divide en ocho dimensiones de satisfacción: (a) exceso o presión de trabajo, (b) promoción profesional, (c) satisfacción laboral, (d) monotonía laboral, (e) relaciones entre profesionales, (f) competencia profesional, (g) tensión relacionada con el trabajo y (e) relaciones interpersonales entre compañeros; en donde a mayor puntaje, mayor satisfacción laboral (Fernández, et al, 2000) (Ver Anexo A).

Salud Psicológica.

Definición conceptual: Se refiere a la presencia de síntomas generales asociados con trastornos a nivel emocional y físico (Golberg y Williams, 1988).

Definición operacional: puntuación obtenida en el cuestionario de Salud General de Golberg (1979) de 28 ítems (GHQ-28). Se obtienen puntajes en cuatro sub-escalas que evalúan: (a) síntomas somáticos, (b) ansiedad e insomnio, (c) disfunción social y (d) depresión grave; en donde a mayor puntaje, peor es el estado de salud psicológica (Ver Anexo B).

Estilo de vida saludable.

Definición conceptual: conjunto de hábitos y conductas de una persona o de un grupo frente a las circunstancias en las que el ser humano se desarrolla en sociedad, o mediante su quehacer diario, las cuales son susceptibles de ser modificadas (Sanabria,

et al, 2007).

Definición operacional: puntuación obtenida en el cuestionario de Prácticas y Creencias Sobre Estilos de Vida de Salazar y Avirrillaga (2004) constituidos por seis dimensiones del estilo de vida (a) condición, actividad física y deporte; (b) recreación y manejo del tiempo libre; (c) autocuidado y cuidado médico; (d) hábitos alimentarios; (e) consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y (f) sueño; en donde a mayor puntaje, se presenta un estilo de vida más saludable. De este cuestionario se utilizará sólo el apartado de prácticas para obtener la puntuación total (Ver Anexo C).

Salud Física.

Definición conceptual: conjunto de síntomas reportados relacionados con diferentes enfermedades (Angelucci, 2007).

Definición operacional: puntaje obtenido en el cuestionario de Salud Física de Angelucci (2007), en donde a mayor puntaje, peor es el estado de salud (Ver anexo D).

Variables Exógenas:

Turno Laboral.

Definición conceptual: organización de la jornada diaria de trabajo, donde las actividades son realizadas en diferentes bloques de horarios (Valero y Lázaro, 2004).

Definición operacional: período del día reportado por el sujeto en el cual lleva a cabo su trabajo, dadas las opciones Diurno (0) y Nocturno (1) (Ver anexo E).

Antigüedad Laboral.

Definición conceptual: tiempo que un individuo ha trabajado en un empleo en

particular (Robbins, 2004).

Definición operacional: tiempo reportado por el empleado de acuerdo al número de meses que ha permanecido en la empresa hasta la fecha de realización del estudio (Vásquez, 2001) (Ver anexo E).

Tipo de Institución.

Definición conceptual: cualquier organismo o grupo social que con unos determinado medios, persigue la realización de fines o propósitos, así como, los usos, hábitos, costumbres o normas por los que se rigen las relaciones sociales y económicas entre los miembros del grupo (Miró, 2002).

Definición operacional: entidad u organismo de salud donde el individuo reporta desempeñar su trabajo, dadas las opciones Público (0) y Privado (1).

Edad.

Definición conceptual: número de años de vida que abarca desde el nacimiento hasta la fecha de realización del estudio (Manfrendi y Tovar, 2004).

Definición operacional: número de años reportados por el sujeto en el ítem donde se pregunta su edad (Ver anexo E).

Sexo.

Definición conceptual: Diferencia biológica y física entre hombres y mujeres (Papalia, Wendkos y Duskin, 2002).

Definición operacional: categoría de respuesta indicada por el empleado dada las opciones de respuesta Mujer (0) u Hombre (1) (Ver anexo E).

Tipo y Diseño de investigación

El tipo de investigación es no experimental, puesto que el investigador no ejerce un control directo o manipulación sobre las variables, salud psicológica, salud física, estilo de vida saludable, sexo, edad, turno laboral y antigüedad laboral, debido a que éstas ya han ocurrido y no son susceptibles de manipulación experimental; y se establecen relaciones causa-efecto entre las variables midiendo la variación concomitante de las mismas (Kerlinger y Lee, 2002).

El diseño de la investigación que ha sido empleado es de ruta, el cual es un modelo causal que se basa en correlaciones, con el fin de establecer predicciones (Kerlinger y Lee (2002).

De acuerdo con Sierra (1991), se deben cumplir los siguientes los supuestos en el diseño de ruta: (a) el modelo es sistema de variables cerrado o completo, es decir, cada variable endógena debe ser considerada explícitamente como determinada por alguna combinación de variables en el sistema; (b) el modelo es recursivo, por tanto, las relaciones entre variables que lo forman deben ser asimétricas; (c) es lineal, las relaciones que unen las variables deben poder ser representadas por ecuaciones lineales; (d) todas las variables deben estar unidas por relaciones de causalidad, (e) el nivel de medida es de intervalo o razón, (f) las variables deben ser de tipo cuantitativo y que sus valores formen por tanto escalas de intervalo o razón, (f) las variables residuales están incluidas en el sistema, pero no deben estar correlacionadas entre sí y su influencia debe ser aleatoria.

En cuanto a la estrategia de control que se empleó en la investigación, se presentó *constancia de condiciones,* ya que se administraron los instrumentos con el mismo formato para cada uno de los sujetos y se mantuvo una estandarización en las instrucciones dadas durante la aplicación de los instrumentos.

Población y muestra

La muestra piloto estuvo constituida por 184 individuos, Técnicos Superiores en Enfermería, de sexo masculino y femenino, pertenecientes a la formación en Licenciatura de la escuela de Enfermería de la Universidad Central de Venezuela, seleccionados propositivamente en dicha institución, para efectos de obtener los indicadores de confiabilidad y validez del cuestionario Font Roja de Satisfacción Laboral, el cuestionario de Salud Física y el cuestionario de Prácticas y Creencias sobre Estilos de Vida y de esta forma, determinar si era necesario llevar a cabo adaptaciones de los mismos a la muestra venezolana.

Por su parte, la muestra final de la presente investigación estuvo constituida por 300 personas, de las cuales 263 (87,7%) eran de sexo femenino y 35 de sexo masculino (11,7%), con edades comprendidas entre 19 y 71 años, con una antigüedad laboral entre 1 mes y 26 años, de los cuales 152 (51,35%) de los empleados laboran en turnos diurnos, 49 (16,6%) en nocturnos y 95 (32,09%) en turnos rotativos. Por su parte, 145 (48,33%) trabajan en una institución privada, la cual fue el Centro Médico Docente La Trinidad, ubicado en la ciudad de Caracas y 155 (51,67%) trabajan en diversas instituciones públicas de la Zona Metropolitana de Caracas, los cuales fueron encuestados en la Escuela de Enfermería de la Universidad Central de Venezuela, ubicada en Sebucán, Caracas.

El tipo de muestreo que se empleó fue no probabilístico de tipo propositivo, el cual permite obtener muestras representativas al incluir grupos que se presume son típicos de la población que desea ser estudiada, tomando como base juicios e intenciones deliberadas del investigador (Kerlinger y Lee, 2002).

Instrumentos

Cuestionario Font Roja de satisfacción laboral (Ver Anexo A):

El cuestionario Font Roja fue diseñado en 1988 por Aranaz y Mira con la finalidad de medir la satisfacción laboral. Es uno de los más usados en España en distintos contextos laborales del ámbito hospitalario y no incluye condiciones físicas del entorno del trabajo (Fernández et al, 2000).

Dicho instrumento se encuentra compuesto por 24 ítems, de los cuales 9 están redactados de forma de forma positiva (6, 7, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19) y 15 de forma negativa (1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 18, 20, 21, 22, 23, 24), medidos en una escala tipo Likert, entre 1 y 5, en el sentido de menor a mayor grado de satisfacción laboral; el punto 3 se toma como un grado medio de satisfacción (Fernández et al, 2000).

El cuestionario Font-Roja de satisfacción laboral presenta una confiabilidad media alta, al emplear como método de consistencia interna el Alpha de Cronbach (α= 0,773) (Núñez, Estévez, Hernández y Marrero, 2007). Por su parte, el análisis factorial realizado por Aranaz (1988) definió nueve factores que explican el 69,12% del total de la varianza y que permiten explorar diferentes dimensiones que intervienen en la satisfacción laboral: (a) satisfacción por el trabajo; (b) tensión relacionada con el trabajo; (c) competencia profesional; (d) presión en el trabajo; (e) promoción profesional; (f) relación interpersonal con los superiores; (g) relación interpersonal con los compañeros; (h) características extrínsecas de estatus; (i) monotonía laboral (Núñez et. al., 2007).

En el estudio realizado por Fernández et al (2000), donde se evalúa la satisfacción en el trabajo, mediante el cuestionario Font Roja, fueron analizadas ocho dimensiones de la satisfacción laboral (a) exceso o presión de trabajo, (b) promoción

profesional, (c) satisfacción laboral, (d) monotonía laboral, (e) relaciones entre profesionales, (f) competencia profesional, (g) tensión relacionada con el trabajo y (e) relaciones interpersonales entre compañeros.

De forma consistente, en una investigación realizada por López-Soriano et al (2001), la cual tenía por objetivo medir la satisfacción laboral en los profesionales de un hospital comarcal de Murcia, así como, analizar la relación entre satisfacción y variables demográficas y profesionales, fue empleado el cuestionario Font Roja, hallándose las mismas dimensiones de la satisfacción laboral encontradas por Fernández et al (2002).

Finalmente, en la investigación realizada por Álvarez, Torres y Martínez (2002), la cual evaluaba la satisfacción laboral en cirujanos pediatras españoles mediante el cuestionario Font Roja, fueron encontrados siete dimensiones de dicha variable, las cuales son: (a) satisfacción en el trabajo, integrada por los ítems 7, 10, 11 y 16; (b) presión en el trabajo, compuesta por los ítems 18 y 20; (c) relación personal, constituida por los ítems 13,14 y 19; (d) distensión en el trabajo, a la que corresponden los ítems 8, 9, 12 y 17; (e) adecuación para el trabajo, integrada por los ítems 22, 23 y 24; (f) control sobre el trabajo, compuesta por los ítems 2, 3, 4, 5 y 6; y (g) variedad de la tarea, cuyos ítems son 1 y 21. Por tanto, puede observarse que este instrumento evalúa y entiende a la satisfacción laboral como una variable multidimensional y no como un constructo unitario.

Para este cuestionario, se llevó a cabo una validación de contenido de la versión preliminar por tres jueces expertos (profesionales de Psicología), a fin de determinar que el lenguaje de los ítems fuesen apropiados de acuerdo con las características de la muestra (personal de enfermería de instituciones hospitalarias de Venezuela) y que los ítems que conforman a los instrumentos, efectivamente midieran el constructo que pretendía medir.

Seguidamente, se realizó un estudio piloto para obtener los indicadores

psicométricos de dicho instrumento. Este estudio se llevó a cabo en una muestra conformada por 184 profesionales en el área técnica de Enfermería, pertenecientes a la formación en Licenciatura de la Escuela de Enfermería de la Universidad Central de Venezuela, ubicada en Caracas, Venezuela; con edades comprendidas entre 20 y 54 años, de sexo femenino (154) y masculino (30), con una antigüedad laboral entre 1 mes y 26 años (204 meses).

Al realizar el análisis de confiabilidad, empleando el método de Cronbach, se obtuvo un coeficiente de consistencia interna de 0,89; lo cual indica que el cuestionario de satisfacción laboral Font Roja presenta una alta confiabilidad. Adicionalmente, al llevar a cabo el análisis factorial de componente principal con una rotación tipo Varimax, empleando un autovalor de 1,5 y una carga factorial mayor a 0,40 para la inclusión de los ítems dentro de los factores; fueron hallados dos factores que explicaban el 46,48% de la varianza total; los ítems pertenecientes al primer factor fueron 1, 2, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 18, 20, 21, 22, 23 y 24 que aluden a la satisfacción laboral, presión laboral, competencia profesional y control sobre el trabajo. Por su parte, el segundo factor se encuentra conformado por los ítems, 7,12, 13, 14, 15, 16, 17 y 19; que hacen referencia a relaciones interpersonales en el trabajo, promoción profesional y competencia profesional.

Finalmente, para la elaboración del instrumento final fueron eliminados los ítems 3 y 6, puesto que no presentaban correlación con ningún factor y presentaban asociaciones bajas y negativas con el resto de los reactivos que conforman dicho cuestionario.

Cuestionario de Salud General de Goldberg de 28 ítems (GHQ-28) (Ver Anexo B):

El cuestionario de Salud General ("General Health Questionnaire", GHQ) fue diseñado por Goldberg en 1972, como un instrumento de auto-reporte para evaluar la situación actual del individuo con respecto al estado general de salud psicológica

(Werneke, Goldberg, Yalcin, y Ustun, 2000; cp. Gibbons et. al., 2004).

La versión de 28 ítems del cuestionario de salud general fue diseñada en el año 1979 por Goldberg y Hillier y se encuentra constituido por cuatro subescalas, de siete ítems cada una, las cuales son: síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave (Gibbons, Flores de Arévalo y Mónico, 2004). Las opciones de respuesta son presentadas por medio de una escala tipo Likert de cuatro opciones de respuestas, que van desde "No, en absoluto" (1) a "Mucho más que lo habitual" (3). La puntuación total se obtiene sumando las respuestas dadas a cada ítem, donde a mayor puntaje, mayores reportes de problemas de salud (Molina y Andrade, 2002).

La adaptación del GHQ-28 al español fue realizada por Molina y Andrade (2002), empleando la metodología de Goldberg para la construcción del GHQ-60, la cual consistió en llevar a cabo un análisis de componentes principales a la versión de 60 ítems, con el fin de analizar la estructura factorial de dicha escala. Para ello, emplearon una muestra rural española, hallando 14 componentes con autovalores mayores a 1, los cuales explicaban el 59,9% de la varianza total.

Posteriormente, Molina y Andrade (2002) tomaron los primeros cuatro factores que explicaban el 50,2% (solución con rotación tipo Varimax) y se seleccionaron los siete ítems que más cargaban para cada factor. De esta manera los factores obtenidos resultaron constituidos por los siguientes ítems: síntomas somáticos (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7), ansiedad e insomnio (8, 9, 10, 11, 12, 13, 14), disfunción social (15, 16, 17, 18, 19 20, 21) y depresión grave (22, 23, 24, 25, 26, 27, 28).

En la investigación realizada en Venezuela por Núñez y Socorro (2005), cuya muestra estaba constituida por 463 estudiantes de postgrado de la Universidad Católica Andrés Bello, se llevó a cabo una descripción de los componentes del GHQ-28, utilizando una rotación tipo Varimax, con un punto de corte de 0,40; mediante el cual se halló cuatro factores, estando el primer factor compuesto por los ítems 8, 9, 10, 11, 12, 13 y 14, el cual describe la sub-escala de ansiedad e insomnio; el segundo

factor estuvo conformado por los ítems 22, 23, 24, 25, 26 y 27, el cual se refiriere a la sub-escala de depresión grave; el tercer factor incluye los ítems 16, 17, 18, 19, 20 y 21, correspondiéndose con la sub-escala de disfunción social; y los ítems 1, 2, 3, 5, 6, 7 constituyen el cuarto factor, el cual pertenece a la sub-escala de síntomas somáticos. Adicionalmente, obtuvieron una confiabilidad de 0.90 mediante el coeficiente Alpha de Cronbach.

Por su parte, en el estudio de Parra y Peñuela (2008) que tenía por objetivo determinar el efecto del sexo, el apoyo organizacional percibido, la satisfacción laboral y el compromiso organizacional sobre la salud autopercibida y como estas variables se relaciona entre sí, empleando una muestra de 330 empleados de una red de supermercados privada de la zona metropolitana de Caracas, obtuvieron una confiabilidad alta del cuestionario de salud general de Goldberg (α= 0.84).

Adicionalmente, al realizar el análisis factorial del cuestionario, por medio del método de componente principal y utilizando un autovalor de 1,5, fueron extraídos tres factores, los cuales explican en conjunto el 38,34% de la varianza total. Los reactivos que cargaron en el primer factor fueron el 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 y 14, el cual se denominó *ansiedad e insomnio y síntomas somáticos* y hace referencia a sensaciones físicas las cuales generan malestar en las personas y se acompañan de estados de ansiedad y dificultad para dormir. El segundo factor está constituido por los ítems 15, 17, 18, 19, 20, y 21 el cual se refiere a la incapacidad para hacer y disfrutar las actividades del día a día, por tanto, fue nombrado *disfunción social*. Finalmente, el tercer factor esta conformado por los ítems 23, 24, 25, 27 y 28 al cual se le denominó *depresión grave* puesto que el contenido de los ítems aluden a un estado de tristeza profunda que influye sobre el estado de ánimo, produciendo una visión negativa del mundo, así como, una pérdida de interés de hacer algo y de disfrutar la vida (Parra y Peñuela, 2008).

Cuestionario de Salud Física (Ver anexo C):

El cuestionario de Salud Física fue diseñado en 2007 por Angelucci para ser administrado a adultos cursantes del post grado en la Universidad Católica Andrés Bello, con la finalidad de evaluar la salud física percibida por el sujeto en función de la frecuencia de aparición de diferentes síntomas físicos relacionados a diversas enfermedades. Esta escala se basa en varios cuestionarios de síntomas, entre los cueles se encuentran el de Feldman (1995; cp. Angelucci, 2007) y el de Romaguera y Uzcategui (2001; cp. Angelucci, 2007). Dicho cuestionario se encuentra compuesto por 26 ítems, medidos en una escala tipo Likert de cuatro puntos, que va desde "nunca" (0) hasta "muchas veces" (3), en el sentido de menor a mayor frecuencia de la presencia de los dolores, síntomas o malestares.

En cuanto al comportamiento psicométrico del instrumento se obtuvo una confiabilidad de 0,863, mediante el coeficiente Alpha de Cronbach. Mientras que un análisis factorial de componente principal, arrojó sólo un factor que explica el 24% de la varianza total con un autovalor de 0,5; por lo cual dicho instrumento puede considerarse unidimensional.

Adicionalmente, se llevó a cabo para este instrumento, la validación de contenido de la versión preliminar por medio de tres jueces expertos conformados por profesionales de Psicología, con el objetivo de determinar que el lenguaje de los ítems eran apropiados de acuerdo a las características de la muestra que se empleó en la presente investigación y que los ítems que conforman a los instrumentos, efectivamente midieran el constructo que pretenden medir.

Cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida (Ver Anexo D):

El cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida fue diseñado por

Salazar y Arrivillaga (2004). Está conformado por 90 ítems que miden seis dimensiones del estilo de Vida, (a) condición, actividad física y deporte, compuesto por los ítems del 1-6 y del 70-74; (b) recreación y manejo del tiempo libre, constituido por los ítems 7-11 y 75-78; (c) autocuidado y cuidado médico, conformado por 12-32 y 79-91; (d) hábitos alimentarios, compuesto por 33-49 y 92-98; (e) consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, que incluye los ítems 50-59 y 99-109 y (f) sueño, conformado por los ítems 60-69 y 110-116.

Las opciones de respuesta del cuestionario son presentadas por medio de una escala tipo Likert de cuatro puntos, que van desde "nunca" (0) hasta "siempre" (3), en donde a mayor puntaje, se presenta un estilo de vida más saludable.

Las categorías de calificación del estilo de vida por dimensión, fueron: estilo de vida muy saludable (EVMS) el cual presenta un rango de calificación entre 348 y 464; estilo de vida saludable (EVS) con un rango entre 261 y 347; estilo de vida poco saludable (EVPS) ubicado entre 174 y 260 y estilo de vida no saludable (EVNS) que se ubica entre 116 y 173 (Salazar y Arrivillaga, 2004).

En la investigación de Salazar y Arrivillaga (2004) se realizó una validación de contenido por jueces expertos del cuestionario, para lo cual se seleccionaron expertos en el campo de Psicología Clínica y de la Salud, quienes evaluaron el instrumento, teniendo en cuenta la pertinencia, suficiencia y redacción de cada uno de los ítems. Luego, se sometió a una prueba piloto, a partir de las recomendaciones de los jueces, aplicada a una muestra de 30 sujetos de una institución universitaria, donde 57% era de sexo masculino y 43% femenino; 49% estaban entre los 16 y los 25 años y el resto, entre los 26 y 55 años. Para el caso de los jóvenes la elección se realizó teniendo en cuenta la estratificación según la facultad a la cual pertenecían. Posteriormente, se construyó el instrumento definitivo.

Adicionalmente, en la presente investigación, se realizó una validación de contenido de la versión preliminar de este cuestionario, a través de tres jueces

expertos, con la finalidad de evaluar que el lenguaje de los ítems eran adecuados a las características de la muestra de profesionales de enfermería.

Posteriormente, para la obtención de indicadores de confiabilidad y validez en los profesionales de enfermería, se llevó a cabo un estudio piloto en una muestra constituida por 184 Técnicos Superiores en Enfermería, pertenecientes a la Escuela de Enfermería de la Universidad Central de Venezuela, ubicada en Caracas, Venezuela; con edades comprendidas entre 20 y 54 años, de sexo femenino (154) y masculino (30), con una antigüedad laboral entre 1 mes y 26 años (204 meses).

En cuanto a la confiabilidad, al emplear el método de Alpha de Cronbach, se obtuvo un coeficiente de consistencia interna de 0,833; es decir, el cuestionario de Prácticas sobre Estilos de Vida presenta una alta confiabilidad. Con respecto a la validez, al realizar un análisis factorial de componente principal con una rotación tipo Varimax, empleando un autovalor de 2 y una carga factorial de 0,35; se hallaron seis factores que explican el 43% de varianza total. El primer factor incluye a los ítems 20, 24, 25, 31, 32, 38, 40, 44, 46, 48, 50, 52, 53, 57, 58, 60 y 61, haciendo éstos referencia a consumo de sustancias nocivas y alimentos poco saludables; así como, baja calidad del sueño. El segundo factor está constituido por los ítems 13, 14, 15, 16, 18, 21, 22, 26, 27, 28, 41 y 43, los cuales aluden a conductas de auto-cuidado. El tercer factor conformado por los ítems 30, 31, 32, 33, 37, 38, 39, 44, 45, 53 y 55; relativos al presentar una alimentación poco balanceada. El cuarto factor se encuentra integrado por los ítems 4, 6, 8, 9, 10, 19, 23, 56 y 60; relacionados con descanso, actividades físicas y recreativas y medidas de auto-cuidado. El quinto factor incluye los ítems 1, 4, 5, 7, 13 y 18; referidos a práctica de actividades físicas y cuidados médicos. Finalmente, el sexto factor, lo constituyen los ítems 26, 34, 36, 47, 49, 51 y 54, referidos a conductas alimenticias saludables y patrones de sueño adecuados.

Por último, para la construcción del instrumento final, fueron eliminados los reactivos 11, 49 y 59, ya que no presentaban cargas factoriales y correlacionaban de forma baja e inversa con el resto de los ítems que constituyen al cuestionario.

Asimismo, la redacción de los ítems 34, 50 y 54 fue modificada puesto que resultaba confusa para su respuesta adecuada.

Hoja de datos de identificación (Ver Anexo E):

Consistió en una hoja en la que se solicitaba los datos sociodemográficos de los sujetos, planteando el carácter anónimo y confidencial de los resultados que se obtuvieron. Los datos que se solicitaron fueron la edad, el sexo, el turno laboral, la antigüedad laboral y el cargo que desempeñan y el departamento en donde realizaban sus labores.

Procedimiento

En primer lugar, se llevó a cabo un estudio piloto para obtener los indicadores psicométricos de los cuestionarios de Font Roja de satisfacción laboral, el cuestionario de salud física y el de prácticas y creencias sobre estilos de vida. Es importante mencionar, que para el cuestionario de salud general de Goldberg de 28 ítems, no se realizó el proceso de adaptación, ya que este instrumento fue adaptado previamente a la población venezolana, mediante su aplicación a diversas muestras de dicha población, hallándose resultados similares en cuanto a los indicadores de confiabilidad y validez.

Para la realización del estudio piloto, se debió contactar a las autoridades directivas y administrativas de la Escuela de Enfermería de la Universidad Central de Venezuela, con la finalidad de conocer el número total de individuos que conforman a los estudiantes de la licenciatura y la concertación de las fechas en que fueron aplicados los instrumentos.

Luego de esta fase, se seleccionaron 184 sujetos, pertenecientes a la formación en la licenciatura en Enfermería, que se encontraban en cursos de inducción al

momento de la recolección de datos. Seguidamente, se les aplicó a los estudiantes los cuestionarios Font Roja de satisfacción laboral y el cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida, informándoles la participación voluntaria en la investigación, por lo cual podían retirarse en cualquier momento sí lo deseaban y que se mantendría la confidencialidad de los resultados obtenidos.

En cuanto al estudio final, se debió contactar a la gerente del departamento de Recursos Humanos del Centro Médico Docente La Trinidad, la cual se encargó de tramitar los premisos con la dirección del centro y con los directores del departamento de Enfermería, así como las fechas en que los instrumentos fueron administrados. Asimismo, se contactó con las profesoras de la Escuela de Enfermería de la Universidad Central de Venezuela, para planificar la fecha en que se aplicarían los cuestionarios.

Luego de haber obtenido los permisos y haber concretado las fechas en las que se realizaría la administración de los instrumentos, se seleccionaron a 145 profesionales de enfermería del Centro Médico Docente La Trinidad y 155 de la escuela de Enfermería de la Universidad Central de Venezuela. Estos instrumentos fueron respondidos y devueltos el mismo día de la administración y para los empleados del turno nocturno del Centro Médico Docente La Trinidad, los instrumentos fueron recolectados el día siguiente.

Análisis de datos

En primer lugar, se realizaron los análisis de confiabilidad y estructura factorial de los instrumentos. El análisis de confiabilidad se llevó a cabo a través del método Alpha de Cronbach, el cual permite conocer la correlación de las puntuaciones de los ítems que conforman a los instrumentos (Anastasi y Urbina, 1998). Mediante este procedimiento, se obtuvo la contribución de cada ítem a la confiabilidad, observándose si ésta es mayor con el ítem o sin él. Si el ítem presenta una correlación baja o inversa deberá ser excluido del test, igualmente, si al computarse la confiabilidad, el ítem le

resta fiabilidad al cuestionario (Magnuson, 1990). Puesto que los cuestionarios Font-Roja de satisfacción laboral, Prácticas y Creencias de Estilos de Vida y Salud General de Goldberg miden variables multidimensionales, se agruparon los reactivos que constituyen a cada una de las dimensiones, determinándose posteriormente los coeficientes de confiabilidad de las dimensiones que conforman a los instrumentos.

Seguidamente, con el objetivo de obtener la estructura factorial de los instrumentos, se llevó a cabo un análisis factorial de componente principal con una rotación tipo Varimax, para los cuestionarios Font-Roja de satisfacción laboral, cuestionario de Salud Física y de Prácticas y Creencias de Estilos de Vida. Este análisis permitió determinar: (a) el número de factores que se necesitan para explicar la varianza total del test, (b) la correlación de cada uno de los factores con el test y (c) la proporción de la varianza total del test que está determinada por cada factor (Magnuson, 1990).

Posteriormente, se realizó un análisis descriptivo de los resultados obtenidos en el estudio final. Para ello, se obtuvieron las medidas de tendencia central (media y mediana), variabilidad de los datos (desviación típica, varianza y coeficiente de variación), y forma de la distribución (asimetría y kurtosis) para las variables: satisfacción laboral, salud psicológica y estilo de vida saludable en sus dimensiones, y para la edad y la antigüedad laboral. Mientras que las variables sexo y turno, fueron analizadas por medio de la frecuencia y porcentaje, ya que su nivel de medida es categórico.

Por último, con el objetivo de verificar las hipótesis planteadas en el diagrama de ruta, se realizó un análisis de regresión múltiple para cada variable endógena, para lo cual se verificaron previamente el cumplimiento de los supuestos estadísticos del análisis de rutas.

En la regresión múltiple, la variable endógena es comprendida como la combinación lineal de variables que la predicen, donde el peso relativo de cada una de

estas en la ecuación va a estar indicado por un coeficiente Beta. La ecuación de las variables exógenas incluye además una constante y un componente de error, denominado residuo, el cual incluye la varianza de la variable endógena que no es explicada por las variables del modelo (Kerlinger y Lee, 2002).

Para la evaluación de la significancia del modelo se analizó el resultado de la prueba F de significancia estadística; el coeficiente de correlación (R) para el grado de asociación entre las variables del modelo, el coeficiente de determinación (R^2) el cual señala la proporción de varianza de la variable dependiente explicada por la combinación lineal de las variables independientes y los Betas y su significación, para observar el aporte individual de cada variable.

Finalmente, como recurso para la construcción de la base de datos y el procesamiento de los mismos, se utilizó el programa Excel 2007 para Windows XP y el programa estadístico SPSS, versión 12.0 en español.

Consideraciones éticas

Los aspectos éticos más relevantes que fueron considerados en esta investigación se refieren, en primer lugar, al consentimiento informado de los participantes, explicando de forma verbal el procedimiento y el objetivo de la investigación y asegurándole a los integrantes de la muestra que tendrán la libertad de abandonar el estudio en el momento que lo deseen (Escuela de Psicología, UCAB, 2002).

En segundo lugar, se preservó la confidencialidad y el anonimato, lo cual establece que debe garantizarse que los datos de los participantes no serán revelados, de manera de no atentar en contra de su seguridad personal (Kerlinger y Lee, 2002). Asimismo, este compromiso de confidencialidad que garantiza al participante la protección de la información obtenida, fue expresado verbalmente de forma explícita (Código Deontológico de la Práctica de la Investigación en Psicología, 2002).

De igual manera, el presente estudio aseguró la transparencia del proceso de investigación, referida al hecho de no falsear los resultados bajo ninguna circunstancia, evitándose interpretaciones excesivas que no se atengan a los datos obtenidos (Código Deontológico de la Práctica de la Investigación en Psicología, 2002), así como también, cerciorándose la representatividad y la adecuada selección de la muestra, garantizando así, que en futuras oportunidades este estudio pueda ser replicado (Kerlinger y Lee, 2002).

Adicionalmente, esta investigación preservó bajo cualquier concepto la protección de los derechos de autor, aseverando que cualquier documento de investigación consultado fue reportado como exclusivo de los investigadores que participan en su escritura y producción (Código Deontológico de la Práctica de la Investigación en Psicología, 2002).

Por último, dada la relevancia que representa los hallazgos de la presente investigación para las instituciones de salud, se realizará una difusión de las conclusiones derivadas del estudio, usando como criterio principal para ello, la consideración de la procedencia de los datos (Código Deontológico de la Práctica de la Investigación en Psicología, 2002).

IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Análisis Psicométrico

Luego de llevar a cabo el procesamiento de los datos derivados de la muestra empleada en el presente estudio, se realizó el análisis de confiabilidad de los diferentes instrumentos aplicados, haciendo uso del método de consistencia interna Alpha de Cronbach.

El cuestionario de Satisfacción Laboral, presentó una confiabilidad suficiente (α= 0,60). Los coeficientes de correlación entre cada uno de los ítems con el instrumento total variaron entre un mínimo de -0,009 y un máximo de 0,3403; los cuales corresponden a los ítems 1 y 16 respectivamente; observándose que al eliminar el ítem 1, el coeficiente de confiabilidad aumentaría a un valor de 0,62. Este resultado contrasta con lo obtenido en estudios previos realizados en muestras españolas, ya que en dichas investigaciones el cuestionario de satisfacción laboral presentó una alta confiabilidad, lo cual, puede indicar diferencias en cuanto al comportamiento de dicha variable en muestras españolas y venezolanas. Es importante destacar que en el estudio piloto se obtuvo una alta consistencia interna (α= 0,87); no obstante, dicho resultado puede estar sobrestimado debido a que el número de sujetos que constituyó la muestra piloto no fue suficientemente alto.

