



**UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA**

PROGRAMA DE DOCTORADO EN ENFERMERÍA

Tesis para optar al grado de Doctor en Enfermería

**“CALIDAD DE VIDA EN EL TRABAJO, PERSONAL
DE ENFERMERÍA. SECRETARÍA DE SALUD
PÚBLICA, HERMOSILLO-MÉXICO”**

MARÍA OLGA QUINTANA ZAVALA

Concepción – Chile

2014

Profesora Guía: Dra. Tatiana Paravic Klijn

Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina

Universidad de Concepción

UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
DIRECCIÓN DE POSTGRADO

Esta tesis ha sido realizada en el Programa de Doctorado en Enfermería del Departamento de Enfermería de la Facultad de Medicina.

Profesora Guía: _____

Dra. Tatiana Paravic Klijn

Magister en Enfermería, Mención en Enfermería en Salud Comunitaria

Doctor en Enfermería

Comisión evaluadora: _____

Dra. Tatiana Paravic Klijn

Magister en Enfermería, Mención en Enfermería en Salud Comunitaria

Doctor en Enfermería

Comisión evaluadora: _____

Dra. Sandra Verónica Valenzuela Suazo

Magister en Enfermería, Mención en Enfermería Médico-Quirúrgica

Doctor en Enfermería

Comisión evaluadora: _____

Dra. Gabriela Alejandra Nazar Carter

Doctor en Psicología

Directora del Programa de Doctorado: _____

Dra. Tatiana Paravic Klijn

Magister en Enfermería, Mención en Enfermería en Salud Comunitaria

Doctor en Enfermería

Dedicatoria



A mi Madre y Padre, por motivarme a perseverar para cumplir mis sueños.

A Rubén por creer siempre en mí y ser mi compañero en todo.

A Rubencito y Alejandro, por todo su amor.

Agradecimientos

A la Universidad de Concepción de Chile, por abrirme sus puertas y a la Universidad de Sonora, que brindo todo el apoyo requerido para culminar esta experiencia de aprendizaje. Me siento honrada de pertenecer a estas dos grandes Instituciones de Educación Superior.

A la Dirección de Desarrollo Académico e Innovación Educativa de la Universidad de Sonora y a la Secretaría de Educación Pública de México que a través del Programa de Mejoramiento del Profesorado (PROMEP), otorgaron una beca para cursar el Doctorado en Enfermería.

A la Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora y todas las Instituciones de Salud donde se realizó esta investigación, a las Jefaturas de Enfermería y Enseñanza, al Personal de Enfermería que amablemente acepto participar brindando su tiempo.

A todos los Profesores del Programa de Doctorado, especialmente a la Dra. Tatiana Paravic Klijn, guía de tesis, con quien me identifique desde la primera tarea y a la que admiro por su profesionalismo, experiencia y conocimiento. A la Dra. Sara Mendoza Parra quien fue la persona a la que me dirigí en el inicio del programa de doctorado y que proporciono facilidades de postulación como estudiante extranjera. A la Dra. Sandra Valenzuela Suazo, quien de forma carismática me trasmitió sus conocimientos y en su experiencia de madre que trabaja, me escuchó atentamente. A la Dra. Katia Sáez Carrillo, Dra. Gudelia Figueroa Preciado y Dra. Gabriela Nazar Carter, gracias por su apoyo.

A Doña Andrea Gayoso, quien atendió todas mis consultas y respondió amablemente mis correos electrónicos.

A mis compañeras de curso, gracias por su amistad, sus enseñanzas y compañía, las llevo en mi corazón por siempre y estoy profundamente orgullosa de Ustedes.

A todas las Maestras y Maestros que han contribuido a mi formación, especialmente a la Dra. Rosa María Tinajero, Mtra. Rosa Elena Salazar, Mtra. María Reyes Escobar, por ser una gran inspiración desde el inicio de mi carrera.

A mis familiares y amigos: Rigo, Luchy, Yesenia, Carlos, Lupita, Efrén, Lorena, Lorenia, Rosella, Martín, Norma, Rubén, Claudia, Carmen, Julio, Martha Ofelia, Martha Elba, Alex, Chume, Triny, José, Maribel, Omar, Loyda, Humberto, Karina, Betty, Oscar, Adriana, Oliver, Nohelia, Ma. Elena, Galo, Ruth, Ronald y Zalma, por constituir una amplia red de apoyo en mi vida.

A Dios, ya que este proyecto estuvo siempre en sus manos.

Resumen

El objetivo principal de esta investigación fue conocer la Calidad de Vida en el Trabajo (CVT) del Personal de Enfermería de la Secretaría de Salud Pública de Hermosillo, Sonora, México del primer, segundo y tercer nivel de atención y las características biosociodemográficas y factores del trabajo con las que se relaciona. Los conceptos de CVT adaptados por González, Hidalgo, Salazar y Preciado, dieron sustento a este estudio. El tipo de diseño fue cuantitativo, correlacional, transversal y comparativo. La población incluyó a Personal de enfermería: enfermeras(o) profesionales y no profesionales. La muestra fue probabilística, estratificada por nivel de atención y categoría de enfermeras, considerando un error del 5% y un 10% de pérdida, el tamaño fue de 345 personas. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario para conocer las variables biosociodemográficas y los factores del trabajo del personal de enfermería elaborado ex-profeso para este estudio y el instrumento para medir la Calidad de Vida en el Trabajo “CVT – GOHISALO” validado en población mexicana, con Alpha de Cronbach para esta investigación de 0.957. El análisis estadístico se realizó a través de software SPSS versión 15. Se utilizaron técnicas de estadística descriptiva e inferencial, se consideró la normalidad de los datos a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov, se realizaron pruebas estadísticas de homogeneidad utilizando el estadístico Chi-cuadrado; se compararon medias usando un enfoque tanto paramétrico como no-paramétrico. El presente proyecto contó con la autorización del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, Chile y del Comité de Ética e Investigación de la Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora, México, así como el consentimiento informado y por escrito de los participantes. Resultados: El promedio de CVT global del personal de enfermería es de 207.31 (DE=41.74) que indica un nivel medio de CVT. Respecto a los promedios de las dimensiones de CVT se encontró en cuanto a Soporte institucional para el trabajo $\bar{x} = 36.94$ (DE=12.47), Seguridad en el trabajo $\bar{x} = 30.74$ (DE=11.53), Integración al puesto de trabajo $\bar{x} = 30.74$ (DE=6.56), Satisfacción por el trabajo $\bar{x} = 35.10$ (DE=6.65), Desarrollo personal del trabajador $\bar{x} = 22.86$ (DE=6.43) Bienestar logrado a través del trabajo $\bar{x} = 35.62$ (DE=6.09) y Administración del tiempo libre $\bar{x} = 15.91$ (DE=3.90), que indica que todas las dimensiones

mostraron nivel medio de calidad, excepto el desarrollo personal del trabajador que fue evaluado como bajo. Según nivel de atención de salud se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de Satisfacción por el trabajo, Bienestar logrado a través del trabajo, Desarrollo personal del trabajador y Administración del tiempo libre. Respecto a Satisfacción por el trabajo 53% y 40.3% del personal de primer y segundo nivel respectivamente, tienen alta satisfacción por el trabajo, mientras que 60.2% de los que laboran en el segundo nivel de atención evalúan su satisfacción laboral como baja ($p \leq 0.001$). En cuanto Bienestar logrado a través del trabajo, 47% de los que laboran en el primer nivel de atención tienen alto bienestar logrado a través del trabajo, contrario a los que laboran en el segundo y tercer nivel donde 66.0% y 60.4% respondieron tener bajo bienestar logrado a través del trabajo respectivamente ($p \leq 0.001$). En cuanto a Desarrollo personal del trabajador se observó que dentro del primer nivel de atención 43.2% se evalúan con alto desarrollo personal, mientras que 54.4% del segundo nivel y 44.7% tienen evaluación de bajo desarrollo personal ($p \leq 0.001$). Situación similar se encontró respecto a la dimensión de Administración del tiempo libre donde 60.2% del personal de primer nivel de atención evalúan como alta su administración del tiempo libre, mientras que 42.7% del segundo nivel de atención y 37.1% del tercer nivel de atención evalúan como baja dicha dimensión ($p \leq 0.001$). Se concluye que el personal de enfermería que labora en la Secretaría de Salud Pública en la ciudad de Hermosillo, Sonora, México en general se encuentra medianamente satisfecho con su CVT. Existen diversas variables biosociodemográficas y del trabajo que se relacionan de forma significativa con las dimensiones de la CVT y existen diferencias estadísticamente significativas entre CVT global según variables biosociodemográficas y factores del trabajo del personal de enfermería.

Palabras clave: Calidad de Vida, Enfermería, Trabajo.

Abstract

The main objective of this research was to become acquainted with the Quality Life at Work (QLW) by the Nursing Staff of the Ministry of Public Health in Hermosillo, Sonora, Mexico, in the first, second and third level of attention and the bio-socio-demographical characteristics and factors of work with which it relates. The QLW concept gave substance to this survey. The type of design was quantitative, co-relational, transversal and comparative. The population included professional and non-professional Nurses, the sampling was probabilistic, stratified by level of attention and category of nurses, and it considered a loss error of 5% and 10%; the size was 345 individuals. For the collection of data, a questionnaire was used to know the bio-socio-demographical variables and the work factors of the nursing staff, *ex profeso* elaborated for this survey, and the instrument to measure the Quality of Life at Work “QLW – GOHISALO” validated on Mexican population with Cronbach Alpha of 0.957 for this research. The statistical analysis was executed with version 15 SPSS software. Descriptive and inferential statistics techniques were used, considering the normality of data through the Kolmogorov-Smirnov test. Homogeneity statistical tests were made by using the statistical Chi-square. Medians were compared by using parametric as well as non-parametric approach. This project had the authorization of the Ethics Committee of the Medicine Faculty of the Universidad de Concepcion, Chile, and of the Ethics and Research Committee of the Public Health Ministry of the State of Sonora, Mexico, as well as the informed and written consent of participants. Results: The average Perception of global QLW of the nursing staff is 207.31 (DE=41.74), which indicates an average level of QLW. Concerning the average of QLW dimensions found with respect to Institutional support for work \bar{x} =36.94 (DE=12.47), Safety at work \bar{x} =30.74 (DE=11.53), Integration in the work place \bar{x} =30.74 (DE=6.56), Satisfaction at work \bar{x} =35.10 (DE=6.65), Personal development of the employee \bar{x} =22.86 (DE=6.43), Welfare achieved through work \bar{x} =35.62 (DE=6.09), and Spare time management \bar{x} =15.91 (DE=3.90), which indicates that all dimensions showed an average level of quality, except the Personal development of the employee who was evaluated as low. According to health attention level, significant statistical differences were found in the

dimensions of Satisfaction due to work, Welfare achieved through work, Personal development of the employee and Spare time management. Concerning work satisfaction due to work, 53% and 40.3% of the first and second level staff, respectively, have high satisfaction due to work, whereas 60.2% of those working in the second level of attention evaluated their work satisfaction as low ($p \leq 0.001$). In terms of welfare achieved due to work, 47% of those working in the first level of attention have a high welfare achieved due to work, contrary to those working in the second and third levels, where 66.0% and 60.4% perceive low welfare achieved through work respectively ($p \leq 0.001$). Concerning Personal development of the employee, it was observed that staff in the first level of attention, 43.2% evaluated themselves with high personal development, whereas 54.4% in the second level and 44.7% gave an evaluation corresponding to low personal development ($p \leq 0.001$). Similar situation was found concerning the dimension of Spare time management where 60.2% in the first level of attention staff evaluated as high their spare time management, whereas 42.7% in the second level of attention and 37.1% in the third level of attention evaluated as low such dimension ($p \leq 0.001$). Therefore we conclude that nursing staff working in the Ministry of Public Health in the city of Hermosillo, Sonora, Mexico, is in general moderately satisfied with its QLW. There are several bio-socio-demographical and work variables related significantly to the QLW dimensions, and there are statistically significant differences between the global QLW perception, depending on the bio-socio-demographical variables and work factors of the nursing staff.

Key words: Quality of Life, Work, Nursing.

ÍNDICE

	Páginas
Dedicatoria	
Agradecimientos	
Resumen	
Abstract	
I. Introducción	
Generalidades	
Fundamentación	13
Problema	16
Contexto donde se realizó la investigación	18
Marco referencial	23
a) Marco conceptual	23
Antecedentes de la Calidad de Vida en el Trabajo (CVT)	23
Conceptualización contemporánea de CVT	28
Concepto de percepción	35



b) Marco empírico	39
Objetivos	50
Objetivo General	50
Objetivos Específicos	50
Hipótesis de trabajo	52
VARIABLES DE ESTUDIO	53
II. Sujetos y Métodos	54
Tipo de diseño	54
Unidad de análisis	54
Población	54
Muestra	54
Criterios de inclusión	56
Criterios de exclusión	56
Instrumento recolector de datos	56
Validez y confiabilidad	58
Prueba piloto	59



Plan de trabajo	59
Plan de análisis estadístico	60
Consideraciones éticas	65
III. Resultados	69
Análisis descriptivo	69
Variables biosociodemográficas y factores del trabajo	69
CVT global del personal de enfermería que labora en la Secretaría de Salud Pública de Hermosillo, Sonora, México	72
Dimensiones de la CVT del personal de enfermería que labora en la Secretaría de Salud Pública de Hermosillo, Sonora, México, con sus medidas de tendencia central y DE obtenidas	72
Dimensiones y CVT global del personal de enfermería según variables biosociodemográficas	74
Dimensiones y CVT global del personal de enfermería según factores del trabajo	76
Dimensiones y subdimensiones de CVT del personal de enfermería según nivel de atención de salud	80
Relación entre variables biosociodemográficas y factores del trabajo del personal de enfermería con las dimensiones de la CVT	96

Análisis inferencial	110
IV. Discusión	125
V. Conclusiones	168
Limitaciones	172
Sugerencias	173
VI. Referencias bibliográficas	175
Anexos	194



Índice de Figuras

	Páginas
Figura I. Esquema de clasificación del personal de enfermería según la Norma Oficial Mexicana	22
Figura II. Referentes empíricos de la Calidad de Vida en el Trabajo	27
Figura III. Significados de la Calidad de Vida en el Trabajo	29
Figura IV. Percepción de las dimensiones de la CVT del personal de enfermería.	38
Figura V. Confiabilidad del instrumento CVT-GOHISALO para la presente investigación.	58
Figura VI. Propuesta de modelo de CVT del personal de enfermería	167



Índice de Tablas

	Páginas
Tabla 1. Población y muestra del personal de enfermería por nivel de atención y categoría de enfermeras	55
Tabla 2. Puntaje para calificar las dimensiones y CVT global	57
Tabla 3. Plan de análisis estadístico	61
Tabla 4. Variables biosociodemográficas y factores del trabajo sus frecuencias y porcentajes según nivel de atención	69
Tabla 5. CVT global del personal de enfermería	72
Tabla 6. Promedios y desviación estándar de las dimensiones de la CVT del personal de enfermería	72
Tabla 7. Promedios y desviación estándar de CVT global y sus dimensiones según variables biosociodemográficas del personal de enfermería	74
Tabla 8. Promedios y desviación estándar de CVT global y sus dimensiones según factores del trabajo del personal de enfermería	76
Tabla 9. Frecuencias y porcentajes de CVT global y dimensiones, según nivel de atención de salud	81
Tabla 10. Subdimensiones de la dimensión Soporte Institucional para el trabajo (SIT), según nivel de atención de salud	83

Tabla 11. Subdimensiones de la dimensión Seguridad en el trabajo (ST), según nivel de atención de salud	85
Tabla 12. Subdimensiones de la dimensión Integración al puesto de trabajo (IPT), según nivel de atención de salud	87
Tabla 13. Subdimensiones de la dimensión Satisfacción por el trabajo (SAT), según nivel de atención de salud	89
Tabla 14. Subdimensiones de la dimensión Bienestar logrado a través del trabajo (BLT), según nivel de atención de salud	91
Tabla 15. Subdimensiones de la dimensión Desarrollo personal del trabajador (DP), según nivel de atención de salud	93
Tabla 16. Subdimensiones de la dimensión Administración del tiempo libre (ATL), según nivel de atención de salud	95
Tabla 17. Variables biosociodemográficas y factores del trabajo según Soporte institucional para el trabajo (SIT)	96
Tabla 18. Variables biosociodemográficas y factores del trabajo según Seguridad en el trabajo (ST)	97
Tabla 19. Variables biosociodemográficas y factores del trabajo según Integración al puesto de trabajo (IPT)	98
Tabla 20. Variables biosociodemográficas y factores del trabajo según Satisfacción por el trabajo (SAT)	100
Tabla 21. Variables biosociodemográficas y factores del trabajo según Bienestar logrado a través del trabajo (BLT)	103

Tabla 22. Variables biosociodemográficas y factores del trabajo según Desarrollo personal del trabajador (DP)	106
Tabla 23. Variables biosociodemográficas y factores del trabajo según Administración del tiempo libre (ATL)	108
Tabla 24. U de Mann-Whitney de CVT global del personal de enfermería según género	110
Tabla 25. ANOVA de CVT global del personal de enfermería según nivel de atención de salud	111
Tabla 26. ANOVA de CVT global del personal de enfermería según categoría de enfermeras	112
Tabla 27. Kruskal Wallis de CVT global del personal de enfermería según nivel de atención y categoría de enfermeras	113
Tabla 28. Kruskal Wallis de CVT global del personal de enfermería según el sistema de turno que ejecuta	115
Tabla 29. ANOVA de CVT global del personal de enfermería según servicio en que labora	117
Tabla 30. Kruskal Wallis de CVT global del personal de enfermería según categorías de edad	119
Tabla 31. U de Mann Whitney de CVT global del personal de enfermería según forma de contratación	120
Tabla 32. U de Mann Whitney de CVT global del personal de enfermería según condición de pareja	121

Tabla 33. U de Mann Whitney de CVT global del personal de enfermería según funciones que desempeña	122
Tabla 34. U de Mann Whitney de CVT global del personal de enfermería según la variable realiza otra actividad remunerada	123
Tabla 35. Kruskal Wallis de CVT global del personal de enfermería según institución en que labora	124



Índice de Gráficas

1. CVT global del personal de enfermería según nivel de atención y categoría de enfermeras	113
2. CVT global del personal de enfermería según el sistema de turno que ejecuta	116
3. CVT global del personal de enfermería según servicio en que labora	118



Índice de Anexos

1. Instrumento de recolección de datos	195
2. Interpretación del instrumento	200
3. Resultados de la prueba piloto	205
4. Autorización de Comités de Ética	210
5. Carta de consentimiento informado	215
6. Definición nominal y operacional de variables	216



I. INTRODUCCIÓN

Generalidades

El trabajo ocupa una parte muy importante en la vida de las personas y tiene implicancias positivas, ya que confiere realización personal, proporciona status, prestigio social y contribuye a la identidad personal, sin embargo, también puede ser percibido como algo negativo, indeseado, conflictivo o como una carga por sus normas, rutina, exigencias o burocracia (1, 2).

