



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

## **Salud Física y Mental en Enfermeros del Centro de Especialidades Anzoátegui: Un Modelo de Rutas.**

Proyecto de Investigación presentado por:

MARCANO Dulce

GUERRERO Laura

Profesor Guía:

GARASSINI María Elena

Caracas, Junio 2012.

**GRACIAS**

**A**

**DIOS**

# Índice General

	Pág.
Índice General	iv
Índice de Tablas y Figuras	vi
Resumen	7
Introducción	8
Marco Teórico	11
Método	62
1. Problema	62
2. Hipótesis	62
3. Variables	63
3.1 Variables endógenas	63
3.2 Variables exógenas	66
4. Tipo y diseño de investigación	67
5. Población y muestra	68
6. Instrumento	69
7. Procedimiento	78
Análisis de Resultados	81
Discusión	108
Conclusiones	120
Limitaciones y Recomendaciones	122
Referencias Bibliográficas	124
Anexos	145
Anexo A: Cuestionario de Salud General de Goldberg de 28 ítems (GHQ-28)	
Adaptada por Nuñez y Socorro (2005).	
Anexo B: Cuestionario De Salud Física Angelucci (2001)	
Anexo C: Cuestionario De Estilos De Humor (CUESTIHU) D'Anello (2008)	

Anexo D: Cuestionario Del Uso Del Humor Como Estrategia De Enfrentamiento De Situaciones Estresantes (ENFREHU) D'Anello (2002)

Anexo E: Escala De Disposición A Fluir En El Trabajo (EDFT-2) (Millán, D'Aubeterre y Garassini, 2011).

Anexo F : Hoja de identificación

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 Figuras y Tablas

	Pág.
Figura 1. Algunas de las profesiones que entran dentro de los cuatro cuadrantes del modelo de Karasek y Theorell. Tomado de Morrison y Bennet (2008).	20
Figura 2. Dimensión comportamental del humor. Tomado Jiménez y Domínguez (2009)	28
Figura 3. Tipos de experiencia en función de la relación entre habilidades y retos. Basado en Csikszentmihalyi (2007).	47
Figura 4. Diagrama de ruta propuesto de la incidencia del sexo, humor y disposición de fluir en el trabajo sobre la salud física y mental.	62
Figura 5. Gráfica de caja y bigote de la distribución de la variable salud física	85
Figura 6. Gráfica de caja y bigote de la distribución de la dimensión síntomas somáticos y ansiedad (salud psicológica).	86
Figura 7. Gráfica de caja y bigote de la distribución de la dimensión depresión (salud psicológica).	87
Figura 8. Gráfica de caja y bigote de la distribución de la dimensión disfunción social (salud psicológica).	88
Figura 9. Gráfica de caja y bigote de la distribución de la variable humor beneficioso	89
Figura 10. Gráfica de caja y bigote de la distribución de la variable humor perjudicial	90
Figura 11. Gráfica de caja y bigote de la distribución de la variable humor como estrategia para enfrentar el estrés.	91
Figura 12. Gráfica de caja y bigote de la distribución de la dimensión sentido o sensación de control y experticia (disposición a fluir en el trabajo).	92
Figura 13. Gráfica de caja y bigote de la distribución de la dimensión experiencia autotélica (disposición a fluir en el trabajo).	93
Figura 14. Gráfica de caja y bigote de la distribución de la dimensión fusión entre acción y conciencia (disposición a fluir en el trabajo).	94

Figura 15. Gráfica de caja y bigote de la distribución de la dimensión sentido alterado del tiempo (disposición a fluir en el trabajo).	95
Figura 16. Gráfica de caja y bigote de la distribución de la atención focalizada en la tarea actual (disposición a fluir en el trabajo).	96
Figura 17. Diagrama de ruta resultante	107
Tabla 1. La calidad de las experiencias en las actividades cotidianas en adolescentes y adultos. (Csikszentmihalyi , 1998)	48
Tabla 2. Coeficientes de regresión y su significancia para la salud física	98
Tabla 3. Coeficientes de regresión y su significancia para la dimensión síntomas somáticos y ansiedad (salud psicológica)	99
Tabla 4. Coeficientes de regresión y su significancia para la depresión (salud psicológica)	100
Tabla 5. Coeficientes de regresión y su significancia para la dimensión disfunción social (salud psicológica)	102
Tabla 6. Coeficientes de regresión y su significancia para la variable humor beneficioso	102
Tabla 7. Coeficientes de regresión y su significancia para la variable humor perjudicial	103
Tabla 8. Coeficientes de regresión y su significancia para la dimensión sentido o sensación de control y experticia (disposición a fluir en el trabajo)	103
Tabla 9. Coeficientes de regresión y su significancia para la dimensión experiencia autotélica (disposición a fluir en el trabajo)	104
Tabla 10. Coeficientes de regresión y su significancia para la dimensión fusión entre acción y conciencia (disposición a fluir en el trabajo)	105
Tabla 11. Coeficientes de regresión y su significancia para la dimensión sentido alterado del tiempo (disposición a fluir en el trabajo)	105
Tabla 12. Coeficientes de regresión y su significancia para la dimensión atención focalizada en la tarea actual (disposición a fluir en el trabajo)	106
Tabla 13. Coeficientes de regresión y su significancia para la variable humor como estrategia para enfrentar el estrés	106

## Resumen

La presente Investigación, enmarcada dentro de la Psicología de la Salud Ocupacional Positiva, tuvo como objetivo explicar de que forma la salud física y mental en los Licenciados de Enfermería que laboran en el Centro de Especialidades Anzoátegui son influenciadas por el estilo de humor, el uso del humor como estrategia de enfrentamiento de una situación estresante, la disposición de fluir en el trabajo, el turno laboral y el sexo, así como, las relaciones entre estas variables. A fin de obtener las influencias directas e indirectas de las variables planteadas sobre la salud física y mental, se propuso un análisis de ruta, haciendo uso de una muestra de 122 profesionales de enfermería, de las cuales 110 (90,2%) son mujeres y 12 (9,8 %) hombres, con edades comprendidas entre 21 y 65 años siendo la edad promedio de 36 años ( $S= 10,65$ ). Siendo el 58% de los Lic. en enfermería que participaron en la investigación laboran en turno diurno y el 42% en turno nocturno. Los resultados reflejaron que los empleados tienden a reportar un bajo nivel de quejas y síntomas físicos, así como también, presentan un nivel bajo de síntomas somáticos y ansiedad, un nivel muy bajo de depresión y moderadamente bajo de disfunción social. Observándose que los empleados que poseen una moderada satisfacción intrínseca producto del desempeño de su rol laboral van a percibir una peor salud física y los profesionales de enfermería que poseen mayor sensación de que la actividad laboral que se está haciendo es tan agradable que se realiza por sí misma van a experimentar menores síntomas somáticos y ansiedad, y depresión. Así como también, las personas que utilizan un estilo de humor beneficioso de forma moderada van a tener una adecuada adaptación social y capacidad para hacer y disfrutar de las actividades diarias, así como también van a experimentar menores síntomas somáticos y ansiedad. Estos hallazgos permiten evidenciar cómo el uso y estilo de humor y disposición a fluir en el trabajo pueden afectar su salud física y psicológica percibida en profesionales de enfermería.

Palabras claves: salud física, salud psicológica, estilos de humor y disposición a fluir en el trabajo.

## Introducción

En esta investigación se estudian las variables: salud (física y mental) percibida, humor, disposición de fluir en el trabajo y turno laboral de enfermeros que trabajan en una clínica privada de la ciudad de Lechería-Venezuela. Por ende, el área en la que mejor se enmarca éste estudio es la Psicología de la Salud Ocupacional Positiva (PSOP), definida como: “el estudio científico de la salud de las personas y los grupos trabajando en organizaciones saludables” (Llorens, Salanova y Martínez, 2007, p. 6) y su objetivo es “describir, explicar y predecir la salud de los empleados y organizaciones, para su optimización integral” (Llorens et al., 2007, p. 6).

La atención sanitaria resulta, con frecuencia, altamente estresante debido a las situaciones emocionales al límite, las presiones, montos elevados de responsabilidad y riesgos de muerte de los pacientes (Gil-Monte, Carretero y Roldán, 2005). Además, el servicio proporcionado por los empleados de salud, requiere ser llevado a cabo durante todo el día, por lo que los cambios de turnos son algo típico en el personal de salud (Flores, 2001). Según Jamal (2004), los empleados con horarios atípicos pueden experimentar más problemas de salud física y psicológica que los empleados con horarios normales.

Dentro de las profesiones del sector servicios, la profesión de enfermería ha sido identificada como uno de los campos en los que el estrés tiene especial incidencia (Gil-Monte et al., 2005). Por lo que se considerará de interés el estudio de la población de profesionales de enfermería.

Martín (2001), propone el uso del humor como mecanismo que permite disminuir los efectos negativos del estrés. Lefcourt, Davidson, Prkachin y Mills (1997) proponen una estrategia de afrontamiento vinculadas al humor, la cual se enfoca en la emoción que actúa como una medida defensiva encontrando humor en una situación estresante y reduciendo la reacción emocional negativa.

Asimismo, Kuiper y Martín (1998), plantean que el efecto moderador del sentido del humor sobre el estrés parece operar, al menos en parte, a través de una apreciación más positiva. Por su parte Martin, Puhlik, Larsen, Gray y Weir (2003) sugieren que dependiendo de las funciones que cumpla el humor, se pueden identificar cuatro estilos; dos de ellos conducen al bienestar por su carácter benigno hacia el sí-mismo (humor de automejoramiento) y hacia los otros (humor afiliativo), mientras que los dos restantes se consideran deletéreos para la salud y perjudicial para el sí-mismo (humor auto-descalificador) y para los otros (humor agresivo).

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946) define la salud como: “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p.100). Por su parte Seligman (2011), reconoce las experiencias óptimas como uno de los antecedentes que promueven la presencia de un mayor grado de bienestar subjetivo, siendo las actividades productivas como el trabajo y el estudio una excelente fuente para vivir experiencias óptimas o fluidez.

Según Csikszentmihalyi (2007), las personas poseen una disposición de fluir en el trabajo, esta es entendida como la probabilidad que tiene el trabajador de acceder cotidianamente a la experiencia de flujo, entendida ésta como el estado subjetivo que las personas experimentan cuando están completamente involucradas en el trabajo y que como consecuencia de ello llegan al extremo de olvidarse del tiempo, la fatiga y todo lo demás excepto la actividad misma.

Salanova, Martínez, Cifre y Schaufeli (2005) obtuvieron que el tener más experiencias óptimas en el trabajo no parece tener que ver con la edad ni con el sexo, sino más bien con el tipo de ocupación que se realiza.

Por lo explicado anteriormente, el objetivo de esta investigación, consiste en conocer, desde la PSOP, de que forma la salud física y mental en los Licenciados de Enfermería que laboran en el Centro de Especialidades Anzoátegui son influenciados por el estilo de humor, el uso del humor como

estrategia de afrontamiento de una situación estresante, la disposición de fluir en el trabajo, el turno laboral y el sexo. Asimismo, se pretende conocer las posibles relaciones entre estas variables

Se considera de relevancia teórica y práctica el estudio de las experiencias óptimas 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 física percibida y variables de la Psicología Organizacional Positiva como las experiencias óptimas y el humor, en empleados del sector salud, específicamente, en los profesionales de enfermería.

Adicionalmente, el presente estudio pretende brindar un importante aporte práctico al sector salud, ya que determinando en qué medida las experiencias óptimas, el humor, el turno laboral y el sexo inciden sobre la salud física y psicológica, 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.

Los aspectos éticos más relevantes que se considera en esta investigación se refiere, 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 preservará 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, será expresado verbalmente de forma explícita, cuando se le de las instrucciones (Escuela de Psicología, UCAB, 2002).

## Marco Teórico

A mediados del siglo XX, empieza el interés por mejorar la salud y bienestar de las personas con relación a las condiciones de su empleo. En consecuencia surge la disciplina de la salud ocupacional la cual se refiere al bienestar mental, emocional y físico de los empleados con relación a la realización de su trabajo (Muchinsky, 2002).

Para la década del 1930 surgió un tema que aborda los aspectos afectivos y emocionales asociados con el trabajo. La Psicología reconoció que muchos problemas de adaptación relacionados con la vida tenían alguna conexión con la vida laboral de las personas. Siendo el trabajo y el nivel ocupacional que desempeña una persona, críticos en el sentido de identidad, autoestima y bienestar psicológico del individuo. Debido a que el trabajo es una característica definitoria de la vida de muchas personas, se reconoce que los individuos deberían tener un ambiente de trabajo seguro y sano (Muchinsky, 2002).

Del mismo modo, en los últimos años la salud como un fenómeno de estudio dentro de disciplinas distintas a la medicina, ha cobrado importancia. Esto debido, entre otros determinantes, a la adopción de un modelo biopsicosocial de la salud, en el cual se resalta la noción general en la que los factores sociales, psicológicos y biológicos, son importantes en la salud y enfermedad (Angelucci, 2007). La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946) define la salud como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p.100).

Según Jara y Rosel (1999) la definición de salud de la OMS resalta dos aspectos: a) su consideración como un constructo multidimensional, lo que trae como consecuencia el abordaje de la salud en sus tres componentes y en su interacción; b) el enfoque de la salud desde la noción de bienestar, lo que implica

una perspectiva positiva de la salud y no sólo la ausencia de enfermedad, cónsona con la conceptualización de salud como un continuo y no como un estado ideal.

Mientras que la OMS define a la salud mental como:

Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. (OMS, 2011, p.1).

Por lo tanto, la salud mental es un proceso que se va cumpliendo en el desarrollo histórico y vital de la persona y la humanidad, el cual es modificado por los aspectos culturales, económicos, sociales y políticos de cada sociedad en particular (Alcalá, 2004).

Tradicionalmente, las mujeres han sido diagnosticadas con mayor frecuencia de problemas de salud mental que los hombres, aunque en la actualidad se ha constatado que las tasas de problemas mentales y conductuales no difieren en función del sexo (OMS, 2002). Entendiendo al sexo como la condición orgánica que distingue a ciertos individuos de una misma especie con relación a su forma de intervenir en los procesos reproductivos (Quillet, 1976).

Según la OMS (2002) sí parecen darse diferencias en el patrón y los síntomas de los trastornos, aunque varían con la edad. Asimismo, en la edad adulta se ha encontrado de forma consistente que es más probable que las mujeres tengan más ansiedad y depresión que los hombres, mientras que éstos presentan tasas más altas de trastornos de personalidad antisocial y de abuso de sustancias (OMS, 2002).

Según este organismo, aunque no hay diferencias de sexo consistentes en la prevalencia de trastornos mentales graves tales como esquizofrenia o trastorno bipolar, generalmente los hombres tienen un comienzo más precoz de la esquizofrenia y es más probable que las mujeres experimenten formas más graves de depresión bipolar (OMS, 2002).

Por otra parte, dentro de los estudios realizados sobre salud en general se ha considerado principalmente la influencia del sexo sobre la salud (Angelucci, 2007). Tal vez la explicación más evidente de las diferencias de salud general entre hombres y mujeres es que existen diferencias biológicas: nacer mujer trae consigo una ventaja biológica natural en cuanto a la longevidad (Morrison y Bennet, 2008).

Unos elevados niveles de estrógenos en las mujeres parecen retrasar la aparición de enfermedades cardiovasculares al reducir la tendencia a que se formen coágulos y al mantener reducidos los niveles de colesterol en sangre, por el contrario, los elevados niveles de testosterona entre los varones aumentan el riesgo de coágulos en la sangre, lo que puede contribuir al desarrollo de ateromas y puede desencadenar un infarto del miocardio (McGill y Stern, 1979).

Una segunda causa biológica aparente del desarrollo de más enfermedades entre los varones es que tienen una mayor respuesta fisiológica ante el estrés que las mujeres. Los hombres suelen mostrar mayores incrementos en hormonas relacionadas con el estrés, de presión arterial y de colesterol en respuesta a factores de estrés que las mujeres, lo cual aumenta el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular (Morrison y Bennet, 2008).

En Occidente, la esperanza de vida media de una mujer es significativamente mayor que la de los hombres de la misma generación (Morrison y Bennet, 2008). Por ejemplo, en el Reino Unido, en el año 2006 las mujeres tenían una probabilidad de vivir seis años más que los varones, muriendo a una

edad media de 80 años, mientras que la edad media de los varones era de 74 (OMS, 2002). Una gran parte de esta diferencia se debe a la aparición más temprana de enfermedades cardiovasculares entre los hombres que entre las mujeres. Casi las tres cuartas partes de las personas que fallecen de un infarto en el miocardio antes de los 65 años son hombres (American Heart Association, 1995).

Aunque este patrón de mortalidad es frecuente en los países industrializados, no suele ser así en los países en vías de desarrollo. Aquí las diferencias en la esperanza de vida entre hombres y mujeres son más pequeñas y en algunos casos se invierten. Las mujeres de muchos países en vías de desarrollo tienen más probabilidades de experimentar mayores tasas de enfermedad y mortalidad prematuras que los varones debido a su mayor frecuencia de embarazos y sus riesgos sanitarios asociados, así como a unos servicios sanitarios inadecuados (Doyal, 2001).

Una evidencia empírica de que las diferencias de sexo en la salud no se deben únicamente a cuestiones biológicas proviene de los estudios que demuestran que hay claras diferencias en las conductas saludables entre hombres y mujeres (Morrison y Bennet, 2008).

En 11 de las 14 categorías de conductas de riesgo para la salud no específicas del sexo, estudiadas por Powell, Anderson y Murphy (1997), incluyen fumar, beber, conducir en estado de embriaguez, no abrocharse el cinturón de seguridad y no hacerse chequeos médicos regulares, aparece que los hombres las ejecutan más que las mujeres. Sin embargo, Lee (1999) encontró que las mujeres australianas presentan algunos hábitos inadecuados de salud, como fumar, exceso de peso y menos actividad física, que las hacen más propensas a la presencia de enfermedades.

Los hombres no sólo muestran conductas de mayor riesgo para la salud, sino que también tienen menos probabilidades que las mujeres de buscar ayuda médica cuando es necesario (Verbrugge y Steiner, 1985). Según el Departamento de Salud y Servicios Humanos (citado en Morrison y Bennet, 2008), es menos probable que los hombres consulten al médico que las mujeres. Las mujeres con desventajas sociales tienen dos veces más probabilidades de consultar a un médico que los hombres en su misma situación cuando están enfermos. De igual forma, los hombres de renta alta tienen menos probabilidades de consultar al médico cuando están enfermos que las mujeres.

Del mismo modo, Dawson, Schneider, Fletcher y Bryden (2007) indican que las mujeres acuden más a los chequeos médicos y por ende están más informadas sobre sus síntomas y posibles enfermedades, por lo que tienen mayor reconocimiento de estos síntomas en sí mismas y pueden reportarlos con mayor facilidad.

Sin embargo, los hombres evalúan mejor su estatus de salud general que las mujeres, a pesar de presentar más conductas de riesgo de salud, dado que son los hombres los que perciben poca vulnerabilidad a las enfermedades (Dawson et al., 2007).

Una posición que trata de explicar las diferencias sexuales en salud es la de Ross y Bird (1994), estos autores indican que estas diferencias son paradójicas dado que las mujeres reportan peor salud, pero viven más, padecen más enfermedades no fatales, así como síntomas más agudos, mientras que los hombres presentan más enfermedades crónicas que desarrollan a lo largo de sus vidas. De esta manera los autores proponen una explicación en dos categorías: a) la desigualdad en la asignación de tareas laborales y del hogar; b) los estilos de vida, los cuales son peores en los hombres. Ambas categorías permiten explicar la paradoja de las diferencias sexuales en salud.

Según Morrison y Bennet (2008) los hombres se encuentran más frecuentemente que las mujeres con condiciones laborales adversas. Sin embargo, Feldman (1995) quien, en función de sus investigaciones en Venezuela, indica que a causa del desarrollo de la sociedad, la mujer ha asumido roles múltiples que llevan a su vez a asumir mayores responsabilidades y estar expuestas a mayores situaciones de estrés; en consecuencia la mujer es más propensa a padecer y reportar problemas de salud.

Asimismo, Mirowsky y Ross (1995) señalan que la posición de las mujeres en el trabajo y en la familia es más desfavorable, ya que tienen más demandas y limitaciones. Además, generalmente, las mujeres con empleo se ocupan también de la mayor parte del trabajo doméstico pues, aunque las mujeres se están incorporando cada vez más al mundo laboral, la mayoría de los hombres siguen estando poco implicados en las tareas domésticas (Matud y Aguilera, 2009).

De igual forma, Lundberg y Parr (2000), tras una revisión de diversos estudios sobre las condiciones de trabajo de mujeres y hombres, concluyeron que las mujeres con empleo tienen que enfrentarse a mucho más estrés que los hombres, ya que es más frecuente que tengan empleos peor pagados, más precarios y que se caractericen por altas demandas y bajo control. También se ha planteado que los roles familiares son mucho más demandantes para la mujer que para el hombre.

Por otra parte, los factores laborales también pueden afectar a la ejecución de conductas promotoras de salud. Ames y Janes (1987), han concluido que el desinterés por el trabajo, el estrés laboral, los controles sociales inconsistentes y la evolución de una cultura de consumo de alcohol están especialmente relacionados con el fuerte consumo de alcohol entre los trabajadores de industrias, fábricas y talleres, como los obreros, operarios, mecánicos, entre otros.

Análogamente, Westman, Eden y Shirom (1985) han concluido que las largas jornadas laborales, la falta de control en el trabajo y un pobre apoyo social están relacionados, cada uno, con el elevado consumo de tabaco entre los trabajadores de cuello azul.

La mayor parte de la investigación psicológica se ha centrado en las teorías que sugieren que hay algo intrínseco a los distintos entornos laborales que afecta directamente a la salud: los estresores laborales (Morrison y Bennet, 2008).

Con respecto al estrés Fontana (1989) comenta:

el estrés es una exigencia a las capacidades de adaptación de la mente y el cuerpo. Si estas capacidades permiten que la persona controle tal exigencia y disfrute la estimulación implícita, entonces el estrés es bienvenido y provechoso. Si no lo permiten y la exigencia resulta debilitante, entonces el estrés es molesto y estéril (p.3).

También, el estrés puede ser entendido como la interacción del individuo con su medio ambiente (Lazarus y Folkman, 1984). Así mismo, Lazarus y Folkman (1984) plantean un modelo transaccional en el que definen al estrés como “una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que ponen en peligro su bienestar” (p. 43).

La reacción de estrés implica no sólo cambios fisiológicos sino también reacciones motoras y conductuales (por ejemplo, temblores de mano, alteraciones del habla) y disfunciones cognitivas (por ejemplo, fallos de memoria) (Lazarus y Folkman, 1984).

Así, ya desde la década de los años 80 se vienen realizando investigaciones científicas que demuestran claramente el efecto negativo del estrés sobre la salud física (Salovey, Rothman, Detweiler y Steward, 2000). De igual forma, numerosos estudios sugieren que el estrés es un importante aspecto del cambio socioeconómico donde se observan incrementos de enfermedades como por ejemplo, tuberculosis, depresión, desórdenes mentales, cardiovasculares, entre otras, que afectan el desempeño diario de un individuo, convirtiéndose el estrés en un problema de salud que conlleva a costos individuales y organizacionales (Fisher, 1988; Kowalski, 2000; Senior, 2001).

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 (Sotillo e Hidalgo, 2000; citado en Mamani, Obando, Uribe y Vivanco, 2007).

Existen dos tipos de estrés laboral: el episódico, que se produce como consecuencia de eventos puntuales como por ejemplo un despido y el crónico, que se puede presentar cuando la persona se encuentra sometida a las siguientes situaciones: ambiente laboral inadecuado, sobrecarga de trabajo, alteración de ritmos biológicos, responsabilidades y decisiones muy importantes, estimulación lenta y monótona, condiciones laborales inadecuadas (Bolívar y Escalona, 2004).

En este sentido, el Instituto Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional de Estados Unidos (NIOSH, 2003), propone que la exposición a condiciones estresantes de trabajo, como las descritas anteriormente puede tener una influencia directa en la salud y seguridad del trabajador.

Por su parte, Karesek y Theorell (1990) analizaron sistemáticamente los elementos del entorno laboral que contribuyen al estrés laboral y a la enfermedad y plantearon el modelo de demanda-control. Este modelo identifica tres factores clave que contribuyen al estrés laboral: a) las exigencias del trabajo; b) el grado de

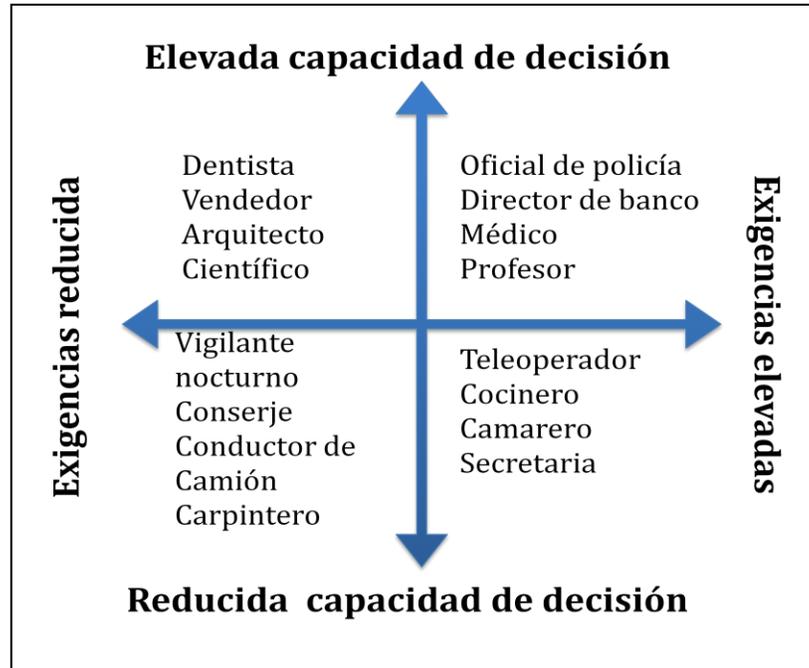
libertad para tomar decisiones sobre la mejor manera de cumplir con estas exigencias (autonomía laboral); c) El grado de apoyo social disponible.

Este modelo sugiere que sólo cuando se combinan unos niveles elevados de exigencias con unos reducidos niveles de autonomía y, tal vez, unos niveles reducidos de apoyo social, el individuo se sentirá estresado y correrá el riesgo de contraer una enfermedad. La combinación entre elevadas exigencias y reducida autonomía fue denominada por Karasek y sus colegas como elevada presión laboral (Morrison y Bennet, 2008).

De igual forma, Lundberg, De Chateau, Winberg y Frankenhauser (1981) han planteado que las mujeres que tienen cargos que han sido ocupados tradicionalmente por varones muestran el mismo nivel de hormonas relacionadas con el estrés que los varones en cargos similares.

Mientras, Merin-Reig, Cano y Toval (citado en 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, jornadas 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.

Morrison y Bennet (2008, p. 65) plantean algunas de las profesiones que entran dentro de los cuadrantes del modelo de Karasek y Theorell y se presentan en la Figura 1.



*Figura 1.* Algunas de las profesiones que entran dentro de los cuatro cuadrantes del modelo de Karasek y Theorell. Tomado de Morrison y Bennet (2008).

En concordancia con este planteamiento, Karasck y Theorell (citado en 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.

Existen diversos estudios que indican que las ocupaciones con mayor vulnerabilidad ante el estrés psicosocial son los trabajadores operativos o manuales (obreros) (Karasek y Theorell, 1990), los mandos medios (técnicos y administrativos) (Gutiérrez, 2001); así como los enfermeros (Arita y Arauz, 1998; Arita, 2001).

Por su parte, Juárez (2007), realizó un estudio con el objetivo de identificar los principales factores psicosociales, el estrés percibido, los estilos de afrontamiento y los problemas de salud informados por trabajadores de distintas ocupaciones. Para el estudio participaron 216 personas entre ellos trabajadores

administrativos, docentes, obreros y enfermeras de distintos centros de trabajo en la Ciudad de México. Juárez encontró que el grupo más vulnerable en cuanto a estrés y a presentar problemas de salud ligados al trabajo fue el grupo de las enfermeras, siendo su mayor estrés psicosocial los pacientes y sus problemas de salud más frecuentes los músculo-esqueléticos y cefaleas, utilizando un proceso de afrontamiento que se ubica dentro de los estilos clásicos de emoción-problema.

Por otra parte, Blanco y La Rosa (2009), estudiaron 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 de instituciones públicas y privadas de la ciudad de Caracas, utilizando para ello una muestra de 300 profesionales de enfermería (263 mujeres y 35 hombres) encontraron que los empleados de sexo masculino presentan una mayor salud física ( $\beta = -0.176$ ;  $p = 0.005$ ).

En un estudio realizado por Campos, Campos y Lázaro (citado en 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.

En este sentido, Avendaño, Grau y Yus (citado en 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 nocturnos, el alargamiento de la jornada laboral por doble turno u horas extras, el sobre esfuerzo físico y la exposición constantes 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.

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).

Por su parte 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.

Existen tres turnos laborales para los profesionales de enfermería que trabajan en el Centro de Especialidades Anzoátegui, un primer turno que comprende desde las 7:00 am hasta la 1:00 pm; un segundo turno que va desde la 1:00 pm hasta las 7:00 pm; y un tercer turno que va desde las 7:00 pm hasta las 7:00 am (C. Arrieta, comunicación personal, Agosto 20, 2011).

Por otra parte, es importante mencionar que en diversos estudios (Gadbois, 1981; Dinges, Orne, Whitehouse y Orne, 1987), 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.

De igual forma, 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 (Goodrich y Weaver, 1998).

La mayoría de los problemas de salud que aquejan a las personas que trabajan por turnos se asocian a la calidad del sueño que disfrutan durante el día después de un turno de noche y, en menor medida, al descanso anterior al inicio del turno de mañana (Knauth, 2001).

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)

Fernández, Hinojal, Díaz, Sáiz, González y Bobes (2003), 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 igual forma, Knauth (2001), plantea que el efecto de la luz natural puede perturbar el sueño, y el nivel de ruidos es mayor durante el día que por la noche. Así, la mayoría de los trabajadores del turno de noche se quejan del ruido de los niños y del tráfico. Además, algunos trabajadores nocturnos interrumpen su descanso diurno para comer en familia, y otros deben reducir las horas de sueño para realizar las labores domésticas y cuidar de los hijos.

Según Rutenfranz, Beermann y Löwethal (1987) los ritmos circadianos de hombres y mujeres reaccionan de la misma forma a la alternancia de las fases de trabajo y sueño en relación con el trabajo nocturno.

Asimismo, 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. Según Costa (1996), 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.

De igual forma, Blanco y La Rosa (2009) encontraron que los profesionales de enfermería que laboran en turnos nocturnos, tienden a presentar un menor descanso y alteraciones en el sueño, en términos de baja calidad o cantidad del sueño ( $\beta=-0.300$ ;  $p=0.000$ ), siendo los empleados con menor sueño los que tienden a mostrar una peor salud física ( $\beta= -0.457$ ;  $p=0.000$ ) y mayores niveles de ansiedad ( $\beta= -0.0331$ ;  $p=0.000$ ). Así como un estilo de vida menos saludable, en términos de consumir una mayor cantidad de alimentos que en exceso resultan dañino para la salud ( $\beta= -0.146$ ;  $p=0.032$ ).

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).

Por otra parte, 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 observan un decremento de su salud física y psicológica, así como, una influencia en la manera en cómo estos empleados evalúan sus trabajos.

Gatto (2000), ha discriminado aspectos fisiológicos, psicológicos y conductuales asociados el 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 evidencia en expresiones conductuales, tales como, la incapacidad de concentrarse en el trabajo, contacto mínimo con los paciente, 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 identificados como uno de los grupos con mayor desgaste profesional, ya que se encuentran expuestos a múltiples estresores de carácter físico, psicológico y social en su jornada laboral (Alcalá y Ascanio, 2008). Las consecuencias de este desgaste, puede ir desde un deterioro significativo en la calidad del trabajo y los servicios ofrecidos, hasta el desarrollo de problemas de salud física y psicológica (Alcalá y Ascanio, 2008). Por las razones anteriormente expuestas son los enfermeros la muestra de interés en esta investigación.

Sin embargo, las personas poseen recursos psicológicos que pueden utilizar para enfrentar a los estresores entre estas están la autoestima, fortalezas personales, el compromiso consigo mismo, dominio de sí mismo, y actitud positiva ante los retos y el cambio (Bolívar y Escalona, 2004).

Uno de los mecanismo propuestos por los investigadores que permiten disminuir los efectos negativos del estrés es el uso del humor (Martín, 2001). De esta forma, el humor es considerado como un poderoso antídoto para todas las enfermedades (Oblitas, 2004).

El sentido del humor es una capacidad única del ser humano valorada en muchas, si no todas las culturas. El término humor tienen diversas acepciones en castellano, y los investigadores y teóricos que se dedican a los estudios del humor tampoco se han puesto de acuerdo sobre cómo definir los distintos conceptos y fenómenos de este campo (Carbelo y Jáuregui, 2006).

El origen etimológico del término humor, es el término latino *umus, umoris* que significa humedad, y a esta acepción se refiere la que recoge el Diccionario de la Real Academia Española (RAE, 1992, p.84): “cualquiera de los líquidos del cuerpo animal”. La relación entre humedad y disposición anímica de la antigua teoría hipocrática de los cuatro humores y de su proporcionada distribución en el organismo humano (Jiménez y Domínguez, 2009).

A la teoría de los humores remite otro de los significados del término humor, cuando en el ámbito de la Psicología, y más concretamente en relación con la esfera afectiva, nos referimos al humor como “tono emocional base” (Jiménez y Domínguez, 2009, p.131). Se trata, entonces, de una forma específica de estado afectivo y como tal implica la existencia de un conjunto de creencias acerca de la probabilidad que la persona tiene de experimentar el afecto positivo o negativo. Este tono emocional de base, humor, puede durar varios días, según las expectativas de la persona (Jiménez y Domínguez, 2009).

Según Peterson y Seligman (2004) el sentido del humor es una de las fortalezas del ser humano y se refiere a la capacidad de reír y hacer que los otros rían y ver el lado divertido de la vida, dicho de otra forma, es una capacidad para experimentar y/o estimular una reacción muy específica, la risa, y de esta manera conseguir y mantener un estado de ánimo positivo.

La risa, a su vez, es definida como una reacción psicofisiológica caracterizada, externamente por unas vocalizaciones repetitivas (típicamente transcritas en castellano como ja-ja, je-je, entre otras), una expresión facial (una sonrisa en boca cerrada o abierta, comisuras de los ojos arrugados), unos movimientos corporales característicos (del abdomen, hombros, cabeza y en caso de risa intensa en todo el cuerpo) y una serie de procesos neurofisiológicos concretos (cambios respiratorios y circulatorios, activación del sistema dopaminérgico y otros circuitos neuroquímicos) e internamente por una sensación

subjetiva reconocible de carácter placentero en mayor o menor medida que denominan hilaridad (Carbelo y Jáuregui, 2006).

De igual forma, Carbelo y Jáuregui (2006) definieron el humor como “cualquier estímulo que puede provocar la risa de un sujeto: juegos, bromas, chistes, viñetas, situaciones embarazosas, incongruencias, inocentadas, cosquillas” (p.19)

Por otra parte, según Ruch (1998) el humor o sentido del humor denota una actitud sonriente hacia la vida y sus imperfecciones, una comprensión de las incongruencias de la vida. Nicolson (1946) hace la distinción entre el sentido del humor y sentido de lo cómico. El sentido del humor, a diferencia del ingenio, no requiere que el estímulo sea breve y cause sorpresa, es un proceso más lento y va más allá de una reacción inmediata; es una actitud de la mente más que una actividad de la mente.

Si del humor se hace un estudio psicológico, se identificarían diferentes dimensiones: una dimensión cognitiva, que implica la forma de mirar al mundo e interpretar lo que sucede; una dimensión afectiva, o la manera en la que el individuo se siente alegre, optimista ante los distintos avatares de la vida; una dimensión comportamental, que sería la manera de manifestar el sentido del humor a través de las distintas formas de generar o producir humor, y una dimensión social, ya que el humor desempeña un papel importante en la relación interpersonal y se activa y multiplica en situaciones sociales (Jiménez y Domínguez, 2009).

En la dimensión comportamental del humor, es decir, cuando se utiliza como forma concreta de comunicación para la interacción lúdica, con el propósito de divertir, el humor es un proceso que implica diferentes elementos (Jiménez y Domínguez, 2009).

En dicho proceso son necesarios la presencia de un iniciador o estímulo, alguien que está contando el chiste o la historieta y un objeto que está siendo propuesto como el blanco o diana de la situación cómica. Juntos, iniciador, objeto y contexto, configuran el estímulo que se espera sea humorístico. Sin embargo, ningún estímulo resulta ser humorístico hasta que es percibido y apreciado por alguien-organismo (Jiménez y Domínguez, 2009).

Reconocer una situación como humorística supone un doble procesamiento. El observador debe comprender la situación (proceso cognitivo) y, además, la situación humorística, sea del tipo que sea, tienen que gustar, tiene que causar placer, y eso depende de un proceso emocional. Si el observador no entiende el chiste, el proceso se interrumpe, o si el observador entiende el chiste pero no le gusta o no le divierte, por las razones que sean, el proceso se interrumpe también. Si el observador entiende el chiste el proceso continúa con una respuesta en forma de risa, sonrisa, que tendrá efectos sobre el observador, tales como los sentimientos positivos generados por la risa, o sobre otros presentes que pueden tener una reacción similar u otras reacciones (Jiménez y Domínguez, 2009) (Ver la Figura 2).

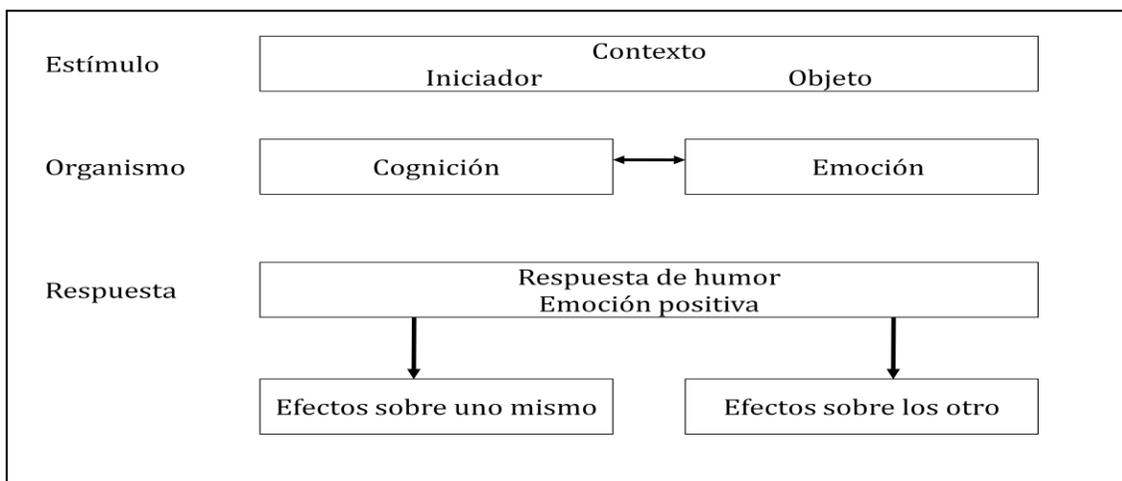


Figura 2. Dimensión comportamental del humor. Tomado Jiménez y Domínguez (2009)

Por tanto, cualquier secuencia de humor, por muy breve que sea, como un chiste, es un fenómeno relativamente complejo en el que concurren diferentes elementos y procesos de índole cognitivo y afectivo (Jiménez y Domínguez, 2009).

Por ende, el humor es también una actividad mental y compleja. Divertirnos con una broma o reírnos con un chiste ha supuesto para nuestro cerebro poner en marcha, de forma eficaz, diferentes sistemas de procesamiento. Por una parte, es estrictamente sensorial, que dependerá del tipo de información a procesar, es decir, del formato que adopte el estímulo humorístico: visual cuando se trate de dibujos o viñetas, fonológico o semántico que supone la activación de los procesos cognitivos implicados en descodificar y codificar la información pertinente en cada caso (Jiménez y Domínguez, 2009).

Pero el proceso no ha hecho nada más que empezar; el cerebro tiene que captar contenido de humor, entender el chiste y, además, disfrutar con él. Se vislumbran, por tanto, dos sistemas de procesamiento: los implicados en captar la esencia del chiste (mecanismos cognitivos) y los implicados en proporcionar el componente hedónico, el sentimiento afectivo de diversión (mecanismos afectivos) (Jiménez y Domínguez, 2009).

La habilidad para apreciar el humor está directamente relacionada con una región específica del cerebro, la porción anterior del lóbulo frontal derecho. Siendo el principal papel del lóbulo derecho en la integración y organización de la información (Jiménez y Domínguez, 2009).

La apreciación del humor requiere la interpretación de la información actual de acuerdo con las experiencias pasadas de un individuo. Tal elaboración requiere varios procesos: memoria episódica, es decir, el recuerdo de las experiencias vividas. No se está argumentando que la localización del humor se sitúe en esta región cerebral, sino que lo que se postula es la presencia dentro del lóbulo frontal

de funciones importantes necesarias para que la respuesta de humor tenga lugar (Jiménez y Domínguez, 2009).

McGhee (1979) y Ziv (1984), plantean que los hombres tienden a hacer más chistes y bromear más que las mujeres, por su parte las mujeres tienden más a apreciar el humor que a generarlo.

Por su parte Carbelo y Barroso (2002), realizó un estudio con el fin de determinar cuáles son las cualidades más nombradas por parte de los alumnos de enfermería, para una persona que ellos consideran “interesante”, e indagar acerca de la importancia que conceden espontáneamente al humor. En el estudio participaron 33 estudiantes del primer año de enfermería de la Universidad de Alcalá, Madrid- España. Encontrando que el humor es la cualidad más considerada por los alumnos (36%;  $p = \leq 0.005$ ), el estadístico utilizado para la proporción fue la prueba binomial (no paramétrica).

Como se ha visto, el humor es un fenómeno complejo en su naturaleza, en el que confluyen, al menos, variables cognitivas, emocionales, comportamentales, fisiológicas y sociales (Jiménez y Domínguez, 2009). Pero, cómo pueden el humor y la risa influir en la salud física.

Existen, al menos, cuatro mecanismos teóricos propuestos: a) los beneficios sobre la salud son efecto de los cambios fisiológicos que la risa puede producir en diferentes sistemas corporales; b) el humor y la risa pueden ejercer efectos saludables porque inducen estados emocionales positivos; c) el humor puede tener un beneficio indirecto sobre la salud incrementando el nivel de apoyo social; d) el humor puede tener un beneficio indirecto sobre la salud, moderando los efectos perniciosos del estrés. Cada uno de ellos referidos a diferentes aspectos o componentes del humor y que tendrían, asimismo, implicaciones diferentes en las intervenciones clínicas que pudieran ser útiles en la aplicación del humor al bienestar (Martín, 2004).

Los beneficios sobre la salud son efecto de los cambios fisiológicos que la risa puede producir en diferentes sistemas corporales (Martín, 2004). En este sentido, se ha sugerido que la risa vigorosa, las carcajadas, ejercitan y relajan la musculatura, mejoran la respiración, estimula la circulación, incrementa la producción de endorfinas, disminuyen la producción de hormonas relacionadas con el estrés y potencian el sistema inmunológico (Fry, 1994).

La risa es capaz de reducir el estrés y la ansiedad que directamente deterioran la calidad de vida e indirectamente afectan la salud física del individuo (Carbelo y Jáuregui, 2006).

Asimismo, la risa se ha asociado a cambios en las catecolaminas circulantes en los niveles de cortisol (Hubert, Moller y De Jong-Meyer, 1993), que a su vez pueden tener un efecto en diferentes componentes del sistema inmune (Dantzer y Mormede, 1995). De igual forma la risa da mensajes a órganos vitales; mejora la circulación sanguínea, lo cual brinda una sensación de energía y vitalidad, también, disminuye la secreción de cortisol y estimula la respuesta del sistema inmune (aumenta los niveles de las células T); incrementa la oxigenación de la sangre y disminuye el aire residual de los pulmones (Oblitas, 2004).

Al comienzo, la risa estimula la frecuencia cardíaca y eleva la presión arterial; luego las arterias se relajan y ocurre lo contrario. La temperatura de la piel sube como una consecuencia del incremento de la circulación periférica. De esta forma, la risa parece tener un efecto positivo sobre alteraciones cardiovasculares y respiratorias (Adams, 1993).

De acuerdo con este modelo teórico, la risa abierta en forma de carcajadas sería crucial para entender las conexiones entre el humor y la salud, mientras que percibir y experimentar situaciones de humor y diversión sin risa no sería de esperar que produjese efectos saludables (Jiménez y Domínguez, 2009).