Con respecto al cuestionario de Salud General de Goldberg de 28 ítems (GHQ-28), se tiene que este instrumento presenta una alta consistencia interna (α= 0,87). Se puede apreciar que el ítem 25 es el que presenta el mínimo valor de correlación con la escala total (r= 0,122); mientras que el ítem 10, tiene el máximo

valor de correlación (*r*= 0,613). Estos resultados son congruentes con los obtenidos en investigaciones previas realizadas en poblaciones venezolanas.

Por su parte, el cuestionario de Salud Física de Angelucci (2007), presentó una alta confiabilidad (α= 0,90), por lo cual, dicho cuestionario mide de forma consistente el reporte de los síntomas físicos y quejas somáticas que reportan los sujetos; observándose que las correlaciones ítem-test varían desde un valor mínimo de 0,311 y un valor máximo de 0,639; correspondientes a los ítems 17 y 5, respectivamente. Dicho resultado es consistente con lo obtenido en estudios realizados anteriormente en donde ha sido empleado el cuestionario de Salud Física.

Finalmente, el cuestionario de Prácticas y Creencias sobre Estilos de Vida, obtuvo una alta consistencia interna (α= 0,85). Se aprecia que las correlaciones entre los ítems con la escala total oscilaron entre un valor mínimo de 0,002 y un máximo de 0,466; siendo el ítem 23 el de mínimo valor de correlación y el 57, el de máximo valor. Es importante destacar que no fueron hallados estudios psicométricos previos del instrumento; sin embargo, dicho resultado es consistente con lo obtenido en el estudio piloto de la presente investigación (α= 0,83).

Adicionalmente, se analizó la estructura factorial de los instrumentos de Satisfacción Laboral Font Roja, Salud Física, Salud General de Goldberg y Prácticas y Creencias sobre Estilos de Vida, mediante el método de componente principal, con la finalidad de verificar si la estructura factorial de estos cuestionarios se corresponde con lo establecido en investigaciones previas.

Al realizar el análisis de componentes principales para el cuestionario de Satisfacción Laboral, fueron hallados dos factores, con autovalores mayores a 2, que explicaban el 28,130% de la varianza total. Específicamente, el primer factor explicó el 14,184% de la varianza con un autovalor de 3,636; mientras que el segundo factor, explicó el 13,946% de la varianza total con un autovalor de 2,553. Se realizó una rotación tipo Varimax y se usó una carga factorial igual o mayor a 0,35 para la escogencia de los ítems en cada factor. Los ítems pertenecientes al primer factor fueron el 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 16, 18, 20, 21 y 22 que aluden a la presión laboral, monotonía laboral y control sobre el trabajo; es decir, poca satisfacción laboral. Por su parte, el segundo factor se encuentra conformado por los ítems, 10, 11, 12, 13, 14, 15 y 17; que hacen referencia a relaciones interpersonales en el trabajo, reconocimiento, competencia y promoción profesional; es decir, alta satisfacción laboral.

Con respecto al instrumento de Salud General de Goldberg, se efectuó un análisis de componente principal, con un autovalor de 2, hallándose tres factores que explicaron el 47,140% de la varianza total. En específico, el primer factor explicó el 21,763% de la varianza, con un autovalor de 6,094; el segundo factor explicó el 13,983% de la varianza, con un autovalor de 3,916 y el tercero explicó el 11,390% de la varianza con un autovalor de 3,189.

Por medio de una rotación Varimax y una carga factorial igual o mayor a 0,35 como criterio de inclusión de los ítems dentro de los factores, se encontró que los ítems pertenecientes al primer factor fueron 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 y 16; los que constituyen al segundo factor fueron los ítems 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28 y los que conforman al tercero fueron los reactivos 15, 16, 17, 18, 19, 20 y 21. Dichos resultados son consistentes con lo postulado en la teoría y con lo hallado en investigaciones previas, por lo cual, el primer factor recibe el nombre

de ansiedad, insomnio y síntomas somáticos; el segundo factor, depresión y el tercero, disfunción social.

Por su parte, al realizar un análisis factorial de componente principal para el cuestionario Salud Física, se encontró un sólo un factor que explica el 36,621% de la varianza total, utilizando un autovalor de 2, por lo cual dicho instrumento puede considerarse unidimensional.

Finalmente, al realizar un análisis de componentes principales de la variable estilo de vida saludable, mediante un autovalor de 2 y una carga factorial igual o mayor a 0,35 como criterio de escogencia de los ítems dentro de los factores, se obtuvieron seis factores que explican el 34,42% de varianza total. El primer factor incluye a los ítems 18, 29, 30, 31, 32, 34, 36, 37, 38, 39 43, 44 y 51, haciendo éstos referencia a consumo de comidas nocivas en exceso. El segundo factor está constituido por los ítems 1, 3, 4, 5, 6, 7, 22, los cuales aluden a la actividad física. El tercer factor se encuentra integrado por los ítems 2, 8, 9, 10, 52, 53, 54, 55, 56 y 57; referidos al descanso y sueño. El cuarto factor conformado por los ítems 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 33; relacionadas a conductas preventivas. El quinto factor incluye los ítems 19, 23, 25, 26 y 27; los cuales evalúan las conductas preventivas por reglas y leyes. Finalmente, el sexto factor, lo constituyen los ítems 35, 42, 45, 46 y 48, relacionados con el consumo de drogas. En este factor fueron eliminados los ítems 35 y 42, puesto que sus contenidos no resultaban pertinentes o adecuados para el factor.

Análisis Descriptivo

Se llevó a cabo la estimación de los estadísticos descriptivos con el objeto de evaluar el comportamiento de cada una de las variables establecidas en el diagrama de ruta de la presente investigación. Para este fin, se estimaron los estadísticos de tendencia central, dispersión y forma para todos los cuestionarios que fueron administrados a los sujetos.

En cuanto a la primera dimensión de la variable **satisfacción laboral**, la cual alude a la **presión laboral, monotonía laboral y control sobre el trabajo**; se encontraron puntuaciones en un rango de 0 a 35, con un promedio de 10,828 y una asimetría positiva (As= 0,828) lo cual indica una tendencia de la muestra a presentar puntuaciones bajas en presión laboral, competencia profesional y alto control sobre el trabajo. Adicionalmente, se presenta una alta variabilidad en la distribución de los puntajes (CV= 61,88%), mostrando una forma pronunciadamente leptocúrtica (Ku= 38,294), lo cual sugiere que la muestra de profesionales de enfermería manifiestan una baja presión laboral, poca competencia profesional y control sobre su trabajo (ver figura 2).

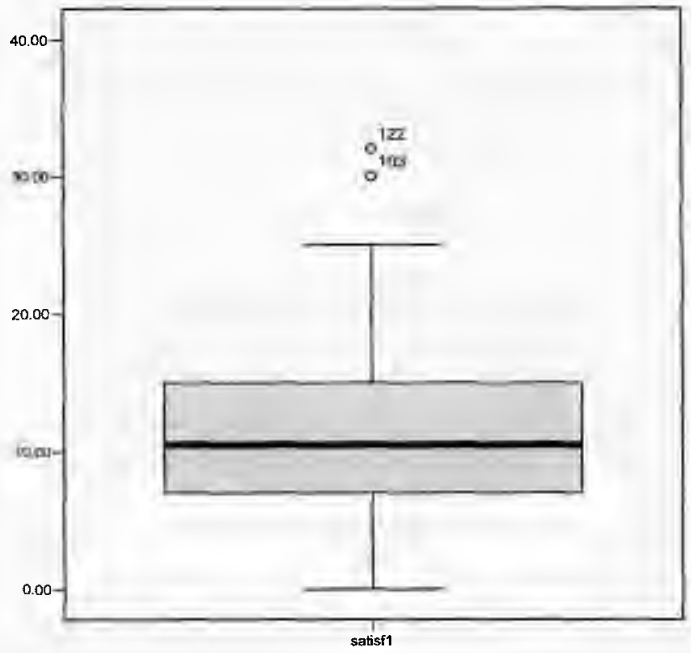


Figura 2. Grafica de caja y bigote de la distribución de los puntajes de la dimensión presión laboral, monotonía laboral y control sobre el trabajo (satisfacción laboral).

Con respecto a la segunda dimensión de la variable **satisfacción laboral**, la cual se refiere a las **relaciones interpersonales en el trabajo, reconocimiento, competencia y promoción profesional**; se encontraron puntuaciones en un rango de 2 a 28, con un promedio de 17,664 y una asimetría negativa (As= -0,550) lo cual indica una tendencia de los sujetos a presentar puntajes moderadamente altos en la satisfacción referida a las relaciones interpersonales en el trabajo, reconocimiento, competencia y promoción profesional. Adicionalmente, se presenta baja variabilidad en la distribución de los puntajes (CV= 27,37%), mostrando una forma con tendencia a leptocúrtica (Ku= 0,276) (ver figura 3).

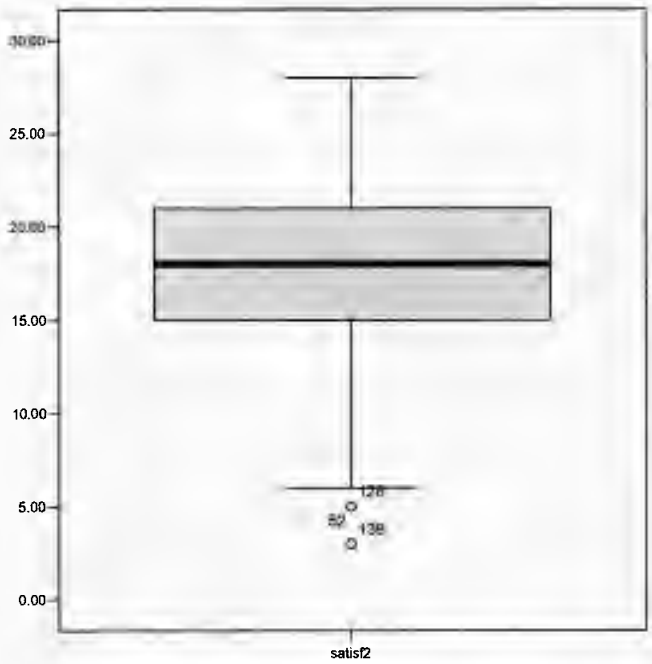


Figura 3. Grafica de caja y bigote de la distribución de los puntajes de la dimensión relaciones interpersonales en el trabajo, reconocimiento, competencia y promoción profesional (satisfacción laboral).

Por su parte, la dimensión **ansiedad, insomnio y síntomas somáticos** de la variable **salud psicológica**, los sujetos presentaron puntuaciones que abarcan un rango desde 0 hasta 41, una media aritmética de 11,514 y una asimetría positiva (As= 0,933), lo que sugiere que la mayoría de las puntuaciones obtenidas por la muestra son bajas. La distribución presenta una forma con tendencia leptocúrtica (Ku= 0,339) y una alta variabilidad de los puntajes (CV= 71,63%), lo cual refleja que mayoría de los profesionales de enfermería encuestados presentan un nivel moderadamente alto de salud psicológica en términos de baja ansiedad, insomnio y quejas somáticas (ver figura 4).

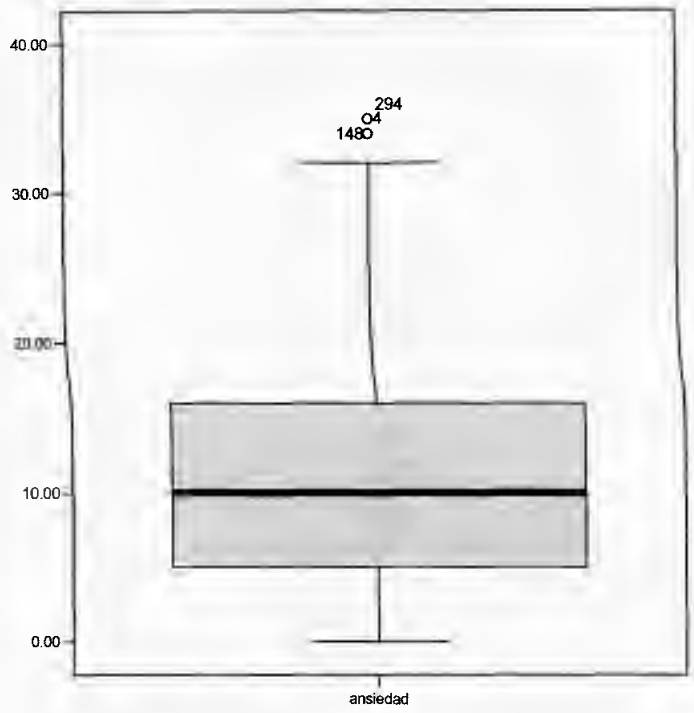


Figura 4. Gráfica de caja y bigote de la distribución de la dimensión ansiedad, insomnio y síntomas somáticos (salud psicológica).

En lo referente a la dimensión **depresión** de la variable **salud psicológica**, la muestra presenta puntajes con un rango que va desde 0 a 15, con un promedio aritmético de 0,777 y una distribución con una marcada asimetría positiva (As= 3,946), lo cual, sugiere que la mayoría de los sujetos respondieron a puntajes bajos en esta dimensión, mostrando a su vez, una distribución con una acentuada forma leptocúrtica (Ku= 18,624) y una variabilidad muy alta de los puntajes (CV= 265,25%), lo cual indica que la muestra de profesionales de enfermería presenta puntuaciones muy heterogéneas y aunque la mayoría tiene puntajes bajos, exhiben marcadas diferencias en el nivel de salud psicológica en términos de depresión (ver figura 5).

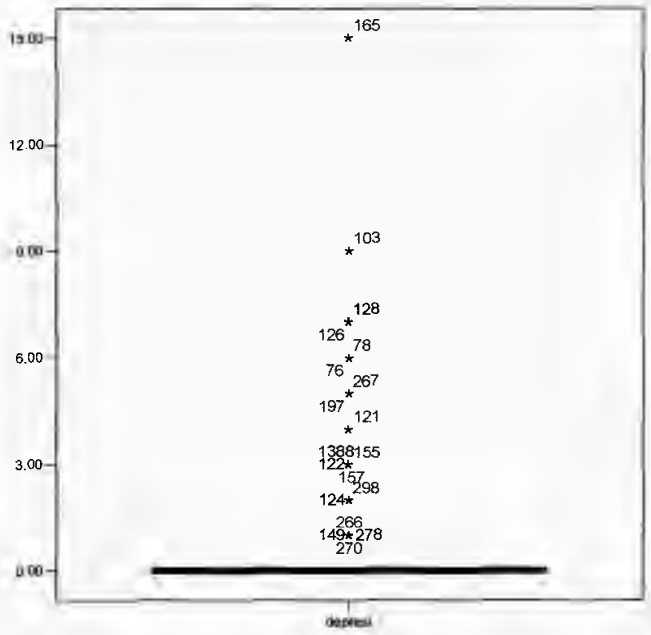


Figura 5. Gráfica de caja y bigote de la distribución de la dimensión depresión (salud psicológica).

En lo que respecta a la dimensión **disfunción social** de la variable **salud psicológica**, se halló que los profesionales de enfermería encuestados respondieron a una puntuación mínima de 0 y una máxima de 18, presentando una media aritmética de 6,519 y una asimetría positiva (As= 0,451) lo cual, refleja que la mayoría de la muestra tendió a reportar puntuaciones medio bajas en esta dimensión, dando lugar a una distribución mesocúrtica (Ku= 0,141) y una variabilidad moderada de los puntajes (CV= 57,7%), lo cual indica que la muestra manifiesta una disfunción social moderada baja (ver figura 6).

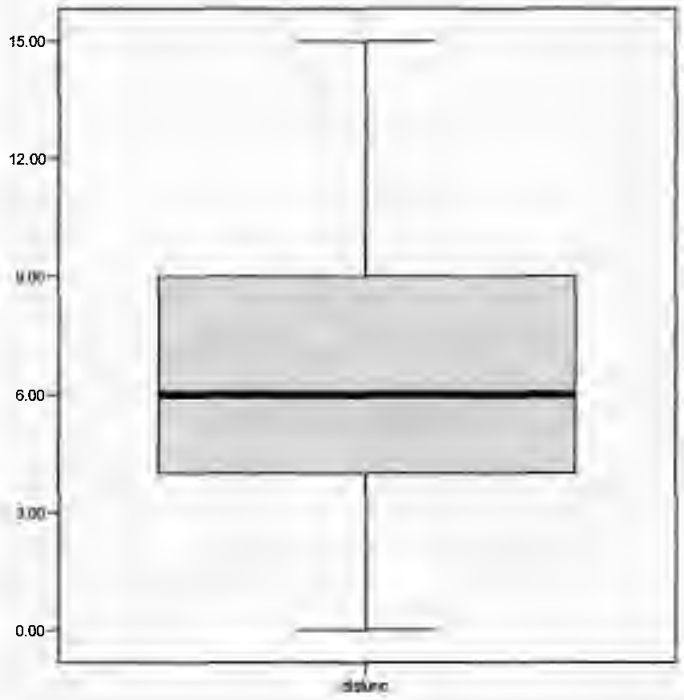


Figura 6. Gráfica de caja y bigote de la distribución de la dimensión disfunción social (salud psicológica).

Con respecto a la variable **salud física**, se obtuvo una puntuación mínima de un valor de 0 y una máxima de 57, con una media aritmética de 12,239; siendo una distribución positivamente asimétrica (As= 1,432) lo cual sugiere que la mayoría de las puntuaciones obtenidas por la muestra son bajas. Asimismo, la distribución muestra una forma pronunciadamente leptocúrtica (Ku= 2,502) y una variabilidad muy alta de los puntajes (CV= 80,64%), reflejando que, en general, los sujetos encuestados manifiestan una buena salud física, aunque existen marcadas diferencias en cuanto a su reporte de síntomas físicos (ver figura 7).

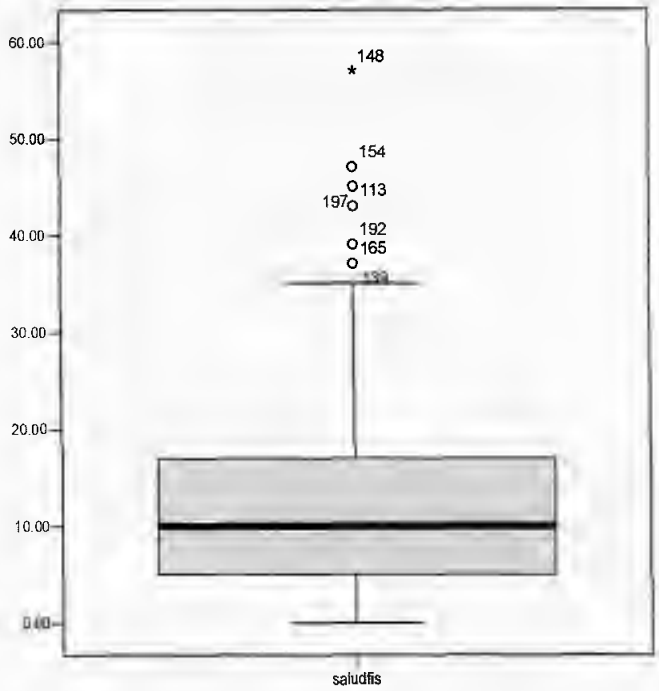


Figura 7. Gráfica de caja y bigote de la distribución de los puntajes de la variable salud física.

Con respecto a la dimensión **consumo de comidas nocivas en exceso** de variable **estilo de vida saludable**, se encontró que los sujetos de la muestra presentaron una puntuación mínima de 4 y una máxima de 36, hallándose un promedio de 23,502 y una distribución asimétrica negativa (As= -0,565), lo cual muestra que la mayoría de los profesionales de enfermería encuestados en el presente estudio, tendieron a reportar puntuaciones moderadamente altas en el consumo de comidas nocivas en exceso. Adicionalmente, la distribución de los puntajes es homogénea (CV= 26,028%), mostrando una forma mesocúrtica (Ku= -0,085). Esto indica que los sujetos reportan un moderado consumo de comidas nocivas en exceso, siendo esta tendencia muy similar en la mayoría de los profesionales de enfermería encuestados (ver figura 8).

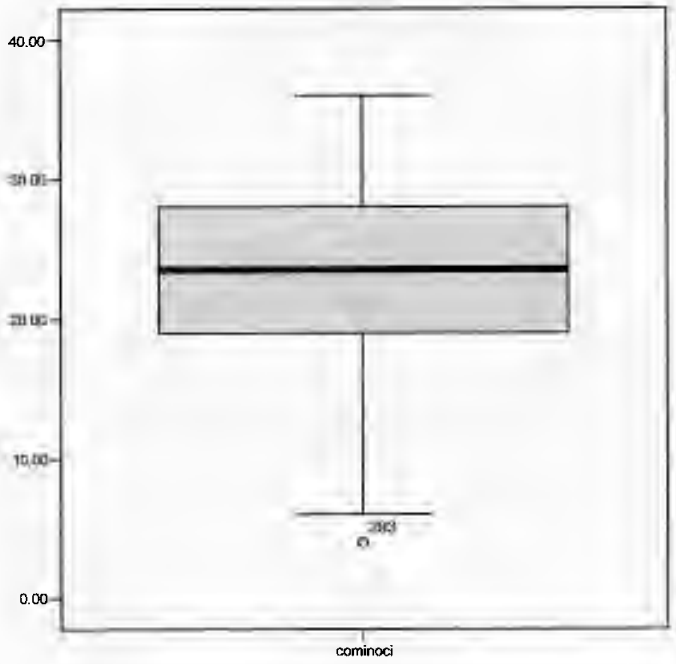


Figura 8. Gráfica de caja y bigote para la distribución de los puntajes de la dimensión consumo de comidas nocivas en exceso (estilo de vida saludable).

Por su parte, en la dimensión **actividad física** de la variable **estilo de vida saludable**, fueron halladas puntuaciones que abarcan un rango de 0 a 20, con un promedio de 6,589 y una asimetría positiva (As= 0,926) lo cual indica una tendencia de los sujetos a reportar puntuaciones bajas en la dimensión actividad física. Adicionalmente, se presenta una variabilidad media alta en la distribución de los puntajes (CV= 75,59%), mostrando una forma con tendencia leptocúrtica (Ku= 0,288), lo cual sugiere que la mayoría de los profesionales de enfermería presentan una baja tendencia a ejercitase y practicar actividades físicas (ver figura 9).

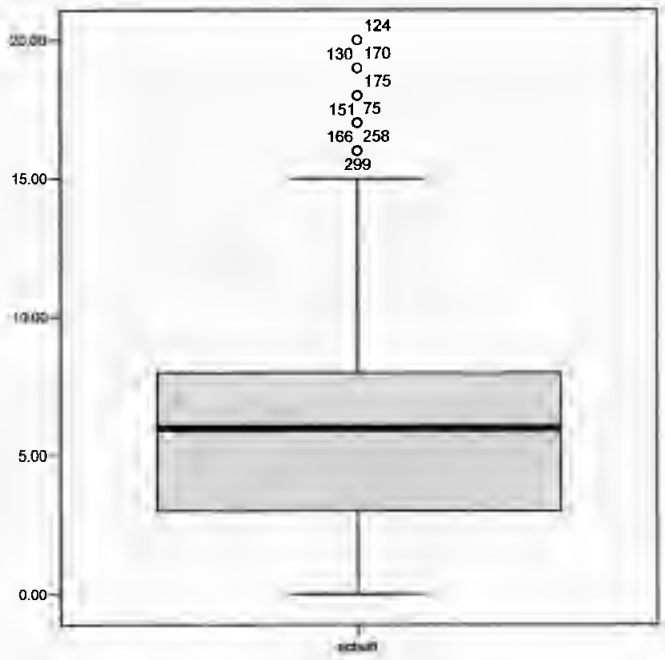


Figura 9. Grafica de caja y bigote de la distribución de los puntajes de la dimensión actividad física (estilo de vida saludable).

En cuanto a la dimensión **descanso y sueño** de la variable **estilo de vida saludable**, se encontraron puntajes en un rango de 3 a 29, con un promedio de 17,403 y una asimetría negativa (As= -0,391), lo cual indica que la mayoría de los sujetos presentan puntajes moderadamente altos en esta dimensión del estilo de vida saludable, es decir, la mayoría de los empleados encuestados presentan una baja calidad y cantidad de sueño, aunque incluyen momentos de descanso y de esparcimiento en su vida diaria. Sin embargo, se presenta una variabilidad muy alta en la distribución de los puntajes (CV= 109,18%), mostrando una forma con tendencia mesocúrtica (Ku= 0,066) (ver figura 10).

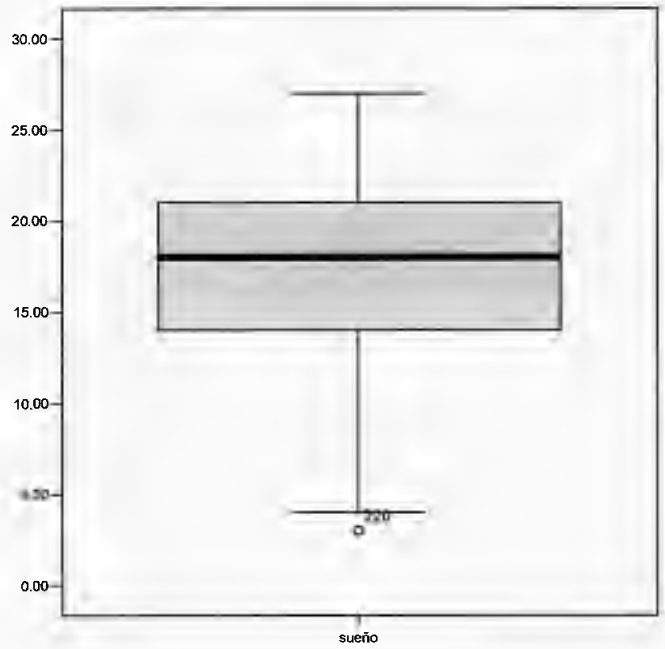


Figura 10. Grafica de caja y bigote de la distribución de los puntajes de la dimensión descanso y sueño (estilo de vida saludable).

Haciendo alusión a la dimensión **conductas preventivas** de la variable **estilo de vida saludable**, se observa que los sujetos encuestados presentaron puntuaciones que abarcan un rango desde 4 hasta 30, un promedio aritmético de 18,128 y una asimetría negativa (As= -0,113) lo cual sugiere que la mayoría de las puntuaciones obtenidas por la muestra son moderadamente altas. La distribución de los puntajes es homogénea (CV= 28,42%) y presenta una forma con tendencia platicúrtica (Ku= -0,301); lo cual refleja que la mayoría de los profesionales de enfermería encuestados tienden a presentar una práctica moderada alta de conductas de autocuidado (ver figura 11).

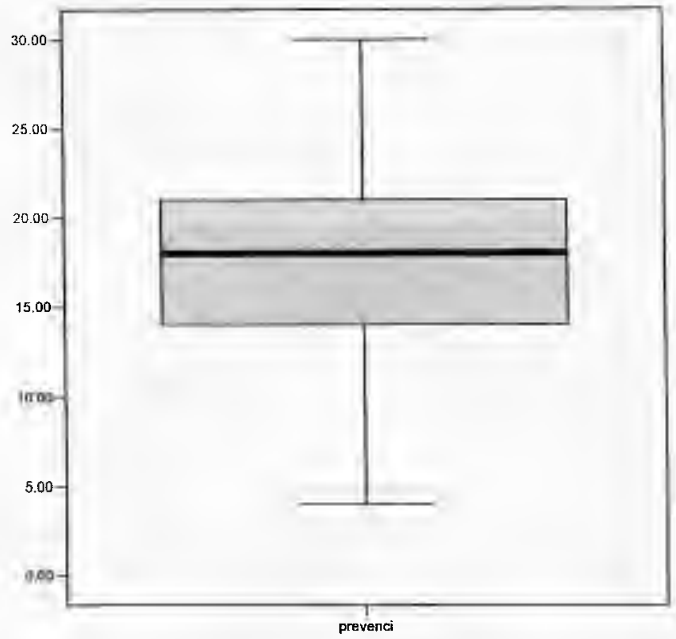


Figura 11. Gráfica de caja y bigote de la distribución de la dimensión conductas preventivas (estilo de vida saludable).

En lo referente a la dimensión **conductas preventivas por reglas y leyes** de la variable **estilo de vida saludable**, la muestra presentó un puntaje mínimo de 1 y un máximo de 11, con una media aritmética de 6,9379 y una distribución asimétricamente negativa (As= -0,705) lo cual indica que la mayoría de los sujetos respondieron a puntajes moderados altos en esta dimensión del estilo de vida saludable, mostrando a su vez, una distribución homogénea de las puntuaciones (CV= 29,36%) con tendencia a mesocúrtica (Ku= -0,166). Estos resultados reflejan que la muestra de profesionales de enfermería encuestados reportan una tendencia moderada alta a seguir las normas y leyes establecidas como medidas de prevención (ver figura 12).

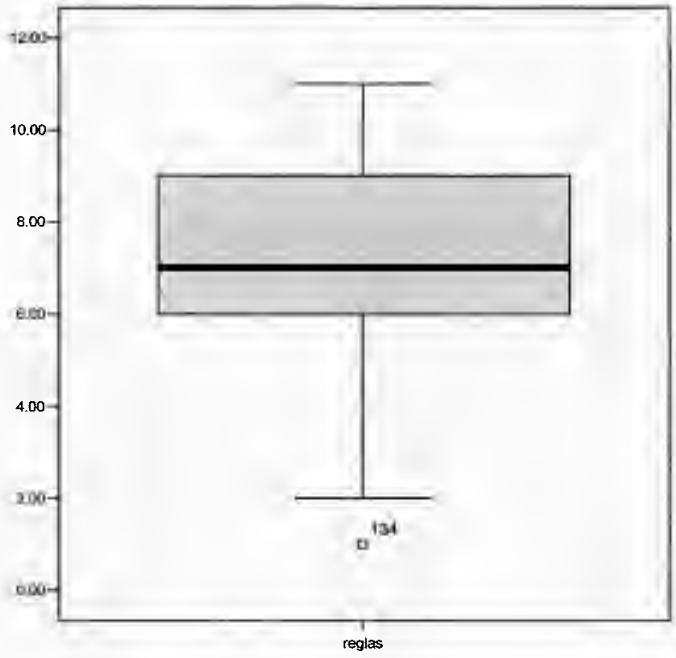


Figura 12. Gráfica de caja y bigote de la distribución de la dimensión conductas preventivas por reglas y leyes (estilo de vida saludable).

En lo que respecta a la dimensión **consumo de drogas** de la variable **estilo de vida saludable**, se halló que los profesionales de enfermería pertenecientes a la muestra respondieron a una puntuación mínima de 1 y una máxima de 12, presentando una media aritmética de 10,250 y una asimetría marcadamente negativa (As= -1,267), lo cual refleja que la mayoría de la muestra tendió a reportar puntuaciones altas en estilo de vida saludable, dando lugar a una distribución muy homogénea (CV=16,12%) y marcadamente leptocúrtica (Ku= 3,255), lo cual, revela que la mayoría de los sujetos encuestados muestran un estilo de vida saludable en lo referente a esta dimensión, es decir, presentan un bajo consumo de sustancias adictivas (ver figura 13).

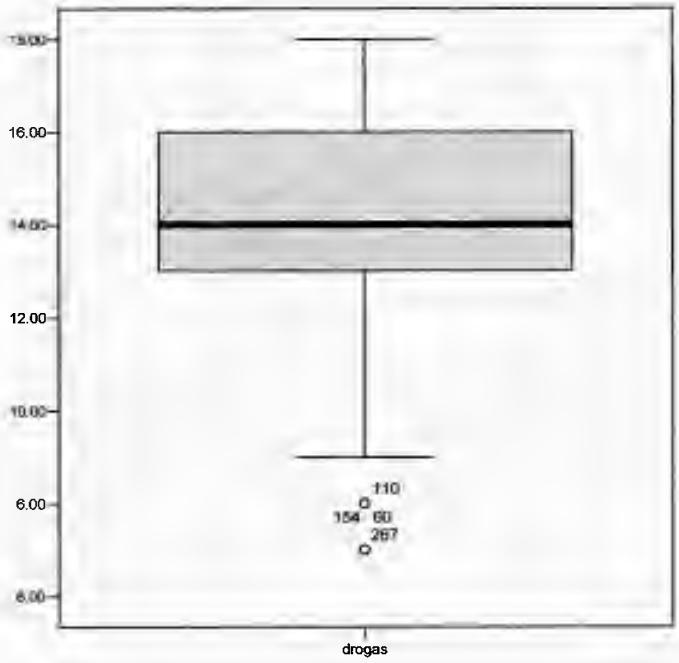


Figura 13. Gráfica de caja y bigote de la distribución de la dimensión consumo de drogas (estilo de vida saludable).