El trabajo es el medio a través del cual el individuo, su inteligencia y su fuerza, transforma la realidad y hace posible la sociedad. Es también una actividad que cumple la más elevada función social, que puede ser analizada desde la perspectiva individual o el ámbito colectivo, los trabajadores son partícipes de un proyecto grupal, en el que colaboran entregando su esfuerzo creativo y su fuerza de trabajo para un bien común. La libertad para elegir un trabajo conforme a las convicciones y creencias personales, siempre y cuando sea lícito, es un derecho fundamental del ser humano (3).

"El trabajo es, en primer término, un proceso entre la naturaleza y el hombre", proceso en que éste realiza, regula y controla mediante su propia acción su intercambio de materias con la naturaleza. En este proceso, el hombre se enfrenta como un poder natural con la materia de la naturaleza. Pone en acción las fuerzas naturales que forman su corporeidad, los brazos y las piernas, la cabeza y las manos, para de ese modo asimilarse, bajo una forma útil para su propia vida, las materias que la naturaleza le brinda. Y a la par

* Este escrito pretende utilizar un lenguaje que no discrimine ni marque diferencias entre mujeres y hombres, sin embargo, las referencias relacionadas al tema del trabajo, usan la palabra hombre de forma indistinta para hablar de varones y mujeres, por lo que al utilizar el masculino genérico clásico todas las menciones en tal género representan siempre a mujeres y hombres.

que de ese modo actúa sobre la naturaleza exterior a él y la transforma, transforma su propia naturaleza, desarrollando las potencias que dormitan en él y sometiendo el juego de su fuerzas a su propia disciplina.” Además “el trabajo es condición de vida del hombre y condición independiente de todas las formas de sociedad, una necesidad perene y natural sin la que no se concebiría el intercambio orgánico entre el hombre y la naturaleza, ni por consiguiente la vida humana” (4).

El trabajo cumple una función social y la persona está en libertad para contratar y dedicar su esfuerzo a la labor lícita que elija, así mismo, las relaciones laborales deberán de fundarse siempre en un trato compatible con la dignidad de la persona (5), ya que el trabajo es un derecho. No es artículo de comercio, exige respeto para las libertades y dignidad de quien lo presta y debe efectuarse en condiciones que aseguren la vida, la salud y un nivel económico decoroso para el trabajador y su familia (6).

El trabajo se ha definido como una actividad, realizada por una o varias personas, orientada hacia una finalidad, la prestación de un servicio o la producción de un bien que tiene una realidad objetiva y exterior al sujeto que lo produjo, con utilidad social. El trabajo, así entendido, involucra a todo ser humano que pone en alto sus capacidades y no solamente sus dimensiones fisiológicas y biológicas, dado que al mismo tiempo que soporta una carga estática, con gestos y posturas despliega su fuerza física, moviliza las dimensiones psíquicas y mentales. Sin embargo, el trabajo puede dar lugar a la producción de bienes y servicios destinados al uso doméstico, en la esfera no mercantil, sin contrapartida de remuneración salarial. Cuando el trabajo se realiza con el objetivo de obtener a cambio un ingreso, en calidad de asalariado, de empleador o actuando por cuenta propia, estamos en presencia de un empleo (7).

El trabajo es además, el conjunto de actividades humanas, remuneradas o no, que producen bienes o servicios en una economía, o que satisfacen las necesidades de una comunidad o proveen los medios de sustento necesarios para los individuos. El empleo es definido como "trabajo efectuado a cambio de pago (salario, sueldo, comisiones, propinas, pagos a destajo o pagos en especies)", sin importar la relación de dependencia (si es empleo dependiente-asalariado, o independiente-autoempleo) (8).

Las definiciones de trabajo que lo consideran como una técnica o actividad específica producen un análisis limitado a la relación directa del hombre individual con su trabajo y que se plantea el trabajo como una realidad exterior. Las definiciones de trabajo como un fenómeno dan lugar al análisis de las diferentes formas de relaciones organizadas en y alrededor del trabajo, en el seno de un sistema social (9).

En las últimas décadas se habla del concepto de Trabajo Decente (TD), que nace como respuesta a la creciente desprotección de los trabajadores y trabajadoras y a las situaciones de inseguridad en que se desenvuelven las sociedades contemporáneas, especialmente, en los países en desarrollo[†], ante la problemática mundial en torno a la deshumanización del trabajo y a la tendencia que prefiere la producción y la generación de riquezas y como consecuencia, la explotación de la persona humana. Por lo anterior la Organización Internacional del Trabajo (OIT) declara que el TD es: “el trabajo productivo en el cual los derechos son respetados, con seguridad y protección y con la posibilidad de participación en las decisiones que afectan a los trabajadores” (10).

[†] Se entiende por países en desarrollo a aquellos países donde existe un retraso en términos de desarrollo humano, el cual se mide a través de tres indicadores: vida larga y saludable, educación y nivel de vida digno.

Además, el TD incorpora los siguientes atributos: empleo de calidad y cantidad suficiente, ingresos adecuados, seguridad en el trabajo, formación profesional continua y pertinente a la empleabilidad, respeto a los derechos de los trabajadores y trabajadoras, fortalecimiento sindical y negociación colectiva, participación de los trabajadores en las decisiones de política económica y social, diálogo social y tripartismo, protección social en el empleo y en la sociedad, en condiciones de libertad, equidad y dignidad para todos los miembros de la sociedad (10).

Algunos autores argumentan que el concepto de TD es un término aún en construcción, debido a las constantes transformaciones de las relaciones laborales, la competitividad perseguida por las empresas, tanto en los sectores de punta como en los tradicionales, lo que ha puesto de relieve la aparición de nuevas formas de organización productiva, entre las cuales se encuentran: los grupos de empresas, el arrendamiento de servicios, el trabajo a domicilio y diversas formas de aglutinar la gestión externa a las obras o servicios mediante contratos auxiliares conocidos comúnmente como “outsourcing”[‡], que ha llevado a modelos diferenciados de producción que ocasionan problemas a la configuración del derecho del trabajo y seguridad social (11).

El TD provoca debates en la forma de su operacionalización ya que se pretende que sea una realidad en todo el mundo, los debates se vigorizan cuando se refieren a los países con mayores índices de pobreza (12).

[‡] Vocablo en idioma inglés utilizado frecuentemente en el castellano, que se traduce como “externalizar” o “terciarizar”, lo que se refiere a la subcontratación de servicios profesionales para satisfacer necesidades específicas y disminuir los costos de contratación.

Los aspectos negativos relacionados a las transformaciones en las relaciones laborales producto de la globalización, son: cambios en el empleo; flexibilización en el mercado de trabajo; cambios en la normativa laboral; reestructuración de los sistemas de seguridad social; debilitamiento del sindicalismo y de las negociaciones colectivas; debilitamiento del rol del Estado como asignador de recursos y como agente redistributivo del ingreso y; fortalecimiento de la autonomía empresarial no sólo para la toma de decisiones económicas, sino también para definir unilateralmente las condiciones de trabajo y de salarios y los márgenes de rentabilidad que quieren alcanzar para sus negocios (10).

Para mitigar algunas de las transformaciones laborales negativas, el principal objetivo de la OIT es “promover estrategias para que mujeres y hombres puedan obtener un TD y productivo, en condiciones de libertad, igualdad, seguridad y dignidad humana”, a través del poner en práctica sus cuatro objetivos estratégicos, que son: 1) Crear trabajo; 2) Garantizar los derechos de los trabajadores; 3) Extender la protección social; 4) Fortalecer el tripartismo y promover el diálogo social, con equidad de género (13).

Mientras que en el mundo, existe un déficit de TD, por lo que es urgente que los gobiernos asuman el desafío de crear 600 millones de puestos de trabajo productivos en el próximo decenio y aun así quedarán 900 millones de trabajadores que viven con sus familias con ingresos inferiores al umbral de la pobreza de los 2 dólares de Estados Unidos por día, sobre todo en países en vías de desarrollo. El panorama de la creación de empleos afecta especialmente a los jóvenes, ya que existen 74.8 millones de jóvenes de entre 15 y 24 años desempleados. Entre los 900 millones de trabajadores pobres, en el mundo 456 millones viven en pobreza extrema con ingresos inferiores al umbral de 1.25 dólares. A nivel mundial, se estima en 1.520 millones el número de trabajadores en situación de

vulnerabilidad en el empleo. La proporción de mujeres en situación de vulnerabilidad laboral es del 50.5% y excede a la de los hombres (14).

En América Latina, la perspectiva es positiva, ya que, tras la interrupción provocada por la crisis mundial en 2008, la tasa de empleo vulnerable continúa descendiendo y según las tendencias a largo plazo las mujeres adultas continuarán beneficiándose de oportunidades de empleo (14), sin embargo, para que este empleo sea considerado como TD es de gran importancia que cumplan con condiciones laborales adecuadas, derechos laborales y apoyo a la formación profesional, puesto que, como declara Amartya Sen[§]: “no habrá trabajo decente sin justicia social y ciudadanía. Y no habrá nada de esto sin educación, incluida la formación profesional” (15).

Al analizar algunas de las características del trabajo de Enfermería bajo el concepto del TD, se puede afirmar que hay puntos a considerar dentro de la labor de las enfermeras y enfermeros, alrededor del mundo, que no se articulan con el concepto, entre ellos, lo relacionado a los diversos riesgos que presenta el trabajar en áreas de hospital, entendiéndose como riesgo a cualquier característica presente en el ambiente laboral, que al actuar sobre el trabajador puede producir una respuesta, de incomodidad, dolor o lesión (16).

Ya que existe evidencia de que el trabajo que realiza el personal de enfermería tanto profesional como no profesional, es el que tiene más factores de riesgo a la salud, comparado con otros grupos de los que laboran en el área de la salud. Los riesgos más importantes son los: psicosociales, biológicos, físico-químicos y ergonómicos (17, 18).

[§] Filósofo y Economista, nacido en la India en 1933 y ganador del Premio Nobel de Economía en 1998.

Aunado a lo anterior, Enfermería como profesión feminizada, sigue presentando discriminación de género, lo que se refleja en la subvaloración laboral, salarios menores a otros profesionales sanitarios y alto cuestionamiento de su actividad profesional (19).

Asimismo, está documentado que dentro del personal de Enfermería existe desconfianza de Enfermeras hacia sus jefaturas, principalmente por maltrato y falta de apoyo en relación a permisos solicitados ante situaciones especiales, lo que repercute en el trabajo en equipo, el clima laboral y perjudica el adecuado funcionamiento de los servicios de salud (20).

Por otra parte, el trabajo de las enfermeras y enfermeros, ha sido alcanzado por algunas de las transformaciones económicas producto de la globalización, ya que, aunque es una profesión que tiene alta demanda en la mayoría de los países, es cada vez más común que se presenten contrataciones eventuales o a plazo fijo, en instituciones públicas y/o privadas, lo que repercute en la estabilidad laboral y obstaculiza a las enfermeras y enfermeros a reclamar sus derechos, debido a que en ocasiones el hecho de ser contratadas(os) de forma eventual, imposibilita el acceso en algunos casos a prestaciones laborales básicas, como ingresar a sindicatos, períodos vacacionales, incapacitarse en caso de enfermedad, acceder a educación continua, concursar para ascensos, servicios de salud, entre otras, además las eventualidades son de larga duración, ya que existe poca creación de plazas nuevas.

En situación más difícil se encuentra el personal de Enfermería en algunos países centroamericanos, ya que es evidente la falta de empleos, mientras que en otros países de América Latina el trabajo existe, pero los salarios son menores a los de otros profesionales del área de la salud y las condiciones en las que se desempeñan no son adecuadas.

En el caso de México, la tasa global de desperdicio laboral** de licenciados en Enfermería es de 410 por cada 1000 personas (21), mientras que la migración de enfermeras profesionales a países como España, Canadá y Estados Unidos, es un fenómeno que va en aumento, lo cual tiene impacto tanto de índole social, como económico, ya que, tiene efectos negativos en la salud de la población, por constituir el grupo de profesionales sanitarios que logran una mayor cobertura de atención, sin embargo, las principales razones identificadas para desear migrar, son los salarios bajos y la falta de estatus profesional o poca valoración de la profesión por la sociedad (22).

En este sentido, el tipo de trabajo realizado, así sea considerado como trabajo decente o no, interviene en todos los aspectos de la vida de los individuos, sus familia y comunidades, tanto en el ámbito de la salud, el estilo de vida, las actividades de recreativas que realizan, entre otros, por lo que influye fuertemente en la Calidad de Vida (CV), tema que se ha analizado desde la época de los antiguos griegos, aunque su análisis dentro del campo de la salud es relativamente reciente, existió un auge en su estudio en la década de los 90 y se mantiene en los primeros años del siglo XXI (23).

La CV ha recuperado protagonismo a nivel mundial puesto que han surgido enfoques nuevos que agregan la preocupación de los países por el crecimiento económico, la preocupación por la equidad, cohesión social y mecanismos de resguardo de la condición de ciudadanos de las personas. La crítica es hacia los enfoques económicos centrados solo en el bienestar material de las sociedades que dejan de lado los componentes subjetivos y sociológicos relacionados con el bienestar integral de las personas en su diversidad, ante

** Se entiende por desperdicio laboral a la proporción de personas que estudiaron y concluyeron una carrera profesional y no la ejercen.

esto el concepto de CV surge como la percepción que tienen los individuos acerca de su vida, en el sentido de si se sienten realizados con sus propias expectativas y proyectos (24).

El término CV se ha constituido como un concepto polisemántico para distintas disciplinas sociales y humanas. Se trata de como el individuo percibe su propio bienestar o malestar, influido por la cultura, los valores y expectativas, en donde la formación evolutiva social, es determinada por sus condiciones de vida y su relación con el contexto social, económico y político. Así también, implica una evaluación de las esferas físicas, psíquica, social, espiritual, etc. La CV puede evaluarse a partir de reconocer que es un concepto multidimensional que incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela y el empleo, así como, situación económica, entre otros determinantes, consiste en la sensación, percepción o sentido de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales de “sentirse bien” (25).

La CV surge de una evolución, desde considerarla como sinónimo de bienestar, felicidad, nivel y condiciones de vida, hasta un concepto más integrador tanto de aspectos objetivos como subjetivos, (26) no obstante la definición de la CV, está envuelta en múltiples discusiones, puesto que es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, estado emocional, vida familiar, amorosa y social, así como el sentido que le atribuye a su vida, (24) como por ejemplo la satisfacción, bienestar, seguridad atribuidos a contar con un empleo o trabajo, que permita el crecimiento humano y el desarrollo integral.

En cuanto a la calidad de vida y su relación con el trabajo surge el concepto Calidad de Vida en el Trabajo (CVT) y existen múltiples definiciones: para French “es una filosofía de gestión que mejora la dignidad del empleado, realiza cambios culturales y brinda oportunidades de desarrollo y progreso personal” (27). Gibson agrega que “la CVT es un

set de creencias que engloban todos los esfuerzos por incrementar la productividad y mejorar la motivación de las personas, enfatizando en la participación de la gente, la preservación de la dignidad, y por eliminar los aspectos disfuncionales de la jerarquía organizacional” (28). La CVT, busca el desarrollo personal del trabajador, como medio para elevar la eficiencia institucional (25) y se ha utilizado con creciente frecuencia para describir ciertos valores ambientales y humanos, descuidados por las sociedades industriales en favor del avance tecnológico, de la productividad y el crecimiento económico (1).

Al respecto de la CVT de los profesionales del área de la salud ésta debería ser óptima, ya que aparentemente cuentan con los conocimientos y los medios necesarios para prevenir riesgos y realizar acciones de autocuidado en todas las esferas del ser humano, sin embargo, diversos estudios destacan que esta afirmación está lejos de ser una realidad pues hay evidencia de que dentro del grupo de profesionales del área de la salud, existen múltiples problemáticas y en el caso específico del personal de Enfermería han desarrollado patologías tales como el síndrome de Burnout, estrés laboral (29), conflictos relacionados a la violencia dentro de las instituciones de salud, dirigida tanto a los usuarios como entre el mismo personal de enfermería (30-33), índices de pobre satisfacción laboral (34, 35), entre otras problemáticas posiblemente asociadas a las condiciones de trabajo y los riesgos reconocidos en la literatura relacionados a trabajar en hospitales, que implica una posible carga mental la cual incide en la calidad de la atención, en la CVT, y la calidad de vida en general de las personas (36).

Las investigaciones que se desarrollan dentro del área de la salud deben de dar respuesta a las problemáticas de salud que se presentan en la población general, sin embargo, los profesionales del área de la salud también presentan alteraciones que muchas veces son

pasadas por alto y poco tratadas, sobre todo cuando la persona es del género femenino y antepone los cuidados de sus usuarios, su familia y/o amigos o miembros de su comunidad, a los suyos propios. En el caso de las instituciones o áreas de trabajo, aunque el empleo proporciona múltiples beneficios al ser humano, también la falta de condiciones adecuadas para efectuarlo, acarrea aspectos negativos o condiciones patológicas, lo que se puede relacionar con niveles pobres de CVT.

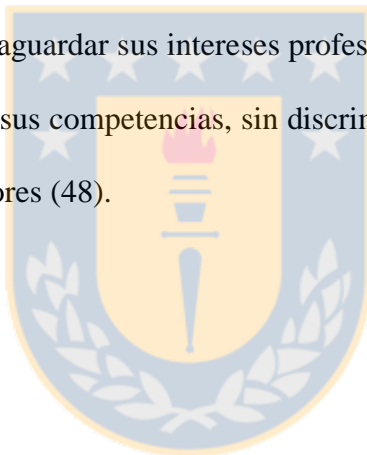
El gobierno del Estado de Sonora manifiesta expresamente la preocupación por la calidad de vida de la población incluyendo dentro de su plan de trabajo acciones puntuales tendientes a incrementarla, (37) muchas de estas acciones se espera sean ejecutadas directamente por personal de enfermería que labora dentro de la Secretaría de Salud Pública, sin embargo, se considera especialmente importante conocer cuál es el nivel de Calidad de Vida en el Trabajo de las personas que tienen bajo su responsabilidad profesional la salud de la población.