Por otra parte, el segundo modelo plantea que el humor y la risa pueden ejercer efectos saludables porque inducen estados emocionales positivos. Las emociones positivas, sin tener en cuenta como fueron generadas, pueden tener efectos beneficiosos sobre la salud, tales como una mayor tolerancia al dolor (Bruehl, Carlson y McCubbin, 1993), estimular la inmunidad (Stoney, Cox, Valdimarsdottir, Jandorf y Neale, 1987) y mermar las posibles consecuencias cardiovasculares nocivas de las emociones negativas (Adams, 1993).

Esta hipótesis concede al humor y la risa un papel no tan protagonista, puesto que el humor y la risa serían un medio para potenciar las emociones positivas, junto con el amor, el optimismo, la felicidad, entre otras. Es más, de acuerdo con el segundo modelo, la risa abierta no sería necesaria para que los efectos beneficiosos sobre la salud ocurrieran, porque el humor y la diversión pueden inducir emociones positivas sin risa (Jiménez y Domínguez, 2009).

Mientras, el tercer modelo plantea que el humor puede tener un beneficio indirecto sobre la salud, incrementando el nivel de apoyo social. Los individuos con buen sentido del humor, son más competentes socialmente y más atractivos que otros y tienen más habilidades para reducir tensiones y conflictos en las relaciones. Así, este elevado nivel de apoyo social puede ser el amortiguador de los efectos negativos del estrés sobre la salud (Cohen y Wills, 1985).

Según este modelo, la clave está en los aspectos interpersonales del humor y el grado de competencia social con que cada uno expresa humor en las relaciones más que en la simple repuesta de risa o incluso en la mirada humorística a la vida. Este modelo también enfatiza la importancia de distinguir los estilos de humor que pueden ser no adaptativos socialmente (Jiménez y Domínguez, 2009).

Por otra parte, el cuarto modelo plantea que el humor puede tener un beneficio indirecto sobre la salud, moderando los efectos perniciosos del estrés. Hay evidencia del efecto nocivo de las experiencias estresantes, que tienen efectos nocivos en varios aspectos de la salud, incluyendo la supresión del sistema inmune (Adler y Hillhouse, 1996) y el incremento de riesgo para la enfermedad coronaria (Essler, 1998).

El modelo del sentido del humor como variable moderadora del estrés, actúa como estrategia adaptativa similar a la reinterpretación positiva (Kuiper, Martín y Olinger, 1993; Lefcourt, Davidson, Shepherd, Phillips, Prkachin y Mills, 1995). En este sentido el elemento cognitivo del humor es más importante que la risa, porque se puede relacionar con la tendencia a utilizarlo como adaptación a la vida diaria en los momentos de estrés y adversidad.

Abel (1998), estudió la interacción entre humor, sexo y su relación con el estrés. Los participantes eran 131 mujeres y hombres estudiantes que completaron escalas autodescriptivas de apreciación de su estrés, humor y sintomatología física y psíquica. Mediante un análisis de regresión múltiple encontró que el humor era moderador del estrés y la ansiedad, aunque eran datos significativos solo los de la muestra de hombres. En general concluyó que cuando el humor es alto, la ansiedad, el estrés y los síntomas físicos, disminuyen considerablemente.

Cann, Holt y Calhoun (1999), con una muestra de estudiantes (51 mujeres y 45 varones) observaron el papel que juega el humor de la persona en respuesta a los elementos estresantes. Utilizaron el cuestionario de Svebak para la medida del humor, llevando a cabo un análisis de regresión múltiple con nueve medidas del humor, entre una situación pre-estresor, otra post-estresor y post tratamiento con un video en el que se utilizaba el humor. Los resultados después del experimento mostraron que un suceso de humor externo (una película) puede tener un impacto negativo y significativo en las emociones negativas.

La asociación entre el humor y el burnout (desgaste emocional, despersonalización y realización personal) ha sido investigada por Talbot y Lumden (2000), la muestra estuvo conformada por 192 enfermeras que utilizaban el humor como una estrategia de adaptación a las situaciones estresantes. El estudio comparaba las enfermeras con alta utilización del humor y enfermeras con baja utilización del humor. Se encontraron correlaciones positivas entre el humor y la realización personal y correlaciones negativas entre el humor y la despersonalización. Las enfermeras que utilizan con más frecuencia el humor, tienen menor desgaste profesional que aquéllas que no lo utilizan.

Por otra parte, Kuiper y Nicholl (2004) plantean que las personas que utilizan con mayor frecuencia el humor y la risa para enfrentar situaciones estresantes reportan menos síntomas de enfermedades, presentan menos atención a los aspectos negativos de su salud física, poseen un estilo de vida más saludable y buscan más ayuda profesional cuando los síntomas son severos y moderados.

Los resultados de las investigaciones parecen indicar que efectivamente cuando se mantiene un buen estado de humor se pueden contrarrestar las consecuencias negativas que ejerce el estrés, especialmente sobre la salud (D`Anello, 2006).

Teniendo en cuenta los efectos nocivos del estrés y también que ciertas variables de personalidad y estilos de afrontamiento pueden moderar el grado en que estresores potenciales pueden afectar a la salud (Cohen, Frank, Doyle, Skoner, Rabin y Gwaltney, 1998), entonces los beneficios del humor sobre la salud podrían atribuirse a la variable sentido del humor, que se refiere a la forma en que el sujeto afronta y controla las situaciones de estrés.

Se podría entonces asumir que el humor produce un cambio cognitivo-afectivo o una restauración de la situación de manera tal que ésta es percibida menos amenazante como una disminución emocional asociada con la amenaza percibida (D'Anello, 2006).

Tener sentido del humor puede ayudar a afrontar las situaciones de estrés de manera más efectiva, ya que permite que el sujeto se afiance sobre los acontecimientos y potencia los sentimientos de control en las situaciones adversas (Lefcourt y Martin, 1986; Martin, Kuiper, Olinger y Dance, 1993).

Lefcourt, Davidson, Prkachin y Mills (1997) propone dos formas de enfrentamiento vinculadas al humor, una estrategia enfocada a la emoción que actúa como una medida defensiva encontrando humor en una situación estresante y reduciendo la reacción emocional negativa y, otra estrategia enfocada al problema en la cual se altera la percepción de la situación mediante el humor.

Asimismo, Martín y Lefcourt (1983), habían sugerido que los efectos beneficiosos del humor son generados por un cambio que éste produce en la calidad afectiva que vive la persona. Este cambio le permite distanciarse del problema o de la situación amenazante y por tanto reducir los sentimientos de ansiedad que acompañan al estrés.

De acuerdo con esta hipótesis, los componentes cognitivos-perceptuales del humor son más importantes que la mera risa, y la habilidad para mantener una mirada humorística en épocas de adversidad sería de particular importancia (Jiménez y Domínguez, 2009).

Por su parte, D'Anello (2006) realizó un estudio en el cual busca explorar la relación entre el uso del humor como mecanismos para enfrentar el estrés y la salud física. La muestra del estudio estuvo conformada por 81 trabajadores de ambos sexos (39 hombres y 42 mujeres) que laboran en tres organizaciones

públicas de salud de la ciudad de Mérida, Venezuela. El promedio de edad fue de 33 años. La autora encontró en primer lugar que existe una asociación positiva entre el uso del humor como mecanismo para enfrentar el estrés y la percepción que tienen las personas sobre su estado general de salud ( $t=2,08$ ;  $p=0,04$ ).

También comprobó que las personas que más utilizan el humor reportaron menos síntomas de enfermedades, siendo las diferencias entre los grupos altos y bajos de humor estadísticamente significativas en los síntomas de carácter psicossomático ( $t=2,33$ ;  $p=0,02$ ) y en el total de síntomas ( $t=1,98$ ;  $p=0,05$ ). Por ende, los resultados de este estudio parecen apoyar la idea que el humor puede ser un mecanismo particularmente efectivo para mitigar los efectos del estrés sobre la salud (D'Anello, 2006).

Sin embargo, Kuiper y Martín (1998), proponen que el efecto moderador del sentido del humor sobre el estrés parece operar, al menos en parte, a través de una apreciación más positiva. De igual forma, Carbelo y Jáuregui (2006) plantean que es probable que el humor, y especialmente el humor positivo, tenga efectos beneficiosos para la salud, pero aún está por demostrarse con seguridad cuáles son, de qué manera actúan y en qué caso se produce.

Según Zweyer, Velker y Ruch (2004), el sentido del humor fomenta el buen ánimo que ayuda a sobrellevar una enfermedad o prevenir una depresión. El disfrute de la comedia es capaz de elevar la tolerancia al dolor subjetivo durante al menos media hora.

El sentido del humor como un rasgo positivo hace que las personas que lo tienen puedan experimentar la risa, el placer subjetivo asociado a ella, los diversos beneficios psíquicos-físicos que pueden derivar de ella, y la gratificación de hacer reír a los demás (Carbelo y Jáuregui, 2006).

Según Carbelo y Jáuregui (2006)

Un sentido del humor positivo, en su máxima expresión, permite al ser humano afrontar los problemas y desajustes de la vida porque pone su vida entera en perspectiva. La persona puede reírse de sí mismo y de todo, porque entiende que nada es tan importante como parece. Desde ese punto de vista, los pequeños y grandes problemas, los errores e imperfecciones, los desastres y las amenazas, ya no asustan ni intimidan. Desde ese estado, todo es vanidad, todo es ridículo, y los mayores logros y hazañas de la humanidad ni es más que el trabajo de minúsculas e inocentes hormiguitas en un universo que escapa por completo a su limitada comprensión (p. 28).

Peterson y Seligman (2004) incluyeron al sentido del humor en su lista de 24 fortalezas personales, al cumplir los tres criterios que emplearon para seleccionar esta lista de rasgos positivos: a) que se valoren en prácticamente todas las culturas, b) que se valoren por derecho propio, no como medio para alcanzar otros fines, c) que sean maleables.

Según Peterson y Seligman (2004) el sentido del humor como una de las fortalezas del ser humano, se refiere a una capacidad para experimentar y/o estimular una reacción específica, la risa. Por lo que las personas que le gusten reír, bromear, sonreír con frecuencia y ver el lado positivo de la vida van a tener más desarrollada la fortaleza del sentido del humor.

Por otra parte, debería aclararse, que lo que probablemente se valora en todas las culturas es un sentido del humor positivo, ya que el humor negativo a menudo produce rechazo y censura social (Carbelo y Jáuregui, 2006). De igual forma, el humor sarcástico o cínico que sirve como un mecanismo de defensa de

evitar o negar, puede ser menos propicio para adaptarse al estrés que las formas más positivas del humor (Carbelo y Jáuregui, 2006).

Jáuregui y Fernández (2006) plantean que la línea que existe entre el humor agresivo y el humor inofensivo es subjetiva y cambiante “lo que hoy me ofende mañana me hace reír, y lo que a mí me divierte o puede parecerme inofensivo, a ti puede ofenderte” (p. 44).

Sin embargo, Martin, Puhlik, Larsen, Gray y Weir (2003) sugieren que dependiendo de las funciones que cumpla el humor, se pueden identificar cuatro estilos; dos de ellos conducen al bienestar por su carácter benigno hacia el sí-mismo (humor de automejoramiento) y hacia los otros (humor afiliativo), mientras que los dos restantes se consideran deletéreos para la salud y perjudicial para el sí-mismo (humor auto-descalificador) y para los otros (humor agresivo).

Así mismo, D´Anello en el 2008 realizó el análisis de la correlaciones entre las sub-escalas del Cuestionario de Humor Situacional (CUESTIHU) y las variables de bienestar psicológico y físico, para ello, participaron 280 personas de la ciudad de Mérida-Venezuela (115 estudiantes universitarios, 85 profesores universitarios y 80 profesores de educación media). La autora obtuvo que las personas que expresan mayor humor agresivo van a tender a una agresión física y verbal ( $r=0,39$ ;  $p<0,01$ ), a ser más ansiosos ( $r=0,18$ ;  $p<0,05$ ), a manifestar mayor agotamiento emocional ( $r=0,27$ ;  $p<0,05$ ), a tener menor ajuste psicológico ( $r=-0,38$ ;  $p<0,01$ ), menos autoestima ( $r=-0,33$ ;  $p<0,01$ ) y menor satisfacción por la vida ( $r=-0,31$ ;  $p<0,01$ ). De igual forma, las personas que expresan mayor humor auto-descalificador van a tender a una agresión física y verbal ( $r=0,24$ ;  $p<0,01$ ), a ser más ansiosos ( $r=0,22$ ;  $p<0,01$ ), a tener menor ajuste psicológico ( $r=-0,19$ ;  $p<0,01$ ), menos autoestima ( $r=-0,30$ ;  $p<0,01$ ) y menor satisfacción por la vida ( $r=-0,28$ ;  $p<0,01$ ).

En cambio, las personas que expresan tener mayor humor afiliativo poseen un mejor ajuste psicológico ( $r=0,25$ ;  $p<0,01$ ), mayor autoestima ( $r=0,18$ ;  $p<0,05$ ) y menor ansiedad ( $r=-0,24$ ;  $p<0,01$ ). Del mismo modo, las personas que tiene mayor humor de automejoramiento van a reportar tener mayor satisfacción por la vida ( $r=0,30$ ;  $p<0,01$ ), autoestima ( $r=0,16$ ;  $p<0,05$ ), menor síntomas físicos asociados con enfermedades cardiovasculares, ansioso-depresivas, respiratorias y digestivas ( $r=-0,18$ ;  $p<0,05$ ) y menor agotamiento emocional ( $r=-0,23$ ;  $p<0,05$ ). En consecuencia, estos resultados ofrecen un claro soporte a la concepción desadaptativa y perjudicial del estilo de humor agresivo y auto-descalificador, por el contrario, del rol benéfico para la salud que tienen el tipo de humor afiliativo y de auto-mejoramiento en la población venezolana (D´Anello, 2008).

De igual forma Martín (2004) plantea que el sentido del humor positivo (no agresivo, no auto irónico) es más beneficioso para la salud mental que la risa.

Por su parte, D´Anello (2008) realizó el análisis del perfil de los estilos de humor en una muestra de 1042 personas de la ciudad de Mérida-Venezuela, siendo la edad promedio de 24 años, la muestra estaba conformada por 472 estudiantes universitarios, 406 médicos, 84 profesores universitarios y 80 profesores de educación media. La investigadora obtuvo diferencias significativas entre las cuatro medidas de humor ( $F(3,2.39)=1990$ ;  $p<0,000$ ), así como todas las diferencias de las comparaciones múltiples evaluadas mediante el test de Bonferroni ( $p<0,05$ ). Según estos resultados, el humor afiliativo predomina sobre el humor de automejoramiento, éste sobre el humor agresivo y finalmente sobre el humor descalificador. Por consiguiente, en esta muestra venezolana los estilos de humor adaptativos predominan sobre los desadaptativos.

En este mismo estudio D´Anello (2008) realizó una comparación del tipo de humor por sexo y edad y para ello utilizó una muestra 592 personas (278 hombres y 314 mujeres), de los cuales 226 eran médicos y 366 estudiantes universitarios, de la ciudad de Mérida-Venezuela. La investigadora dividió dos grupos en la

variable edad: menores a 30 años y mayores a 30 años; obteniendo así que las mujeres menores de 30 años utilizan menos el humor afiliativo que las mayores de 30 años ( $F(1,588)=3,90$ ;  $p<0,04$ ); no obstante, los hombres mayores de 30 años utilizan más el humor agresivo que las mujeres mayores de 30 años ( $F(1,588)=3,39$ ;  $p<0,03$ ); en cambio, los más jóvenes utilizan más el humor auto-descalificador que los adultos, teniendo los hombres puntajes más altos que las mujeres ( $F(1,588)=6,03$ ;  $p<0,01$ ); en cambio, el análisis del uso del tipo de humor de automejoramiento no reveló diferencias significativas para el sexo ni para la edad.

Por ende, las mujeres venezolanas utilizan más el tipo de humor beneficioso, mientras que los hombres utilizan más el perjudicial (D'Anello, 2008). De igual forma, Keith (1972), plantea que los hombres tienden a disfrutar más que las mujeres del humor de contenido agresivo.

Por su parte, Svebak (1996; cp. Carbelo y Jáuregui, 2006) realizaron un estudio donde participaron 65.000 personas, el autor no encontró detectar ninguna correlación entre el sentido del humor medido con la escala SHQ (Sense of Humor Questionnaire) y diversas medidas objetivas de salud. Sin embargo, el estudio realizado por Kuiper y Nicholl (2004), si detectó una relación entre sentido del humor y la percepción subjetiva de una mejor salud.

Mientras en otras investigaciones se ha encontrado una relación negativa entre humor y salud: que las personas con un mayor sentido del humor sufren más enfermedades y una mayor mortalidad que aquellas más serias (Kerkkanen, Kuiper y Martin, 2004; cp. Carbelo y Jáuregui, 2006). El análisis de estos estudios sugiere que las personas de disposición alegre, optimistas y divertida pueden tener una mayor tendencia a participar en actividades arriesgadas y a descuidar sus dolencias físicas, contribuyendo a una peor salud (Carbelo y Jáuregui, 2006).

Con respecto al humor y la salud mental Kuiper, Grimshaw, Leite y Kirsh realizaron un estudio en el 2004 y encontraron una relación entre práctica de humor positivo (para superar los obstáculos de la vida, o para hacer reír a los demás) y una mejor salud mental (menor depresión, ansiedad y mayor autoestima y emociones positivas). Pero esta relación no se da en el caso de algunas prácticas de humor negativo (humor agresivo) y se invertía en el caso de otras (humor de auto crítica).

Hasta la fecha y ante la falta de resultados consistentes, la evidencia empírica sobre tales afectos beneficiosos es poco convincente. Las revisiones al respecto (Martín, 2004) aducen dificultades metodológicas que se traducen en estudios realizados con muestras muy pequeñas, grupos control inadecuados, variable de estudio poco definidas en relación con el humor y, fundamentalmente, falta de claridad y precisión en las hipótesis de partida. Aunque hasta la fecha la investigación no ha arrojado resultados firmes sobre los efectos beneficiosos del humor y la risa en la salud, tampoco ha demostrado de forma consistente que no los tenga (Jiménez y Domínguez, 2009).

En conclusión, están confirmados algunos efectos localizados, a corto plazo y preventivos o paliativos (tolerancia al dolor, reducción del estrés, afrontamiento y visión más positiva de la enfermedad) del humor. Tampoco queda claro en la literatura revisada si las personas con más sentido del humor tengan una mejor salud a largo plazo (Jáuregui y Fernández, 2006).

Por otra parte, el humor positivo es relevante no sólo a la salud de los enfermos físicos y psíquicos sino también a la de los cuidadores: médicos, psicólogos, enfermeras, terapeutas, entre otros, que deben atender a sus necesidades y fomentar su recuperación y bienestar (Carbelo y Jáuregui, 2006).

La atención sanitaria a menudo resulta altamente estresante, porque a las presiones, escasez de recursos y problemas asociados a cualquier trabajo se añaden situaciones emocionales límite, escenas altamente desagradables, responsabilidades extremas, peligros de muerte y otros elementos que fácilmente alteran el equilibrio mental del cuidador (Carbelo y Jáuregui, 2006).

Por otra parte, diagnosticar, cuidar y tratar la salud de otras personas requiere altas dosis de energía, especialmente si los profesionales han de convertirse en modelo de optimismo y buen humor para un ser humano que sufre. El profesional de la salud debe atender no sólo a las necesidades del paciente, sino también a sus propias demandas de cuidado (Carbelo y Jáuregui, 2006).

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.

Por otra parte, las relaciones entre los elementos estresantes del trabajo y las estrategias de adaptación por parte de los profesionales suponen un binomio de gran impacto a la hora de predecir e interpretar los problemas. Las personas más adaptadas interpretan que tienen menos problemas y padecen menos estrés. Recientes investigaciones apuntan a la idea de que una de las estrategias que mejor fomenta la ayuda encaminada a una buena adaptación es la utilización del sentido del humor en el trabajo (Mornhinweg y Voignier, 1995; Decker y Rotondo, 1999; Cohen, 2001; Spitzer, 2001, Yates, 2001).

Carbelo y Jáuregui (2006) plantean que el mantener un estado de ánimo saludable y optimista, mostrarse coherente y empático, resulta más positivo para el ambiente de trabajo no enfadarse con el personal del equipo, no exagerar los problemas, dedicar un tiempo a divertirse y disfrutar de la vida, y que no es saludable dejarse llevar en exceso por los acontecimientos del día a día.

De igual forma, Jáuregui y Fernández (2006) plantean que el placer que proporciona el humor representa una evidente fuente de motivación individual o colectiva. Si una empresa logra crear un ambiente de trabajo lleno de risa y de buen humor, sus empleados se sentirán más motivados para levantarse cada mañana, incorporarse a su puesto laboral y contribuir al esfuerzo colectivo. Un profesor o formador que cree un entorno docente divertido de la misma manera motiva a sus estudiantes a estar más presentes y participativos en clase.

El humor tiene un gran poder para unir a las personas y conseguir la cohesión de un grupo. Una familia, una oficina o un aula que comparte la risa y desarrolla un código humorístico común será un grupo unido y por lo tanto más eficaz en cualquiera de sus propósitos (Fine, 1983).

Esta positividad parece también influir en la capacidad para crear e innovar. En un experimento se comprobó que los voluntarios que veían una película cómica conseguían puntuaciones más altas en un test de creatividad, y el efecto era mayor que si veían una película seria (Isen, Daubman y Nowicki, 1987).

A pesar de los beneficios evidentes del humor, y de las pruebas científicas que los confirman, existen diversos temores que impiden a muchas personas y organizaciones tomarse el humor en serio (Jáuregui y Fernández, 2006).

Según Jáuregui y Fernández (2006) en el contexto laboral, es donde la mayoría de la personas invierten la mayor parte de sus energía, y donde más suele escasear el humor positivo. Así, el humor en el trabajo resulta controversial, siendo un mito el pensar que este va en contra de la dedicación, compromiso, concentración, sensatez, sentido práctico y realismo de los trabajadores, siendo Google, Southwest Airlines y IKEA empresas que demuestran lo contrario (Jáuregui y Fernández, 2008).

Jáuregui y Fernández (2008) plantean que si el trabajo en sí es divertido, el empleado no necesitará buscar estímulos externos que le proporcionen las satisfacciones que no obtienen en su puesto. Siendo la risa un motivador natural, gracias al placer que proporciona.

Los beneficios del humor en cuanto a la motivación, la comunicación, la creatividad entre otros, sólo se producen de manera consistente si el humor es adecuado al momento y el lugar, pertinente al tema que se trata y evita las variedades más agresivas, ofensivas o potencialmente volátiles (Jáuregui y Fernández, 2006).

En este sentido existe una rama de la Psicología que actualmente se encarga del “estudio científico de la salud de las personas y los grupos trabajando en organizaciones saludables” (Llorens, Salanova y Martínez, 2007, p. 6), es la Psicología de la Salud Ocupacional Positiva (PSOP), siendo su objetivo “describir, explicar y predecir la salud de los empleados y organizaciones, para su optimización integral” (Llorens, Salanova y Martínez, 2007, p. 6).

Según Bennet, Cook y Pelleteir (2002) unas de las características de las organizaciones saludables, es que toman en cuenta dimensiones múltiples del bienestar psicológico de sus empleados, considerando sus múltiples niveles de salud, esto es, el nivel individual, grupal y a través de la organización en conjunto. Sin embargo, mantener los niveles aceptables de salud en una organización genera tensiones como consecuencia directa e indirecta de cambios ambientales, funcionales, estructurales y de microclima de trabajo en todos los niveles de la organización.

Los costos económicos a nivel empresarial, nacional y global relacionados con la salud y la seguridad en el trabajo son colosales. En el 2005 la Organización Internacional del Trabajo (OIT) calculó las pérdidas debidas a indemnizaciones, días de trabajo perdidos, interrupciones de la producción, gastos médicos, entre

otros aspectos, representan el 4% del producto interno bruto (PIB) mundial (1.251.353 millones de dólares estadounidenses). Cada año mueren dos millones de hombres y mujeres por culpa de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales. En todo el mundo se producen anualmente 270 millones de accidentes de trabajo y 160 millones de enfermedades profesionales (Organización Internacional del Trabajo, 2005).

Las cifras mencionadas son un llamado de atención sobre el hecho de que a pesar de las diferentes políticas y medidas de seguridad social y salud que se han formulado e implementado a nivel mundial, no se ha podido garantizar el establecimiento de contextos saludables de trabajo. Por lo que sigue siendo un reto para la Psicología de la Salud Ocupacional Positiva realizar aportes que ayuden alcanzar el establecimiento de contextos saludables de trabajo.

El modelo patogénico adoptado durante tantos años se ha mostrado incapaz de acercarse a la prevención del trastorno mental, esto ha llevado a asumir un modelo de la existencia humana que ha olvidado y negado las características positivas del ser humano (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000) y que ha contribuido a adoptar una visión pesimista de la naturaleza humana (Gilham y Seligman, 1999). Seligman (1998) plantea que: “La psicología no es solo el estudio de la debilidad y el daño, es también el estudio de la fortaleza y la virtud” (p.1).

En la Psicología se han dedicado muchos esfuerzos a ayudar a las personas con problemas, pero se ha dejado de lado una perspectiva complementaria: ayudar a mejorar la vida de las personas en general. Para cubrir todo el espectro de la Psicología se necesita complementar el enfoque tradicional con otro más positivo (Salanova, Martínez y Llorens, 2005). Y es aquí donde entra en juego el nuevo enfoque de la Psicología Positiva (Snyder y López, 2002).

La Psicología Positiva ha sido definida como el estudio científico del funcionamiento humano óptimo (Seligman, 1999). Desde un nivel metapsicológico, intenta corregir el desbalance histórico en la investigación y la práctica psicológica llamando la atención sobre los aspectos positivos del funcionamiento y la experiencia humana. En un nivel pragmático, se trata de entender las condiciones, procesos y los mecanismos que llevan a aquellos estados subjetivos, sociales y culturales que caracterizan una buena vida (Gancedo, 2008).

Por ende, la Psicología Positiva tiene como objetivo ampliar el foco desde la preocupación casi exclusiva por reparar el daño, hacia un énfasis en el fortalecimiento de las cualidades positivas o de desarrollo de las potencialidades humanas (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). Los psicólogos positivos se preocupan por investigar la felicidad humana (bienestar psíquico y subjetivo), orientando sus investigaciones sobre: a) experiencias positivas subjetivas, b) los rasgos individuales y c) las instituciones positivas.

Dentro del modelo de Bienestar de la psicología positiva, la fluidez o experiencia óptima se encuentra dentro del desarrollo de la vida comprometida que implica un buen conocimiento de sí mismo y sus fortalezas y el uso de las mismas en actividades que impliquen un reto al requerir del uso óptimo de las habilidades personales (Garassini, 2010). De igual forma, Seligman (2011) ha reconocido la fluidez como uno de los antecedentes que promueven la presencia de un mayor grado de Bienestar Subjetivo.

El concepto de experiencia óptima, fluidez ó flujo fue desarrollado por el psicólogo Mihaly Csikszentmihalyi (Garassini, 2010), tras la inquietud de saber “¿Por qué las personas realizan actividades consumidoras de tiempo, difíciles y, a menudo, peligrosas por las cuales no reciben ninguna recompensa extrínseca perceptible?” (Csikszentmihalyi, 2009, p.183). La conclusión básica en todos los diversos grupos estudiados para responder esa inquietud tuvo como resultado lo que posteriormente Csikszentmihalyi definiría como fluidez o en inglés *flow*, este

nombre se debe a que varios entrevistados usaron la metáfora de una corriente que les llevaba adelante sin esfuerzo alguno (Csikszentmihalyi, 2009).

Las experiencias óptimas son también llamadas autotélicas, palabra que deriva del griego, “auto” que significa en sí mismo y “telos” que significa finalidad, es decir que tiene su finalidad en sí mismas (Csikszentmihalyi, 2007).

El elemento más importante de una experiencia óptima es que tiene un fin en sí misma, es decir, que la actividad que se está llevando a cabo se convierte intrínsecamente gratificante. Es una actividad que se realiza no por esperar ningún beneficio futuro sino porque hacerlo es en sí una recompensa. Si se consideran estas afirmaciones, se puede entonces entender la implicación tan importante que tiene el estado de fluidez en estas actividades placenteras, siendo su relación bidireccional (Csikszentmihalyi, 1998).

El concepto de fluidez se refiere al estado mental de operación, en el cual la persona tiene la totalidad de su atención en lo que está haciendo, el individuo se encuentra totalmente envuelto por medio de un intenso sentimiento de enfoque, en el cual el tiempo pasa de manera rápida, ya que la persona dedica todos sus procesos mentales y sentidos en su actividad, dando esto un resultado exitoso en la tarea realizada y una gran satisfacción personal (Csikszentmihalyi, 2007).

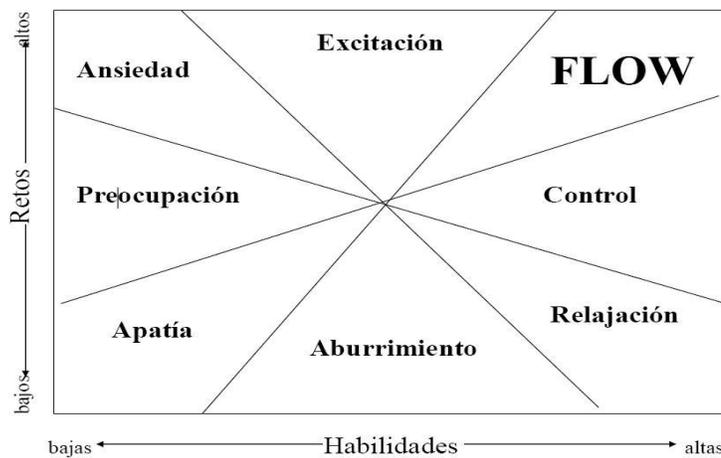
Csikszentmihalyi (2007), distingue dos tipos de experiencia: a) la que llama entropía psicológica, en la que la conciencia se halla desordenada, alterada y dispersa, no hay concentración ni organización en la información que se recibe, que va en contra de las metas personales. El individuo en entropía psicológica se ve obligado a centrarse en problemas y su energía psíquica se estanca, no fluye. Los problemas no permiten la concentración, dispersan la mente. b) El estado opuesto es la experiencia óptima, durante la cual la información que se recibe se ajusta a los objetivos personales, la energía psíquica fluye y no hay necesidad de preocuparse o cuestionarse por los actos. La atención puede dirigirse libremente a

conseguir metas personales, ya que no existe ningún problema que resolver, ninguna amenaza a la que hacer frente. Toda la energía psíquica fluye en dirección a conseguir esa meta personal; es en esta experiencia óptima en donde se experimenta flujo.

Teniendo claro a que se refiere el constructo experiencia óptima, Csikszentmihalyi (2007), afirma también que el flujo puede describirse en función de ocho (8) parámetros:

- Unión: Las personas que experimentan flujo se encuentran envueltas en la actividad hasta el punto de que se sienten parte de esa actividad.
- Concentración: Las personas se encuentran absolutamente concentradas en la actividad, pero es una concentración que no requiere esfuerzo alguno.
- Control: Existe una ausencia total de preocupaciones. La persona siente que domina la situación.
- Pérdida de la conciencia de uno mismo: Durante la experiencia de flujo, se pierde la conciencia de uno mismo, esa parte de la conciencia que analiza y evalúa los planes antes de ponerlos en marcha permanece sumisa, la persona no piensa antes de actuar, no hay confrontación entre diferentes opciones de actuación.
- Distorsión del sentido temporal: Durante los estados de flujo se distorsiona la conciencia del paso del tiempo. Parece que el tiempo pasa más rápido de lo normal.
- Valor de la experiencia por sí misma: La actividad que provoca estados de flujo se lleva a cabo por sí misma, no por los beneficios que dará como resultado. Es una actividad que trae una satisfacción intrínseca.
- Valor de las habilidades o fortalezas personales: La actividad que provoca estados de flujo pone en marcha el uso de habilidades personales.
- Metas y feedback: La actividad que provoca los estados de flujo debe estar claramente dirigida a conseguir metas y a recibir feedback inmediato, ya que esto motivará a la persona a repetir la experiencia.

Cabe destacar la relación que existe entre el reto y la habilidad como un elemento importante en las experiencias óptimas, en este sentido Csikszentmihalyi (2007) señala que las experiencias de fluidez se hacen presentes cuando los individuos realizan actividades que implican un reto entre mediano y alto, y disponen de las habilidades en un nivel intermedio o alto para desarrollarlas. A continuación, el siguiente diagrama ilustra las experiencias que se tiene ante diferentes combinaciones de retos y habilidades. Como puede observarse, las experiencias de fluidez se dan predominantemente en el octante superior derecho.



*Figura 3.* Tipos de experiencia en función de la relación entre habilidades y retos.  
Basado en Csikszentmihalyi (2007).

Asimismo Csikszentmihalyi (2007), expone que una persona fluye mientras realiza una determinada actividad, ya que se encuentra completamente envuelta en una vivencia del presente. En las experiencias de flujo, las actividades cautivan a una persona de tal manera que pasado y futuro, dejan de tener importancia y lo único que interesa es el momento que se está viviendo.

Csikszentmihalyi (1998) señala que las experiencias de flujo pueden experimentarse en diferentes tipos de actividades, planteando que los efectos psicológicos de las actividades no son lineales, sino que dependen de su relación

sistémica con todas las demás actividades. En la Tabla 1, se presenta una perspectiva resumida de cómo vive típicamente la gente diversos componentes de la vida cotidiana, basada en estudios de adolescentes y adultos en Estados Unidos.

La calidad típica de la vivencia de varias actividades se indica de la siguiente manera: Negativo (-), Muy Negativo o Nivel Medio (--), Positivo (+), Muy Positivo (++)).

Tabla 1.  
*La calidad de las experiencias en las actividades cotidianas en adolescentes y adultos.* (Csikszentmihalyi, 1998)

	Felicidad	Motivación	Concentración	Fluir
<b>Actividades Productivas</b>				
Trabajar en el puesto de trabajo o estudiar	-	--	++	+
<b>Actividades de Mantenimiento</b>				
Tareas domésticas	-	-	0	-
Comer	++	++	-	0
Arreglarse	0	0	0	0
Conducir, transporte	0	0	+	+
<b>Actividades de Ocio</b>				
Medios informativos (TV y lectura)	0	++	-	-
Aficiones, deportes, cine	+	++	+	++
Hablar, relacionarse, actividad sexual	++	++	0	+
Holgazanear, descansar	0	+	-	--

En el análisis de este cuadro se resalta que las actividades de ocio activo como las aficiones y deportes, que implican reto, concentración y disciplina, son las evaluadas como las de mayor flujo. Por otro lado, las actividades productivas como el trabajo y el estudio, también constituyen una excelente experiencia para fluir. Las otras actividades que se reportan como generadoras de flujo son el socializar (categorizada como muy positiva, aunque no implican una elevada concentración) y las relaciones sentimentales y sexuales, que proporcionan para muchos los mejores momentos del día, pero para la mayoría de las personas son actividades escasas que no aportan una gran diferencia en su calidad de vida.

Por su parte, Garassini (2009) indagó acerca de los tipos de actividades que producían estados de fluidez en una muestra de 90 mujeres trabajadoras y obtuvo que las actividades de ocio (en especial ocio activo), eran aquellas donde se encontraban mayores tendencias a fluir. La muestra señalaba que actividades como hacer ejercicios y actividades manuales, eran en donde más fluían, sin embargo, le siguieron actividades de socialización, leer, ir al cine, bailar, meditar, escribir y manejar.

Similarmente, Arias y Sabatini (2009), en un estudio acerca de las experiencias de fluidez en una muestra de 30 adultos jóvenes y 30 adultos mayores, encontraron que los adultos jóvenes indicaron que las actividades en las cuales pueden experimentar estados de fluidez son principalmente en el trabajo, en actividades recreativas, artísticas y deportivas, sin embargo, los adultos mayores, indicaron que experimentaban estados de fluidez al realizar actividades religiosas y domésticas.

Asimismo, Brazón y Rodríguez (2010) realizaron un estudio cuyo objetivo fue comparar la posible asociación existente entre las estrategias de afrontamiento y las actividades de flujo en una muestra de 100 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, en cuanto a los tipos de actividades en las cuales las participantes alcanzaron mayores experiencias de fluidez, encontraron que las actividades más reportadas eran las de ocio activo como la lectura, costura, tejido y deportes. Seguidamente, reportaban actividades de ocio productivo y mantenimiento tales como trabajar, estudiar y realizar labores del hogar. Por último reportaron actividades de ocio mixtas (ocio activo y pasivo) como tejer, salir a pasear y visitar a amistades (Brazón y Rodríguez, 2010).

Según Csikszentmihalyi, (2007) las actividades productivas están estrechamente vinculadas con el trabajo en un puesto determinado o con el estudio, y la calidad de las experiencias que allí se produzcan dependerá de la clase de trabajo o estudio que se desempeñe aunque en un mismo trabajo o

estudio pueden encontrarse muchos aspectos que se experimentan de forma diferente. Además, existen diversas razones por las cuales algunas personas podrían ratificar su descontento con el trabajo, como la falta de variedad y desafío, convirtiéndose el trabajo como una rutina, los conflictos con los compañeros de trabajo y el éxodo de presión, tensión, poco tiempo para pensar en sí mismo y para estar con la familia.

En el trabajo los adultos parecen tener mucha más concentración e implicación cognitiva, pero están más motivados y son más felices cuando están en sus hogares (Csikszentmihalyi, 2007).

También se ha afirmado que los hombres y las mujeres viven el trabajo fuera del hogar de forma diferente, la capacidad de obtener energía del contexto para su utilización y el de la familia por parte de los hombres viene dado por la identidad y el respeto de ellos por sí mismo, por lo que el hombre que no produce se considera un inadaptado; por otra parte la autoestima en las mujeres se ha basado en su capacidad para crear un entorno físico y emotivo conveniente para la crianza de los hijos y el bienestar de los adultos (Csikszentmihalyi, 2007).

Pero la gran importancia que posee el trabajo considerando el tiempo que en él se invierte y la intensidad de los efectos que esta actividad desencadena en la consciencia, es la necesidad de sobrellevar sus ambigüedades e incertidumbres si se desea aumentar la calidad de vida (Csikszentmihalyi, 2007).

Todos los seres vivos dedican una gran parte de su existencia a buscar recursos necesarios para vivir. Es por eso la gran importancia que tiene el trabajo para las personas, ya que les permite obtener los recursos necesarios no solo para la supervivencia sino para proporcionar una mejor calidad de vida (Csikszentmihalyi, 2007).

El trabajo que requiere grandes habilidades y que se realiza libremente refina la complejidad de la personalidad. Ocasionalmente, las culturas evolucionan de tal manera que las tareas cotidianas y productivas que realizan están muy cerca de ser actividad de flujo. El aspecto más llamativo del flujo laboral es que apenas se puede distinguir entre el trabajo y el tiempo libre (Csikszentmihalyi, 2007).

La calidad de la experiencia de la gente que transforma y juega con las oportunidades que le rodean, está claramente más desarrollada y también es más agradable que la calidad de vida de la gente que renuncia a ser ella misma para vivir dentro de las limitaciones de una realidad que no puede alterar (Csikszentmihalyi, 2007).

Las personas autotéticas han desarrollado habilidades que a pesar de las graves limitaciones de su entorno son capaces de cambiar estas en oportunidades para expresar su libertad y creatividad. Su método representa una manera de disfrutar del trabajo a la vez que lo hace más interesante. Pero por otro lado existe otro método que consiste en cambiar el propio trabajo hasta que sus condiciones sean más propicias para el flujo. Cuanto más se parezca el trabajo a un juego con variedad, desafíos, flexibilidad, metas claras y retroalimentación más agradable será (Csikszentmihalyi, 2007).

Según Csikszentmihalyi (1998), el objetivo fundamental de las organizaciones es crear valor añadido a través de la labor de personas trabajando conjuntamente para una causa o meta común. Una de las formas de conseguirlo es crear ambientes donde los empleados disfruten de su labor diaria y se desarrollen en el proceso de realizarlo. Las empresas capaces de lograr este objetivo, con la que consiguen no sólo atraer a las personas más capaces y cualificadas, sino también en retenerlas.

En este contexto de búsqueda de la creación de ambientes de trabajos positivos es donde tiene sentido el concepto de flujo (Rodríguez, Cifre y Salanova, 2008). Por su parte, Mark Strand en una de las entrevistas realizadas por Csikszentmihalyi en 1998 describió la experiencia óptima en el trabajo como:

Estás bien en el trabajo, pierdes el sentido del tiempo, estás completamente hechizado, estás completamente atrapado en lo que estás desempeñando... cuando estás trabajando en algo y estás trabajando bien, tienes la sensación de que no hay otra forma de decir lo que usted dice (Csikszentmihalyi, 1998, p.121).

Así mismo, Salanova, Martínez, Cifre y Schaufeli (2005), realizaron un estudio con el objetivo de analizar empíricamente la experiencia óptima en el trabajo. Los autores plantean que la misma experiencia óptima es multidimensional y consideran la presencia de tres constructos claves: a) el interés y la satisfacción intrínseca por la actividad la cual se percibe como recompensantes en sí misma; b) la absorción en la actividad que incluye percepciones distorsionadas del paso del tiempo; c) competencia percibida representa la creencia en las capacidades y habilidades personales para llevar a cabo el trabajo con éxito.

En este estudio participaron 770 trabajadores españoles pertenecientes a diversas empresas. El 29,5% de la muestra son trabajadores de oficina, el 18,1% profesores de universidad, el 10,8% personal de servicios, el 9,6% son profesionales técnicos de diferentes sectores, el 9,3% personal de laboratorio, el 8,8% desarrollan actividades comerciales, el 8% operarios de producción y el 3,6% directivos y supervisores. De esta muestra, el 52% son mujeres y el 48% hombres, constituyendo la media de edad en 32 años (Salanova et al., 2005).

Los autores obtuvieron que el tener más experiencias óptimas en el trabajo no parece tener que ver con la edad ni con el sexo, sino más bien con el tipo de ocupación que se realiza. Siendo las personas que desempeñan ocupaciones más recompensantes intrínsecamente como directivos y supervisores, profesores de enseñanzas media y superior son las que puntúan más alto en las dimensiones de absorción ( $F=6,44$ ;  $p<0,001$ ), satisfacción intrínseca ( $F=9,97$ ;  $p<0,001$ ), y competencia percibida ( $F=2,79$ ;  $p<0,07$ ) en comparación con aquellos que desempeñan ocupaciones menos recompensantes intrínsecamente como trabajadores de oficina y operarios de producción (Salanova et al., 2005).

Con respecto a las correlaciones del flujo con otros constructos como en bienestar psicosocial (coping activo y compromiso organizacional) y malestar psicosocial (agotamiento, cinismo y ansiedad) en el trabajo, los autores hallaron que las dimensiones de competencia percibida, absorción y satisfacción intrínseca están correlacionadas de forma positiva y significativamente ( $p<0,001$ ) con coping activo ( $r=0,50$ ;  $r=0,43$ ;  $r=0,35$ ; respectivamente) y compromiso organizacional ( $r=0,48$ ;  $r=0,45$ ;  $r=0,51$ ; respectivamente). Sin embargo, estas mismas dimensiones de flujo correlacionaron de forma negativa y significativamente ( $p<0,001$ ) con agotamiento ( $r=-0,22$ ;  $r=-0,17$ ;  $r=-0,34$ ; respectivamente), cinismo ( $r=-0,22$ ;  $r=-0,17$ ;  $r=-0,34$ ; respectivamente), aunque, en ansiedad solo correlacionaron de significativamente las dimensiones de competencia percibida ( $r=-0,18$ ;  $p<0,001$ ) y satisfacción intrínseca ( $r=-0,20$ ;  $p<0,001$ ) (Salanova et al., 2005).

Por otra parte, Brazón y Rodríguez (2010) realizaron un estudio cuyo objetivo fue comparar la posible asociación existente entre las estrategias de afrontamiento y las actividades de flujo en una muestra de 100 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama. Las autoras encontraron que el padecimiento de este tipo de enfermedad crónica no disminuye las oportunidades de experimentar estados de fluidez.

Por ende, se puede establecer una primera aproximación de la relación de las experiencias óptimas en el trabajo y la salud, así pues, a mayor experiencias óptimas en el trabajo mayor bienestar y menor malestar psicosocial. Contribuyendo de esta forma al objetivo de la psicología positiva de buscar y generar organizaciones positivas (Seligman, 2002) y en consecuencia, saludables (Salanova, Martínez y Llorens, 2005).

En cuanto a la medición de las experiencias óptimas, se puede decir los primeros estudios sobre flow realizados por Csikszentmihaly se hicieron utilizando metodología de tipo cualitativa, mediante el uso de entrevistas exhaustivas.

Posteriormente se fue introduciendo metodología cuantitativa para el análisis del constructo (Smith, 2005). Al cambiar de metodología y comenzar a evaluar la experiencia óptima con métodos psicométricos, por ejemplo con el método de Muestreo de Experiencias (MME), no coincidían los resultados empíricos con las postulaciones teóricas de que el solo equilibrio entre desafío y habilidad eran suficientes para producir la experiencia óptima (Csikszentmihaly y Csikszentmihaly, 1998).