Tomando en cuenta los resultados anteriores, se tiene que los profesionales de enfermería presentan un nivel medio de satisfacción laboral, específicamente, manifiestan una baja presión laboral, poca competencia profesional, control sobre su trabajo, buenas relaciones interpersonales con sus compañeros y jefes, un moderado reconocimiento, competencia en la realización de su trabajo y posibilidades de ascenso profesional. Presentan un nivel moderadamente alto de salud psicológica en términos de baja ansiedad, insomnio y quejas somáticas, muy bajos síntomas depresivos y una moderada baja disfunción social. Asimismo, reportan una buena salud física y un estilo de vida medianamente saludable, manifestando un moderado consumo de comidas nocivas en exceso, una baja tendencia a ejercitase, una baja calidad y cantidad de

sueño, aunque incluyen momentos de descanso y de esparcimiento en su vida diaria, presentan una alta práctica de conductas de autocuidado y una alta tendencia a seguir las normas y leyes establecidas como medidas de prevención, así como, un bajo consumo de drogas.

Análisis de Ruta

Con el objetivo de verificar los supuestos del modelo de regresión lineal múltiple, ya que este constituye la base del análisis de ruta, se llevó a cabo una evaluación de los criterios de normalidad de las variables endógenas del modelo, los supuestos referidos a los errores, así como, la multicolinealidad entre las variables del modelo planteado. Se halló que las variables se ajustan a una distribución normal, a excepción de la dimensión *Depresión,* correspondiente al cuestionario de Salud General de Goldberg, aspecto que puede explicarse porque la escala evalúa síntomas de depresión grave y la muestra empleada forma parte de la población normal. Asimismo, se pudo evidenciar que los errores de cada uno de los modelos no se hallan correlacionados entre sí (Durbin-Watson valores cercanos a 2), la media de los errores es igual a cero y se observa homocedasticidad y normalidad en las distribuciones (valores entre -2 y 2) (ver anexo I).

Por su parte, en lo que respecta al supuesto de no multicolinealidad de las variables del modelo, se pudo observar, a través de las correlaciones producto momento de Pearson, que los montos de las correlaciones no superan el valor de 0,70, lo cual sugiere que las variables no son multicolineales (ver anexo J).

A continuación, se realizó el análisis de regresión múltiple para cada una de las variables endógenas, estudiándose los coeficientes de correlación múltiple, así como, los coeficientes de regresión lineal, con la finalidad de verificar las hipótesis propuestas en el diagrama de ruta planteado. Se realizó el análisis de izquierda a derecha y se utilizó un nivel de significación estadística de 0,05.

Los hallazgos encontrados evidencian que para la primera dimensión de la variable **satisfacción laboral**, **presión laboral, monotonía laboral y control sobre el trabajo**, presenta una correlación múltiple moderada con la combinación lineal de las dimensiones de salud psicológica (ansiedad, insomnio y síntomas somáticos, depresión y disfunción social), las dimensiones de estilo de vida saludable (consumo de comidas nocivas en exceso, actividad física, conductas preventivas, descanso y sueño, conductas preventivas por reglas y leyes y consumo de drogas), las variables turno (mañana, tarde y noche), antigüedad laboral, edad, sexo y tipo de institución (pública y privada) (R=0,432). Por su parte, el coeficiente de determinación ajustado fue de 0,099, lo cual indica que el modelo planteado explica el 9,9% de la varianza total de la primera dimensión de la variable satisfacción laboral de forma significativa (F=2,099; gl=18/162; R^2_{adj}=0,099; p=0,008).

Al analizar el efecto de cada una de las variables sobre la primera dimensión de la satisfacción laboral, observando los coeficientes Beta, se tiene que la variable que mejor predice esta dimensión es la variable institución pública, correlacionando de forma moderada baja y significativa (β=0,331; p=0,041). Seguidamente, el sexo se asocia de forma inversa y significativa (β=-0,182; p=0,023).

Se puede apreciar que el resto de las variables que forman parte del modelo no presentaron un efecto estadísticamente significativo sobre la primera dimensión de la satisfacción laboral. Por tanto, se puede establecer que las mujeres y los profesionales de enfermería que laboran en instituciones públicas tienden a presentar una mayor presión laboral, monotonía laboral y bajo control sobre el trabajo (ver tabla 1).

Tabla 1. *Coeficientes de regresión y su significancia para la dimensión de presión laboral, monotonía laboral y control sobre el trabajo (satisfacción laboral).*

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error Est.	Beta		
(Constante)	5,916	6,259		,945	,346
ANSIEDAD	,148	,087	,204	1,695	,092
DEPRESION	,227	,272	,063	,833	,406
DISFUNCIÓN	,115	,136	,066	,847	,398
SALUD FISICA	-.037	,064	-,061	-,575	,566
COMIDAS NOCIVAS	-.007	,083	-,007	-,086	,932
ACTIVIDAD FISICA	4,796 E-02	,114	,035	,420	,675
DROGAS	-,279	,311	-,070	-,897	,371
REGLAS	,236	,228	,078	1,032	,304
SUEÑO	-.041	,123	-,033	-,332	,741
PREVENCIÓN	-.036	,099	-,030	-,368	,713
MAÑANA	-,602	,952	-,049	-,633	,528
TARDE	-,417	1,045	-,034	-,399	,691
NOCHE	,362	1,058	,030	,342	,732
ANTIGUEDAD	-.012	,011	-,106	-1,115	,266
EDAD	,142	,074	,178	1,933	,055
SEXO	-3,464	1,506	-,182	-2,300	,023*
PUBLICA	4,291	2,086	,331	2,057	,041*
PRIVADA	1,724	2,206	,126	,782	,436

*Significativo al 0,05.

Por su parte, la segunda dimensión de la variable **satisfacción laboral, relaciones interpersonales en el trabajo, reconocimiento, competencia y promoción profesional**, obtuvo un coeficiente de correlación múltiple y moderada con la combinación lineal de las dimensiones de salud psicológica (ansiedad, insomnio y síntomas somáticos, depresión y disfunción social), las dimensiones de estilo de vida saludable (consumo de comidas nocivas en exceso, actividad física, conductas preventivas, descanso y sueño, conductas preventivas por reglas y leyes y consumo de drogas), las variables turno (mañana, tarde y noche), antigüedad laboral, edad, sexo y tipo de institución (pública y privada) (R=0,466); explicando de forma significativa el 13,1% de la varianza total de esta dimensión de la satisfacción laboral (F=2,513; gl=18/164; R^2_{adj}= 0,131; p=0,001).

Se halló que la dimensión descanso y sueño de la variable estilo de vida saludable es la que mejor predice y se asocia significativamente con la dimensión relaciones interpersonales en el trabajo y promoción profesional de la variable satisfacción laboral (β=0,309; p=0,002). Seguidamente, la dimensión depresión de la variable salud psicológica se encuentra asociada de manera inversa, baja y significativa (β=-0,215; p=0,004). Adicionalmente, la dimensión ansiedad, insomnio y síntomas somáticos de la variable salud psicológica, correlaciona de forma positiva, baja y significativa con esta dimensión de la satisfacción laboral (β= 0,269; p= 0,026). Por último, la dimensión conductas preventivas por reglas y leyes de la variable estilo de vida saludable correlaciona baja, positiva y significativamente con la dimensión relaciones interpersonales en el trabajo y promoción profesional (β=0,156; p=0,035). Estos resultados indican que los empleados con un adecuado descanso y sueño, quienes tienen pocos síntomas depresivos, un nivel moderado de ansiedad y aquellos que practican conductas preventivas asociadas con el seguimiento de normas y leyes, tienden a presentar una mayor satisfacción con sus relaciones interpersonales en el trabajo, mayor reconocimiento, competencia y promoción profesional (ver tabla 2).

Tabla 2. *Coeficientes de regresión y su significancia para la dimensión relaciones interpersonales en el trabajo, reconocimiento, competencia y promoción profesional (satisfacción laboral).*

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error Est.	Beta		
(Constante)	3,494	4,757		,735	,464
ANSIEDAD	,156	,069	,269	2,248	,026*
DEPRESIÓN	-,589	,202	-,215	-2,913	,004*
DISFUNCION	-,025	,104	-,018	-,239	,811
SALUD FISICA	3,345E-02	,049	,073	,680	,497
COMIDAS NOCIVAS	7,474E-02	,062	,098	1,197	,233
ACTIVIDAD FISICA	-,097	,087	-,090	-1,117	,266
DROGAS	,242	,236	,078	1,025	,307
REGLAS	,369	,174	,156	2,122	,035*
SUEÑO	,292	,093	,309	3,138	,002*
PREVENCIÓN	-,007	,074	-,008	-,097	,923
MAÑANA	-,502	,720	-,053	-,697	,487
TARDE	-,778	,793	-,082	-,980	,329
NOCHE	,296	,800	,031	,371	,711
ANTIGUEDAD	-,015	,008	-,177	-1,903	,059
EDAD	7,515E-03	,056	,012	,134	,894
SEXO	1,285	1,103	,089	1,166	,245
PUBLICA	-,036	1,514	-,004	-,024	,981
PRIVADA	2,820	1,621	,261	1,739	,084

*Significativo al 0,05.

En lo que respecta a la dimensión **ansiedad, insomnio y síntomas somáticos**, que constituye la primera dimensión de la variable **salud psicológica**, se obtuvo que la combinación lineal de las dimensiones de la variable estilo de vida saludable (consumo de comidas nocivas en exceso, drogas, reglas, actividad física, prevención y descanso y sueño) y la variable salud física, presentan un grado de asociación alto y significativo con esta dimensión (R=0,789), lo que

explica el 61,2% de la varianza total de la dimensión ansiedad, insomnio y síntomas somáticos (R^2_{adj}= 0,612; F=53,885; gl=7/228); p=0,000; α=0,05).

Tomando esto en consideración, se observa que la variable salud física es la que mejor explica la dimensión ansiedad, insomnio y síntomas somáticos, correlacionando de forma moderada y significativa (β=0,543; p=000). La segunda variable que mejor explica esta dimensión la constituye la dimensión descanso y sueño de la variable estilo de vida saludable, la cual se correlaciona con la ansiedad y síntomas somáticos, de forma moderadamente baja, inversa y significativa (β=-0,331; p=000). Por último, esta dimensión se asocia con la dimensión actividad física, de la variable estilo de vida saludable, de forma muy baja e inversa, pero significativa (β=-0,098; p=0,031).

Con base a estos resultados, se puede decir que los empleados que reportan mayores quejas y síntomas físicos presentan puntajes elevados de ansiedad. Asimismo, los trabajadores que practican actividades físicas reportan un menor monto de ansiedad que aquellos que no la practican. Finalmente, los profesionales de enfermería que tienen una mejor calidad o cantidad de descanso y sueño, reportan niveles de ansiedad más bajos (ver tabla 3).

Tabla 3. *Coeficientes de regresión y su significancia para la dimensión ansiedad, insomnio y síntomas somáticos (salud psicológica).*

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error Est.	Beta		
(Constante)	18.376	3.059		6.006	.000
SALUD FÍSICA	.462	.040	.543	11.620	.000*
PREVENCIÓN	.113	.076	.068	1.482	.140
COMIDAS NOCIVAS	-.017	.060	-.012	-.279	.781
SUEÑO	-.567	.083	-.331	-6.864	.000*
REGLAS	-.312	.180	-.075	-1.739	.083
DROGAS	-.078	.211	-.015	-.369	.712
ACTIVIDAD FÍSICA	-.190	.087	-.098	-2.172	.031*

*Significativo al 0,05.

Por su parte, en relación con la dimensión **depresión** de la variable **salud psicológica**, la combinación lineal de las variables salud física y estilo de vida saludable (consumo de comidas nocivas en exceso, actividad física, conductas preventivas, descanso y sueño, conductas preventivas por reglas y leyes y consumo de drogas) explican el 7,4% de la varianza total y se correlacionan con esta dimensión de manera baja y positiva (R=0,273; F=2,650; gl=7/231; R^2_{adj}= 0,074; p=0,012).

Al evaluar, mediante los coeficientes Beta, el efecto de cada una de las variables sobre la dimensión depresión, se observa que la salud física es la única variable que guarda una correlación baja, positiva y significativa con esta dimensión de la salud psicológica (β=0,252; p=0,001). Este resultado evidencia que el presentar síntomas de depresión, tales como insatisfacción, incapacidad de disfrute, desesperanza y sensación de vacío, se encuentra asociado con el reporte de quejas y síntomas físicos (ver tabla 4).

Tabla 4. *Coeficientes de regresión y su significancia para la dimensión depresión (salud psicológica).*

	Coeficientes No estandarizados		Coeficientes no estandarizados	t	Sig.
	B	Error Est.	Beta		
(Constante)	.481	1.103		.436	.663
SALUD FÍSICA	.050	.014	.252	3.448	.001*
PREVENCIÓN	.019	.027	.050	.697	.487
COMIDAS NOCIVAS	-.025	.022	-.081	-1.164	.246
SUEÑO	.014	.030	.036	.473	.637
REGLAS	.027	.065	.028	.414	.679
DROGAS	-.056	.077	-.048	-.735	.463
ACTIVIDAD	.001	.031	.002	.032	.975

*Significativo al 0,05.

En cuanto a la dimensión **disfunción social**, de la variable **salud psicológica**, se presentó una correlación baja y significativa con la combinación lineal de las dimensiones de la variable estilo de vida saludable (consumo de drogas, conductas preventivas, conductas preventivas por reglas, consumo de comidas nocivas en exceso, descanso y sueño y actividad física) y la variable salud física, explicando el 9,9% de la varianza total de la disfunción social (R=0,354; F=4,724; gl=7/231; R^2_{adj}=0,099; p=0,000).

En este sentido, se encontró que la dimensión descanso y sueño del estilo de vida saludable es la que mejor predice la disfunción social, correlacionando de manera inversa, baja y significativa (β=-0,182; p=0,014). En segundo lugar, la dimensión conductas preventivas se asocia con la disfunción social, de forma baja, inversa y significativa (β=-0,169; p=0,017). Finalmente, la última variable que se asocia con la dimensión disfunción social, la constituye la dimensión consumo

de drogas, de la variable estilo de vida saludable, presentando una correlación baja e inversa (β= -0,149; p= 0,020).

Partiendo de lo anterior, puede observarse que una baja calidad o cantidad de sueño y descanso, llevar a cabo pocas conductas preventivas y consumir sustancias nocivas se encuentra asociada con la inadaptación social y una incapacidad para hacer y disfrutar las actividades diarias (ver tabla 5).

Tabla 5. *Coeficientes de regresión y su significancia para la dimensión disfunción social (salud psicológica).*

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error est.	Beta		
(Constante)	13.925	1.901		7.325	.000
SALUD FÍSICA	.010	.025	.028	.395	.693
PREVENCION	-.114	.048	-.169	-2.408	.017*
COMIDAS NOCIVAS	.033	.037	.060	.897	.371
SUEÑO	-.127	.051	-.182	-2.481	.014*
REGLAS	-.135	.112	-.079	-1.213	.226
DROGAS	-.309	.132	-.149	-2.342	.020*
ACTIVIDAD FÍSICA	.020	.055	.025	.364	.716

*Significativo al 0,05.

En cuanto a la **salud física**, los resultados muestran que esta variable presenta una correlación múltiple moderada con la combinación lineal de las dimensiones de estilo de vida saludable (consumo de comidas nocivas en exceso, actividad física, conductas preventivas, descanso y sueño, conductas preventivas por reglas y leyes y consumo de drogas), turno laboral (mañana, tarde y noche), la

edad y sexo (femenino y masculino) (R=0,575); presentando un coeficiente de determinación ajustado de 0,295; lo cual sugiere que el modelo explica significativamente el 29, 5% de la varianza total de la salud física (F=11,493; gl=11/202; R^2_{adj}=0,295; p=0,000).

Tomando como base los coeficientes de correlación Beta, se evidencia que la dimensión descanso y sueño de la variable prácticas y creencias sobre estilos de vida es la que mejor predice a la salud física, asociándose de forma moderada, inversa y significativa con dicha variable (β=-0,457; p=0,000). Por su parte, la dimensión consumo de comidas nocivas de la variable prácticas y creencias sobre estilos de vida, correlaciona de forma inversa, baja y significativa con la salud física (β=-0,236; p=0,002). Finalmente, el sexo presenta una asociación negativa, baja y significativa con la variable salud física (β=-0,176; p=0,005).

Observando estos resultados, se puede plantear que los profesionales de enfermería que mantienen un adecuado descanso y sueño, aquellos que presentan un bajo consumo de comidas nocivas y de sexo masculino, tienden a mostrar una mejor salud física (ver tabla 6).

Tabla 6. *Coeficientes de regresión y su significancia para la variable salud física.*

	Coeficientes Estandarizados		Coeficientes no Estandarizados	t	Sig.
	B	Error Est.	Beta		
(Constante)	40.274	5.380		7.485	.000
COMIDAS NOCIVAS	-.370	.103	-.236	-3.589	.000*
ACTIVIDAD FÍSICA	.068	.150	.030	.455	.650
SUEÑO	-.926	.133	-.457	-6.976	.000*
PREVENCIÓN	.040	.125	.021	.322	.747
REGLAS	-.278	.298	-.057	-.933	.352
DROGAS	-.229	.358	-.039	-.639	.523
SEXO	-5.298	1.869	-.176	-2.835	.005*
EDAD	.026	.077	.020	.342	.733
MAÑANA	1.804	1.204	.091	1.498	.136
TARDE	-1.250	1.305	-.063	-.958	.339
NOCHE	-1.766	1.345	-.090	-1.313	.191

*Significativo al 0,05.

Por su parte, la dimensión **consumo de comidas nocivas en exceso** de la variable **estilo de vida saludable**, con la combinación lineal de las variables turno laboral y edad, presenta un coeficiente de correlación múltiple y medio bajo (R=0,292), explicándose el 7% de la varianza total de esta dimensión (F=5,678; gl=4/243; R^2_{adj}=0,070; p=0,000).

Al examinar los resultados, se evidencia que la edad es la variable que mejor predice el consumo de comidas nocivas en exceso, correlacionado significativamente con esta dimensión del estilo de vida (β=0,211; p=0,001). Seguidamente, el trabajar en el turno de la tarde correlaciona de forma inversa y significativa con dicha dimensión del estilo de vida saludable (β= -0,184; p=0,007). En último lugar, el trabajar en el turno de la noche se encuentra

asociado de forma baja, negativa y significativa con el consumo excesivo de comidas nocivas (β=-0,146; p=0,032). Por tanto, se puede decir que los empleados de enfermería con mayor edad tienden a presentar un bajo consumo de comidas nocivas; mientras que, aquellos que laboran en el turno de la tarde y en el turno de la noche, tienden a presentar un estilo de vida menos saludable en términos de consumir una mayor cantidad de alimentos que en exceso resultan dañinos para la salud (ver tabla 7).

Tabla 7. *Coeficientes de regresión y su significancia para la dimensión consumo de comidas nocivas en exceso (estilo de vida saludable).*

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes no estandarizados	t	Sig.
	B	Error Est.	Beta		
(Constante)	20.269	1.821		11.128	.000
MAÑANA	.358	.787	.029	.454	.650
TARDE	-2.279	.844	-.184	-2.701	.007*
NOCHE	-1.803	.835	-.146	-2.159	.032*
EDAD	.176	.051	.211	3.427	.001*

*Significativo al 0.005.

Con respecto a la dimensión **actividad física** de la variable **estilo de vida saludable**, se observó que esta variable no correlaciona significativamente (R= 0,139), con la combinación lineal de las variables turno y edad (F=1,226; gl=4/254=; p=0,300) (ver tabla 8).

Tabla 8. *Coeficientes de regresión y su significancia para la dimensión actividad física (estilo de vida saludable).*

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error Est.	Beta		
(Constante)	7.947	1.318		6.031	.000
MAÑANA	-.510	.572	-.058	-.891	.374
TARDE	-1.300	.608	-.149	-2.138	.034
NOCHE	-.774	.600	-.089	-1.290	.198
EDAD	-.002	.037	-.004	-.061	.951

En relación a la dimensión **conductas preventivas** de la variable **estilo de vida saludable**, se observó que esta variable no correlaciona significativamente (R=0,171), con la combinación lineal de las variables turno y edad (F=1,917; gl= 4/256; p=0,108) (ver tabla 9).

Tabla 9. *Coeficientes de regresión y su significancia para la dimensión conductas preventivas (estilo de vida saludable).*

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error Est.	Beta		
(Constante)	16.577	1.557		10.649	.000
MANANA	-1.169	.672	-.112	-1.740	.083
TARDE	.134	.716	.013	.187	.852
NOCHE	-.590	.704	-.057	-.838	.403
EDAD	.081	.045	.113	1.824	.069

En cuanto a la dimensión **descanso y sueño** de la variable **estilo de vida saludable**, los datos muestran que dicha variable correlaciona significativamente de forma media baja (R=0,284), con la combinación lineal de las variables turno y edad; explicando de forma significativa el 6,6% de la varianza total de la dimensión descanso y sueño (F=5,468; gl=4/254; R^2adj=0,066; p=0,000).

Para evaluar el efecto de cada una de las variables sobre la dimensión descanso y sueño del estilo de vida saludable, se tomó en cuenta los coeficientes Beta, apreciándose que la variable que mejor predice, correlacionando de forma negativa y significativa con dicha dimensión es el trabajar en turnos nocturnos (β=-0,300; p=0,000). Asimismo, el laborar en el turno de la tarde se encuentra asociado de forma inversa, baja y significativa con la dimensión de descanso y sueño (β=-0,188; p=0,006). En consecuencia, se puede establecer que los empleados que laboran en turnos nocturnos y los que lo hacen en la tarde, tienden a presentar un menor descanso y alteraciones en el sueño, en términos de baja calidad o cantidad del sueño (ver tabla 10).

Tabla 10. *Coeficientes de regresión y su significancia para la dimensión de descanso y sueño (estilo de vida saludable).*

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error Est.	Beta		
(Constante)	19.448	1.394		13.950	.000
MAÑANA	-1.092	.614	-.113	-1.778	.077
TARDE	-1.819	.658	-.188	-2.765	.006*
NOCHE	-2.889	.653	-.300	-4.427	.000*
EDAD	.032	.039	.050	.822	.412

*Significativo al 0,05.

Por su parte, la dimensión **conductas preventivas por reglas y leyes** de la variable **estilo de vida saludable**, no correlacionó significativamente (R=0,099), con la combinación lineal de las variables turno y edad (F= 0,630; gl=4/256; p=0,642) (ver tabla 11).

Tabla 11. *Coeficientes de regresión y su significancia para la dimensión conductas preventivas por reglas y leyes (estilo de vida saludable).*

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error Est.	Beta		
(Constante)	6.310	.613		10.285	.000
MAÑANA	-.180	.266	-.044	-.677	.499
TARDE	.043	.283	.011	.152	.879
NOCHE	.145	.278	.036	.522	.602
EDAD	.022	.017	.078	1.245	.214

En lo referente a la dimensión **drogas** de la variable **estilo de vida saludable**, se obtuvo que dicha dimensión no correlacionó significativamente (R=0,168), con la combinación lineal de las variables turno y edad (F=1,911; gl=4/262; p=0,109) (ver tabla 12).

Tabla 12. *Coeficientes de regresión y su significancia para la dimensión consumo de drogas (estilo de vida saludable).*

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error Est.	Beta		
(Constante)	11.370	.491		23.178	.000
MANANA	-.248	.212	-.074	-1.171	.243
TARDE	-.482	.225	-.145	-2.139	.033
NOCHE	-.458	.222	-.138	-2.061	.040
EDAD	-.017	.014	-.074	-1.209	.228

Finalmente, se realizó un análisis adicional para la variable turnos rotativos, debido a que no se conocía con anterioridad el número de personas que trabajan en dicho turno. Mediante este análisis se evidenció que trabajar en turnos rotativos se encuentra asociado de forma baja y positiva con la dimensión consumo de comidas nocivas en exceso, siendo significativa (r_{xy}=0,144; p=0,017); es decir, aquellos profesionales de enfermería que laboran en turnos rotativos presentan un mayor consumo de alimentos que en exceso resultan dañinos para la salud.

Adicionalmente, se encontró una correlación positiva, baja y significativa entre la variable turnos rotativos y la dimensión descanso y sueño de la variable estilo de vida saludable (r_{xy}=0,262; p=0,000). Por tanto, puede decirse que los sujetos que trabajan en turnos rotativos, presentan mayores alteraciones en la cantidad o calidad del sueño.

A partir de los resultados obtenidos en la presente investigación, se puede evidenciar que la satisfacción laboral de los profesionales de enfermería se encuentra influida directamente por la salud psicológica, el estilo de vida, el tipo de institución donde laboren los empleados y el sexo, en tanto que los empleados con una ansiedad moderada, baja depresión, adecuado descanso y sueño, que realizan conductas preventivas relacionadas con leyes y normas, que laboran en una institución privada y que pertenecen al sexo masculino presentan una actitud más favorable hacia su trabajo. Adicionalmente, la satisfacción laboral está influida indirectamente por la salud física, el consumo de alimentos nocivos en exceso, la práctica de actividad física, el turno laboral, la edad y el sexo de los trabajadores (ver figura 14).

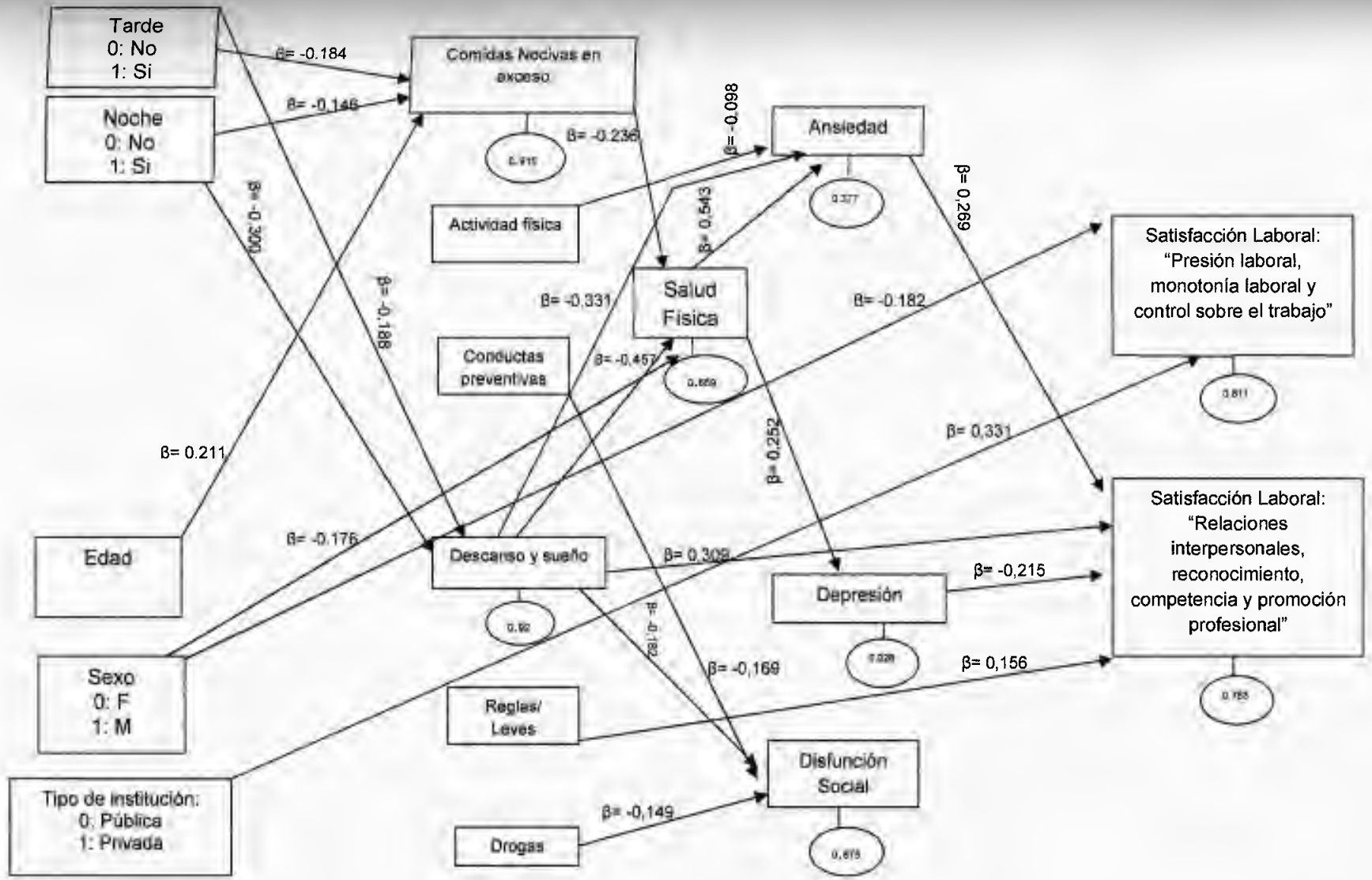


Figura 14. Diagrama de ruta resultante

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La presente investigación, enmarcada dentro de las áreas de Psicología Organizacional y la Psicología de la Salud, tuvo como objetivo determinar la influencia de las variables salud psicológica, salud física, estilo de vida saludable, turno laboral, antigüedad laboral, edad y sexo sobre la actitud positiva o estado emocional que resulta de la valoración del trabajo o de la experiencia laboral, así como, las relaciones entre estas variables, en una muestra de profesionales de enfermería, de instituciones públicas y privadas del área Metropolitana de Caracas.

Al estudiar la variable satisfacción laboral, se pudo observar que en cuanto a la primera dimensión de esta variable, los profesionales de enfermería no consideraron que su trabajo sea monótono, percibiendo una baja presión laboral y un bajo control sobre su trabajo. Mientras que, en la segunda dimensión de la variable satisfacción laboral, se apreció que los empleados percibieron relaciones cordiales en su lugar de trabajo, así como, una alta competencia, promoción profesional y un alto reconocimiento por el desempeño en su trabajo, en términos de reforzamientos externos. Estos resultados evidencian que, en general, la muestra de profesionales de enfermería encuestados, presentan un nivel de satisfacción laboral medio-alto.

Estos resultados son consistentes con los hallados por Manfrendi y Tovar (2004), quienes evidenciaron que el nivel de satisfacción laboral general de las funcionarias de policías municipales de Caracas, se encuentra mayormente influido por el tipo de relaciones que las empleadas establecen con sus compañeros de trabajo y los canales de comunicación, más que por los procedimientos internos y sistemas de remuneración establecidos por la organización a la que pertenecen. Estos resultados se corresponden con lo

establecido por Hackman y cols (1971; cp. Manfrendi y Tovar, 2004), quienes plantean que los empleados que perciben un ambiente laboral positivo y mantienen una buena relación con sus compañeros de trabajo, tenderán a sentirse más satisfechos.

Asimismo, en el estudio de Durst y DeSantis (1997; cp. Manfrendi y Tovar 2004), en donde emplearon una muestra de trabajadoras estadales y locales, encontraron una relación alta, positiva y significativa entre las recompensas externas y la satisfacción laboral. Adicionalmente, hallaron que las empleadas se encuentran moderadamente satisfechas con las oportunidades de promoción y los procedimientos operativos internos de su organización; mientras que, muestran un nivel de satisfacción significativamente elevado con los sistemas de comunicación y las relaciones interpersonales con sus compañeros de trabajo.