Alrededor del mundo se ha estudiado la Calidad de Vida en el Trabajo (CVT) del Personal de Enfermería, (38-45) sin embargo, en el noroeste de México, no se ha efectuado evaluación de esta índole, pero si existen diversas problemáticas laborales coincidentes con las identificadas en toda Latinoamérica entre ellas la inestabilidad laboral, condiciones deficientes de trabajo, limitaciones para disponer de equipos y materiales imprescindibles para el mejoramiento efectivo de la calidad de la atención, sobrecarga laboral derivada de la escasez de profesionales de enfermería y desvalorización de la Enfermera profesional (46), por lo que se hace necesario visibilizar la CVT del personal de enfermería en la región.

Esta investigación servirá como una aproximación inicial a la CVT del personal de enfermería en la región, ya que a través de identificar cual es el nivel de CVT se ayudará a alcanzar uno de los objetivos del sistema sanitario en México, que busca ofrecer

oportunidades de avance profesional y mejores condiciones de trabajo a los prestadores de servicios en el área de la salud (47).

Aunado a lo anterior y en concordancia con los derechos de las enfermeras, la Ley Federal del Trabajo y la Ley General de Salud de México, la enfermería se debe ejercer con libertad, sin presiones de cualquier naturaleza, en un entorno que garantice la seguridad e integridad personal y profesional, con los recursos necesarios que le permitan el óptimo desempeño de sus funciones, recibir trato digno por parte de los usuarios, sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo independientemente del nivel jerárquico, además tener acceso a diferentes alternativas de desarrollo profesional, asociarse libremente para impulsar, fortalecer y salvaguardar sus intereses profesionales, acceder a posiciones de toma de decisión de acuerdo a sus competencias, sin discriminación alguna, en igualdad de condiciones que otros trabajadores (48).



Fundamentación

Los resultados de esta investigación pueden sugerir claves para los líderes de enfermería sobre la dirección de los empleados, quienes en colaboración con los responsables de recursos humanos, pueden desarrollar e implementar programas de beneficios que incrementen la CVT y permitan el balance del personal de enfermería entre el trabajo y las necesidades de la vida familiar, mejorar el sistema de turnos, bonos por trabajar fuera de los turnos, sitios para el cuidado de los niños, sitios para el cuidado de padres adultos mayores y oportunidades de educación continua (49), así como, mantener la fuerza laboral de enfermería y evitar las deserciones en el trabajo.

Además, investigaciones relacionadas afirman que identificar el nivel de CVT del personal de enfermería, podría ayudar a mejorar la CVT a largo plazo, ya que permitiría contribuir a resultados positivos para las Instituciones de Salud, los miembros del equipo de enfermería y los usuarios. Para la Institución, porque conocer el nivel de CVT del personal de enfermería, sería el primer paso para, de ser necesario, aumentarla y realizar actividades para mejorar el ambiente laboral, a través de promover el trabajo colaborativo y una gerencia que suscite la toma de decisiones participativa, lo que contribuye a la mejora del clima laboral de las instituciones de salud, ayudaría a lograr una mayor retención de personal, elevaría la productividad, reduciría los costos de atención, aumentaría compromiso organizacional e incrementaría la calidad de la atención que brinda el equipo de enfermería (49).

Para el Personal de Enfermería, identificar el nivel de CVT, contribuiría a propiciar un trabajo con tareas definidas, con retroalimentación adecuada por parte de los supervisores y con un mayor apoyo institucional, así como circunstancias de evaluación de trabajo que permita oportunidades de promoción, de la misma forma, al aumentar la CVT del personal

de enfermería, la seguridad en el trabajo del Personal de Enfermería se vería favorecida mejorando los procedimientos de trabajo, el salario, los insumos, derechos y capacitación para el trabajo. Modificaría la integración al puesto de trabajo, a través de buscar la pertinencia de la relación del puesto con la preparación académica y el respeto a los derechos contractuales, aumentaría la motivación y renovaría el ambiente de trabajo.

La satisfacción laboral del Personal de Enfermería también se vería beneficiada al momento de favorecer la dedicación exclusiva a un solo trabajo, el orgullo por trabajar en la institución, la participación, autonomía y reconocimiento por el trabajo. Aumentaría el bienestar logrado a través del trabajo, por el hecho de que el personal de enfermería se identificaría más con los objetivos institucionales, aumentaría la percepción de beneficios. El desarrollo personal mejoraría aumentando los logros, las expectativas de progreso y seguridad personal y por último la administración del tiempo libre, permitiendo la planificación de actividades fuera de las horas del trabajo, logrando un equilibrio entre el trabajo y la vida familiar.

Para los usuarios/usuarios de los servicios, incrementaría la calidad de la atención que brindan, ya que hay evidencias de que el trato que reciben los trabajadores del área de la salud por las instituciones donde laboran, es replicado a los usuarios de los servicios y en el caso de la enfermería mexicana, podría entrar en la clasificación de grupo vulnerable, por el hecho de ser una profesión conformada en su mayoría por mujeres, de clase media y baja, vivir en un país de importantes contrastes en cuestión económica y de distribución de recursos, con abundantes contrataciones eventuales, salarios bajos al equiparlos con los de otros profesionales sanitarios, sistemas rígidos de supervisión y control, entre otros, por lo que al mejorar la CVT de las enfermeras, mejoraría también la atención que brindan a los usuarios, familias y comunidades.

Los profesionales de enfermería, las instituciones de salud y los gobiernos, deben de tomar en cuenta, los múltiples riesgos adicionados al trabajo de Enfermería, fomentando la prevención de riesgos laborales e incentivando a Enfermeras con mejores salarios y mejores condiciones de trabajo en general. La labor de Enfermería debe enfocarse también en promover a nivel de políticas públicas cambios estructurales que propicien el TD para enfermeras y enfermeros y para todos los trabajadores. Los gobiernos, las instituciones de salud y el Personal de Enfermería, deben de reconocer que el Trabajo de Enfermería es sumamente valioso para la salud de las poblaciones, por lo que es necesario desarrollar estrategias que propicien mejores ambientes laborales, que promuevan además, la disminución de riesgos y que motiven a ingresar y permanecer en el ejercicio de la profesión (50).



Problema

En el noroeste de México, se han presentado evidencias sociales a modo de protestas relacionadas a las condiciones laborales actuales del personal de Enfermería que labora en Instituciones de Salud pertenecientes a la Secretaría de Salud Pública y en el país existe una tasa de “desperdicio laboral” de 410 por cada 1000 Licenciadas en Enfermería (21), por lo cual surge la idea de realizar este trabajo de investigación con el propósito principal de determinar cuál es el nivel de Calidad de Vida en el Trabajo del personal de enfermería de la Secretaría de Salud Pública de Hermosillo, Sonora, y la forma en que las variables biosociodemográficas y factores del trabajo, influyen en ella, para que, en base a los resultados que se obtengan, contribuir al desarrollo del conocimiento sobre esta temática y proporcionar herramientas a los que planean las estrategias a nivel gubernamental para mejorar las condiciones laborales, de los que cuidan la salud de la población general, a través de responder las siguientes interrogantes:

¿Cuál es el nivel de Calidad de Vida en el Trabajo del personal de Enfermería de la Secretaría de Salud Pública de Hermosillo, Sonora, México?

¿Existen diferencias entre el nivel de Calidad de Vida en el Trabajo del personal de Enfermería de la Secretaría de Salud Pública de Hermosillo, Sonora, México que labora en los distintos niveles de atención de salud?

¿Qué variables biosociodemográficas se relacionan con la Calidad de Vida en el Trabajo del personal de Enfermería de la Secretaría de Salud Pública de Hermosillo, Sonora, México de los tres niveles de atención de salud?

¿Qué factores del trabajo se relacionan con la Calidad de Vida en el Trabajo del Personal de Enfermería de la Secretaría de Salud Pública de Hermosillo, Sonora, México de los tres niveles de atención?

¿Existen diferencias entre el nivel de Calidad de Vida en el Trabajo de enfermeras profesionales y las enfermeras no profesionales que conforman el Personal de Enfermería de la Secretaría de Salud Pública de Hermosillo, Sonora, México?

¿Existen diferencias entre el nivel de Calidad de Vida en el Trabajo del Personal de Enfermería de la Secretaría de Salud Pública de Hermosillo, Sonora, México según género?



Contexto donde se realizó la investigación

México, por su ubicación pertenece a América del Norte y Centro América, la extensión del país incluye 1, 964,375 km², el territorio mexicano cuenta con 31 Estados y un Distrito Federal, el total de municipios del país es de 2,440. La población total de la República Mexicana es de 112 millones, 322 mil 757 personas (51).

El Estado de Sonora cuenta con una superficie territorial de 184,934 km², se ubica al Noroeste de México, ocupa el segundo lugar en extensión de los Estados de la República Mexicana. Limita al norte con Estados Unidos de América, al sur con el Estado de Sinaloa, al este con Chihuahua y al oeste con el Golfo de California y Baja California. La población total incluye 2 millones, 662 mil 480 personas de las cuales 1 millón, 339 mil, 612 es población masculina y 1 millón, 322 mil, 868 población femenina. El Estado se compone de 72 municipios cuya ciudad capital es Hermosillo la cual cuenta con 784,322 habitantes, lo que la convierte en la ciudad más habitada de la entidad (51).

De los 2.6 millones de habitantes del Estado de Sonora, 71.25% se encuentra afiliado a alguna institución de Salud Pública o Privada y 27.75% de la población total, cuenta con seguro popular a través de los Servicios de Salud de Sonora. Actualmente, el Sistema de Salud Pública del Estado de Sonora tiene registrados 710 establecimientos. En cuanto a equipamiento médico, Sonora cuenta con 2 mil 585 camas censables, 1 mil 569 consultorios, 113 laboratorios de análisis clínicos y 215 equipos de rayos X. En lo que respecta a recursos humanos, dispone de 25 mil 651 trabajadores de los cuales 4 mil 853 son médicos generales y especialistas, 1 mil 297 médicos en formación, 7 mil 484 enfermeras, 1 mil 766 paramédicos, 3 mil 538 administrativos y 6 mil 713 es personal de apoyo en otras actividades (52).

La Secretaría de Salud del Estado de Sonora forma parte del Sistema de Salud Pública y se divide para dar atención en cinco Jurisdicciones Sanitarias. La Jurisdicción I, incluye 32 municipios del centro de Sonora, donde se encuentra la ciudad capital Hermosillo. La Jurisdicción II, ubicada en la frontera con Estados Unidos, incluye 10 municipios y la ciudad cabecera es Caborca. La Jurisdicción III incluye 17 municipios, Santa Ana es la cabecera y también comprende parte de la frontera con Estados Unidos. La Jurisdicción IV incluye 8 municipios, cuya cabecera municipal es Empalme. La Jurisdicción V ubicada al sur del Estado incluye 5 municipios y la ciudad cabecera es Navojoa (53).

En cuanto al personal de Enfermería de la Secretaría de Salud del Estado de Sonora, el número total corresponde a 4,746 Enfermeras(os). En la Jurisdicción Sanitaria I se concentra el índice mayor del Equipo de Enfermería lo que corresponde a 2,524, en la Jurisdicción II el total del Equipo de Enfermería es de 363, en la Jurisdicción III el número del Equipo de Enfermería es de 502, en la IV suman un total de 820 y en la V laboran 537 Enfermeras^{††}.

Se le denomina Personal de Enfermería, según la Norma Oficial Mexicana para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud (54) a la persona formada o capacitada para proporcionar cuidados de enfermería, que de acuerdo a las disposiciones jurídicas aplicables y su preparación académica, puede realizar actividades auxiliares, técnicas, profesionales o especializadas, según su ámbito de competencia, en las funciones asistenciales, administrativas, docentes y de investigación.

^{††}Comunicación personal de Lic. Manuel Carpio Quiroz, Coordinador Estatal de Enfermería de la Secretaría de Salud del Estado de Sonora, México, 9 de abril del 2012.

El personal de enfermería, en términos de las disposiciones jurídicas aplicables, independientemente de si existe o no una relación laboral, puede ser: personal profesional de enfermería y personal no profesional de enfermería.

Personal profesional de enfermería: A la persona que ha concluido sus estudios de nivel superior en el área de la enfermería, en alguna institución educativa perteneciente al Sistema Educativo Nacional y le ha sido expedida cédula de ejercicio profesional con efectos de patente por la autoridad educativa competente. En esta clasificación se incluyen:

- Enfermera(o) general: A la persona que obtuvo título de licenciatura en enfermería expedido por alguna institución de educación del tipo superior, perteneciente al Sistema Educativo Nacional, con duración de 5 años a tiempo completo y le ha sido expedida por la autoridad educativa competente la cédula profesional correspondiente;
- Enfermera(o) especialista: A la persona que, además de reunir los requisitos de licenciado en enfermería, obtuvo el diploma de especialización en términos de las disposiciones jurídicas aplicables, con duración de 1 a 2 años y le ha sido expedida por la autoridad educativa competente la cédula profesional de especialización correspondiente a un área específica de competencia;
- Enfermera(o) con maestría: A la persona que, además de reunir los requisitos de licenciatura en enfermería, acredita el grado de maestría, en términos de las disposiciones jurídicas aplicables con duración de 2 a 3 años; y le ha sido expedida por la autoridad educativa competente la cédula profesional de maestría correspondiente,

- Enfermera(o) con doctorado: A la persona que, además de reunir los requisitos del grado de maestría, acredita el grado de doctorado, en términos de las disposiciones jurídicas aplicables y le ha sido expedida por la autoridad educativa competente la cédula profesional de doctorado correspondiente, con duración de 3 a 4 años de formación a tiempo completo.
- Profesional técnico de enfermería: A la persona que obtuvo el título o un diploma de capacitación expedidos por alguna institución perteneciente al Sistema Educativo Nacional. Se incluyen en esta clasificación el técnico y el técnico especializado en enfermería.

-Técnico en enfermería: A la persona que ha concluido sus estudios de tipo medio superior (técnico) en el área de la enfermería, en alguna institución educativa perteneciente al Sistema Educativo Nacional y le ha sido expedida cédula de ejercicio profesional con efectos de patente por la autoridad educativa competente, con duración de 1 año.

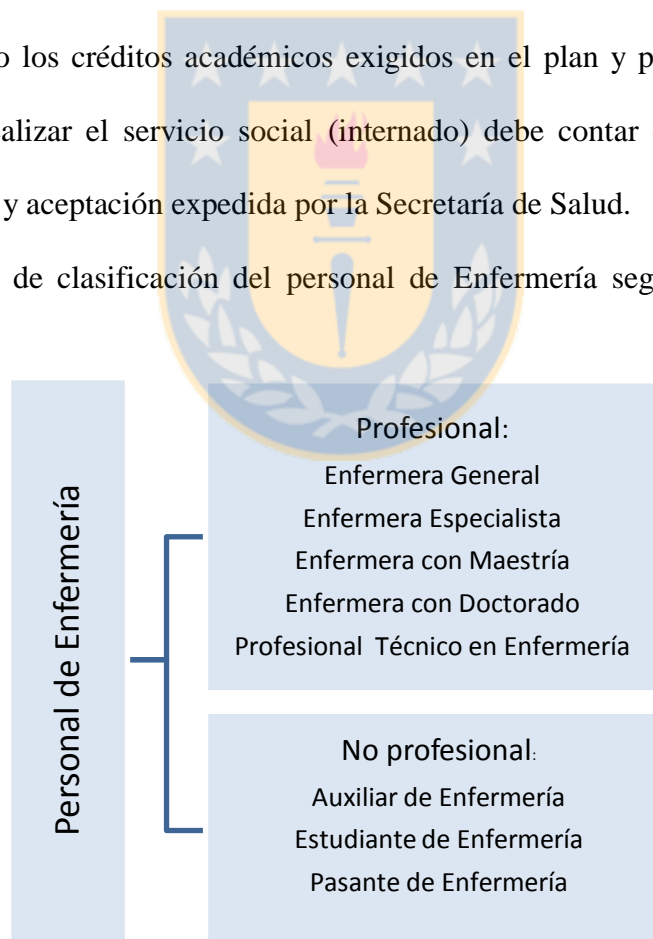
-Técnico especializado en enfermería: A la persona que, además de reunir los requisitos de estudios de nivel medio superior, obtuvo un diploma que señala el área específica de competencia expedido por alguna institución de educación, perteneciente al Sistema Educativo Nacional, con duración de 2 años.

Personal no profesional de enfermería: A la persona que no ha concluido su preparación académica en el área de la enfermería en alguna institución educativa perteneciente al Sistema Educativo Nacional o habiéndola concluido no ha obtenido el documento correspondiente que demuestre tal circunstancia, para que la autoridad educativa

competente la autorice para ejercer dicha actividad. En esta clasificación se encuentran la auxiliar de enfermería, los estudiantes y pasantes de enfermería (internos de enfermería):

- Auxiliar de enfermería: A la persona que obtuvo constancia que acredite la conclusión del curso de auxiliar de enfermería, de una duración mínima de un año expedido por alguna institución perteneciente al Sistema Educativo Nacional;
- Estudiante de enfermería: A la persona que se encuentra en proceso de formación en la carrera de enfermería, ya sea de técnico o licenciada, de alguna institución educativa perteneciente al Sistema Educativo Nacional;
- Pasante de enfermería: Al estudiante de enfermería de una institución educativa que ha cumplido los créditos académicos exigidos en el plan y programas de estudio, que para realizar el servicio social (internado) debe contar con la constancia de adscripción y aceptación expedida por la Secretaría de Salud.

Figura I. Esquema de clasificación del personal de Enfermería según la Norma Oficial Mexicana



Fuente: Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. Diario Oficial de la Federación. 2013.