Debido a estas incongruencias entre el modelo teórico y los resultados de las evaluaciones empíricas, Massimini y Carli (1988) postularon que la experiencia de *flow* comienza sólo cuando los desafíos y las habilidades son superiores a cierto nivel y están en equilibrio. Cuando los desafíos son inferiores a lo habitual no sería esperable que esa persona experimentara *flow*, incluso cuando habilidad y desafío estén en equilibrio (Csikszentmihaly y Csikszentmihaly, 1998).

De allí que Massimini y Carli (1988) elaboraron un nuevo modelo explicativo de la experiencia óptima compuesto por cuatro dimensiones: (1) si el desafío y la habilidad son altos, se produce *flow*, (2) si el desafío y la habilidad están en equilibrio pero debajo de la media dan lugar a la apatía, (3) si el desafío es bajo y

la habilidad alta, se produce aburrimiento, y finalmente (4) si la habilidad es baja y el desafío alto, se produce ansiedad (Csikszentmihalyi y Csikszentmihalyi, 1998).

Posteriormente, Massimini y Carli (1998) complejizaron el modelo, presentando ocho combinaciones posibles entre la relación de desafío y habilidad: (1) estado de activación, cuando los desafíos son altos y las habilidades moderadas, (2) estado de flow, cuando los desafíos son altos y las habilidades también son altas, (3) estado de control, cuando el desafío es moderado y la habilidad es alta, (4) estado de aburrimiento, cuando el desafío es bajo y la habilidad es alta, (5) estado de relajación, cuando el desafío es bajo y la habilidad moderada, (6) estado de apatía, cuando el desafío y la habilidad son bajos, (7) estado de preocupación, cuando el desafío es moderado y la habilidad baja y (8) estado de ansiedad, cuando el desafío es alto y la habilidad baja.

Sin embargo, los modelos de experiencia óptima de cuatro y ocho dimensiones no contradicen el modelo original, simplemente lo adaptan al diseño específico del método de muestreo de experiencia (Csikszentmihalyi y Csikszentmihalyi, 1998).

La presencia de un estado de fluidez depende de la combinación de condiciones externas e internas. En cuanto a la dimensión externa puede afirmarse que algunas actividades tienden a producir experiencia óptima porque presentan metas concretas, porque el grado de desafío que tienen permite a la persona ajustarlos o calibrarlos, porque la tarea presenta ciertos mecanismos de feedback intrínsecos y porque por el tipo de tarea tiende a dejar afuera las distracciones (Lewis, 1996).

En cuanto a la dimensión interna, puede afirmarse que la probabilidad de ocurrencia de fluidez depende en parte de las características de la persona. Algunas personas tienen una capacidad misteriosa de emparejar sus habilidades a las oportunidades que los rodean. Pueden concentrarse fácilmente y no distraerse.

Asimismo no temen perder su self, su ego puede deslizarse fácilmente fuera de la conciencia. Las personas que han aprendido a controlar su conciencia de esta manera, tienen una personalidad fluida (Lewis, 1996).

Los primeros intentos de evaluación de fluidez, afirman Csikszentmihaly y Csikszentmihaly (1998) se realizaron en el marco de diversas disertaciones de posgrado que tenían como objetivo comprobar la existencia de la experiencia óptima y seguidamente aplicar estos instrumentos a diferentes muestras.

Posteriormente fueron apareciendo en el ámbito científico distintos modelos de medición para la experiencia óptima. Algunos estudios han utilizado los ocho componentes o características de fluidez, otros lo han usado como un constructo global y finalmente, otros se han centrado en evaluar el flujo como un balance particular entre habilidad y desafío. Tales aproximaciones unidimensionales son psicométricamente aceptables y justificadas por las altas correlaciones de los componentes de fluidez (Fullagar y Mills, 2008).

En consecuencia, en la actualidad existe un déficit de instrumentos de medida que cumplan con los criterios de calidad psicométrica, así como también en lo que respecta a su factibilidad de su uso por lo elevado del costo y tiempo tanto para los participantes como para el investigador (Kimiciek y Jackson, 2002). Así mismo, no existe un acuerdo en el número de componentes que le subyacen a la variable; ya que en la literatura se encuentran modelos de 8 Dimensiones (Csikszentmihalyi, 1996), 9 Dimensiones (Jackson y Marsh, 1996), 5 dimensiones (Csikszentmihalyi, 2009), 3 dimensiones (Salanova, Martínez, Cifre y Schaufeli, 2005), 4 dimensiones (Webster, Treviño, y Ryan, 1993), 2 dimensiones (Mesurado, 2008); inclusive Mesurado (2009), señala la presencia en la literatura de modelos de una sola dimensión, modelos de 2 dimensiones y nuevamente de 4 dimensiones.

Así mismo, en lo que respecta al ámbito laboral, existe igualmente un déficit de instrumentos que evalúen la presencia o la disposición a manifestar la experiencia de Flujo en el contexto del trabajo. Sin embargo, en un intento venezolano realizado por Millán, D'Aubeterre y Garassini en el 2011 construyeron un instrumento de disposición a fluir en el trabajo.

Según Csikszentmihalyi (2007), la disposición a fluir en el trabajo, se entiende como la probabilidad que tiene el trabajador de acceder cotidianamente a la experiencia de flujo, entendida ésta como el estado subjetivo que las personas experimentan cuando están completamente involucradas en el trabajo y que como consecuencia de ello llegan al extremo de olvidarse del tiempo, la fatiga y todo lo demás excepto la actividad misma.

Teniendo claro a que se refiere el constructo de disposición a fluir en el trabajo Csikszentmihalyi (2009), afirma también que el flujo puede describirse en función de cinco dimensiones teóricas:

- Sentido de Control: que estima el grado en que percibe una mayor experticia sobre las tareas que demandan cotidianamente el trabajo y el grado de control percibido que éste posee sobre dichas tareas que comúnmente desempeña.
- Implicación sobre la actividad laboral: supone el grado de satisfacción intrínseca que le produce al trabajador el desempeño de su rol laboral.
- Unión entre acción y conciencia: supone el grado en que el trabajador percibe una mayor automatización de su ejecución en el trabajo.
- Sentido Alterado del Tiempo: supone la percepción de un mayor grado de distorsión en el paso del tiempo, debido a la intensidad de focalización que hace el trabajador sobre la tarea que ejecuta.
- Sensación de funcionamiento óptimo: supone la percepción que tiene el trabajador de una mayor alineación entre sus objetivos personales y los logros obtenidos en el trabajo, gracias a que éste concibe un plan de

acción previo y mantiene una constante retroalimentación personal sobre su ejecución.

Con respecto al sentido de control Blanco y La Rosa (2009), encontraron que los profesionales de enfermería mujeres ( $\beta=-0.182$ ;  $p=0.023$ ) que laboran en instituciones públicas ( $\beta=0.331$ ;  $p=0.041$ ) tienden a presentar una mayor monotonía laboral y bajo control sobre el trabajo.

De igual forma, Blanco y La Rosa (2009) hallaron que los profesionales de enfermería que poseían una baja calidad de sueño y descanso se encuentra asociado con la inadaptación social y una incapacidad para hacer y disfrutar las actividades diarias ( $\beta= -0.182$ ;  $p=0.014$ ).

Por otra parte, Burger y Rivero (2011) realizaron una investigación que tenía como objetivo identificar la cualidad de mediación de la rumiación en la relación entre la disposición a fluir en el trabajo y el bienestar psicológico, en la cual participaron 127 personas que laboran en distintas áreas en los sectores públicos y privados en la zona de la Gran Caracas, ellos encontraron que la rumiación no cumple una función mediadora entre el bienestar psicológico y la disposición a fluir en el trabajo en el grupo estudiado, sin embargo, encontraron una relación lineal positiva en donde a mayor disposición a fluir en el trabajo presentara el individuo, obtenía una puntuación más alta en la escala de bienestar psicológico ( $r= .416$ ;  $p=.000$ ).

Similarmente, Millán (2012) realizó un estudio en el cual midió la relación que existe entre la disposición a fluir en el trabajo y el bienestar psicológico en una muestra de 264 docentes universitarios, encontrando que existe una correlación buena, directa y estadísticamente significativa entre ambas variables ( $r=.446$ ;  $p=.000$ ).

De igual forma, Millán, D'Aubeterre y Garassini (2010), Inciarte y Morchain (2011) y Morchain (2011) plantean que niveles moderados de disposición a fluir en el trabajo, son los más recomendables para tener un máximo de bienestar psicológico.

Por otra parte Seligman (2002), plantea que las instituciones son positivas, cuando sus prácticas están dirigidas específicamente a prosperar y mejorar el desarrollo de las fortalezas y virtudes personales del carácter y sostener las emociones positivas. Por otra parte, las organizaciones saludables toman en cuenta cuatro dimensiones básicas, que son: factores ambientales, salud física, salud mental y salud social (Stephen, 1994).

Siendo el Centro de Especialidades Anzoátegui una empresa que desde su creación en 1971, se ha esmerado en la optimización de la atención y calidad de servicio a sus pacientes, enmarcados en los principios médicos de responsabilidad, sensibilidad y respeto a la vida del ser humano. Esta empresa tiene como propósito mantener su liderazgo como la primera institución de la región, en calidad, amplitud de servicios, especialidades y nivel tecnológico, dentro de un ambiente físico y humano óptimo, para lo cual continuará su desarrollo y crecimiento duplicando su capacidad actual de atención.

Por lo explicado anteriormente el objetivo de esta investigación, consiste en explicar, desde la Psicología de la Salud Ocupacional Positiva, de que forma la salud física y mental en los Licenciados de Enfermería que laboran en el Centro de Especialidades Anzoátegui son influenciadas por el estilo de humor, el uso del humor como estrategia de enfrentamiento de una situación estresantes, la disposición de fluir en el ambiente laboral, el turno laboral y el sexo. Asimismo, se pretende conocer las posibles relaciones entre estas variables

# Método

## 1. Problema

¿De qué forma se relacionan las variables sexo, turno laboral, humor y disposición a fluir en el trabajo entre sí, y cuál es la influencia de dichas variables sobre la salud física y mental percibida por Licenciados en enfermería que laboran en la Clínica de Especialidades Anzoátegui?

## 2. Hipótesis

### Hipótesis general

Las variables sexo, turno laboral, humor y disposición a fluir en el trabajo se relacionan entre sí e influyen sobre la salud física y mental.

### Hipótesis del modelo de ruta

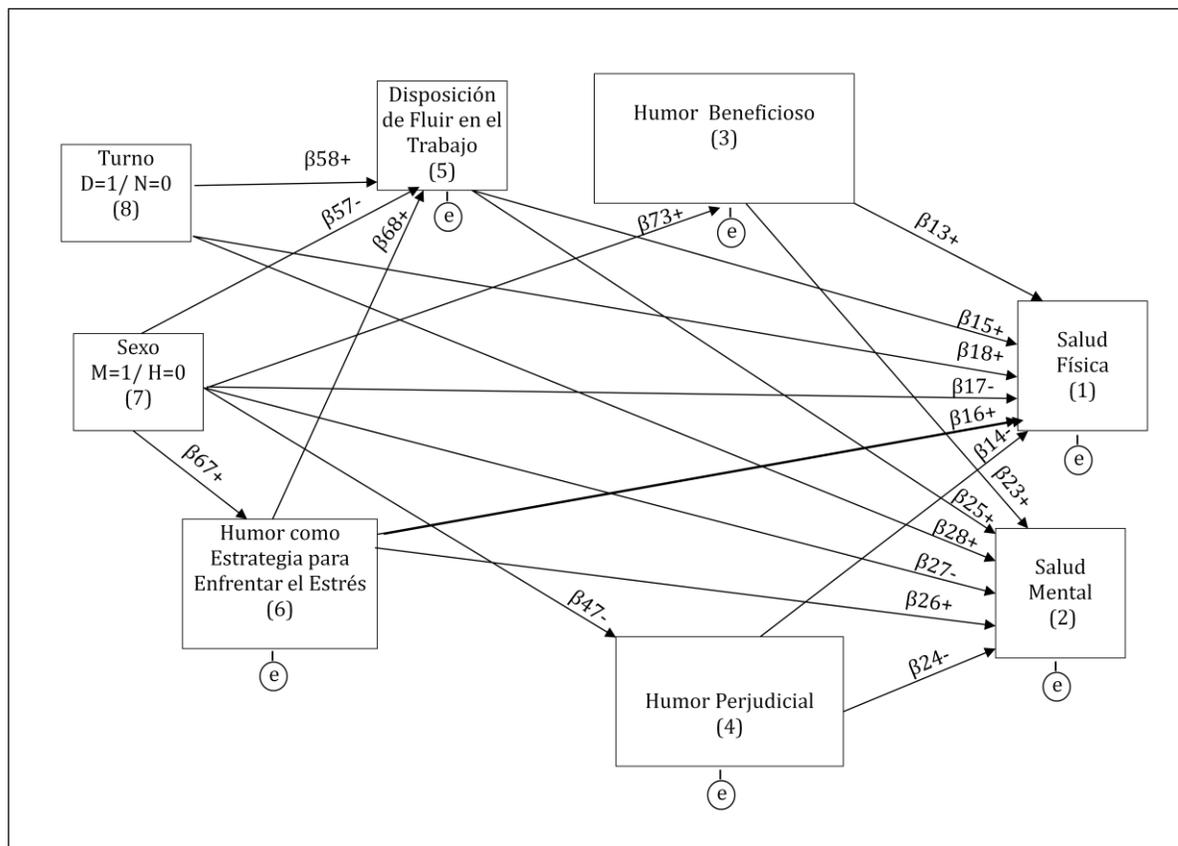


Figura 4. Diagrama de ruta propuesto de la incidencia del sexo, turno laboral, humor y disposición a fluir en el trabajo sobre la salud física y mental.

### 3. Variables

#### 3.1 Variables Endógenas

##### 1. Salud Mental Percibida

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

Definición operacional: Puntuación obtenida en el cuestionario de Salud General de Golberg (1979) de 28 ítems (GHQ-28). Se obtiene puntajes en tres sub escalas que evalúan: (a) ansiedad e insomnio y síntomas somáticos, (b) disfunción social y (c) depresión grave. Las opciones de respuestas 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” (4). La respuesta de cada ítem se sumaran para obtener el puntaje total del sujeto, el cual puede variar desde 28 hasta 112, donde a mayor puntaje, peor es el estado de salud psicológica (ver anexo A).

##### 2. Salud Física Percibida

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). El cuestionario es unidimensional y se encuentra compuesto por 26 ítems, medidos en una escala tipo Likert de cuatro puntos, que va desde “nunca” (0) hasta “muchas veces” (3). La respuesta de cada ítem se sumaran para obtener el puntaje total del sujeto, el cual puede variar desde 0 hasta 78, en donde a mayor puntaje, peor es el estado de salud (ver anexo B).

### 3. Humor Beneficioso

Definición conceptual: tipo de humor que conduce al bienestar por su carácter benigno y benevolente hacia sí mismo y los otros. Implica una visión humorística de la vida y mantener una perspectiva humorística aún frente al estrés y la adversidad (humor de auto-mejoramiento). De igual forma, es un facilitador de las relaciones interpersonales, aumenta la moral, la cohesión, la identidad del grupo y disminuye las tensiones con los otros (humor afiliativo) (D' Anello, 2008).

Definición operacional: puntaje obtenido de la sumatoria de las respuestas a los 12 ítems pertenecientes a las dimensiones de humor de auto-mejoramiento (Humej) (6 ítems) y humor afiliativo (Huafi) (6 ítems) en el cuestionario de estilos de humor (CUESTIHU) adaptada por D'Anello (2008). El cuestionario se encuentra compuesto por 24 ítems, medidos en una escala tipo Likert de seis puntos, que van desde "Total desacuerdo" (1) hasta "Total acuerdo" (6). El puntaje total del sujeto puede variar de 12 hasta 72, en donde un mayor puntaje en los ítems considerados como humor beneficioso indica que el sujeto presenta mayor cantidad de este tipo de humor (ver anexo C)

### 4. Humor Perjudicial:

Definición conceptual: Tipo de humor que es perjudicial para sí mismo y para los otros. Implica el uso del humor como autodesprecio, la persona intenta divertir a los otros a expensas de sí mismo como un medio de recibir aprobación o congraciarse (humor autodescalificador). Así, como la relación del humor con el sarcasmo, la ridiculización, la exclusión, el rebajar al otro y la tendencia de manipular a través de la amenaza y el ridículo (humor agresivo) (D'Anello, 2008).

Definición operacional: puntaje obtenido de la sumatoria de las respuestas a los 12 ítems pertenecientes a las dimensiones de humor autodescalificador (Hudes) (6 ítems) y humor agresivo (Huagre) (6 ítems) en el cuestionario de estilos de humor (CUESTIHU) adaptada por D'Anello (2008). El cuestionario se encuentra

compuesto por 24 ítems, medidos en una escala tipo Likert de seis puntos, que van desde “Total desacuerdo” (1) hasta “Total acuerdo” (6). El puntaje total del sujeto puede variar de 12 hasta 72, en donde un mayor puntaje en los ítems considerados como humor perjudicial indica que el sujeto presenta mayor cantidad de este tipo de humor (ver anexo C)

#### 5. Humor como Estrategia para Enfrentar el Estrés:

Definición conceptual: estrategia enfocada a la emoción que actúa como una medida defensiva encontrando humor en una situación estresante, reduciendo la reacción emocional negativa y alterando la percepción de la situación problemática mediante el humor (Lefcourt, Davidson, Prkachin y Mills, 1997).

Definición operacional: puntaje obtenido en la Escala ENFREHU versión D’Anello (2006). El cuestionario es unidimensional y se encuentra compuesto por 7 ítems, medidos en una escala tipo Likert de cuatro puntos, que va desde “Completo desacuerdo” (1) hasta “Completo acuerdo” (6). La respuesta de cada ítem se sumaran para obtener el puntaje total del sujeto, el cual puede variar desde 7 hasta 42, en donde un mayor puntaje en esta escala indica que el sujeto utiliza con mucha frecuencia el humor como estrategia de enfrentamiento del estrés, mientras que una menor puntuación en esta escala indica que el sujeto utiliza con menor frecuencia el humor como estrategia de enfrentamiento del estrés (ver anexo D).

#### 6. Disposición a Fluir en el Trabajo

Definición conceptual: de acuerdo con Csikszentmihalyi (2007), la disposición a fluir en el trabajo, se entiende como la probabilidad que tiene el trabajador de acceder cotidianamente a la experiencia de flujo, entendida ésta como el estado subjetivo que las personas experimentan cuando están completamente

involucradas en el trabajo y que como consecuencia de ello llegan al extremo de olvidarse del tiempo, la fatiga y todo lo demás excepto la actividad misma.

Definición operacional: puntaje obtenido en la Escala de Disposición a Fluir en el Trabajo (EDFT-2) de Millán, D'Aubeterre y Garassini (2011). Se obtiene puntajes en cinco sub escalas que evalúan: (a) Sentido o sensación de control y experticia (autoeficacia), (b) Experiencia Autotélica, (c) Fusión entre acción y conciencia, (d) Sentido Alterado del Tiempo, (e) Atención focalizada en la tarea actual y un funcionamiento a plena capacidad. El cuestionario se encuentra compuesto por 24 ítems, las opciones de respuestas son presentadas por medio de una escala tipo Likert de cinco opciones de respuestas, que van desde "Muy en desacuerdo" (0) a "Muy de acuerdo" (4). La respuesta de cada ítem contestado por el sujeto se sumara para obtener el puntaje total en cada sub escala, donde a mayor puntaje, mayor disposición a fluir en el trabajo (ver anexo E).

### *3.2 Variables Exógenas*

#### 1. Sexo

Definición conceptual: condición orgánica que distingue a ciertos individuos de una misma especie con relación a su forma de intervenir en los procesos reproductivos (Quillet, 1976).

Definición operacional: código asignado por los sujetos según marquen como una "M" (mujer) o una "H" (hombre), en los datos de identificación en la categoría de sexo. Donde la mujeres serán codificadas 1 y los hombres 0.

#### 2. Turno Laboral

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

Definición Operacional: periodo del día reportado por el sujeto en el cual lleva a cabo su trabajo, dadas las opciones Mañana (3), Tarde (2) y Noche (1). Las opciones Mañana y Tarde se agruparan en una sola categoría, identificada como Diurno (0) y la opción Noche, se llamará Nocturno (1), para su análisis estadístico (Ver Anexo F ).

#### *4. Tipo y Diseño de Investigación*

La presente investigación es de tipo no experimental explicativo. El tipo de diseño utilizado fue *expostfacto*, definido como una indagación empírica y sistemática, en la cual no se tiene un control directo, en este caso, sobre las variables sexo, turno laboral, humor y disposición de fluir en el trabajo ya que sus manifestaciones han ocurrido o bien, porque son inherentemente no manipulables. Las relaciones entre dichas variables y la salud física y mental, se realizara a partir de inferencias relativas a su variación concomitante (Kerlinger y Lee, 2002).

Se empleó un diseño de ruta, con el fin de observar si el sexo, el turno laboral, el humor y las experiencias óptimas inciden sobre la salud física y mental y ver las relaciones entre estas variables. El diseño de ruta se puede definir según Briones (1998) como un modelo causal que implica, desde su construcción, un modelo simplificado de la realidad social, definido con un número limitado y escogido de variables que se suponen relacionan de cierta manera. El mismo presenta los siguientes supuestos.

1. Las variables que se incluyen en el modelo causal deben tener un orden derivado de una cierta teoría.
2. El modelo debe ser considerado como un sistema cerrado en cuanto contienen explícitamente todas las variables importantes en a determinación causal.
3. Las correlaciones entre las variables con lineales y aditivas.
4. Las variables exógenas y sus residuales no correlacionan entre sí.

5. Existe baja multicolinealidad entre las variables.
6. Las variables independientes están medidas sin error.
7. Las varianzas de las distribuciones de las variables endógenas del modelo son iguales.

Además, el diseño tuvo la característica de ser de corte transversal, ya que las respuestas de los sujetos se registraron en un momento discreto en el tiempo. Por otra parte, fue un estudio de campo de tipo de comprobación de hipótesis, toda vez, en es este estudio se busca revelar relaciones de manera sistemática entre las variables psicológicas y pone a prueba hipótesis, además, de realizarse en una situación organizacional (Kerlinger y Lee, 2002).

La administración de los instrumentos (Datos de identificación, ENFREHU, CUESTIH, GHQ-28, Cuestionario de Salud Física y la EDFT-2), se realizó mediante instrucciones estandarizadas, con el mismo formato y bajo las mismas condiciones de aplicación; todo esto con el fin de controlar las posibles influencias de variables extrañas inherentes a la situación de aplicación del instrumento.

### *5. Población y Muestra*

La población estuvo conformada por 175 Lic. en enfermería; 93% mujeres y 7% hombres que laboran como enfermeros en la Clínica de Especialidades Anzoátegui, en Lechería, Venezuela. El tipo de muestreo que se realizó 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).

El tamaño de la muestra se obtuvo mediante el cálculo de la fórmula propuesta por Hernández Sampieri, Fernández y Baptista (1998) para muestra con una población limitada. Siendo para este estudio de 122 personas, de las cuales 110

(90,2%) son mujeres y 12 (9,8 %) hombres, con edades comprendidas entre 21 y 65 años siendo la edad promedio de 36 años ( $S= 10,65$ ). Siendo el 58% de los Lic. en enfermería que participaron en la investigación laboran en turno diurno y el 42% en turno nocturno. Por su parte el 52% laboran en el área de hospitalización, el 26% en cuidados intensivos, el 12% en emergencia, el 6% en quirófano, el 4% en cuidados coronarios y el 2% en hemodinamia.

## 6. Instrumentos

### *Cuestionario de Salud General de Goldberg de 28 ítems (GHQ-28) (Ver anexo A)*

El cuestionario de Salud General (“General Health Questionnaire”, GHQ) fue diseñado por Goldberg en 1972, como un instrumento de autoreporte para evaluar la situación actual del individuo con respecto al estado general de salud psicológica (Werneke, Goldberg, Yalcin, y Ustun, 2000; citado en Gibbons, Flores, y Mónico, 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 et al., 2004). Las opciones de respuestas 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 consiste 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 un 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 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 autovalor de 0,40; mediante el cual se hallaron 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, todos invertidos, el cual se refiere 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 invertido, 2, 3, 5, 6 y 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 autopercebida y como estas variables se relacionan 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 ( $\alpha = 0.84$ ).

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 invertido, 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, 16, 17, 18, 19, 20 y 21, todos invertidos a excepción del ítem 16, 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 está conformado por los ítems 22, 23, 24, 25, 26, 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 influyen 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 B)*

El cuestionario de Salud Física fue diseñado en 2001 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 cuales se encuentran el de Feldman (1995) y el de Romaguera y Uzategui (2001). 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.

Por su parte, en el estudio de Blanco y La Rosa (2009) que tenía como objetivo 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, el sexo y la edad sobre la satisfacción laboral en profesionales de enfermería, empleando una muestra de 300 personas que trabajaban como enfermeros en instituciones públicas o privadas de la zona metropolitana de Caracas, obtuvieron una confiabilidad alta del cuestionario de salud física de Angelucci ( $\alpha = 0.90$ ).

#### *Cuestionario de Estilos de Humor (CUESTIHU) (Ver anexo C)*

El cuestionario de Estilos de Humor (“Humor Style Questionnaire” HSQ) fue diseñado por Martin, Puhlik, Larsen, Gray y Weir en el 2003, como un instrumento para evaluar las diferencias individuales en el uso de los cuatro estilos de humor.

La versión inicial del instrumento es canadiense y constó de 111 ítems con un número aproximadamente igual para cada una de las 4 sub-escalas. Luego de un primer análisis psicométrico se redujo a 96 ítems. Esta versión fue administrada a 258 estudiantes universitarios. El análisis produjo la selección de 60 ítems (15 para cada sub-escala) (Martin, Puhlik, Larsen, Gray y Weir, 2003).

Finalmente, con la intención de reducir aún más el número de ítems, se aplicó a una nueva muestra de 485 participantes. Mediante análisis factorial se retuvieron 32 ítems que conformaron la versión final del cuestionario (8 ítems para cada sub-escala). La consistencia interna, determinada por el Alpha de Cronbach osciló entre  $\alpha = 0.77$  y  $\alpha = 0.81$  y el test retest osciló entre 0.80 y 0.85 (Martin, Puhlik, Larsen, Gray y Weir, 2003).

El instrumento de 32 ítems, es una escala tipo Likert de siete puntos, que va desde “Completo desacuerdo” (1) hasta “Completo acuerdo” (7), en el sentido de menor a mayor frecuencia del uso de un estilo de humor en particular.

Martin, Puhlik, Larsen, Gray y Weir (2003) definieron a estos cuatro estilos de humor como:

1. Humor Afiliativo (*Affiliative*): Se refiere a la tendencia a decir cosas divertidas, a hacer chistes y bromas, a llamar la atención con burlas espontáneas e ingeniosas para divertir a otras personas, facilitar las relaciones entre ellas al reducir las tensiones surgidas en las relaciones interpersonales. Se trata de un estilo esencialmente carente de hostilidad y su uso ubica adecuadamente tanto a quien lo utiliza como a los demás. Se presume que permite el aumento de la cohesión interpersonal.
2. Humor de Auto-mejoramiento (*Self-enhancing*): Se refiere a la tendencia a mantener una perspectiva humorística de la vida aunque ésta no sea compartida con otros. Implica divertirse con las incongruencias de la vida aún en la adversidad y usar el humor como una estrategia para afrontar las vicisitudes.
3. Humor Agresividad (*Aggressive*): Es la tendencia a usar el humor con el propósito de criticar o manipular a otros recurriendo al sarcasmo, “tomando el pelo” a los otros, molestando con bromas, poniendo en ridículo a los demás (frecuentemente con temas sexistas o racistas). Es una forma potencialmente ofensiva del humor. En este caso el humorista se impone a expensas de los demás.
4. Humor Auto-descalificador (*Self-defeating*): Las personas que usan este tipo de humor son autodespreciativos, hacen o dicen cosas divertidas a

expensas de sí mismos y se ríen con otros al tiempo que se ridiculizan o menosprecian. Implica también el uso del humor como una forma negativa de defensa para ocultar sus sentimientos. Este estilo de humor parece ser un intento de congraciarse consigo mismo o de ganar la aprobación de los otros a expensas de sí mismo.

Por su parte, en el estudio de Cayssials y Pérez (2005) que tenía como objetivo realizar la adaptación del Cuestionario del Estilo de Humor en la muestra argentina. En el estudio participaron 800 sujetos de entre 22 y 60 años (media 38; desvío estándar 10); 50% mujeres y 50% varones. Con respecto a la confiabilidad el instrumento los autores obtuvieron un Alpha de Cronbach de 0.75.

Con respecto a la validez del instrumento Cayssials y Perez (2005), realizaron un análisis factorial, específicamente el análisis de Componentes principales y utilizaron el método de rotación Varimax. Los autores hallaron cuatro factores que explican el 37% de la variancia. El primer componente explica el 15,47%; el segundo el 9,2%; el tercero el 6,30% y el cuarto el 6,20%. La estructura factorial hallada permite afirmar la validez de la hipótesis teórica de los cuatro estilos del Sentido del Humor.

De igual forma, D'Anello (2008) realizó un estudio con el objetivo de la validación del Cuestionario de Estilos de Humor (CUESTHU) en la población venezolana con el propósito de contar con un instrumento que discrimine entre diferentes funciones del sentido del humor a fin de poder evaluar sus relativas contribuciones a la salud y el bienestar.

En el estudio participaron 1042 personas residentes en la ciudad de Mérida, Venezuela; de las cuales 532 eran hombres y 510 mujeres, con una edad promedio de 24 años. La traducción del instrumento HSQ de 32 ítems fue realizado por dos profesionales bilingües de la psicología. La escala original tipo Likert consta de 7 puntos, la versión venezolana fue transformada a 6 alternativas

(1 = completo desacuerdo, 6 = completo acuerdo) para evitar el punto medio-neutral. La versión aplicada a las muestras venezolanas se denominó CUESTIHU

D'Anello (2008) realizó un análisis factorial mediante el método de Componentes Principales con rotación Varimax, del cual emergieron 5 factores; dos ítems de cada sub-escala original fueron eliminados debido a que sus cargas factoriales eran ambiguas, por ejemplo, algunos ítems cargaban en dos factores o cargaban, aunque bajo, en un factor diferente. Un nuevo análisis resultó en 4 factores explicaron 41.89% de la varianza y con valores propios superiores a 2, este resultado coincide con el instrumento original.

Todos los ítems cargaron sobre 0.40 en sus respectivos factores y menos de 0.30 en los otros tres factores con la excepción del ítem 12 (Humor de automejoramiento) que tuvo una carga de .307 en el factor Humor afiliativo. De esta manera los factores obtenidos resultaron constituidos por los siguientes ítems: humor auto-descalificador (4, 24, 10, 19, 8, 16), humor afiliativo (20, 1, 17, 14, 5, 11), humor de auto-mejoramiento (9, 21, 15, 2, 6, 12) y humor agresivo (18, 23, 7, 13, 3, 22). Los ítems 1, 7, 13, 14, 18, 20 y 23 hay que invertirlos.

Con respecto a la confiabilidad, los coeficientes Alpha de Cronbach son adecuados (entre  $\alpha = .71$  y  $\alpha = .75$ ) (D'Anello, 2008).

*Cuestionario del uso del Humor como Estrategia de Enfrentamiento de Situaciones Estresantes (ENFREHU) (Ver anexo D)*

El cuestionario para medir el uso del humor como mecanismo para enfrentar el estrés ("Coping Humor Scale" CHS) fue diseñado por Martin y Lefcourt en 1983, dicho cuestionario se encuentra compuesto por 7 ítems, medidos en una escala tipo Likert de cuatro puntos, que va desde "Completo desacuerdo" (1) hasta "Completo acuerdo" (4), en el sentido de menor a mayor frecuencia del uso del humor como estrategia para enfrentar las situaciones estresantes. En cuanto al

comportamiento psicométrico del instrumento Martin y Lefcourt (1983) obtuvieron una confiabilidad de 0.61 mediante el coeficiente Alpha de Cronbach.

Posteriormente, D'Anello (2002) realizó una adaptación del instrumento para ser utilizada en muestra venezolana, cambiando las siglas del instrumento a la versión en español (ENFREHU). El instrumento sigue conformado por 7 ítems fraseados en formato tipo Likert (1=Completo desacuerdo, 6=completo acuerdo), los ítem 1 y 4 deben ser invertidos para su codificación. La confiabilidad es de 0.75 (alfa de Cronbach).

#### *Escala de Disposición a Fluir en el Trabajo (EDFT-2) (Ver anexo E)*

La escala de disposición a fluir en el trabajo (EDFT-2) es una adaptación al ámbito laboral de la medición del estado de flujo y/o disposición a fluir en el deporte, realizada por Millán, D'Aubeterre y Garassini (2011) a partir de los trabajos de Jackson y Marsh (1996); Jackson y Eklund (2002) y López (2006).

En la adaptación de la escala realizada por Millán, D'Aubeterre y Garassini (2011), participaron 312 personas, de todas ellas pertenecientes al sector formal de empleo del área de Caracas, siendo Licenciados o Ingenieros el 59, 75%, Bachilleres el 20, 76%, Técnicos Superior Universitarios (10,58%), Estudiante de Pregrado empleados el 4, 66%, Educación Primaria el 2,12% y con Post grado el 2, 12%. El tipo de muestreo empleado por los investigadores fue no aleatorio y propositivo.

Dicho cuestionario se encuentra compuesto por 20 ítems, medidos en una escala tipo Likert de cinco puntos, que va desde "Muy en desacuerdo" (0) hasta "Muy de acuerdo" (4), donde a mayor puntaje, mayor disposición a fluir en el trabajo.

En cuanto al comportamiento psicométrico del instrumento se obtuvo una confiabilidad de 0,90 mediante el coeficiente Alpha de Cronbach. Adicionalmente, al realizar el análisis factorial del cuestionario, por medio del método de componente principal y utilizando un autovalor de 1,5 fueron extraídos cinco factores, los cuales explican en conjunto el 33,404% de la varianza total.

Los reactivos que cargaron en el primer factor fueron el 3, 5, 7, 9, 12, 14, 20 y 24 el cual se denominó *sentido de control y experticia (autoeficacia)* y hace referencia a la valoración que hacen los trabajadores sobre el grado de experticia y posibilidad de control que éste posee sobre la tarea que desempeña. El segundo factor está constituido por los ítems 1, 6, 8, 15 y 19 el cual se refiere a las expresiones referidas a la satisfacción intrínseca que le produce al trabajador el desempeño de su rol laboral, fue nombrado *experiencia autotelica*. El tercer factor está conformado por los ítems 11, 17 y 21 al cual se le denominó *fusión entre acción y conciencia* puesto que el contenido de los ítems aluden a la sensación de automatización que tiene la ejecución del trabajo. El cuarto factor está conformado por los ítems 4, 10, 13 y 22 el cual se denominó *sentido alterado del tiempo* y hace referencia a la presencia de una percepción distorsionada del paso del tiempo, debido a la focalización del trabajador sobre la tarea. Finalmente, el quinto factor está conformado por los ítems 2, 16, 18 y 23 el cual se refiere a la concentración que tiene el trabajador sobre la tarea y la capacidad de generar a partir de ésta información y de manera muy personal una retroalimentación (feedback) del propio desarrollo del trabajo, de manera de alinear su acción con los objetivos personales que le son atribuidos al trabajo, fue nombrado *atención focalizada en la tarea actual y un funcionamiento a plena capacidad* (Millán, D'Aubeterre y Garassini, 2011).

#### *Hoja de identificación*

Consiste en un espacio que contiene los datos de identificación del sujeto, planteando el carácter anónimo y confidencial de los resultados que se obtendrán. Los datos que se solicitan son, el sexo, la edad, cargo que desempeña,

Departamento donde realiza sus labores y turno laboral. Estos datos se preguntaran en la primera hoja del cuestionario.

## *7. Procedimiento*

En primer lugar, se contactó con el director médico y la jefa de enfermería de la Clínica de Especialidades Anzoátegui, para solicitar el permiso para la obtención de la muestra en su sede.

Posteriormente se le aplicaron de forma individual y estandarizada la batería de instrumentos a la muestra seleccionada en la Clínica de Especialidades Anzoátegui. Las instrucciones se dieron de forma estandarizada; los instrumentos se les presentaron a los participantes en el siguiente orden:

1. Datos de identificación.
2. Cuestionario del uso del humor como estrategia de enfrentamiento de situaciones estresantes (ENFREHU) (D´Anello , 2002).
3. Cuestionario de estilos de humor (CUESTIHU) (D´Anello, 2008).
4. Cuestionario de salud general de Goldberg de 28 ítems (GHQ-28) (Adaptada por Nuñez y Socorro, 2005).
5. Cuestionario de salud física (Angelucci, 2001).
6. Escala de disposición a fluir en el trabajo (EDFT-2) (Millán, D'Aubeterre y Garassini, 2011).

Una vez aplicado el instrumento, se enumeraron las encuestas y se introdujo la información arrojada por las escalas en el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 18.0). Una vez creada la base de datos, se analizaron los resultados para luego discutirlos y obtener las conclusiones y recomendaciones.

Con respecto al análisis de los resultados, en primer lugar se realizó el análisis de confiabilidad de cada instrumento administrado, y además se determinó la estructura factorial de las escalas realizando un análisis componentes principales para ver la unidimensionalidad (Cuestionario de Salud Física Angelucci (2001) y

ENFREHU) o multidimensionalidad (GHQ-28, CUESTIH y EDFT-2) de los instrumentos según era el caso.

Luego se realizaron los análisis descriptivos de los datos socio demográficos de los sujetos. Para este fin, se estimó la frecuencia y porcentaje del sexo, cargo que desempeña, departamento y turno laboral en el que regularmente realiza su trabajo, serán analizados el porcentaje y la frecuencia, ya que su nivel de medida es categórico. Mientras que de la variable edad se estimó los estadísticos de tendencia central (rango, media aritmética, asimetría), dispersión (coeficiente de variación) y forma (kurtosis).

Posteriormente se realizó el análisis descriptivo 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 las dimensiones ansiedad, insomnio, síntomas somáticos, depresión y disfunción social de la variable salud psicológica, así como la variable salud física, las dimensiones humor beneficiosos y humor perjudicial, el humor como estrategia para enfrentar el estrés, y las dimensiones sentido o sensación de control y experticia (autoeficacia), experiencia autotélica, fusión entre acción y conciencia, sentido alterado del tiempo, y atención focalizada en la tarea actual y un funcionamiento a plena capacidad de la variable disposición de fluir en el trabajo, se midió el rango, media aritmética, asimetría como indicadores de tendencia central, mientras la kurtosis y coeficiente de variación como indicadores de dispersión y forma.

Por último, y con fines de confirmar tanto la hipótesis general como las hipótesis específicas se procedió a realizar el análisis de ruta planteado con anterioridad por medio de un análisis de regresión lineal, evaluando antes los supuestos de normalidad, de los errores y de multicolinealidad.

Se realizó una matriz de correlaciones de las variables independientes y luego se analizó los coeficientes de correlación de Pearson para verificar el supuesto de que no exista multicolinealidad.

El supuesto de la distribución normal de los errores se midió con el índice de Durbin Watson, así como las medias de los errores. En cuanto al supuesto de normalidad de las variables individuales se realizó el grafico de probabilidad normal.

Después de verificar que se cumplieron todos los supuestos se procedió a verificar las hipótesis planteadas en el diagrama de rutas mediante una análisis de regresión múltiple para las variables endógenas [ $X_1$ (Salud Física),  $X_2$ (Salud Mental),  $X_3$ (Humor Beneficioso),  $X_4$ (Humor Perjudicial),  $X_5$ (Disposición a Fluir en el Trabajo),  $X_6$ (Humor como Estrategia para Enfrentar el Estrés)] comenzando de derecha a izquierda del diagrama, por lo que se calcularán un total de seis regresiones múltiples.

De igual forma se analizó la correlación múltiple arrojada por el modelo, la proporción de varianza explicada por cada una de las variables, los efectos directos e indirectos de cada una de las variables sobre las variables endógenas (salud física y mental) a través del cálculo de los coeficientes betas. Se utilizará 0,05 como criterio de nivel de significación.

## Análisis de Resultados

### Análisis Psicométrico

Luego de llevar a cabo el procedimiento 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. Además se determinó la estructura factorial de las escalas realizando un análisis de componentes principales (ver anexo G).

#### *Cuestionario del uso del Humor como Estrategia de Enfrentamiento de Situaciones Estresantes (ENFREHU)*

Esta escala está constituida por 7 ítems. Se obtuvo un coeficiente Alpha de Cronbach de 0,564 que indica una moderada consistencia interna, todos los ítems correlacionan de forma positiva por encima de 0.11.

Del análisis de componentes principales se obtuvo un factor, que explica el 30.83% de la varianza total, utilizando un autovalor de 2, por lo cual dicho instrumento puede considerarse unidimensional.

#### *Cuestionario de Estilos de Humor (CUESTIHU).*

Este cuestionario está constituido por 24 ítems. Se obtuvo un coeficiente Alpha de Cronbach de 0.756 que indica una alta consistencia interna, todos los ítems correlacionan de forma positiva y baja ( $r = .037$ ); y los ítems 2, 14 y 22 correlacionan de forma negativa ( $r = -.009$ ;  $r = -.030$ ;  $r = -.034$ ) respectivamente.

En el análisis factorial se utilizó el análisis de componentes principales, con un autovalor de 1.5 obteniéndose cuatro factores que explican el 42.88% de la varianza total. El primer factor con un auto valor de 4.57 explicó el 13.55% de la varianza, el segundo factor con un autovalor de 2.22 explicó el 11.52% de la varianza; el tercer factor con un autovalor de 1.83 explicó el 10.10% de la varianza; y el cuarto factor con un autovalor de 1.66 explicó el 7.70% de la varianza.

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 5, 17 y el 11 y el 1, 14 y 20 son invertidos; los que constituyen el segundo factor fueron los ítems 2, 6, 9, 12, 15 y 21; los que conforman el tercer factor fueron los reactivos 7, 13, 18 y 23 todos invertidos excepto el 3 y el 22; y el cuarto factor lo constituyen los ítems 4, 8, 10, 16, 19 y 24. 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 humor afiliativo, el segundo factor el humor de auto-mejoramiento; el tercer factor humor agresivo; y el cuarto factor humor auto-descalificador.

#### *Cuestionario de Salud General de Goldberg de 28 ítems (GHQ-28).*

Este cuestionario está constituido por 28 ítems. Se obtuvo un coeficiente de Alpha de Cronbach de 0.825 que indica una alta consistencia interna, todos los ítems correlacionan de forma positiva por encima de .22, menos los ítems 17, 19 y 20 que correlacionan de forma positiva y baja ( $r=.008$ ;  $r= .025$ ;  $r=. 073$ ) y los ítems 15 y 16 correlacionan de forma negativa ( $r= -.156$ ;  $r= -.266$ ).

En el análisis factorial se utilizó el análisis de componentes principales, con un autovalor de 2, obteniéndose tres factores que explican el 52.84% de la varianza total. El primer factor con un autovalor de 8.4 explicó el 22.5% de la varianza; el segundo factor con un autovalor de 3.413 explicó el 18.39% de la varianza; y el tercer factor con un autovalor de 2,98 explicó el 11.94% de la varianza.

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 invertido, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 y 14; los que constituyen al segundo factor fueron los ítems 22, 23, 24, 25, 26, 27 y 28; y los que conforman el tercer factor fueron los reactivos 15, 16, 17, 18, 19, 20 y 21 todos invertidos a excepción del ítem 16. 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 síntomas somáticos y ansiedad; el segundo factor depresión; y el tercer factor disfunción social.

#### *Cuestionario de Salud Física.*

Esta escala está constituida por 26 ítems. Se obtuvo un coeficiente Alpha de Cronbach de 0.92 que indica una alta consistencia interna, todos los ítems correlacionan de forma positiva por encima de 0.33.

Del análisis de componentes principales se obtuvo un factor, que explica el 25.75% de la varianza total, utilizando un autovalor de 2, por lo cual dicho instrumento puede considerarse unidimensional.

#### *Escala de Disposición a Fluir en el Trabajo (EDFT-2).*

Este cuestionario está constituido por 24 ítems. Se obtuvo un coeficiente Alpha de Cronbach de 0.852 que indica una alta consistencia interna, todos los ítems correlacionan de forma positiva por encima de 0.25.

En el análisis factorial se utilizó el análisis de componentes principales, con un autovalor de 1.2 obteniéndose cinco factores que explican el 61.24% de la varianza total. El primer factor con un autovalor de 7.74 explicó el 19.72% de la varianza; el segundo factor con un autovalor de 2.22 explicó el 14.69% de la varianza; el tercer factor con un autovalor de 1.89 explicó el 9.97%; el cuarto factor con un autovalor de 1.46 explicó el 9.79% de la varianza; y el quinto factor con un autovalor de 1.36 explicó el 7.05% de la varianza.