En la investigación realizada por Parra y Peñuela (2008), que tenía por objetivo determinar el efecto que ejercen las variables organizacionales sobre la salud autopercibida en una muestra de 330 empleados de una red de supermercados privada, del área metropolitana de Caracas, se halló que los empleados se encuentran altamente satisfechos con sus relaciones interpersonales dentro de la empresa; adicionalmente, se encuentran satisfechos de forma moderadamente alta, con las tareas y funciones asignadas.

Adicionalmente, en el estudio de Fernández, et. al (2000), cuyo estudio tenía por objetivo conocer el nivel de satisfacción global y de cada uno de los componentes de la misma, en una muestra de 512 trabajadores de atención primaria del área 10 de insalud de Madrid, evidenciando que los profesionales de la salud se sienten capacitados para realizar sus tareas y, en general, las relaciones, tanto entre las diferentes categorías, como entre los compañeros de las mismas, se perciben como satisfactorias.

Similarmente, López-Soriano, et al (2001), en una investigación cuya finalidad era estudiar el nivel de satisfacción laboral general y cada uno de sus componentes, en una muestra de 199 empleados del Hospital Comarcal de Murcia, a través del cuestionario Font Roja, se evidenció que, el personal presenta un grado medio de satisfacción laboral. Los aspectos más valorados fueron aquellos que reflejan la relación de los trabajadores con sus jefes y los relacionados con la competencia profesional; en contraste, los menos valorados fueron la presión en el trabajo y la promoción profesional. Adicionalmente, este estudio tomó en cuenta las categorías profesionales a la que pertenecían los profesionales sanitarios, tales como, auxiliares de enfermería, enfermeras y coordinadoras de enfermería, por lo cual, se considera pertinente para futuras investigaciones la inclusión de la variable categoría profesional o nivel de instrucción, ya que puede ser un aspecto que influye en la actitud de las personas hacia su trabajo.

Desde este punto de vista, las orientaciones y aspiraciones de los trabajadores están influenciadas por el conjunto de pertenencia y referencia dentro de una estructura social dada. En consecuencia, tanto las actitudes, ideas y creencias en torno al trabajo, como las propias características del trabajo están condicionadas por los grupos de pares (Pérez Rubio, 1996).

Con respecto a la salud psicológica, se encontró que la muestra de profesionales de enfermería del presente estudio, presentó bajas puntuaciones en las diferentes dimensiones que conforman a esta variable, lo cual refleja, que estos empleados presentan un nivel bajo de ansiedad, insomnio y síntomas somáticos, un nivel muy bajo de depresión y moderadamente bajo de disfunción social.

Estos resultados son congruentes con otros estudios, que a pesar de no emplear una muestra similar, se realizan en poblaciones trabajadoras y con la

misma edad, por ejemplo, en la investigación de Angelucci (2001), la cual empleó una muestra de 200 trabajadores universitarios en la cual se presentaron bajos niveles de síntomas de ansiedad e insomnio, pocos niveles de cansancio y disturbios del sueño, un bajo nivel de depresión y de perdida del interés, así como, baja ideación suicida.

De forma similar, Nuñez y Socorro (2005), empleando una muestra de 473 estudiantes de post grado, con edades comprendidas entre 22 y 62 años, hallaron bajos niveles de ansiedad e insomnio, así como, pocos reportes de depresión, disfunción social y síntomas somáticos.

Asimismo, en el estudio de Araujo y Moreno (2006) empleando una muestra de 406 estudiantes de postgrado, con edades comprendidas entre 23 y 50 años, se halló un bajo reporte de síntomas de ansiedad, síntomas somáticos e insomnio, baja disfunción social, así como, pocos o ningún síntoma de depresión.

Consistentemente, en la investigación realizada por Parra y Peñuela (2008), se halló que la mayoría de los trabajadores presentaron pocos síntomas somáticos, de ansiedad e insomnio, bajos síntomas de disfunción social y muy pocos síntomas depresivos.

El estado adecuado de salud psicológica presentado en las muestras de las investigaciones citadas anteriormente, incluyendo la de la presente investigación pueden ser explicadas por lo establecido por Bensaid y Dejours (1994; cp Parra, 2004), quienes expresan que los beneficios que genera el desempeñar un trabajo sobre la salud, no se deben sólo a las recompensas económicas obtenidas, sino por que también el trabajo proporciona estructura a los empleados, favoreciendo los intercambios sociales y creando vínculos que sirven de apoyo en situaciones de crisis, lo cual representa un factor protector de la salud, específicamente, para trastornos psicológicos como los evaluados en el presente estudio.

Por otra parte, al analizar la variable salud física, se encontró que los profesionales de enfermería encuestados, tienden a reportar un bajo nivel de quejas y síntomas físicos. Este resultado es cónsono con investigaciones con muestras de trabajadores, tales como, Ross y Mirowsky, 1995 (cp. Parra y Peñuela, 2008) quienes expresan que, las personas que trabajan a tiempo completo y reciben un salario, obtienen beneficios en su bienestar físico, a diferencia de las personas que se encuentran desempleadas, retiradas o que se mantienen en su casa.

Mientras que es poco consistente con otros estudios que evaluaban síntomas específicos, como es el caso del estudio de Knutsson (2003), en donde se establece que el personal de enfermería tiende a manifestar desórdenes gastrointestinales y enfermedades coronarias; así como, la investigación de Gatto (2000), que tenía por objetivo estudiar el desgaste psíquico en el equipo de salud, encontró que, el personal de enfermería presentaba agotamiento físico, alteraciones de apetito, contracturas musculares, cefaleas, hipertensión, e insomnio. En la presente investigación, la salud física fue medida y analizada como un puntaje global, pudiendo pasar desapercibidos ciertos síntomas físicos que presentan los sujetos. Por tanto, aunque el personal de enfermería encuestado en la presente investigación, poseen en general una buena salud física, tienden a presentar ciertas quejas o síntomas físicos, que los hacen diferentes a otras poblaciones trabajadoras, aspecto que podría evaluarse en futuras investigaciones.

En cuanto a la variable estilo de vida saludable, se halló que los empleados presentan un alto consumo de comidas nocivas, una baja tendencia e ejercitarse y practicar actividades físicas, baja cantidad o calidad de sueño, aunque sí una tendencia a practicar conductas de autocuidado, tales como, realizarse exámenes médicos, protegerse del sol, leer instrucciones antes de utilizar medicamentos y mantener una dieta balanceada, así como, seguir las normas y leyes establecidas

como medidas de prevención y encontrar momentos de descanso y de esparcimiento en su vida diaria; igualmente, se observó que la mayoría de los profesionales de enfermería pertenecientes a la muestra presentan un bajo consumo de sustancias adictivas. Se puede establecer que los sujetos encuestados en la presente investigación presentan, en general, un estilo de vida saludable, con algunas áreas poco trabajadas.

De forma similar Hughes, Brandenberg y Baldwin (1992), en su estudio en el cual emplearon una muestra de 9600 médicos norteamericanos, hallaron que los médicos presentaban una menor tendencia a fumar y a consumir sustancias ilícitas, tales como, marihuana, cocaína y heroína, que las personas de la población general de su misma edad y género. Asimismo, Nelson, Giovino, Emont, Brackbill, Cameron, Peddicord y Mowery (1994), encontraron que los médicos de sexo femenino y masculino muestran hábitos muy saludables en comparación con la población general.

En este sentido, Frank (2004), establece que los médicos y profesionales del sector salud son, en general, saludables y mantienen un estilo de vida saludable, planteando que las conductas saludables de los médicos tienden a afectar las actitudes de los pacientes y su motivación para realizar cambios en su estilo de vida; por lo cual, esto puede incentivar a los médicos para incluir en sus prácticas, asesoramientos o prevenciones en cuanto a medidas de autocuidado y conductas saludables, lo que haría más efectiva o integral su labor.

Ahora bien, al evaluar las variables que influían en la satisfacción laboral, se halló que en relación a la dimensión presión laboral, monotonía laboral y control sobre el trabajo de la variable satisfacción laboral, se encontró que las mujeres tienden a presentar una mayor presión laboral, monotonía laboral y control sobre el trabajo; lo cual, apoya la idea de que existe una relación entre satisfacción laboral y sexo del trabajador. Este hallazgo es apoyado por lo encontrado en la

investigación de Briseño, Fernández y Herrera (2005), empleando una muestra de 50 personas del personal de enfermería, de sexo masculino y femenino, con un rango de edad de 21 a 60 años, quienes evidenciaron que el nivel de satisfacción laboral de las mujeres tiende a ser menor que el de los hombres.

Consistentemente, Manfredi y Tovar (2004), hallaron que la población femenina tiende a no sentirse satisfecha en su trabajo, en términos de los beneficios y reconocimientos suministrados por la organización. Según Schultz (1991), este hallazgo cuenta con un amplio apoyo empírico y puede ser explicado mediante factores económicos, por lo general a este sexo se le otorga una menor compensación económica, con lo cual, la mayoría de las mujeres tienden a considerar que necesitan realizar un mayor esfuerzo que los hombres, si desean recibir iguales recompensas y reconocimiento, influyendo esto negativamente sobre su satisfacción laboral, ya que suelen percibir que tienen que esforzarse considerablemente para realizar su trabajo. Adicionalmente, el bajo control sobre el trabajo percibido por las mujeres pudiera ser explicado por la poca independencia otorgada a este sexo para la planificación de sus actividades laborales, lo cual puede hacerles sentir monotonía y falta de interés hacia su trabajo, aspecto que debe evaluarse con mayor profundidad en estudios posteriores.

Otra variable que se encuentra asociada con la primera dimensión de satisfacción laboral es el trabajar en instituciones públicas, en tanto que, los empleados que laboran en dichas instituciones tienden a presentar una mayor presión laboral y monotonía laboral y un menor control sobre las actividades que realizan en su empleo.

Este hallazgo puede ser explicado, debido a las características y condiciones laborales de las instituciones públicas, las cuales se caracterizan por presentar recursos insuficientes para la realización del trabajo, tener poca

independencia para la organización y planificación de las actividades, así como, tener una gran cantidad de tareas y asignaciones debido a la escasez de personal capacitado. Esto puede hacer sentir a los empleados de las instituciones públicas una alta presión laboral, la necesidad de esforzarse bastante para realizar su trabajo, un menor control sobre éste y finalmente, la percepción de que su trabajo es poco interesante o monótono.

En concordancia con lo anterior, en el estudio de Fernández y Paravic (2003), empleando una muestra de 248 enfermeras de hospitales públicos (147) y privados (101) de la provincia de Concepción en Chile, establecen que las enfermeras de instituciones privadas están más satisfechas que las enfermeras de los hospitales públicos en relación a las condiciones de trabajo; en este sentido, las enfermeras de instituciones públicas identifican su lugar de trabajo, como riesgoso e inadecuado, además de asociado a una falta de preocupación por su salud y seguridad por parte de la institución donde laboran.

De forma consistente, en el estudio de Estévez, Núñez, Fariña, Marrero-Medina, Hernández-Marrero (2007), donde se evalúa el grado de satisfacción laboral del personal de enfermería y auxiliares de enfermería en instituciones públicas de Canarias en una muestra de 227 trabajadores, empleando para ello el cuestionario Font-Roja, se halló que el personal de enfermería presentan las puntuaciones más bajas en satisfacción laboral en lo referido al entorno o condiciones físicas y a la tensión laboral que presenta la institución pública.

En este sentido, Avendaño (1997, cp. Fernández y Paravic), señala que dentro de las características de las condiciones de trabajo de las enfermeras, percibidas como insatisfactorias en los hospitales públicos, se encuentran, las altas cargas físicas, exposición constante a contaminantes físicos, químicos y biológicos, como también accidentes laborales. De igual forma, Salvo (1996, cp. Fernández y Paravic), encontró que el ruido, la iluminación, el aseo y ventilación

deficiente, la temperatura inadecuada y los malos olores, sumado al tener que trabajar con equipos y materiales deficientes, era lo que más molestaba y tensionaba a las enfermeras del sector público, hecho por el cual, podría explicarse la mayor tensión y presión laboral percibida por las enfermeras del sector público.

Es importante mencionar que otra variable que puede influir en la presión laboral, monotonía laboral y control sobre el trabajo es el tipo de departamento donde laboren los profesionales de enfermería, puesto que cada departamento presenta actividades laborales diferentes, así como diferentes niveles de exigencia y esfuerzo físico, por lo cual se considera pertinente el estudio del tipo de departamento en futuras investigaciones, para así incrementar la comprensión de esta dimensión de la satisfacción laboral.

En lo referido a la segunda dimensión de la variable satisfacción laboral, relaciones interpersonales en el trabajo, reconocimientos, competencia y promoción profesional, se halló que, las personas que presentan un adecuado descanso y aquellos con una buena cantidad o calidad de sueño, muestran niveles más elevados de esta dimensión de la satisfacción laboral.

En el estudio realizado por Díaz, Díaz, Puerma, Viedma, Aulet, Lázaro y Fernández (2008) se halló que los trastornos en la calidad del sueño provocan un malestar importante en la actividad social o laboral del individuo. Este resultado es poco consistente con lo establecido por Knauth (2007), quien describe que una jornada laboral que genera perturbaciones en el sueño, puede repercutir negativamente en la vida familiar, la participación en la actividad institucional y las relaciones sociales dentro y fuera del ámbito laboral, lo cual puede indicar la existencia de una relación bidireccional entre un adecuado descanso y sueño y la satisfacción laboral.

Asimismo, en la presente investigación, se encontró que las personas que presentan un buen estado de salud psicológica en términos de moderados niveles de ansiedad, insomnio y síntomas somáticos presentan una mayor satisfacción con las relaciones interpersonales en el trabajo, competencia y promoción profesional. Este hallazgo no es consistente con investigaciones anteriores como la de Parra y Peñuela (2008), quienes encontraron que reportar pocos síntomas de ansiedad insomnio y síntomas somáticos se encontraban asociados con la satisfacción laboral referida con las relaciones interpersonales en el trabajo. Esta discrepancia en los resultados puede ser explicada por las características particulares de los profesionales de enfermería, en tanto que, para el desempeño adecuado de sus actividades puede ser necesario un nivel moderado de ansiedad y el mantenimiento de una vigilia prolongada; por tanto, estar altamente implicado en la realización de las tareas, puede estar relacionado con un mayor reconocimiento, competencia, promoción profesional y el establecimiento de relaciones cordiales en el trabajo, aspectos que debe investigarse en futuros estudios.

Por otra parte, aquellos empleados que reportan mayores síntomas depresivos tienden a mantener relaciones poco cordiales con sus compañeros de trabajo, reportan menor capacidad y preparación para realizar su trabajo y percibir pocas posibilidades de ascenso profesional.

Esta evidencia es congruente con el estudio de Evans, Huxley, Gately, Webber, Mears, Pajak, Medina, Kendall y Katona (2006), cuya muestra estaba conformada por 237 empleados; en donde se halló que, una alta presión laboral estaba asociada con una pobre salud psicológica (determinada por altas puntuaciones en el Cuestionario de Salud General de Golberg), lo cual a su vez, genera una menor satisfacción laboral en los empleados.

Asimismo, en la investigación de Parra y Peñuela (2008), encontraron que una variable asociada de forma significativa e inversa a la depresión grave fueron los procesos operativos de la satisfacción laboral. Parra y Peñuela (2008) establecieron que aquellos empleados que se encuentran poco satisfechos con sus trabajos tenderán a deprimirse. Sin embargo, estos autores sugieren que también podría ocurrir que personas deprimidas presenten poca satisfacción en el trabajo.

Consistentemente, Rout (1999), cuya muestra aleatoria era de 205 médicos generales, encontró que, las fuentes de estrés laboral repercuten negativamente sobre la salud psicológica de los individuos y dicho empobrecimiento de la salud psicológica es un predictor significativo de un bajo nivel de satisfacción laboral. Es importante señalar, que en la presente investigación la variable estrés laboral no fue estudiada, lo cual podría evaluarse en futuras investigación, a fin de obtener una mayor comprensión de este aspecto, lo cual podría evaluarse en futuras investigaciones a fin de obtener una mayor comprensión de la relación con salud y satisfacción laboral.

Por otra parte, en lo que respecta a la dimensión disfunción social de la variable salud psicológica, en la presente investigación no se evidenció una relación entre la variable disfunción social y la satisfacción laboral, a diferencia de lo hallado en la investigación de Parra y Peñuela (2008) en donde se observó que bajos síntomas de disfunción social, se encontraba asociado con el reporte de mejores relaciones con los compañeros de trabajo y supervisores por parte de los empleados. Este resultado puede deberse a que la mayoría de la muestra del presente estudio manifiesta un buen estado de salud física y un estilo de vida saludable, lo cual puede representar factores positivos en la vida de estos empleados que atenúan la relación entre disfunción social y su satisfacción en el trabajo.

Adicionalmente, se halló que aquellos empleados de enfermería que llevan a cabo conductas preventivas, relacionadas con la obediencia de leyes y normas, tales como, acatar las leyes transito y atender a las normas de seguridad, se encuentran más satisfechos con sus relaciones interpersonales en el trabajo y perciben mayor competencia profesional y mayores posibilidades de ascenso profesional. Este resultado podría ser explicado por el hecho de que los empleados que tienden a respetar los lineamientos y normas establecidas socialmente, pueden presentar un mayor ajuste interpersonal y con las políticas de la organización, lo cual puede estar asociado con el establecimiento de relaciones cordiales con jefes y compañeros de trabajo, así como, una percepción de mayor competencia en su trabajo y de poder obtener ascenso profesional.

Por otra parte, en lo que respecta a la predicción de la salud psicológica, se encontró que los empleados que reportan mayores quejas y síntomas físicos presentan elevados puntajes de ansiedad, insomnio y síntomas somáticos. Este hallazgo puede ser explicado debido a que el trabajo de enfermería es altamente estresante, ya que presenta una gran demanda de atención y responsabilidad, rotación de turnos, jornada de trabajos excesivos y actividades físicas corporales excesivas, lo cual, tiende a generar síntomas físicos en los empleados, influyendo negativamente en su bienestar emocional (Merin-Reig, Cano y Toval, 1995; cp. Mamani et. al. 2007). Esto refleja una mayor tendencia de los profesionales de enfermería a presentar síntomas físicos que generan un desequilibrio emocional, tal como un incremento en la ansiedad, insomnio y síntomas somáticos, siendo los síntomas somáticos, el componente que se encuentra más relacionado con los síntomas físicos presentados por los empleados.

En este orden de ideas, Karasck y Theorell (1990; cp. Wilkins y Beaudet 1998), establecen que los empleados en trabajos altamente estresantes, presentan una mayor variedad de enfermedades físicas. Asimismo, Wilkins y Beaudet (1998), hallaron en su estudio que diversas dimensiones del estrés

laboral se encuentran asociados significativamente con la presencia de síntomas físicos en los empleados. Estas evidencias reflejan la importancia de estudiar la el papel del estrés laboral para la comprensión de la salud física y psicológica en empleados de enfermería.

De esta forma, los trabajadores que practican actividades físicas reportan un menor monto de ansiedad que aquellos que no la practican. Apoyando este hallazgo, evidencias empíricas avalan los efectos psicológicos positivos de la actividad física, los cuales incluyen cambios en los estados de ánimo (Morgan, 1985; Rodin y Plante, 1989; cp. Daley y Parffit, 1996), disminución de la ansiedad (Folkins, 1976; Steptoe, Edwards, Moses y Mathews, 1989; cp. Daley y Parffit, 1996) y disminución del estrés y de la depresión (Hayden y Allen, 1984; Sonstroem, 1984; cp. Daley y Parffit, 1996). Asimismo, otros estudios han mostrado que la participación en actividades físicas tiene efectos positivos sobre el estado de ánimo y la salud psicológica general (Daley y Parffit, 1996).

Igualmente, los profesionales de enfermería que tienen una mejor calidad o cantidad de descanso y sueño, tienden a reportar niveles de ansiedad más bajos; lo cual, puede explicarse a partir de que la reducción de las horas de sueño se encuentra relacionada con las condiciones ambientales desfavorables de dormir durante el día, tales como, ruido, tráfico y llamadas telefónicas, dificultando el carácter reparador del sueño y en consecuencia, aumenta la probabilidad de que los empleados se encuentren mayormente ansiosos durante el día, lo cual repercute en su salud física y psicológica a largo plazo (Costa, 1996, Knauth y Rutenfranz, 1975; cp. Fernández y Piñol, 2000). Asimismo, desde el punto de vista de la calidad del sueño, una interferencia marcada en la distribución de las fases del sueño, produce una perturbación en el bienestar psicológico, entre los cuales se encuentra, un aumento de ansiedad en el individuo (Costa, 1996; cp. Fernández y Piñol, 2000).

En lo que concierne a la dimensión depresión de la variable salud psicológica, se halló que el manifestar síntomas físicos es un predictor de presentar depresión, lo cual puede ser explicado por la poca capacidad y falta de energía de las personas con síntomas físicos para realizar adecuadamente sus actividades laborales y cotidianas, generando en consecuencia síntomas depresivos.

En este sentido Álvarez-Ude, Fernández-Reyes, Vázquez, Sánchez y Rebollo (2001), evidenciaron en su estudio cuya muestra estaba conformada por 58 pacientes en programa de hemodiálisis, que estos presentan una serie de síntomas físicos, los cuales se asocian a la presencia de trastornos emocionales, como la ansiedad y la depresión, estableciendo que estos trastornos emocionales dependen sobre todo de la percepción o interpretación cognitiva que los pacientes hacen de su enfermedad, lo cual posiblemente se deba a la magnitud del malestar inducido por los síntomas físicos que padecen. Por otra parte, es posible que la presencia de ansiedad o depresión haga que los pacientes se quejen de mayores niveles de malestar físico. Este hallazgo puede indicar una asociación de doble dirección, es decir, la persistencia de síntomas físicos puede contribuir al desarrollo de trastornos emocionales, como la depresión y que algunos de los síntomas como el cansancio y las alteraciones del sueño sean una manifestación o generados por la depresión.

Adicionalmente, en cuanto a la comprensión global de la salud psicológica es importante mencionar que puede existir una relación entre estilos de vida y los trastornos psicológicos en profesionales de enfermería, la cual puede ser debidas a que estos empleados presentan desgate emocional o aspectos relacionados al síndrome de Burnout, como lo señala Avendaño, Grau y Yus (1995; cp. Umaña 2007), quienes plantean que la enfermería es considerada como una de las ocupaciones con mayor riesgo para la salud física, tales como, el sobre-esfuerzo físico y la exposición constante a contaminantes de carácter físico y psicológico. Maslach (1982) ha descrito que los profesionales cuyo trabajo requiere de un

contacto continuo con personas que presentan problemas motivo de sufrimiento, desarrollan un conjunto de signos y síntomas calificados como síndrome de Burnout, en donde se observa un decremento de su salud física y psicológica.

Entre los síntomas fisiológicos del Burnout que influyen sobre los aspectos psicológicos, incrementando la tendencia a presentar síntomas depresivos, se encuentran, el agotamiento físico, contracturas musculares, cefaleas, hipertensión e insomnio, entre otros, así como un aumento en el consumo de café, alcohol, cigarrillos y psicofármacos; indicando que el síndrome de desgaste profesional lleva a estilos de vida inadecuados y una peor salud (Gatto, 2000). Este aspecto puede ser ahondado en futuras investigaciones para incrementar la relación entre salud física y salud psicológica, con el fin de explorar la posible relación intermediaria de los estilos de vida.

En lo que respecta la dimensión disfunción social de la variable salud psicológica, se evidenció que una baja calidad o cantidad de sueño y descanso y el consumir drogas o sustancias nocivas se asocia con la inadaptación social y una incapacidad para hacer y disfrutar las actividades diarias.

En concordancia con este hallazgo, Valero y Lázaro (2004), establecen que los trastornos del sueño, como síntomas de insomnio o de somnolencia excesiva diurna, así como, el consumo de sustancias nocivas, pueden generar irritabilidad, mal humor, falta de concentración, deterioro de la memoria, entre otras, lo cual, genera una incapacidad para la realización de las actividades de forma placentera, elementos implicados en esta dimensión de salud.

Adicionalmente, se halló que el llevar a cabo pocas conductas preventivas, como realizarse exámenes médicos, protegerse del sol, leer instrucciones antes de utilizar medicamentos y mantener una dieta balanceada, se encuentra relacionado con la disfunción social, lo cual puede ser debido a que los empleados

que no se interesan por tomar medidas para su cuidado personal pueden igualmente no estar motivados para la realización de sus actividades cotidianas, así como, tener la impresión de que no están haciendo las cosas bien, ni estar satisfechos con sus acciones.

En cuanto a la variable salud física, se evidenció que los profesionales de enfermería que mantienen un adecuado descanso y sueño tienden a mostrar una mayor salud física. El tener un sueño inadecuado o poco reparador ha sido asociado con un incremento en la probabilidad de que los empleados presenten problemas de salud a medio y largo plazo (Costa, 1996, Knauth y Rutenfranz, 1975; cp. Fernández y Piñol, 2000). Similarmente, Valero y Lázaro (2004), establecen que los trastornos o perturbaciones en el sueño se encuentran relacionados con una mayor incidencia de desórdenes gastrointestinales. Adicionalmente, se ha evidenciado que la baja calidad o cantidad de sueño está asociado con enfermedades coronarias (Knutsson, 2003). Por tanto, se puede deducir que el mantener un adecuado descanso y sueño, así como, incluir momentos de esparcimiento y relajación en la rutina diaria, puede generar un mayor bienestar a nivel físico.

Asimismo, los profesionales de enfermería que presentan bajo consumo de comidas nocivas, tienden a presentar una mayor salud física, puesto que el mantener una dieta saludable, lo cual forma parte de un estilo de vida saludable puede generar una mayor bienestar físico. En este sentido, Diplock, Aggett, Ashwell, Bornet, Fern, Roberfroid (1999; cp. Araya y Lutz, 2003), establecen que los alimentos saludables poseen componentes que afectan las funciones del organismo de manera positiva, promoviendo el mantenimiento de la salud o la disminución del riesgo a enfermar. Se han evidenciado relaciones entre el consumo de alimentos de origen vegetal, esencialmente frutas, verduras, cereales integrales y leguminosas y sus efectos preventivos sobre el cáncer y las enfermedades cardiovasculares (Hasler, 2002; cp. Araya y Lutz, 2003). Asimismo,

Araya y Lutz (2003) plantean que estudios epidemiológicos han demostrado una asociación inversa entre la prevalencia de estas enfermedades y el consumo de frutas y verduras, puesto que estos alimentos son fuentes de antioxidantes, tales como las vitaminas C, E y A y beta caroteno, por tanto, su consumo supone una protección adicional contra la acción nociva de ciertos alimentos que influyen sobre la salud de las personas. Los alimentos que resultan nocivos al ser consumidos en exceso se caracterizan por no poseer compuestos favorables para el organismos y pocos nutrientes y vitaminas, por lo cual cuando estos forman parte de la dieta de los individuos tienden a generar perturbaciones en la salud física, por lo cual, un menor consumo de las mismas se encuentra asociado con un menor reporte de quejas físicas.

Por otra parte, se halló que los empleados de sexo masculino presentan una mayor salud física. Este resultado es consistente con la investigación de Guic, Mora, Rey y Robles (2006) quienes observaron en su muestra de 129 funcionarios de centros de salud, que las mujeres mostraron más síntomas de estrés emocional, así como síntomas físicos, en comparación con los trabajadores de sexo masculino. Asimismo, Katz (1995) y Feldman (1995), plantean que las mujeres tienden a reportar sus problemas físicos en mayor medida que los hombres, ya que las mujeres suelen otorgarle gran importancia a su cuerpo, lo cual las hace ser más susceptibles a percibir los cambios ocurridos en este y a los malestares que experimentan.

En relación con la dimensión consumo de comidas nocivas en exceso de la variable estilo de vida saludable, se obtuvo que, los empleados de enfermería con mayor edad tienden a presentar un bajo consumo de comidas nocivas, lo cual puede deberse a que a medida que los individuos incrementan en edad suelen ser más cuidadosos y atentos con su alimentación, en tanto que, tienden a mantener una dieta balanceada, restringiendo el consumo de alimentos con alto contenido de sal, grasas y azúcares, entre otros, ya que las personas mayores pueden percibir que al envejecer son más susceptibles a sufrir afecciones físicas.

Igualmente al tener mayor edad se le brinda mayor atención a los exámenes y chequeos médicos.

Por su parte, aquellos que laboran en el turno de la tarde y en el turno de la noche, tienden a presentar un estilo de vida menos saludable en términos de consumir una mayor cantidad de alimentos que en exceso resultan dañinos para la salud. Con respecto a este hallazgo, Knauth (2007) expresa que el trabajo nocturno provoca alteraciones en el horario y la secuencia de las comidas. Sugiere que durante la noche, el estómago no puede admitir, en cantidad ni calidad, una típica comida diurna. Por lo tanto, resulta comprensible que los trabajadores del turno de la noche consuman con mayor frecuencia alimentos poco saludables como comida rápida y golosinas que quienes trabajan de día y no en turnos nocturnos.

Igualmente, podría explicarse este hallazgo, por medio de que los empleados que laboral en los turnos de la tarde y los nocturnos, requieren de una mayor ingesta calórica para poder llevar a cabo las actividades que supone su trabajo, así como, para poder mantenerse despiertos durante la noche, con lo cual, los profesionales de enfermería, en el afán de combatir la fatiga que supone el cambio de guardia y tener energía para el mantenimiento de la vigilia, podrían incurrir en un mayor consumo de carbohidratos dulces, golosinas y otros alimentos poco balanceados como la comida rápida.

Con respecto a la dimensión descanso y sueño de la variable estilo de vida, se evidenció que, los empleados que laboran en turnos nocturnos y los que lo hacen en la tarde, tienden a presentar un menor descanso y alteraciones en el sueño, en términos de baja calidad o cantidad del sueño.

Este hallazgo es congruente por lo establecido por Goodrich y Weaver, (1998), quienes establecen que las alteraciones del sueño constituyen el problema

fundamental asociado con trabajar en turnos nocturnos, ya que este esquema de trabajo fuerza al individuo a permanecer alerta, cuando el ciclo del organismo está predispuesto al sueño y a dormir, cuando el organismo se inclina a estar despierto; por lo cual, el patrón de sueño de estos empleados se encuentra notablemente afectado.

Similarmente, Costa, 1996 y Akerstedt, (1990; cp. Fernández y Piñol, 2000), expresan que los empleados con turnos nocturnos, presentan una disminución importante en la duración del sueño y una alteración significativa en su calidad. De forma consistente, Mundet (1995; cp. Calera y Segura, 1998), señala que el trabajar en turnos nocturnos, produce una desincronización en los ritmos biológicos circadianos, reducción de la duración y alteración en la calidad del sueño.

En cuanto a los profesionales de enfermería que laboran en turnos de la tarde, se evidenció una tendencia a terminar el día con poca vitalidad, con cansancio, a incluir pocos momentos de descanso y esparcimiento en su vida diaria, así como, dormir poco y trasnocharse, lo cual se puede explicar debido a que en enfermería el turno de tarde se caracteriza por tener una gran demanda de trabajo y de esfuerzo físico, por lo cual, estos trabajadores pueden sentirse muy agotados al final de la jornada laboral, aspecto que puede incidir negativamente sobre su cantidad o calidad de sueño, así como, en la realización de actividades de descanso y esparcimiento. Adicionalmente, es probable que estos empleados también laboren en turnos nocturnos, aspecto que conllevaría a todos los efectos adversos sobre la salud que implica trabajar en dicho turno.

Se evidenció que los profesionales de enfermería que laboraban en turnos rotativos presentaron un mayor consumo de alimentos que en exceso resultan dañinos para la salud. Dicho resultado puede ser explicado porque los empleados que trabajan en turnos rotativos suelen presentar un mayor cansancio o

agotamiento físico, así como, una disminución en el nivel de energía y alerta, lo cual puede inducirlos a consumir alimentos con un alto contenido calórico para poder mantenerse activos durante la noche y el cambio de guardia y poder así, llevar a cabo sus actividades laborales.