Marco referencial

a) Marco conceptual

El presente trabajo de investigación, se basa en los antecedentes y conceptos contemporáneos de CVT, dentro de los contemporáneos se incluye la propuesta conceptual de CVT aportada por González B, Hidalgo S, Salazar E y Preciado S. miembros del Instituto de Investigación en Salud Ocupacional de Guadalajara - Jalisco, México, la cual constituye una propuesta integral que aborda aspectos del trabajo, el trabajador y la estructura institucional, desde la perspectiva del trabajador y entrega un instrumento validado en personal de los servicios de salud en el contexto mexicano para medir la CVT, además, se incluye la conceptualización sobre percepción, debido a que la CVT es medida a través de la percepción de los trabajadores.

-Antecedentes de la Calidad de Vida en el Trabajo (CVT).

En los inicios del siglo XVIII, hubo un gran cambio en los procesos industriales. La población mundial crecía aceleradamente, el mercado estimulaba a la producción a gran escala, la mano de obra se tornaba abundante debido al crecimiento poblacional (1).

Inglaterra tenía una hegemonía tecnológica, con la conquista de las colonias y el dominio de los mares, los ingleses tenían lo indispensable para activar sus industrias: un mercado de consumidores y el transporte (1).

Las industrias se modernizaban, con los inventos de John Key (el transporte aéreo), James Hargreaves (máquina de hilar), Richard Arkwright (telar hidráulico), James Watt (máquina de vapor), por lo que se hace necesario un cambio en los procesos productivos para dinamizar la producción (1).

El liberalismo clásico serviría como una base teórica y filosófica sobre la naturaleza de los comportamientos del hombre en orientación a los procesos productivos, el cúmulo de capital era la palabra de primer orden entre los dueños de fábricas y comerciantes. En este contexto surgen las primeras preocupaciones por la racionalización y la producción así como por el comportamiento del trabajador durante su tarea (1).

Smith, en el año 1794, fue uno de los grandes incentivadores de la racionalización de la producción. La especialización de las etapas de producción fue vista por el autor como eficiente para mejorar la destreza del trabajador y para minimizar el tiempo de producción (1).

El trabajador vivía en condiciones inhumanas. Las jornadas de trabajo eran de 18 horas diarias, con relación al salario se pensaba que debía ser lo necesario para que el trabajador subsistiera y perpetuara su clase, sin aumentos ni reducciones, el trabajador tenía una vida en el trabajo, donde sus necesidades básicas no eran consideradas (1).

Owen en 1820, fue probablemente el pionero en humanizar las condiciones de trabajo, ya que proporcionó, condiciones decentes de trabajo a los operarios de las fábricas, a través de salarios adecuados y educación para sus hijos. Una mejor calidad de vida en la fábrica, fue correlacionada de forma práctica con un mejor desempeño en lo productivo.

La eficiencia de la producción, continúa siendo muy cuestionada en el siglo XIX. La división de las tareas a través de la especialización, fue defendida por Mill en 1845, que sugiere incluso un salario igual a la producción de cada trabajador.

Las preocupaciones por la monotonía, causada por la especialización fueron expuestas por Marshall en 1890, que, aunque el mismo estaba a favor de este proceso de producción, consideraba que la monotonía era un mal de primer orden en la división del trabajo (1).

Aunque sin afectar las prácticas de los procesos productivos, el trabajador se convirtió en foco de preocupación y cuestionamiento. La motivación económica, la mejoría del ambiente de trabajo y la rutina por la especialización, factores que afectaban directamente la vida del trabajador en el lugar de trabajo, pasaron a ser teorizados tímidamente en algunas empresas, consideradas de forma práctica (1).

El concepto de la CVT data del año 1953 con autores como Emery y Trist y cobró importancia a finales de 1960 y principios de 1970, con un énfasis especial en la calidad de la relación entre los empleados y el medio ambiente de trabajo, lo que lleva al desarrollo del movimiento de estudio de CVT (20).

En el año 1955, Cronbach y Mell afirman que una compensación justa, segura y condiciones de trabajo saludables, uso de las capacidades, seguridad, integración social, constitucionalismo, interacción favorable entre el trabajo y la vida familiar, y relevancia social del trabajo, están contenidas en la red nomológica, o el patrón de relaciones que permiten llamar a la CVT un constructo (20).

El movimiento de CVT, tuvo su esplendor en los años setenta en los Estados Unidos, con dos influencias directas, por un lado la Teoría de los Sistemas Socio-técnicos (TSS) y por otro lado, las experiencias de intervención desarrolladas bajo el marco de la Democracia Escandinava (55, 56):

Teoría de los Sistemas Socio técnicos. La TSS está unida al Tavistock Institute of Human Relations de Londres, al Work Research Institute de Oslo y al Institute for Industrial Social Research de Trondheim, así como a autores como Trist, Herbst, Davis, Cherns y Emery, entre otros.

La TSS se desarrolló a partir de la Teoría General de Sistemas y una serie de estudios sobre experiencias de cambios realizados en la industria del carbón hacia

1950. El término sistema socio técnico, fue acuñado por Trist para describir una concepción de la organización que enfatizaba la interrelación de dos subsistemas: el social y el tecnológico, y a la relación de la organización como un conjunto en el ambiente en el cual la organización operaría. Pasmore y cols, en el año de 1982 mencionan que la TSS afirma que las organizaciones estarían constituidas por gente que produce productos o servicios usando para ello algún tipo de tecnología, y estando ambos sistemas influidos entre sí: la tecnología por el uso de la gente y la conducta de la gente por la tecnología.

Uno de los principios de la TSS es crear condiciones de trabajo más democráticas, lo que influyó en el movimiento de la CVT.

Intervención desarrollada bajo el marco de la Democracia Escandinava. El segundo claro antecedente de los programas de CVT serían los programas desarrollados en los países escandinavos, especialmente en Suecia y Noruega, por el comité de democracia industrial en el año 1976, cuya idea central parecía residir en la capacidad de los trabajadores directa o indirectamente para determinar el curso de los eventos dentro de la empresa. Donde autores como Mills en el año 1978, definen a la CVT como un proceso conjunto por parte de la dirección y los sindicatos, de aprendizaje y crecimiento.

Dicho reconocimiento social, se traduciría en la creación de instituciones con el objetivo, explícitamente definido de abordar la temática de la CVT, un centro muy citado fue el “Ontario Quality of Working Life Center” en Canadá, creado en 1978, con el fin de examinar el concepto de CVT y su aplicación práctica.

Suttle en 1977, afirma que la CVT implica diferentes cosas para diferentes personas, para algunos se refiere a la democracia industrial, un incremento de la participación de los trabajadores en la toma de decisiones corporativas o una culminación de objetivos del movimiento de las relaciones humanas, para otros, especialmente desde el management, el término sugiere una variedad de esfuerzos para mejorar la productividad a través de la mejora en lo humano antes que en el capital o en lo tecnológico (55).

Las tres obras principales, que han sido desarrolladas acerca de la CVT, son de: Walton (1975), Taylor (1978), y Levine, Taylor y Davis (1984). Tabla 1. Walton (1975) fue el primero en promover ocho dimensiones y referentes empíricos basados en estudios de trabajadores y experiencias en el trabajo. Taylor (1978) conduce el primer examen empírico usando factor de análisis a investigar la estructura que subyace a la CVT. Se han añadido elementos a incluir el empleador y la sociedad en general, según lo recomendado por Seashore (1975). Levine et al. (1984) define y mide la CVT en una compañía aseguradora desde la perspectiva de empleados de cuello blanco (20).

Figura II. Referentes empíricos de la Calidad de Vida en el Trabajo

Walton (1975)	Taylor (1978)	Levine, Taylor y Davis (1984)
Adecuada y justa compensación	Adecuada y justa compensación	Adecuada y justa compensación
Condiciones de trabajo saludables	Condiciones de trabajo saludables	Condiciones de trabajo saludables
Seguridad	Seguridad	Uso de las capacidades
Integración social	Integración social	Seguridad
Constitucionalismo	Constitucionalismo	Integración social
Calidad de vida	Calidad de vida	Constitucionalismo
Relevancia social del trabajo	Relevancia social del trabajo	Calidad de vida
	CVT de empleados	Relevancia social del trabajo
	CVT de la sociedad	CVT de empleados
		CVT de la sociedad

Fuente: Brooks B, Anderson M. Defining Quality of Nursing Work Life. Nursing Economics. 2005; 23, 6 ProQuest 319.

-Conceptualización contemporánea de CVT

Aún en la actualidad, en torno al constructo de CVT el único acuerdo que existe entre los expertos, es la dificultad para alcanzar consenso en su definición y en consecuencia la literatura menciona una diversidad de formas de medirla con diferentes problemas implicados en cada una de ellas, según la disciplina desde la que se estudia, ya que la CVT se ha estudiado desde la sociología, la psicología, la educación, la gestión, la atención médica y la enfermería, entre otras.

En la Figura III, se muestran algunos de los significados de CVT, agrupados por Vagharseyyedin, en la año 2011 (39), donde se observa la diversidad de definiciones atribuidas al constructo.



Figura III. Significados de la Calidad de Vida en el Trabajo

Referencias	Significados
Robertson (1990)	Condiciones de CVT (las características objetivas de trabajo), así como las actividades de los compañeros de trabajo y supervisor. CVT sentimientos (sentimientos personales individuales sobre el trabajo y las condiciones de trabajo) y los resultados CVT (percepciones divulgadas de los encuestados de condiciones CVT y sentimientos) se describen colectivamente como CVT.
Abo-Znadh (1998)	Las reacciones afectivas o sentimentales que un empleado adquiere hacia el trabajo
Argentero, Miglioretti & Angilletta (2007)	CVT es el resultado de una evaluación que cada individuo lleva a cabo la comparación de sus propias esperanzas, expectativas y deseos con lo que él considera como realidad.
Baba & Jamal (1991)	CVT es la forma en que la gente piensa sobre su trabajo, sus compañeros y la organización.
Bediako (2002)	Un entorno de alta CVT es aquel en el que las personas son esenciales miembros de una organización, que desafía el espíritu humano, promueve el crecimiento y desarrollo personal, y alcanza resultados.
Brooks & Anderson (2004)	Se trata de un constructo satisfactorio para evaluar la propia obra o sentimientos de los empleados sobre el trabajo y el entorno laboral.
Dargahi & Nasle Seragi (2007)	Es un programa integral, todo un departamento designado para mejorar la satisfacción del empleado.
Gifford, Zammuto, & Goodman (2002)	Medidas de compromiso organizacional, empoderamiento y participación en el trabajo son considerados colectivamente como CVT
Hsu & Kernohan (2006)	CVT es una forma de razonamiento sobre personas, trabajo y organizaciones.
Khodayarian, Vanaki, Navipour, & Vaezi (2008)	Es el grado en que miembros de una organización son capaces de satisfacer importantes necesidades personales a través de sus experiencias en la organización.
Krueger et al. (2002) Lewis, Brazil, Krueger, Lohfeld, & Tjam (2001)	CVT se refiere a las fortalezas y debilidades en el entorno de trabajo total.
Nasl Saraji & Dargahi (2006)	Es un programa designado para mejorar la satisfacción del empleado.

Fuente: Vagharseyyedin, SA. The Nature Nursing Quality of Work Life: An Integrative Review of Literature. West. j. nursing res. 2011; 33 (6): 786-804.

González, Hidalgo, Salazar y Preciado en el 2009, coinciden en declarar que existen diversas definiciones CVT, lo que podría atribuirse a que es un concepto que involucra aspectos objetivos relacionados a las condiciones tangibles de vida y de trabajo de las personas y otros aspectos más subjetivos, como la propia percepción del individuo ante el trabajo y sus condiciones vitales (26).

Para el presente trabajo se utilizó la propuesta conceptual de González, Hidalgo, Salazar y Preciado sobre CVT quienes la definieron como un: “concepto multidimensional que se integra cuando el trabajador, a través del empleo y bajo su propia percepción, ve cubiertas las siguientes necesidades personales: soporte institucional, seguridad e integración al puesto de trabajo y satisfacción por el mismo, identificando el bienestar conseguido a través de su trabajo y el desarrollo personal logrado, así como la administración de su tiempo libre” (26).

Y proporcionan una definición de cada una de las siete dimensiones que componen el constructo de CVT (57):

1. Soporte Institucional para el trabajo:

Elementos del puesto de trabajo que son aportados por la institución como estructura que da forma y soporta el empleo, entendidos como: a) procesos de trabajo: actividades o tareas que se deben de realizar con motivo del puesto de trabajo (definición de los procesos de trabajo y evaluación de los mismos), b) supervisión laboral: conjunto de actividades que se realizan por los superiores jerárquicos para la verificación del cumplimiento de las actividades laborales por parte del trabajador, c) apoyo de los superiores para la realización del trabajo: condiciones brindadas en el lugar de trabajo dadas por la actitud de los superiores jerárquicos, que brindan sostén al trabajador para desempeñar y continuar sus actividades laborales y que inciden en su desempeño. Comprenden la satisfacción del trato

con los superiores, el interés de los superiores en el trabajador, el reconocimiento de los superiores hacia el trabajador y su apoyo en la resolución de problemas, d) evaluación del trabajo: juicio de valor que los compañeros y superiores hacen del trabajo realizado por el trabajador, e) oportunidades de promoción: se definen como poner al alcance del trabajador la posibilidad de cambiar de puesto de trabajo para mejorar sus condiciones en base a su desempeño y f) autonomía: entendida como la condición de independencia que goza el trabajador con respecto a su empleo, en donde cuenta con la libertad de opinión sin temor a represalias.

2. Seguridad en el trabajo:

Se refiere a las características del empleo que se relacionan con las condiciones que brindan al trabajador firmeza en su relación con la institución e incluye la satisfacción por la forma en que están diseñados los procedimientos de trabajo, ingresos o salarios, los insumos para la realización del trabajo, los derechos contractuales de los trabajadores y el crecimiento de sus capacidades individuales a través de la capacitación. a) Procedimientos de trabajo: sinónimo de procesos de trabajo, son entendidos como las actividades o tareas que se deben de realizar con motivo del puesto de trabajo. b) Salario: retribución económica que el trabajador recibe a propósito o como resultado de su trabajo. c) Insumos para el trabajo: son todos aquellos elementos o materiales que el trabajador requiere para llevar a cabo sus actividades laborales. d) Derechos contractuales de los trabajadores: se definen como el conjunto de elementos que se consideran inherentes al trabajo como la seguridad social, planes de retiro, condiciones de higiene y seguridad, movimientos de escalafón y protección a la salud. e) Capacitación para el trabajo: comprende al conjunto de acciones que se realizan para el incremento de la aptitud y habilidad para el trabajo en el trabajador,

incluye las oportunidades de actualización, acceso a la capacitación y satisfacción por la misma.

3. Integración al puesto de trabajo:

Es la inserción del trabajador en el trabajo como una más de sus partes, en total correspondencia; e incluye aspectos de pertinencia, motivación y ambiente de trabajo, entendidos como: a) pertinencia: la relación que debe existir de manera lógica, como propia de la relación laboral; entre el puesto de trabajo con la preparación académica y el respeto de los derechos laborales, b) motivación: la fuerza positiva que impulsa al trabajador a continuar con su empleo persiguiendo el logro de objetivos comunes con sus compañeros de trabajo y poniendo de manifiesto el interés por el trabajo y su disposición para el trabajo y c) ambiente de trabajo: las circunstancias que rodean al trabajador en su lugar de trabajo relacionándose principalmente con su convivencia con el resto de trabajadores, en cuanto a evaluación del trato con sus compañeros, la manera en que se resuelven los conflictos, el apoyo que recibe de sus compañeros y de sus subordinados.

4. Satisfacción por el trabajo:

Se entiende como la sensación global de agrado o gusto que el trabajador tiene con respecto a su empleo e incluye la dedicación al trabajo, el orgullo por la institución, la participación en el trabajo, autonomía, reconocimiento y autovaloración, los cuales son entendidos como; a) dedicación al trabajo: exclusividad que se le confiere al trabajo en cuanto a la forma de contratación, duración de la jornada laboral, turnos y cantidad de tareas a realizar durante la jornada, b) orgullo por la institución: estimación exacerbada que se siente por pertenecer a la institución, c) participación en el trabajo: grado en que el trabajador siente que forma

parte de su trabajo, que se pone de manifiesto mediante su satisfacción por las funciones desempeñadas y tareas realizadas, d) autonomía: habiendo sido ya definida para otra dimensión como la condición de independencia que goza el trabajador con respecto a su empleo, en esta dimensión se refiere al uso de habilidades y potencialidades propias y la creatividad en el trabajo, e) reconocimiento por el trabajo: implica la aceptación de los juicios de valor que otras personas hacen con respecto a la actividad del trabajador y f) autovaloración: implica el acto de emitir juicios de valor con respecto al propio desempeño laboral.

5. Bienestar logrado a través del trabajo:

Se entiende como el estado mental o psicológico de satisfacción de necesidades relacionadas con la manera de vivir, incluyendo el disfrute de bienes y riquezas logrados gracias al trabajo, entre ellos: a) identificación con la institución: relacionada con el orgullo institucional que ya había sido definido como la estimación exacerbada que se siente por pertenecer a la institución, en este caso se refiere a la identificación con los objetivos institucionales y la contribución con la imagen institucional, b) beneficios del trabajo del ocupado para otros: relacionados con la importancia que el trabajo confiere a otras personas, se mide a través de la percepción del trabajador de dichos beneficios, c) satisfacción por la vivienda: considera la vivienda como un estándar social para vivir, se entiende como el conjunto de propiedades, logradas a través del trabajo, que caracterizan la vivienda del trabajador, se considera la calidad de los servicios básicos y sus características desde la perspectiva del trabajador, d) evaluación de la salud general: definida como el dominio que el individuo tiene de su condición física, mental y social lograda a través del trabajo y desde su propia perspectiva, e incluye la integridad de las capacidades físicas,

mentales y sociales con que cuenta el trabajador, para el desempeño de sus actividades diarias, laborales y no laborales y e) evaluación de la nutrición: accesibilidad a alimentos, suficiencia, calidad y cantidad, de la dieta diaria del trabajador.

6. Desarrollo personal del trabajador:

Proceso de incremento de aspectos personales del trabajador relacionados con su trabajo, que incluye logros, expectativas de mejora y seguridad personal, entendidos como: a) logros: se define como la percepción de haber alcanzado lo deseado o de haber obtenido ganancia con respecto a la situación laboral previa e incluye indicadores relacionados con objetivos institucionales, aspectos personales, reconocimiento social y tipo de vivienda, b) expectativas de mejora: percepción de posibilidades de crecimiento en relación a la situación laboral actual (situación que se espera) con beneficios tangibles para el trabajador, como la proyección que haga el trabajador de su nivel de vida y de sus potencialidades personales y c) seguridad personal: estado de ánimo en que el trabajador adquiere la sensación de estar libre de riesgos gracias a su trabajo, desde la percepción de seguridad para enfrentar adversidades y la conservación de la integridad de capacidades.