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 3, 5, 7, 9, 12, 14, 20 y 24; los que constituyen al segundo factor fueron los ítems 1, 6, 8, 15 y 19; los que conforman

el tercer factor fueron los reactivos 11, 17 y 21; el cuarto factor lo constituyen los ítems 4, 10, 13 y 22; y los ítems pertenecientes al quinto factor fueron 2, 16, 18 y 23. 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 sentido de control y experticia; el segundo factor experiencia autotélica; el tercer factor fusión entre acción y conciencia; el cuarto factor sentido alterado del tiempo; y el quinto factor atención focalizada en la tarea actual y un funcionamiento a plena capacidad.

## Análisis Descriptivo

Se llevó a cabo las estimaciones 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 investigaciones. Para este fin, se estimaron los estadísticos de tendencia central, dispersión y forma para todos los cuestionarios que fueron administrados a los sujetos.

En relación a la variable **salud física**, hubo una puntuación mínima de 1 y un máximo de 72, con una media aritmética de 13.0882; contando con una distribución positivamente asimétrica ( $As= 2.407$ ), lo cual evidencia que la mayoría de las puntuaciones obtenidas por la muestra son bajas. De igual forma, la distribución se caracteriza por una forma altamente leptocúrtica ( $Ku= 11.114$ ) y finalmente cuenta con una alta variabilidad en los puntajes ( $CV= 76.44\%$ ) evidenciando que la muestra en general manifiesta una buena salud física, aunque existen marcadas diferencias en cuanto a su reporte de síntomas físicos (Ver figura 5).

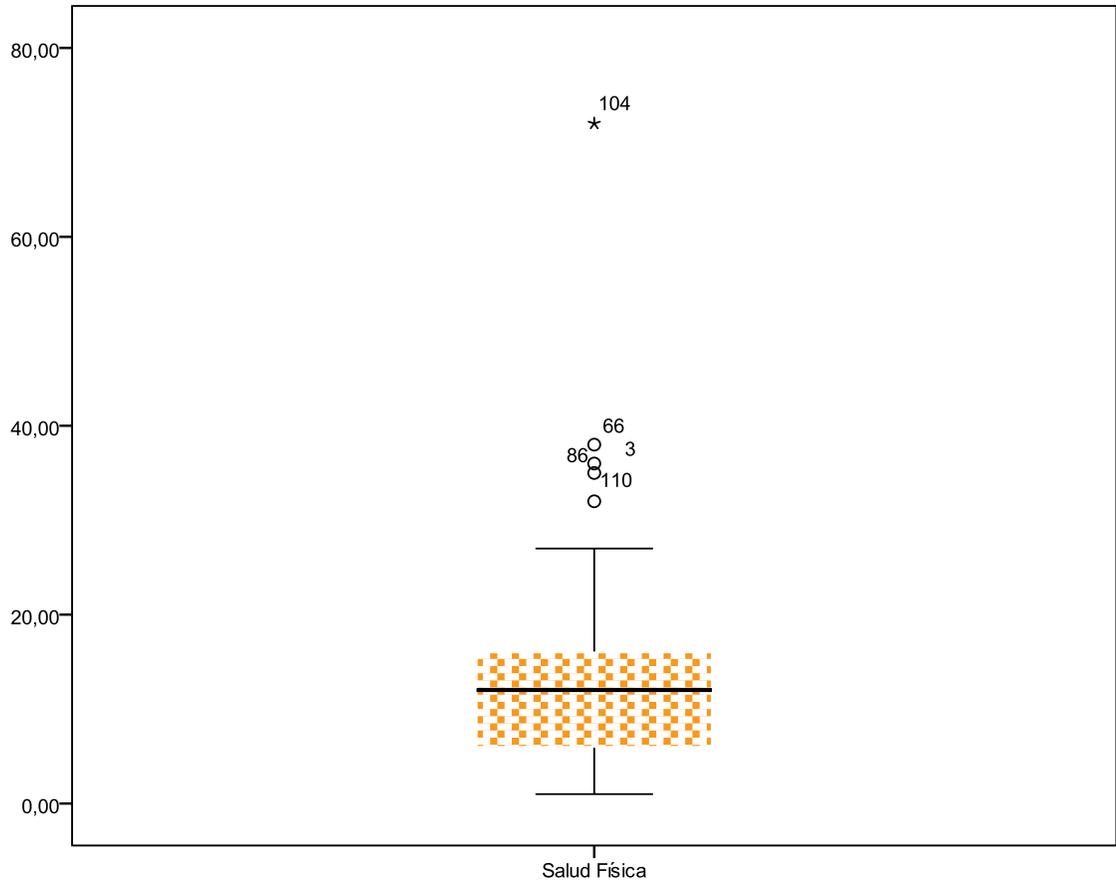
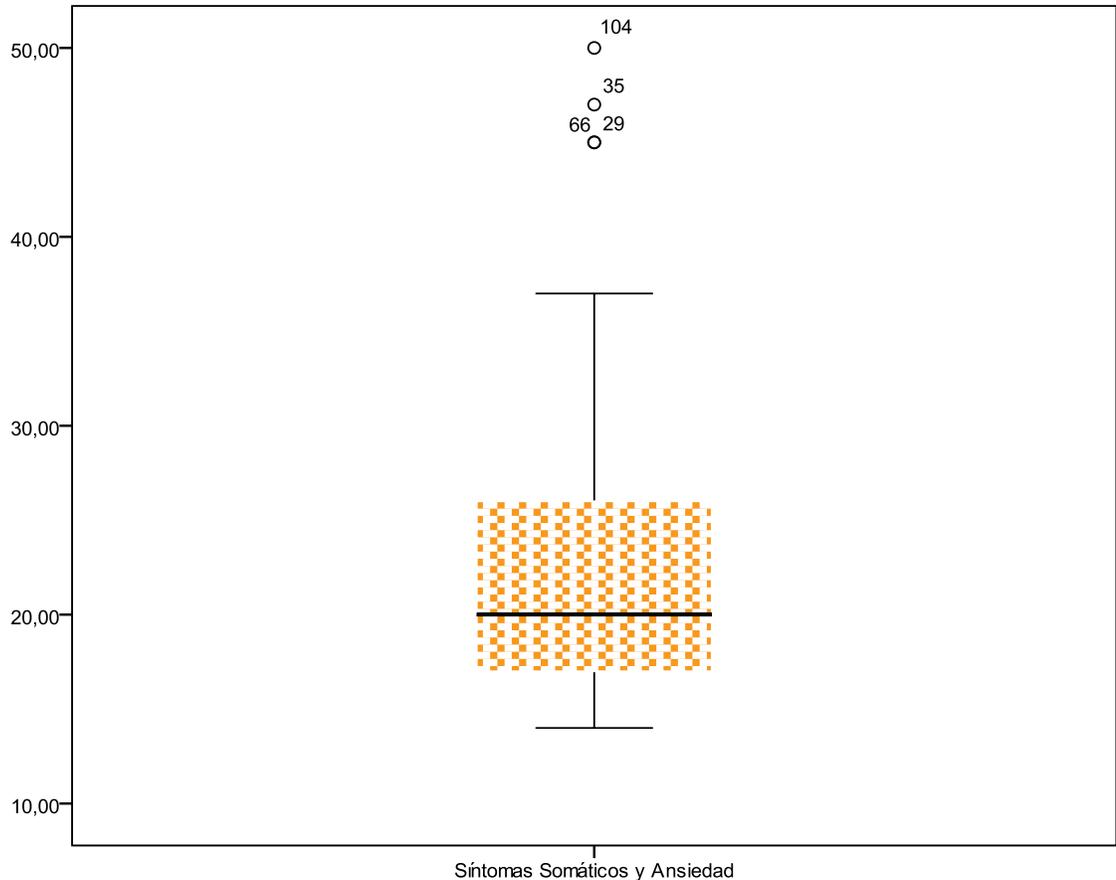


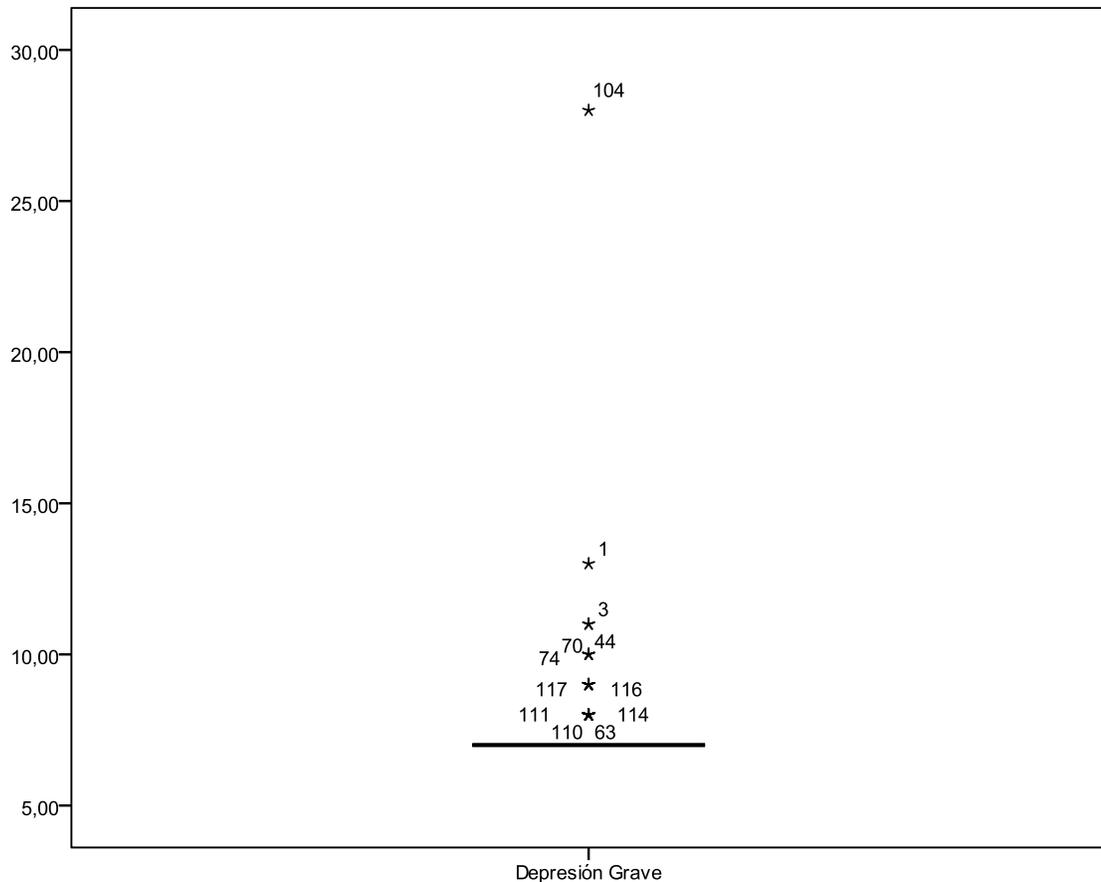
Figura 5. Gráfica de caja y bigote de la distribución de la variable salud física

En cuanto a la dimensión **síntomas somáticos y ansiedad**, de la variable **salud mental**, la puntuación mínima fue de 14 y la máxima de 50, con una media aritmética de 22.3704; contando con una distribución positivamente asimétrica ( $As= 1.516$ ) lo cual evidencia que la mayoría de las puntuaciones obtenidas por los encuestados son bajas. De igual forma, la distribución se caracteriza por una forma leptocúrtica ( $Ku= 2.343$ ) y finalmente cuenta con una variabilidad moderada baja en los puntajes ( $CV= 33.82\%$ ) lo cual refleja que la mayoría de los profesionales de enfermería encuestados presentan un nivel moderadamente alto de salud psicológica en términos de bajos síntomas somáticos y ansiedad (ver figura 6).



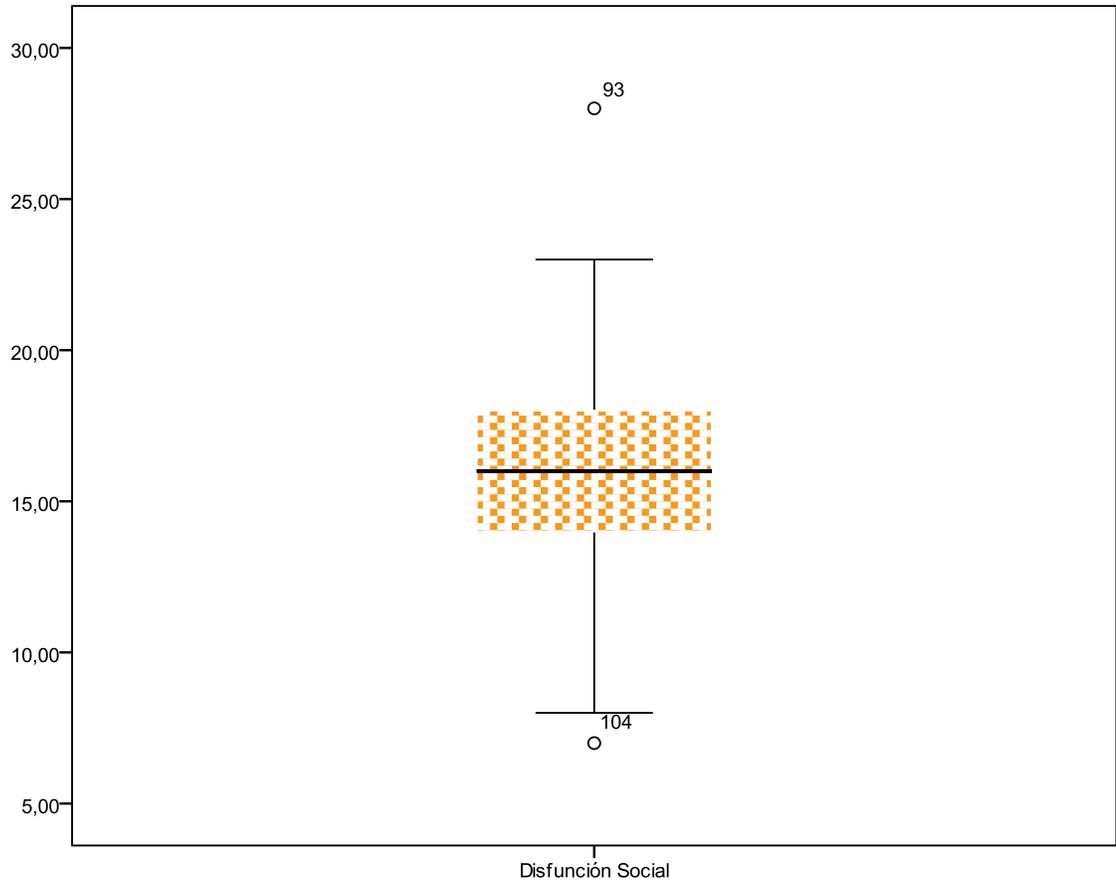
*Figura 6.* Gráfica de caja y bigote de la distribución de la dimensión síntomas somáticos y ansiedad (salud psicológica).

En cuanto a la dimensión **depresión** de la variable **salud psicológica**, la puntuación mínima fue de 7 y la máxima de 21, con una media aritmética de 7.5593; con una marcada asimetría positiva ( $As=7.893$ ), lo cual, evidencia que la muestra presenta bajos síntomas de depresión. De igual forma, la distribución se caracteriza por una acentuada forma leptocúrtica ( $Ku= 73.141$ ) y finalmente cuenta con una variabilidad moderada baja en los puntajes ( $CV= 28.23\%$ ) evidenciando que la muestra en general presenta una variabilidad moderada en la manifestación de lo denominado como depresión (ver figura 7).



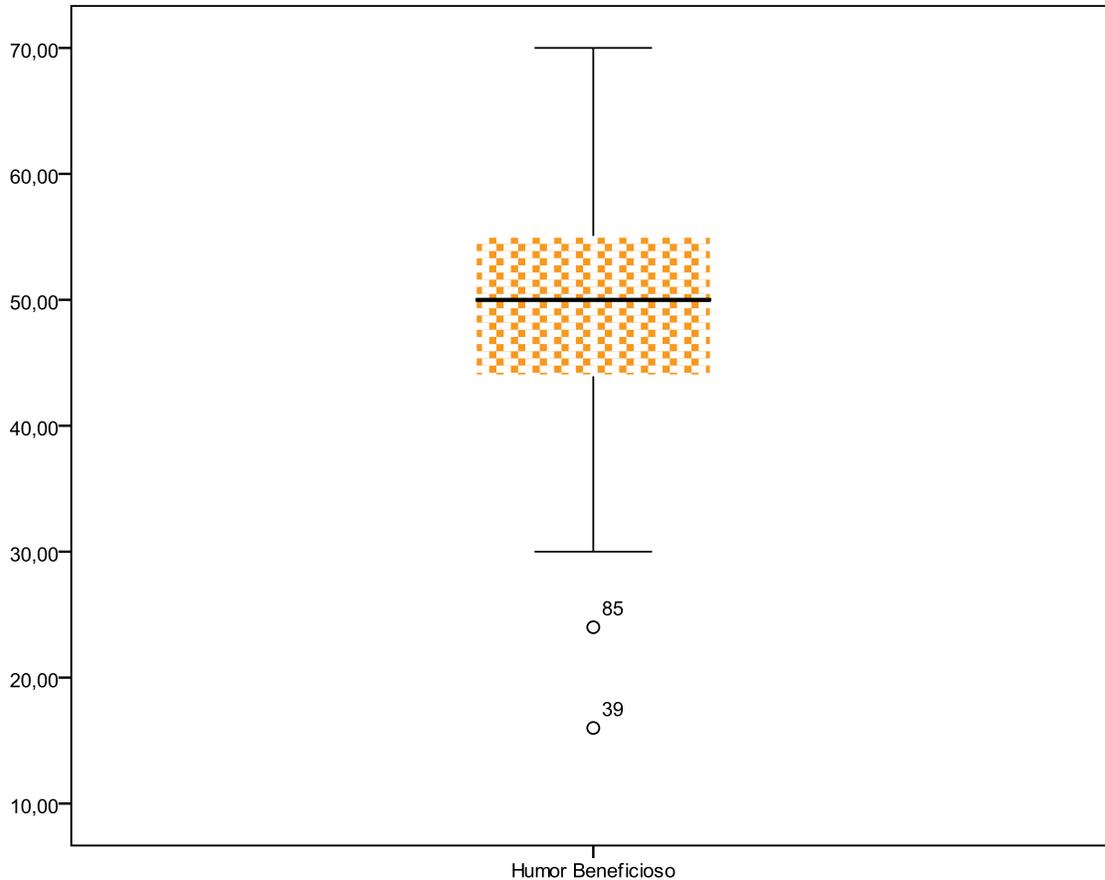
*Figura 7.* Gráfica de caja y bigote de la distribución de la dimensión depresión (salud psicológica).

En relación a la dimensión **disfunción social** de la variable **salud psicológica**, contó con una puntuación mínima de 7 y una máxima de 28, con una media aritmética de 15.9537; se muestra como una distribución positivamente asimétrica ( $As= 0.252$ ) lo cual evidencia las puntuaciones obtenidas en la muestra son moderadamente bajas. Por otro lado, la distribución se caracteriza por una forma leptocúrtica ( $Ku= 0.796$ ) y finalmente cuenta con una variabilidad moderada baja en los puntajes ( $CV=21.29\%$ ), evidenciando que la muestra en general presenta una moderada variabilidad en la manifestación de lo denominado como disfunción social (ver figura 8).



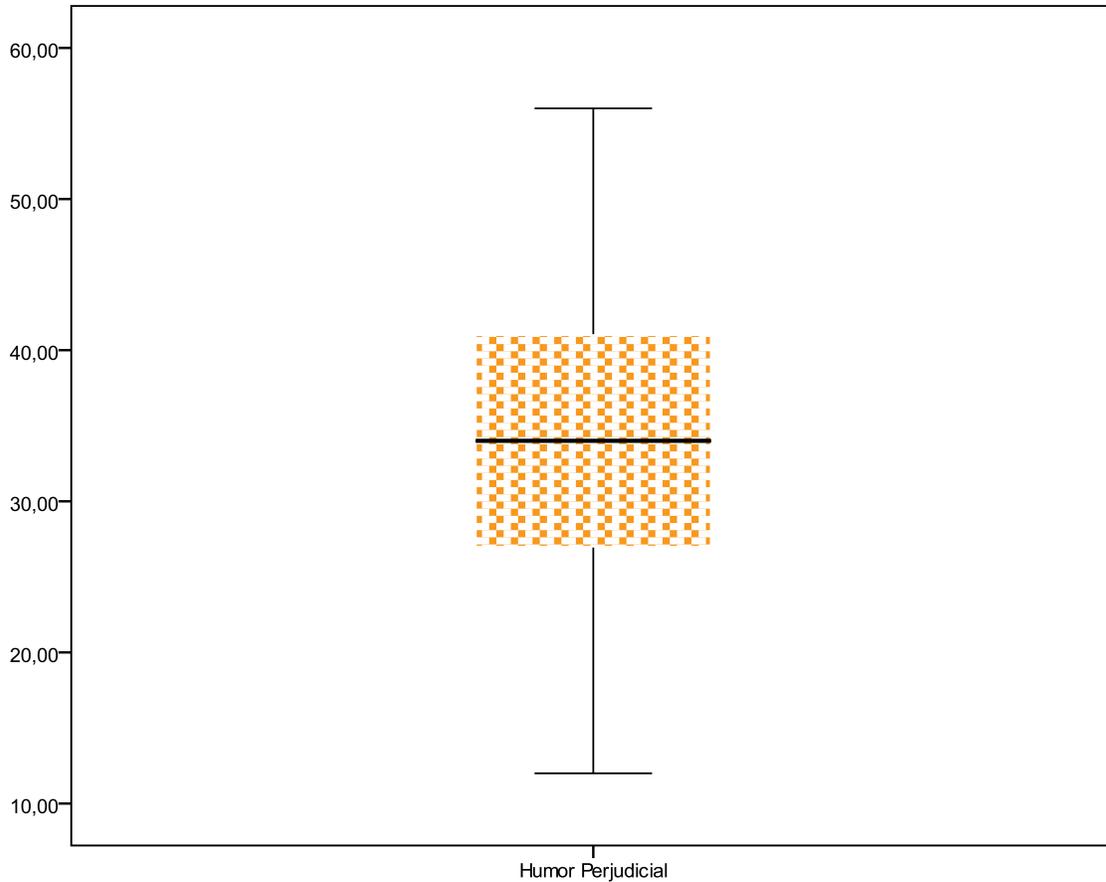
*Figura 8.* Gráfica de caja y bigote de la distribución de la dimensión disfunción social (salud psicológica).

En lo que respecta a la variable **humor beneficioso**, hubo una puntuación mínima de 16 y un máximo de 70, con unas media aritmética de 49.3217; contando con una asimetría negativa ( $As = -0.368$ ) lo cual evidencia que la mayoría de las puntuaciones obtenidas por la muestra se agrupan en rangos altos de la escala. La forma de la distribución es leptocúrtica ( $Ku = 0.706$ ) y finalmente se trata de una distribución homogénea en los puntajes ( $CV = 19.32\%$ ) evidenciando que los profesionales de enfermería no muestran variabilidad en cuanto al humor beneficioso (ver figura 9).



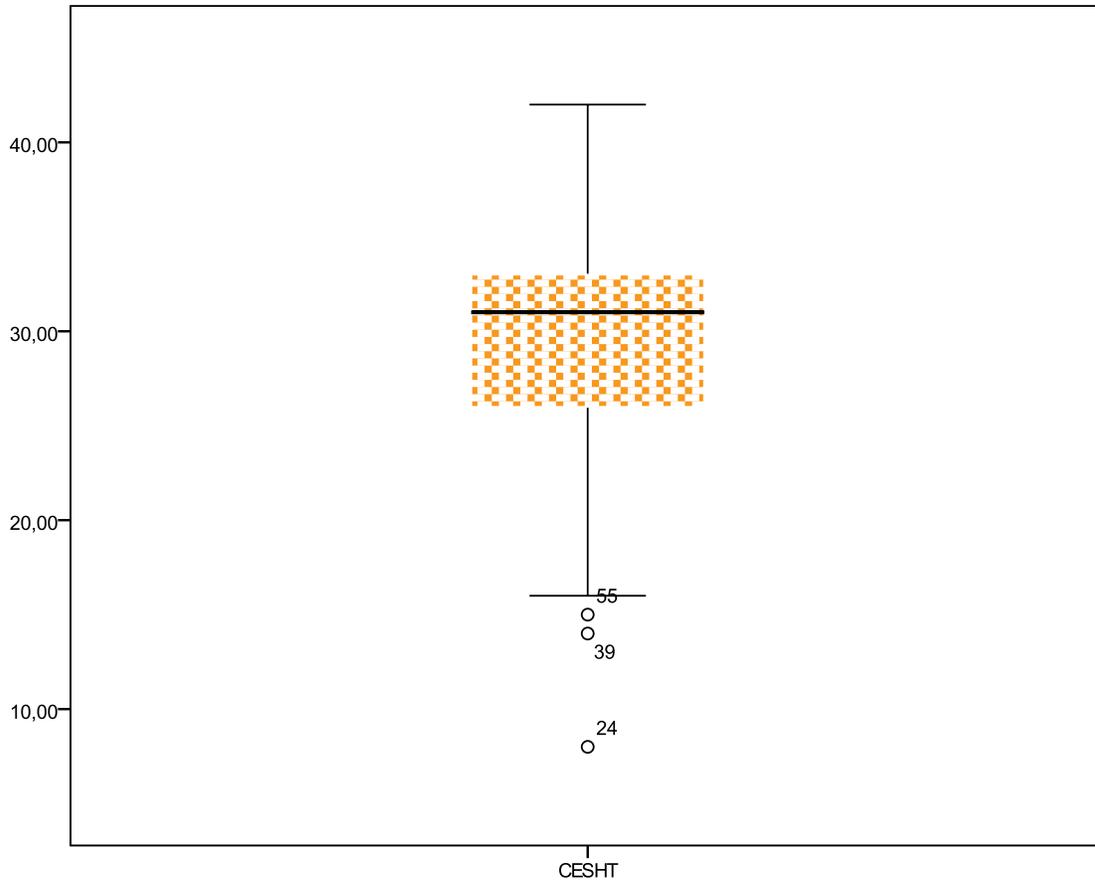
*Figura 9.* Gráfica de caja y bigote de la distribución de la variable humor beneficioso

En cuanto a la variable **humor perjudicial**, la puntuación mínima fue 12 y la máxima 56, con una media aritmética de 34.5690; con una asimetría positiva ( $As= 0.003$ ) lo cual, refleja que la mayoría de las puntuaciones obtenidas por los encuestados son moderadas bajas. De igual forma, la distribución se caracteriza por una forma leptocúrtica ( $Ku= -0.328$ ) y finalmente cuenta con una moderada variabilidad en los puntajes ( $CV= 28.06\%$ ) evidenciando que la nuestra en general posee una moderada variabilidad en la manifestación de lo denominado como humor perjudicial (ver figura 10).



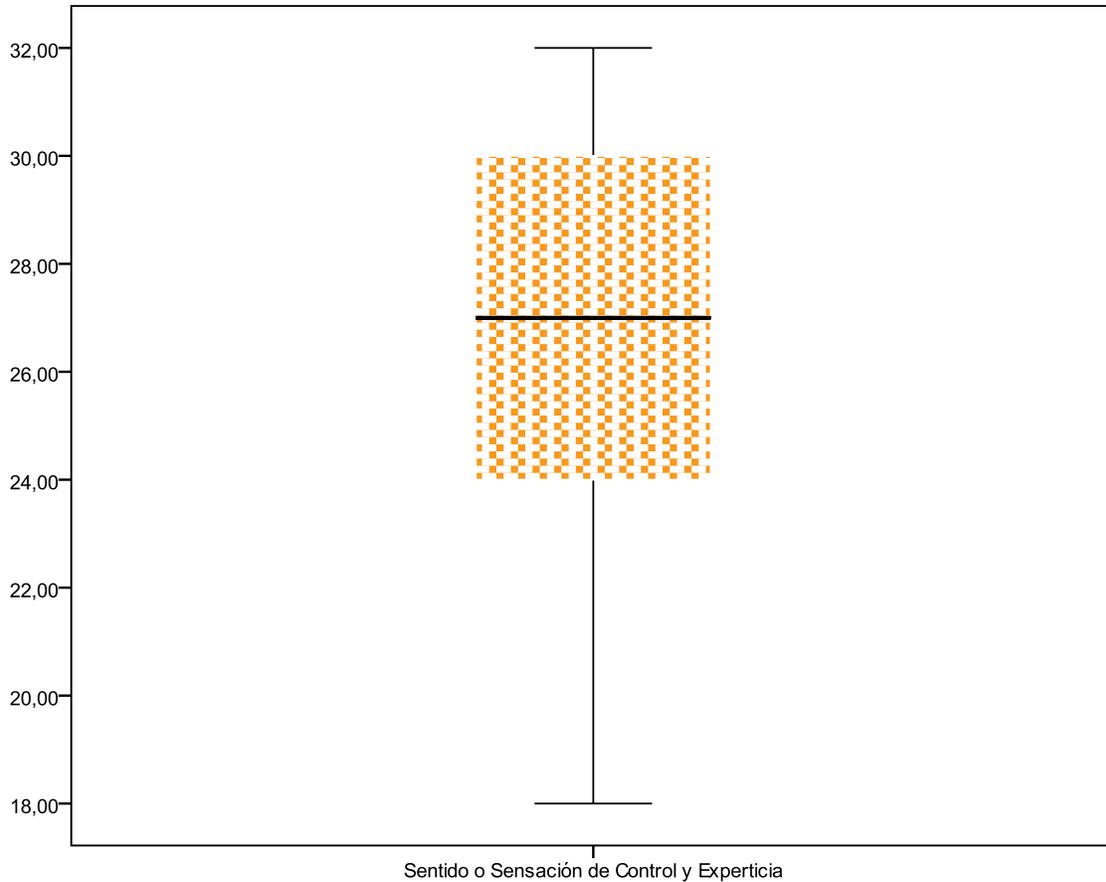
*Figura 10.* Gráfica de caja y bigote de la distribución de la variable humor perjudicial

En lo que respecta a la variable **humor como estrategia para enfrentar el estrés**, se halló que los profesionales de enfermería encuestados respondieron a una puntuación mínima de 8 y un máximo de 42, con una media aritmética de 29.5214 y una asimetría negativa ( $As = -0.792$ ) lo cual evidencia que la mayoría de las puntuaciones obtenidas por la muestra se agrupan en los rangos moderados altos de la escala. La forma de la distribución es leptocúrtica ( $Ku = 0.617$ ) y finalmente se trata de una distribución adecuada en los puntajes ( $CV = 21.61\%$ ) evidenciando que la muestra posee una variabilidad moderada (ver figura 11).



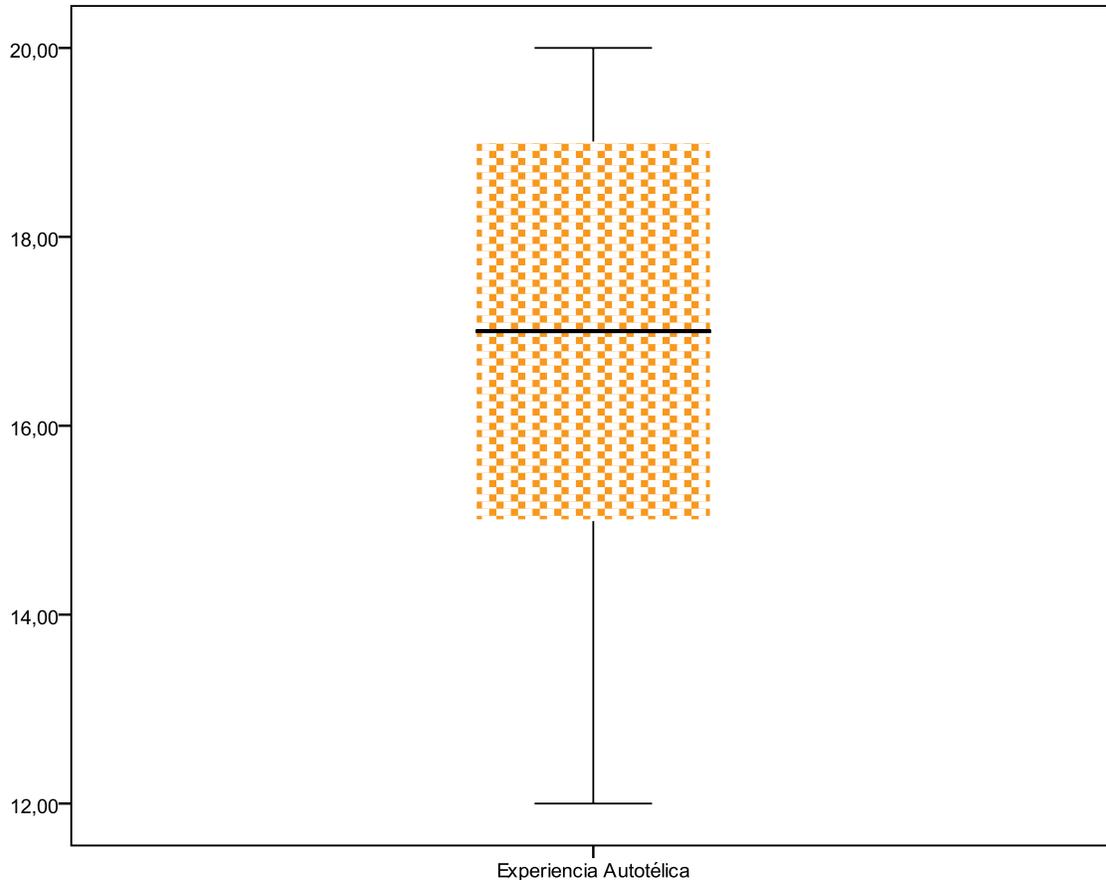
*Figura 11.* Gráfica de caja y bigote de la distribución de la variable humor como estrategia para enfrentar el estrés.

En cuanto a la dimensión **sentido o sensación de control y experticia** de la variable **disposición a fluir en el trabajo**, contó con una puntuación mínima de 18 y una máxima de 32, con una media aritmética de 27; se muestra como una distribución negativamente asimétrica ( $As=-0.354$ ) lo cual evidencia que las puntuaciones obtenidas por los encuestados se agrupan en los valores altos de la escala. La distribución es leptocúrtica ( $Ku= -0.690$ ) y finalmente se muestra homogeneidad en los puntajes ( $CV=13.77\%$ ) reflejando que en general los sujetos encuestados no manifiestan variabilidad en la sensación de control y experticia reportada (ver figura 12).



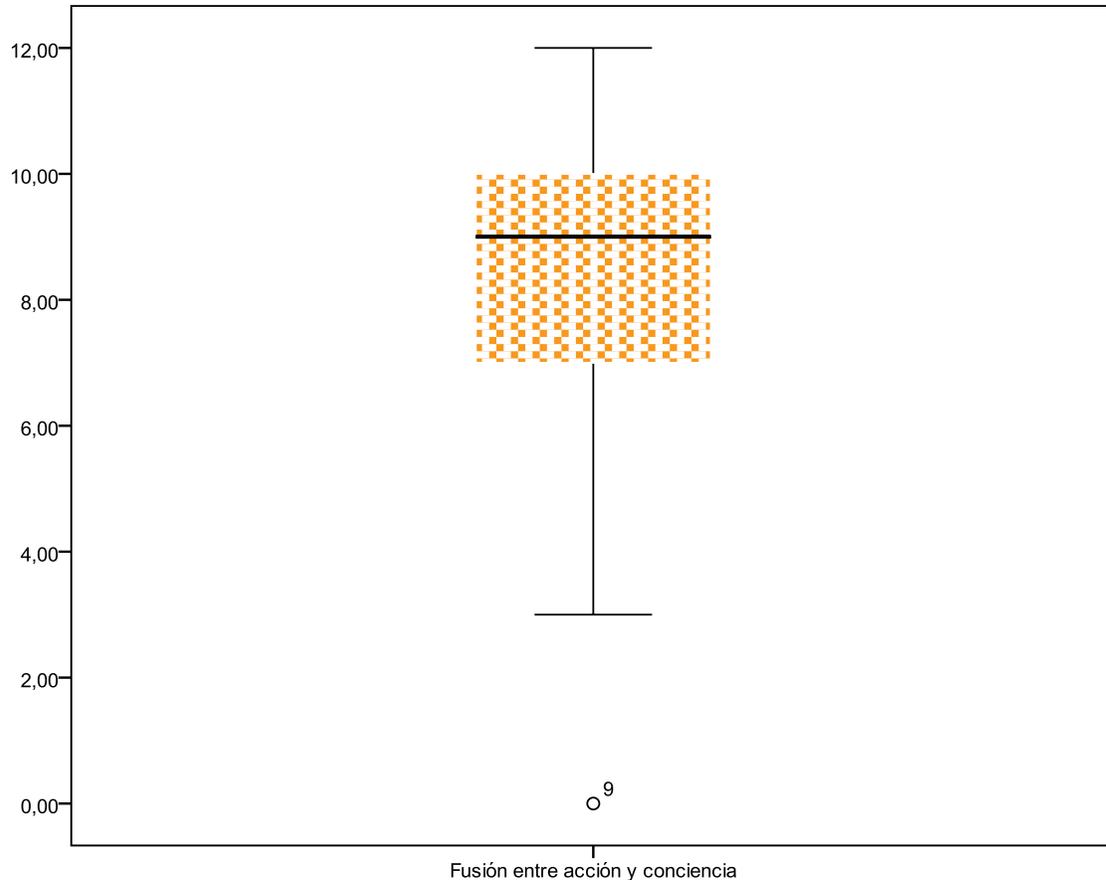
*Figura 12.* Gráfica de caja y bigote de la distribución de la dimensión sentido o sensación de control y experticia (disposición a fluir en el trabajo).

En relación a la dimensión **experiencia autotélica** de la variable **disposición a fluir en el trabajo**, contó con una puntuación mínima de 12 y una máxima de 20, con una media aritmética de 17.1468 y una asimetría negativa ( $As=-0.392$ ) lo cual evidencia que las puntuaciones obtenidas en la muestra son altas. Por otro lado la distribución se caracteriza por una forma leptocúrtica ( $Ku= -0.705$ ) y finalmente la distribución mostró ser homogénea en los puntajes ( $CV=12.64\%$ ) evidenciando que la muestra no varía en los puntajes de experiencia autotélica (ver figura 13).



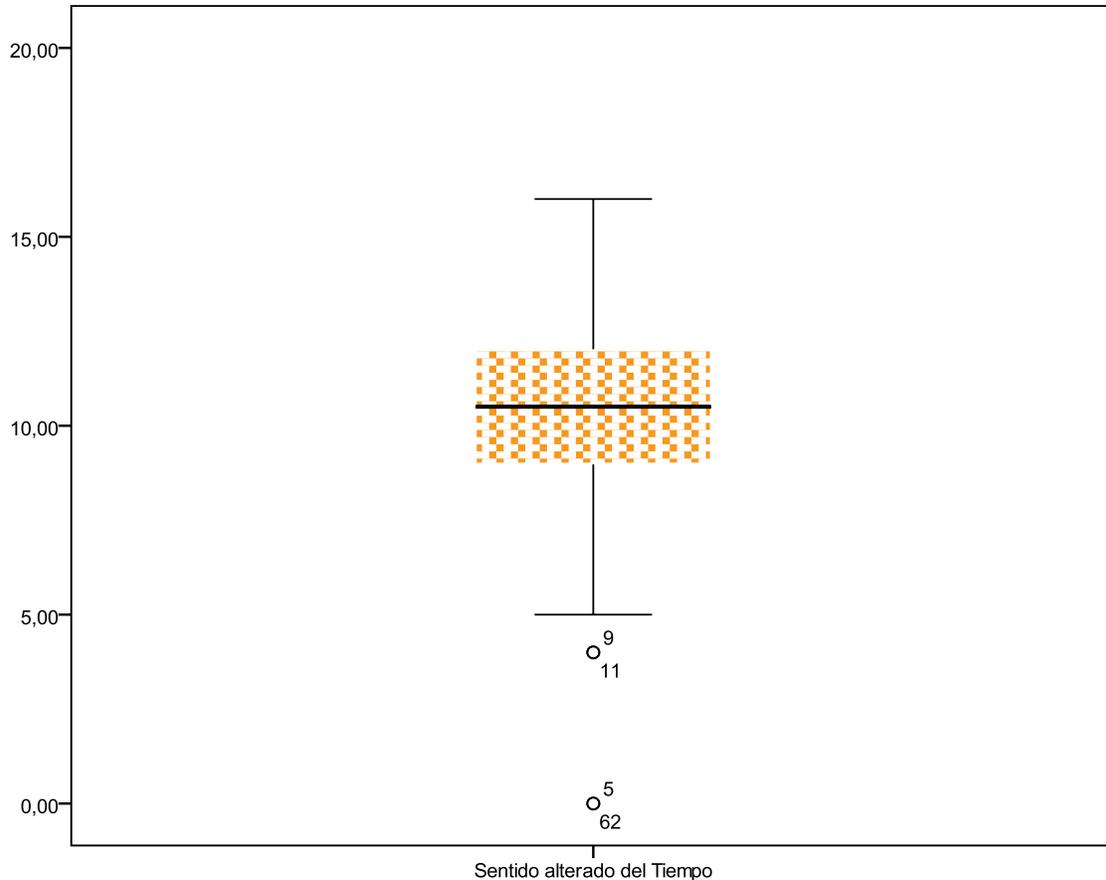
*Figura 13.* Gráfica de caja y bigote de la distribución de la dimensión experiencia autotélica (disposición a fluir en el trabajo).

En relación a la dimensión **fusión entre acción y conciencia** de la variable **disposición a fluir en el trabajo**, hubo una puntuación mínima de 0 y una máximo de 12, con una media aritmética de 8.4220; contando con una distribución negativamente asimétrica ( $As = -0.750$ ) lo cual evidencia que la mayoría de las puntuaciones obtenidas por los encuestados se agrupan en los valores altos de la escala. La distribución tiene una forma mesocúrtica ( $Ku = -0.190$ ) y finalmente cuenta con una variabilidad adecuada en los puntajes ( $CV = 33.59\%$ ) evidenciando que la muestra en general manifiesta una moderada variabilidad en los valores obtenidos (ver figura 14).



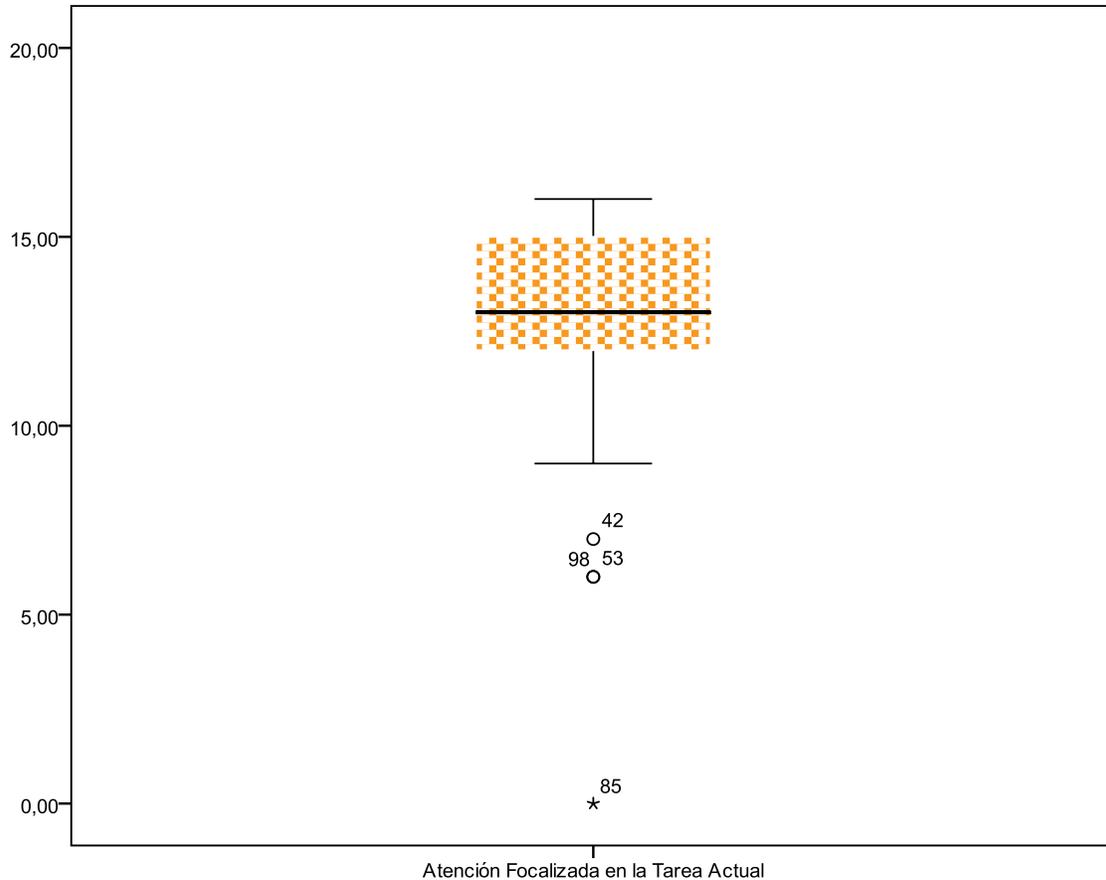
*Figura 14.* Gráfica de caja y bigote de la distribución de la dimensión fusión entre acción y conciencia (disposición a fluir en el trabajo).