Asimismo, los empleados con turnos rotativos presentan mayores alteraciones en la cantidad y calidad del sueño. De forma consistente con este hallazgo, Fernández y Piñol (2000), señalan que los trabajos a turno requieren de una adaptación constante de un horario a otro, es decir, el organismo se encuentra en un continuo proceso de cambio, por lo cual, es esperado que estos empleados presenten más problemas del sueño que aquellos con horarios convencionales.

Similarmente, Hobson (2004), señala que los cambios de turnos rotativos generan mayores efectos negativos que trabajar bajo un patrón fijo de cambio de turno. Dichos efectos negativos no implican sólo una disrupción del ritmo normal circadiano, sino también fatiga, sueño, irritabilidad, poca agilidad mental y disminución en la eficiencia del desempeño.

Tomando en cuenta los hallazgos obtenidos en la presente investigación, se puede evidenciar que la satisfacción laboral de los profesionales de enfermería no se encuentra afectada sólo por factores organizacionales, sino que es un fenómeno multicausal, en donde variables como el sexo, tipo de institución, la salud psicológica y el estilo de vida que practican los empleados inciden sobre la actitud que éstos presentan hacia su trabajo. En este sentido se encontró que, los profesionales de enfermería con una ansiedad moderada, baja depresión, adecuado descanso y sueño, que realizan conductas preventivas relacionadas con leyes y normas, que laboran en una institución privada y que pertenecen al sexo masculino presentan una mayor satisfacción hacia su trabajo.

Por tanto, se puede determinar que la satisfacción laboral es un fenómeno complejo, por lo cual requiere de la evaluación de factores individuales, organizacionales y culturales para lograr así una comprensión global de dicho fenómeno, asumiendo un enfoque biopsicosocial para el abordaje de esta variable.

En cuanto a los aportes prácticos de la presente investigación, se encuentra la posibilidad de establecer programas de intervención en los contextos clínicos y hospitalarios con el objeto de incrementar la satisfacción laboral de los profesionales de enfermería, tomando para ello, medidas para incrementar su salud psicológica y fomentar un estilo de vida más saludable.

VI. CONCLUSIONES

Tomando en cuenta los resultados de la presente investigación, se puede afirmar que se cumplió en gran parte el modelo de ruta planteado, el cual tenía por objetivo determinar la influencia de la salud psicológica, la salud física, el estilo de vida saludable, el turno laboral, la antigüedad laboral, la edad y el sexo sobre la satisfacción laboral de los profesionales de enfermería, y cómo estas variables se relacionan entre sí.

Se evidenció que, en cuanto a la primera dimensión de la satisfacción laboral, los profesionales de enfermería presentan una baja presión laboral, no consideraron que su trabajo sea monótono y perciben control sobre su trabajo. Observándose que, las mujeres y los profesionales que laboran en instituciones públicas, tienden a presentar una mayor presión laboral, mayor monotonía laboral y menor control sobre las actividades que realizan en su empleo.

En la segunda dimensión de la variable satisfacción laboral, se apreció que los empleados perciben relaciones cordiales en su lugar de trabajo, así como, un alto reforzamiento, competencia y promoción profesional. En este sentido, se halló que las personas que presentan un adecuado descanso y una buena cantidad o calidad de sueño, las personas que presentan un buen estado de salud psicológico en términos de bajos niveles de ansiedad, insomnio y síntomas somáticos, así como, aquellos empleados de enfermería que llevan a cabo conductas preventivas, obedeciendo leyes y normas, presentan mayores niveles en esta dimensión de la satisfacción laboral.

Con respecto a la salud psicológica, se encontraron bajas puntuaciones en las diferentes dimensiones que conforman a esta variable, lo cual refleja que los profesionales de enfermería presentan un nivel moderado bajo de ansiedad,

insomnio y síntomas somáticos, un nivel muy bajo de depresión y un bajo nivel de disfunción social.

Se evidenció que los empleados que reportan mayores quejas y síntomas físicos, los trabajadores que no practican actividades físicas y los profesionales de enfermería que poseen una menor cantidad o calidad de sueño reportan niveles altos de ansiedad.

Adicionalmente, el presentar síntomas de depresión, tales como insatisfacción, incapacidad de disfrute, desesperanza y sensación de vacío, se encuentra asociado con el presentar quejas y síntomas físicos. Por su parte, se halló que una baja calidad o cantidad de sueño y descanso, llevar a cabo pocas conductas preventivas y el consumir sustancias nocivas, se asocia con la inadaptación social y una incapacidad para hacer y disfrutar las actividades diarias.

Al analizar la variable salud física, se obtuvo que la mayoría de la muestra, tiende a reportar un bajo nivel de quejas y síntomas físicos; evidenciándose que los profesionales de enfermería que mantienen un adecuado descanso y sueño, aquellos que presentan un bajo consumo de comidas nocivas y los empleados de sexo masculino, tienden a mostrar una mayor salud física.

En cuanto a la variable estilo de vida saludable, los empleados encuestados presentan un alto consumo de comidas nocivas, una baja tendencia a ejercitarse y practicar actividades físicas, baja cantidad o calidad de sueño, una tendencia a practicar conductas de autocuidado, así como, seguir las normas y leyes establecidas como medidas de prevención y encontrar momentos de descanso y de esparcimiento en su vida diaria. Igualmente, se observó que la mayoría de los profesionales de enfermería pertenecientes a la muestra presentan un bajo consumo de sustancias adictivas; por lo cual, se puede establecer que los

sujetos encuestados en la presente investigación presentan, en general, un estilo de vida saludable.

En relación con la dimensión consumo de comidas nocivas en exceso de la variable estilo de vida saludable, los profesionales de enfermería con mayor edad tienden a presentar un bajo consumo de comidas nocivas; mientras que, aquellos que laboran en el turno de la tarde y en el turno de la noche, tienden a presentar un estilo de vida menos saludable, en términos de consumir una mayor cantidad de alimentos que en exceso resultan dañinos para la salud.

Con respecto a la dimensión descanso y sueño de la variable estilo de vida, los empleados pertenecientes a la muestra que laboran en turnos nocturnos y los que lo hacen en la tarde, tienden a presentar un menor descanso y alteraciones en el sueño, en términos de baja calidad o cantidad del sueño.

En lo referente a los profesionales que laboraban en turnos rotativos, éstos presentaron un mayor consumo de alimentos que en exceso resultan dañinos para la salud, así como, mayores alteraciones en la cantidad y calidad del sueño.

Finalmente, no se encontró una relación significativamente entre la antigüedad en la empresa y la satisfacción laboral. Mientras que las mujeres están menos satisfechas que los hombres, lo cual apoya la idea de que existe una relación entre satisfacción laboral y sexo del trabajador.

VII. RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

En la presente investigación, se emplearon cuestionarios de autorreporte, los cuales, se encuentran influidos por la deseabilidad social, especialmente, al medir variables que exigen un reporte de la percepción de salud del individuo, los profesionales de enfermería pueden alterar sus respuestas, por el hecho de que se espera que estos empleados presenten un buen estado de salud física y psicológica, así como, hábitos saludables.

Otra limitación se relaciona con la técnica de muestreo utilizada, la cual fue intencional o propositiva, lo cual disminuye el poder de generalización de los resultados de la presente investigación.

Adicionalmente, se recomienda tomar en cuenta para próximas investigaciones, el papel que ejerce el tipo de departamento en el cual labore el personal de enfermería, ya que se ha evidenciado que los departamentos al presentar actividades, presiones y exigencias laborales diferentes, pueden influir en el reporte de la salud psicológica y física, así como, en la práctica de hábitos saludables y la satisfacción laboral de los profesionales de enfermería.

Asimismo, se sugiere el estudio de la influencia de las variables síndrome de burnout y el estrés laboral sobre la satisfacción laboral, para obtener una comprensión más amplia de la actitud de los empleados hacia su trabajo.

Se recomienda controlar el nivel de instrucción, ya que en la presente investigación fueron utilizados técnicos superiores y licenciados en enfermería, y estos presentan actividades y compensaciones económicas diferentes, lo cual puede incidir sobre su satisfacción laboral.

Finalmente, se recomienda realizar investigaciones en donde sean empleadas como muestra otras profesiones, para así, comparar y determinar si existen diferencias en cuanto a los factores organizacionales, variables de salud y la satisfacción laboral de los profesionales de enfermería y otros trabajadores.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguiar, M. (2004). *Diagnóstico de satisfacción laboral del personal del departamento de nutrición y dietética. Hospital Universitario de Caracas.* Trabajo de grado para optar al título de Especialista en Gerencia de Servicios de Salud. Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Alarcón, L. (2004). Psicología de la Salud. Recuperado el 8 de enero de 2009 en http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-141-1-psicologia-de-la-salud.html

Alcalá, R., y Ascanio, G. (2008). *Influencia de los años de servicio, el cargo, el estado civil, el estrés, el afrontamiento y la sensibilidad interpersonal positiva en el desgaste profesional de enfermeras de la ciudad de caracas.* Trabajo de grado para optar al título de Licenciado en Psicología. Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Alfredsson, L., Akerstedt, T., Mattsson, M., y Wilborg, B. (1991). Self-reported health and wrell-being amongst night security guards: a comparison with the working population. *Ergonomics, 34,* 525-530.

Álvarez-Ude, F., Fernández-Reyes, M. J., Vázquez, A., Sánchez, R., y Rebollo, P. (2001). Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas. *Nefrología, 21 (2)*, 191-199.

Álvarez, C., Torres, J. y Martínez, C. (2002). Estudio del síndrome de burnout en cirujanos pediatras españoles. *Cirugía pediátrica, 15*, 73-78.

Anastasi, A. y Urbina, S. (1998). *Test Psicológicos.* (7ª ed.). México: Prentice Hall.

Angelucci, L. (2001). *Influencia de las variables sociodemográficas, el apoyo social y locus de control de salud sobre la salud en empleados universitarios.*

Trabajo de ascenso no publicado, Universidad Simón Bolívar, Caracas, Venezuela.

Angelucci, L. (2007). *Efecto de variables emocionales, apoyo social, sexo y edad sobre la condición de salud percibida*. Proyecto de Tesis Doctoral, no publicado. Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Araujo, E. y Moreno, D. (2006). Influencia de las emociones positivas y negativas, apoyo social, sexo y edad sobre la salud. Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado, Escuela de Psicología, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Araya, H. y Lutz, M. (2003). Alimentos funcionales y saludables. *Revista chilena de nutrición, 30 (1)*, 8-14.

Blum, M. y Naylor, J. (1976). *Psicología industrial. Sus fundamentos teóricos y sociales*. México: Trillas.

Briseño, C., Fernández, A. y Herrera, R. (2005). Satisfacción laboral en el personal de enfermería del sector público. *Revista Electrónica de Medicina Intensiva, 30,* (5) 1-6.

Cabrera, C., Franco, S., González, G., Vega, G., Parra., J. e Iñiguez, J. (2004). Satisfacción laboral de profesionales de la salud en el IMSS. *Revista Médica del IMSS, 3 (42)*, 193-198.

Calera, A. y Segura, A. (1998). *Incapacidad temporal y riesgos específicos en medicina hospitalaria.* Ponencia presentada en la cuarta Jornada de medicina quirúrgica de la comunidad valenciana. Valencia, España. Recuperado en octubre, 5 de 2008 en http://www.istas.ccoo.es/descargas/ipar06.pdf

Carrillo, H. y Amaya, M. (2001). Estilos de vida saludables de las enfermeras y docentes de la escuela de enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. *Biblioteca Las Casas, 2 (2).*

Clark, A., Oswald, A. y Warr, P (1996). Is job satisfaction a U-shaped in age?. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 69,* 57-81.

Escuela de Psicología (2002). *Código deontológico de la práctica de la investigación en psicología*. Caracas: Publicaciones UCAB.

Cooper, C., Rout, U. y Faragher, B. (1989). Mental health, job satisfaction and job stress among general practitioners. *British Medical Journal*, *298*, 366- 370.

Daley, A. y Parffit, G. (1996). Good health- Is it worth it? Mood states, physical well-being, job satisfaction and absenteeism in members and non-members of a British corporate health and fitness club. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 69*, 121-134.

Díaz-Campo, Y., Díaz-Campo, C., Puerma Castillo, C., Viedma Lloreda, M., Aulet Ruiz, A., Lázaro Merino, E., Fernández Rodríguez, O. (2008). La calidad del sueño en los profesionales sanitarios de dos Áreas de Salud de Castilla-La Mancha. *Revista Clínica de Medicina de Familia, 2 (4)*, 156-161.

Estévez-Guerra, G , Núñez-González, E., Fariña-López, E., Marrero-Medina, C., Hernández-Marrero, P. (2007). Determinantes de la satisfacción laboral en centros geriátricos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología, 42 (5)*, 285-292.

Evans, S., Huxley, P., Gately, C., Webber, M., Mears, A., Pajak, S., Medina, J.,

Kendall, T., y Katona, C. (2006). Mental health, bournout and job satisfaction among mental health workers in England and Wales. *British Journal of Psychiatry*, *188*, 75-80.

Feldman, L. (1995). *Factores psicosociales asociados a la salud de la mujer con roles múltiples.* Trabajo de ascenso no publicado. Universidad Simón Bolívar, Sartenejas, Venezuela.

Fernández, M., Moinelo, A., Villanueva, A., Andrade, C., Rivera, M , Gómez, J. y Parrilla, O. (2000). Satisfacción laboral de los profesionales de atención primaria del Área 10 del insalud del Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, *74,* 139-147.

Fernández, B. y Paravic, T. (2003). Nivel de satisfacción laboral en enfermeras de hospitales públicos y privados de la provincia de Concepción, Chile. *Ciencia y enfermería, 9 (2).*

Fernández, J. y Piñol, E. (2000). Horario laboral y salud: Consecuencias psicológicas de los turnos de trabajo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 5 (3)*, 207-222

Flores, J. (2001). Estudio comparativo de la relación existente entre la satisfacción laboral, la turnicidad y el estrés laboral. *Bip, 25,* 62-70.

Ford, D. E. y Kamerow, M. D. (1989). Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. *JAMA, 262*, 1479-1484.

Frank E. (2004). Physician health and patient care. *Journal of American Medical Association, 291* (5), 637.

Gatto, M. (2000). Desgaste psíquico en el equipo de salud. *Revista Hospital de*

Oncología María Curie, 4 (16), 357-361.

Gibbons, Flores de Arévalo y Mónico (2004). Assessment of the factor structure and reliability of the 28 item version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in El Salvador. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 4 (2),* 389-398

Gold, D., Rogacz, N., Bock, S., Tosteson, T., Baum, T., Speizer, F., y Czeisler, C. (1992) Rotating shift work, sleep, and accidents related to sleepiness in hospital nurses. *Journal of Public Health, 82* (7), 1011–1014.

Goldberg, D., Williams, P. (1988). *A user´s guide to the General Health Quetionnaire.* Windsor, Berkshire: NFER-NELSON.

Goodrich, S., y Weaver, K. A. (1998). Differences in depressive symptoms between traditional workers and shiftworkers. *Psychological Reports, 83,* 571-576.

Guic, E., Mora, P., Rey, R., y Robles, A. (2006). Estrés organizacional y salud en funcionarios en centros de atención primaria de una comuna de Santiago. *Revista*
Médica de Chile, 134, 447-455.

Hobson, J. (2004). Shift work and doctors' health. *Occupational Medicine*, *12,* 412-413.

Hughes, P.H., Brandenberg, N., Baldwin, D.C. Jr. (1992). Prevalence of substance use among US physicians. *JAMA, 267,* 2333-2339.

Jamal, M. (2004). Burnout, stress and health of employees on non-standards works schedules: A study of Canadian workers, *Stress and Health, 20*, 113-119.

Katz, K. (1995). *Influencia del estrés y el apoyo social sobre la salud de una muestra de estudiantes de bachillerato*. Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado, Escuela de Psicología, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Khuwaja, A., Qureshi, R., Andrades, M., Fatmi, Z., Khuwaja, N. (2007). Comparison of job satisfaction and stress among male and female doctors in teaching hospitals of Karachi. *Journal Ayub Med Coll Abbottabad, 19* (3), 42-45.

Kerlinger, F. N. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales.* (4al ed.). México: McGraw Hill.

Knutsson, A. (2003). Health Disorders of shift workers. *Occupational Medicine, 53,* 103-108.

Landy, F. y Conte, J. (2005). *Psicología industrial: Introducción a la psicología industrial y organizacional.* México: McGraw-Hill.

Leguizamon, L. y Ortiz, V. (2002). Condiciones laborales y de salud en enfermeras de Santafé de Bogotá. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, 2 (1)*, 173-182.

López-Soriano, F., Bernal, L. y Cánovas, A. (2001). Satisfacción laboral de los profesionales en un hospital comarcal de Murcia. *Calidad Asistencial, 16*, 243-246.

Magnusson, D. (1990). *Teoría de los test.* (2ª ed.). México: Editorial Trillas.

Mamani, E., Obando, R., Uribe, A. y Vivanco, M. (2007). Factores que desencadenan el estrés y sus consecuencias en el desempeño laboral en emergencia. *Revista peruana de obstetricia y enfermería, 3 (1)*, 50-57.

Manfredi, A. y Tovar, G. (2004). *Influencia de la percepción de apoyo organizacional, satisfacción laboral, jerarquía, edad, antigüedad y nivel de instrucción sobre el compromiso organizacional en funcionarias de policía municipales de Caracas*. Trabajo de grado para optar por la Licenciatura en Psicología. Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Maslach, C. (1982). Burnout. The cost of caring. New York, U.S.A: Prentice Hall.

Mejía, N., Serna, L. y Sierra, T. (1997). *Descripción de actitudes y prácticas en estilos de vida saludables en médicos y personal de enfermería Metrosalud, 1997*. Trabajo de grado para optar al título de especialista en Epidemiología. Universidad CES, Medellín, Colombia.

Mellner, C., Krantz, G. y Lundberg, U. (2005). Medically unexplained symptoms in women as related to physiological stress responses. *Stress and Health, 21*, 45-52.

Miró, P. (2002). El concepto de "institución". Recuperado en enero, 18 de 2008 en http://www.eumed.net/cursecon/1/instconcepto.htm.

Moguérou, P. (2002). Job satisfaction among US Ph. D. graduates the effects of gender and employment sector. Recuperado en diciembre, 21 de 2008 en http://129.3.20.41/eps/lab/papers/0204/0204002.pdf.

Molina, J., y Andrade, C. (2002). The factor structure of the GHQ-60 in a community sample: A scaled version for the Spanish population. *Advances in Relational Mental Health*, 1, 51-69.

Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E., Rodríguez, C. y Morante M. (2003). El desgaste profesional o Burnout en el profesional de Oncología. *Boletín de Psicología, 79*, 7-20.

Nelson, D.E., Giovino, G. A., Emont, S. L., Brackbill, R., Cameron, L., Peddicord, J., Mowery, P. (1994). Trends in cigarette smoking among US physicians and nurses. *JAMA, 271*, 1273-1276.

Núñez, E. Estévez, G., Hernández, P., y Marrero, C. (2007). Una propuesta destinada a complementar el cuestionario Font-Roja de satisfacción laboral. *Gaceta sanitaria, 21(2),* 136-41.

Núñez, A. y Socorro, D. (2005). *Influencia de la expresividad emocional, ambivalencia emocional, apoyo social, edad, sexo, estado civil sobre la salud psicológica.* Trabajo de grado para optar por la Licenciatura en Psicología. Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Ohta, M., Takigami, C. e Ikeda, M. (2007). Effect of lifestyle, modification program implemented in the community on worker´s job satisfaction. *Industrial Health, 45*, 49-55.

Organización Mundial de la Salud. (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud.

Oshagbemi, T (2000). Is length of service related to the level of job satisfaction?. *International Journal of Social Economics, 27,* 203-226

Papalia, D., Wendkos, S. y Duskin, R. (2002). *Desarrollo humano* (8va ed.). Bogotá: McGrawHill.

Parra K. y Peñuela R. (2008). *Efecto del compromiso organizacional, la satisfacción laboral, el apoyo organizacional percibido y factores sociodemográficos sobre la salud autopercibida de empleados de una red de supermercados*. Tesis para optar por la Licenciatura en Psicología. Universidad Católica Andrés Bello: Caracas.

Pérez Rubio, J. A. (1997). Motivación y satisfacción laboral: Retrospectiva sobre sus formas de análisis. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas, 80,* 133-167.

Pérez, J. y Robira, R. (2003) Influencia de los aspectos subjetivos y ambientales en la satisfacción de los empleados públicos: el caso de extremadura. *Revista del Ministerio del Trabajo y Asuntos sociales, 46*, 169-183.

Peterson M. y Dunnagan, T. (1998), Analysis of a worksite health promotion program´s impact on job satisfaction. *Journal of Occupational Environment Medicine, 40*, 973-979.

Piña, J. y Rivera, B. (2006). Psicología de la Salud: algunas reflexiones críticas sobre su qué y para qué. *Universitas Psychological, 5(3)*, 669-679.

Robbins, S. (2004). *Comportamiento Organizacional.* (10ª ed). México: Prentice-Hall.

Robles, M. Dierssen, T., Martínez, E. Herrera, P., Díaz, A. y Llorca, J. (2005). Variables relacionadas con la satisfacción laboral: un estudio transversal a partir del modelo EFQM. *Gaceta Sanitaria, 19* (2), 127-134

Rout, U. (1999). Gender differences in stress, satisfaction and mental wellbeing among general practitioners in England. *Psychology, Health and Medicine*, *4 (4)*, 345-354.

Salazar, I. y Arrivillaga, M. (2004). El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, como parte del estilo de vida de jóvenes universitarios. *Revista Colombiana de Psicología, 13*, 74-89.

Sanabria, P., González, L., Urrego, D. (2007). Estilos de vida saludables en profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratorio. *Revista Médica, 15* (2), 307-217.

Schultz, D. (1991). *Psicología industrial* (3ª ed.). México: Nueva Editorial Interamericana.

Siegel, L. y Lane, I. (1980). *Psicología de las organizaciones industriales*. México: C.E.C.S.A.

Sierra, R. (1991). *Diccionario práctico de estadística y técnicas de investigación científica.* Madrid: Paraninfo.

Umaña, A. (2007). Relación entre estilos de vida y condición de salud de las (los) profesionales en enfermería, Hospital de Guápiles, 2005. *Enfermería en Costa Rica*, *28* (1), 5-12.

Valero, H. y Lázaro, E. (2004). Efectos de la turnicidad laboral sobre la calidad del sueño y la percepción de salud. *Revista Cubana de Salud*, *5* (1), 10-19.

Vásquez, F, S. (2001). *Compromiso organizacional y satisfacción laboral. Predictores de la intención del empleado de dejar la organización.* Trabajo de grado de maestría no publicada. Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Vickers, K., Patten, C , Lane, K., Clark, M., Croghan, I., Schroeder, D. y Hurt, R.

(2003). Depressed versus nondepressed young adult tobacco users differences in coping style weight concerns and exercise. *Health Pshychology, 22 (5)*, 498-503.

Wilkins, K. y Beaudet, M. (1998). Work stress and health. *Health Reports, 10 (3)*, 47-62.

ANEXO A

Cuestionario Font Roja de Satisfacción Laboral

Instrumento A

A continuación se le presenta un cuestionario que tiene por objetivo evaluar la satisfacción que usted presenta con su trabajo. Recuerde responder de la forma más sincera posible y que no hay respuestas correctas o incorrectas.

	Muy en desacuerdo	Desacuerdo	Medianamente de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Mi trabajo en el hospital no varía					
2. Tengo poca responsabilidad en mi trabajo					
3. Al final de la jornada me siento muy cansado					
4. No me desconecto del trabajo cuando estoy fuera del hospital					
5. Pocas veces me tengo que emplear a fondo para realizar mi trabajo					
6. Pocas veces mi trabajo altera mi ánimo, mi salud o mis horas de sueño					
7. En mi trabajo me encuentro muy satisfecho					
8. Tengo poca independencia para organizar mi trabajo					
9. Tengo pocas oportunidades de aprender cosas nuevas					
10. Tengo poco interés por las cosas que realizo en mi trabajo					
11. Tengo la sensación de que lo que estoy haciendo no vale la pena					
12. Obtengo reconocimiento por mi trabajo					
13. La relación con mis					

jefes es cordial					
14. Las relaciones con mis compañeros son cordiales					
15. El sueldo que percibo es adecuado					
16. Ocupo el puesto que merezco por capacidad y preparación					
17. Tengo muchas posibilidades de promoción profesional					
18. Tengo la sensación de que me falta tiempo para realizar mi trabajo					
19. Sé lo que se espera de mi en mi trabajo					
20. Creo que mi trabajo es excesivo					
21. Los problemas de mis compañeros de trabajo me afectan					
22. Con frecuencia siento no estar capacitado para realizar mi trabajo					
23. Con frecuencia siento no tener recursos suficientes para realizar mi trabajo tan bien como sería deseable					
24. La competitividad me causa estrés o tensión					

ANEXO B

Cuestionario de Salud General de Goldberg

Instrumento B

El siguiente cuestionario tiene por finalidad saber cómo ha percibido su salud, en general, durante las últimas semanas. Por favor, conteste a TODAS las preguntas marcando con una "X" la respuesta, que según su criterio, mejor se adapte a su situación. Recuerde que solo debe responder sobre los problemas recientes (último mes), no sobre los que tuvo en el pasado. Es importante que intente contestar TODAS las preguntas.

NO= No, en absoluto.
IGUAL= Igual que lo habitual.
BASTANTE= Bastante más que lo habitual.
MUCHO= Mucho más que lo habitual.

ULTIMAMENETE:

	No	Igual	Bastante	Mucho
1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?				
2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?				
3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?				
4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?				
5. ¿Ha padecido de dolores de cabeza?				
6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza o que la cabeza le va a estallar?				
7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?				
8. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño?				
9. ¿Ha tenido dificultades para dormir seguido toda la noche?				
10. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?				
11. ¿Se ha notado con los nervios "a flor de piel" y malhumorado?				
12. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?				
13. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le bien encima?				
14. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar"?				
15. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?				
16. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?				
17. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?				
18. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?				
19. ¿Ha sentido que ha desempeñado un papel útil en la vida?				

20. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?				
21. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?				
22. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale la pena para nada?				
23. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanzas?				
24. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?				
25. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse del medio"?				
26. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios alterados?				
27. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?				
28. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?				

ANEXO C

Cuestionario de Salud Física

Instrumento C

A continuación se le presenta un conjunto de cuestionarios acerca de diferentes aspectos relacionados con la salud y emociones. Por favor lea detenidamente cada una de las instrucciones de cada cuestionario y no deje preguntas sin contestar. Los datos serán analizados sólo con fines de investigación. Las encuestas son anónimas y se resguardará la confidencialidad.

En las dos últimas semanas ¿Con que frecuencia ha tenido usted alguno de los siguientes dolores, síntomas o malestares?	Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Muchas veces
Dolor de Huesos, de columna o de las articulaciones				
Mareos o vahídos				
Tos, catarro o gripe				
Tobillos hinchados				
Cansancio sin razón aparente				
Dificultad para dormir				
Debilidad en las piernas				
Dificultad para respirar o sensación de falta de aire				
Palpitaciones / taquicardia				
Dolor u opresión del pecho				
Manos o pies fríos				
Sueño durante el día				
Boca seca				
Sensación de náuseas o ganas de vomitar				
Gases				
Levantarse a orinar por las noches				
Dificultad para controlar la orina				
Zumbido de oídos				
Hormigueos en los brazos o en las piernas				
Picazón en el cuerpo				
Sofocos				
Llorar con facilidad				
Dolor de cabeza/jaquecas				
Malestar estomacal				
Pérdida del apetito				
Problemas en la piel				

ANEXO D

Cuestionario de Prácticas y Creencias Sobre Estilos de Vida

Instrumento D

Interesa evaluar las prácticas relacionadas con el estilo de vida. Marque con una "X" la casilla que mejor describa su comportamiento. Por favor, se le pide que conteste de la forma más sincera posible, recordando que la información es confidencial y que no existen respuestas correctas e incorrectas.

	Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca
CONDICIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE				
1 Hace ejercicio, camina, trota o juega algún deporte				
2. Termina el día con vitalidad y sin cansancio				
3. Mantiene el peso corporal estable				
4 Realiza ejercicios que le ayuden al funcionamiento cardiaco				
5 Practica ejercicios que le ayuden a estar tranquilo (taichi, kung fu, yoga, danza, meditación, relajación autodirigida)				
6. Participa en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión				

RECREACIÓN Y MANEJO DEL TIEMPO LIBRE				
7. Practica actividades físicas de recreación				
8. Incluye momentos de descanso en su vida diaria				
9. Comparte con su familia y/o amigos del tiempo libre				
10. En su tiempo libre realiza actividades de recreación (cine, leer, pasear)				
11. Destina parte de su tiempo libre para actividades académicas o laborales				

AUTOCUIDADO Y CUIDADO MÉDICO				
12. Va al odontólogo por lo menos una vez al año				
13. Va al médico por lo menos una vez al año				
14. Cuando se expone al sol, usa protectores solares				
15. Evita las exposiciones prolongadas				

al sol				
16. Chequea al menos una vez al año su presión arterial				
17. Lee y sigue las instrucciones cuando utiliza algún medicamento				
18. Realiza exámenes de colesterol, triglicéridos y glicemia una vez al año				
19. Se automedica y/o acude al farmaceuta en caso de dolores musculares, de cabeza o estados gripales				
20. Consume medicinas sin prescripción médica (anfetaminas, antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos)				
21. Observa su cuerpo con detenimiento para observar cambios físicos				
22. PARA MUJERES: Se examina los senos en búsqueda de nódulos u otros cambios, al menos una vez al mes				
23. PARA MUJERES: Se toma la citología anualmente				
24. PARA HOMBRES: Se examina los testículos en búsqueda de nódulos u otros cambios, al menos una vez al mes				
25. PARA HOMBRES MAYORES DE 40 AÑOS: Se realiza exámenes de próstata anualmente				
26. Cuando realiza una actividad física (levanta pesas, monta bicicleta, bucea, nada, etc.) utiliza las medidas de protección respectivas				
27. Maneja bajo los efectos de licor u otras drogas				
28. Aborda un vehículo manejado por algún conductor bajo los efectos del licor u otras drogas				
29. Obedece las leyes del tránsito, sea peatón o conductor				
30. Como conductor o pasajero usa el cinturón de seguridad				
31. Atiende las señales de seguridad (extinguidores, cintas amarillas, letreros como "zona de refugio", etc.)				
32. PARA LOS COLABORADORES: Toma las medidas preventivas (guantes, cascos, cinturones, botas, protectores de pantalla, etc.) relacionada con su trabajo				

HÁBITOS ALIMENTICIOS				
33. ¿Consume entre cuatro y ocho vasos de agua al día?				
34. ¿Añade sal a las comidas en la mesa?				
35. ¿Añade azúcar a las bebidas en la mesa?				
36. ¿Consume más de cuatro gaseosas en la semana?				
37. ¿Consume dulces, helados y pasteles más de dos veces en la semana?				
38. ¿Su alimentación incluye vegetales, frutas, panes, cereales, productos lácteos, granos enteros y fuentes adecuadas de proteínas?				
39. ¿Limita su consumo de grasas (mantequilla, queso crema, carnes grasosas, mayonesas y salsas en general)?				
40. ¿Come pescado y pollo, más que carnes rojas?				
41. ¿Mecatea?				
42. ¿Come carne más de cuatro veces a la semana?				
43. ¿Consume carnes frías (jamón, mortadela, salchichas, tocineta)?				
44. ¿Consume productos ahumados?				
45. ¿Mantiene un horario regular en las comidas?				
46. ¿Evita las dietas y los métodos que le prometen una rápida y fácil pérdida de peso?				
47. ¿Desayuna antes de iniciar su actividad diaria?				
48. ¿Consume comidas que contienen ingredientes artificiales o químicos (colorantes y preservativos)?				
49. ¿Consume comidas rápidas (pizza, hamburguesa, perros caliente)?				