7. Administración del tiempo libre:

Forma en que se disfruta la vida en el horario en que no se realizan actividades laborales, que incluye la planificación del tiempo libre y el equilibrio entre el trabajo y la vida familiar, entendidos como: a) planificación del tiempo libre: manera determinada en que el trabajador se programa para disponer de su tiempo libre, si el trabajador lleva trabajo a casa y la forma en que cumple las actividades programadas y b) equilibrio entre trabajo y vida familiar: se refiere a la igualdad de condiciones desde la perspectiva del trabajador entre su

situación laboral y el disfrute de la vida en relación con su círculo familiar e incluye aspectos de convivencia con la familia, participación en actividades domésticas y participación en cuidados familiares.

- Concepto de percepción

La aproximación a la calidad de vida en el trabajo, es a través de la percepción de los propios trabajadores, por lo cual, se hace necesario para esta investigación, abordar algunas formas en las que la percepción es entendida, debido a que actualmente, la psicología del trabajo y el estudio de la CVT, confieren una gran importancia a las percepciones del trabajador sobre el trabajo y sobre sí mismo como trabajador (58).

Etimológicamente, el término "percibir" proviene de la palabra latina "*percipere*": "apoderarse de algo, recibir, percibir, sentir"(59), una de las principales disciplinas que se ha encargado del estudio de la percepción ha sido la Psicología y la define como "el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensación obtenida del ambiente físico y social, en el que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización" (60).

La percepción de un individuo es subjetiva, selectiva y temporal. Subjetiva, ya que las reacciones a un mismo estímulo varían de un individuo a otro. Selectiva, porque el individuo selecciona su campo perceptual en función de lo que desea percibir. Temporal, ya que es un fenómeno a corto plazo, la forma en que los individuos llevan a cabo el proceso de percepción evoluciona a medida que se enriquecen las experiencias o varían las necesidades y motivaciones de los mismos (59).

Las percepciones del trabajador influyen sobre la conducta del trabajador y su experiencia de trabajo. Se conoce desde hace ya bastante tiempo que lo subjetivo (percepciones) prevalece sobre lo objetivo a la hora de explicar la vivencia en el trabajo (58).

El contenido de tales percepciones puede ser abiertamente heterogéneo, pero así y todo cabe establecer una primera clasificación, de carácter tentativo, tomando como criterio la inmediatez de los contenidos perceptivos con respecto a la actividad de trabajar en tiempo real. Ordenadas de mayor a menor proximidad a esta actividad, se tienen las siguientes clases de percepciones del trabajador: a) sobre las características del trabajo a realizar –en sentido amplio-; b) sobre sus propios recursos para realizar adecuadamente lo anterior; c) sobre la actitud de los otros (atribuciones) al asignarle trabajo y tratarle profesional y personalmente; d) sobre el apoyo organizacional que recibe por parte de la institución; e) sobre el conjunto de contraprestaciones sobreentendidas entre la organización y el trabajador –por ejemplo, contrato psicológico, ya que por definición es un tipo de contrato percibido- y f) sobre la justicia social organizacional (58).

Cuando los contenidos perceptivos de una de estas clases sirven para resolver el trabajo en un momento determinado, no afloran al campo de conciencia del trabajador otros contenidos propios de clases más distales. Ejemplo: si el trabajador se ve con recursos para acometer la tarea, quizá no llegue a plantearse la cuestión del apoyo social (58).

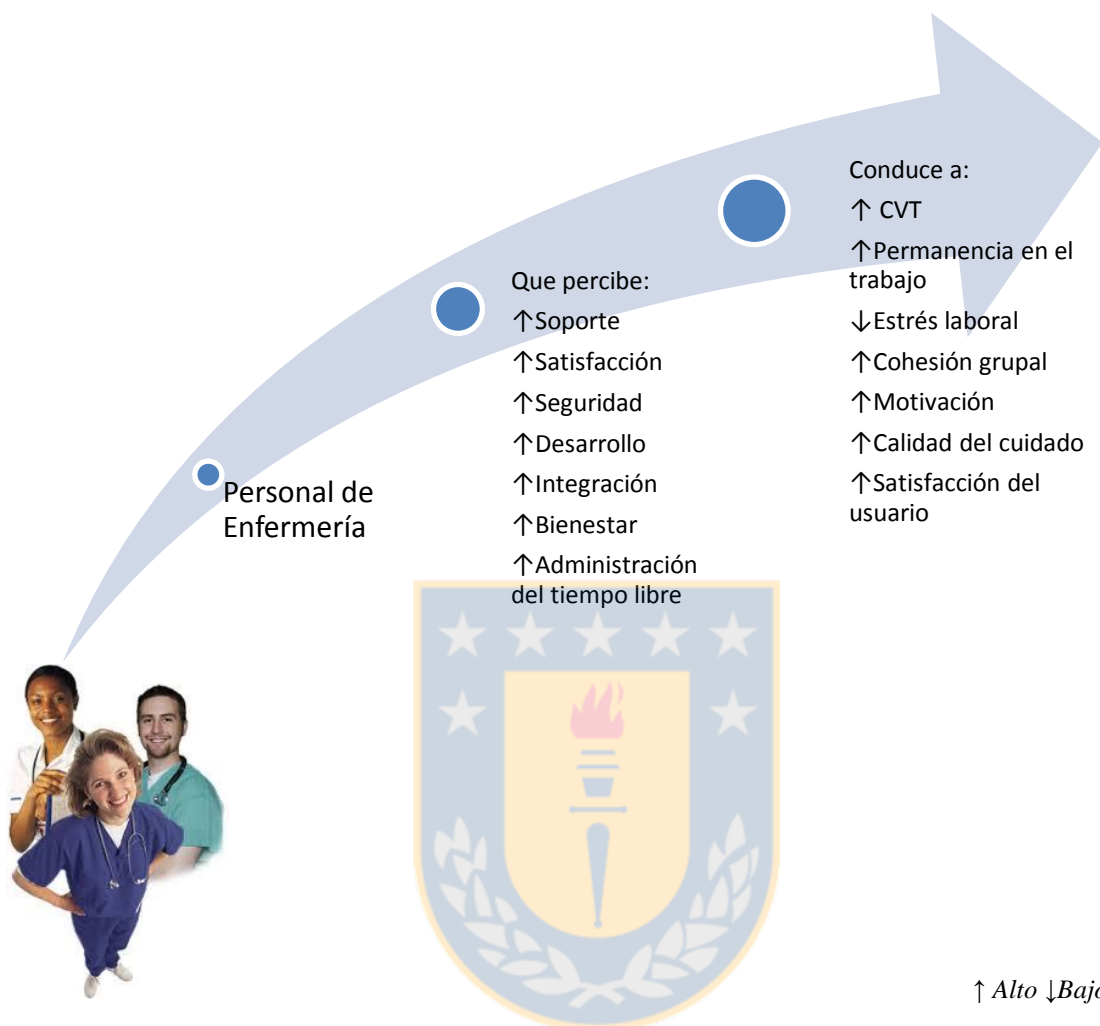
Las personas miran al mundo y observan las cosas de manera diferente, lo que no se puede separar de las condiciones de trabajo, las cuales aunque sean igualitarias para los trabajadores, ellos pueden verlas de formas distintas. La visión de su ambiente objetivo esta filtrada por la percepción, que es la forma peculiar en que cada persona ve, organiza e interpreta cosas. La gente usa su marco organizado que construyó a partir de toda una vida

de experiencias y valores acumulados. Tener visiones únicas es otra forma en que la gente actúa como seres humanos y no como máquinas racionales (61).

Los trabajadores ven su mundo laboral de modos diferentes por diversas razones. Pueden diferir en personalidad, necesidades, factores demográficos y experiencias anteriores, o tal vez se encuentren en diferentes entornos físicos, períodos o ambientes sociales. Cualesquiera que sean las razones, tienen a actuar con base en sus percepciones. En esencia, cada persona parece afirmar: “no reacciono a un mundo objetivo, sino a un mundo visto a partir de mis propios valores, creencias y expectativas”. Esta forma de reaccionar refleja el proceso de percepción selectiva, en que la gente tiende a poner atención a los rasgos de su ambiente de trabajo congruentes con sus propias expectativas, o que las refuerzan (61).

Aunque algunas organizaciones desearían contratar sólo el cerebro o las habilidades de una persona, en realidad emplean a una persona completa y no solo ciertas características. Se estudian por separado distintos rasgos humanos, pero al final todos son parte de un sistema que constituye la integridad de una persona. La habilidad no existe aparte de una formación o conocimiento. La vida hogareña no es totalmente separable de la laboral, y las condiciones emocionales no están separadas de las condiciones físicas. La gente funciona como seres humanos totales (61) y si su percepción de las experiencias laborales es positiva, el resultado será la satisfacción laboral, lo que condiciona su propia actitud respecto al trabajo.

Figura IV. Percepción de las dimensiones de la CVT del personal de enfermería.



b) Marco Empírico

Los estudios incluidos se obtuvieron a partir de búsquedas en bases de datos informatizadas: ISI Web of Knowledge-Web of Science, Springer Link, Swets Wise, Science Direct, Biological Abstracts (BIOSIS), Informaworld-Taylor & Francis on line, EBSCO HOST (Academic Search Complete), Scielo, Google search, y en línea directa con revistas electrónicas. Se emplearon los siguientes términos de búsquedas: Calidad de Vida, Trabajo, Enfermería, Quality of life, Work, y Nurses. Así como la revisión de las revistas Cogitare Enfermagem, Aquichan, Nursing 2011, Texto y Contexto Enfermagem, Revista Latino-Americana de Enfermeagem, Index de Enfermería, Ciencia y Enfermería, y Enfermería Universitaria ENEO, entre otras. Se presentan ordenados por año y en un segundo apartado se incluyen otros estudios que se relacionan con la Calidad de Vida en el Trabajo (CVT) pero, realizados en diferentes colectivos del área de la salud. Y se obtuvieron los siguientes artículos científicos:

En el año 2013, con el objetivo de investigar la percepción de la calidad de vida profesional^{††} en el personal de salud, tanto de instituciones públicas como privadas, en tres Provincia de Cuyo (Argentina). Se realizó un estudio exploratorio, transversal y no experimental; la muestra fue constituida por 60 varones y 71 mujeres. Para evaluar la calidad de vida profesional se utilizó el CVP- 35, cuestionario auto aplicado. Los resultados obtenidos detectaron diferencias entre los grupos en estudio en las escalas del cuestionario. Los autores recomiendan continuar con investigaciones en otras provincias de Argentina para establecer comparaciones y actuar preventivamente (62).

^{††} Los términos Calidad de Vida en el Trabajo (CVT), Calidad de Vida Laboral (CVL) y Calidad de Vida Profesional (CVP) son constructos que para efectos de la revisión de literatura efectuada se plantean como sinónimos.

En el año 2012, con el objetivo de evaluar la CVT de enfermeras de atención primaria de salud en la región de Jazan en Arabia Saudita, se realizó un estudio de diseño descriptivo con corte transversal, utilizando la encuesta de CVT de Brooks y un cuestionario con datos demográficos, a una muestra por conveniencia de 134 enfermeras(os), los resultados sugieren que las enfermeras están insatisfechas con su CVT, relacionado con horarios inadecuados de trabajo, falta de instalaciones para enfermeras, incapacidad para conciliar el trabajo con las necesidades de la familia, personal insuficiente, pocas vacaciones, modos de gestión y supervisión, falta de oportunidades de desarrollo profesional y un inapropiado ambiente de trabajo en términos de seguridad, artículos para el cuidado del paciente y equipo, así como ausencia de áreas de recreación. Se encontraron diferencias significativas en relación a género, edad, estado civil, hijos dependientes, adultos mayores dependientes, nacionalidad y diferencias no significativas en el nivel de educación y localidad (38).

En el año 2011, con el objetivo de identificar los predictores y las definiciones de Calidad de Vida Laboral (CVL) de las enfermeras, autores iraníes, hicieron una revisión integradora de la literatura e identificaron los principales predictores de CVL de las enfermeras: liderazgo y estilo de gestión/ de toma de decisiones, sistema de turnos, salarios, relación con los compañeros, características demográficas, y carga de trabajo/tensión laboral. Aunque los investigadores tenían diferentes puntos de vista sobre la CVL en enfermeras, los más coincidentes se refieren a un fenómeno subjetivo que se ve influenciado por los sentimientos y percepciones personales. Un examen más detenido de las definiciones de CVL indicó que algunos autores consideran la CVL como un resultado, mientras que otros lo vieron como un proceso. Investigaciones adicionales sobre la CVL deben llevarse a cabo para determinar la importancia relativa de los predictores de CVL y programas de intervención para mejorar la CVL (39).

En el año 2011, autores españoles efectuaron un estudio descriptivo transversal, con el objetivo de conocer la Calidad de Vida en el Trabajo percibida por las enfermeras del Hospital Geriátrico Virgen del Valle Toledo, en una muestra de 45 enfermeras, utilizaron el instrumento para medir la calidad de vida profesional (CVP) 35, los resultados revelaron que la valoración global media sobre la calidad de vida profesional percibida fue baja, las dimensiones peor evaluadas fueron la motivación intrínseca, la carga de trabajo y el apoyo directivo, siendo este el que a través de un análisis multivariante influyó en mayor medida sobre la calidad de vida profesional. Los autores concluyen que existe la percepción de baja calidad de vida profesional de las enfermeras, con una adecuada motivación intrínseca, pero con cierta insatisfacción relacionada con la carga de trabajo y una escasa percepción de apoyo directivo. Lo que indica la necesidad de un cambio en la cultura organizacional basado en la participación, motivación y apoyo directivo (40).

En el 2011, autores italianos realizaron un estudio con el objetivo de investigar el papel de los factores de salud en la organización que afectan la CV y los problemas psicosomáticos de las Enfermeras de las ambulancias, donde se declaró que el lugar de trabajo desempeña un papel central en la causa de estrés, diferentes síndromes y enfermedades. En términos más generales, los procedimientos y prácticas de organización podrían tener un impacto en la calidad de vida de las Enfermeras, considerando a las que trabajan en el área pre hospitalaria de atención a emergencias. La muestra incluyó 411 enfermeras. Se utilizaron dos cuestionarios, por medio de un análisis descriptivo y correlacional se obtuvo que varias dimensiones de la organización de salud proporcionan una explicación de las denuncias presentadas por las Enfermeras que trabajan en la atención de emergencias pre hospitalarias en términos de CV y trastornos psicosomáticos. Los resultados permitieron la identificación

de las posibles intervenciones centradas en los derechos específicos y aspectos organizativos que mejoren la calidad de vida de las Enfermeras (42).

En el 2011, en Hospitales Universitarios de Corea, se realizó una investigación con el objetivo de correlacionar los predictores de eficacia de la organización, centrándose en la cultura organizacional y la calidad de vida laboral de 145 Enfermeras, se encontraron correlaciones significativas entre la cultura organizacional, la calidad de vida laboral y la eficacia de la organización, R^2 fue de 44,7% en el modelo de regresión múltiple para explicar y predecir la efectividad organizacional. La cultura organizacional intacta y la CVL de Enfermeras, sin duda dará lugar a una mejor eficacia de la organización (43).

En el 2011, se realizó un estudio con el objetivo de evaluar la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) y analizar el efecto del estrés en el trabajo, el agotamiento del trabajo y los recursos para hacer frente a la CVRS de los enfermeros en China. Un total de 1,012 enfermeros fueron reclutados de ocho hospitales de dos provincias en el 2008. La versión China de la encuesta de forma corta -36 de salud y el inventario general Maslach Burnout, se utilizaron para medir la CVRS y el agotamiento respectivamente, la edición de inventario ocupacional de estrés se utilizó para evaluar el trabajo estresante, la tensión personal y los recursos de afrontamiento. Otros aspectos que influyen en la CVRS se recopilaron mediante un cuestionario estructurado. La CVRS en las enfermeras fue menor que en la población general. El estrés ocupacional, la tensión personal y el agotamiento del trabajo se correlacionaron negativamente con la CVRS ($p \leq 0.05$) mientras que los recursos de afrontamiento se relacionan positivamente con la CVRS ($p \leq 0.05$). Entre los factores predictivos de la CVRS están el trabajo estresante, la tensión personal, el trabajo de desgaste profesional, la longitud o las horas de trabajo, la dieta y la edad fueron principales los factores de riesgo para la CVRS, mientras que la recreación y el cuidado personal son

los principales factores de protección para la CVRS. Los resultados sugieren que el estrés laboral, el desgaste profesional y los recursos de afrontamiento juegan un papel importante en la CVRS de las enfermeras chinas (63).

En el 2010, se realizó un estudio comparativo para conocer los factores que afecten la CVL de las Enfermeras en los hospitales privados y públicos de Gujarat y el impacto de la CVL en el nivel individual de la satisfacción en el trabajo. Se utilizó regresión logística y como prueba no paramétrica U de Mann Whitney para el análisis de los datos. Los resultados mostraron que algunos factores de CVL juegan un papel determinante en el balance del trabajo y vida en Enfermeras y tienen un efecto positivo en la satisfacción laboral individual. La comparación entre hospitales públicos y privados muestra diferencia en la satisfacción laboral, lo que depende de la antigüedad y las mejoras en las instalaciones proporcionadas por los hospitales (44).

Mientras que autoras iraníes en el 2010, realizaron un estudio para evaluar la Calidad de Vida en el Trabajo y su relación con el desempeño laboral de las Enfermeras, cuyo diseño fue descriptivo y correlacional, en una muestra de 120 enfermeras de los hospitales de enseñanza afiliados a la Universidad de Ciencias Médicas, los resultados mostraron que la Calidad de Vida en el Trabajo del personal de Enfermería en su mayoría fue moderada, existe una relación directa y significativa entre el desempeño del trabajo y la Calidad de Vida en el Trabajo en todos los aspectos, los autores sugieren tener en cuenta el entorno laboral y la CVT para mejorar la productividad y el rendimiento de las Enfermeras (64).