En relación a la dimensión **sentido alterado del tiempo** de la variable **disposición a fluir en el trabajo**, hubo una puntuación mínima de 0 y un máximo de 16, con una media aritmética de 10.3491; contando con una distribución negativamente asimétrica ( $As = -0.719$ ) lo cual evidencia que la mayoría de las puntuaciones obtenidas por la muestra se agrupan en los valores moderados de la escala. De igual forma, la distribución posee una forma leptocúrtica ( $Ku = 1.033$ ) y finalmente cuenta con una adecuada variabilidad en los puntajes ( $CV = 29.82\%$ ) evidenciando que la muestra en general manifiesta una moderada variación en cuanto al sentido alterado del tiempo (ver figura 15).



*Figura 15.* Gráfica de caja y bigote de la distribución de la dimensión sentido alterado del tiempo (disposición a fluir en el trabajo).

En cuanto a la dimensión **atención focalizada en la tarea actual** de la variable **dimensión a fluir en el trabajo**, se obtuvo una puntuación mínima de 0 y un máximo de 16, con una media aritmética de 13.0545; contando con una asimetría negativa ( $As = -1.886$ ) lo cual evidencia que la mayoría de las puntuaciones obtenidas por la muestra se agrupan en los valores moderados altos de la escala. La distribución se caracteriza por una forma leptocúrtica ( $Ku = 7.186$ ) y finalmente la distribución se muestra homogénea en los puntajes ( $CV = 18.73\%$ ) evidenciando que la muestra presenta poca variabilidad en los puntajes obtenidos (ver figura 16).



*Figura 16.* Gráfica de caja y bigote de la distribución de la atención focalizada en la tarea actual (disposición a fluir en el trabajo).

### *Análisis de Ruta*

Con el objeto de verificar los supuestos 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 de la variable salud mental, 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 0 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 .65 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 .05.

Los hallazgos encontrados evidencian que la variable **salud física**, presenta una correlación múltiple moderada, correlaciona significativamente ( $R = .433$ ) con la combinación lineal de las variables humor beneficioso, humor perjudicial, las dimensiones de disposición de fluir en el trabajo (sentido o sensación de control y experticia, experiencia autotélica, fusión entre acción y conciencia, sentido alterado del tiempo y atención focalizada en la tarea actual), el uso del humor como estrategia de enfrentamiento de situaciones estresantes, sexo y turno laboral (diurno, nocturno). Por su parte, el coeficiente de determinación ajustado fue de 0.056, lo cual indica que el modelo planteado explica el 5.6% de la varianza total de la salud física de forma significativa ( $F = 1.928$ ;  $gl = 10/62$ ;  $R^2_{adj} = .056$ ;  $p = .013$ ).

Al analizar el efecto de cada una de las variables sobre la salud física, observando los coeficientes betas, se observa que la dimensión experiencia autotélica es la única variable que guarda una correlación negativa moderada baja y significativa con la salud física ( $\beta = -.396$ ;  $p = .024$ ). Se puede apreciar que el resto de las variables que forman parte del modelo no presentaron un efecto

estadísticamente significativo sobre la salud física; por tanto, se puede establecer que los licenciados en enfermería que tengan una alta satisfacción intrínseca producto del desempeño de su rol laboral van a tender a percibir una peor salud física (ver tabla 2).

Tabla 2.  
*Coefficientes de regresión y su significancia para la salud física*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
1 (Constante)	20,019	10,096		1,983	,052
Humor Beneficioso	-,228	,133	-,228	-1,710	,092
Humor Perjudicial	,133	,128	,144	1,042	,301
Sentido o Sensación de Control y Experticia	,234	,448	,100	,522	,603
Experiencia Autotélica	-1,521	,655	-,396	-2,323	,024
Fusión entre acción y conciencia	,267	,432	,094	,618	,539
Sentido alterado del Tiempo	,025	,365	,009	,070	,945
Atención Focalizada en la Tarea Actual	,894	,707	,225	1,265	,211
CESHT	,005	,168	,004	,029	,977
Sexo	4,092	2,951	,171	1,387	,171
Turno Laboral	2,416	2,031	,145	1,190	,239

a. Variable dependiente: Salud Física

En lo que respecta a la dimensión **síntomas somáticos y ansiedad**, que constituye la primera dimensión de la variable **salud psicológica**, se obtuvo de la combinación lineal de las variables humor beneficioso, humor perjudicial, las dimensiones de disposición de fluir en el trabajo (sentido o sensación de control y experticia, experiencia autotélica, fusión entre acción y conciencia, sentido alterado del tiempo y atención focalizada en la tarea actual), el uso del humor como estrategia de enfrentamiento de situaciones estresantes, sexo y turno laboral (diurno, nocturno) presentan un grado de asociación moderada y significativa con esta dimensión ( $R = .452$ ). Por su parte, el coeficiente de determinación ajustado fue de 0.085, lo cual indica que el modelo planteado explica el 8.5% de la varianza total de la dimensión síntomas somáticos y ansiedad de forma significativa ( $F = 2.018$ ;  $gl = 10/67$ ;  $R^2_{adj} = .085$ ;  $p = .010$ ).

Tomando todo esto en consideración se observa que la dimensión de experiencia autotélica es la que mejor explica la dimensión síntomas somáticos y ansiedad, correlacionando de forma moderada baja, negativa y significativa ( $\beta = -.398$ ;  $p = .024$ ). Seguidamente, el humor beneficioso se asocia de forma baja negativa y significativa ( $\beta = -.288$ ;  $p = .035$ ).

Estos resultados indican que los empleados con una alta satisfacción intrínseca producto del desempeño de su rol laboral, que además tengan una alta tendencia de decir cosas divertidas para divertir a las otras personas, así como también, una alta tendencia a mantener una perspectiva humorística aunque esta no sea compartida con otros, tienden a presentar menores síntomas somáticos y ansiedad (ver tabla 3).

Tabla 3.

*Coefficientes de regresión y su significancia para la dimensión síntomas somáticos y ansiedad (salud psicológica)*

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	15,758	5,339		2,952	,004
	Humor Beneficioso	-,162	,075	-,288	-2,142	,036
	Humor Perjudicial	,042	,072	,078	,583	,562
	Sentido o Sensación de Control y Experticia	,083	,267	,060	,312	,756
	Experiencia Autotélica	-,911	,396	-,398	-2,304	,024
	Fusión entre acción y conciencia	,221	,248	,125	,894	,375
	Sentido alterado del Tiempo	,026	,204	,017	,128	,899
	Atención Focalizada en la Tarea Actual	,480	,418	,197	1,148	,255
	CESHT	-,007	,099	-,009	-,069	,945
	Sexo	1,784	1,768	,118	1,009	,316
	Turno Laboral	1,806	1,215	,175	1,486	,142

a. Variable dependiente: Síntomas Somáticos y Ansiedad

Por su parte, la segunda dimensión de la variable **salud psicológica**, **depresión**, obtuvo un coeficiente correlación múltiple y moderada con la combinación lineal de las variables humor beneficioso, humor perjudicial, las dimensiones de disposición de fluir en el trabajo (sentido o sensación de control y

experticia, experiencia autotélica, fusión entre acción y conciencia, sentido alterado del tiempo y atención focalizada en la tarea actual), el uso del humor como estrategia de enfrentamiento de situaciones estresantes, sexo y turno laboral (diurno, nocturno), presentan un grado de asociación moderada y significativa con esta dimensión ( $R = .456$ ). Por su parte, el coeficiente de determinación ajustado fue de .094, lo cual indica que el modelo planteado explica el 9.4% de la varianza total de la dimensión depresión de forma significativa ( $F = 2.099$ ;  $gl = 10/69$ ;  $R^2_{adj} = .094$ ;  $p = .008$ ).

Se halló que la dimensión experiencia autotélica es la única variable que guarda una correlación moderada, negativa y significativa con la dimensión de depresión ( $\beta = -.563$ ;  $p = .001$ ). Se puede apreciar que el resto de las variables que forman parte del modelo no presentaron un efecto estadísticamente significativo sobre la dimensión depresión; por tanto, se puede establecer que los licenciados en enfermería que tengan una alta satisfacción intrínseca producto del desempeño de su rol laboral van a tender a mostrar un menor síntoma de depresión como lo son la desesperanza y la sensación de vacío (ver tabla 4).

Tabla 4.

*Coefficientes de regresión y su significancia para la depresión (salud psicológica)*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
1 (Constante)	7,108	1,115		6,372	,000
Humor Beneficioso	-,014	,016	-,113	-,871	,387
Humor Perjudicial	,026	,015	,218	1,676	,098
Sentido o Sensación de Control y Experticia	,076	,055	,257	1,377	,173
Experiencia Autotélica	-,275	,083	-,563	-3,326	,001
Fusión entre acción y conciencia	,020	,052	,052	,381	,704
Sentido alterado del Tiempo	,053	,043	,158	1,244	,218
Atención Focalizada en la Tarea Actual	,121	,086	,235	1,411	,163
CESHT	,017	,021	,103	,829	,410
Sexo	-,118	,371	-,037	-,318	,751
Turno Laboral	-,065	,247	-,030	-,262	,794

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	7,108	1,115		
	Humor Beneficioso	-,014	,016	-,113	,387
	Humor Perjudicial	,026	,015	,218	,098
	Sentido o Sensación de Control y Experticia	,076	,055	,257	,173
	Experiencia Autotélica	-,275	,083	-,563	,001
	Fusión entre acción y conciencia	,020	,052	,052	,704
	Sentido alterado del Tiempo	,053	,043	,158	,218
	Atención Focalizada en la Tarea Actual	,121	,086	,235	,163
	CESHT	,017	,021	,103	,410
	Sexo	-,118	,371	-,037	,751
	Turno Laboral	-,065	,247	-,030	,794

a. Variable dependiente: Depresión Grave

En lo referente a la dimensión **disfunción social**, de la variable **salud psicológica**, se presentó una correlación moderada y significativa con la combinación lineal de las variables humor beneficioso, humor perjudicial, las dimensiones de disposición de fluir en el trabajo (sentido o sensación de control y experticia, experiencia autotélica, fusión entre acción y conciencia, sentido alterado del tiempo y atención focalizada en la tarea actual), el uso del humor como estrategia de enfrentamiento de situaciones estresantes, sexo y turno laboral (diurno, nocturno), presentan un grado de asociación moderada y significativa con esta dimensión ( $R = .551$ ). Por su parte, el coeficiente de determinación ajustado fue de .198, lo cual indica que el modelo planteado explica el 19.8% de la varianza total de la dimensión disfunción social de forma significativa ( $F = 2.879$ ;  $gl = 10/66$ ;  $R^2_{adj} = .198$ ;  $p = .005$ ).

En este sentido se encontró que la variable humor beneficioso es la única variable que guarda una correlación moderada baja, negativa y significativa con la dimensión disfunción ( $\beta = -.275$ ;  $p = .035$ ). Por tanto, se puede establecer que los licenciados en enfermería que tengan una baja tendencia de decir cosas divertidas para divertir a las otras personas, así como también una baja tendencia a

mantener una perspectiva humorística aunque esta no sea compartida con otros, se encuentra asociada con la inadaptación social y una incapacidad para hacer y disfrutar las actividades diarias (ver tabla 5).

Tabla 5.

*Coefficientes de regresión y su significancia para la dimensión disfunción social (salud psicológica)*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
1 (Constante)	30,323	3,406		8,904	,000
Humor Beneficioso	-,106	,049	-,275	-2,154	,035
Humor Perjudicial	,024	,048	,065	,504	,616
Sentido o Sensación de Control y Experticia	-,053	,168	-,056	-,315	,753
Experiencia Autotélica	-,384	,252	-,247	-1,524	,132
Fusión entre acción y conciencia	-,015	,159	-,013	-,097	,923
Sentido alterado del Tiempo	-,081	,129	-,076	-,628	,532
Atención Focalizada en la Tarea Actual	-,317	,262	-,193	-1,210	,230
CESHT	,098	,063	,185	1,544	,127
Sexo	,523	1,127	,051	,464	,644
Turno Laboral	-,490	,770	-,070	-,637	,527

a. Variable dependiente: Disfunción Social

En cuanto al **humor beneficioso**, se observó que esta variable no correlaciona significativamente ( $R = .61$ ) con la combinación lineal de la variable sexo ( $F = 3.024$ ;  $gl = 1/113$ ;  $p = .085$ ) (ver tabla 6).

Tabla 6.

*Coefficientes de regresión y su significancia para la variable humor beneficioso*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
1 (Constante)	44,833	2,727		16,440	,000
Sexo	5,011	2,882	,161	1,739	,085

a. Variable dependiente: Humor Beneficioso

De igual forma, se observó que la variable **humor perjudicial** no correlaciona significativamente ( $R=.096$ ), con la combinación lineal de la variable sexo ( $F= 1.065$ ;  $gl= 1/114$ ;  $p= .304$ ) (ver tabla 7).

Tabla 7.

*Coefficientes de regresión y su significancia para la variable humor perjudicial*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
1 (Constante)	31,833	2,800		11,371	,000
Sexo	3,051	2,957	,096	1,032	,304

a. Variable dependiente: Humor Perjudicial

En cuanto a la dimensión **sentido o sensación de control y experticia** de la variable **disposición a fluir en el trabajo**, se observó que no correlacionan significativamente ( $R= .138$ ), con la combinación lineal de las variables turno labora (diurno, nocturno), humor como estrategia para enfrentar en estrés y sexo ( $F= 0.604$ ;  $gl= 3/94$ ;  $p= .614$ ) (ver tabla 8).

Tabla 8.

*Coefficientes de regresión y su significancia para la dimensión sentido o sensación de control y experticia (disposición a fluir en el trabajo)*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
1 (CONSTANTE)	26,162	2,132		12,272	,000
CESHT	,044	,062	,073	,714	,477
Sexo	-,830	1,222	-,071	-,679	,499
Turno Laboral	,596	,787	,079	,758	,450

a. Variable dependiente: Sentido o Sensación de Control y Experticia

Por su parte, la dimensión **experiencia autotélica** de la variable **disposición a fluir en el trabajo**, con la combinación lineal de las variables uso del humor como estrategia de enfrentamiento de situaciones estresantes, sexo y turno laboral (diurno nocturno), presentan un grado de asociación moderada baja y significativa con esta dimensión ( $R= .288$ ). Por su parte, el coeficiente de determinación ajustado fue de .056 lo cual indica que el modelo planteado explica

el 5.6% de la varianza total de la dimensión experiencia autotélica de forma significativa ( $F= 3.082$ ;  $gl= 3/102$ ;  $R^2_{adj}= .056$ ;  $p= .031$ ).

Tomando esto en consideración, se observa que la variable uso del humor como estrategia de enfrentamiento de situaciones estresantes, es la única variable que guarda una correlación moderada baja y significativa con la dimensión experiencia autotélica ( $\beta= .263$ ;  $p =.008$ ). Por tanto, se puede establecer que los licenciados de enfermería que utilicen con mayor frecuencia el humor como estrategia para enfrentar las situaciones estresantes, van a reportar mayor satisfacción intrínseca cuando desempeñan su rol laboral (ver tabla 9).

Tabla 9.

*Coefficientes de regresión y su significancia para la dimensión experiencia autotélica (disposición a fluir en el trabajo)*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
1 (Constante)	14,662	1,087		13,490	,000
CESHT	,089	,033	,263	2,712	,008
Sexo	-,376	,659	-,055	-,571	,569
Turno Laboral	,346	,427	,079	,811	,419

a. Variable dependiente: Experiencia Autotélica

Con respecto a la dimensión **fusión entre acción y conciencia** de la variable **disposición a fluir en el trabajo**, con la combinación lineal de las variables uso del humor como estrategia de enfrentamiento de situaciones estresantes, sexo y turno laboral (diurno nocturno), presentan un grado de asociación moderada baja y significativa con esta dimensión ( $R= .255$ ). Por su parte, el coeficiente de determinación ajustado fue de .038 lo cual indica que el modelo planteado explica el 3.8% de la varianza total de la dimensión fusión entre acción y conciencia de forma significativa ( $F= 2.097$ ;  $gl= 3/104$ ;  $R^2_{adj}= .038$ ;  $p= .008$ ).

Al analizar el efecto de cada una de las variables sobre la dimensión fusión entre acción y conciencia, observando los coeficientes Beta, se tiene que la variable que mejor predice esta dimensión es la variables humor como estrategia

para enfrentar el estrés, correlacionando de forma moderada baja y significativa ( $\beta = .203$ ;  $p = .039$ ). Seguidamente, el turno laboral se asocia de forma inversa y significativa ( $\beta = -.192$ ;  $p = .05$ ).

Se puede apreciar que el resto de las variables que forman parte del modelo no presentaron un efecto estadísticamente significativo sobre la dimensión fusión entre acción y conciencia. Por tanto, se puede establecer que las personas que trabajan en el turno diurno y que utilizan con mayor frecuencia el humor como estrategia para enfrentar las situaciones estresantes van a reportar menor sensación de automatización que tienen sobre la ejecución del trabajo (ver tabla 10).

Tabla 10.

*Coefficientes de regresión y su significancia para la dimensión fusión entre acción y conciencia (disposición a fluir en el trabajo)*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
1 (Constante)	4,651	,915		5,084	,000
CESHT	,058	,028	,203	2,095	,039
Sexo	-,128	,556	-,022	-,230	,819
Turno Laboral	-,709	,357	-,192	-1,986	,050

a. Variable dependiente: Fusión entre acción y conciencia

En cuanto a la dimensión **sentido alterado del tiempo**, de la variable **disposición a fluir en el trabajo**, se observó que no correlaciona significativamente ( $R = .165$ ), con la combinación lineal de las variables turno laboral (diurno, nocturno), humor como estrategia para enfrentar el estrés y sexo ( $F = 0.925$ ;  $gl = 3/99$ ;  $p = .432$ ) (ver tabla 11).

Tabla 11.

*Coefficientes de regresión y su significancia para la dimensión sentido alterado del tiempo (disposición a fluir en el trabajo)*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
1 (Constante)	7,700	1,633		4,716	,000
CESHT	,055	,049	,113	1,118	,266
Sexo	,981	1,007	,098	,974	,332
Turno Laboral	,279	,643	,044	,434	,665

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
1 (Constante)	7,700	1,633		4,716	,000
CESHT	,055	,049	,113	1,118	,266
Sexo	,981	1,007	,098	,974	,332
Turno Laboral	,279	,643	,044	,434	,665

a. Variable dependiente: Sentido alterado del Tiempo

De igual forma, con respecto a la dimensión **atención focalizada en la tarea actual** de la variable **disposición a fluir en el trabajo**, se observó que no correlaciona significativamente ( $R = .240$ ), con la combinación lineal de las variables turno laboral (diurno, nocturno), humor como estrategia para enfrentar el estrés y sexo ( $F = 2.090$ ;  $gl = 3/103$ ;  $p = .106$ ) (ver tabla 12).

Tabla 12.

*Coeficientes de regresión y su significancia para la dimensión atención focalizada en la tarea actual (disposición a fluir en el trabajo)*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
1 (Constante)	13,087	1,244		10,517	,000
CESHT	,018	,037	,046	,474	,636
Sexo	-1,039	,754	-,134	-1,378	,171
Turno Laboral	,872	,486	,175	1,794	,076

a. Variable dependiente: Atención Focalizada en la Tarea Actual

Finalmente, se realizó un análisis adicional para la variable **humor como estrategia para enfrentar el estrés** y se observó que no correlaciona significativamente ( $R = .099$ ), con la combinación lineal de las variables sexo ( $F = 1.130$ ;  $gl = 1/115$ ;  $p = .290$ ) (ver tabla 13).

Tabla 13.

*Coeficientes de regresión y su significancia para la variable humor como estrategia para enfrentar el estrés*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		

1	(Constante)	27,667	1,841		15,025	,000
	Sexo	2,067	1,944	,099	1,063	,290

a. Variable dependiente: CESHT

A partir de los resultados obtenidos en la presente investigación, se puede evidenciar que el sexo parecieran no tener relación con ninguna de las variables estudiadas. Mientras que la salud física de los profesionales de enfermería se encuentra influida directamente por la experiencia autotélica, en tanto que los empleados que poseen una moderada satisfacción intrínseca producto del desempeño de su rol laboral van a percibir una peor salud física.

De igual forma, la salud mental está influida directamente por la experiencia autotélica y el uso moderado del estilo de humor beneficiosos, siendo los profesionales de enfermería que utilicen moderadamente el estilo de humor beneficioso y tengan una moderada experiencia autotélica en el trabajo van a percibir mejor salud psicológica. Adicionalmente, la salud física y mental percibida está influida indirectamente por el uso del humor como estrategia para enfrentar el estrés (ver figura 17).

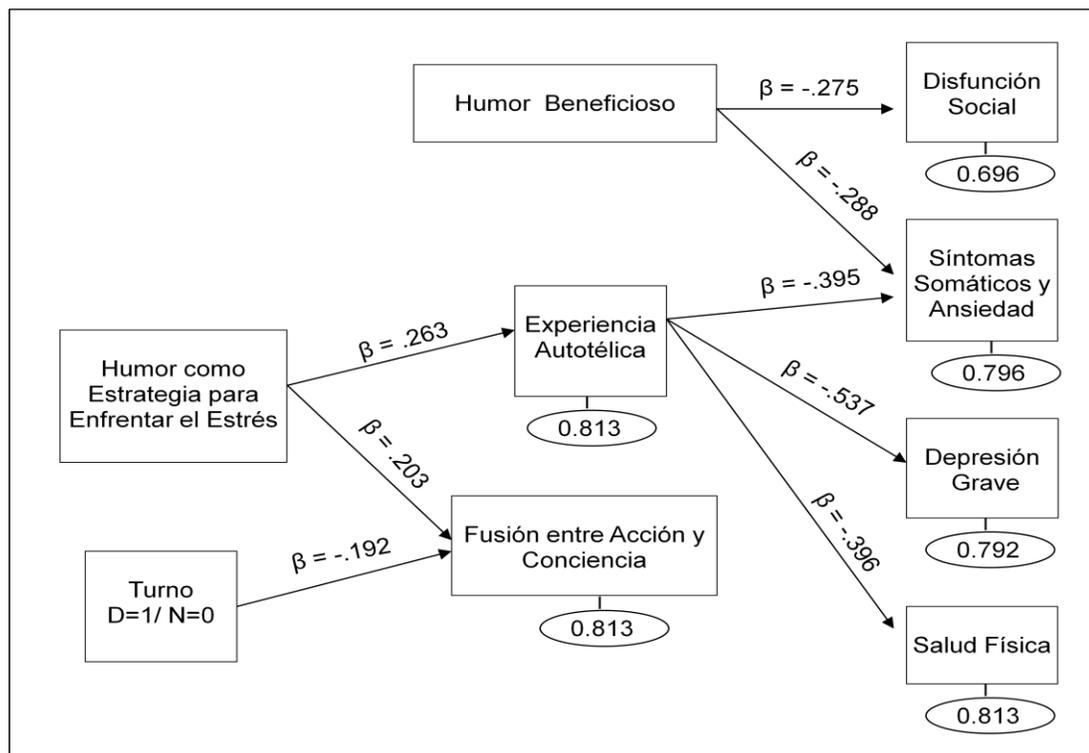


Figura 17. Diagrama de ruta resultante

## Discusión de Resultados

La presente Investigación, enmarcada dentro de la Psicología de la Salud Ocupacional Positiva, tuvo como objetivo explicar de qué forma la salud física y mental en los Licenciados de Enfermería que laboran en el Centro de Especialidades Anzoátegui son influenciadas por el estilo de humor, el uso del humor como estrategia de enfrentamiento de una situación estresantes, la disposición de fluir en el trabajo, el turno laboral y el sexo, así como, las relaciones entre estas variables.

Al estudiar la variable salud física, se pudo observar 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 enfermeros, tales como, el estudio realizado por Ribera, Cartagena, Reig, Romá, Sans y Caruana (1993) en la Provincia de Alicante, España, donde encontraron que la valoración del propio estado de salud físico en una muestra de 748 personas que laboran como enfermeros durante el último año, es mayormente buena o muy buena. De igual forma, Leguizamón y Gómez (2002) realizaron un estudio con 91 enfermeras que laboran en Santafé de Bogota, Colombia, en la cual encontraron que la enfermeras presentaron indicadores de salud cardiovascular (triglicéridos, colesterol total, presión diastólica, presión sistólica) dentro de los límites normales.

Asimismo, Blanco (2004) estudió la salud percibida de 54 enfermeras instrumentistas que laboran en el área Metropolitana de Caracas-Venezuela, en el cual halló que más de la mitad de la muestra reportó tener una percepción de salud buena y de poseer un estado de salud igual al de hace dos años. También, Blanco y La Rosa (2009) en un estudio en el cual participaron 300 Lic. en enfermería encontraron que los enfermeros de centros hospitalarios del área Metropolitana de Caracas, Venezuela tienden a manifestar tener una buena salud física.

Por otra parte, al analizar la variable 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 síntomas somáticos y ansiedad, un nivel muy bajo de depresión y moderadamente bajo de disfunción social.

Estos estudios son congruentes con otros estudios, en los que participaron profesionales de la salud, por ejemplo, Núñez, Almeida, Czernik y Almirón (2007) investigaron a 23 personas que realizaba guardias activas en un Servicio Hospitalario de Emergencias de derivación provincial de la ciudad de Corrientes, Argentina, encontrando una tendencia de niveles bajos en síntomas somáticos, disfunción social y ansiedad y disforia, mientras que depresión grave obtuvo puntajes muy bajos.

De igual forma, Ríos y Godoy (2008), realizaron un estudio con 55 personas que laboraban en el área de enfermería del Servicio de Urgencias del Hospital Morales Meseguer de Murcia, España, encontrando bajos niveles de síntomas somáticos y ansiedad, disfunción social y síntomas depresivos.

Asimismo, en el estudio de Blanco y La Rosa (2009) encontraron que los enfermeros de centros hospitalarios del área Metropolitana de Caracas, Venezuela, reportaron tener bajos síntomas somáticos y ansiedad, baja disfunción social, así como, poco o ningún síntoma de depresión. También, Rodríguez, Feldman, Blanco y Díaz (2011), realizaron un estudio en el cual participaron 339 profesionales de la salud del área de la rehabilitación (terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas) que laboran en el Distrito Capital de Venezuela, y obtuvieron una tendencia baja en el reporte de síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción y depresión.

El estado de salud psicológica presentado en las muestras de las investigaciones citadas anteriormente, incluyendo de la presente investigación pueden ser explicadas por lo establecido por Bensaid y Dejours (1994), quienes expresan que el trabajo tiene un carácter promotor y protector de la salud mental; esto no depende solamente del beneficio económico que aporta el trabajo, sino también porque es estructurante de la personalidad, favorece los intercambios sociales, crea lazos que sirven de soporte en situaciones de crisis, lo cual representa un factor protector de la salud, específicamente, para trastornos psicológicos como los evaluados en el presente estudio.

En cuanto a la variable humor beneficioso y perjudicial, se halló que los licenciados de enfermería que participaron en este estudio presentan niveles altos de humor beneficioso y niveles moderados altos de humor perjudicial. Estos resultados son congruentes con otros estudios, que a pesar de no emplear una muestra similar, se realizan en poblaciones trabajadoras venezolanas, por ejemplo, en la investigación de D'Anello (2008) en una muestra conformada por 406 médicos de la ciudad de Mérida, Venezuela, los cuales reportaron tener altos niveles de humor adaptativo y niveles moderados de humor perjudicial.

Asimismo, D'Anello, D'Orazio, Barreat y Escalante (2009) en una muestra de 158 docentes de liceos de la ciudad de Mérida, Venezuela, encontraron niveles altos de uso del humor adaptativo y niveles moderados altos del humor perjudicial. De igual forma, Feldman, Blanco y Díaz (2011), hallaron una tendencia por parte del grupo de profesionales de la salud a utilizar el sentido del humor adaptativo o beneficioso. Mientras al humor perjudicial, se ubica en valores moderados.

Estos resultados se pueden explicar desde una perspectiva contextual de los estilos de humor. En este sentido, Mendiburo y Páez (2011), establecen que los estilos de humor varían en diferentes culturas. Siendo, las culturas con altas distancias al poder o con alta distancia jerárquica, las que están caracterizadas por el uso de más formas humorísticas que ataquen la jerarquía pero de manera

indirecta, toda vez que, bromear directamente sobre figuras de autoridad puede llegar a ser peligroso. Como es el caso de Venezuela en el cual se han multado varias veces a los humoristas, por ejemplo, a Laureano Márquez por su artículo Venezuela sin Esteban. Entonces en estos tipos de cultura suele existir un menor uso del humor perjudicial.

Asimismo, un uso elevado de humor beneficioso se da en particular en culturas individualistas, esto sugiere que culturas con vínculos sociales voluntarios, más variados y que valoran a la persona autónoma, tienden a hacer uso tanto de un humor amable e interpersonal (Mendiburo y Páez, 2011). Lo que es congruente con la visión que posee Capriles (2004) de individualismo como uno de los dominantes de la personalidad modal o el carácter social del venezolano.

En lo que respecta a la variable humor como estrategia para enfrentar el estrés, se halló que los profesionales de enfermería encuestados, reportaron tener niveles moderados altos. De igual forma, D'Anello (2006) realizó un estudio con 81 trabajadores que laboran en tres organizaciones públicas de salud de la ciudad de Mérida, Venezuela, obteniendo que la mayoría de los participantes, reportaron tener niveles altos en el uso del humor como estrategia para enfrentar el estrés.

Asimismo, Feldman, Blanco y Díaz (2011), encontraron que los profesionales de la salud que participaron en su estudio poseen una tendencia a utilizar el sentido del humor como un estilo de afrontamiento adaptativo.

Siendo estos resultados congruentes con la noción freudiana del humor como un mecanismo saludable de defensa, en la cual, la perspectiva humorística mitiga las consecuencias negativas de la adversidad (Martín, 2003), adversidad que se encuentra en los trabajos del área de la salud (Arita y Arauz, 1998; Arita, 2001; Juárez, 2007).

En cuanto a la variable disposición a fluir en el trabajo, presentó altas puntuaciones en las diferentes dimensiones que conforman a esta variable, lo cual refleja, que estos empleados presentan un nivel alto de sentido o sensación de control y experticia, de experiencia autotélica y fusión entre acción y conciencia, y moderadamente altos de sentido alterado del tiempo y atención focalizada en la tarea actual.

Este resultado es congruente con lo encontrado en el estudio realizado por Millán (2012), en el cual participaron 200 profesores del Subsistema de Educación Universitaria Venezolano. Él halló que la mayoría de los participantes poseen un nivel intermedio de Disposición a Fluir en el Trabajo docente, específicamente tuvieron niveles altos de experiencia autotélica, y niveles moderados de sensación de control y experticia, fusión entre acción y conciencia y sentido alterado del tiempo. De igual forma, Morchain (2011), estudio a 84 docentes en educación inicial que laboran en el área metropolitana de Caracas, Venezuela y obtuvo que la mayoría de los participantes reportaron tener niveles moderados de disposición a fluir.

Burger y Rivero (2011) , realizaron un estudio de 127 trabajadores de distintas áreas en los sectores tanto públicos o privados en la zona de la Gran Caracas, Venezuela. Donde encontraron que los participantes en promedio manifestaron tener niveles elevados de disposición a fluir, específicamente manifestaron tener niveles altos en experiencia autotélica, y moderada alta en sentido o sensación de control y experticia y en fusión entre acción y conciencia, y niveles moderados en sentido alterado del tiempo.

Estos resultados confirman la visión de la actividad productiva del trabajo como una excelente experiencia para fluir (Csikszentmihalyi, 1998), encontrándose en una misma actividad laboral muchos aspectos que se experimentan de forma diferente (Csikszentmihalyi, 2007), por lo que los

trabajadores pueden manifestar poseer diferentes niveles de disposición para acceder cotidianamente a la experiencia de flujo (Csikszentmihalyi, 2007).

Ahora bien, al evaluar las variables que influían en la salud física, se halló que se encuentra influida directamente por la experiencia autotélica, en tanto que los empleados que poseen una moderada satisfacción intrínseca producto del desempeño de su rol laboral van a percibir una peor salud física; esto puede ser explicado por los riesgos a los que se encuentran expuestos el personal de enfermería, tales como: la exposición a agentes infecciosos, posturas inadecuadas, levantamiento de cargas durante la manipulación de los pacientes, desplazamientos múltiples, exposición a sustancias químicas irritantes (Borges, 1998). Por lo cual los enfermeros que se encuentran realizando sus actividades teniendo una sensación muy positiva, placentera, de profundo disfrute van a dejar en segundo término incentivos externos, recompensas posteriores o consecuencias (Csikszentmihalyi y Csikszentmihalyi, 1998).

Según Borges (1998) estudios epidemiológicos en el sector sanitario han evidenciado que el dolor de espalda, particularmente a nivel de la región lumbar, es uno de los principales problemas de salud laboral responsables del cuidado de los pacientes a nivel hospitalario. Por su parte, Leighton y Reilly (1995) plantean que la actividad de frecuente manipulación de los pacientes y los elevados niveles de estrés postural a causa de la posición de pie prolongada, posturas incómodas como por ejemplo: torsión o flexión del tronco, y la marcha excesiva durante la jornada laboral representan los factores de riesgos fisiológicos o de sobrecarga física más conocidos del personal de enfermería.

Sin embargo, en esta investigación la salud física fue medida y analizada como un puntaje global, por lo que no se puede saber con exactitud qué sistema del cuerpo humano se encuentra comprometido con alguna afección imposibilitando el hecho de encontrar factores externos o internos que puedan explicar este hecho. De esta forma, se recomienda en futuras investigaciones

utilizar un instrumento que clasifique los síntomas físicos según el sistema al que hace referencia.

En lo referido a la salud mental esta se encuentra influida directamente por la experiencia autotética. En tanto que los Lic. en enfermería que poseen mayor sensación de que la actividad laboral que se está haciendo es tan agradable que se realiza por sí misma van a experimentar menores síntomas somáticos y ansiedad, y depresión.

Este hallazgo es congruente con lo establecido por Jackson y Csikszentmihalyi (2002), quienes establecen en el modelo de experiencia óptima en el cual se propone que el flow es la antítesis de la ansiedad. De igual forma, Einsenberger, Jones, Stinglhamber, Shanok y Randall (2005), realizaron un estudio con 392 empleados de una fábrica de bombillos en Estados Unidos y hallaron que los empleados que tenían mayores niveles de experiencia óptima en el trabajo tenían mayor ánimo positivo.

Asimismo, Cartolano, Padrón y Rojas (2010), Millán, D'Aubeterre y Garassini (2011), Burger y Rivero (2011) y Morchain e Inciarte (2011) reportan que un alto grado en que el trabajador tiende a ubicarse en un estado psicológico óptimo para realizar su rol laboral se relaciona con altos niveles de bienestar psicológico.

Según Oramas, Santana y Vergara (2006) y Viera, López y Barrenechea, (2006) señalan que el bienestar psicológico es un indicador de Salud Mental Positiva porque ella refiere a la capacidad del ser humano para mantener relaciones dialécticas y transformadoras con el mundo, que le permiten resolver sus contradicciones personales y las de éste con el contexto social al que pertenece (incluyendo el laboral).

Evidencia en el correlato del bienestar psicológico y la salud, la ofrecen autores como Ryff, Singer y Love (2004), quienes encontraron relación entre ella y el grado de cortisol y noradrenalina en saliva (indicadores neuroendocrinos de salud), citocinas proinflamatorias de tipo sIL-6r (indicador inmunológico), así como también en indicadores relacionados con un menor riesgo cardiovascular como lo son: el peso, la razón cintura – cadera, el colesterol HDL y la glicosilada HG. También revelan la presencia de una correlación significativa entre el bienestar psicológico e con indicadores de sueño profundo. Por su parte, Millán y D'Aubeterre (2011), encuentran que indicadores de bienestar psicológico se relacionan con la ausencia de enfermedades físicas y malestares psicológicos.

También, es importante señalar que otra variable que influye en la salud mental de los licenciados de enfermería que participaron en el estudio es el uso moderado del estilo de humor beneficiosos, siendo las personas que utilizan ese estilo de humor de forma moderada las que van a tener una adecuada adaptación social y capacidad para hacer y disfrutar de las actividades diarias, así como también van a experimentar menores síntomas somáticos y ansiedad.

Dicho resultado puede ser explicado por las funciones sociales del humor positivo el cual permite unir a las personas y consigue la cohesión de un grupo, toda vez, que este estilo de humor se activa y multiplica en situaciones sociales (Fine, 1983; Jiménez y Domínguez, 2009). Según Martín (2004) el sentido del humor positivo (no agresivo, no auto irónico) es más beneficioso para la salud mental que la risa.

De forma consistente con este hallazgo, Kuiper, Grimshaw, Leite y Kirsh realizaron un estudio en el 2004 y encontraron una relación entre practica de humor positivo (para superar los obstáculos de la vida, o para hacer reír a los demás) y una mejor salud mental. Similarmente, D`Anello (2008) en un estudio en el cual participaron 280 personas de la ciudad de Mérida-Venezuela (115 estudiantes universitarios, 85 profesores universitarios y 80 profesores de

educación media); halló que las personas que tienen mayor humor afiliativo poseen menor ansiedad y los que tienen mayor humor de automejoramiento poseen menor síntomas físicos asociados con enfermedades cardiovasculares, ansioso-depresivas, respiratorias y digestivas.

También, Feldman, Blanco y Díaz (2011) en un estudio en el cual participaron 339 profesionales de la salud que se desempeñan en servicios de rehabilitación públicos y privados del Distrito Capital, Venezuela; hallaron que el humor adaptativo o beneficioso se asocia positivamente con indicadores positivos de salud psicológica.

Adicionalmente, las personas que tienden a utilizar más el humor como estrategia para enfrentar el estrés van a tener altos niveles de disposición a fluir en el trabajo, en este sentido, los licenciados de enfermería que utilicen con mayor frecuencia el humor como estrategia para enfrentar las situaciones estresantes, van a reportar mayor satisfacción intrínseca cuando desempeñan su rol laboral y van a presentar una alta fusión entre acción y conciencia.

Este resultado se explica por la capacidad que poseen las personas en convertir las terribles condiciones objetivas en experiencias subjetivamente controlables, logrando de esta forma disfrutar con situaciones que otras personas encontrarían insufribles (Csikzentmihalyi, 2003). Este logro de controlar las situaciones adversas es logrado a través del mantenimiento de una perspectiva humorística de cara a la adversidad (Martin, 2003).

Asimismo, Victor Frankl (1990) dice que el humor era una de las armas que utilizaban en los campos de exterminio nazi. También cuenta que el sentido del humor, aunque en sus formas más leves, podía ayudarlos a poder tener, aunque sea sólo por unos pocos segundos, el distanciamiento necesario para sobreponerse a cualquier situación. Según Martin (2003) el humor puede ser visto

como una forma de evaluación cognitiva que involucra la percepción de potenciales situaciones estresantes en forma más benigna y menos amenazadora.

Según Lillo (s.f.) los individuos que tienden a mantener una mirada humorística sobre la vida aunque los demás no la compartan, usar el humor para afrontar el estrés, y animarse con humor, realizarían una resignificación positiva de la situación para poder afrontarla, dado que no puede modificar exteriormente el estresor.

Por otra parte, cuando se utiliza el humor se activa una región específica del cerebro, la porción anterior del lóbulo frontal derecho. Siendo el principal papel del lóbulo derecho en la integración y organización de la información (Jiménez y Domínguez, 2009), por lo que es congruente que las personas que utilicen el humor en situaciones estresantes suelen estar involucradas en lo que están haciendo, por lo que dejan de ser conscientes de sí mismas como seres separados de las acciones que están realizando.

Con respecto al turno laboral y la disposición a fluir en el trabajo, fueron los licenciados en enfermería que laboran en turnos nocturnos los que poseen mayor fusión entre acción y conciencia, por lo que se puede decir que en las noches el trabajo se realiza de forma automatizada. Esto se puede deber a la presencia de pocas actividades o situaciones novedosas que interrumpen la rutina de trabajo ya establecida en los Lic. en enfermería que laboran en ese centro asistencial, puesto que la afluencia de familiares o doctores es menor en el turno nocturno dependiendo del departamento de la clínica en el que se encuentren (Borges, 1998). Sin embargo, en este estudio no se investigó las actividades realizadas por las enfermeras durante sus turnos laborales, por lo que se recomienda para futuras investigaciones indagar al respecto.

Es importante señalar que en esta investigación las relaciones propuestas con la variable sexo no se obtuvieron, por lo cual en este estudio el ser hombre o mujer no influye en la salud física y mental, el humor beneficioso o perjudicial, usar el humor como estrategia para enfrentar el estrés y la disposición de fluir en el trabajo. Esto se puede deber a las características propias de la muestra de enfermería, toda vez que, la profesión de enfermería, ha estado influida por las consideraciones de género al ser una actividad eminentemente femenina (García, Sainz y Botella, 2004). Según Fajardo y Germán (2004) ocho de cada diez licenciados en enfermería son mujeres; siendo la actividad de enfermería asociada a las características del rol femenino condicionadas por su ser social.

Tomando en cuenta los hallazgos obtenidos en la presente investigación, se puede evidenciar que la salud física y mental de los profesionales de enfermería no se encuentra afectada sólo por factores de riesgo que se puedan encontrar en su ambiente laboral, sino que es un fenómeno multicausal, en donde variables como la disposición a fluir en el trabajo, el tipo de humor que utilizan, el uso del humor en situaciones estresantes y el turno laboral inciden sobre la percepción que estos posean sobre su salud física y mental.

En este sentido se encontró que, los profesionales de enfermería que poseen una moderada satisfacción intrínseca producto del desempeño de su rol laboral van a percibir una peor salud física. Asimismo, las personas que utilicen moderadamente el estilo de humor beneficioso, y tengan una moderada experiencia autotélica, así como, un uso moderado del humor como estrategia para enfrentar el estrés en el trabajo van a percibir mejor salud psicológica.

Por tanto, se puede determinar que la salud 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 Centro de Especialidades Anzoátegui con el objeto de incrementar la salud física y mental de los profesionales de enfermería, tomando para ello, medidas para incrementar su disposición para fluir en el trabajo, el uso del humor beneficioso y el uso del humor para enfrentar situaciones estresantes.

## 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 como objetivo explicar, desde la Psicología de la Salud Ocupacional Positiva (PSOP), de que forma la salud física y mental en los Licenciados de Enfermería que laboran en el Centro de Especialidades Anzoátegui son influenciadas por el estilo de humor, el uso del humor como estrategia de enfrentamiento de una situación estresante, la disposición de fluir en el ambiente laboral, el turno laboral y el sexo. Asimismo, se pretende conocer las posibles relaciones entre estas variables.

Se evidenció que, en cuanto a la salud física, los profesionales de enfermería presentan un bajo nivel de quejas y síntomas físicos. Observándose que los empleados que poseen una moderada satisfacción intrínseca producto del desempeño de su rol laboral van a percibir una peor salud física.

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

Evidenciándose que los Lic. en enfermería que poseen una mayor sensación de que la actividad laboral que se está haciendo es tan agradable que se realiza por sí misma van a experimentar menores síntomas somáticos y ansiedad, y depresión. Así como también, las personas que utilizan un estilo de humor beneficioso de forma moderada van a tener una adecuada adaptación social y capacidad para hacer y disfrutar de las actividades diarias, así como también van a experimentar menores síntomas somáticos y ansiedad.

En cuanto a la variable disposición a fluir en el trabajo, los empleados encuestados presentaron altas puntuaciones en las diferentes dimensiones que conforman a esta variable, lo cual refleja, que estos empleados presentan un nivel alto de sentido o sensación de control y experticia, de experiencia autotélica y fusión entre acción y conciencia, y moderadamente altos de sentido alterado del tiempo y atención focalizada en la tarea actual. Siendo, los licenciados de enfermería que utilicen con mayor frecuencia el humor como estrategia para enfrentar las situaciones estresantes, van a reportar mayor satisfacción intrínseca cuando desempeñan su rol laboral. Mientras los que trabajan en turnos nocturnos y utilicen con mayor frecuencia el humor como estrategia para enfrentar las situaciones estresantes los que van a presentar una alta fusión entre acción y conciencia.

Finalmente, no se encontró una relación significativa entre el sexo de los empleados y la salud física y mental, el humor beneficioso o perjudicial, usar el humor como estrategia para enfrentar el estrés y la disposición de fluir en el trabajo.