CONSUMO DE ALCOHOL TABACO Y OTRAS DROGAS				
50. PARA FUMADORES: ¿Fuma cigarrillo o tabaco?				
51. PARA FUMADORES: ¿Fuma más de media cajetilla a la semana?				
52. PARA NO FUMADORES: ¿Prohíben que fumen en su presencia?				
53. ¿Consume licor al menos dos veces a la semana?				
54. ¿Cuándo empieza a beber puede				

reconocer en que momento debe parar?				
55. ¿Consume licor o alguna otra droga cuando se enfrenta a situaciones de angustia o problemas en su vida?				
56. ¿Consume drogas (marihuana, cocaína, bazuco, éxtasis, achís, entre otras)?				
57. ¿Dice "no" a todo tipo de drogas?				
58. ¿Consume más de dos tazas de café al día?				
59. ¿Consume más de tres cocas-colas en la semana?				

SUEÑO				
60. ¿Duerme al menos siete horas diarias?				
61. ¿Trasnocha?				
62. ¿Duerme bien y se levanta descansado?				
63. ¿Le cuesta trabajo quedarse dormido?				
64. ¿Se despierta en varias ocasiones durante la noche?				
65. ¿Se levanta en la mañana con la sensación de una noche mal dormida?				
66. ¿Hace siesta?				
67. ¿Se mantiene con sueño durante todo el día?				
68. ¿Utiliza pastillas para dormir?				
69. Respeta sus horarios de sueño, teniendo en cuenta la planeación de sus actividades (ej. No se trasnocha previamente a un parcial o a la entrega de un trabajo)?				

ANEXO E

Cuadernillo Para la Prueba Piloto

A continuación se le presenta un conjunto de cuestionarios. Por favor lea detenidamente las instrucciones de cada cuestionario y no deje preguntas sin contestar. Los datos serán analizados sólo con fines de investigación. Las encuestas son anónimas y se resguardará la confidencialidad.

Sexo: F ____ M ____

Edad: ____

Cargo que desempeña: _____

Antigüedad en el cargo (años, meses): ____

¿Qué turno regularmente desempeña usted?

Mañana: ____

Tarde: ____

Noche: ____

Aparte del turno que regularmente desempeña, ¿realiza otro?

Si: ____ ¿Cuál? Mañana: ____ No: ____

Tarde: ____

Noche: ____

Instrumento A

Con el objeto de evaluar las prácticas relacionadas con el estilo de vida. Marque con una "X" la casilla que mejor describa su comportamiento. Por favor conteste de la forma más sincera posible, recordando que la información es confidencial y que no existen respuestas correctas e incorrectas.

	Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1. Hace ejercicio, camina, trota o juega algún deporte.				
2. Termina el día con vitalidad y sin cansancio.				
3. Mantiene estable el peso corporal.				
4. Realiza ejercicios que le ayuden a tener un adecuado funcionamiento cardiaco.				
5. Practica ejercicios que le ayuden a estar tranquilo (taichi, kung fu, yoga, danza, meditación).				
6. Participa en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión.				
7. Practica actividades físicas de recreación.				
8. Incluye momentos de descanso en su vida diaria.				
9. Comparte con su familia o amigos en su tiempo libre.				
10. En su tiempo libre realiza actividades de recreación (cine, leer, pasear).				
11. En los últimos seis meses ha ido al odontólogo.				
12. En los últimos seis meses ha ido al médico.				
13. Cuando se expone al sol, usa protectores solares.				
14. Evita las exposiciones prolongadas al sol.				
15. En los últimos seis meses ha chequeado su presión arterial.				

	Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
16. Lee y sigue las instrucciones cuando utiliza algún medicamento				
17. En los últimos seis meses se ha realizado exámenes de colesterol, triglicéridos y glicemia.				
18. Se automedica en caso de dolores musculares, de cabeza o estados gripales.				
19. Consume medicamentos ansiolíticos, tranquilizantes o estimulantes sin prescripción médica.				
20. Observa su cuerpo con detenimiento para observar cambios físicos.				
21. En los últimos seis meses se ha realizado exámenes de urología o ginecología según sea el caso.				
22. Cuando realiza una actividad física (levanta pesas, monta bicicleta, nada, etc.) utiliza las medidas de protección respectivas.				
23. Maneja bajo los efectos de licor u otras drogas.				
24. Aborda un vehículo manejado por algún conductor bajo los efectos del licor u otras drogas.				
25. Obedece las leyes del tránsito, sea peatón o conductor.				
26. Como conductor o pasajero usa el cinturón de seguridad.				
27. Atiende las señales de seguridad (extinguidores, cintas amarillas, letreros como "zona de refugio", etc.).				
28. ¿Consume entre cuatro y ocho vasos de agua al día?				
29. ¿Consume alimentos salados?				
30. ¿Añade azúcar a las bebidas en la mesa?				
31. ¿Consume más de cuatro gaseosas en la semana?				
32. ¿Consume dulces, helados y pasteles más de dos veces en la semana?				

	Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
33. ¿Su alimentación incluye alimentos balanceados?				
34. ¿Limita su consumo de grasas (mantequilla, queso crema, carnes grasosas, mayonesas y salsas en general)?				
35. ¿Come pescado y pollo, más que carnes rojas?				
36. ¿Come golosinas o chucherías?				
37. ¿Come carne más de cuatro veces a la semana?				
38. ¿Consume embutidos (jamón, mortadela, salchichas, tocineta)?				
39. ¿Consume productos ahumados?				
40. ¿Mantiene un horario regular en las comidas?				
41. ¿Evita las dietas y los métodos que le prometen una rápida y fácil pérdida de peso?				
42. ¿Desayuna antes de iniciar su actividad diaria?				
43. ¿Consume comidas que contienen ingredientes artificiales o químicos (colorantes y preservativos)?				
44. ¿Consume comidas rápidas (pizza, hamburguesa, perros caliente)?				
45. ¿Fuma más de dos cigarrillos al día?				
46. ¿Prohíbe que fumen en su presencia?				
47. ¿Consume licor al menos dos veces a la semana?				
48. ¿Cuándo empieza a beber puede reconocer en que momento debe parar?				
49. ¿Consume drogas (marihuana, cocaína, bazuco, éxtasis, achís,)?				
50. ¿Dice "no" a todo tipo de drogas?				

	Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
51. ¿Consume más de dos tazas de café al día?				
52. ¿Consume más de tres refrescos de cola en la semana?				
53. ¿Duerme al menos siete horas diarias?				
54. ¿Se trasnocha?				
55. ¿Se levanta descansado luego de haber dormido?				
56. ¿Le cuesta trabajo quedarse dormido?				
57. ¿Se despierta en varias ocasiones durante la noche?				
58. ¿Hace siesta?				
59. ¿Se mantiene con sueño parte del día?				
60. ¿Utiliza pastillas para dormir?				

Instrumento B

A continuación se le presenta un cuestionario que tiene por objetivo evaluar diferentes aspectos de su trabajo. Recuerde responder según la escala, de la forma más sincera posible y que no hay respuestas correctas o incorrectas.

	Muy en desacuerdo	Desacuerdo	Medianamente de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Mi trabajo en el hospital **no** varía.					
2. Tengo poca responsabilidad en mi trabajo.					
3. Me siento muy cansado al final de la jornada.					
4. Cuando estoy fuera del hospital, **no** me desconecto del trabajo.					
5. Me tengo que esforzar bastante para realizar mi trabajo.					
6. Pocas veces mi trabajo altera mi ánimo, mi salud o mis horas de sueño.					
7. Me encuentro satisfecho en mi trabajo.					
8. Tengo poca independencia para organizar mi trabajo.					
9. Tengo pocas oportunidades de aprender cosas nuevas.					
10. Tengo poco interés por las cosas que realizo en mi trabajo.					
11. Tengo la sensación de que lo que estoy haciendo **no** vale la pena.					

	Muy en desacuerdo	Desacuerdo	Medianamente de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
12. Obtengo reconocimiento por mi trabajo.					
13. La relación con mis jefes es cordial.					
14. Las relaciones con mis compañeros de trabajo son cordiales.					
15. El sueldo que percibo es adecuado.					
16. Ocupo el puesto que merezco por capacidad y preparación.					
17. Tengo posibilidades de ascenso profesional					
18. Tengo la sensación de que me falta tiempo para realizar mi trabajo.					
19. Sé lo que se espera de mí en mi trabajo.					
20. Creo que mi trabajo es excesivo.					
21. Me afectan los problemas de mis compañeros de trabajo.					
22. Siento **no** estar capacitado para realizar mi trabajo.					
23. Siento **no** tener recursos suficientes para realizar mi trabajo tan bien como sería deseable.					
24. La competitividad me causa estrés o tensión					

ANEXO F

Cuadernillo Definitivo

A continuación se le presenta un conjunto de cuestionarios. Por favor lea detenidamente las instrucciones de cada cuestionario y no deje preguntas sin contestar. Los datos serán analizados sólo con fines de investigación. Las encuestas son anónimas y se resguardará la confidencialidad.

Sexo: F ____ M ____

Edad: ____

Cargo que desempeña: _____

Antigüedad en el cargo (años, meses): _____

¿Qué turno regularmente desempeña usted?

Mañana: _____

Tarde: _____

Noche: _____

Aparte del turno que regularmente desempeña, ¿realiza otro?

Si: ____ ¿Cuál? Mañana: _____ No: _____

Tarde: _____

Noche: _____

Instrumento A

Con el objeto de evaluar las prácticas relacionadas con el estilo de vida. Marque con una "X" la casilla que mejor describa su comportamiento. Por favor conteste de la forma más sincera posible a TODAS las preguntas. La información es confidencial y no existen respuestas correctas o incorrectas.

	Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1. Hace ejercicio, camina, trota o juega algún deporte.				
2. Termina el día con vitalidad y sin cansancio.				
3. Mantiene estable el peso corporal.				
4. Realiza ejercicios que le ayuden a tener un adecuado funcionamiento cardiaco.				
5. Practica ejercicios que le ayuden a estar tranquilo (taichi, kung fu, yoga, danza, meditación).				
6. Participa en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión.				
7. Practica actividades físicas de recreación.				
8. Incluye momentos de descanso en su vida diaria.				
9. Comparte con su familia o amigos en su tiempo libre.				
10. En su tiempo libre realiza actividades de recreación (cine, leer, pasear).				
11. En los últimos seis meses ha ido al odontólogo.				
12. En los últimos seis meses ha ido al médico.				
13. Cuando se expone al sol, usa protectores solares.				
14. Evita las exposiciones prolongadas al sol.				
15. En los últimos seis meses ha chequeado su presión arterial.				

	Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
16. Lee y sigue las instrucciones cuando utiliza algún medicamento				
17. En los últimos seis meses se ha realizado exámenes de colesterol, triglicéridos y glicemia.				
18. Se automedica en caso de dolores musculares, de cabeza o estados gripales.				
19. Consume medicamentos ansiolíticos, tranquilizantes o estimulantes sin prescripción médica.				
20. Observa su cuerpo con detenimiento para observar cambios físicos.				
21. En los últimos seis meses se ha realizado exámenes de urología o ginecología según sea el caso.				
22. Cuando realiza una actividad física (levanta pesas, monta bicicleta, nada, etc.) utiliza las medidas de protección respectivas.				
23. Maneja bajo los efectos de licor u otras drogas.				
24. Aborda un vehículo manejado por algún conductor bajo los efectos del licor u otras drogas.				
25. Obedece las leyes del tránsito, sea peatón o conductor.				
26. Como conductor o pasajero usa el cinturón de seguridad.				
27. Atiende las señales de seguridad (extinguidores, cintas amarillas, letreros como "zona de refugio", etc.).				
28. ¿Consume entre cuatro y ocho vasos de agua al día?				
29. ¿Consume alimentos salados?				
30. ¿Añade azúcar a las bebidas en la mesa?				
31. ¿Consume más de cuatro gaseosas en la semana?				
32. ¿Consume dulces, helados y pasteles más de dos veces en la semana?				

	Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
33. ¿Su alimentación incluye alimentos balanceados?				
34. ¿Limita su consumo de grasas (mantequilla, queso crema, carnes grasosas, mayonesas y salsas en general)?				
35. ¿Come pescado y pollo, más que carnes rojas?				
36. ¿Come golosinas o chucherías?				
37. ¿Come carne más de cuatro veces a la semana?				
38. ¿Consume embutidos (jamón, mortadela, salchichas, tocineta)?				
39. ¿Consume productos ahumados?				
40. ¿Mantiene un horario regular en las comidas?				
41. ¿Evita las dietas y los métodos que le prometen una rápida y fácil pérdida de peso?				
42. ¿Desayuna antes de iniciar su actividad diaria?				
43. ¿Consume comidas que contienen ingredientes artificiales o químicos (colorantes y preservativos)?				
44. ¿Consume comidas rápidas (pizza, hamburguesa, perros caliente)?				
45. ¿Fuma más de dos cigarrillos al día?				
46. ¿Prohíbe que fumen en su presencia?				
47. ¿Consume licor al menos dos veces a la semana?				
48. ¿Consume drogas como marihuana, cocaína, bazuco, éxtasis, achís,)?				
49. ¿Dice "**no**" a todo tipo de drogas?				
50. ¿Consume más de dos tazas de café al día?				

	Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
51. ¿Consume más de tres refrescos de cola en la semana?				
52. ¿En las noches, duerme lo suficiente?				
53. ¿Se trasnocha?				
54. ¿Se levanta descansado luego de haber dormido?				
55. ¿Le cuesta trabajo quedarse dormido?				
56. ¿Se despierta en varias ocasiones durante la noche?				
57. ¿Se mantiene con sueño parte del día?				
58. ¿Utiliza pastillas para dormir?				

Instrumento B

El siguiente cuestionario tiene por finalidad saber cómo ha percibido su salud, en general, durante las últimas semanas. Por favor, conteste a TODAS las preguntas marcando con una "X" la respuesta, que según su criterio, mejor se adapte a su situación. Recuerde que solo debe responder sobre los problemas recientes (último mes), no sobre los que tuvo en el pasado. Es importante que intente contestar TODAS las preguntas.

NO= No, en absoluto.
IGUAL= Igual que lo habitual.
BASTANTE= Bastante más que lo habitual.
MUCHO= Mucho más que lo habitual.

ÚLTIMAMENTE:

	No	Igual	Bastante	Mucho
1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?				
2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?				
3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?				
4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?				
5. ¿Ha padecido de dolores de cabeza?				
6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza o que la cabeza le va a estallar?				
7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?				
8. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño?				
9. ¿Ha tenido dificultades para dormir seguido toda la noche?				
10. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?				
11. ¿Se ha notado con los nervios "a flor de piel" y malhumorado?				
12. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?				
13. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le bien encima?				
14. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar"?				
15. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?				

	No	Igual	Bastante	Mucho
16. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?				
17. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?				
18. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?				
19. ¿Ha sentido que ha desempeñado un papel útil en la vida?				
20. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?				
21. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?				
22. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale la pena para nada?				
23. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanzas?				
24. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?				
25. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse del medio"?				
26. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios alterados?				
27. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?				
28. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?				

Instrumento C

A continuación se le presenta un cuestionario acerca de diferentes aspectos relacionados con su salud física. Por favor no deje preguntas sin contestar. La encuesta es anónima y se resguardará la confidencialidad.

En las dos últimas semanas ¿Con que frecuencia ha tenido usted alguno de los siguientes dolores, síntomas o malestares?	Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Muchas veces
Dolor de Huesos, de columna o de las articulaciones				
Mareos o vahídos				
Tos, catarro o gripe				
Tobillos hinchados				
Cansancio sin razón aparente				
Dificultad para dormir				
Debilidad en las piernas				
Dificultad para respirar o sensación de falta de aire				
Palpitaciones / taquicardia				
Dolor u opresión del pecho				
Manos o pies fríos				
Sueño durante el día				
Boca seca				
Sensación de náuseas o ganas de vomitar				
Gases				
Levantarse a orinar por las noches				
Dificultad para controlar la orina				
Zumbido de oídos				
Hormigueos en los brazos o en las piernas				
Picazón en el cuerpo				
Sofocos				
Llorar con facilidad				
Dolor de cabeza/jaquecas				
Malestar estomacal				
Pérdida del apetito				
Problemas en la piel				

Instrumento D

A continuación se le presenta un cuestionario que tiene por objetivo evaluar diferentes aspectos de su trabajo. Recuerde responder de la forma más sincera posible a todos los planteamientos.

	Muy en desacuerdo	Desacuerdo	Medianamente de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Mi trabajo en el hospital **no** varía.					
2. Tengo poca responsabilidad en mi trabajo.					
3. Cuando estoy fuera del hospital, **no** me desconecto del trabajo.					
4. Me tengo que esforzar bastante para realizar mi trabajo.					
5. Pocas veces mi trabajo altera mi ánimo, mi salud o mis horas de sueño.					
6. Tengo poca independencia para organizar mi trabajo.					
7. Tengo pocas oportunidades de aprender cosas nuevas.					
8. Tengo poco interés por las cosas que realizo en mi trabajo.					
9. Tengo la sensación de que lo que estoy haciendo **no** vale la pena.					
10. Obtengo reconocimiento por mi trabajo.					
11. La relación con mis jefes es cordial.					

	Muy en desacuerdo	Desacuerdo	Medianamente de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
12. Las relaciones con mis compañeros de trabajo son cordiales.					
13. El sueldo que percibo es adecuado.					
14. Ocupo el puesto que merezco por capacidad y preparación.					
15. Tengo posibilidades de ascenso profesional					
16. Tengo la sensación de que me falta tiempo para realizar mi trabajo.					
17. Sé lo que se espera de mí en mi trabajo.					
18. Creo que mi trabajo es excesivo.					
19. Me afectan los problemas de mis compañeros de trabajo.					
20. Siento **no** estar capacitado para realizar mi trabajo.					
21. Siento **no** tener recursos suficientes para realizar mi trabajo tan bien como sería deseable.					
22. La competitividad me causa estrés o tensión					

ANEXO G

Análisis de Confiabilidad de los Instrumentos

G1 Análisis de confiabilidad de la variable estilo de vida saludable

A N A L I S I S C O N F I A B I L I D A D - E S C A L A (A L P H A)

		Media	Estd Desv	Casos
1.	ITEM1_EV	1,0546	,8625	238,0
2.	ITEM2_EV	,9874	,7144	238,0
3.	ITEM3_EV	1,6597	1,0259	238,0
4.	ITEM4_EV	,9328	,9828	238,0
5.	ITEM5_EV	,3403	,7099	238,0
6.	ITEM6_EV	,5462	,8883	238,0
7.	ITEM7_EV	,9832	,8665	238,0
8.	ITEM8_EV	1,6471	,9009	238,0
9.	ITEM9_EV	2,2017	,8225	238,0
10.	ITEM10_E	1,9958	,8930	238,0
11.	ITEM11_E	1,3908	1,0882	238,0
12.	ITEM12_E	1,5252	,9308	238,0
13.	ITEM13_E	1,9370	1,1511	238,0
14.	ITEM14_E	2,0084	,9413	238,0
15.	ITEM15_E	1,5420	1,0536	238,0
16.	ITEM16_E	2,6261	,6988	238,0
17.	ITEM17_E	1,3866	1,1146	238,0
18.	ITEM18_E	1,3277	,9688	238,0
19.	ITEM19_E	,0882	,4267	238,0
20.	ITEM20_E	1,9244	,9692	238,0
21.	ITEM21_E	1,6261	1,1056	238,0
22.	ITEM22_E	1,1681	1,1200	238,0
23.	ITEM23_E	,0672	,3110	238,0
24.	ITEM24_E	2,7773	,5082	238,0
25.	ITEM25_E	2,3487	,8320	238,0
26.	ITEM26_E	2,1261	1,0357	238,0
27.	ITEM27_E	2,3824	,8324	238,0
28.	ITEM28_E	1,6387	,9742	238,0
29.	ITEM29_E	1,8782	,8305	238,0
30.	ITEM30_E	1,8908	,9747	238,0
31.	ITEM31_E	2,1387	1,0361	238,0
32.	ITEM32_E	1,5252	,9708	238,0
33.	ITEM33_E	1,9664	,7948	238,0
34.	ITEM34_E	1,6261	,8947	238,0
35.	ITEM35_E	1,9370	,8813	238,0
36.	ITEM36_E	1,5588	,8336	238,0
37.	ITEM37_E	1,9622	,8779	238,0
38.	ITEM38_E	1,6345	,8196	238,0
39.	ITEM39_E	2,0840	,6635	238,0
40.	ITEM40_E	1,2017	,9901	238,0
41.	ITEM41_E	1,6975	1,1367	238,0
42.	ITEM42_E	1,8739	1,0874	238,0
43.	ITEM43_E	1,8655	,6678	238,0
44.	ITEM44_E	1,7521	,6310	238,0
45.	ITEM45_E	2,8151	,5877	238,0
46.	ITEM46_E	1,6092	1,1740	238,0
47.	ITEM47_E	2,6975	,5520	238,0
48.	ITEM48_E	2,9412	,3627	238,0

49.	ITEM49_E	,3866	,9775	238,0
50.	ITEM50_E	1,8655	1,1578	238,0
51.	ITEM51_E	2,1639	,9648	238,0
52.	ITEM52_E	1,4958	,9129	238,0
53.	ITEM53_E	1,5294	,8551	238,0
54.	ITEM54_E	1,4286	,8476	238,0
55.	ITEM55_E	2,2899	,8087	238,0
56.	ITEM56_E	2,0798	,8654	238,0
57.	ITEM57_E	1,8908	,7718	238,0
58.	ITEM58_E	2,9286	,2739	238,0

Estadísticos por	Media	Varianza	Estd. Desv	N de Variables
ESCALA	98,9538	275,8586	16,6090	58

A N A L I S I S C O N F I A B I L I D A D- E S C A L A (A L P H A)

Ítem-total Estadísticos

	Media de la escala si el ítem es eliminado	Varianza de la escala si el ítem es eliminado	Correlación del ítem con la escala total	Alfha si el ítem es eliminado
ITEM1_EV	97,8992	263,3062	,4219	,8449
ITEM2_EV	97,9664	268,7077	,2835	,8475
ITEM3_EV	97,2941	264,7317	,3018	,8470
ITEM4_EV	98,0210	261,6493	,4165	,8447
ITEM5_EV	98,6134	267,4280	,3414	,8466
ITEM6_EV	98,4076	265,0864	,3452	,8462
ITEM7_EV	97,9706	263,1848	,4241	,8448
ITEM8_EV	97,3067	266,0448	,3063	,8469
ITEM9_EV	96,7521	267,4699	,2867	,8473
ITEM10_E	96,9580	267,4159	,2618	,8478
ITEM11_E	97,5630	268,2471	,1803	,8498
ITEM12_E	97,4286	264,5413	,3451	,8462
ITEM13_E	97,0168	261,3077	,3554	,8458
ITEM14_E	96,9454	266,0434	,2908	,8472
ITEM15_E	97,4118	265,4331	,2713	,8477
ITEM16_E	96,3277	270,4997	,2119	,8485
ITEM17_E	97,5672	263,0651	,3195	,8467
ITEM18_E	97,6261	265,1802	,3087	,8469
ITEM19_E	98,8655	275,5093	,0118	,8505
ITEM20_E	97,0294	268,6531	,1972	,8491
ITEM21_E	97,3277	265,7402	,2468	,8483
ITEM22_E	97,7857	259,7809	,4106	,8445
ITEM23_E	98,8866	275,7381	,0023	,8503
ITEM24_E	96,1765	273,0320	,1529	,8492
ITEM25_E	96,6050	271,0585	,1499	,8496
ITEM26_E	96,8277	267,4681	,2160	,8488
ITEM27_E	96,5714	270,2712	,1788	,8492
ITEM28_E	97,3151	262,8074	,3831	,8454

ITEM29_E	97,0756	266,0111	,3380	,8464
ITEM30_E	97,0630	268,0677	,2143	,8487
ITEM31_E	96,8151	261,5522	,3949	,8450
ITEM32_E	97,4286	264,8029	,3201	,8466
ITEM33_E	96,9874	263,7678	,4438	,8448
ITEM34_E	97,3277	262,7191	,4254	,8447
ITEM35_E	97,0168	269,2824	,2005	,8489
ITEM36_E	97,3950	268,4088	,2473	,8480
ITEM37_E	96,9916	266,8691	,2865	,8473
ITEM38_E	97,3193	267,1381	,3004	,8471
ITEM39_E	96,8697	271,0252	,2011	,8487
ITEM40_E	97,7521	260,5501	,4483	,8440
ITEM41_E	97,2563	269,6935	,1305	,8511
ITEM42_E	97,0798	265,0864	,2708	,8477
ITEM43_E	97,0882	266,1399	,4256	,8456
ITEM44_E	97,2017	266,5077	,4345	,8457
ITEM45_E	96,1387	272,4322	,1588	,8492
ITEM46_E	97,3445	265,7542	,2280	,8489
ITEM47_E	96,2563	273,5416	,1102	,8497
ITEM48_E	96,0126	275,2192	,0422	,8501
ITEM49_E	98,5672	273,2085	,0524	,8520
ITEM50_E	97,0882	268,5871	,1563	,8506
ITEM51_E	96,7899	261,9304	,4162	,8447
ITEM52_E	97,4580	264,3252	,3605	,8459
ITEM53_E	97,4244	266,9879	,2913	,8472
ITEM54_E	97,5252	264,8158	,3742	,8458
ITEM55_E	96,6639	270,4013	,1806	,8491
ITEM56_E	96,8739	270,4144	,1650	,8495
ITEM57_E	97,0630	263,5867	,4659	,8445
ITEM58_E	96,0252	275,3411	,0487	,8500

Coeficiente de confiabilidad

N de Casos = 238,0 N de Items = 58

Alpha = ,8498

G 2 Análisis de confiabilidad de la variable satisfacción laboral

A N A L I S I S C O N F I A B I L I D A D - E S C A L A (A L P H A)

		Media	Estd Desv	Casos
1.	ITEM1_SL	1,5896	1,1625	268,0
2.	ITEM2_SL	,6679	,9230	268,0
3.	ITEM3_SL	1,3284	1,2588	268,0
4.	ITEM4_SL	1,1157	1,2711	268,0
5.	ITEM5_SL	1,7090	1,2442	268,0
6.	ITEM6_SL	,8358	1,0033	268,0
7.	ITEM7_SL	,8060	1,0774	268,0
8.	ITEM8_SL	,4254	,7873	268,0
9.	ITEM9_SL	,3209	,6935	268,0
10.	ITEM10_A	1,9627	1,1924	268,0
11.	ITEM11_A	2,9366	1,1283	268,0
12.	ITEM12_A	3,0336	,9728	268,0
13.	ITEM13_A	1,5821	1,2227	268,0
14.	ITEM14_A	2,4813	1,1399	268,0
15.	ITEM15_A	2,7724	1,1565	268,0
16.	ITEM16_A	1,3731	1,0647	268,0
17.	ITEM17_A	2,8731	,9315	268,0
18.	ITEM18_A	1,7649	1,1254	268,0
19.	ITEM19_A	1,2612	1,0735	268,0
20.	ITEM20_A	,3881	,7732	268,0
21.	ITEM21_A	,9291	1,1541	268,0
22.	ITEM22_A	,7836	,9627	268,0

Estadísticos por Escala	Media	Varianza	Estd Dsev	N de Variables
	32,9403	59,5769	7,7186	22

A N A L I S I S C O N F I A B I L I D A D - E S C A L A (A L P H A)

Estadísticos Ítem-Total

	Media de la escala si el ítem es eliminado	Varianza de la escala si el ítem es eliminado	Correlación del ítem con la escala total	Alfha si el ítem es eliminado
ITEM1_SL	31,3507	58,3934	-,0095	,6199
ITEM2_SL	32,2724	56,3637	,1704	,5951
ITEM3_SL	31,6119	54,2533	,2016	,5916
ITEM4_SL	31,8246	52,2725	,3095	,5748
ITEM5_SL	31,2313	55,0774	,1598	,5978
ITEM6_SL	32,1045	53,9741	,3118	,5780
ITEM7_SL	32,1343	54,5961	,2399	,5863

ITEM8_SL	32,5149	55,9361	,2565	,5873
ITEM9_SL	32,6194	56,6936	,2301	,5909
ITEM10_A	30,9776	55,9171	,1255	,6022
ITEM11_A	30,0037	55,3221	,1776	,5945
ITEM12_A	29,9067	56,2272	,1647	,5958
ITEM13_A	31,3582	57,9012	,0097	,6189
ITEM14_A	30,4590	54,4964	,2247	,5881
ITEM15_A	30,1679	54,0578	,2459	,5851
ITEM16_A	31,5672	53,1603	,3403	,5733
ITEM17_A	30,0672	55,4337	,2361	,5878
ITEM18_A	31,1754	55,3362	,1776	,5945
ITEM19_A	31,6791	55,8966	,1575	,5970
ITEM20_A	32,5522	56,3980	,2222	,5907
ITEM21_A	32,0112	53,9662	,2523	,5842
ITEM22_A	32,1567	55,1364	,2458	,5864

Coeficiente de Confiabilidad

N de casos= 268,0 N de ítems = 22

Alpha = ,6033

G3 Análisis de confiabilidad de la variable salud física

A N A L I S I S C O N F I A B I L I D A D - E S C A L A (A L P H A)

		Media	Estd Desv	Casos
1.	ITEM1_SF	,7193	,8083	285,0
2.	ITEM2_SF	,3193	,5437	285,0
3.	ITEM3_SF	,7263	,8894	285,0
4.	ITEM4_SF	,2526	,5497	285,0
5.	ITEM5_SF	,4982	,7249	285,0
6.	ITEM6_SF	,6140	,8126	285,0
7.	ITEM7_SF	,6035	,8184	285,0
8.	ITEM8_SF	,2456	,6075	285,0
9.	ITEM9_SF	,2702	,6115	285,0
10.	ITEM10_S	,1860	,5345	285,0
11.	ITEM11_S	,3018	,6337	285,0
12.	ITEM12_S	1,1368	,9599	285,0
13.	ITEM13_S	,3860	,7060	285,0
14.	ITEM14_S	,3895	,7115	285,0
15.	ITEM15_S	,8000	,8383	285,0
16.	ITEM16_S	,6737	,7887	285,0
17.	ITEM17_S	,1298	,4900	285,0
18.	ITEM18_S	,2386	,4957	285,0
19.	ITEM19_S	,3754	,6576	285,0
20.	ITEM20_S	,3158	,6097	285,0
21.	ITEM21_S	,2140	,4745	285,0
22.	ITEM22_S	,5544	,8014	285,0
23.	ITEM23_S	,9193	,8663	285,0
24.	ITEM24_S	,7649	,7900	285,0
25.	ITEM25_S	,3368	,6042	285,0
26.	ITEM26_S	,2667	,5866	285,0

	Media	Varianza	Estd Desv	N de Variables
Estadísticos por Escala	12,2386	97,4077	9,8695	26

A N A L I S I S C O N F I A B I L I D A D - E S C A L A (A L P H A)

Estadísticos Ítem-Total

	Media de la escala si el ítem es eliminado	Varianza de la escala si el ítem es eliminado	Correlación del ítem con la escala total	Alfha si el ítem es eliminado
ITEM1_SF	11,5193	88,8914	,5159	,8991
ITEM2_SF	11,9193	92,7716	,4144	,9010
ITEM3_SF	11,5123	91,2437	,3162	,9043

ITEM4_SF	11,9860	92,4083	,4445	,9006
ITEM5_SF	11,7404	88,1718	,6398	,8964
ITEM6_SF	11,6246	89,3128	,4840	,8998
ITEM7_SF	11,6351	87,3030	,6170	,8967
ITEM8_SF	11,9930	91,7605	,4535	,9003
ITEM9_SF	11,9684	90,3265	,5770	,8981
ITEM10_S	12,0526	91,3599	,5639	,8988
ITEM11_S	11,9368	92,5030	,3694	,9018
ITEM12_S	11,1018	86,7748	,5431	,8988
ITEM13_S	11,8526	88,6261	,6232	,8968
ITEM14_S	11,8491	90,1990	,4959	,8995
ITEM15_S	11,4386	87,4232	,5921	,8973
ITEM16_S	11,5649	91,0495	,3811	,9021
ITEM17_S	12,1088	94,2100	,3109	,9026
ITEM18_S	12,0000	93,2887	,4045	,9013
ITEM19_S	11,8632	90,0692	,5532	,8984
ITEM20_S	11,9228	90,8250	,5344	,8989
ITEM21_S	12,0246	92,3973	,5246	,8997
ITEM22_S	11,6842	88,8084	,5268	,8988
ITEM23_S	11,3193	88,7604	,4838	,9000
ITEM24_S	11,4737	87,9755	,5943	,8973
ITEM25_S	11,9018	91,5467	,4754	,8999
ITEM26_S	11,9719	92,5978	,3955	,9013