En el año 2010, se realizó una investigación con el objetivo de analizar el nivel de calidad de vida profesional del personal de Enfermería de las unidades de segundo nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el Municipio de San Luis, Potosí, México, el estudio fue descriptivo, transversal, la muestra estuvo constituida por 311 enfermeras(os)

de contratación indeterminada y utilizaron el instrumento CVP-35 para la recolección de los datos, los resultados mostraron que predominó el género femenino con 82.3%, la edad promedio fue de 37 años, 56.3% son casadas(os), y 37.9% cuentan con nivel de estudios de licenciatura, la buena calidad de vida profesional se presentó con 89%, de acuerdo a indicadores de apoyo directivo que se evaluó como bueno y correspondió a 62.1%, motivación intrínseca excelente con 55.3% y cargas de trabajo regular con 56.9% (65).

Autoras colombianas en el año 2008, con el objetivo de describir e interpretar las condiciones familiares y laborales que configuran la calidad de vida de las y los profesionales de Enfermería que inciden en el ejercicio del cuidado, realizaron un estudio descriptivo de corte transversal, en una muestra de 218 enfermeras, los resultados reportados mencionan que 73% de las enfermeras perciben que la calidad del cuidado ha empeorado, 49% refiere agotamiento o cansancio psíquico, 85% considera que con su salario satisface las necesidades básicas de ellas y sus familias, sin embargo, las necesidades de entretenimiento, ocio y afecto son satisfechas en un porcentaje considerablemente menor, concluyen que la calidad de vida de las y los profesionales de Enfermería demuestra que la relación entre carencias y potencialidades presenta un desbalance hacia el empobrecimiento en la realización de las necesidades humanas, relacionado con la escasez de satisfactores positivos en el tener, el estar y el hacer, debido a que los profesionales son vistos como meros recursos y no se trasciende la perspectiva de persona-objeto-sujeto de desarrollo (66) .

En España en el año 2008, se realizó una investigación con el objetivo de evaluar la CVP de enfermeras dentro del equipo multidisciplinar, mediante la encuesta CVP-35, en una muestra de 87 profesionales, donde se encontró que la CVP en enfermería está muy por debajo del resto de profesionales del equipo. El apoyo de los responsables de proporcionar

herramientas para que esta calidad aumente y ayude a la enfermera a mejorar su motivación no existe o no llega correctamente a su destino, buscando, la profesional, una solución en la familia o en la auto motivación. Al igual que la importante diferencia entre enfermería y el resto de profesionales en cuanto a la calidad de vida, aparecen importantes diferencias entre las percepciones de unos y otros en cuanto a su valoración en los tres grupos estudiados “apoyo directivo”, “cargas de trabajo” y “motivación intrínseca” siendo las más extremas las de los diplomados en Enfermería (67).

Para examinar la calidad de los determinantes de la vida entre las Enfermeras clínicas en Croacia, con énfasis en su capacidad de trabajo, realizaron un estudio de corte transversal, en el 2007-2008 en seis hospitales seleccionados al azar. Los cuestionarios auto-administrados incluyen el Índice de Capacidad para el Trabajo, desarrollado por el Instituto Finlandés de Salud Ocupacional, el cuestionario de calidad de vida (WHOQL-BREF) elaborados por la OMS y algunas preguntas sociodemográficas. Un total de 1212 enfermeras, con una tasa de respuesta del 67.3% la regresión logística binaria se realizó para evaluar las características sociodemográficas y grupos de trabajo la capacidad de predecir cada uno de los dominios WHOQL-BREF. Los resultados mostraron que una buena puntuación del índice de capacidad para el trabajo, fue significativamente el más importante predictor de un mejor puntaje en las relaciones físicas, psicosociales, sociales y de dominio del medio ambiente de la calidad de vida de la enfermeras (68).

En Chile en el año 2007, se realizó un estudio descriptivo y transversal, titulado Factores asociados a Calidad de Vida de Enfermeras Hospitalarias Chilenas, con el objetivo de conocer la CV de enfermeras hospitalarias y los factores asociados, la muestra incluyó a 100 enfermeras de un hospital en la octava región, el instrumento consto de un cuestionario para variables biosociodemográficas y la escala de medición de calidad de vida WHOQOL-

BREF, validada en población chilena. La Calidad de Vida Global fue considerada como buena, las variables predictores para la CV fueron edad, situación de pareja y realizar turnos de noche (45).

Otros estudios que se relacionan con la CVT en diferentes colectivos del área de la salud:

En el año 2011 autores Chinos, realizaron un estudio con el objetivo de comparar el efecto del estrés en el trabajo sobre Burnout y Calidad de Vida entre Enfermeras mujeres y Médicas. Las participantes fueron 947 enfermeras y 685 médicas seleccionadas de las provincias de Fujian, utilizando el método de muestreo estratificado clúster. La versión china de la Encuesta de forma corta 36 salud, se usó para medir la calidad de vida, el inventario de la edición de estrés ocupacional revisado, se utilizó para evaluar el agotamiento del trabajo. El estrés laboral juega un papel importante en el agotamiento del trabajo y la calidad de vida de Enfermeras y Médicas al tener en cuenta otros posibles factores que incluyen de forma simultánea. Estos resultados muestran que es importante adoptar diferentes medidas preventivas para evitar el desgaste y mejorar la calidad de vida entre las dos poblaciones de acuerdo a los diferentes factores de estrés (69).

En el 2009, se realizó un estudio en Taiwán en un Hospital General Regional. Se evaluó a todo el personal utilizando cuestionarios auto administrados para evaluar trastorno psiquiátrico menor, depresión y Calidad de Vida. Los resultados mostraron que casi la mitad del personal tenía un trastorno psiquiátrico menor o depresivo. Las Enfermeras y los Farmacéuticos tuvieron la mayor prevalencia. La CV para el personal del hospital fue pobre y fue aún peor en Enfermeras y Farmacéuticos (70).

En el año 2003 en España, se realizó un estudio descriptivo transversal, con el objetivo de conocer la calidad de vida profesional (CVP) percibida por los trabajadores de Atención Primaria del área de salud (n=419), a través de la aplicación de una encuesta anónima auto

administrada, que incluyó el cuestionario CVP-35, además de variables demográficas y laborales. Donde se identificó que la edad media: 39 ± 7 años; 71,4% mujeres; 50,2% turno matutino; lo años de antigüedad con una media: 12 ± 7 . La CVP media fue $5,2 \pm 1,8$. Los ítems con puntuación más baja fueron “posibilidad de promoción” ($2,34 \pm 1,57$) y “conflictos con otras personas” ($3,38 \pm 2,16$). Los ítems con puntuación más alta fueron “estoy capacitado para realizar mi trabajo” ($8,38 \pm 1,27$) y “cantidad de trabajo” ($8,19 \pm 1,28$). La percepción de la CVP es significativamente peor entre el personal médico que en el resto de profesionales ($p < 0,05$). Los autores concluyen que la CVP entre los trabajadores, es nivel medio, aunque la valoración es peor entre los médicos, se percibe excesiva carga de trabajo y pocos recursos aportados por la organización (71).

Por otra parte con el objetivo de conocer la percepción de la calidad de vida profesional de los trabajadores de un área sanitaria en Asturias, se realizó un estudio descriptivo, transversal, donde los participantes fueron 237 profesionales sanitarios y no sanitarios, los datos se obtuvieron por medio del instrumento CVP-35, que mide la percepción de la calidad de vida profesional, entendida como el equilibrio entre las demandas en el trabajo y la capacidad para afrontarlas. Consta de 35 ítems que valoran tres dimensiones: percepción de demandas, apoyo emocional recibido por los directivos y motivación intrínseca. Cada ítem fue valorado en una escala cuantitativa de 1 a 10. Y obtuvieron los siguientes resultados el valor medio de la calidad de vida profesional fue de 5,35 (5,12-5,58) sin encontrar diferencias significativas por edad, sexo o estamento. La percepción de las demandas en el puesto de trabajo se valoró con 6,03 (5,89-6,17), mientras que la dimensión relacionada con el apoyo emocional de los directivos ha sido de 4,78 (4,63-4,97), siendo este apoyo más valorado entre los trabajadores que desempeñaban algún puesto de responsabilidad. La valoración de la motivación intrínseca fue de 7,45 (7,34-7,56). Donde

se concluyó que los profesionales del Área Sanitaria VIII de Asturias tienen una percepción media de su calidad de vida profesional, perciben que los directivos les dan un apoyo medio y que tienen una elevada motivación intrínseca para afrontar unas demandas altas en sus puestos de trabajo (72).

Así mismo, en Europa específicamente en Madrid se realizó un análisis de la calidad de vida laboral y de los factores relacionados con ella, en un área de atención primaria, a través de un estudio observacional, transversal y la aplicación de la encuesta Q-Labors 56 en 883 profesionales de diversas categorías. El porcentaje de respuestas fue de 58%, la proporción de la calidad de vida reportada por los autores fue de 3 puntos en una escala de 1 a 5, la variable más determinante fue la categoría profesional, los factores peor evaluados fueron el salario, la sobrecarga y la promoción mientras que en las relaciones con compañeros y usuarios fueron los mejores evaluados (73).

Mientras que en la octava región de Chile dentro del complejo asistencial “Dr. Víctor Ruiz” de Los Ángeles, se realizó un estudio descriptivo transversal, que permitió conocer la percepción de la calidad de vida de funcionarios de los cuatro servicios clínicos básicos del complejo asistencial, en las especialidades de: Medicina, Pediatría, Cirugía y Maternidad, incorporando un estudio correlacional, entre el apoyo directivo, la demanda de trabajo, la motivación intrínseca, con la calidad de vida profesional percibida y la conciliación trabajo-familia. Donde se utilizaron dos cuestionarios y una escala, de conciliación de trabajo y familia y de calidad de vida profesional, así como, la escala de Graffar. Los resultados mostraron una percepción positiva o favorable de la calidad de vida laboral siendo el apoyo directivo la dimensión peor evaluada y la motivación intrínseca la mejor percibida por los funcionarios encuestados (74).

En resumen se han realizado estudios sobre la Calidad de Vida en el Trabajo del Personal de Enfermería en países como Argentina, Colombia, Chile, México, Arabia Saudita, Irán, China, Corea, India, Italia y España, donde se utilizaron una variedad de instrumentos como el CVP-35, la encuesta de Brooks, cuestionarios de elaboración de los autores, encuesta de forma corta-36, el WHOQL.BREF y el Q-Labors 56, entre otros. Los resultados en general muestran que la CVT de enfermeras, está influida por variables como el género, la edad, el estado civil, hijos dependientes, liderazgo y estilos de gestión, sistema de turnos, relación con compañeros y el apoyo directivo. El nivel de calidad de vida en el trabajo de enfermeras fue evaluado mayormente como medio. La mayoría de los autores sugieren seguir estudiando el tema además de proponer estrategias de mejora de la CVT del personal de enfermería.



Objetivos

Objetivo General

Determinar la Calidad de Vida en el Trabajo del Personal de Enfermería de la Secretaría de Salud Pública de Hermosillo, Sonora, México, del primer, segundo y tercer nivel de atención y las variables biosociodemográficas y factores del trabajo con los que se relaciona.

Objetivos Específicos

- a) Describir las variables biosociodemográficas y los factores del trabajo del Personal de Enfermería de la Secretaría de Salud Pública de Hermosillo, Sonora, México, del primer, segundo y tercer nivel de atención de salud.
- b) Determinar la CVT global y sus dimensiones 1) soporte institucional para el trabajo, 2) seguridad en el trabajo, 3) integración al puesto de trabajo, 4) satisfacción por el trabajo, 5) bienestar logrado a través del trabajo, 6) desarrollo personal y 7) administración del tiempo libre, en el personal de enfermería que labora en de la Secretaría de Salud Pública de Hermosillo, Sonora, México.
- c) Determinar la CVT y sus dimensiones según variables biosociodemográficas y del trabajo.
- d) Determinar la CVT del personal de enfermería que labora en la Secretaría de Salud Pública de Hermosillo, Sonora, México, en sus dimensiones en el primer, segundo y tercer nivel de atención de salud.
- e) Relacionar las variables biosociodemográficas y los factores del trabajo del Personal de Enfermería de la Secretaría de Salud Pública de Hermosillo, Sonora, México con las dimensiones de la CVT.

- f) Identificar la CVT del personal de enfermería de la Secretaría de Salud Pública de Hermosillo, Sonora, México según género.
- g) Comparar la CVT del personal de enfermería según categoría de enfermeras de la Secretaría de Salud Pública de Hermosillo, Sonora, México en los tres niveles de atención de salud.
- h) Elaborar una propuesta de modelo de CVT del personal de enfermería que labora en la Secretaría de Salud Pública de Hermosillo, Sonora, México.



Hipótesis de trabajo

H₁: Existen diferencias entre la *CVT global* del personal de enfermería según el *nivel de atención de salud* en que labora

H₂: Existen diferencias entre la *CVT global* del personal de enfermería según el *sistema de turnos que ejecuta*

H₃: Existen diferencias entre la *CVT global* del personal de enfermería según el *servicio en que labora*

H₄: Existen diferencias entre la *CVT global* del personal de enfermería según *edad*

H₅: Existen diferencias entre la *CVT global* del personal de enfermería según *género*

H₆: Existen diferencias de nivel de *CVT global según categoría de enfermeras* en los distintos *niveles de atención* de la Secretaría de Salud Pública de Hermosillo, Sonora, México.

H₇: El personal de enfermería que tiene tipo de contrato indefinido tiene *mayor CVT global* que el personal de enfermería que tiene contrato a plazo fijo.

H₈: La condición de pareja se relaciona de forma estadísticamente significativa con la *CVT global*.

H₉: Las *funciones que desempeña* el personal de enfermería se relacionan de forma estadísticamente significativa con la *CVT global*.

H₁₀: El personal de enfermería que realiza otra actividad remunerada tiene una menor *CVT global* que el que no realiza otra actividad remunerada.

H₁₁: Existen diferencias de nivel de *Percepción de CVT global* según la *institución en que labora* el personal de enfermería de la Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora.

Variables de estudio

Calidad de Vida en el Trabajo global del Personal de Enfermería.

Dimensiones:

- *SopORTE institucional para el trabajo*
- *Seguridad en el trabajo*
- *Integración al puesto de trabajo*
- *Satisfacción por el trabajo*
- *Bienestar logrado a través del trabajo*
- *Desarrollo personal*
- *Administración del tiempo libre*

Variables biosociodemográficas

género

edad

condición de pareja

lugar de procedencia

pertenencia a un grupo étnico

presencia de hijos

Factores del trabajo

nivel de atención de salud

Institución en que labora

funciones que desempeña

servicio en que labora

antigüedad en años en la institución

sistema de turno que ejecuta

horas trabajadas en la última semana

realiza algún otro tipo de actividad remunerada

forma de contratación

categoría de enfermeras

licencias médicas en los últimos seis meses



La definición operacional de las variables del estudio se encuentra en el Anexo 6.

II SUJETOS Y MÉTODOS

Tipo de diseño

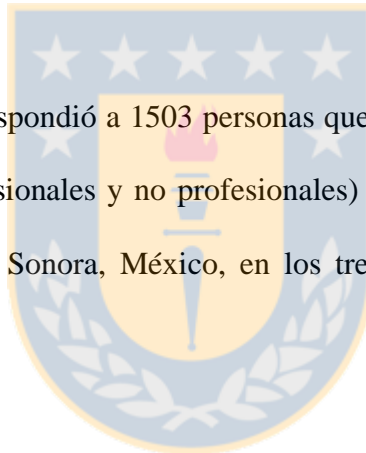
Cuantitativo, correlacional, transversal y comparativo (75).

Unidad de análisis

Las unidades de análisis fueron: Enfermeras profesionales y no profesionales que laboran en la Secretaría de Salud Pública de la ciudad de Hermosillo, Sonora, México en el primer, segundo y tercer nivel de atención.

Población

La población del estudio correspondió a 1503 personas que forman el total del Personal de Enfermería (Enfermeras profesionales y no profesionales) que laboran en la Secretaría de Salud Pública de Hermosillo, Sonora, México, en los tres niveles de atención de salud (Tabla 4).



Muestra

La muestra fue probabilística, estratificada por nivel de atención y categoría de enfermeras. Considerando un error del 5% y un 10% de pérdida, el tamaño requerido fue de 341 miembros del personal de enfermería, utilizando la siguiente fórmula:

$$n \geq \frac{Nz_{1-\alpha/2}^2 PQ}{z_{1-\alpha/2}^2 PQ + d^2(N-1)}$$

Dónde:

n = Tamaño de la muestra

N = Universo, 1503 Personal de Enfermería de la Secretaría de Salud de Hermosillo, Sonora, México.

$Z_{1-\alpha/2}$ = Valor correspondiente al intervalo de confianza (95%), que es de 1.96

P = Prevalencia esperada del parámetro a evaluar de 0.5

Q = $1-p$ (para una p de 50% $q=50\%$)

d = Error que se prevé cometer, que para el caso es de 0.05.

Tabla 1. Población y muestra del personal de enfermería por nivel de atención y categoría de enfermeras.

<i>nivel de atención/institución</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	Enfermera(o) Profesional	Enfermera(o) no Profesional	Total Enfermera(o) Profesionales	Total Enfermera(o) no Profesionales
I /A	373	25	83	25	83%	17%	69	14
III/ B	39	3	9	3	78%	22%	7	2
II /C	455	30	103	30	75%	25%	77	26
III/ D	350	23	79	23	90%	10%	73	8
III /E	110	7	25	7	92%	8%	23	2
III /F	26	2	11	2	100%	0	11	0
III/ G	150	10	34	10	80%	20%	27	7
Total	1503	100%	341	100%	84%	16%	286	59

Fuente: Jefatura de Enfermería de las Instituciones de Salud participantes.

Criterios de inclusión

Personal de enfermería, que labora en instituciones de salud pertenecientes a la Secretaría de Salud Pública, con un año o más de antigüedad laboral en la institución, independientemente de su forma de contratación y categoría.

Criterio de exclusión

Personal de enfermería con menos de un año de antigüedad laboral en la institución.