## **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.

Similarmente, el uso sólo de instrumentos que miden la salud a través de la ausencia de enfermedad fue una limitación en esta investigación que está enmarcada en la PSOP, toda vez que, la salud es entendida como algo más que la mera ausencia de enfermedad. Por lo que se recomienda para futuras investigaciones sobre salud percibida, el uso de instrumentos que midan tanto la ausencia de enfermedad así como también la presencia de bienestar psicológico.

Otra limitación se relaciona con la técnica de muestreo utilizada, la cual fue intencional en una población delimitada, lo cual disminuye el poder de generalización de los resultados de la presente investigación. De igual forma, se recomienda realizar este estudio en otros centros de salud tanto privados como públicos, de igual forma, estudiar a otros profesionales de la salud.

Asimismo, se recomienda en futuras investigaciones en las que se mida la influencia del sexo con otras variables, utilizar una proporción similar entre hombres y mujeres. En el caso de querer realizar algún estudio con profesionales de la salud y ver la influencia del sexo, se recomienda investigar a personas distintas a las de enfermería, toda vez que, son las mujeres en su mayoría las que desempeñan esta profesión.

Adicionalmente, se recomienda tomar en cuenta para investigaciones futuras, el papel que ejerce el tipo de departamento en el cual labore el personal de enfermería, toda vez que, se ha evidenciado que los departamentos presentan actividades, presiones y exigencias laborales diferentes y esto puede influir en el reporte de la salud psicológica y física, así como, en la disposición de fluir en el trabajo.

Asimismo, se sugiere el estudio de las conductas realizadas por los Lic. en enfermería según el departamento en el cual laboran y el turno laboral, para obtener una comprensión más amplia de la salud física de los Lic. en enfermería.

De igual forma se recomienda la realización de un estudio donde sea posible contrastar las diferencias entre Lic. En enfermería que ejerzan en distintas localidades pudiéndose plantear la comparación entre localidades urbanas y localidades rurales, pudiendo añadirse un contraste a su vez entre centros privados y públicos en cada zona.

Finalmente, se recomienda realizar investigaciones en donde sean empleadas como muestra profesionales de distintas regiones del país, para así, comparar y determinar si existen diferencias en cuanto al humor, la disposición a fluir, factores organizacionales y variables de salud en los profesionales de la salud.

## Referencias Bibliográficas

Abel, M. (1998). Interaction of humor and gender in moderating relationships between stress and outcomes. *Journal of Psychology*, 132, 267-276.

Adams, P. (1993). *Gesundheit!* (1 ed.). Rochester: Healing Arts Press.

Adler, C., & Hillhouse, J. (1996). Stress, Health, and immunity: A review of the literature. En T.W. Miller (Ed.), *Theory and assessment of stressful life events* (Vol. 1, pp. 109-138). Madidon: International Universities Press.

Alcalá, P. (2004). *Ensayos sobre salud mental: Aproximación a un nuevo paradigma social* (1ª ed.). Caracas: MSDS.

Alcalá, R., & Ascanio, G. (2008). *Influencia de los años de servicios, 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 de Licenciatura no publicado, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

American Heart Association. (1995). Heart and Stroke Facts:1995 statistical supplement. Dallas: American Heart Associations.

Ames, G., & Janes, C. (1987). *Heavy and problem drinking in an American blue collar population: Implications for prevention. social science and medicine*, 25, 949-960.

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, Sartenejas, 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.
- Arias, C.; y Sabatini, M. (2009). Experiencias de fluidez. Un estudio comparativo en adultos jóvenes y adultos mayores de la ciudad de Mar del Plata. *XVI Jornadas de Investigación y Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*; Buenos Aires.
- Arita, B. (2001). Modelo para la investigación del proceso del síndrome del burnout. *Psicología y Salud, 11 (1)*,73-80.
- Arita B., & Arauz J. (1998). La tarea laboral y el síndrome de burnout en personal de enfermería. *Revista Psicología y Salud, 11*, 13-22.
- Bennett, J., Cook, R., & Pelletier, K. (2002). Toward an integrated Framework for comprehensive organizational wellness. En J.C. Quick y L.E. Tetrick (Eds.), *Handbook of occupational health psychology* (Vol.1, pp. 69-95). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Bensaid, A., & Dejours, C. (1994). Psychopathologie et psychodynamique du travail. Recuperado de <http://www.em-consulte.com/es/article/31205/psychopathologie-et-psychodynamique-du-travail>
- Blanco, G. (2004). Estrés laboral y salud en las enfermeras instrumentistas. *Revista de la Facultad de Medicina, 27(1)*, 29-35.
- Blanco, M., & La Rosa, J. (2009). *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 Grado de Licenciatura no publicado, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Bolívar, A., & Escalona, M. (2004). *Influencia del estrés laboral, las estrategias de afrontamiento del estrés, androginia y el sexo sobre la satisfacción laboral*. Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Borges, A. (1998). Personal de enfermería: Condiciones de trabajo de alto riesgo. *Salud de los Trabajadores*, 6 (2), 113-119.

Brazón, L., & Rodríguez, V. (2010). *Estrategias de afrontamiento y actividad de fluidez en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama*. Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado, Universidad Metropolitana, Caracas, Venezuela.

Briones, J. (1998). *Métodos y técnicas de investigación en ciencias sociales* (3ª ed.). México: Trillas.

Bruehl, S., Carlson, C., & McCubbin, J. (1993). Two brief interventions for acute pain. *Pain*, 56 (1), 29-36.

Burger, D., y Rivero, I. (2011). *Rumiación como mediadora en la relación de la disposición a fluir en el trabajo y bienestar psicológico en una muestra multiocupacional venezolana*. Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado, Universidad Metropolitana, Caracas, Venezuela.

Cann, A., Holt, K., & Calhoun, L. (1999). The roles of humor and sense of humor in responses to stressors. *Humor*, 12, 177-193.

- Capriles, A. (2004). *Individualismo anárquico y civismo solidario: Apuntes de ecología social venezolana*. Recuperado de <http://apps.ucab.edu.ve/clubderomaVenezuela/LIBROCDE/ACAPRI~1.DOC>.
- Carbelo, B., & Barroso, E. (2002). El humor como rasgo: un sondeo de las opiniones en una muestra de estudiantes de enfermería. *Enfermería Clínica, 12*(4), 152-156.
- Carbelo, B., & Jáuregui, E. (2006). Emociones Positivas: Humor positivo. *Papeles del Psicólogo, 27* (1), 18-30.
- Cayssials, A., & Pérez, M. (2005, Agosto). *Características psicométricas del cuestionario de estilos del humor (HSQ). Un estudio con población argentina*. Artículo presentado en XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur, Buenos Aires, Argentina.
- Cohen, M. (2001). Happiness and humour. *Australian Family Physician, 30*, 17-19.
- Cohen, S., Frank, E., Doyle, W., Skoner, D., Rabin, B., & Gwaltney, J. (1998). Types of stressors that increase susceptibility to the common cold in healthy adults. *Health Psychology, 17*(3), 214-223.
- Cohen, S., & Wills, T. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98* (2), 310-357.
- Costa, G. (1996). The impact of shift and night work in Elath. *Appl Ergon, 27* (1), 9-16.
- Csikszentmihalyi, M. (1998). *Aprender a Fluir*. Barcelona, España: Editorial Kairos.

- Csikszentmihalyi, M. (2007). *Fluir (flow). Una psicología de la felicidad*. Barcelona, España: Editorial Kairos.
- Csikszentmihalyi, M. (2009). El flujo. En E.G. Fernández-Abascal (Ed.), *Emociones positivas* (Vol.1, pp. 181-193). Madrid: Pirámide.
- Csikszentmihalyi, M., & Csikszentmihalyi, I. (1998). *Experiencia óptima. Estudios psicológicos del flujo en la conciencia* (1ra ed.). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- D'Anello, S. (2002). *Escala ENFREHU*. Monografía no publicada, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela.
- D'Anello, S. (2006). El humor como medio para enfrentar el estrés y su relación con la salud física. *MedULA*, 15(2), 65-69.
- D'Anello, S. (2008). Propiedades psicométricas del cuestionario de estilos de humor (CUESTIHU): Validación venezolana. *Avances en Medición*, 6, 67-78.
- Dantzer, R., & Mormede, P. (1995). Psychoneuroimmunology of stress. En B.E. Leonard y K. Miller (Eds.), *Stress, the immune system and psychiatry* (Vol. 1, pp. 47-67). Chichester: Wiley.
- Dawson, K., Schneider, M., Fletcher, P., & Bryden, P. (2007). Examining gender differences in the health behaviors of Canadian university students. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 127, 38-44.
- Decker, P., & Borgen, F. (1993). Dimensions of work appraisal: Stress, strain, doping, job satisfaction and negative affectivity. *Journal of Counseling Psychology*, 40 (4), 470-478.

- Decker, W., & Rotondo, D. (1999). Use of humor at work: predictors and implications. *Psychological Reports, 84*, 961-968.
- Doyal, L. (2001). Sex, gender and health: The need for a new approach. *British Medical Journal, 323*, 1061-1063.
- Dinges, D., Orne, M., Whitehouse, W., & Orne, E. (1987). Temporal placement of a nap for alertness: Contributions of circadian phase and prior wakefulness. *Sleep, 10(4)*, 313-329.
- Escuela de Psicología (2002). *Contribuciones a la deontología en psicología*. Caracas: Publicaciones UCAB.
- Essler, M. (1998). Mental stress, panic disorder and the heart. *Stress Medicine, 14(4)*, 237-243.
- Fajardo, M., & Germán, C. (2004). Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. *Index de Enfermería, 13(46)*, 9-12.
- Feldman, L. (1995). *Factores psicosociales asociados a la salud de la mujer con roles múltiples*. Trabajo de Ascenso, Universidad Simón Bolívar, Sartenejas, Venezuela.
- Fernández, N., Hinojal, R., Díaz, J., Sáiz, P., González, M., & Bobes, j. (2003). Valoración de tipología circadiana en trabajadores de un hospital general. *Arch Prev Riesgo Labor, 6(1)*, 77-83

- Fine, G. (1983). Sociological approaches to the study of humor. En P.E. McGhee y J.H. Goldstein (Eds.), *A handbook of humour research* (Vol. 1, pp.159-181). New York: Springer-Verlag.
- Fisher, S. (1988). Life stress, control strategies and the risk of disease: A psychobiological model. En S. Fisher y J. Reason (Eds) *Handbook of life stress, cognition and health*, (Vol. 1, pp. 33-78). New York: John Wiley y Son Ltd.
- Flores, J. (2001). Estudio comparativo de la relación existente entre la satisfacción laboral, la turnicidad y el estrés laboral. *Bip*, 25, 62-70.
- Fontana, D. (1989). *Control del estrés* (1ª ed.). México: El Manual Moderno.
- Frankl, V. (1990). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.
- Fry, W. (1994). The biology of humor. *International Journal of Humor Research*, 7 (2), 111-126.
- Fullagar, C., & Mills, M. (2008). Motivation and flow: Toward an understanding of the dynamics of the relation in architecture students. *The Journal of Psychology*, 142(5), 533-553.
- Gadbois, C. (1981). *Women on night shift: Interdependence of sleep and off the job activities*. Oxford: Pergamon Press.
- Gancedo, M. (2008). Historia de la psicología positiva. Antecedentes, aportes y proyecciones. En M. M. Casullo et al. (Eds.), *Prácticas en psicología positiva* (Vol. 1, pp. 13-38). Buenos Aires: Lugar Editorial.

- Garassini, M. (2010). Fluidez o experiencia óptima: El mantenimiento del bienestar. En M.E. Garassini y C. Camilli (Eds.), *Psicología positiva: Estudios en Venezuela* (Vol. 1, pp. 159-191). Caracas: Publicaciones Monfort.
- García, A., Sainz, A., & Botella, M. (2004). La enfermería vista desde el género. *Index de Enfermería*, 13(46), 45-48.
- Gatto, M. (2000). Desgaste psíquico en el equipo de salud. *Revista Hospital de oncología María Curie*, 4 (16), 357-361.
- Gibbons, P., Flores, H., & Mónico, M. (2004). Assessment of the 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.
- Gil-Monte, P., Carretero, N., & Roldán, M. (2005). Algunos procesos psicosociales sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería. *Ansiedad y estrés* 11, 281-290.
- Gillham, J., & Seligman, M. (1999). Footsteps on the road to positive psychology. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 163-173.
- Goldberg, D., & Hillier, V. (1979). A scaled version of the general health questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Goldberg, D., & Williams, P. (1988). *The User's guide to the General Health Questionnaire*. Windsor: NFER-Nelson.
- Goodrich, S., & Weaver, K. (1998). Differences in depressive symptoms between traditional workers and shiftworkers. *Psychological Reports*, 83, 571-576.

- Gutiérrez, R. (2001). Calidad de vida y estrés en ámbitos organizacionales. *Revista Mexicana de Psicología, 18 (1)*, 182-183.
- Hernández Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, P. (1998). *Metodología de la investigación* (2ª ed.). México: McGrawHill.
- Hubert, H., Moller, M., & De Jong-Meyer, R. (1993). Film induced amusement changes in saliva cortisol levels. *Psychoneuroendocrinology, 18 (4)*, 265-272.
- Inciarte, G., & Morchain, A. (2011). *Disposición a fluir en el trabajo, burnout, topología cronopsicologica, turno laboral y bienestar psicológico en una muestra multiocupacional de trabajadores venezolanos*. Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado, Universidad Metropolitana, Caracas, Venezuela.
- Isen, A., Daubman, K., & Nowicki, G. (1987). Positive affect facilitates creative problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology, 52 (6)*, 1122-1131.
- Jackson, S., & Eklund, R. (2002). Assessing flow in physical activity: The Flow State Scale-2 and Dispositional Flow Scale-2. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 24 (1)*, 133-150.
- Jackson, S., & Marsh, H. (1996). Development and validation of a scale to measure optimal experience: The Flow State Scale. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 18 (1)*, 17-35.
- Jamal, M. (2004). Burnout, stress and Elath of employees on non-standards Works schedules: A study of Canadian workers. *Stress and Health, 20*, 113-119.

- Jara, P., & Rosel, J. (1999). Mediciones en ciencia de la salud. En F. Palmero y E.G. Fernández Abascal (Eds.). *Emociones y Salud* (Vol. 1, pp. 19-46). Barcelona: Ariel.
- Jáuregui, E., & Fernández, J. (2006). El humor positivo en la vida y el trabajo. *Círculo*, 27, 42-56.
- Jáuregui, E., & Fernández, J. (2008). *Alta diversión: Los beneficios del humor en el trabajo* (1ª ed.). Barcelona: Alienta.
- Jiménez, M., & Domínguez, F. (2009). Cerebro y humor. En E.G. Fernández-Abascal (Ed.), *Emociones Positivas* (Vol. 1, pp. 129-147). Madrid: Pirámide.
- Juárez, A. (2007). Factores psicosociales, estrés y salud en distintas ocupaciones: Un estudio exploratorio. *Medigraphic*, 9 (1), 57-64.
- Knauth, P. (2001). Horas de trabajo. En *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo* (Vol. 2, pp. 43-59 ) Madrid, España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Subdirección General de Publicaciones
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York : Basic Books.
- Kerlinger, F., & Lee, (2002). *Investigación del Comportamiento*. México: McGraw-Hill.
- Kimiecik, J., & Jackson, S. (2002). Optimal experience in sport: A flow perspective. En T. Horn (Ed.), *Advances in sport psychology* (pp. 501-527). Champaign IL: Human Kinetics.
- Kowalski, K. (2000). Coping with stress. *Current Health*, 3, 27-35.

- Kuiper, N., Grimshaw, M., Leite, C., & Kirsh, G. (2004). Humor is not always the best medicine: Specific components of sense of humor and psychological well-being. *International Journal of Humor Research, 17*, 135-168.
- Kuiper, N., & Martin, R. (1998). Is sense of humor a positive personality characteristic?. En W. Ruch (Ed.), *The sense of humor: Explorations of a personality characteristic* (Vol. 1, pp. 159-178). New York: Mouton de Gruyter.
- Kuiper, N., Martin, R., & Olinger, L. (1993). Coping humor, stress, and cognitive appraisals. *Canadian Journal of Behavioural Science, 25*, 81-96.
- Kuiper, N., Martin, R., Olinger, L., Kazarian, S., & Jetté, J. (1998). Sense of humor, self-concept, and psychological well-being in psychiatric inpatients. *International Journal of Humor Research, 11 (4)* , 357-382.
- Kuiper, N., & Nicholl, S. (2004). Thoughts of feeling better? Sense of humor and physical health. *Humor, 17 (2)*, 37-66.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lee, C. (1999). Health, stress and coping among women caregivers: A review. *Journal of Health Psychology, 4*, 27-40.
- Lefcourt, H., Davidson, K ., Prkachin, K., & Mills, D. (1997). Humor as a stress moderator in the prediction of blood pressure obtained during five stressful tasks. *Journal of Research in Personality, 31*, 523–542.

- Lefcourt, H., Davidson, K., Shepherd, R., Phillips, M., Prkachin, K., & Mills, D. (1995) Perspective-taking humor: Accounting for stress moderation. *Journal of Social and Clinical Psychology, 14*, 373-391.
- Lefcourt, H., & Martin, R. (1986). *Humor and life stress: Antidote to adversity*. New York: Springer-Verlag.
- Leguizamón, L., & Gómez, 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
- Lewis, J. (1996). Flow. *The Family Journal, 4*, 337-338.
- Llorens, S., Salanova, M., & Martínez, I. (2007). Psicología de la salud ocupacional positiva: concepto y metodología para su evaluación. En J. Tous, M. A. Carrión y F. López-Barón (coord.). *Promoción de la Salud Ocupacional* (Vol. 2, pp.3-26). Barcelona- España: AEPA.
- López, M. (2006). *Características y Relaciones de "Flow", Ansiedad y Estado Emocional con el Rendimiento Deportivo en Deportistas de Élite*. Tesis doctoral no publicada, Universitat Autònoma de Barcelona, España.
- Lundberg, U., De Chateau, P., Winberg, J., & Frankenhauser, M. (1981). Catecholamine and cortisol excretion patterns in tree year old children and their parents. *Journal of Human Stress, 7*, 3-11.
- Lundberg, U., & Parr, D. (2000). Neurohormonal factors, stress, health, and gender. En R.M. Eisler y M. Hersen (Eds.), *Handbook of gender, culture and health* (Vol.1, pp.3-21). Estados Unidos: LEA.

- Mamani, A., Obando, R., Uribe, A., & 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.
- Martín, R. (2001). Humor, laughter and physical health. Methodological issues and research findings. *Psychological Bulletin*, 127, 504-519.
- Martin, R. (2004). Sense of humor and physical health. Special double issue on humor and health. *International Journal of Humor Research*, 17, 1-19.
- Martín, R., & Lefcourt, H. (1983). Sense of humor as a moderator of the relationship between stressors and moods. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 1313-1324.
- Martin, R., Kuiper, N., Olinger, J., & Dance, K. (1993). Humor, coping with stress, self concept and psychological well-being. *International Journal of Humor Research*, 6, 89-104.
- Martin, R., Puhlik, P., Larsen, G., Gray, J., & Weir, K. (2003). Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: Development of the humor styles questionnaire. *Journal of Research in Personality*, 37, 48-75.
- Maslach, C. (1982). *Burnout. The cost of caring* (1ªed.). New York: Prentice Hall.
- Massimini, F., & Carli, M. (1998). La evaluación sistemática del flujo en la experiencia cotidiana. En M. Csikszentmihalyi y I. Csikszentmihalyi (Eds.), *Experiencia óptima. Estudios psicológicos del flujo en la conciencia* (pp. 259-279). Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Matud, M., & Aguilera, L. (2009). Roles sexuales y salud mental en una muestra de la población general española. *Salud Mental, 32*, 53-58.
- McGhee , P. (1979). *Humor: Its origin and development*. San Francisco: Freeman.
- McGill, H., & Stern, M. (1979). Sex and atherosclerosis. *Atherosclerosis Review, 4*, 157–242.
- Mendiburo, A., & Páez, D. (2011). Humor y cultura. Correlaciones entre estilos de humor y dimensiones culturales en 14 países. *Boletín de Psicología, 102*, 89-105.
- Mesurado, B. (2008). Validez Factorial y Fiabilidad del Cuestionario de Experiencia Óptima (Flow) para niños y adolescentes. *RIDEP 25(1)*, 159 – 178.
- Mesurado, B. (2009). Comparación de tres modelos teóricos explicativos del constructo experiencia óptima o flow. *Interdisciplinaria, 26*, 121 – 137.
- Millán, A. (2012). *Cronopsicología – turno laboral como moderadoras de la disposición a fluir en el trabajo y el bienestar psicológico*. Trabajo de Grado de Maestría no publicado, Universidad Simon Bolívar, Caracas, Venezuela.
- Millán, A., & D'Aubeterre, M. (2011). Validación de la escala de bienestar psicológico en una muestra multiocupacional venezolana. *Revista CES Psicología, 4(2)*, 52-71.
- Millán, A., D'Aubeterre, M., & Garassini, M. (2010). Disposición a fluir en el trabajo, burnout, bienestar psicológico y variables sociodemográficas en una muestra multiocupacional venezolana. *Revista Internacional del Trabajo*. En Arbitraje.

- Millán, A., D'Aubeterre, M., & Garassini, M. (2011). Desarrollo y validación de la segunda versión de la escala de disposición a fluir en el trabajo (EDFT-2) en una muestra multiocupacional venezolana: Análisis preliminares. Manuscrito no publicado, Escuela de Psicología, Universidad Metropolitana, Caracas.
- Mirowsky, J. & Ross, C. (1995). Sex differences in distress: Real o artifact?. *American Sociological Review*, 60, 449-468.
- Molina, J. & 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.
- Morchain, B. (2011). *Disposición a fluir en el trabajo como moderadora de la relación entre factores generadores de estrés y su percepción sobre el bienestar psicológico de una muestra de docentes de educación inicial del área metropolitana de Caracas*. Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado, Universidad Metropolitana, Caracas, Venezuela.
- Mornhinweg, G., & Voignier, R. (1995). Holistic nursing interventions. *Orthopedic Nursing*, 14, 13-23.
- Morrison, V., & Bennett, P. (2008). *Psicología de la salud* (1ª ed.). Madrid: Pearson Educación.
- Muchinsky, P. (2002). *Psicología aplicada al trabajo: Una introducción a la psicología organizacional* (6ª ed.). México: Thomson y Learning.
- Nicolson, H. (1946). *The English Sense of Humour: An Essay* (1ª ed.). London: Dropmore.

NIOSH. (2003). Recuperado de <http://www.cdc.gov/spanish/niosh/topics/trabajadores.html>

Núñez, I., Almeida, S., Czernik, G., & Almirón, L. (2007). Determinación de salud autopercebida en un servicio hospitalario de emergencias. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 13(4), 2-11.

Núñez, A., & Socorro, D. (2005). *Influencia de la expresividad emocional, ambivalencia emocional, apoyo social, edad, sexo, estado civil sobre la salud psicológica*. Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Oblitas, L. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida* (4ª ed.). México: Thomson.

Oramas, A., Santana, S., & Vergara, A. (2006). El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 7, 34-9.

Organización Internacional del Trabajo, OIT (2005). *Información sobre trabajo sin riesgo*. Recuperado de [www.ilo.org/public/spanish/protection/safework/](http://www.ilo.org/public/spanish/protection/safework/)

Organización Mundial de la Salud, OMS. (1946). Recuperado de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html>

Organización Mundial de la Salud, OMS. (2002). Recuperado de <http://www.who.int/gho/countries/gbr/en/>

Organización Mundial de la Salud, OMS. (1946). Recuperado de [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/index.html](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html)

- Parra, K. & Peñuela, R. (2008). *Efecto del comportamiento organizacional, la satisfacción laboral, el apoyo organizacional percibido y factores sociodemográficos sobre la salud autopercibida de empleados de una red de supermercados*. Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.
- Perlini, A., Nenonen, R., & Lind, D. (1999). Effects of humor on text anxiety and performance. *Psychological Reports, 84*(3), 1203-1213.
- Peterson, C., & Seligman, M. (2004). *Character Strengths and Virtues. A handbook and classification* (1ª ed.). Nueva York: APA & Oxford University Press.
- Powell, E., Anderson, J., & Murphy, W. (1997). States and sex-specific prevalence of selected characteristics behavioural risk factor surveillance system, 1994 and 1995. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 46*, 1-31.
- Quillet, A. (1976). *Diccionario enciclopédico Quillet*. Buenos Aires: Argentina Arístides Quillet, Tomo VIII.
- Real Academia Española (1992). *Diccionario de la lengua española* (21ª ed.). Madrid: Autor.
- Ribera, D., Cartagena, E., Reig, A., Romá, M., Sans, I., & Caruana, A. (1993). *Estrés laboral y salud en profesionales de enfermería. Estudio empírico en la provincia de Alicante*. Alicante: Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Alicante.
- Ríos, M., & Godoy, C. (2008). Relación entre satisfacción laboral y salud general percibida en profesionales de enfermería de urgencias. *Enferm Clin. 18*(3), 134-41.

- Rodríguez, V., Feldman, L., Blanco, G., & Díaz, A. (2001). Sentido del humor y salud psicológica en fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales venezolanos. *ANALES*, 11(1), 91-102.
- Rodríguez, A., Cifre, E. & Salanova, M. (2008). Cómo mejorar la salud ocupacional generando experiencias óptimas (flow) en el trabajo. *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, 46, 20-25.
- Romaguera, F., & Uzcátegui, A. (2001). *Análisis de ruta del efecto del locus de control de salud, apoyo social y factores sociodemográficos sobre la salud física y percibida*. Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.
- Ross, C., & Bird, C. (1994). Sex stratification and health lifestyle: Consequences for men's and women's perceived health. *Journal of Health and Social Behavior* 35, 161-78.
- Ruch, W. (1998). Foreword and overview. Sense of humor: A new look at an old concept. En W. Ruch (Ed.), *The sense of humor* (Vol. 1, pp. 3-14). Berlín: Mouton de Gruyter.
- Rutenfranz, J., Beermann, B., & Löwethal, I. (1987). *Nachtarbeit für Frauen. Überlegungen aus chronophysiologischer und arbeitsmedizinischer Sicht. Schriftenreihe Arbeitsmedizin Sozial-Medizin Präventivmedizin*. Stuttgart: Gentner Verlag.
- Ryff, C., Singer, B., & Love, G. (2004). Positive health: Connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London, Biological Sciences*, 359, 1383-1394.

- Salanova, M., Martínez, I., Cifre, E., & Schaufeli, W. (2005). ¿Se pueden vivir experiencias óptimas en el trabajo? Analizando el flow en contextos laborales. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 58(1), 89-100.
- Salanova, M., Martínez, I., & Llorens, S. (2005). Psicología Organizacional Positiva. En F. Palací (Coord.), *Psicología de la Organización* (Vol. 1, pp. 349-376). Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Salovey, P., Rothman, A., Detweiler, J., & Steward, W. (2000). Emotional states and physical health. *American Psychologist*, 55, 110-121.
- Seligman, M. (1998). *Building human strenght: psychology's forgotten misión*. Recuperado de <http://www.nonopp.com/ar/Psicologia/00/pres.htm>
- Seligman, M. (1999). The president's address. *American Psychologist*, 54, 559-562.
- Seligman, M. (2002). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Ediciones B.
- Seligman, M. (2011). *Flourish: A Visionary New Understanding of Happiness and Well-being*. Free Press, New York: Estados Unidos de Norteamérica.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Senior, K. (2001) Should stress carry a health warning?. *The Lancet*, 357, 126-128.
- Smith, J. (2005). Flow Theory and GIS: Is there a connection for learning?. *International Research in Geographical and Environmental Education*, 14(3), 223-230.

- Snyder, C., & López, S. (2002). *The handbook of positive psychology*. Oxford: Oxford University Press.
- Spitzer, P. (2001). The clown doctors. *Australian Family Physician*, 30, 12-16.
- Stephen, W. (1994). Ways of creating healthy work organizations. En C.L. Cooper y W. Stephen (Eds.), *Creating healthy work organizations* (Vol. 1, pp. 7-24). Oxford: John Wiley y Sons.
- Stoney, A., Cox, D., Valdimarsdottir, H., Jandorf, L., & Neale, J. (1987). Evidence that secretory IgA antibody is associated with daily mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (5), 988-993.
- Talbot, L., & Lumden, D. (2000). On the association between humor and burnout. *Humor*, 13, 419-428.
- 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., & 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.
- Verbrugge, L., & Steiner, R. (1985). Prescribing drugs to men and women. *Health Psychology*, 4, 79-98.
- Viera, A., López, S., & Barrenechea, A. (2006). El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 7(1), 34-9.

- Webster, J., Trevino, L., & Ryan, L. (1993). The dimensionality and correlates of flow in human computer interactions. *Computers in Human Behavior*, 9, 411- 426.
- Westman, M., Eden, D., & Shirom, A. (1985). Job stress, cigarette smoking and cessation: Conditioning effects of peer support. *Social Science and Medicine*, 20, 637-644.
- Wilkins , K., & Beaudet, M. (1998). Work stress and health. *Health Reports*, 10(3), 47-62.
- Yates, S. (2001). Finding your funny bone. Incorporating humor into medical practice. *Australian Family Physician*, 30, 22-24.
- Ziv, A. (1984). *Personality and sense of humor*. New York: Springer.
- Zweyer, K., Velker, B., & Ruch, W. (2004). Do cheerfulness, exhilaration and humor production moderate pain tolerance?, A FACS study. *International Journal of Humor Research*, 17 (1), 85-11

ANEXO A

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG DE 28 ÍTEMS (GHQ-28)  
ADAPTADA POR NUÑEZ Y SOCORRO (2005).

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

	No	Igual	Bastante	Mucho
1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?				
2. ¿Ha tenido la sensación de que necesita 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 la 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 viene 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 B  
CUESTIONARIO DE SALUD FÍSICA  
ANGELUCCI (2001)

A continuación se le presenta un conjunto de planteamiento acerca de diferentes aspectos relacionados con la salud y emociones. Por favor lea detenidamente cada una de las instrucción de cada cuestionario y no deje preguntas sin contestar. Los datos serán analizados sólo con fines de investigación. 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
1. Dolor de Huesos, de columna o de las articulaciones				
2. Mareos o vahídos				
3. Tos, catarro o gripe				
4. Tobillos hinchados				
5. Cansancio sin razón aparente				
6. Dificultad para dormir				
7. Debilidad en las piernas				
8. Dificultad para respirar o sensación de falta de aire				
9. Palpitaciones/ taquicardia				
10. Dolor u opresión del pecho				
11. Manos o pies fríos				
12. Sueño durante el día				
13. Boca seca				
14. Sensación de nausea o ganas de vomitar				
15. Gases				
16. Levantarse a orinar por las noches				
17. Dificultad para controlar la orina				
18. Zumbido de oídos				
19. Hormigueos en los brazos o en las piernas				
20. Picazón en el cuerpo				
21. Sofocos				
22. Llorar con facilidad				
23. Dolor de cabeza/jaquecas				
24. Malestar estomacal				
25. Pérdida del apetito				
26. Problemas en la piel				

ANEXO C

CUESTIONARIO DE ESTILOS DE HUMOR (CUESTIHU)

D'ANELLO (2008)

Familiarícese bien con la siguiente escala de 6 puntos. Asegúrese de saber el significado de cada número:

1 = total desacuerdo	4 = ligero acuerdo
2 = moderado desacuerdo	5 = moderado acuerdo
3 = ligero desacuerdo	6 = total acuerdo

Para responder **escoja** el número que mejor exprese su opinión (1, 2, 3, 4, 5 ó 6) y escríbalo en el cuadrado a la izquierda de cada ítem. A continuación aparecen 32 ítems. Por favor, respóndalos TODOS. Gracias.

	1. Por lo general no me río ni bromeo mucho con otras personas
	2. Cuando me siento deprimido casi siempre uso el humor para recuperarme
	3. Cuando alguien 'mete la pata' frecuentemente me burlo o lo fastidio
	4. Más frecuentemente de lo que debiera, dejo que la gente se ría de mí o se divierta a mis expensas
	5. Hacer reír a otros no me cuesta mucho. Parece que soy una persona naturalmente humorística
	6. Aun estando solo me divierten las cosas absurdas de la vida
	7. La gente nunca se ofende o se siente molesta por mi sentido del humor
	8. No me importa exponerme al ridículo si eso hace reír a mi familia o mis amigos
	9. Si me siento molesto o infeliz, trato de pensar en algo gracioso para sentirme bien
	10. Trato de que la gente me quiera o me acepte más diciendo algo divertido sobre mis propias tonterías, debilidades o errores
	11. Me río y bromeo en grande con mis mejores amigos
	12. Mi sentido humorístico de la vida me mantiene alejado de la depresión y las incomodidades
	13. No me gusta que la gente use el humor para criticar o ridiculizar a alguien
	14. Normalmente no me gusta contar chistes ni divertir a la gente
	15. Si me siento descontento conmigo mismo hago esfuerzos para pensar en algo divertido y así recuperarme
	16. Frecuentemente exagero humillándome cuando hago bromas o trato de ser gracioso
	17. Disfruto mucho haciendo reír a la gente
	18. Nunca me río de los demás aun cuando todos mis amigos lo estén haciendo
	19. Cuando estoy con los amigos o en familia suelo ser blanco de las bromas y los chistes de los demás
	20. Por lo general no hago bromas con mis amigos
	21. Mi experiencia me dice que pensar en algún aspecto divertido de una situación a menudo es muy efectivo para enfrentar los problemas
	22. Si no me gusta alguien, por lo general uso el humor o la burla para ridiculizarlo
	23. Aun cuando algo me resulte realmente gracioso, no me río ni bromeo si alguien puede ofenderse
	24. Dejar que los otros se rían de mí, es mi manera de mantener a mi familia y amigos de buen ánimo.

ANEXO D

CUESTIONARIO DEL USO DEL HUMOR COMO ESTRATEGIA DE  
ENFRENTAMIENTO DE SITUACIONES ESTRESANTES (ENFREHU)

D'ANELLO (2002)

A continuación Usted encontrará afirmaciones que no son ni verdaderas ni falsas, correctas o incorrectas. Su tarea consiste en señalar en qué grado Usted está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas. Por favor, responda con honestidad. Familiarícese con la siguiente escala de 6 puntos:

1. Completamente en desacuerdo	4. Ligeramente de acuerdo
2. Moderadamente en desacuerdo	5. Moderadamente de acuerdo
3. Ligeramente en desacuerdo	6. Completamente de acuerdo

Escriba el número que mejor exprese su opinión en el espacio en blanco a la izquierda del ítem que está contestando. POR FAVOR, conteste todos los ítems.

	1. Cuando tengo problemas tiendo a perder mi sentido del humor
	2. Con frecuencia mis problemas se reducen considerablemente cuando trato de encontrarles algo divertido
	3. Cuando estoy en situaciones tensas trato de encontrar algo cómico que decir
	4. Debo admitir que mi vida sería más llevadera si tuviera mejor sentido del humor
	5. Aún en situaciones estresantes, generalmente encuentro algo de que reír o hacer broma
	6. Mi experiencia me ha enseñado que el uso del humor es una forma efectiva de enfrentar los problemas
	7. He sentido con frecuencia que si me encuentro en una situación en la que tengo que reír o llorar, es mejor reír

ANEXO E

ESCALA DE DISPOSICIÓN A FLUIR EN EL TRABAJO (EDFT-2)

MILLÁN, D'AUBETERRE Y GARASSINI (2011)

A continuación aparecen una serie de comentarios que describen, sentimientos y opiniones con respecto al trabajo diario. Lee cada uno de los comentarios y marca con una equis (X), aquel con el cual te sientas más de acuerdo. No dediques mucho tiempo a cada pregunta, elige aquella opción que refleje la opción más cercana a tu parecer.

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De Acuerdo	Muy de Acuerdo
01	Estar en mi trabajo me hace sentirme muy bien.					
02	No me cuesta poner toda mi atención en lo que estoy haciendo en el trabajo					
03	Siento un control total de mi cuerpo y mente mientras trabajo					
04	Pierdo la noción del tiempo durante el trabajo.					
05	Siento que soy lo suficientemente capaz para estar a la altura de las dificultades en una situación de trabajo.					
06	Para mí el trabajo es una experiencia muy valiosa y reconfortante.					
07	En mi trabajo, estoy consciente de lo bien que lo estoy haciendo					
08	Mi trabajo es un reto para mí, pero sé que tengo toda la capacidad para superarlo					
09	Mis objetivos con respecto a mi trabajo, están claramente definidos					
10	Cuando trabajo, siento como si el tiempo pasara muy rápido.					
11	Hago mi trabajo de forma espontánea y automáticamente					
12	Siento que tengo control total de lo que hago cuando estoy trabajando					
13	Cuando estoy trabajando, el tiempo parece ir más lento o más rápido					
14	Siento que tengo control sobre mi trabajo.					
15	Realmente disfruto haciendo mi trabajo					
16	Estoy seguro(a) de lo que quiero hacer en mi trabajo					
17	Hago de forma automática (sin pensarlo mucho), las actividades correctas para resolver los desafíos de mi trabajo					
18	Mi actuación es para mí un feedback (retroalimentación), de que tan bien hago mi trabajo.					
19	Me gustaba mucho lo que experimento cuando estoy trabajando y me gustaría volverlo a sentir de nuevo.					
20	No es un esfuerzo el mantenerme concentrado en mi trabajo.					
21	Ejecuto mi trabajo de forma automática					
22	El paso del tiempo parece diferente al normal cuando estoy trabajando.					
23	En mi trabajo, sé lo que quiero conseguir.					
24	Siento que tengo un control total de lo que hago en mi trabajo					

ANEXO F

HOJA DE IDENTIFICACIÓN

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 les resguarda la confidencialidad.

Sexo: F:\_\_\_\_ M:\_\_\_\_

Edad:\_\_\_\_\_

Departamento:\_\_\_\_\_

¿Qué turno regularmente desempeña usted?

Mañana:\_\_\_\_\_ Tarde:\_\_\_\_\_ Noche:\_\_\_\_\_

## ANEXO G

### Análisis de Confiabilidad de los Instrumentos

G1 Análisis de confiabilidad del Cuestionario del uso del Humor como Estrategia de Enfrentamiento de Situaciones Estresantes (ENFREHU)

**Estadísticos de los elementos**

	Media	Desviación típica	N
Cuando tengo problemas tiendo a perder mi sentido del humor	3,04	1,788	117
Con frecuencia mis problemas se reducen considerablemente cuando trato de encontrarles algo divertido	4,44	1,528	117
Cuando estoy en situaciones tensas trato de encontrar algo cómico que decir	3,88	1,922	117
Debo admitir que mi vida sería más llevadera si tuviera mejor sentido del humor	3,85	2,172	117
Aún en situaciones estresantes, generalmente encuentro algo de que reír o hacer reír o hacer broma	4,50	1,478	117
Mi experiencia me ha enseñado que el uso del humor es una forma efectiva de enfrentar los problema	4,95	1,607	117
He sentido con frecuencia que si me encuentro en una situación en la que tengo que reír o llorar, es mejor reír	4,86	1,525	117

**Estadísticos de la escala**

Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
29,52	40,734	6,382	7

**Estadísticos total-elemento**

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Cuando tengo problemas tiendo a perder mi sentido del humor	26,48	35,045	,118	,589
Con frecuencia mis problemas se reducen considerablemente cuando trato de encontrarles algo divertido	25,09	31,165	,424	,480
Cuando estoy en situaciones tensas trato de encontrar algo cómico que decir	25,64	28,818	,399	,478
Debo admitir que mi vida sería más llevadera si tuviera mejor sentido del humor	25,68	31,532	,184	,579
Aún en situaciones estresantes, generalmente encuentro algo de que reír o hacer reír o hacer broma	25,02	33,862	,273	,532
Mi experiencia me ha enseñado que el uso del humor es una forma efectiva de enfrentar los problemas	24,57	31,661	,359	,501
He sentido con frecuencia que si me encuentro en una situación en la que tengo que reír o llorar, es mejor reír	24,66	32,623	,332	,512

**Estadísticos de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,564	7

## G2 Análisis de confiabilidad del Cuestionario de Estilos de Humor (CUESTIHU)

### Estadísticos de los elementos

	Media	Desviación típica	N
Por lo general no me río ni bromeo mucho con otras personas	2,86	2,017	111
Cuando me siento deprimido casi siempre uso el humor para recuperarme	4,51	1,705	111
Cuando alguien mete la pata frecuentemente me burlo o lo fastidio	1,59	1,231	111
Más frecuentemente de lo que debiera, dejo que la gente se ría de mí o se divierta a mis expensas	2,04	1,501	111
Hacer reír a otros no me cuesta mucho. Parece que soy una persona naturalmente humorística	4,06	1,815	111
Aun estando dolo me divierten las cosas absurdas de la vida	3,58	1,957	111
La gente nunca se ofende o se siente molesta por mi sentido del humor	4,22	1,781	111
No me importa exponerme al ridículo si eso hace reír a mi familia o mis amigos	2,72	1,913	111
Si me siento molesto o infeliz, trato de pensar en algo gracioso para sentirme bien	4,68	1,573	111
Trato de que la gente me quiera o me acepte mas diciendo algo divertido sobre mis propias tonterías, debilidades y errores	2,62	1,809	111
Me río y bromeo en grande con mis mejores amigos	5,49	1,086	111
Mi sentido humorístico de la vida me mantiene alejado de la depresión y las incomodidades	4,55	1,600	111
No me gusta que la gente use el humor para criticar o ridiculizar a alguien	4,16	2,176	111
Normalmente no me gusta contar chistes ni divertirme a la gente	2,78	1,786	111
Si me siento descontento conmigo mismo hago esfuerzos para pensar en algo divertido y así recuperarme	4,87	1,544	111
Frecuentemente exagero humillándome cuando hago bromas o trato de ser graciosos	1,41	1,049	111
Disfruto mucho haciendo reír a la gente	4,58	1,638	111
Nunca me río de los demás aun cuando todos mis amigos lo estén haciendo	3,80	1,920	111
Cuando estoy con los amigos o en familia suelo ser blanco de las bromas y los chistes de los demás	2,58	1,881	111
Por lo general no hago bromas con mis amigos	2,72	1,913	111
Mi experiencia me dice que pensar en algún aspecto divertido de una situación a menudo es muy efectivo para enfrentar los problemas	5,07	1,319	111
Si no me gusta alguien, por lo general uso el humor o la burla para ridiculizarlo	1,28	,916	111
Aun cuando algo me resulte realmente gracioso, no me río ni bromeo si alguien puede ofenderse	3,85	2,037	111
Dejar que los otros se rían de mí, es mi manera de mantener a mi familia y amigos de buen ánimo	1,89	1,557	111

**Estadísticos de la escala**

Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
81,91	247,646	15,737	24

**Estadísticos total-elemento**

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Por lo general no me río ni bromeo mucho con otras personas	79,05	241,270	,037	,767
Cuando me siento deprimido casi siempre uso el humor para recuperarme	77,40	226,423	,357	,743
Cuando alguien mete la pata frecuentemente me burlo o lo fastidio	80,32	246,472	-,009	,762
Más frecuentemente de lo que debiera, dejo que la gente se ría de mí o se divierta a mis expensas	79,87	232,929	,272	,749
Hacer reír a otros no me cuesta mucho. Parece que soy una persona naturalmente humorística	77,85	220,113	,450	,737
Aun estando dolo me divierten las cosas absurdas de la vida	78,33	220,061	,409	,739
La gente nunca se ofende o se siente molesta por mi sentido del humor	77,69	217,469	,514	,732
No me importa exponerme al ridículo si eso hace reír a mi familia o mis amigos	79,19	219,228	,437	,737
Si me siento molesto o infeliz, trato de pensar en algo gracioso para sentirme bien	77,23	232,326	,268	,749
Trato de que la gente me quiera o me acepte mas diciendo algo divertido sobre mis propias tonterías, debilidades y errores	79,29	216,716	,519	,732
Me río y bromeo en grande con mis mejores amigos	76,42	234,719	,353	,746
Mi sentido humorístico de la vida me mantiene alejado de la depresión y las incomodidades	77,36	220,905	,509	,734
No me gusta que la gente use el humor para criticar o ridiculizar a alguien	77,75	222,918	,308	,747
Normalmente no me gusta contar chistes ni divertirme a la gente	79,13	246,111	-,030	,769
Si me siento descontento conmigo mismo hago esfuerzos para pensar en algo divertido y así recuperarme	77,04	231,726	,288	,748
Frecuentemente exagero humillándome cuando hago bromas o trato de ser graciosos	80,50	241,598	,152	,755
Disfruto mucho haciendo reír a la gente	77,33	219,206	,531	,732

Nunca me río de los demás aun cuando todos mis amigos lo estén haciendo	78,11	231,552	,212	,754
Cuando estoy con los amigos o en familia suelo ser blanco de las bromas y los chistes de los demás	79,33	225,006	,339	,744
Por lo general no hago bromas con mis amigos	79,19	228,737	,264	,750
Mi experiencia me dice que pensar en algún aspecto divertido de una situación a menudo es muy efectivo para enfrentar los problemas	76,84	230,701	,379	,744
Si no me gusta alguien, por lo general uso el humor o la burla para ridiculizarlo	80,63	247,799	-,034	,761
Aun cuando algo me resulte realmente gracioso, no me río ni bromeo si alguien puede ofenderse	78,06	231,405	,195	,756
Dejar que los otros se rían de mí, es mi manera de mantener a mi familia y amigos de buen ánimo	80,02	231,145	,297	,747

**Estadísticos de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,756	24

G3 Análisis de confiabilidad del Cuestionario de Salud General de Goldberg de 28 ítems (GHQ-28).