Coeficiente de confiabilidad

N de casos = 285,0 N de ítems = 26

Alpha = ,9031

G4 Análisis de confiabilidad de la variable salud psicológica

A N A L I S I S C O N F I A B I L I D A D - E S C A L A (A L P H A)

		Media	Estd Desv	Casos
1.	ITEM1_G	1,7735	,8114	287,0
2.	ITEM2_G	1,0348	1,0202	287,0
3.	ITEM3_G	,9791	1,0033	287,0
4.	ITEM4_G	,5575	,7951	287,0
5.	ITEM5_G	1,1115	1,0042	287,0
6.	ITEM6_G	,7979	,9970	287,0
7.	ITEM7_G	,5401	,8389	287,0
8.	ITEM8_G	,7805	,9556	287,0
9.	ITEM9_G	,7003	,9241	287,0
10.	ITEM10_G	,8362	,8836	287,0
11.	ITEM11_G	,6411	,8570	287,0
12.	ITEM12_G	,2683	,6323	287,0
13.	ITEM13_G	,4843	,8057	287,0
14.	ITEM14_G	,5261	,8436	287,0
15.	ITEM15_G	1,3206	,8781	287,0
16.	ITEM16_G	,5470	,7825	287,0
17.	ITEM17_G	1,4251	,8531	287,0
18.	ITEM18_G	1,0105	,8589	287,0
19.	ITEM19_G	,6829	,8449	287,0
20.	ITEM20_G	,7108	,7549	287,0
21.	ITEM21_G	1,0662	,8805	287,0
22.	ITEM22_G	,1115	,4363	287,0
23.	ITEM23_G	,0941	,4030	287,0
24.	ITEM24_G	,0871	,3778	287,0
25.	ITEM25_G	,1080	,4643	287,0
26.	ITEM26_G	,2021	,5164	287,0
27.	ITEM27_G	,1115	,4199	287,0
28.	ITEM28_G	,0627	,3065	287,0

	Media	Varianza	Estd Desv	N de Variables
Estadísticos por Escala	18,5714	109,1828	10,4491	28

A N A L I S I S C O N F I A B I L I D A D - E S C A L A (A L P H A)

Estadísticos Ítem-Total

	Media de la escala si el ítem es eliminado	Varianza de la escala si el ítem es eliminado	Correlación del ítem con la escala total	Alfha si el ítem es eliminado
ITEM1_G	16,7979	101,3786	,4374	,8686
ITEM2_G	17,5366	101,1097	,3428	,8721

ITEM3_G	17,5923	96,5360	,5904	,8638
ITEM4_G	18,0139	99,9648	,5400	,8659
ITEM5_G	17,4599	98,3052	,4956	,8670
ITEM6_G	17,7735	97,8821	,5225	,8661
ITEM7_G	18,0314	100,1564	,4956	,8670
ITEM8_G	17,7909	96,8233	,6087	,8633
ITEM9_G	17,8711	97,9868	,5653	,8648
ITEM10_G	17,7352	97,6919	,6132	,8635
ITEM11_G	17,9303	98,2259	,6018	,8639
ITEM12_G	18,3031	102,5476	,4869	,8679
ITEM13_G	18,0871	99,3945	,5688	,8651
ITEM14_G	18,0453	98,3091	,6074	,8638
ITEM15_G	17,2509	106,0347	,1314	,8771
ITEM16_G	18,0244	101,4015	,4549	,8681
ITEM17_G	17,1463	105,0345	,1956	,8752
ITEM18_G	17,5610	102,5408	,3394	,8713
ITEM19_G	17,8885	103,4211	,2938	,8725
ITEM20_G	17,8606	105,2742	,2155	,8740
ITEM21_G	17,5052	100,3977	,4539	,8681
ITEM22_G	18,4599	107,1024	,2093	,8731
ITEM23_G	18,4774	106,6420	,2857	,8721
ITEM24_G	18,4843	106,4255	,3354	,8716
ITEM25_G	18,4634	107,7880	,1223	,8744
ITEM26_G	18,3693	104,2897	,4386	,8694
ITEM27_G	18,4599	106,0395	,3431	,8713
ITEM28_G	18,5087	107,2928	,2829	,8725

Coeficiente de confiabilidad

N de casos = 287,0 N de ítems = 28

Alpha = ,8733

ANEXO H

Análisis de la Estructura Factorial de los Instrumentos

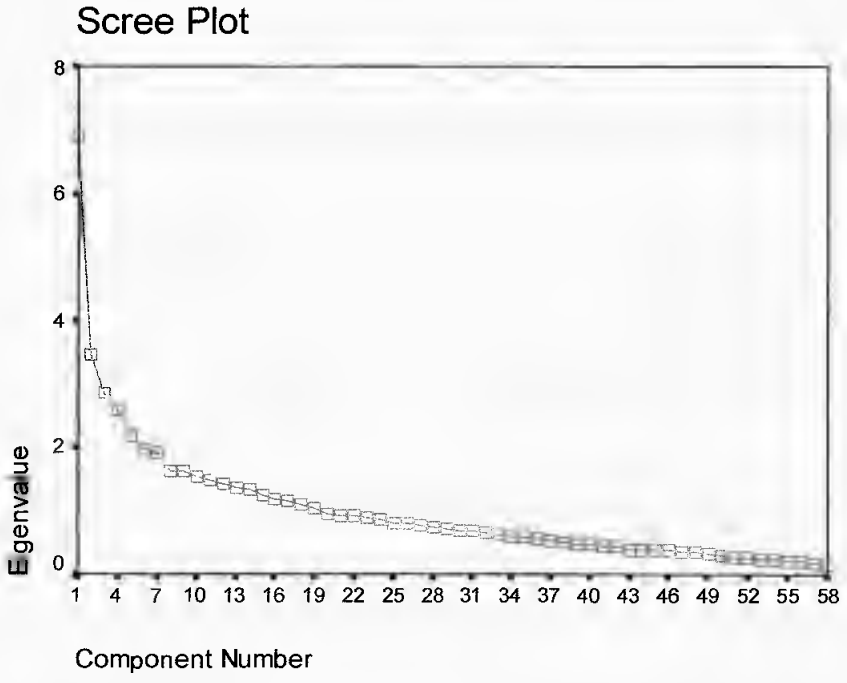
H1 Cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida

Total de la varianza explicada

Componente	Autovalores iniciales			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de Varianza	Acumulado %	Total	% de Varianza	Acumulado %
1	6,901	11,899	11,899	4,588	7,910	7,910
2	3,465	5,975	17,874	3,861	6,657	14,567
3	2,862	4,935	22,809	3,680	6,344	20,911
4	2,597	4,477	27,286	3,416	5,890	26,802
5	2,180	3,758	31,045	2,241	3,864	30,666
6	1,958	3,376	34,420	2,178	3,755	34,420
7	1,913	3,299	37,719			
8	1,631	2,813	40,532			
9	1,614	2,783	43,315			
10	1,520	2,621	45,936			
11	1,480	2,551	48,487			
12	1,405	2,423	50,910			
13	1,366	2,355	53,265			
14	1,311	2,261	55,526			
15	1,243	2,143	57,669			
16	1,167	2,012	59,681			
17	1,134	1,955	61,635			
18	1,095	1,889	63,524			
19	1,043	1,798	65,322			
20	,941	1,622	66,944			
21	,920	1,586	68,531			
22	,904	1,559	70,090			
23	,876	1,510	71,600			
24	,853	1,471	73,071			
25	,805	1,388	74,459			
26	,783	1,350	75,809			
27	,758	1,307	77,116			
28	,740	1,276	78,392			
29	,711	1,226	79,618			
30	,687	1,184	80,801			
31	,675	1,163	81,964			
32	,645	1,112	83,076			
33	,626	1,079	84,155			
34	,600	1,034	85,189			
35	,582	1,003	86,192			
36	,569	,982	87,174			
37	,526	,906	88,080			
38	,499	,860	88,939			

39	,479	,826	89,765			
40	,459	,792	90,557			
41	,443	,764	91,320			
42	,430	,741	92,061			
43	,397	,684	92,745			
44	,382	,659	93,403			
45	,380	,656	94,059			
46	,370	,639	94,698			
47	,348	,599	95,297			
48	,340	,586	95,883			
49	,323	,557	96,440			
50	,291	,503	96,943			
51	,277	,478	97,420			
52	,264	,455	97,875			
53	,247	,426	98,301			
54	,238	,411	98,712			
55	,219	,377	99,090			
56	,194	,335	99,425			
57	,174	,300	99,724			
58	,160	,276	100,000			

Método de extracción: Análisis por Componentes Principales.



Matriz de los componentes rotados

	Componente					
	1	2	3	4	5	6
ITEM1_EV		,805				
ITEM2_EV						
ITEM3_EV						
ITEM4_EV		,792				
ITEM5_EV		,578				
ITEM6_EV		,778				
ITEM7_EV		,752				
ITEM8_EV			,518			
ITEM9_EV			,518			
ITEM10_E			,444			
ITEM11_E				,398		
ITEM12_E				,579		
ITEM13_E						
ITEM14_E				,425		
ITEM15_E				,583		
ITEM16_E				,490		
ITEM17_E				,535		
ITEM18_E						
ITEM19_E					,418	
ITEM20_E				,367		
ITEM21_E				,536		
ITEM22_E		,410				
ITEM23_E					,455	
ITEM24_E						
ITEM25_E					,551	
ITEM26_E					,535	
ITEM27_E					,714	
ITEM28_E						
ITEM29_E	,528					
ITEM30_E	,487					
ITEM31_E	,674					
ITEM32_E	,606					
ITEM33_E						
ITEM34_E	,356					
ITEM35_E						,380
ITEM36_E	,633					
ITEM37_E	,466					
ITEM38_E	,606					
ITEM39_E	,497					
ITEM40_E						
ITEM41_E						
ITEM42_E						,379
ITEM43_E	,561					

ITEM44_E	,630					
ITEM45_E						,519
ITEM46_E						,366
ITEM47_E						
ITEM48_E						,547
ITEM49_E						
ITEM50_E						
ITEM51_E	,640					
ITEM52_E			,698			
ITEM53_E			,572			
ITEM54_E			,564			
ITEM55_E			,554			
ITEM56_E			,478			
ITEM57_E			,660			
ITEM58_E						,489

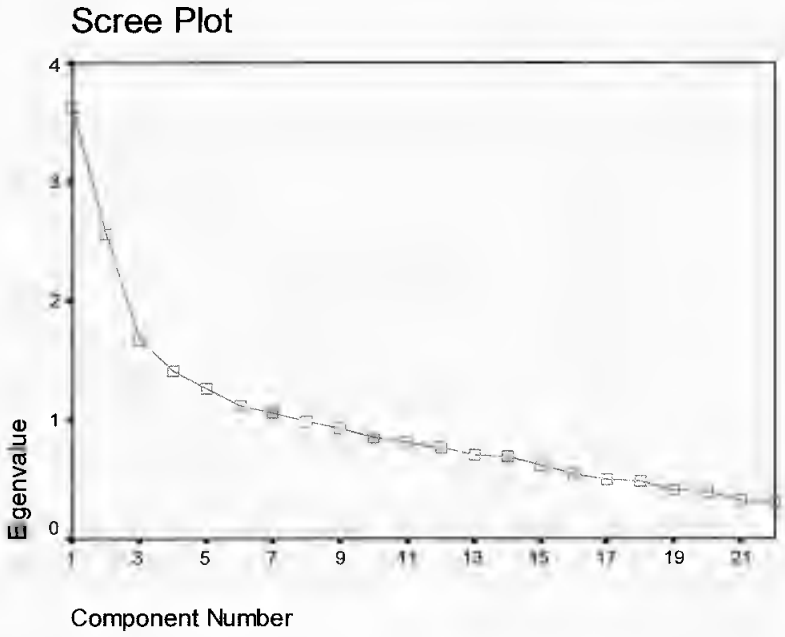
Método de extracción: Análisis de Componente Principal. Método de rotación: Varimax.

H2 Cuestionario Font Roja de satisfacción laboral

Total de varianza explicada

Componente	Autovaleres iniciales			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de Varianza	Acumulado %	Total	% de Varianza	Acumulado %
1	3,636	16,526	16,526	3,121	14,184	14,184
2	2,553	11,604	28,130	3,068	13,946	28,130
3	1,673	7,606	35,736			
4	1,416	6,437	42,173			
5	1,259	5,722	47,895			
6	1,111	5,049	52,944			
7	1,061	4,821	57,766			
8	,985	4,477	62,242			
9	,922	4,189	66,432			
10	,858	3,901	70,332			
11	,803	3,649	73,981			
12	,758	3,444	77,425			
13	,700	3,180	80,605			
14	,684	3,109	83,714			
15	,620	2,819	86,534			
16	,549	2,494	89,028			
17	,495	2,250	91,278			
18	,486	2,207	93,485			
19	,415	1,885	95,369			
20	,393	1,787	97,156			
21	,320	1,457	98,613			
22	,305	1,387	100,000			

Método de extracción: Análisis de Componentes Principales.



Matriz de componentes rotados

	Componente	
	1	2
ITEM1_SL		
ITEM2_SL	,413	
ITEM3_SL	,371	
ITEM4_SL	,549	
ITEM5_SL		
ITEM6_SL	,571	
ITEM7_SL	,537	
ITEM8_SL	,570	
ITEM9_SL	,522	
ITEM10_A		,484
ITEM11_A		,696
ITEM12_A		,701
ITEM13_A		,411
ITEM14_A		,688
ITEM15_A		,662
ITEM16_A	,561	
ITEM17_A		,628
ITEM18_A		
ITEM19_A		
ITEM20_A	,483	
ITEM21_A	,508	
ITEM22_A	,412	

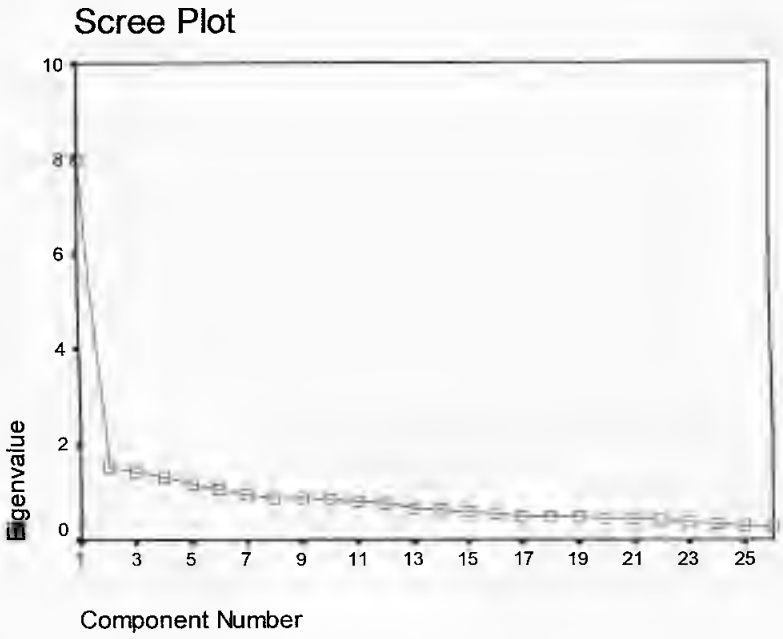
Método de extracción: Análisis de Componente Principal. Método de rotación: Varimax.

H3 Cuestionario de salud física de Angelucci

Total de Varianza Explicada

Componente	Autovalores iniciales			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de varianza	Acumulado %	Total	% de Varianza	Acumulado %
1	7,968	30,645	30,645	4,826	18,563	18,563
2	1,554	5,975	36,621	4,695	18,058	36,621
3	1,430	5,498	42,119			
4	1,312	5,048	47,167			
5	1,168	4,491	51,658			
6	1,062	4,084	55,742			
7	,946	3,637	59,379			
8	,889	3,418	62,797			
9	,867	3,333	66,130			
10	,835	3,213	69,343			
11	,793	3,049	72,392			
12	,777	2,989	75,381			
13	,679	2,612	77,992			
14	,625	2,405	80,397			
15	,584	2,246	82,643			
16	,538	2,069	84,712			
17	,493	1,896	86,607			
18	,490	1,883	88,491			
19	,473	1,821	90,311			
20	,450	1,731	92,043			
21	,435	1,674	93,717			
22	,397	1,526	95,243			
23	,352	1,353	96,596			
24	,323	1,241	97,837			
25	,304	1,171	99,007			
26	,258	,993	100,000			

Método de extracción: Análisis de Componente Principal.


Scree Plot
10
8
6
4
2
0
Eigenvalue
1
3
5
7
9
11
13
15
17
19
21
23
25
Component Number

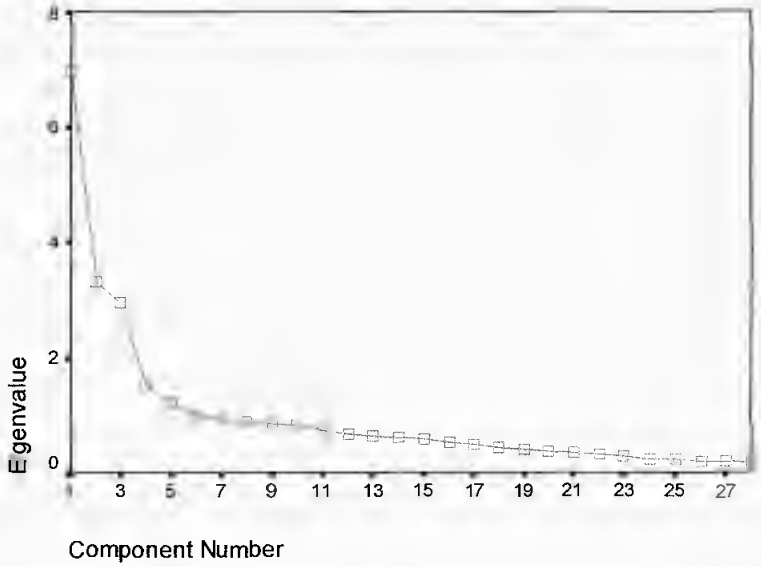
H4 Cuestionario de salud general de Goldberg

Total de Varianza Explicada

Componente	Autovalores iniciales			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de varianza	Acumulado %	Total	% de varianza	Acumulado %
1	6,970	24,894	24,894	6,094	21,763	21,763
2	3,298	11,779	36,673	3,916	13,986	35,750
3	2,931	10,466	47,140	3,189	11,390	47,140
4	1,524	5,443	52,583			
5	1,208	4,314	56,896			
6	,997	3,560	60,456			
7	,955	3,410	63,866			
8	,896	3,201	67,067			
9	,867	3,098	70,165			
10	,822	2,934	73,099			
11	,743	2,654	75,753			
12	,663	2,368	78,120			
13	,644	2,302	80,422			
14	,623	2,224	82,646			
15	,587	2,096	84,742			
16	,536	1,915	86,657			
17	,488	1,743	88,400			
18	,437	1,561	89,961			
19	,426	1,521	91,482			
20	,378	1,350	92,832			
21	,344	1,228	94,060			
22	,319	1,138	95,198			
23	,285	1,018	96,216			
24	,245	,874	97,090			
25	,238	,849	97,939			
26	,208	,744	98,682			
27	,204	,729	99,412			
28	,165	,588	100,000			

Método de extracción: Análisis de Componente Principal.

Scree Plot



Matriz de componentes rotados

	Componente		
	1	2	3
ITEM1_G	,452		,353
ITEM2_G	,542		
ITEM3_G	,723		
ITEM4_G	,629		
ITEM5_G	,546		
ITEM6_G	,587		
ITEM7_G	,596		
ITEM8_G	,710		
ITEM9_G	,691		
ITEM10_G	,782		
ITEM11_G	,641		
ITEM12_G	,554		
ITEM13_G	,616		
ITEM14_G	,624	,418	
ITEM15_G			,368
ITEM16_G	,488		
ITEM17_G			,652
ITEM18_G			,804
ITEM19_G			,836
ITEM20_G			,733
ITEM21_G			,679
ITEM22_G		,633	
ITEM23_G		,762	

ITEM24_G		,791	
ITEM25_G		,529	
ITEM26_G		,620	
ITEM27_G		,823	
ITEM28_G		,741	

Método de extracción: Análisis de Componente Principal. Método de rotación: Varimax.

ANEXO I
Análisis de Regresión y Verificación de los Supuestos de Normalidad y Media de los Errores

I1 Dimensión presión laboral, monotonía laboral y control sobre el trabajo (satisfacción laboral)

Sumario del Modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustada	Estimación del error estandar	Durbin-Watson
1	,435(a)	,189	,099	5,7859	2,199

a Predictores: (constante), privada, depresión, edad, mañana, reglas, sueño, sexo, tarde, drogas, disfunción social, comidas nocivas, actividad física, conductas preventivas, noche, salud física, antigüedad, ansiedad, publica
b Variable dependiente: satisf1

ANOVA

Modelo		Sumatoria cuadrática	gl	Media cuadrada	F	Sig.
1	Regresión	1264,913	18	70,273	2,099	,008(a)
	Residual	5423,297	162	33,477		
	Total	6688,210	180			

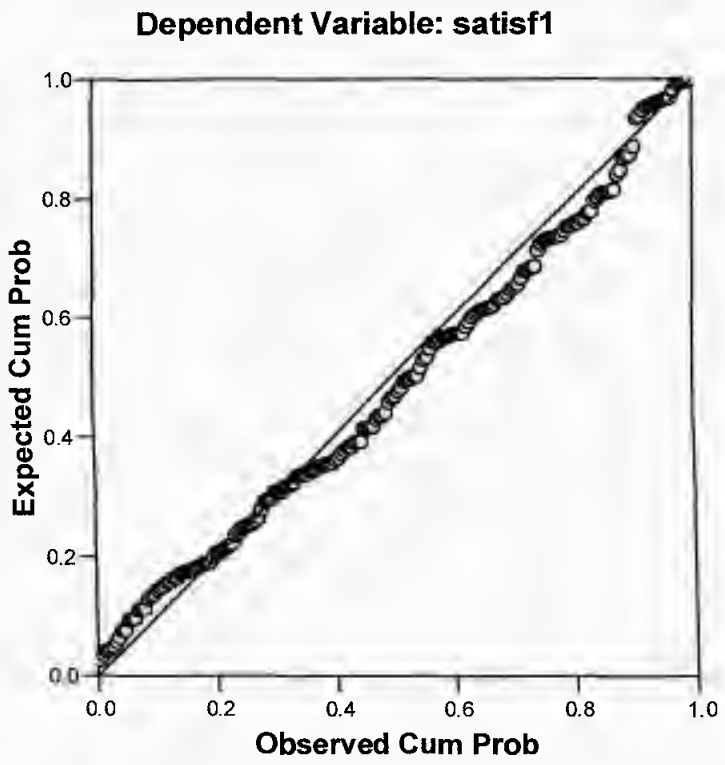
a Predictores: (constante), privada, depresión, edad, mañana, reglas, sueño, sexo, tarde, drogas, disfunción social, comidas nocivas, actividad física, conductas preventivas, noche, salud física, antigüedad, ansiedad, publica
b Variable dependiente: satisf1

Estadísticos Residuales

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	N
Valor predicho	5.0298	19.0683	11.1257	2.54280	183
Residual	-11.20307	20.21057	.00000	5.51488	183
Valor predictivo estándar	-2.397	3.124	.000	1.000	183
Residual estándar	-1.934	3.489	.000	.952	183

a Variable Dependiente: satisf1

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



I2 Dimensión relaciones interpersonales, reconocimiento, competencia y promoción profesional (satisfacción laboral)

Sumario del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustada	Estimación del error estandar	Durbin-Watson
1	,466(a)	,217	,131	4,4120	1,849

a Predictores: (constante), privada, depresión, edad, mañana, reglas, sueño, sexo, tarde, drogas, disfunción social, comidas nocivas, actividad física, conductas preventivas, noche, salud física, antigüedad, ansiedad, publica

b Variable dependiente: satisf2

ANOVA

Modelo		Sumatoria cuadrática	gl	Media cuadrada	F	Sig.
1	Regresión	886,650	18	49,258	2,531	,001(a)
	Residual	3192,377	164	19,466		
	Total	4079,027	182			

a Predictores: (constante), privada, depresión, edad, mañana, reglas, sueño, sexo, tarde, drogas, disfunción social, comidas nocivas, actividad física, conductas preventivas, noche, salud física, antigüedad, ansiedad, publica

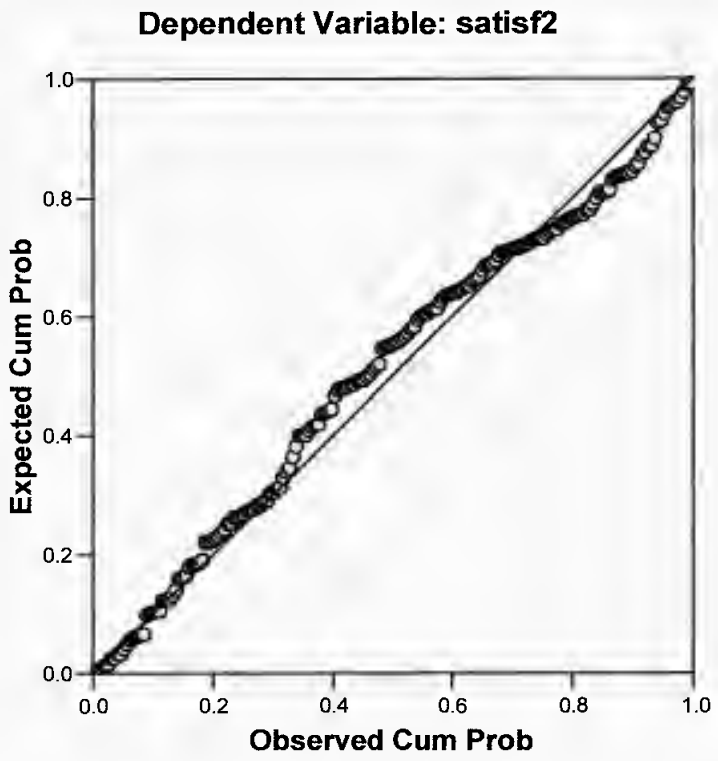
b Variable dependiente: satisf2

Estadísticos Residuales

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	N
Valor predicho	11.7353	22.4928	17.5568	2.06052	185
Residual	-11.89258	10.65049	.00000	4.25444	185
Valor predictivo estándar	-2.825	2.396	.000	1.000	185
Residual estándar	-2.663	2.385	.000	.953	185

a Variable Dependiente: satisf2

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



I3 Dimensión ansiedad, insomnio y síntomas somáticos (salud psicológica)

Sumario del Modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustada	Estimación del error estandar	Durbin-Watson
1	.789(a)	.623	.612	5.23046	2.030

a Predictores: (Constante), actividad física, drogas, reglas, salud física, comidas nocivas, conductas preventivas, sueño
b Variable Dependiente: ansiedad insomnio y síntomas somáticos

ANOVA

Modelo		Sumatoria cuadrática	gl	Media cuadrada	F	Sig.
1	Regresión	10319.194	7	1474.171	53.885	.000(a)
	Residual	6237.564	228	27.358		
	Total	16556.758	235			

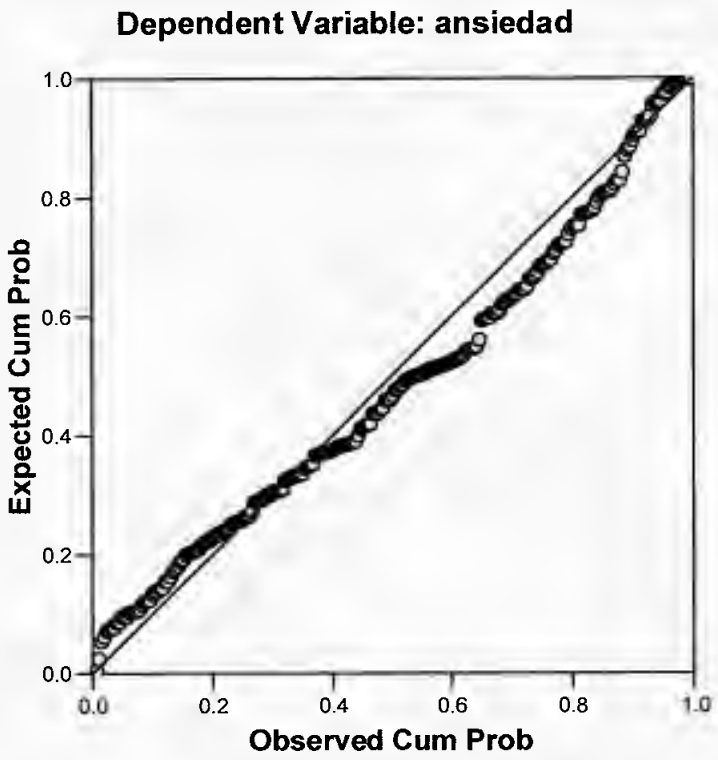
a Predictores: (Constante), actividad física, drogas, reglas, salud física, comidas nocivas, conductas preventivas, sueño
b Variable Dependiente: ansiedad insomnio y síntomas somáticos

Estadísticos Residuales

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar	N
Valor predicho	-1.7561	38.4333	11.5975	6.62657	236
Residual	-14.06248	21.48473	.00000	5.15197	236
Valor predictivo estándar	-2.015	4.050	.000	1.000	236
Residual estándar	-2.689	4.108	.000	.985	236

a Variable Dependiente: ansiedad insomnio y síntomas somáticos

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



I4 Dimensión depresión (salud psicológica)

Sumario del Modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustada	Estimación del error estándar	Durbin-Watson
1	.273(a)	.074	.046	1.90231	2.067

a Predictores: (Constante), actividad física, drogas, reglas, salud física, comidas nocivas, conductas preventivas, sueño
b Variable dependiente: depresión

ANOVA

Modelo		Sumatoria cuadrática	gl	Media cuadrada	F	Sig.
1	Regresión	67.141	7	9.592	2.650	.012(a)
	Residual	835.939	231	3.619		
	Total	903.079	238			

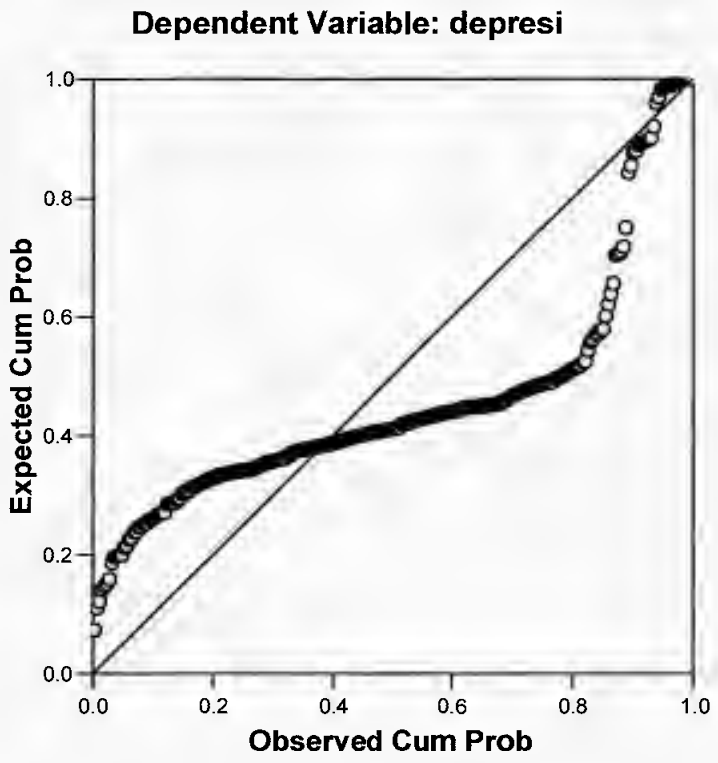
a Predictores: (Constante), actividad física, drogas, reglas, salud física, comidas nocivas, conductas preventivas, sueño
b Variable dependiente: depresión