Instrumento recolector de datos

Para la recolección de la información se utilizó un cuestionario para conocer las variables biosociodemográficas y los factores del trabajo del personal de enfermería participante, elaborado por la tesista y el instrumento para medir la calidad de vida en el trabajo “CVT – GOHISALO” (Anexos 1 y 2), el cual es un instrumento creado por Gonzales B, Hidalgo S, Salazar E y Preciado S. miembros del Instituto de Investigación en Salud Ocupacional, validado en médicos y enfermeras(os) de los tres niveles de atención en México, en el año 2010 y se compone de 74 ítems divididos en siete dimensiones. La primera dimensión corresponde al soporte institucional para el trabajo que se conforma por 14 ítems, la segunda trata la seguridad en el trabajo y se constituye por 15 ítems, la tercer dimensión explora la integración al puesto de trabajo y consta de 10 ítems, la satisfacción al puesto de trabajo concierne a la cuarta dimensión y la quinta dimensión denominada bienestar logrado a través del trabajo contienen 11 ítems, el desarrollo personal se evalúa en la sexta dimensión a través de 8 ítems, mientras que la séptima dimensión se aborda la administración del tiempo libre en 5 ítems.

El instrumento es una escala de Likert que va del 0 al 4: donde 0 corresponde a nunca, nada, nulo y 4 a siempre, máximo y totalmente, según la forma en la que está estructurado el ítem.

La Tabla 2, muestra los puntajes para calificar las dimensiones y la *Calidad de Vida en el Trabajo global*.

Tabla 2. Puntaje para calificar las dimensiones y CVT global

Dimensión	Baja	Media	Alta
<i>Calidad de Vida en el Trabajo global(CVT)</i>	56-191 puntos	192-227 puntos	228-296 puntos
<i>Soporte institucional (SIT)</i>	17-28 puntos	29-37 puntos	38-56 puntos
<i>Seguridad en el trabajo (ST)</i>	6-23 puntos	24-36 puntos	37-58 puntos
<i>Integración al puesto de trabajo (IPT)</i>	24-29 puntos	30-34 puntos	35-40 puntos
<i>Satisfacción por el trabajo (SAT)</i>	28-33 puntos	34-38 puntos	39-44 puntos
<i>Bienestar logrado a través del trabajo (BLT)</i>	34-36 puntos	37-39 puntos	40-44 puntos
<i>Desarrollo personal del trabajador (DP)</i>	16-21 puntos	22-26 puntos	27-32 puntos
<i>Administración del tiempo libre (ATL)</i>	12-14 puntos	15-17 puntos	18-20 puntos

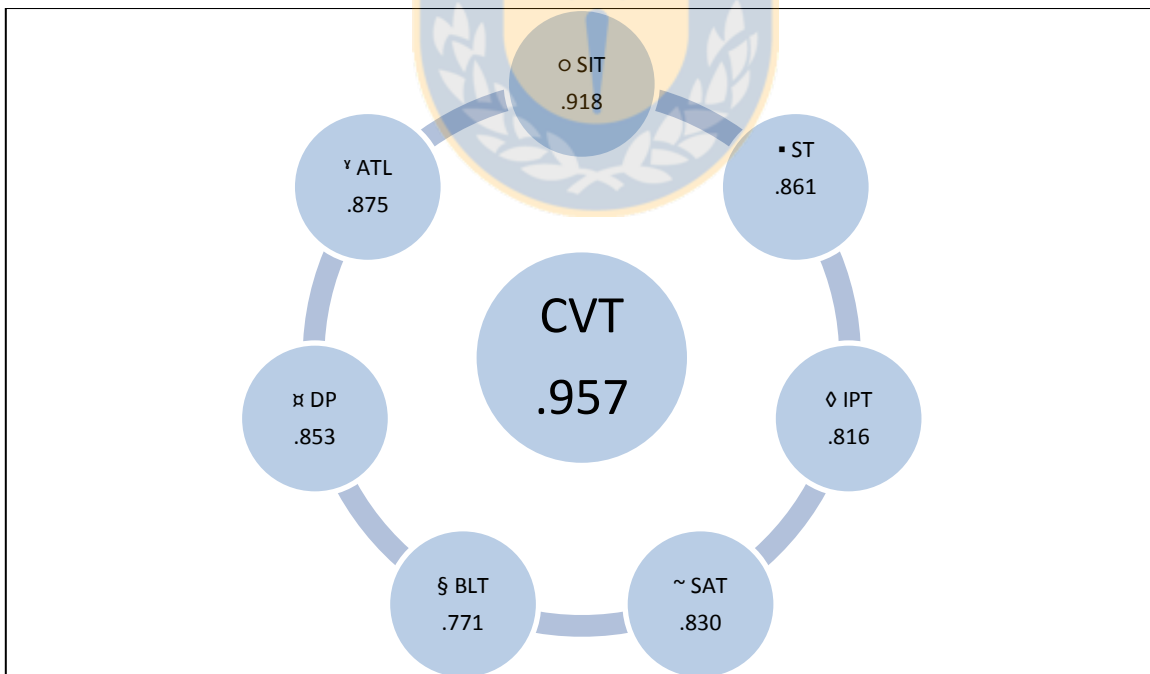
Fuente: González R, Hidalgo G, Salazar J, Preciado M. Instrumento para medir la Calidad de Vida en el Trabajo CVT-GOHISALO. Manual para su aplicación e interpretación. México: Editorial de la Luna; 2010. 60 p.

Validez y confiabilidad

El instrumento fue sometido por sus autores Gonzales B, Hidalgo S, Salazar E y Preciado S, a un proceso de validación de contenido, constructo y criterio, que garantiza propiedades psicométricas para medir el concepto de CVT. La validación de contenido fue realizada por medio de consulta a expertos, considerando los criterios básicos de Moriyama. La de constructo mediante análisis factorial y la validación de criterio fue utilizando el cuestionario General de Salud de Golberg de 27 ítems.

La confiabilidad del total de instrumento y por cada dimensión, para la presente investigación, fue calculada según el coeficiente o índice Alpha de Cronbach y se muestra en la Figura V.

Figura V. Confiabilidad del instrumento CVT- GOHISALO para la presente investigación.



○ Soporte Institucional para el trabajo, ▪ Seguridad en el trabajo, ◇ Integración al puesto de trabajo, ~ Satisfacción por el trabajo, § Bienestar logrado a través del trabajo, ⌘ Desarrollo personal del trabajador, √ Administración del tiempo libre.

Prueba piloto

Se realizó una prueba piloto, en personal de enfermería con las mismas características al estudiado en el total de la muestra, con el fin de conocer el tiempo de aplicación del instrumento de recolección de datos, además de identificar si el formato en que se presentó a los participantes fue claro y los resultados se presentan en el Anexo 3.

Plan de trabajo

La presente investigación fue realizada por la tesista quien fue la encargada de solicitar los permisos correspondientes a las Instituciones de la Secretaría de Salud de Hermosillo, Sonora, México determinadas para la realización de la investigación.

Una vez obtenidas las autorizaciones para efectuar el estudio, se contactó a los jefes de los servicios quienes dieron la autorización para contactar a los participantes, así como un listado del personal de enfermería asignado a cada servicio, donde con inicio aleatorio de 1 en 2 se seleccionó a los participantes, a los cuales, se les explico el objetivo del estudio, se solicitó su participación y a los que aceptaron participar, se solicitó leer y firmar una carta de consentimiento informado, se entregó el instrumento recolector de datos y se explicó la forma en la que debería ser llenado. El tiempo destinado a dar respuesta al instrumento recolector de datos, fue durante la jornada laboral del personal de Enfermería, el promedio de tiempo en que se respondió fue de 15-20 minutos. Cuando se presentó alguna interrupción por las actividades propias de los participantes durante el tiempo de la aplicación del instrumento recolector de los datos, la tesista esperó el tiempo requerido por el personal de Enfermería para efectuar sus actividades y una vez concluidas se continuó con el llenado del instrumento en su totalidad, así mismo, cuando el personal de enfermería seleccionado para participar aceptaba hacerlo, pero no se encontraba disponible en ese

momento para responder al instrumento recolector de datos, por las actividades propias de su jornada laboral, se concertó una cita, con la fecha y hora en la que se realizaría el llenado del instrumento y la tesista acudió a la institución de salud para la recolección de datos, en el tiempo estipulado.

Plan de análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó a través de software estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 15. Se utilizaron técnicas de estadística descriptiva para el análisis de los datos mediante la realización de gráficos y tablas de frecuencia, medidas de tendencia central y dispersión. Para el análisis estadístico inferencial, se consideró la normalidad de los datos a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov, las variables que presentaron una distribución normal fueron: la *Percepción de CVT global*, dimensión de *Seguridad en el trabajo, servicio, nivel de atención y categoría de enfermeras*. Se realizaron pruebas estadísticas de homogeneidad utilizando el estadístico Chi-cuadrado y se compararon medias usando un enfoque tanto paramétrico como no-paramétrico. Para comparar medias desde un enfoque paramétrico se utilizó ANOVA. Y desde un enfoque no paramétrico U de Mann Whitney y Kruskal Wallis.

Tabla 3. Plan de análisis estadístico

Objetivos	Variables	Tipo de análisis y estadígrafo utilizado
<p>Describir las variables biosociodemográficas y los factores del trabajo del Personal de Enfermería de la Secretaría de Salud Pública de Hermosillo, Sonora, México, del primer, segundo y tercer nivel de atención de salud.</p>	<p>Género/Edad/Condición de pareja/ Lugar de procedencia/ Pertenece a un grupo étnico/Presencia de hijos/Institución en que labora/Funciones que desempeña/Servicio en que labora/Antigüedad en años en la Institución/Sistema de turnos que ejecuta/ Realiza otra actividad remunerada/ Horas trabajadas en la última semana/Forma de contratación/Categoría de enfermeras /Nivel de atención/Licencias médicas en los últimos seis meses</p>	<p>Medidas de tendencia central Dispersión</p>
<p>Determinar la CVT global y sus dimensiones 1) soporte institucional para el trabajo, 2) seguridad en el trabajo, 3) integración al puesto de trabajo, 4) satisfacción por el trabajo, 5) bienestar logrado a través del trabajo, 6) desarrollo personal y 7) administración del tiempo libre, en el personal de enfermería que labora en de la Secretaría de Salud Pública de Hermosillo, Sonora, México.</p>	<p>CVT global del personal de enfermería Soporte institucional para el trabajo/Seguridad en el trabajo/Integración al puesto de trabajo/Satisfacción por el trabajo/Bienestar logrado por el trabajo/Desarrollo personal/Administración del tiempo libre/</p>	<p>Medidas de tendencia central Dispersión</p>
<p>Determinar la CVT y sus dimensiones según variables biosociodemográficas y del trabajo</p>	<p>CVT global del personal de enfermería Soporte institucional para el trabajo/Seguridad en el trabajo/Integración al puesto de trabajo/Satisfacción por el trabajo/Bienestar logrado por el trabajo/Desarrollo personal/Administración del tiempo libre/Género/Edad/Condición de pareja/ Lugar de procedencia/ Pertenece a un grupo étnico/Presencia de hijos/Institución en que</p>	<p>Medidas de tendencia central Dispersión</p>

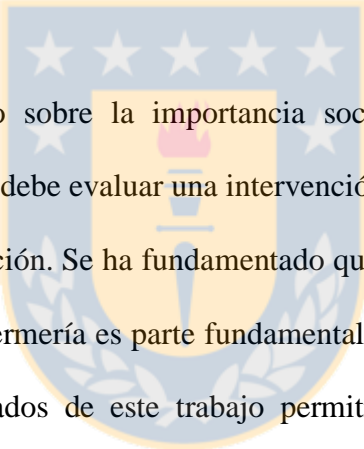
	<p>labora/Funciones que desempeña/Servicio en que labora/Antigüedad en años en la Institución/Sistema de turnos que ejecuta/ Realiza otra actividad remunerada/ Horas trabajadas en la última semana/Forma de contratación/Categoría de enfermeras /Nivel de atención/Licencias médicas en los últimos seis meses</p>	
<p>Determinar la CVT del personal de enfermería que labora en de la Secretaría de Salud Pública de Hermosillo, Sonora, México, en sus dimensiones en el primer, segundo y tercer nivel de atención de salud.</p>	<p>CVT global del personal de enfermería Soporte institucional para el trabajo/Seguridad en el trabajo/Integración al puesto de trabajo/Satisfacción por el trabajo/Bienestar logrado por el trabajo/Desarrollo personal/Administración del tiempo libre/ Nivel de atención</p>	<p>No paramétrico, Estadígrafo Chi cuadrado</p>
<p>Relacionar las variables biosociodemográficas y los factores del trabajo del Personal de Enfermería de la Secretaría de Salud Pública de Hermosillo, Sonora, México, con las dimensiones de la calidad de vida en el trabajo</p>	<p>CVT global del personal de enfermería Soporte institucional para el trabajo/Seguridad en el trabajo/Integración al puesto de trabajo/Satisfacción por el trabajo/Bienestar logrado por el trabajo/Desarrollo personal/Administración del tiempo libre/Género/Edad/Condición de pareja/ Lugar de procedencia/ Pertenece a un grupo étnico/Presencia de hijos/Institución en que labora/Funciones que desempeña/Servicio en que labora/Antigüedad en años en la Institución/Sistema de turnos que ejecuta/ Realiza otra actividad remunerada/ Horas trabajadas en la última semana/Forma de contratación/Categoría de enfermeras /Nivel de atención/Licencias médicas en los últimos seis meses</p>	<p>No paramétrico, Estadígrafo Chi cuadrado</p>

Identificar la CVT del personal de enfermería de la Secretaría de Salud Pública de Hermosillo, Sonora, México por género.	CVT global del personal de enfermería /género	Inferencial no paramétrico, Estadígrafo U de Mann Whitney
Comparar la CVT del personal de enfermería entre las categorías de enfermeras de la Secretaría de Salud Pública de Hermosillo, Sonora, México en los tres Niveles de Atención de Salud.	CVT global del personal de enfermería/Categoría de enfermeras /Nivel de atención	Paramétrica, ANOVA
Hipótesis de trabajo	Variables	Tipo de análisis y estadígrafo utilizado
H ₁ : Existen diferencias entre la <i>CVT global</i> del personal de enfermería según el <i>nivel de atención de salud</i> en que labora	CVT global del personal de enfermería/ nivel de atención	Paramétrico, ANOVA
H ₂ : Existen diferencias entre la <i>CVT global</i> del personal de enfermería según el <i>sistema de turnos que ejecuta</i>	CVT global del personal de enfermería/ sistema de turnos que ejecuta	No paramétrico, Kruskal-Wallis de muestras independientes.
H ₃ : Existen diferencias entre la <i>CVT global</i> del personal de enfermería según el <i>servicio en que labora</i>	CVT global del personal de enfermería/servicio en que labora	Paramétrico, ANOVA
H ₄ : Existen diferencias entre la <i>CVT global</i> del personal de enfermería según <i>edad</i>	CVT global del personal de enfermería/edad	No paramétrica, Kruskal-Wallis de muestras independientes.
H ₅ : Existen diferencias entre la <i>CVT global</i> del personal de enfermería según <i>género</i>	CVT global del personal de enfermería/género	No paramétrica, U de Mann Whitney de muestras independientes
H ₆ : Existen diferencias entre <i>CVT global según categoría de enfermeras</i> en los distintos <i>niveles de atención</i> de la Secretaría de Salud Pública de Hermosillo, Sonora, México.	CVT global del personal de enfermería/ categoría profesional	No paramétrica, U de Mann-Whitney de muestras independientes

H ₇ : El personal de enfermería que tiene tipo de contrato indefinido tiene mayor <i>CVT global</i> que el personal de enfermería que tiene contrato a plazo fijo	CVT global del personal de enfermería/ forma de contratación	No paramétrica, U de Mann-Whitney de muestras independientes
H ₈ : La <i>condición de pareja</i> se relaciona de forma estadísticamente significativa con la <i>CVT global</i>	CVT global del personal de enfermería /condición de pareja	No paramétrica, U de Mann-Whitney de muestras independientes
H ₉ : Las <i>funciones que desempeña</i> el personal de enfermería se relacionan de forma estadísticamente significativa con la <i>CVT global</i>	CVT global del personal de enfermería /funciones que desempeña	No paramétrica, U de Mann-Whitney de muestras independientes
H ₁₀ : El personal de enfermería que realiza otra actividad remunerada tiene una menor <i>CVT global</i> que el que no realiza otra actividad remunerada.	CVT global del personal de enfermería/ realiza otra actividad remunerada	No paramétrica, U de Mann-Whitney de muestras independientes
H ₁₁ : Existen diferencias de <i>CVT global</i> según <i>institución en que labora</i> el personal de enfermería de la Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora.	CVT global del personal de enfermería/Institución en que labora.	No paramétrica, Kruskal-Wallis de muestras independientes.

Consideraciones éticas

El presente proyecto contó con la autorización del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción de Chile, sede del Programa de Doctorado en Enfermería y de todos aquellos Comités de las diversas Instituciones de Salud de la Ciudad de Hermosillo, Sonora, México (Anexo 4), así como los respectivos permisos para recolectar la información de las autoridades de la Secretaría de Salud, además del consentimiento informado) y por escrito de los integrantes de la muestra (Anexo 5). Se tomó en cuenta los siete requisitos éticos que debe contemplar toda investigación científica, según Ezequiel Emmanuel, basados en las Normas CIOMS (76):



- Valor. Representa un juicio sobre la importancia social, científica o clínica de la investigación. La investigación debe evaluar una intervención que conduzca a mejoras en la salud o al bienestar de la población. Se ha fundamentado que la elevada Calidad de Vida en el Trabajo del Personal de Enfermería es parte fundamental para fomentar su salud física y mental. El conocer los resultados de este trabajo permitirá implementar estrategias de mejora en la CVT de enfermeras del sector público del Estado de Sonora a nivel gubernamental y gremial y así mejorar la Calidad de Vida en el Trabajo. Los resultados serán retornados en informes a las organizaciones en donde se efectuó.

- Validez científica. Para que una investigación sea válida requiere de metodología científica posible de realizar, de manera tal que se puedan generar resultados válidos y confiables que favorezcan a la población en la cual se realizará el estudio investigativo. Emanuel refiere que prácticamente validez con valor van unidos por los resultados esperados de las investigaciones científicas y que además eviten la sobreexplotación de los

seres humanos que ayudarán para que la investigación sea posible. Con la presente investigación se cumplen todos los pasos de la metodología de investigación cuantitativa la que es aplicada en un grupo de Personal de Enfermería, quienes se verán favorecidas(os) al obtener resultados con validez científica que permitan identificar la realidad de la situación laboral de las Enfermeras(os) del sector público de la Ciudad de Hermosillo, Sonora, México.