**Estadísticos de los elementos**

	Media	Desviación típica	N
¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?	2,57	,945	97
¿Ha tenido la sensación de que necesita un reconstituyente?	1,70	,970	97
¿Se ha sentido agotado y sin fuerza para nada?	1,58	,840	97
¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?	1,52	,831	97
¿Ha padecido de dolores de cabeza?	1,93	,971	97
¿Ha tenido la sensación de opresión en la cabeza le va a estallar?	1,69	1,054	97
¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?	1,56	,901	97
¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño?	1,64	,868	97
¿Ha tenido dificultades para dormir seguido toda la noche?	1,56	,829	97
¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?	1,47	,751	97
¿Se ha notado con los nervios a flor de piel y malhumorado?	1,32	,622	97
¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?	1,27	,700	97
¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?	1,44	,829	97
¿Se ha notado nervioso y a punto de explotar?	1,40	,799	97
¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?	2,76	,977	97
¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?	3,52	,723	97
¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?	2,39	,896	97
¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	1,91	,830	97
¿Ha sentido que ha desempeñado un papel útil en la vida?	1,65	,708	97
¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	1,67	,800	97
¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	1,96	,934	97
¿Ha pensado que usted es una persona que no vale la pena para nada?	1,19	,682	97
¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanzas?	1,09	,435	97
¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?	1,07	,389	97
¿Ha pensado en la posibilidad de quitarse del medio?	1,05	,335	97
¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios alterados?	1,10	,420	97
¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?	1,04	,320	97
¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?	1,06	,348	97

**Estadísticos de la escala**

Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
46,10	81,302	9,017	28

**Estadísticos total-elemento**

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento- total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?	43,54	75,918	,273	,824
¿Ha tenido la sensación de que necesita un reconstituyente?	44,40	71,118	,565	,810
¿Se ha sentido agotado y sin fuerza para nada?	44,53	71,648	,630	,808
¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?	44,59	71,557	,644	,808
¿Ha padecido de dolores de cabeza?	44,18	71,042	,569	,810
¿Ha tenido la sensación de opresión en la cabeza le va a estallar?	44,41	69,432	,612	,807
¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?	44,55	72,000	,555	,811
¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño?	44,46	74,689	,390	,818
¿Ha tenido dificultades para dormir seguido toda la noche?	44,55	73,563	,496	,814
¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?	44,63	72,277	,662	,808
¿Se ha notado con los nervios a flor de piel y malhumorado?	44,78	75,442	,507	,815
¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?	44,84	74,556	,518	,814
¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?	44,66	73,248	,519	,813
¿Se ha notado nervioso y a punto de explotar?	44,70	73,483	,524	,813
¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?	43,34	83,123	-,156	,843
¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?	42,59	84,307	-,266	,840
¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?	43,71	80,374	,008	,834
¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	44,20	77,263	,229	,825
¿Ha sentido que ha desempeñado un papel útil en la vida?	44,45	80,480	,025	,831
¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	44,43	79,623	,073	,830
¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	44,14	77,041	,206	,826
¿Ha pensado que usted es una persona que no vale la pena para nada?	44,92	78,160	,222	,824
¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanzas?	45,01	77,823	,429	,819
¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?	45,03	78,197	,430	,820
¿Ha pensado en la posibilidad de quitarse del medio?	45,05	78,987	,370	,822
¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios alterados?	45,00	77,354	,510	,818
¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?	45,06	78,850	,413	,821
¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?	45,04	78,894	,370	,822

**Estadísticos de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,825	28

G4 Análisis de confiabilidad del Cuestionario de Salud Física.

**Estadísticos de los elementos**

	Media	Desviación típica	N
Dolor de Hueso, de columna o de las articulaciones	,86	,745	102
Mareos o vahídos	,53	,727	102
Tos, catarro o gripe	,68	,647	102
Tobillos hinchados	,24	,600	102
Cansancio sin razón aparente	,44	,683	102
Dificultad para dormir	,52	,685	102
Debilidad en las piernas	,47	,805	102
Dificultad para respirar o sensación de falta de aire	,30	,672	102
Palpitaciones/Taquicardia	,35	,608	102
Dolor u opresión del pecho	,23	,543	102
Manos o pies fríos	,25	,521	102
Sueño durante el día	,97	,667	102
Boca seca	,32	,583	102
Sensación de nausea o ganas de vomitar	,47	,727	102
Gases	1,15	,849	102
Levantarse a orinar por las noches	1,02	,645	102
Dificultad para controlar la orina	,18	,552	102
Zumbido de oídos	,20	,468	102
Hormigueo en los brazos o en las piernas	,37	,674	102
Picazón en el cuerpo	,30	,577	102
Sofocos	,27	,566	102
Llorar con facilidad	,68	,810	102
Dolor de cabeza/jaquecas	,84	,805	102
Malestar estomacal	,83	,759	102
Pérdida del apetito	,34	,621	102
Problemas en la piel	,26	,612	102

**Estadísticos de la escala**

Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
13,09	100,101	10,005	26

**Estadísticos total-elemento**

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento- total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Dolor de Hueso, de columna o de las articulaciones	12,23	90,889	,609	,916
Mareos o vahídos	12,56	90,289	,672	,914
Tos, catarro o gripe	12,41	95,156	,358	,920
Tobillos hinchados	12,85	93,216	,563	,917
Cansancio sin razón aparente	12,65	90,726	,684	,914
Dificultad para dormir	12,57	92,763	,520	,917
Debilidad en las piernas	12,62	89,486	,655	,915
Dificultad para respirar o sensación de falta de aire	12,78	91,458	,638	,915
Palpitaciones/Taquicardia	12,74	93,424	,537	,917
Dolor u opresión del pecho	12,86	93,169	,633	,916
Manos o pies fríos	12,83	93,190	,661	,916
Sueño durante el día	12,12	93,808	,453	,918
Boca seca	12,76	94,221	,490	,918
Sensación de nausea o ganas de vomitar	12,62	91,110	,610	,916
Gases	11,94	92,155	,443	,919
Levantarse a orinar por las noches	12,07	95,411	,339	,920
Dificultad para controlar la orina	12,91	94,913	,454	,918
Zumbido de oídos	12,89	94,216	,624	,916
Hormigueo en los brazos o en las piernas	12,72	92,661	,539	,917
Picazón en el cuerpo	12,78	94,567	,464	,918
Sofocos	12,81	95,262	,409	,919
Llorar con facilidad	12,41	93,472	,381	,920
Dolor de cabeza/jaquecas	12,25	90,068	,614	,916
Malestar estomacal	12,25	90,825	,601	,916
Pérdida del apetito	12,75	92,449	,608	,916
Problemas en la piel	12,82	95,077	,389	,919

**Estadísticos de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,920	26

G5 Análisis de confiabilidad de la Escala de Disposición a Fluir en el Trabajo (EDFT-2).

**Estadísticos de los elementos**

	Media	Desviación típica	N
Estar en mi trabajo me hace sentirme muy bien	3,35	,822	91
No me cuesta poner toda mi atención en lo que estoy haciendo en el trabajo	3,25	,889	91
Siento un control total de mi cuerpo y mente mientras trabajo	3,40	,665	91
Pierdo la noción del tiempo durante el trabajo	2,04	1,475	91
Siento que soy lo suficientemente capaz para estar a la altura de las dificultades en una situación de trabajo	3,52	,639	91
Para mí el trabajo es una experiencia muy valiosa y reconfortante	3,59	,516	91
En mi trabajo, estoy consciente de lo bien que lo estoy haciendo	3,54	,544	91
Mi trabajo es un reto para mí, pero sé que tengo toda la capacidad para superarlo	3,59	,557	91
Mis objetivos con respecto a mi trabajo, están claramente definidos	3,64	,483	91
Cuando trabajo, siento como si el tiempo pasara muy rápido	3,05	1,026	91
Hago mi trabajo de forma espontanea y automáticamente	2,97	1,059	91
Siento que tengo control total de lo que hago cuando estoy trabajando	3,26	,728	91
Cuando estoy trabajando, siento como si el tiempo pasara muy rápido	2,56	1,128	91
Siento que tengo control sobre mi trabajo	3,34	,670	91
Realmente disfruto haciendo mi trabajo	3,49	,603	91
Estoy seguro de lo que quiero hacer en mi trabajo	3,51	,673	91
Hago de forma automática, las actividades correctas para resolver los desafíos	2,95	1,047	91
Mi actuación es para mí un feedback, de que tan bien hago mi trabajo	3,05	,848	91
Me gustaba mucho lo que experimento cuando estoy trabajando y me gustaría volverlo a sentir de nuevo	3,16	,793	91
No es un esfuerzo el mantenerme concentrado en mi trabajo	3,09	1,050	91

**Estadísticos de la escala**

Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
64,36	75,345	8,680	20

**Estadísticos total-elemento**

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento- total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Estar en mi trabajo me hace sentirme muy bien	61,01	70,367	,312	,850
No me cuesta poner toda mi atención en lo que estoy haciendo en el trabajo	61,11	67,832	,459	,844
Siento un control total de mi cuerpo y mente mientras trabajo	60,97	69,566	,481	,844
Pierdo la noción del tiempo durante el trabajo	62,32	67,131	,250	,864
Siento que soy lo suficientemente capaz para estar a la altura de las dificultades en una situación de trabajo	60,85	68,954	,564	,842
Para mí el trabajo es una experiencia muy valiosa y reconfortante	60,77	70,713	,503	,845
En mi trabajo, estoy consciente de lo bien que lo estoy haciendo	60,82	69,702	,589	,842
Mi trabajo es un reto para mí, pero sé que tengo toda la capacidad para superarlo	60,77	70,335	,503	,844
Mis objetivos con respecto a mi trabajo, están claramente definidos	60,73	70,757	,535	,844
Cuando trabajo, siento como si el tiempo pasara muy rápido	61,31	66,771	,449	,845
Hago mi trabajo de forma espontanea y automáticamente	61,40	67,064	,413	,847
Siento que tengo control total de lo que hago cuando estoy trabajando	61,10	69,090	,473	,844
Cuando estoy trabajando, siento como si el tiempo pasara muy rápido	61,80	68,160	,318	,852
Siento que tengo control sobre mi trabajo	61,02	69,288	,502	,843
Realmente disfruto haciendo mi trabajo	60,87	69,494	,546	,843
Estoy seguro de lo que quiero hacer en mi trabajo	60,86	68,324	,590	,840
Hago de forma automática, las actividades correctas para resolver los desafíos	61,42	67,246	,408	,847
Mi actuación es para mí un feedback, de que tan bien hago mi trabajo	61,31	67,726	,494	,843
Me gustaba mucho lo que experimento cuando estoy trabajando y me gustaría volverlo a sentir de nuevo	61,20	67,360	,565	,840
No es un esfuerzo el mantenerme concentrado en mi trabajo	61,27	64,713	,564	,839

**Estadísticos de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,852	20

## ANEXO H

### Análisis de la Estructura Factorial de los Instrumentos

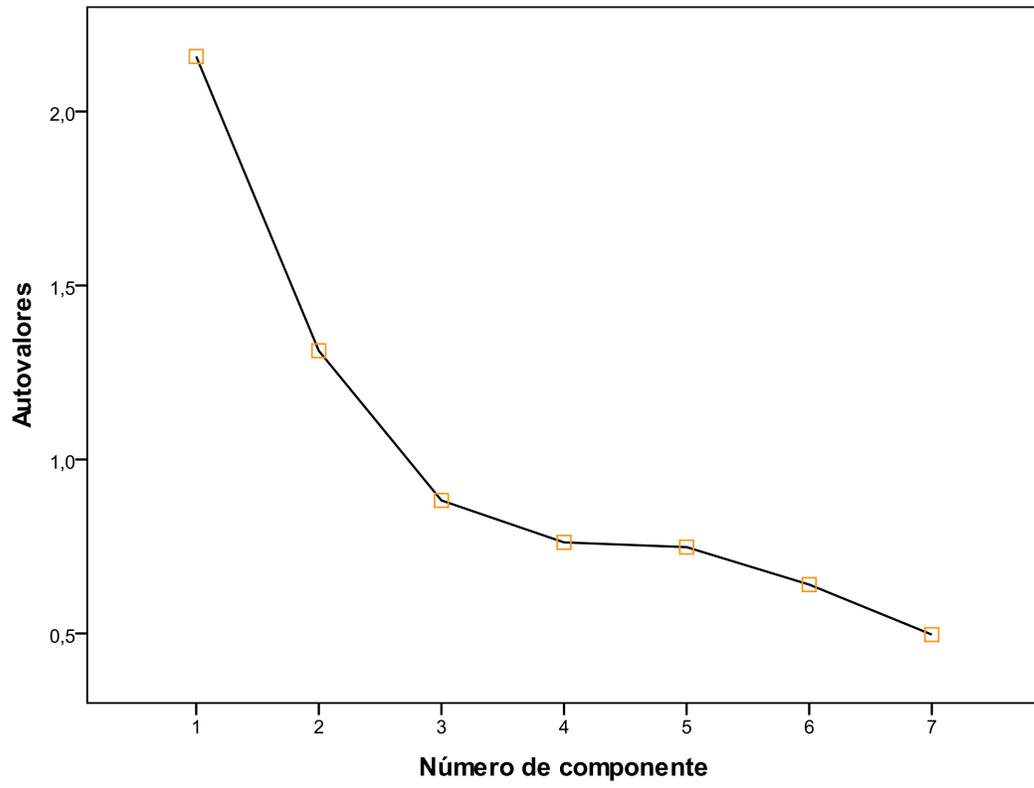
H1 Cuestionario del uso del Humor como Estrategia de Enfrentamiento de Situaciones Estresantes (ENFREHU)

**Varianza total explicada**

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
	1	2,158	30,830	30,830	2,158	30,830
2	1,312	18,750	49,580			
3	,882	12,604	62,184			
4	,762	10,882	73,067			
5	,748	10,688	83,754			
6	,640	9,149	92,903			
7	,497	7,097	100,000			

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

**Gráfico de sedimentación**



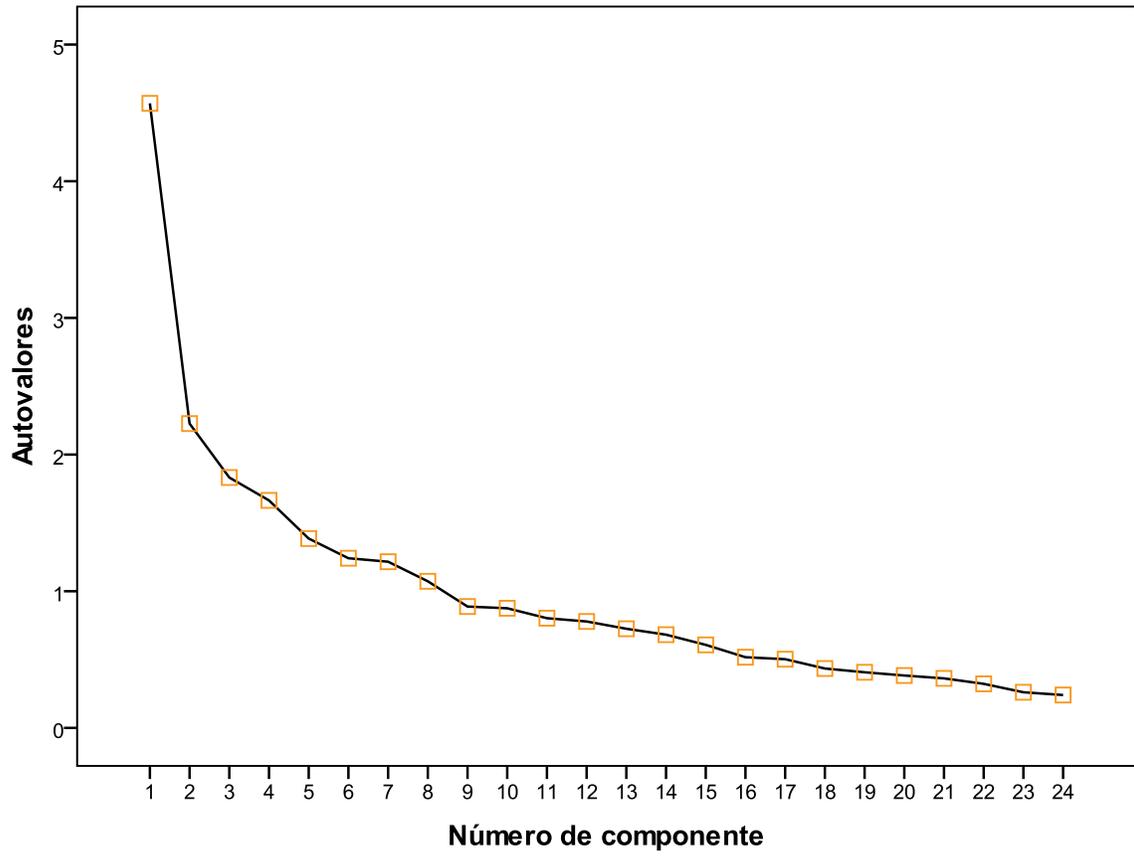
H2 Cuestionario de Estilos de Humor (CUESTIHU).

**Varianza total explicada**

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación	
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	Total	% de la varianza
	1	4,570	19,041	19,041	4,570	19,041	3,253
2	2,227	9,277	28,318	2,227	9,277	2,765	11,521
3	1,832	7,633	35,952	1,832	7,633	2,425	10,106
4	1,665	6,936	42,888	1,665	6,936	1,849	7,705
5	1,386	5,773	48,661				
6	1,241	5,173	53,834				
7	1,216	5,067	58,900				
8	1,073	4,470	63,370				
9	,888	3,700	67,070				
10	,875	3,648	70,718				
11	,803	3,345	74,063				
12	,779	3,244	77,307				
13	,726	3,023	80,330				
14	,682	2,842	83,172				
15	,608	2,532	85,704				
16	,517	2,155	87,859				
17	,503	2,095	89,954				
18	,435	1,811	91,764				
19	,407	1,696	93,461				
20	,383	1,597	95,058				
21	,362	1,510	96,567				
22	,322	1,343	97,911				
23	,261	1,087	98,998				
24	,241	1,002	100,000				

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

**Gráfico de sedimentación**



Matriz de componentes rotados<sup>a</sup>

	Componente			
	1	2	3	4
Por lo general no me río ni bromeo mucho con otras personas	,684			
Cuando me siento deprimido casi siempre uso el humor para recuperarme		,727		
Cuando alguien mete la pata frecuentemente me burlo o lo fastidio			,387	
Más frecuentemente de lo que debiera, dejo que la gente se ría de mí o se divierta a mis expensas				,466
Hacer reír a otros no me cuesta mucho. Parece que soy una persona naturalmente humorística	,554			
Aun estando solo me divierten las cosas absurdas de la vida		,433		
La gente nunca se ofende o se siente molesta por mi sentido del humor			,473	
No me importa exponerme al ridículo si eso hace reír a mi familia o mis amigos				,601
Si me siento molesto o infeliz, trato de pensar en algo gracioso para sentirme bien		,571		
Trato de que la gente me quiera o me acepte mas diciendo algo divertido sobre mis propias tonterías, debilidades y errores				,680
Me río y bromeo en grande con mis mejores amigos	,377			
Mi sentido humorístico de la vida me mantiene alejado de la depresión y las incomodidades		,769		
No me gusta que la gente use el humor para criticar o ridiculizar a alguien			,608	
Normalmente no me gusta contar chistes ni divertirme a la gente	,666			
Si me siento descontento conmigo mismo hago esfuerzos para pensar en algo divertido y así recuperarme		,485		
Frecuentemente exagero humillándome cuando hago bromas o trato de ser graciosos				,455
Disfruto mucho haciendo reír a la gente	,607			
Nunca me río de los demás aun cuando todos mis amigos lo estén haciendo			,680	
Cuando estoy con los amigos o en familia suelo ser blanco de las bromas y los chistes de los demás				,596
Por lo general no hago bromas con mis amigos	,753			
Mi experiencia me dice que pensar en algún aspecto divertido de una situación a menudo es muy efectivo para enfrentar los problemas		,508		
Si no me gusta alguien, por lo general uso el humor o la burla para ridiculizarlo			-,359	
Aun cuando algo me resulte realmente gracioso, no me río ni bromeo si alguien puede ofenderse			,469	
Dejar que los otros se rían de mí, es mi manera de mantener a mi familia y amigos de buen ánimo				,658

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

Matriz de componentes rotados<sup>a</sup>

	Componente			
	1	2	3	4
Por lo general no me río ni bromeo mucho con otras personas	,684			
Cuando me siento deprimido casi siempre uso el humor para recuperarme		,727		
Cuando alguien mete la pata frecuentemente me burlo o lo fastidio			,387	
Más frecuentemente de lo que debiera, dejo que la gente se ría de mí o se divierta a mis expensas				,466
Hacer reír a otros no me cuesta mucho. Parece que soy una persona naturalmente humorística	,554			
Aun estando solo me divierten las cosas absurdas de la vida		,433		
La gente nunca se ofende o se siente molesta por mi sentido del humor			,473	
No me importa exponerme al ridículo si eso hace reír a mi familia o mis amigos				,601
Si me siento molesto o infeliz, trato de pensar en algo gracioso para sentirme bien		,571		
Trato de que la gente me quiera o me acepte mas diciendo algo divertido sobre mis propias tonterías, debilidades y errores				,680
Me río y bromeo en grande con mis mejores amigos	,377			
Mi sentido humorístico de la vida me mantiene alejado de la depresión y las incomodidades		,769		
No me gusta que la gente use el humor para criticar o ridiculizar a alguien			,608	
Normalmente no me gusta contar chistes ni divertirme a la gente	,666			
Si me siento descontento conmigo mismo hago esfuerzos para pensar en algo divertido y así recuperarme		,485		
Frecuentemente exagero humillándome cuando hago bromas o trato de ser graciosos				,455
Disfruto mucho haciendo reír a la gente	,607			
Nunca me río de los demás aun cuando todos mis amigos lo estén haciendo			,680	
Cuando estoy con los amigos o en familia suelo ser blanco de las bromas y los chistes de los demás				,596
Por lo general no hago bromas con mis amigos	,753			
Mi experiencia me dice que pensar en algún aspecto divertido de una situación a menudo es muy efectivo para enfrentar los problemas		,508		
Si no me gusta alguien, por lo general uso el humor o la burla para ridiculizarlo			-,359	
Aun cuando algo me resulte realmente gracioso, no me río ni bromeo si alguien puede ofenderse			,469	
Dejar que los otros se rían de mí, es mi manera de mantener a mi familia y amigos de buen ánimo				,658

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 5 iteraciones.

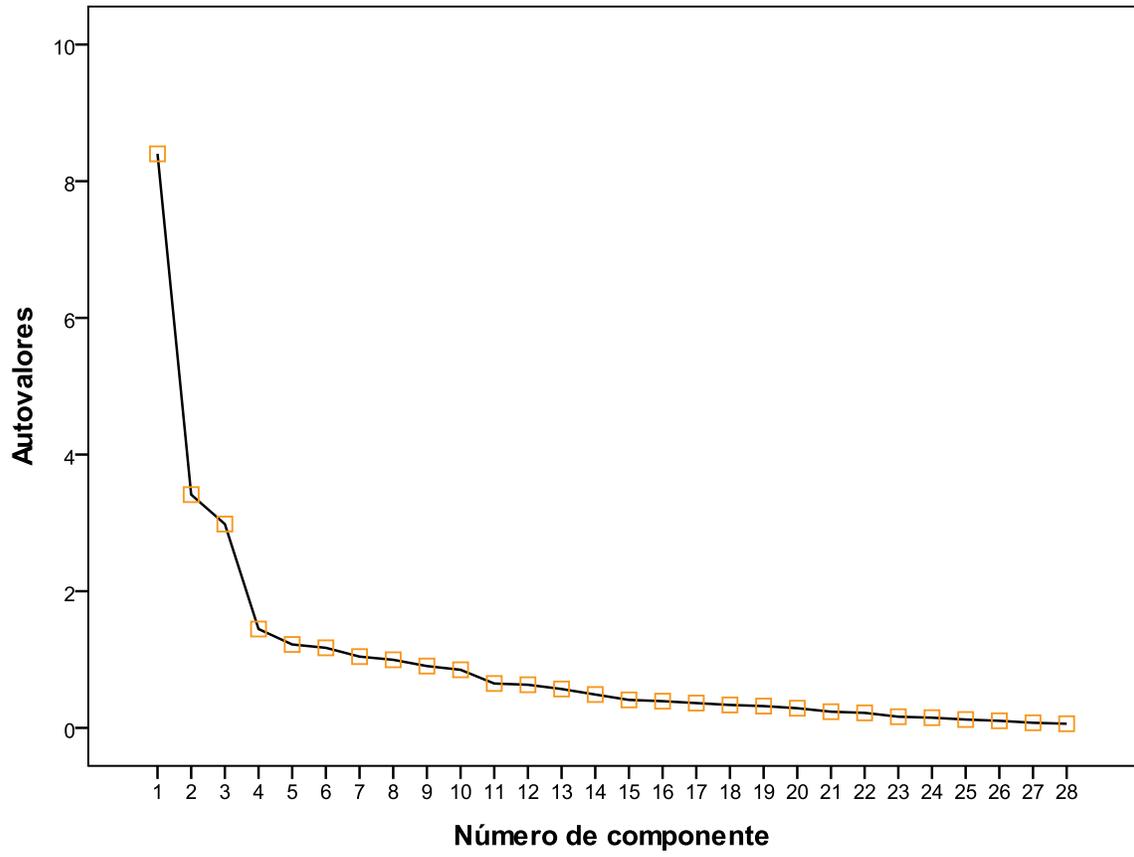
### H3 Cuestionario de Salud General de Goldberg de 28 ítems (GHQ-28).

#### Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
	1	8,400	30,001	30,001	8,400	30,001	30,001	6,302	22,508
2	3,413	12,190	42,192	3,413	12,190	42,192	5,150	18,394	40,903
3	2,982	10,652	52,843	2,982	10,652	52,843	3,343	11,941	52,843
4	1,447	5,167	58,010						
5	1,221	4,359	62,369						
6	1,172	4,184	66,553						
7	1,043	3,724	70,278						
8	,996	3,558	73,835						
9	,904	3,230	77,066						
10	,850	3,035	80,101						
11	,649	2,318	82,419						
12	,631	2,253	84,673						
13	,569	2,032	86,705						
14	,488	1,742	88,447						
15	,409	1,462	89,909						
16	,391	1,396	91,305						
17	,363	1,296	92,600						
18	,336	1,198	93,799						
19	,319	1,139	94,937						
20	,288	1,028	95,965						
21	,237	,845	96,810						
22	,220	,785	97,595						
23	,163	,584	98,179						
24	,149	,532	98,711						
25	,122	,436	99,147						
26	,104	,370	99,517						
27	,075	,266	99,783						
28	,061	,217	100,000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

**Gráfico de sedimentación**



**Matriz de componentes rotados<sup>a</sup>**

	Componente		
	1	2	3
¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?	,535		
¿Ha tenido la sensación de que necesita un reconstituyente?	,740		
¿Se ha sentido agotado y sin fuerza para nada?	,761		
¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?	,724		
¿Ha padecido de dolores de cabeza?	,724		
¿Ha tenido la sensación de opresión en la cabeza le va a estallar?	,737		
¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?	,657		
¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño?	,536		
¿Ha tenido dificultades para dormir seguido toda la noche?	,614		
¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?	,713		
¿Se ha notado con los nervios a flor de piel y malhumorado?	,498		
¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?	,550		
¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?	,664		
¿Se ha notado nervioso y a punto de explotar?	,669		
¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?			,367
¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?			-,383
¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?			,577
¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?			,812
¿Ha sentido que ha desempeñado un papel útil en la vida?			,764
¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?			,692
¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?			,743
¿Ha pensado que usted es una persona que no vale la pena para nada?		,523	
¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanzas?		,771	
¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?		,857	
¿Ha pensado en la posibilidad de quitarse del medio?		,857	
¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios alterados?		,721	
¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?		,882	
¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?		,841	

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 5 iteraciones.

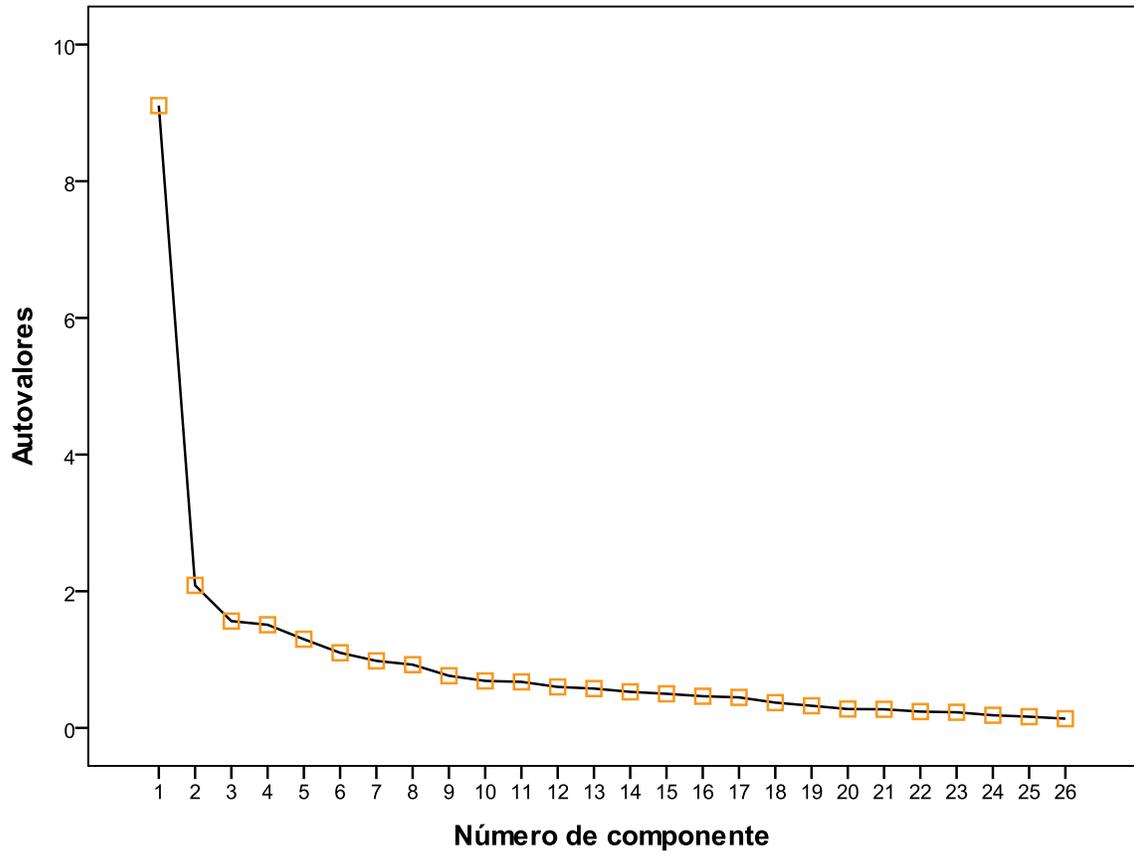
#### H4 Cuestionario de Salud Física

##### Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
	1	9,107	35,029	35,029	9,107	35,029	35,029	6,696	25,752
2	2,086	8,024	43,053	2,086	8,024	43,053	4,498	17,301	43,053
3	1,563	6,011	49,064						
4	1,509	5,805	54,869						
5	1,298	4,992	59,861						
6	1,099	4,228	64,088						
7	,981	3,773	67,861						
8	,925	3,559	71,420						
9	,763	2,935	74,355						
10	,688	2,645	77,000						
11	,674	2,592	79,591						
12	,600	2,307	81,898						
13	,576	2,214	84,112						
14	,528	2,030	86,142						
15	,499	1,919	88,061						
16	,464	1,783	89,844						
17	,447	1,718	91,561						
18	,370	1,423	92,985						
19	,324	1,246	94,231						
20	,276	1,062	95,293						
21	,272	1,047	96,340						
22	,239	,918	97,259						
23	,228	,879	98,137						
24	,185	,712	98,849						
25	,164	,632	99,481						
26	,135	,519	100,000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

**Gráfico de sedimentación**



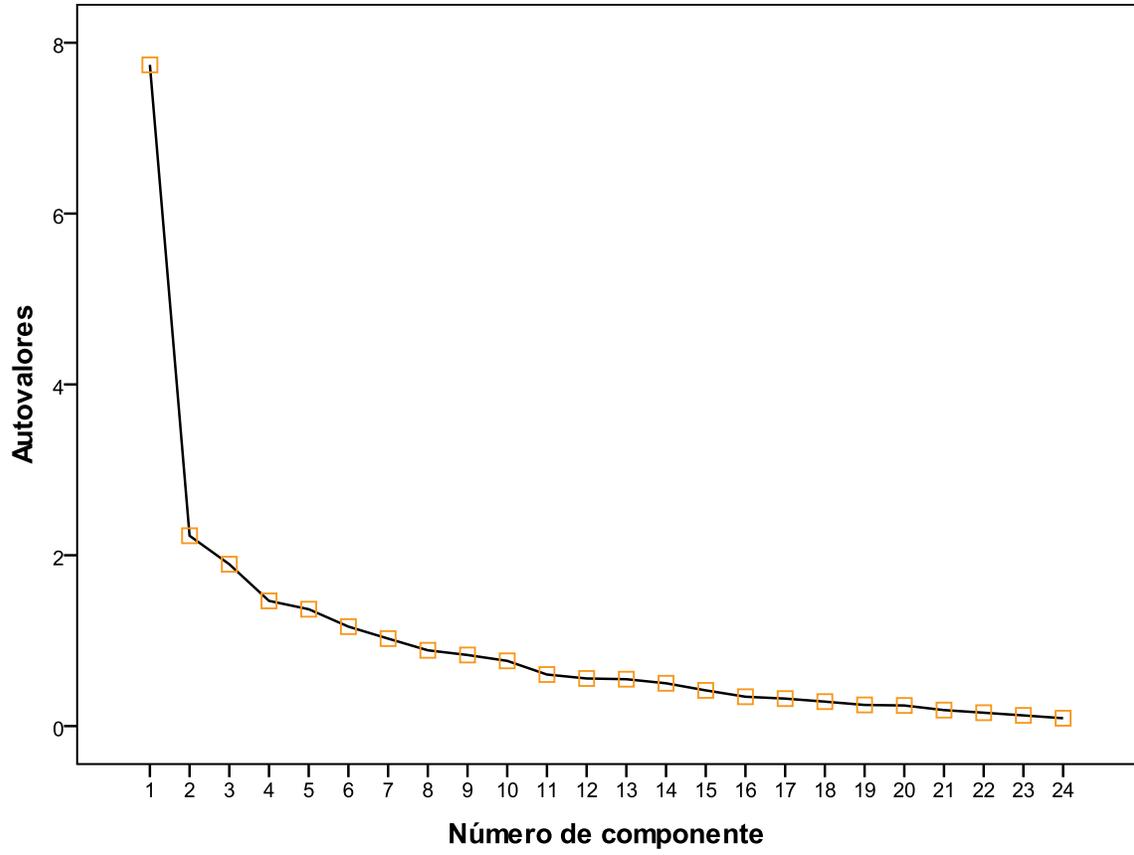
H5 Escala de Disposición a Fluir en el Trabajo (EDFT-2).

**Varianza total explicada**

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
	1	7,741	32,254	32,254	7,741	32,254	32,254	4,733	19,721
2	2,228	9,285	41,539	2,228	9,285	41,539	3,528	14,698	34,419
3	1,895	7,894	49,433	1,895	7,894	49,433	2,393	9,971	44,390
4	1,466	6,108	55,541	1,466	6,108	55,541	2,352	9,799	54,190
5	1,368	5,701	61,242	1,368	5,701	61,242	1,693	7,053	61,242
6	1,164	4,852	66,094						
7	1,024	4,267	70,362						
8	,887	3,697	74,058						
9	,832	3,468	77,526						
10	,764	3,182	80,708						
11	,604	2,516	83,224						
12	,557	2,322	85,546						
13	,549	2,287	87,833						
14	,501	2,088	89,921						
15	,418	1,742	91,663						
16	,344	1,432	93,095						
17	,322	1,340	94,435						
18	,286	1,193	95,628						
19	,247	1,031	96,659						
20	,241	1,005	97,664						
21	,187	,780	98,444						
22	,156	,652	99,096						
23	,125	,521	99,616						
24	,092	,384	100,000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

**Gráfico de sedimentación**



**Matriz de componentes rotados<sup>a</sup>**

	Componente				
	1	2	3	4	5
Estar en mi trabajo me hace sentirme muy bien		,522			
No me cuesta poner toda mi atención en lo que estoy haciendo en el trabajo					,763
Siento un control total de mi cuerpo y mente mientras trabajo	,507				
Pierdo la noción del tiempo durante el trabajo				,742	
Siento que soy lo suficientemente capaz para estar a la altura de las dificultades en una situación de trabajo	,643				
Para mí el trabajo es una experiencia muy valiosa y reconfortante		,670			
En mi trabajo, estoy consciente de lo bien que lo estoy haciendo	,755				
Mi trabajo es un reto para mí, pero sé que tengo toda la capacidad para superarlo		,762			
Mis objetivos con respecto a mi trabajo, están claramente definidos	,790				
Cuando trabajo, siento como si el tiempo pasara muy rápido				,578	
Hago mi trabajo de forma espontanea y automáticamente			,749		
Siento que tengo control total de lo que hago cuando estoy trabajando	,535				
Cuando estoy trabajando, siento como si el tiempo pasara muy rápido				,483	
Siento que tengo control sobre mi trabajo	,601				
Realmente disfruto haciendo mi trabajo		,555			
Estoy seguro de lo que quiero hacer en mi trabajo					,787
Hago de forma automática, las actividades correctas para resolver los desafíos			,710		
Mi actuación es para mí un feedback, de que tan bien hago mi trabajo					,588
Me gustaba mucho lo que experimento cuando estoy trabajando y me gustaría volverlo a sentir de nuevo		,768			
No es un esfuerzo el mantenerme concentrado en mi trabajo	,586				
Ejecuto mi trabajo de forma automática			,781		
El paso del tiempo parece diferente al normal cuando estoy trabajando				,689	
En mi trabajo, sé lo que quiero conseguir					,684
Siento que tengo un control total de lo que hago en mi trabajo	,738				

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 9 iteraciones.