Estadísticos Residuales

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar	N
Valor predicho	-.1541	2.7668	.7113	.53113	239
Residual	-2.76682	13.39022	.00000	1.87413	239
Valor predictivo estándar	-1.629	3.870	.000	1.000	239
Residual estándar	-1.454	7.039	.000	.985	239

a Variable dependiente: depresión

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



I5 Dimensión disfunción social (salud psicológica)

Sumario del Modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustada	Estimación del error estándar	Durbin-Watson
1	.354(a)	.125	.099	3.27677	2.234

a Predictores: (Constante), actividad física, drogas, reglas, salud física, comidas nocivas, conductas preventivas, sueño
b Variable dependiente: disfunción social

ANOVA

Modelo		Sumatoria cuadrática	gl	Media cuadrada	F	Sig.
1	Regresión	355.075	7	50.725	4.724	.000(a)
	Residual	2480.297	231	10.737		
	Total	2835.372	238			

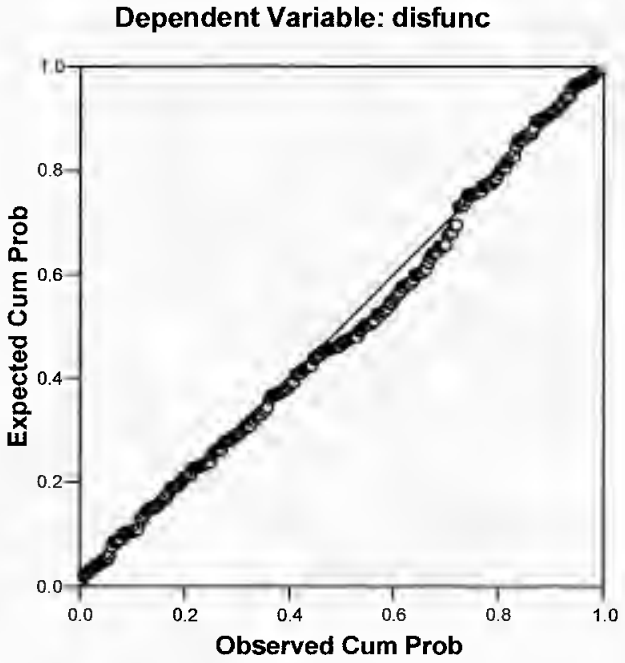
a Predictores: (Constante), actividad física, drogas, reglas, salud física, comidas nocivas, conductas preventivas, sueño
b Variable dependiente: disfunción social

Estadísticos Residuales

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar	N
Valor predicho	3.6747	10.5600	6.5397	1.22144	239
Residual	-7.45623	9.64252	.00000	3.22822	239
Valor predictivo estándar	-2.346	3.291	.000	1.000	239
Residual estándar	-2.275	2.943	.000	.985	239

a Variable Dependiente: disfunción social

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



I6 Salud física

Sumario del Modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustada	Estimación del error estándar	Durbin-Watson
1	.575(a)	.331	.295	8.27421	2.080

a Predictores: (Constante), noche, actividad física, edad, mañana, drogas, reglas, sexo, sueño, comidas nocivas, conductas preventivas, tarde
b Variable dependiente: salud física

ANOVA

Modelo		Sumatoria cuadrática	gl	Media cuadrada	F	Sig.
1	Regresión	6840.704	11	621.882	9.084	.000(a)
	Residual	13829.427	202	68.463		
	Total	20670.131	213			

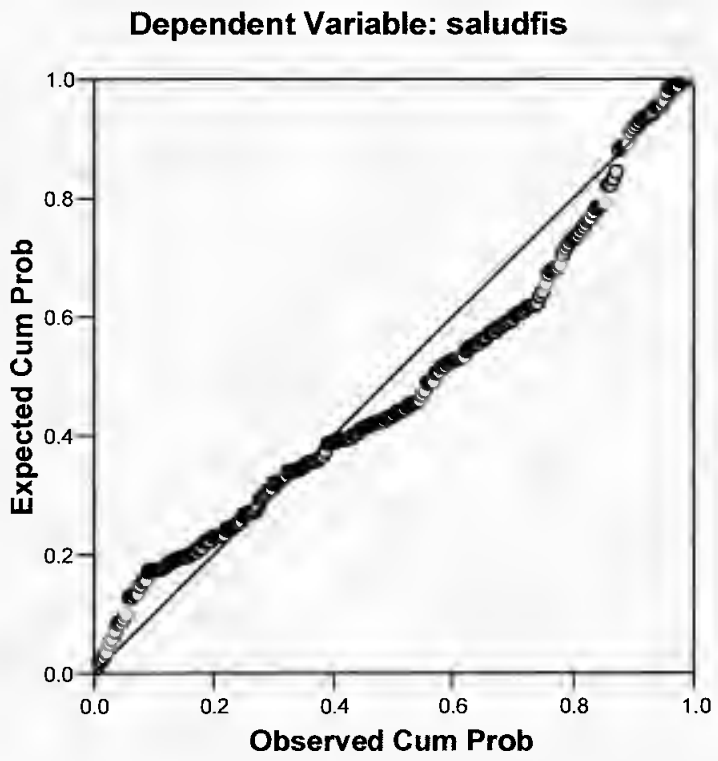
a Predictores: (Constante), noche, actividad física, edad, mañana, drogas, reglas, sexo, sueño, comidas nocivas, conductas preventivas, tarde
b Variable dependiente: salud física

Estadísticos Residuales

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar	N
Valor predicho	-5.0566	29.4097	12.0935	5.66710	214
Residual	-19.80006	29.77095	.00000	8.05772	214
Valor predictivo estándar	-3.026	3.056	.000	1.000	214
Residual estándar	-2.393	3.598	.000	.974	214

a Variable dependiente: salud física

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



I7 Dimensión consumo de comidas nocivas en exceso (estilo de vida saludable)

Sumario del Modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustada	Estimación del error estándar	Durbin-Watson
1	.292(a)	.085	.070	5.96981	1.987

a Predictores: (Constante), edad, noche, mañana, tarde
b Variable dependiente: consumo de comidas nocivas en exceso

ANOVA

Modelo		Sumatoria cuadrática	gl	Media cuadrada	F	Sig.
1	Regresión	809.364	4	202.341	5.678	.000(a)
	Residual	8660.184	243	35.639		
	Total	9469.548	247			

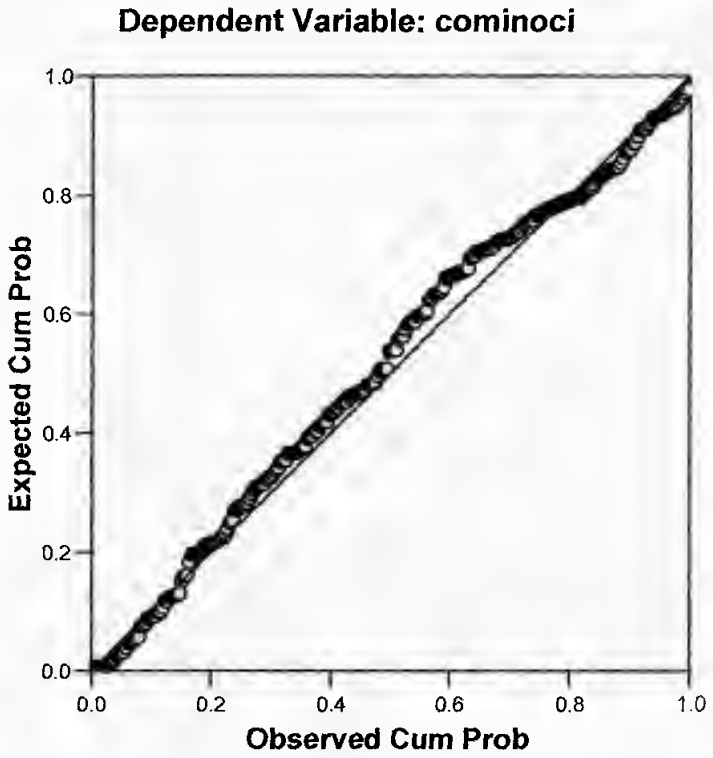
a Predictores: (Constante), edad, noche, mañana, tarde
b Variable dependiente: consumo de comidas nocivas en exceso

Estadísticos Residuales

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar	N
Valor predicho	19.8920	33.1543	23.3387	1.81019	248
Residual	-17.22429	11.93155	.00000	5.92127	248
Valor predictivo estándar	-1.904	5.422	.000	1.000	248
Residual estándar	-2.885	1.999	.000	.992	248

a Variable dependiente: consumo de comidas nocivas en exceso

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



I8 Dimensión actividad física (estilo de vida saludable)

Sumario del Modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustada	Estimación del error estándar	Durbin-Watson
1	.139(a)	.019	.004	4.35814	1.917

a Predictores: (Constante), edad, noche, mañana, tarde
b Variable dependiente: actividad física

ANOVA

Modelo		Sumatoria cuadrática	gl	Media cuadrada	F	Sig.
1	Regresión	93.122	4	23.281	1.226	.300(a)
	Residual	4748.344	250	18.993		
	Total	4841.467	254			

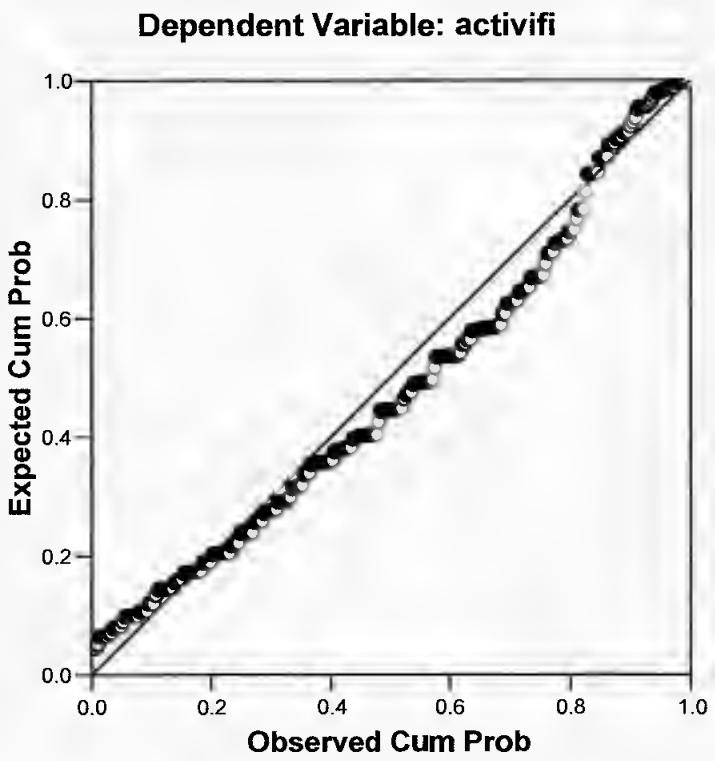
a Predictores: (Constante), edad, noche, mañana, tarde
b Variable dependiente: actividad física

Estadísticos Residuales

	Mínimo	Máximo	Mean	Desviación Estándar	N
Valor predicho	5.2657	7.3896	6.5333	.60549	255
Residual	-7.38730	12.61496	.00000	4.32369	255
Valor predictivo estándar	-2.093	1.414	.000	1.000	255
Residual estándar	-1.695	2.895	.000	.992	255

a Variable dependiente: actividad física

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



I10 Dimensión descanso y sueño (estilo de vida saludable)

Sumario del Modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustada	Estimación del error estándar	Durbin-Watson
1	.284(a)	.080	.066	4.66976	1.878

a Predictores: (Constante), edad, noche, mañana, tarde
b Variable dependiente: descanso y sueño

ANOVA

Modelo		Sumatoria cuadrática	gl	Media cuadrada	F	Sig.
1	Regresión	476.911	4	119.228	5.468	.000(a)
	Residual	5451.653	250	21.807		
	Total	5928.565	254			

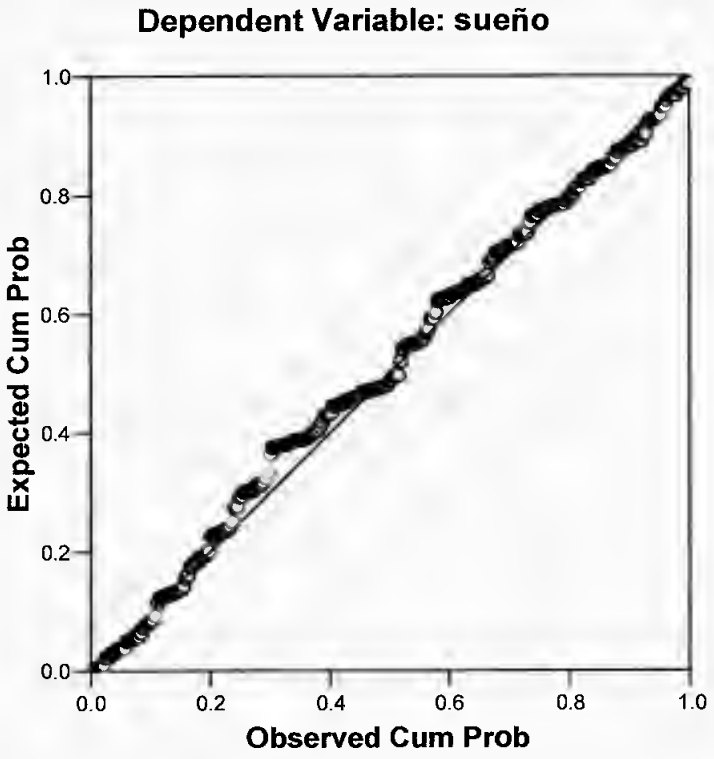
a Predictores: (Constante), edad, noche, mañana, tarde
b Variable dependiente: descanso y sueño

Estadísticos Residuales

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar	N
Valor predicho	14.3201	20.6312	17.3882	1.37026	255
Residual	-13.42968	10.47416	.00000	4.63284	255
Valor predictivo estándar	-2.239	2.367	.000	1.000	255
Residual estándar	-2.876	2.243	.000	.992	255

a Variable dependiente: descanso y sueño

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



I11 Dimensión conductas preventivas (estilo de vida saludable)

Sumario del Modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustada	Estimación del error estándar	Durbin-Watson
1	.171(a)	.029	.014	5.17859	1.920

a Predictores: (Constante), edad, noche, mañana, tarde
b Variable: conductas preventivas

ANOVA

Modelo		Sumatoria cuadrática	gl	Media cuadrada	F	Sig.
1	Regresión	205.651	4	51.413	1.917	.108(a)
	Residual	6865.345	256	26.818		
	Total	7070.996	260			

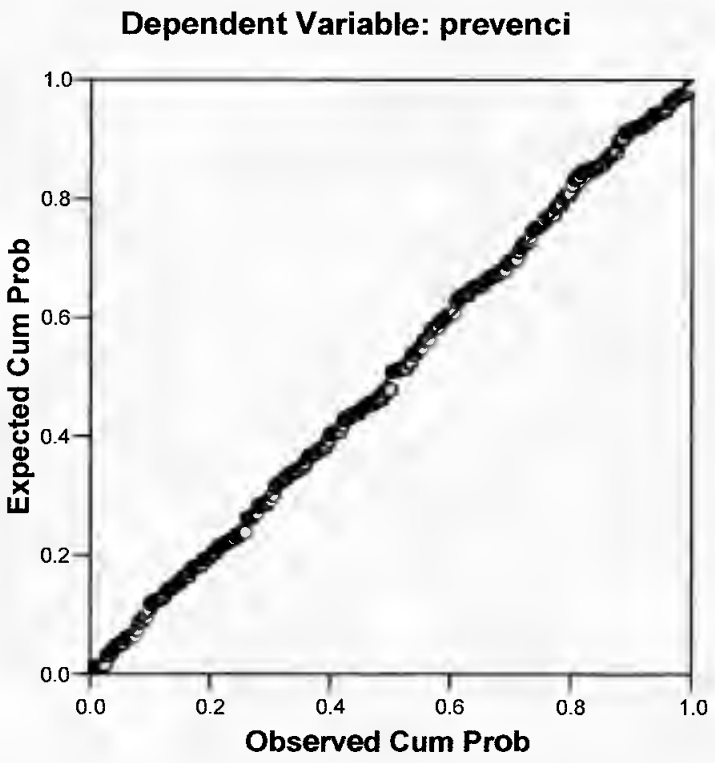
a Predictores: (Constante), edad, noche, mañana, tarde
b Variable: conductas preventivas

Estadísticos Residuales

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar	N
Valor predicho	16.5276	21.1882	17.9962	.88936	261
Residual	-15.64188	11.81475	.00000	5.13860	261
Valor predictivo estándar	-1.651	3.589	.000	1.000	261
Residual estándar	-3.020	2.281	.000	.992	261

a Variable dependiente: conductas preventivas

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



I12 Dimensión conductas preventivas por reglas y leyes (estilo de vida saludable)

Sumario del Modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustada	Estimación del error estándar	Durbin-Watson
1	.099(a)	.010	-.006	2.04217	2.187

a Predictores: (Constante), edad, noche, mañana, tarde
b Variable dependiente: reglas

ANOVA

Modelo		Sumatoria cuadrática	gl	Media cuadrada	F	Sig.
1	Regresión	10.510	4	2.627	.630	.642(a)
	Residual	1067.636	256	4.170		
	Total	1078.146	260			

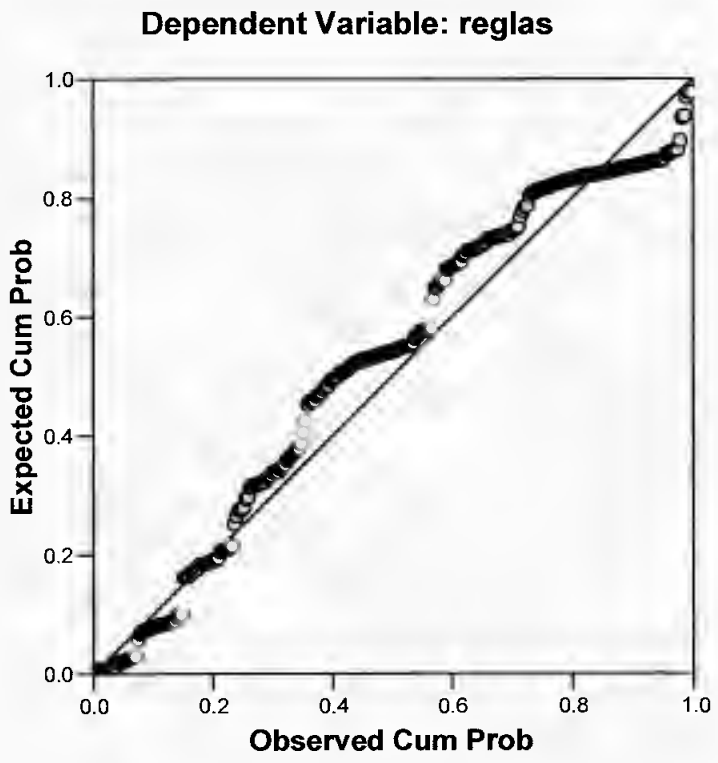
a Predictores: (Constante), edad, noche, mañana, tarde
b Variable dependiente: reglas

Estadísticos Residuales

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar	N
Valor predicho	6.5856	7.6706	6.9157	.20105	261
Residual	-6.22062	4.08318	.00000	2.02640	261
Valor predictivo estándar	-1.642	3.755	.000	1.000	261
Residual estándar	-3.046	1.999	.000	.992	261

a Variable dependiente: reglas

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



I13 Dimensión consumo de drogas (estilo de vida saludable)

Sumario del Modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustada	Estimación del error estandar	Durbin-Watson
1	.168(a)	.028	.014	1.64931	2.268

a Predictores: (Constante), edad, noche, mañana, tarde
b Variable dependiente: Drogas

ANOVA

Modelo		Sumatoria cuadrática	gl	Media cuadrada	F	Sig.
1	Regresión	20.788	4	5.197	1.911	.109(a)
	Residual	712.702	262	2.720		
	Total	733.491	266			

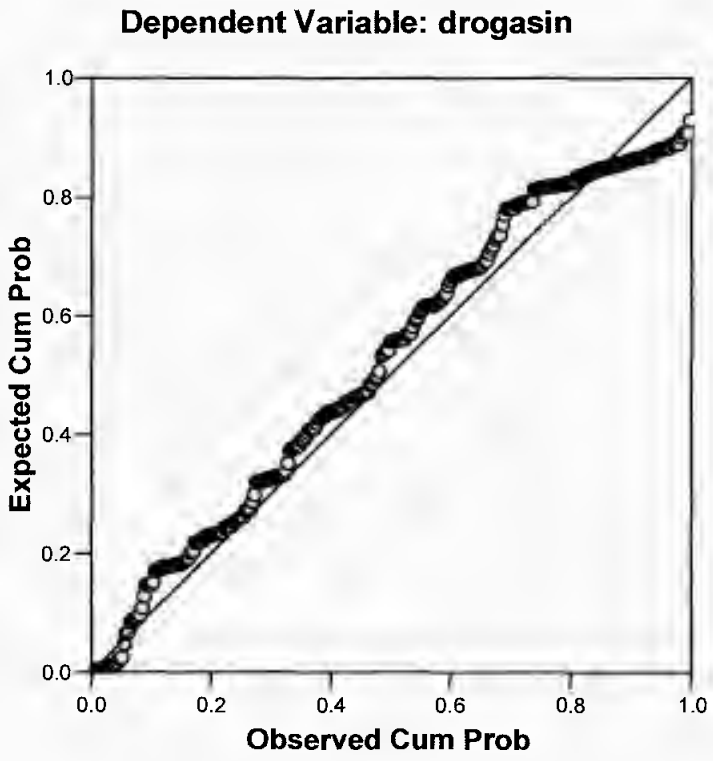
a Predictores: (Constante), edad, noche, mañana, tarde
b Variable dependiente: Drogas

Estadísticos Residuales

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar	N
Valor predicho	9.4597	10.7693	10.2772	.27956	267
Residual	-9.15628	2.42285	.00000	1.63687	267
Valor predictivo estándar	-2.924	1.760	.000	1.000	267
Residual estándar	-5.552	1.469	.000	.992	267

a Variable dependiente: Drogas

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



ANEXO J

Matriz de Correlaciones de las Variables de la Investigación

	sexo	antigued	privada	publica	edad	mañana	tarde	noche	cominoci	activifi	sueño	prevenci	reglas	satisf1	satisf2	saludfis	ansiedad	depresi	disfunc	dro-asin
sexo	1	.052	.034	.029	-.021	-.030	-.009	.178(**)	-.198(**)	.135(*)	.015	-.072	.087	-.105	.039	-.153(**)	.099	.142(*)	.028	.170(**)
		.396	.576	.634	.730	.604	.884	.002	.001	.023	.804	.226	.140	.082	.514	.010	.091	.015	.627	.003
	298	271	280	280	271	296	295	295	275	283	281	287	288	277	284	283	291	294	295	294
antigued	-.052	1	.177(**)	.204(**)	.573(**)	.017	-.054	.023	.072	-.068	-.084	-.009	.084	.055	.192(**)	.124(*)	.158(*)	.022	.021	.053
	.396		.005	.001	.000	.786	.372	.701	.255	.280	.176	.890	.176	.384	.002	.047	.010	.719	.728	.391
	271	272	254	254	250	272	271	271	249	257	258	263	262	254	261	260	264	268	269	269
privada	.034	-.177(**)	1	-.851(**)	-.099	.076	.120(*)	-.045	-.027	.107	.011	.077	.070	-.134(*)	.208(**)	.033	-.120(*)	-.048	-.087	-.089
	.576	.005		.000	.112	.206	.046	.456	.668	.081	.862	.205	.248	.030	.001	.587	.047	.422	.149	.140
	280	254	282	282	256	279	278	278	263	269	268	271	274	263	269	267	275	278	279	278
publica	.029	.204(**)	.851(**)	1	.073	-.019	-.097	.142(*)	-.012	-.079	.105	.103	-.072	.177(**)	.185(**)	.063	.174(**)	.057	.085	.031
	.634	.001	.000		.247	.756	.107	.018	.843	.196	.086	.090	.237	.004	.002	.308	.004	.340	.157	.608
	280	254	282	282	256	279	278	278	263	269	268	271	274	263	269	267	275	278	279	278
edad	-.021	.573(**)	-.099	.073	1	-.063	-.071	.027	.210(**)	.007	.064	.115	.078	.090	-.069	-.089	.074	-.051	.014	-.069
	.730	.000	.112	.247		.304	.245	.656	.001	.916	.305	.062	.207	.152	.263	.154	.233	.401	.820	.262
	271	250	256	256	272	271	270	270	250	257	257	263	263	253	261	259	265	270	270	269
mañana	-.030	.017	.076	-.019	-.063	1	.181(**)	.146(*)	.049	-.032	-.043	-.089	-.071	.007	-.009	.101	.051	-.019	-.014	-.020
	.604	.786	.206	.756	.304		.002	.012	.415	.588	.477	.133	.232	.905	.876	.089	.387	.745	.816	.730
	296	272	279	279	271	297	296	296	274	282	280	286	287	276	283	282	289	293	294	293
tarde	-.009	-.054	.120(*)	-.097	-.071	.181(**)	1	-.351(**)	-.141(*)	.080	.036	.058	-.019	-.057	.005	.025	.006	-.063	-.054	-.061
	.884	.372	.046	.107	.245	.002		.000	.020	.180	.547	.328	.752	.347	.929	.679	.915	.283	.355	.299
	295	271	278	278	270	296	296	296	273	281	279	285	286	275	282	281	288	292	293	292
noche	.178(**)	.023	-.045	.142(*)	.027	-.146(*)	-.351(**)	1	-.061	-.021	-.207(**)	-.057	.036	.051	-.017	-.012	.021	.091	-.026	-.080
	.002	.701	.456	.018	.656	.012	.000		.319	.723	.001	.340	.548	.399	.773	.842	.726	.120	.663	.173
	295	271	278	278	270	296	296	296	273	281	279	285	286	275	282	281	288	292	293	292
cominoci	-.198(**)	.072	-.027	-.012	.210(**)	.049	-.141(*)	.061	1	.252(**)	.231(**)	.262(**)	.039	-.029	.075	-.256(**)	.219(**)	-.131(*)	-.081	.189(**)
	.001	.255	.668	.843	.001	.415	.020	.319		.000	.000	.000	.526	.644	.219	.000	.000	.030	.182	.002
	275	249	263	263	250	274	273	273	277	268	266	269	270	262	267	270	272	274	275	275

activifi	.135(*)	-.068	.107	-.079	.007	-.032	-.080	-.021	.252(**)	1	.332(**)	.273(**)	.188(**)	-.072	.044	-.221(**)	-.290(**)	-.024	.143(*)	.079
	.023	.280	.081	.196	.916	.588	.180	.723	.000		.000	.000	.002	.240	.470	.000	.000	.685	.016	.186
	283	257	269	269	257	282	281	281	268	285	271	276	278	267	273	272	278	282	283	282
sueño	.015	-.084	.011	.105	.064	.043	-.036	-.207(**)	.231(**)	.332(**)	1	.261(**)	.104	-.168(**)	.134(*)	-.460(**)	-.600(**)	-.062	.187(**)	.147(*)
	.804	.176	.862	.086	.305	.477	.547	.001	.000	.000		.000	.086	.006	.027	.000	.000	.299	.002	.014
	281	258	268	268	257	280	279	279	266	271	283	274	274	268	270	273	277	281	281	281
preven ci	-.072	-.009	.077	-.103	.115	-.089	.058	-.057	.262(**)	.273(**)	.261(**)	1	.297(**)	-.137(*)	.113	-.193(**)	.159(**)	-.055	.245(**)	.140(*)
	.226	.890	.205	.090	.062	.133	.328	.340	.000	.000	.000		.000	.024	.059	.001	.008	.356	.000	.018
	287	263	271	271	263	286	285	285	269	276	274	289	281	270	277	277	282	285	286	286
reglas	.087	.084	.070	-.072	.078	-.071	-.019	.036	.039	.188(**)	.104	.297(**)	1	-.043	.076	-.131(*)	.175(**)	-.043	.127(*)	.076
	.140	.176	.248	.237	.207	.232	.752	.548	.526	.002	.086	.000		.482	.209	.029	.003	.466	.031	.198
	288	262	274	274	263	287	286	286	270	278	274	281	290	272	278	277	283	287	287	287
satisf1	-.105	.055	.134(*)	.177(**)	.090	.007	-.057	.051	-.029	-.072	.168(**)	-.137(*)	-.043	1	.168(**)	.220(**)	.266(**)	.204(**)	.138(*)	-.140(*)
	.082	.384	.030	.004	.152	.905	.347	.399	.644	.240	.006	.024	.482		.005	.000	.000	.001	.022	.020
	277	254	263	263	253	276	275	275	262	267	268	270	272	279	271	268	272	276	276	276
satisf2	.039	-.192(**)	.208(**)	.185(**)	-.069	-.009	.005	-.017	.075	.044	.134(*)	.113	.076	.168(**)	1	.124(*)	.106	.193(**)	.122(*)	.144(*)
	.514	.002	.001	.002	.263	.876	.929	.773	.219	.470	.027	.059	.209	.005		.040	.077	.001	.040	.015
	284	261	269	269	261	283	282	282	267	273	270	277	278	271	286	273	279	283	284	283
saludfi	.153(**)	.124(*)	-.033	.063	.089	.101	.025	-.012	-.256(**)	-.221(**)	.460(**)	-.193(**)	.131(*)	.220(**)	-.124(*)	1	.723(**)	.258(**)	.140(*)	-.147(*)
	.010	.047	.587	.308	.154	.089	.679	.842	.000	.000	.000	.001	.029	.000	.040		.000	.000	.018	.013
	283	260	267	267	259	282	281	281	270	272	273	277	277	268	273	285	278	282	283	284
ansied ad	-.099	.158(*)	.120(*)	.174(**)	-.074	.051	.006	.021	-.219(**)	-.290(**)	-.600(**)	.159(**)	.175(**)	.266(**)	-.106	.723(**)	1	.294(**)	.160(**)	-.165(**)
	.091	.010	.047	.004	.233	.387	.915	.726	.000	.000	.000	.008	.003	.000	.077	.000		.000	.006	.005
	291	264	275	275	265	289	288	288	272	278	277	282	283	272	279	278	292	288	290	288
depres	.142(*)	.022	-.048	.057	-.051	-.019	-.063	.091	-.131(*)	-.024	-.062	-.055	-.043	.204(**)	.193(**)	.258(**)	.294(**)	1	.044	-.107
	.015	.719	.422	.340	.401	.745	.283	.120	.030	.685	.299	.356	.466	.001	.001	.000	.000		.454	.068
	294	268	278	278	270	293	292	292	274	282	281	285	287	276	283	282	288	296	294	293
disfunc	.028	.021	-.087	.085	.014	-.014	-.054	-.026	-.081	-.143(*)	-.187(**)	-.245(**)	.127(*)	.138(*)	-.122(*)	.140(*)	.160(**)	.044	1	-.188(**)
	.627	.728	.149	.157	.820	.816	.355	.663	.182	.016	.002	.000	.031	.022	.040	.018	.006	.454		.001
	295	269	279	279	270	294	293	293	275	283	281	286	287	276	284	283	290	294	297	294

drogas	-.170(**)	.053	-.089	.031	-.069	-.020	-.061	-.080	.189(**)	.079	.147(*)	.140(*)	.076	-.140(*)	.144(*)	-.147(*)	-.165(**)	-.107	-.188(**)	1
	.003	.391	.140	.608	.262	.730	.299	.173	.002	.186	.014	.018	198	.020	.015	.013	005	.068	.001	
	294	269	278	278	269	293	292	292	275	282	281	286	287	276	283	284	288	293	294	296

** Correlación es significativa al nivel de 0.01 (2-colas).
* Correlación es significativa al nivel de 0.05 (2-colas.