## ANEXO I

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

# I1 Salud Física

**Resumen del modelo<sup>b</sup>**

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	,433 <sup>a</sup>	,187	,056	8,03762	2,093

a. Variables predictoras: (Constante), Turno Laboral, Sentido alterado del Tiempo, Humor Perjudicial, Sexo, CESHT, Experiencia Autotélica, Humor Beneficioso, Fusión entre acción y conciencia, Atención Focalizada en la Tarea Actual, Sentido o Sensación de Control y Experticia

b. Variable dependiente: Salud Física

**ANOVA<sup>b</sup>**

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	922,347	10	92,235	1,928	,013 <sup>a</sup>
	Residual	4005,407	62	64,603		
	Total	4927,753	72			

a. Variables predictoras: (Constante), Turno Laboral, Sentido alterado del Tiempo, Humor Perjudicial, Sexo, CESHT, Experiencia Autotélica, Humor Beneficioso, Fusión entre acción y conciencia, Atención Focalizada en la Tarea Actual, Sentido o Sensación de Control y Experticia

b. Variable dependiente: Salud Física

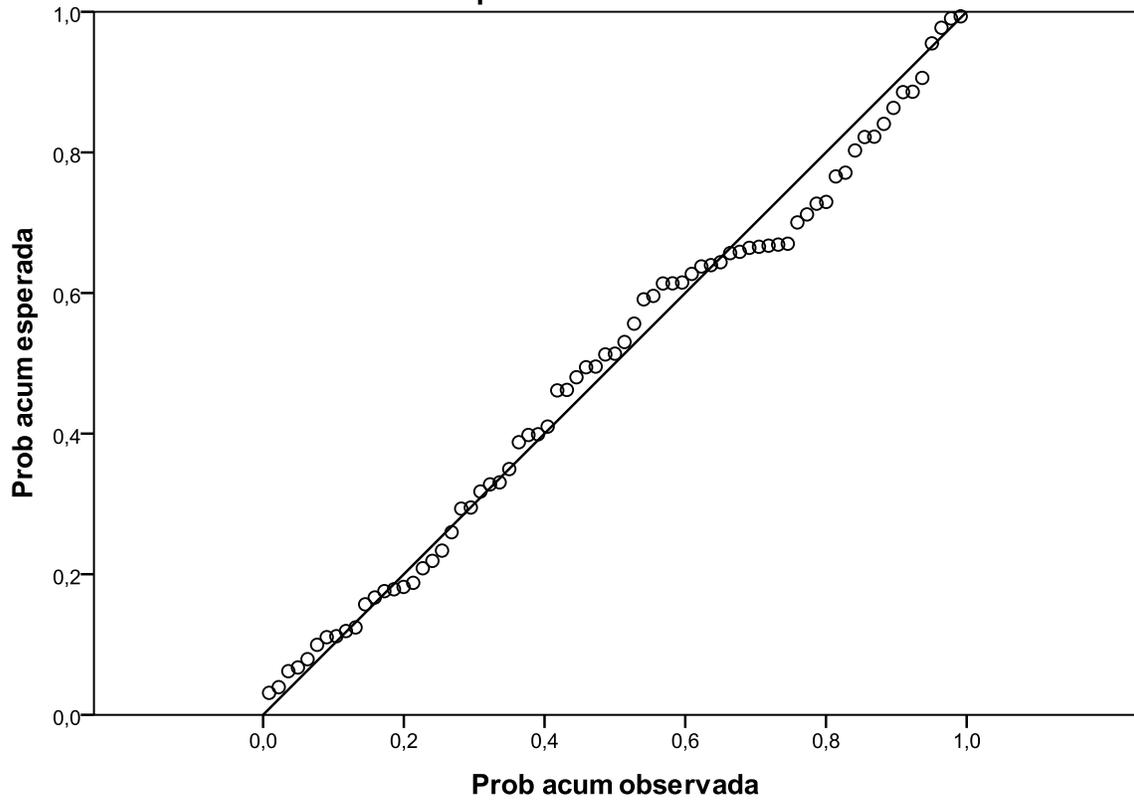
**Estadísticos sobre los residuos<sup>a</sup>**

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica	N
Valor pronosticado	-1,6770	21,5234	12,6849	3,57916	73
Residual	-14,96879	19,97261	,00000	7,45860	73
Valor pronosticado típ.	-4,013	2,469	,000	1,000	73
Residuo típ.	-1,862	2,485	,000	,928	73

a. Variable dependiente: Salud Física

# Gráfico P-P normal de regresión Residuo tipificado

Variable dependiente: Salud Física



## I2 Dimensión síntomas somáticos y ansiedad (salud psicológica)

**Resumen del modelo<sup>b</sup>**

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	,452 <sup>a</sup>	,204	,085	4,87347	2,271

a. Variables predictoras: (Constante), Turno Laboral, Sentido alterado del Tiempo, Humor Perjudicial, Sexo, Atención Focalizada en la Tarea Actual, CESHT, Humor Beneficioso, Fusión entre acción y conciencia, Experiencia Autotélica, Sentido o Sensación de Control y Experticia

b. Variable dependiente: Síntomas Somáticos y Ansiedad

**ANOVA<sup>b</sup>**

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	408,090	10	40,809	2,018	,010 <sup>a</sup>
	Residual	1591,295	67	23,751		
	Total	1999,385	77			

a. Variables predictoras: (Constante), Turno Laboral, Sentido alterado del Tiempo, Humor Perjudicial, Sexo, Atención Focalizada en la Tarea Actual, CESHT, Humor Beneficioso, Fusión entre acción y conciencia, Experiencia Autotélica, Sentido o Sensación de Control y Experticia

b. Variable dependiente: Síntomas Somáticos y Ansiedad

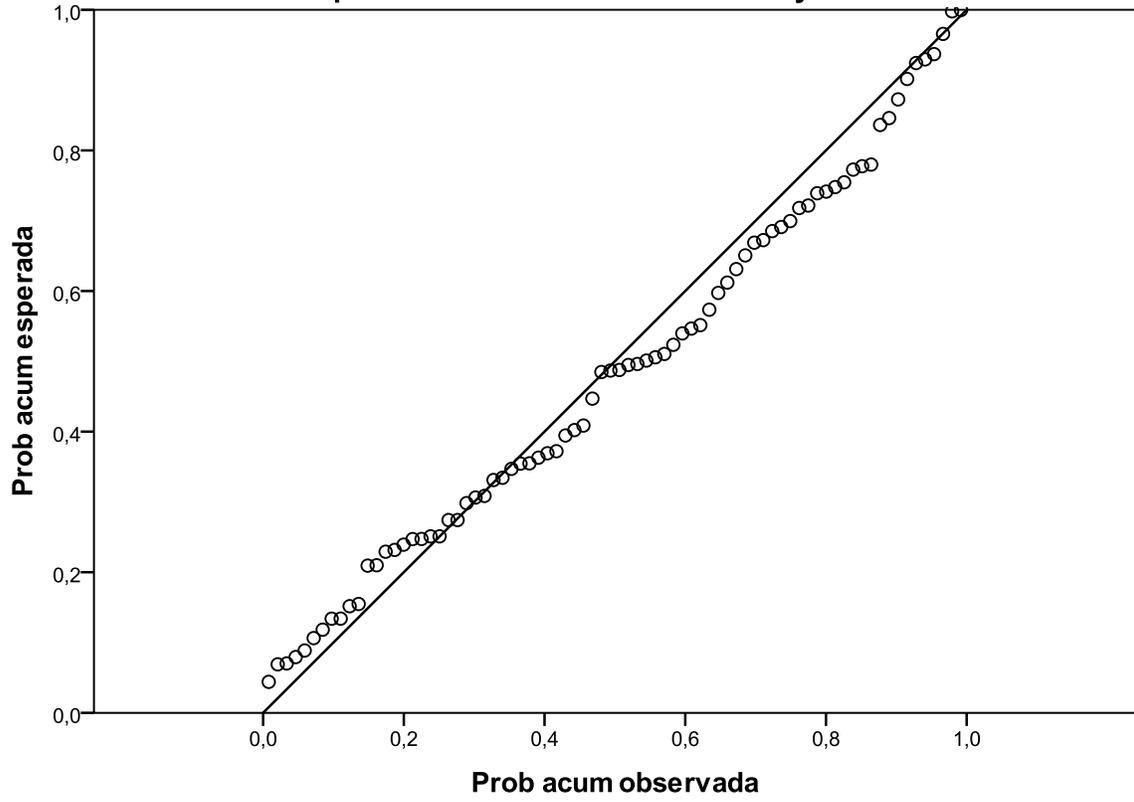
**Estadísticos sobre los residuos<sup>a</sup>**

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica	N
Valor pronosticado	-2,1732	12,0857	6,4615	2,30214	78
Residual	-8,31044	16,91711	,00000	4,54601	78
Valor pronosticado tip.	-3,751	2,443	,000	1,000	78
Residuo típ.	-1,705	3,471	,000	,933	78

a. Variable dependiente: Síntomas Somáticos y Ansiedad

**Gráfico P-P normal de regresión Residuo tipificado**

**Variable dependiente: Síntomas Somáticos y Ansiedad**



### 13 Dimensión depresión (salud psicológica)

**Resumen del modelo<sup>b</sup>**

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	,456 <sup>a</sup>	,208	,094	1,02289	1,378

a. Variables predictoras: (Constante), Turno Laboral, Humor Perjudicial, Sentido alterado del Tiempo, Sexo, Atención Focalizada en la Tarea Actual, CESHT, Humor Beneficioso, Fusión entre acción y conciencia, Experiencia Autotélica, Sentido o Sensación de Control y Experticia

b. Variable dependiente: Depresión Grave

**ANOVA<sup>b</sup>**

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	19,005	10	1,900	2,099	,008 <sup>a</sup>
	Residual	72,195	69	1,046		
	Total	91,200	79			

a. Variables predictoras: (Constante), Turno Laboral, Humor Perjudicial, Sentido alterado del Tiempo, Sexo, Atención Focalizada en la Tarea Actual, CESHT, Humor Beneficioso, Fusión entre acción y conciencia, Experiencia Autotélica, Sentido o Sensación de Control y Experticia

b. Variable dependiente: Depresión Grave

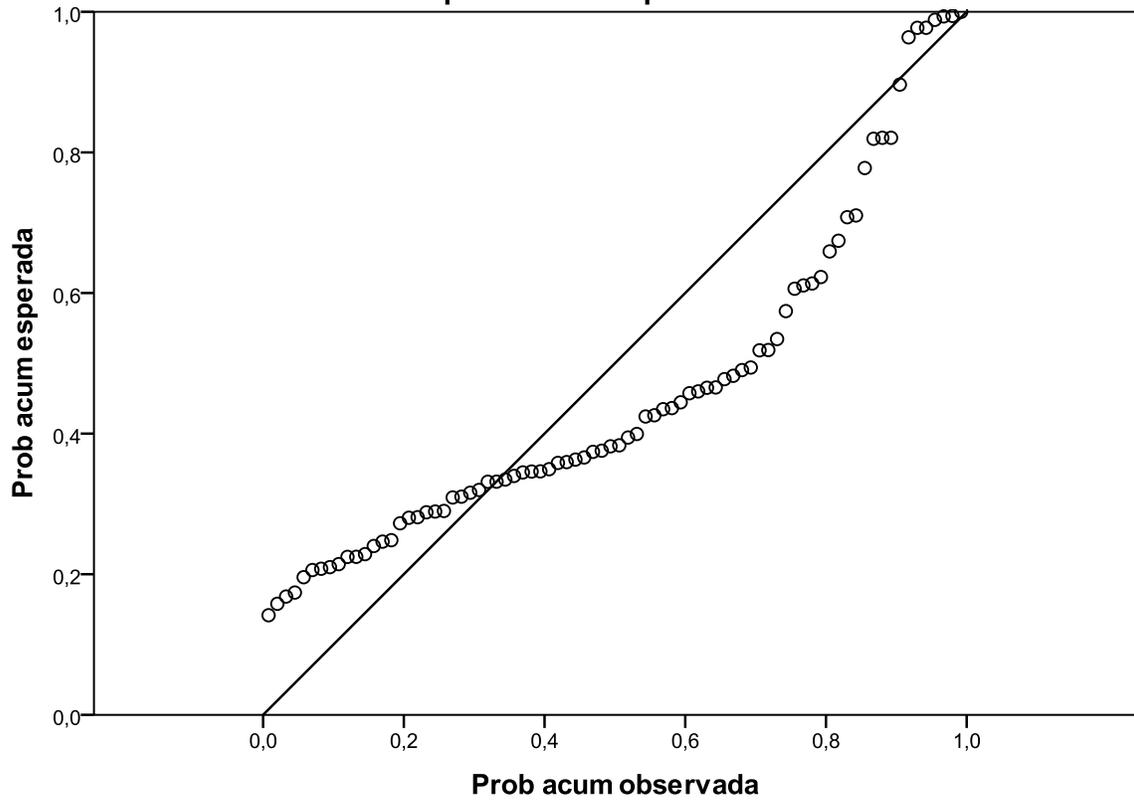
**Estadísticos sobre los residuos<sup>a</sup>**

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica	N
Valor pronosticado	5,7098	8,6479	7,4000	,49048	80
Residual	-1,09752	4,35207	,00000	,95596	80
Valor pronosticado tip.	-3,446	2,544	,000	1,000	80
Residuo típ.	-1,073	4,255	,000	,935	80

a. Variable dependiente: Depresión Grave

**Gráfico P-P normal de regresión Residuo tipificado**

**Variable dependiente: Depresión Grave**



## 14 Dimensión disfunción social (salud psicológica)

**Resumen del modelo<sup>b</sup>**

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	,551 <sup>a</sup>	,304	,198	3,09648	1,891

a. Variables predictoras: (Constante), Turno Laboral, Humor Perjudicial, Sentido alterado del Tiempo, Sexo, Atención Focalizada en la Tarea Actual, CESHT, Humor Beneficioso, Fusión entre acción y conciencia, Experiencia Autotélica, Sentido o Sensación de Control y Experticia

b. Variable dependiente: Disfunción Social

**ANOVA<sup>b</sup>**

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	276,062	10	27,606	2,879	,005 <sup>a</sup>
	Residual	632,821	66	9,588		
	Total	908,883	76			

a. Variables predictoras: (Constante), Turno Laboral, Humor Perjudicial, Sentido alterado del Tiempo, Sexo, Atención Focalizada en la Tarea Actual, CESHT, Humor Beneficioso, Fusión entre acción y conciencia, Experiencia Autotélica, Sentido o Sensación de Control y Experticia

b. Variable dependiente: Disfunción Social

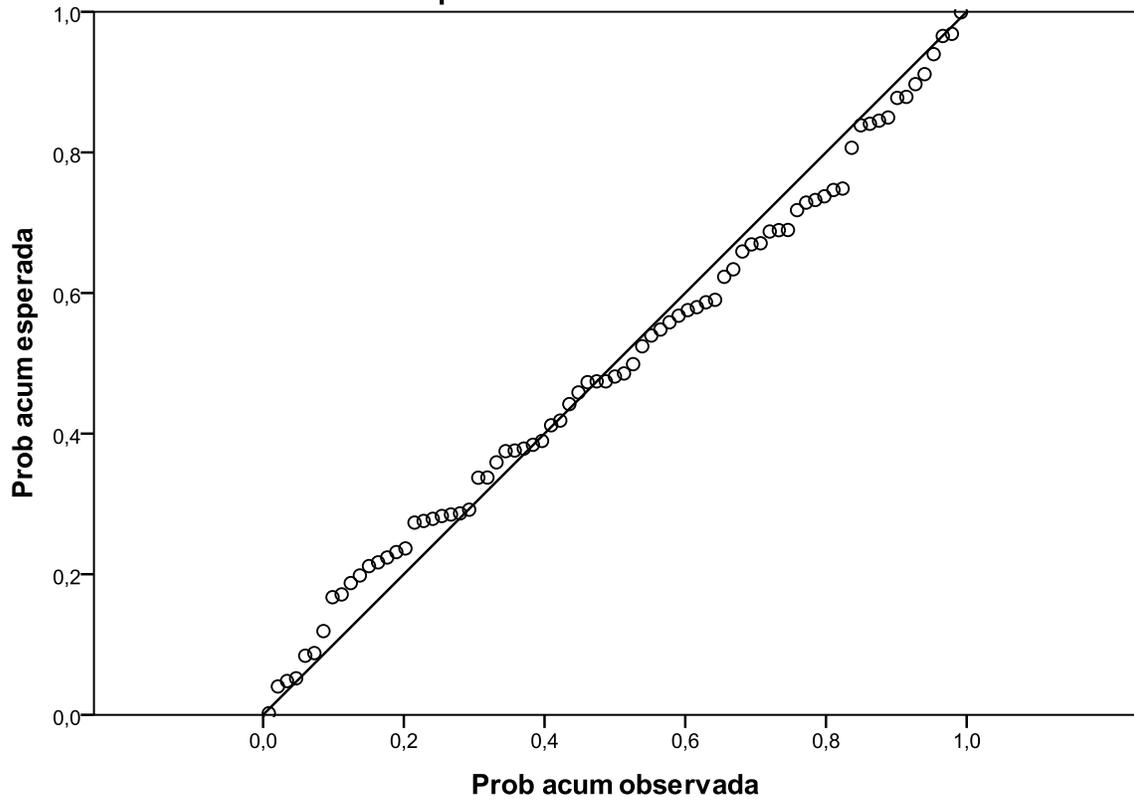
**Estadísticos sobre los residuos<sup>a</sup>**

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica	N
Valor pronosticado	12,0808	20,3761	16,0390	1,90588	77
Residual	-8,78917	10,00130	,00000	2,88558	77
Valor pronosticado típ.	-2,077	2,276	,000	1,000	77
Residuo típ.	-2,838	3,230	,000	,932	77

a. Variable dependiente: Disfunción Social

**Gráfico P-P normal de regresión Residuo tipificado**

**Variable dependiente: Disfunción Social**



## I5 Humor Beneficioso

**Resumen del modelo<sup>b</sup>**

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	,161 <sup>a</sup>	,026	,017	9,44719	2,057

a. Variables predictoras: (Constante), Sexo

b. Variable dependiente: Humor Beneficioso

**ANOVA<sup>b</sup>**

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	269,914	1	269,914	3,024	,085 <sup>a</sup>
	Residual	10085,181	113	89,249		
	Total	10355,096	114			

a. Variables predictoras: (Constante), Sexo

b. Variable dependiente: Humor Beneficioso

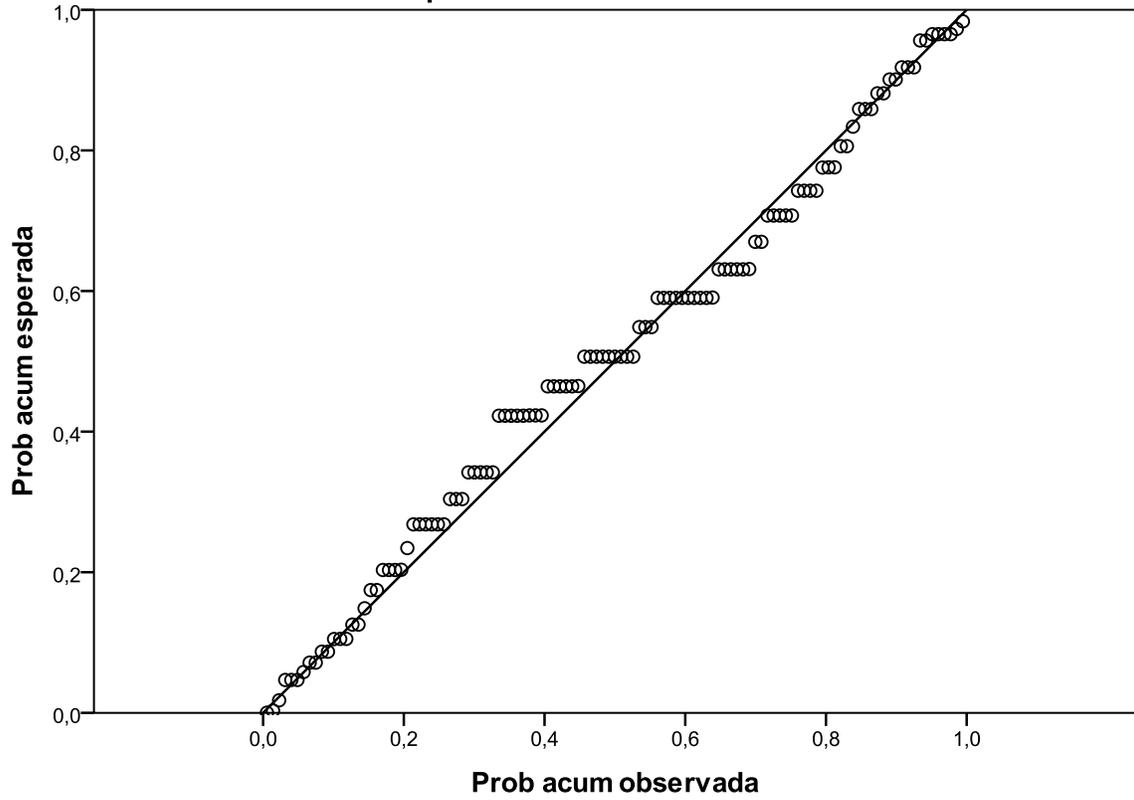
**Estadísticos sobre los residuos<sup>a</sup>**

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica	N
Valor pronosticado	44,8333	49,8447	49,3217	1,53872	115
Residual	-33,84466	20,15534	,00000	9,40566	115
Valor pronosticado típ.	-2,917	,340	,000	1,000	115
Residuo típ.	-3,583	2,133	,000	,996	115

a. Variable dependiente: Humor Beneficioso

# Gráfico P-P normal de regresión Residuo tipificado

Variable dependiente: Humor Beneficioso



## I6 Humor Perjudicial

**Resumen del modelo<sup>b</sup>**

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	,096 <sup>a</sup>	,009	,001	9,69820	1,926

a. Variables predictoras: (Constante), Sexo

b. Variable dependiente: Humor Perjudicial

**ANOVA<sup>b</sup>**

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	100,166	1	100,166	1,065	,304 <sup>a</sup>
	Residual	10722,282	114	94,055		
	Total	10822,448	115			

a. Variables predictoras: (Constante), Sexo

b. Variable dependiente: Humor Perjudicial

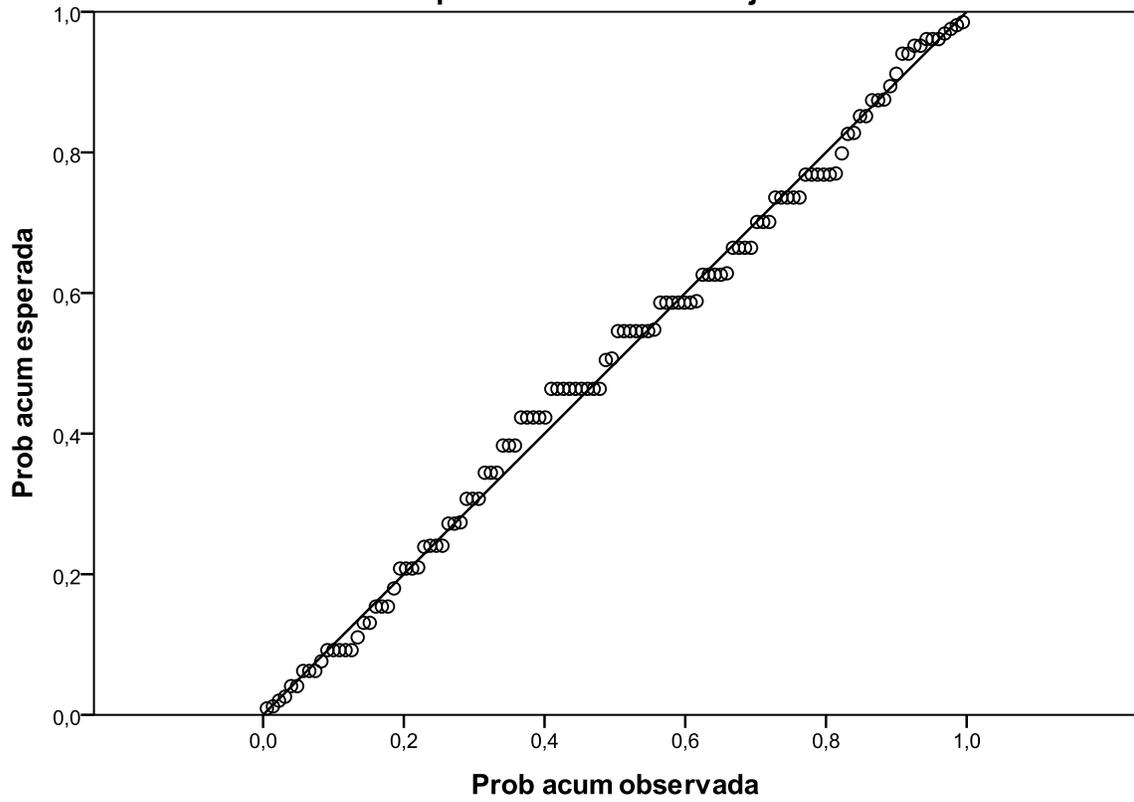
**Estadísticos sobre los residuos<sup>a</sup>**

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica	N
Valor pronosticado	31,8333	34,8846	34,5690	,93328	116
Residual	-22,88461	21,11539	,00000	9,65594	116
Valor pronosticado típ.	-2,931	,338	,000	1,000	116
Residuo típ.	-2,360	2,177	,000	,996	116

a. Variable dependiente: Humor Perjudicial

**Gráfico P-P normal de regresión Residuo tipificado**

**Variable dependiente: Humor Perjudicial**



17 Dimensión sentido o sensación de control y experticia (disposición a fluir en el trabajo)

**Resumen del modelo<sup>b</sup>**

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	,138 <sup>a</sup>	,019	-,012	3,75505	2,157

a. Variables predictoras: (Constante), Turno Laboral, CESHT, Sexo

b. Variable dependiente: Sentido o Sensación de Control y Experticia

**ANOVA<sup>b</sup>**

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	25,553	3	8,518	,604	,614 <sup>a</sup>
	Residual	1325,437	94	14,100		
	Total	1350,990	97			

a. Variables predictoras: (Constante), Turno Laboral, CESHT, Sexo

b. Variable dependiente: Sentido o Sensación de Control y Experticia

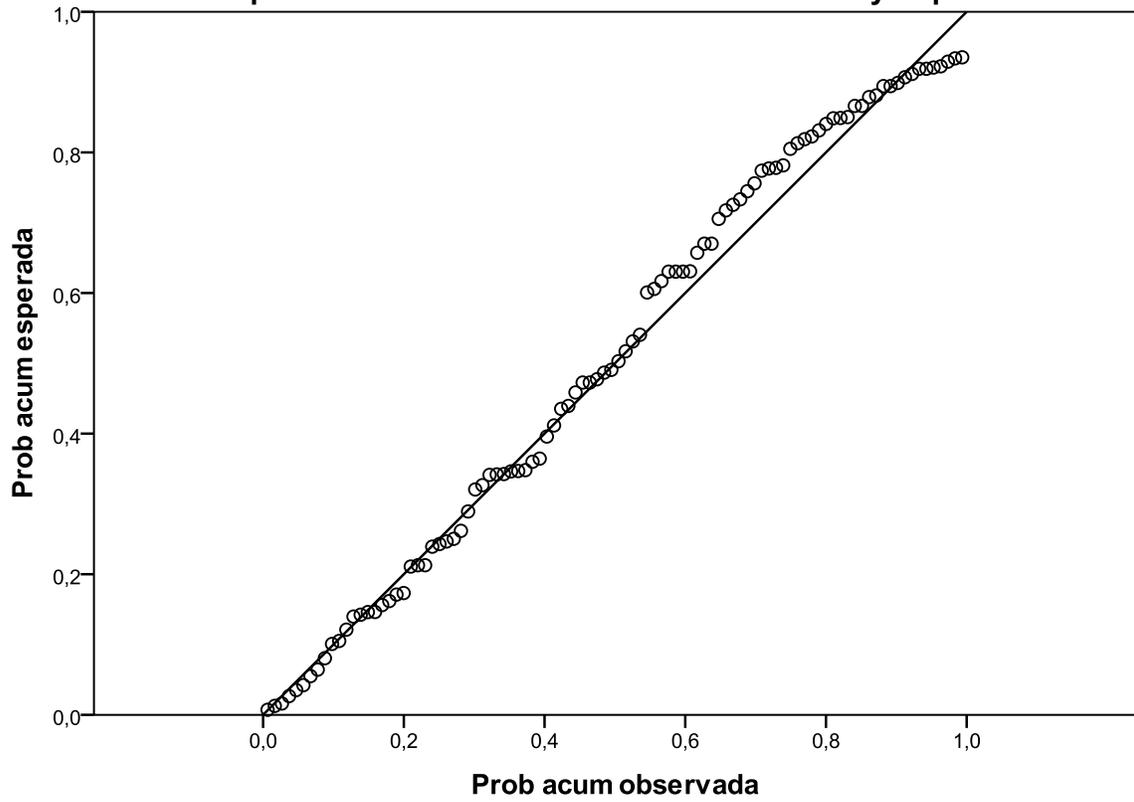
**Estadísticos sobre los residuos<sup>a</sup>**

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica	N
Valor pronosticado	25,6865	28,3976	26,9898	,51326	98
Residual	-9,19327	5,69306	,00000	3,69652	98
Valor pronosticado típ.	-2,539	2,743	,000	1,000	98
Residuo típ.	-2,448	1,516	,000	,984	98

a. Variable dependiente: Sentido o Sensación de Control y Experticia

### Gráfico P-P normal de regresión Residuo tipificado

Variable dependiente: Sentido o Sensación de Control y Experticia



## 18 Dimensión experiencia autotélica (disposición a fluir en el trabajo)

**Resumen del modelo<sup>b</sup>**

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	,288 <sup>a</sup>	,083	,056	2,11452	2,148

a. Variables predictoras: (Constante), Turno Laboral, Sexo, CESHT

b. Variable dependiente: Experiencia Autotélica

**ANOVA<sup>b</sup>**

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	41,345	3	13,782	3,082	,031 <sup>a</sup>
	Residual	456,061	102	4,471		
	Total	497,406	105			

a. Variables predictoras: (Constante), Turno Laboral, Sexo, CESHT

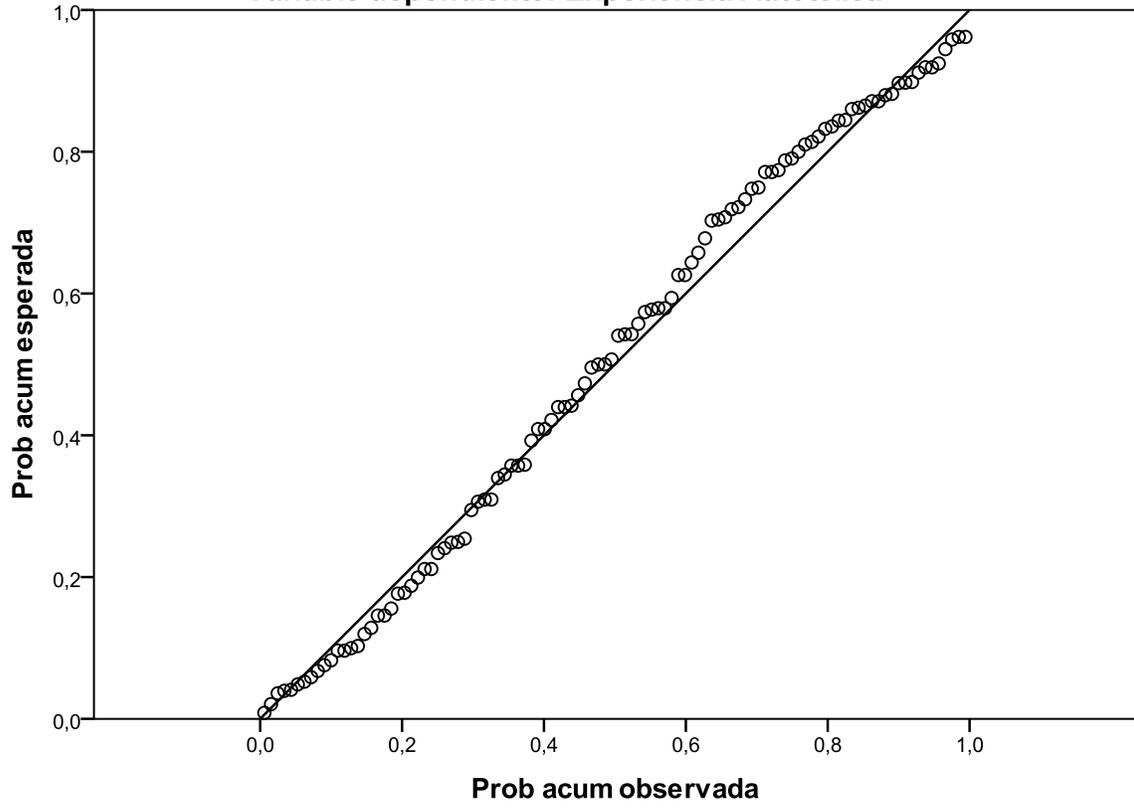
b. Variable dependiente: Experiencia Autotélica

**Estadísticos sobre los residuos<sup>a</sup>**

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica	N
Valor pronosticado	14,9997	18,3106	17,1226	,62750	106
Residual	-5,05253	3,75075	,00000	2,08409	106
Valor pronosticado típ.	-3,383	1,893	,000	1,000	106
Residuo típ.	-2,389	1,774	,000	,986	106

a. Variable dependiente: Experiencia Autotélica

**Gráfico P-P normal de regresión Residuo tipificado**  
**Variable dependiente: Experiencia Autotética**



## 19 Dimensión fusión entre acción y conciencia (disposición a fluir en el trabajo)

**Resumen del modelo<sup>b</sup>**

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	,255 <sup>a</sup>	,065	,038	1,78353	2,199

a. Variables predictoras: (Constante), Turno Laboral, Sexo, CESHT

b. Variable dependiente: Fusión entre acción y conciencia

**ANOVA<sup>b</sup>**

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	23,032	3	7,677	2,097	,008 <sup>a</sup>
	Residual	330,820	104	3,181		
	Total	353,852	107			

a. Variables predictoras: (Constante), Turno Laboral, Sexo, CESHT

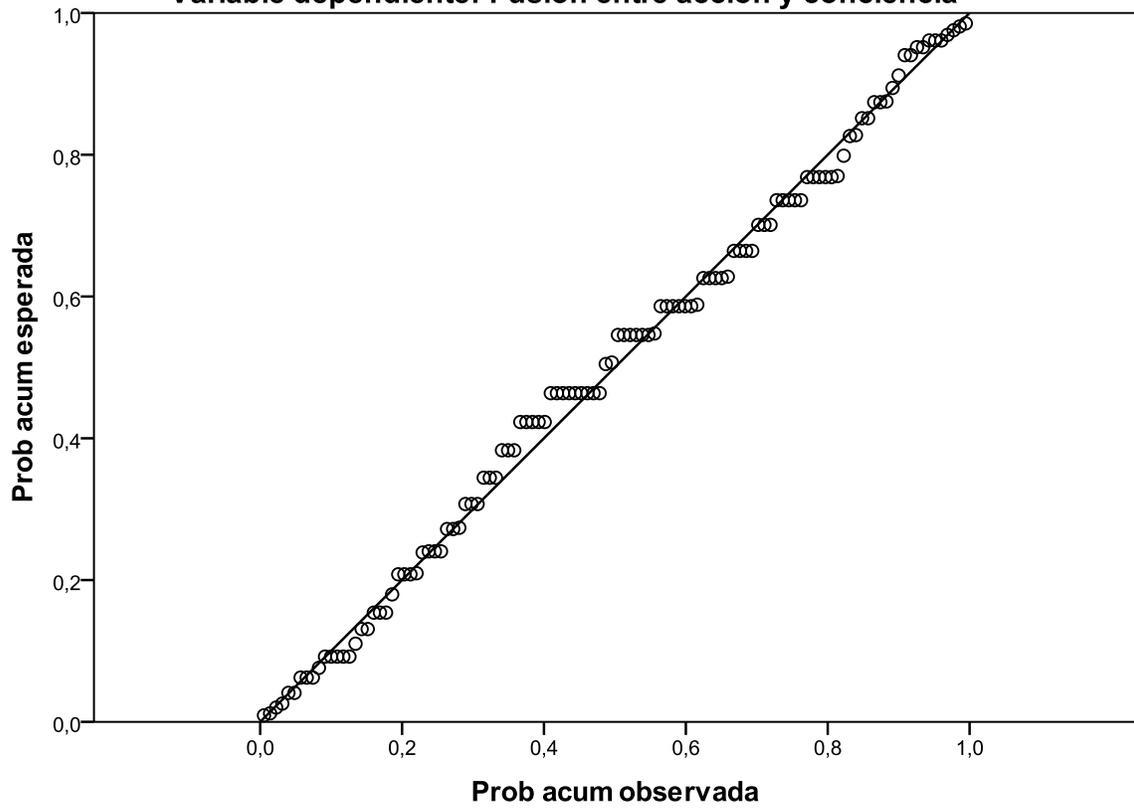
b. Variable dependiente: Fusión entre acción y conciencia

**Estadísticos sobre los residuos<sup>a</sup>**

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica	N
Valor pronosticado	4,8651	6,9457	5,9630	,46395	108
Residual	-5,48712	2,74360	,00000	1,75835	108
Valor pronosticado típ.	-2,366	2,118	,000	1,000	108
Residuo típ.	-3,077	1,538	,000	,986	108

a. Variable dependiente: Fusión entre acción y conciencia

**Gráfico P-P normal de regresión Residuo tipificado**  
**Variable dependiente: Fusión entre acción y conciencia**



## I10 Dimensión sentido alterado del tiempo (disposición a fluir en el trabajo)

**Resumen del modelo<sup>b</sup>**

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	,165 <sup>a</sup>	,027	-,002	3,11203	1,678

a. Variables predictoras: (Constante), Turno Laboral, Sexo, CESHT

b. Variable dependiente: Sentido alterado del Tiempo

**ANOVA<sup>b</sup>**

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	26,884	3	8,961	,925	,432 <sup>a</sup>
	Residual	958,786	99	9,685		
	Total	985,670	102			

a. Variables predictoras: (Constante), Turno Laboral, Sexo, CESHT

b. Variable dependiente: Sentido alterado del Tiempo

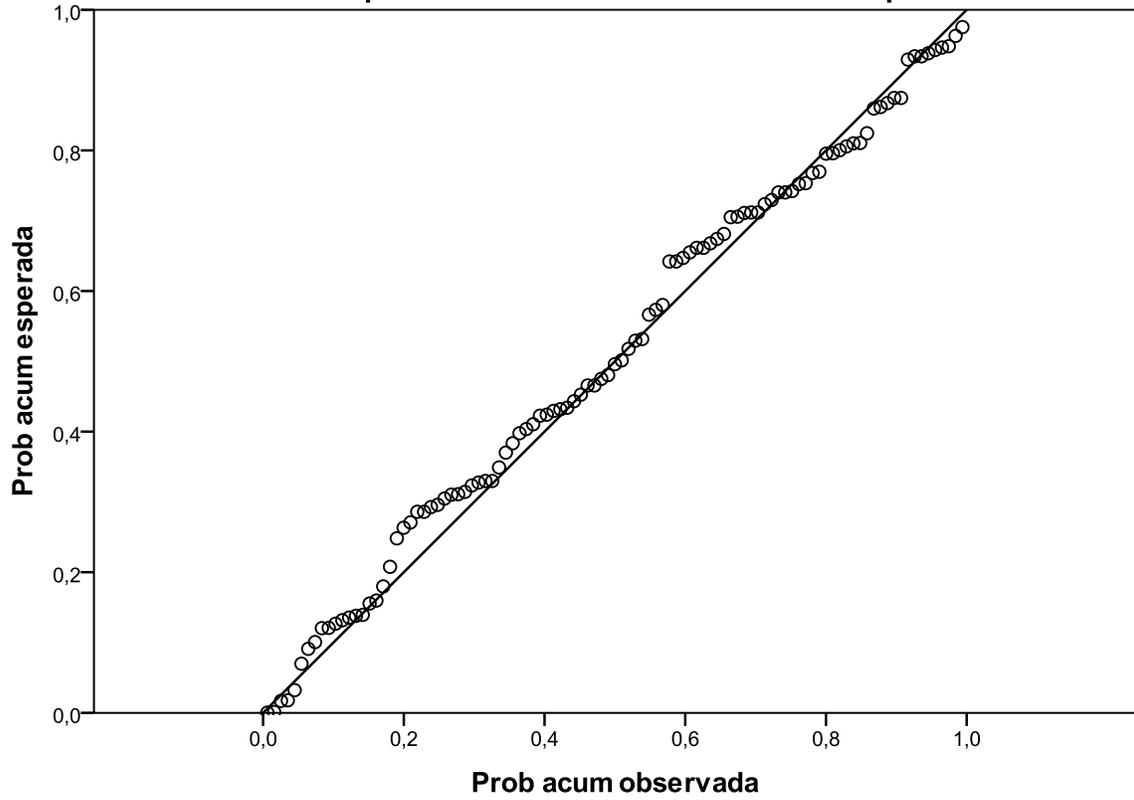
**Estadísticos sobre los residuos<sup>a</sup>**

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica	N
Valor pronosticado	8,5176	11,1951	10,3010	,51339	103
Residual	-10,69818	6,11968	,00000	3,06592	103
Valor pronosticado típ.	-3,474	1,742	,000	1,000	103
Residuo típ.	-3,438	1,966	,000	,985	103

a. Variable dependiente: Sentido alterado del Tiempo

**Gráfico P-P normal de regresión Residuo tipificado**

**Variable dependiente: Sentido alterado del Tiempo**



I11 Dimensión atención focalizada en la tarea actual (disposición a fluir en el trabajo)

**Resumen del modelo<sup>b</sup>**

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	,240 <sup>a</sup>	,057	,030	2,41984	2,151

a. Variables predictoras: (Constante), Turno Laboral, CESHT, Sexo

b. Variable dependiente: Atención Focalizada en la Tarea Actual

**ANOVA<sup>b</sup>**

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	36,720	3	12,240	2,090	,106 <sup>a</sup>
	Residual	603,130	103	5,856		
	Total	639,850	106			

a. Variables predictoras: (Constante), Turno Laboral, CESHT, Sexo

b. Variable dependiente: Atención Focalizada en la Tarea Actual

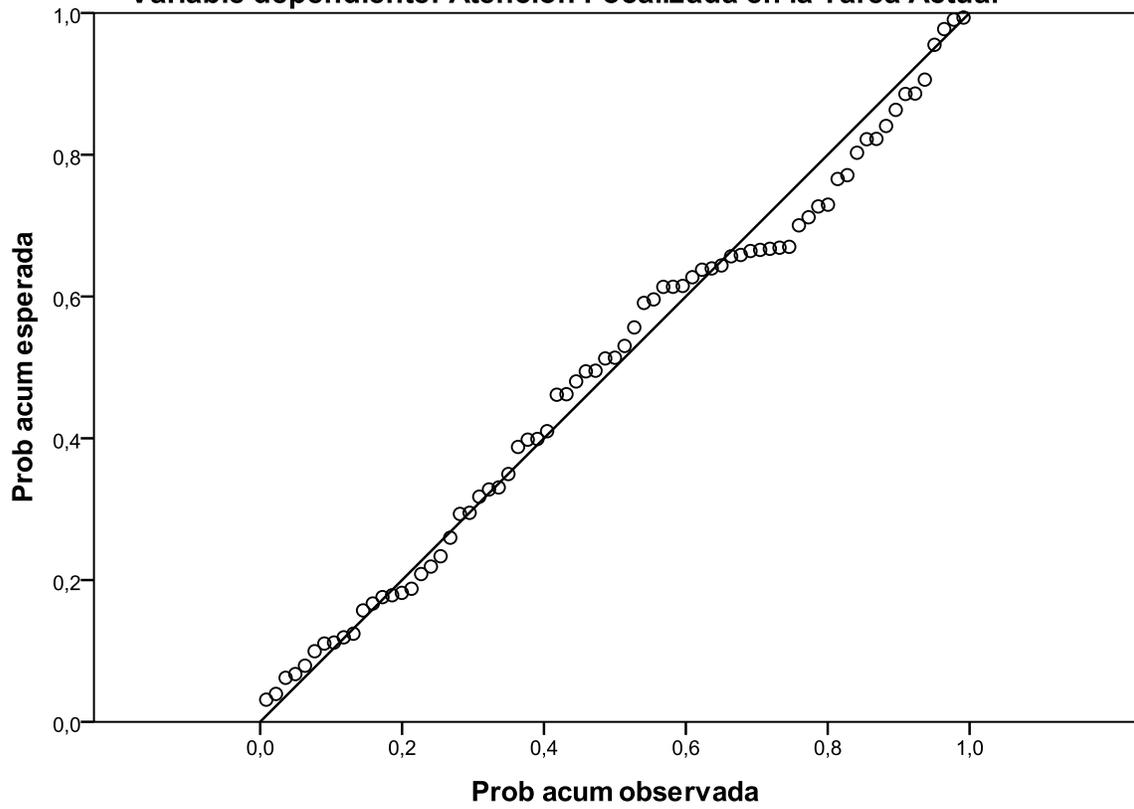
**Estadísticos sobre los residuos<sup>a</sup>**

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica	N
Valor pronosticado	12,1886	14,6112	13,0374	,58857	107
Residual	-12,78858	3,56437	,00000	2,38535	107
Valor pronosticado tip.	-1,442	2,674	,000	1,000	107
Residuo típ.	-5,285	1,473	,000	,986	107

a. Variable dependiente: Atención Focalizada en la Tarea Actual

### Gráfico P-P normal de regresión Residuo tipificado

Variable dependiente: Atención Focalizada en la Tarea Actual



## I12 Uso del humor como estrategia para enfrentar el estrés

**Resumen del modelo<sup>b</sup>**

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	,099 <sup>a</sup>	,010	,001	6,37877	1,813

a. Variables predictoras: (Constante), Sexo

b. Variable dependiente: CESHT

**ANOVA<sup>b</sup>**

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	45,997	1	45,997	1,130	,290 <sup>a</sup>
	Residual	4679,200	115	40,689		
	Total	4725,197	116			

a. Variables predictoras: (Constante), Sexo

b. Variable dependiente: CESHT

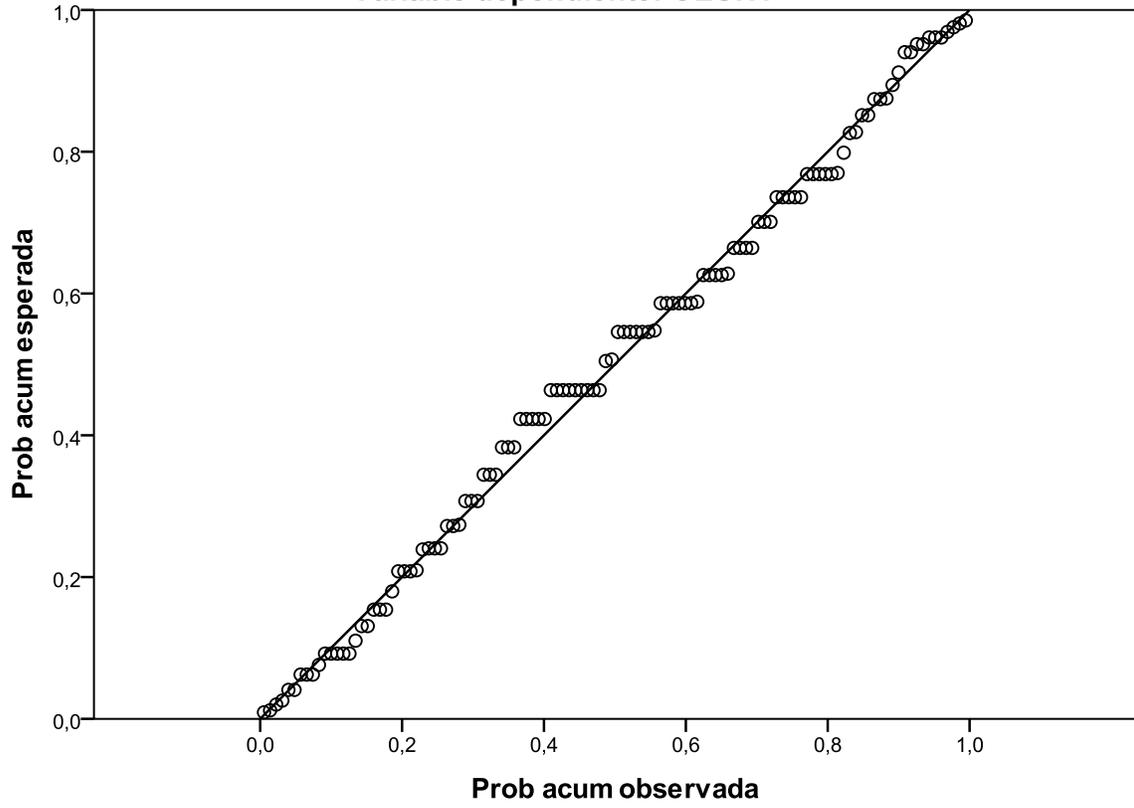
**Estadísticos sobre los residuos<sup>a</sup>**

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica	N
Valor pronosticado	27,6667	29,7333	29,5214	,62970	117
Residual	-21,73333	12,26667	,00000	6,35121	117
Valor pronosticado típ.	-2,945	,337	,000	1,000	117
Residuo típ.	-3,407	1,923	,000	,996	117

a. Variable dependiente: CESHT

**Gráfico P-P normal de regresión Residuo tipificado**

**Variable dependiente: CESHT**



## ANEXO J

### Matriz de Correlaciones de las Variables de la Investigación

Correlaciones														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
(1) Sexo	1	-,111	,099	,161	,096	,113	,045	,036	,056	-,077	-,030	,094	,109	-,148
(2) Turno Laboral		1	,128	,192	,082	,102	,101	,089	-,162	,120	,142	-,168	,055	,203
(3) CESHT			1	,286**	,315**	-,025	-,039	-,016	-,064	,077	,270**	,132	,130	,052
(4) Humor Beneficioso				1	,458**	-,058	-,204	,051	-,191	,256	,262**	,099	,157	,162
(5) Humor Perjudicial					1	,206	,119	,240	-,151	,118	,177	,244	,042	,098
(6) Salud Física						1	,650**	,645**	-,103	-,005	-,115	,149	,142	,107
(7) Síntomas Somáticos y Ansiedad							1	,414**	-,165	-,058	-,138	,204	,209	,104
(8) Depresión Grave								1	-,211	,079	,011	,138	,148	,106
(9) Disfunción Social									1	-,387**	-,406**	-,257**	-,212	-,329**
(10) Sentido o Sensación de Control y Experticia										1	,560**	,370**	,386**	,631**
(11) Experiencia Autotélica											1	,396**	,372**	,540**
(12) Fusión entre acción y conciencia												1	,396**	,386**
(13) Sentido alterado del Tiempo													1	,194
(14) Atención Focalizada en la Tarea Actual														1

\*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

\*\*.. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).