- Selección equitativa del sujeto. Para que la investigación sea ética, se requiere, asegurar la selección de sujetos de acuerdo a las interrogantes de investigación. La investigación trabajará con un muestra probabilística. Todos los participantes poseerán características similares y no se alterará la vulnerabilidad de los sujetos, no se les obligará a colaborar en el estudio, por lo que será absolutamente voluntario. Esto permite una selección equitativa de sujetos donde a todos se les ofrece la oportunidad de participar en la investigación a menos que los mismos lo rechacen. Los riesgos serán mínimos puesto que se trata de la aplicación de una encuesta cuya respuesta es confidencial y anónima. Los beneficios que se pueden obtener incluyen la presentación de evidencias de un grupo humano que aún no se ha investigado.

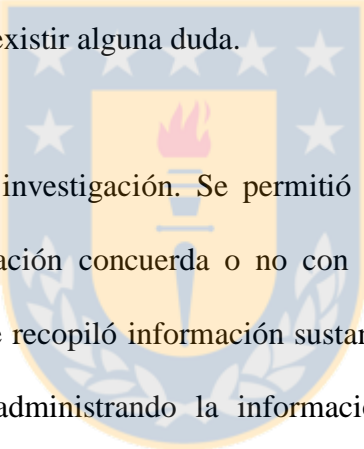
- Proporción favorable de riesgo/beneficio. La investigación clínica puede justificarse solo cuando: 1) los riesgos potenciales a los sujetos individuales se minimizan, 2) los beneficios potenciales a los sujetos individuales o a la sociedad se maximizan, y 3) los beneficios potenciales son proporcionales o exceden a los riesgos asumidos. La presente propuesta de investigación se considera sin riesgo alguno para la salud física y mental de los participantes, ya que incluye el contestar una encuesta de forma voluntaria y no representa

ningún tipo de intervención donde se manipule a los seres humanos participantes, sin embargo, de presentarse algún problema relacionado con la respuesta de los instrumentos de recolección de datos, la investigadora se compromete a darle un seguimiento hasta la resolución pertinente del mismo. Informar resultados y retornarlos a los servicios que participaron en el estudio.

- Evaluación Independiente. La evaluación independiente de la investigación es un mecanismo que permite reducir al mínimo el impacto potencial de las investigaciones, haciendo que la investigación sea revisada por peritos apropiados que no estén afiliados al estudio y que tengan autoridad para aprobar, enmendar o, en casos extremos, cancelar la investigación. El proyecto fue sometido a la consideración del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción de Chile, ya que la tesista es alumna del programa de Doctorado en Enfermería de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, posteriormente se solicitó la evaluación al Comité de Ética de las Instituciones de la Secretaría de Salud Pública de Hermosillo, Sonora donde se llevó a cabo la investigación, al contar con la autorización de los Comités de Ética (Anexo 4) se solicitó al Personal de Enfermería su participación de responder de forma afirmativa se les solicitó que leyeran y firmaran la carta de consentimiento informado (Anexo 5) para proceder a la aplicación del instrumento de recolección de datos (Anexo 1).

- Consentimiento Informado. El consentimiento informado tiene por finalidad asegurar que los individuos participantes de la investigación solo lo realicen cuando ésta es compatible con sus valores, intereses y preferencias. Se explicaron los riesgos y beneficios a los cuales se podrían someter al participar de la investigación. Se ofreció el anonimato y

confidencialidad en las respuestas brindadas en la investigación propuesta. También se explicó la libre participación y que por razones que el sujeto estime conveniente tiene derecho a retirarse o no participar si así lo desea. Este proyecto tomo en cuenta el consentimiento informado como parte muy importante de los aspectos éticos de la investigación científica, ya que se propone que los participantes respondan a un instrumento de recolección de datos, después de haber leído y firmado una carta de consentimiento informado que se realizó expresamente para la investigación y donde se explicó la finalidad y la metodología del proyecto, donde además se plasmaron los datos de la investigadora: como nombre, correo electrónico y teléfono, para que el participante pudiese contactarla en caso de existir alguna duda.



- Respeto a los sujetos en la investigación. Se permitió a los participantes cambiar de opinión, decidir si la investigación concuerda o no con sus intereses o preferencias, y retirarse sin sanción. Ya que se recopiló información sustancial sobre los sujetos inscritos, su privacidad fue respetada administrando la información de acuerdo con reglas de confidencialidad. Se informará a los participantes sobre los resultados obtenidos dentro de la investigación. Se cuidó el bienestar del participante en caso de experimentar reacciones adversas por responder al instrumento de recolección de datos, a fin de proporcionarle un tratamiento apropiado y si es necesario, retirarlo de la investigación.

III.RESULTADOS

Análisis descriptivo

VARIABLES BIOSOCIODEMGRÁFICAS Y FACTORES DEL TRABAJO.

Tabla 4. Variables biosociodemográficas y factores del trabajo sus frecuencias y porcentajes según nivel de atención

Variables	Nivel de atención de salud			
	Total	Primer	Segundo	Tercer
<i>género</i>	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>
<i>femenino</i>	274 (79.4%)	70 (84.3%)	76(73.8%)	128 (80.5%)
<i>masculino</i>	71 (20.6%)	13 (15.7%)	27 (26.2%)	31 (19.5%)
<i>edad</i>				
<i>19 a 29</i>	119 (34.5%)	16 (19.3%)	37 (35.9%)	66 (41.5%)
<i>30 a 39</i>	118 (34.2%)	31 (37.3%)	31 (30.1%)	56 (35.2%)
<i>40 a 60</i>	108 (31.3%)	36 (43.3%)	35 (34.0%)	37 (23.3%)
<i>condición de pareja</i>				
<i>con pareja</i>	222 (64.3%)	55 (66.3%)	70 (68.0%)	97 (61.0%)
<i>sin pareja</i>	123 (35.7%)	28 (33.7%)	33 (32.0%)	62 (39.0%)
<i>lugar de procedencia</i>				
<i>local</i>	228 (66.1%)	61 (73.5%)	74 (71.8%)	93 (58.5%)
<i>foráneo</i>	117 (33.9%)	22 (26.5%)	29 (28.2%)	66 (41.5%)
<i>pertenencia a un grupo étnico</i>				
<i>sí</i>	8 (2.3%)	2 (2.4%)	4 (3.9%)	2 (1.3%)
<i>no</i>	337 (97.7%)	81 (97.6%)	99 (96.1%)	157(98.7%)
<i>presencia de hijos</i>				
<i>sí</i>	231 (67.0%)	62 (74.7%)	63 (61.2%)	106 (66.7%)
<i>no</i>	114 (33.0%)	21 (25.3%)	40 (38.8%)	53 (33.3%)
<i>institución en que labora</i>				
<i>A</i>	83 (24.1%)	83 (100%)	0	0
<i>B</i>	9 (2.6%)	0	0	9 (5.7%)
<i>C</i>	103 (2.09%)	0	103 (100)	0
<i>D</i>	81 (23.5%)	0	0	81 (50.9%)
<i>E</i>	24 (7.0%)	0	0	24 (15.1%)
<i>F</i>	11(3.2%)	0	0	11 (6.9%)
<i>G</i>	34 (9.9%)	0	0	34 (21.4%)

Continuación Tabla 4. Variables biosociodemográficas y factores del trabajo sus frecuencias y porcentajes según nivel de atención.

<i>Variables</i>	nivel de atención de salud			
	Total	Primer	Segundo	Tercer
<i>funciones que desempeña</i>	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>
<i>atn. directa</i>	300 (87%)	75 (90.4%)	85 (82.5%)	140 (88.1%)
<i>act. administrativas</i>	45 (13%)	8 (9.6%)	18 (17.5%)	19 (11.5%)
<i>servicio en que labora</i>				
<i>hospitalización</i>	122 (35.4%)	0	39 (37.9%)	83 (52.2%)
<i>consulta</i>	57 (16.5%)	48 (57.8%)	6 (5.8%)	3 (1.9%)
<i>UCI-QX-URG</i>	93 (27.0%)	0	35 (34.0%)	58 (36.5%)
<i>otros</i>	73 (21.2%)	35 (42.2%)	23 (22.3%)	15 (9.4%)
<i>antigüedad en años en la institución</i>				
<i>1 a 5 años</i>	143 (41.4%)	28 (33.7%)	44 (42.7%)	71 (44.7%)
<i>6 a 10 años</i>	39 (11.3%)	11 (13.3%)	11 (10.7%)	17 (10.7%)
<i>11 a 15 años</i>	63 (18.3%)	17 (20.5%)	13 (12.6%)	33 (20.8%)
<i>16 a 20 años</i>	47 (13.6%)	8 (9.6%)	17 (16.5%)	22 (13.8%)
<i>21 a 25 años</i>	27 (7.8%)	4 (4.8%)	12 (11.7%)	11 (6.9%)
<i>26 años o más</i>	26 (7.5%)	15 (18.1%)	6 (5.8%)	5 (3.1%)
<i>sistema de turno que ejecuta</i>				
<i>matutino</i>	181 (52.5%)	81 (97.6%)	32 (31.1%)	68 (42.8%)
<i>vespertino</i>	66 (19.1%)	2 (2.4%)	23 (22.3%)	41 (25.8%)
<i>nocturno</i>	57 (16.5%)	0	22 (21.4%)	35 (22.0%)
<i>jornada acumulada</i>	41 (11.9%)	0	26 (25.2%)	15 (9.4%)
<i>realiza otra actividad remunerada</i>				
<i>sí</i>	46 (13.3%)	7 (8.4%)	13 (12.6%)	26 (16.4%)
<i>no</i>	299 (86.7%)	76 (91.6%)	90 (87.4%)	133 (83.6%)
<i>horas trabajadas en la última semana</i>				
<i>27 hrs o menos</i>	44 (12.8%)	6 (7.2%)	24 (23.3%)	14 (8.8%)
<i>28-55hrs</i>	280 (81.2%)	73 (88.0%)	70 (68.0%)	137 (86.2%)
<i>56-83 hrs</i>	21 (6.1%)	4 (4.8%)	9 (8.7%)	8 (5.0%)

Continuación Tabla 4. Variables biosociodemográficas y factores del trabajo sus frecuencias y porcentajes según nivel de atención.

<i>Variables</i>	nivel de atención de salud			
	Total	Primer	Segundo	Tercer
<i>forma de contratación</i>	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>
<i>a plazo fijo</i>	104 (30.1%)	21 (25.3%)	29 (28.2%)	54 (34.0%)
<i>indefinido</i>	241 (69.9%)	62 (74.7%)	74 (71.8%)	105 (66.0%)
<i>categoría de enfermeras</i>				
<i>enfermera (o) prof.</i>	253 (73%)	64 (77%)	67 (65%)	122 (77%)
<i>enfermera(o) no prof.</i>	92 (27%)	19 (23%)	36 (35%)	37 (23%)
<i>licencias médicas en los últimos seis meses</i>				
<i>sí</i>	112 (32.5%)	21 (25.3%)	40 (38.8%)	51 (32.1%)
<i>no</i>	233 (67.5%)	62 (74.7%)	63 (61.2%)	108 (67.9%)
<i>total</i>	345 (100%)	83 (100%)	103(100%)	159 (100%)

n=345

Se observa en Tabla 4 que la muestra fue mayoritariamente femenina, de enfermeras profesionales con pareja, con presencia de hijos, que su lugar de procedencia es local y que trabajan en hospitales de segundo y tercer nivel de atención. Así como también mayoritariamente desempeñan funciones de atención directa y laboran en servicios de hospitalización.

La mayoría tiene una antigüedad de uno a cinco años en la institución, trabajando en turnos matutinos con 28 a 55 horas semanales. Un 13.3% trabaja en otra actividad remunerada. Un 30.1% tiene contrato a plazo fijo y un porcentaje similar 32.5% a presentado licencias médicas en los últimos seis meses.

CVT global del personal de enfermería que labora en la Secretaría de Salud Pública de Hermosillo, Sonora, México.

Tabla 5. CVT global del personal de enfermería

Variable	\bar{x}	DE	Mediana	Moda	Min.	Max
<i>CVT global del personal de enfermería</i>	207.31	41.74	210.00	176	115	294

n=345

En la Tabla 5, se puede observar que el promedio de *CVT global del personal de enfermería* es de 207.31 (DE 41.74), que indica un nivel medio de *CVT*.

Dimensiones de la CVT del personal de enfermería que labora en la Secretaría de Salud Pública de Hermosillo, Sonora, México, con sus medidas de tendencia central y DE obtenidas.

Tabla 6. Promedios y desviación estándar de las dimensiones de la CVT del personal de enfermería

Dimensiones de la CVT							
Medidas de tendencia central	Soporte institucional para el trabajo	Seguridad en el trabajo	Integración al puesto de trabajo	Satisfacción por el trabajo	Bienestar logrado a través del trabajo	Desarrollo profesional	Administración del tiempo libre
\bar{x}	36.94	30.74	30.14	35.10	35.62	22.86	15.91
DE.	12.47	11.53	6.56	6.65	6.09	6.43	3.90
Mediana	39.00	31.00	31.00	37.00	37.00	23.00	16.00
Moda	42.00	26.00	32.00	40.00	39.00	32.00	20.00
Mínimo	4.00	4.00	8.00	10.00	16.00	0.00	0.00
Máximo	56.00	60.00	40.00	44.00	44.00	32.00	20.00

n=345

Se observa en la Tabla 6, los valores obtenidos en las dimensiones que conforman la CVT en cuanto a *Soporte institucional para el trabajo* \bar{x} =36.94, *Seguridad en el trabajo* \bar{x} =30.74, *Integración al puesto de trabajo* \bar{x} =30.74, *Satisfacción por el trabajo* \bar{x} =35.10, *Desarrollo personal del trabajador* \bar{x} =22.86 y *Administración del tiempo libre* \bar{x} =15.91, significando estos un nivel de CVT medio, en las respectivas dimensiones. Mientras que en cuanto al *Bienestar logrado a través del trabajo* \bar{x} =35.62 el personal de enfermería presenta un nivel bajo.



Dimensiones y CVT global del personal de enfermería según variables biosociodemográficas.

Tabla 7. Promedios y desviación estándar de CVT global y sus dimensiones según variables biosociodemográficas del personal de enfermería

<i>Variables</i>	SIT	ST	IPT	SAT	BLT	DP	ATL	CVT
	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)
<i>género</i>								
<i>femenino</i> <i>n=274</i>	37.22 (.75)	31.32 (.67)	30.41 (.40)	35.26 (.40)	35.92 (.36)	23.15 (.38)	16.13 (.22)	209.45 (2.51)
<i>masculino</i> <i>n=71</i>	35.80 (1.45)	28.47 (1.50)	29.08 (.70)	34.46 (.80)	34.45 (.74)	21.17 (.80)	15.02 (.54)	199.04 (4.90)
<i>edad</i>								
<i>19 a 29</i> <i>n=119</i>	36.71 (1.01)	30.27 (.953)	30.18 (.50)	33.61 (.56)	34.55 (.51)	22.37 (.46)	15.47 (.34)	203.20 (3.26)
<i>30 a 39</i> <i>n=118</i>	37.05 (1.14)	30.44 (1.11)	29.64 (.62)	36.10 (.59)	36.01 (.55)	22.45 (.65)	16.35 (.35)	208.07 (4.05)
<i>40 a 60</i> <i>n=108</i>	37.04 (1.34)	31.58 (1.16)	30.63 (.70)	35.64 (.68)	36.37 (.63)	23.83 (.65)	15.89 (.38)	211.01 (4.35)
<i>condición de pareja</i>								
<i>con pareja</i> <i>n=223</i>	36.90 (.85)	30.61 (.76)	30.08 (.43)	35.40 (.42)	35.68 (.39)	22.85 (.43)	15.78 (.26)	207.33 (2.80)
<i>sin pareja</i> <i>n=123</i>	36.99 (1.07)	30.96 (1.06)	30.24 (.60)	34.54 (.65)	35.52 (.58)	22.86 (.56)	16.13 (.34)	207.26 (3.77)
<i>lugar de procedencia</i>								
<i>local n=228</i>	36.77 (.82)	30.64 (.76)	30.17 (.43)	35.59 (.41)	35.74 (.40)	22.89 (.43)	16.07 (.26)	207.84 (2.70)
<i>foráneo</i> <i>n=117</i>	37.25 (1.17)	30.93 (1.07)	30.07 (.62)	34.24 (.66)	35.38 (.56)	22.79 (.56)	15.59 (.36)	206.29 (4.04)
<i>pertenencia a un grupo étnico</i>								
<i>sí n=9</i>	32.62 (5.49)	29.87 (4.20)	28.37 (3.01)	30.87 (4.49)	33.87 (2.11)	19.00 (2.28)	14.25 (1.39)	188.87 (19.84)
<i>no n=337</i>	37.03 (.67)	30.76 (.62)	30.18 (.35)	35.20 (.35)	35.66 (.33)	22.95 (.34)	15.94 (.36)	207.75 (2.25)
<i>presencia de hijos</i>								
<i>sí n=231</i>	37.37 (.84)	30.69 (.76)	30.22(.4) (.4)	35.70 (.41)	36.00 (.39)	23.00 (.42)	16.30 (.25)	209.31 (2.81)
<i>no n=114</i>	36.04 (1.10)	30.83 (1.07)	29.98 (.59)	33.87 (.67)	34.85 (.57)	22.56 (.58)	15.11 (.36)	203.27 (3.68)

n=345

La Tabla 7, muestra los resultados de los promedios y desviación estándar de cada dimensión y la CVT global según las variables biosociodemográficas del personal de

enfermería participante en este estudio, donde se puede destacar que la CVT global se percibe como mediana a excepción de los que pertenecen a un grupo étnico que lo perciben como baja, según la tabla de interpretación de CVT global (ver pág. 59). Respecto a género en el femenino, se observan valores más altos en cada una de las dimensiones. No se encontraron promedios que indicaran niveles altos de calidad en las diversas dimensiones.



Continuación Tabla 8. Promedios y desviación estándar de CVT global y sus dimensiones según factores del trabajo del personal de enfermería

<i>Variables</i>	SIT	ST	IPT	SAT	BLT	DP	ATL	CVT
<i>antigüedad en la institución</i>	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)
<i>1 a 5 años n=143</i>	36.58 (.96)	30.04 (.94)	29.68 (.48)	33.78 (.54)	34.59 (.49)	22.02 (.48)	15.68 (.30)	202.39 (3.19)
<i>6 a 10 años n=39</i>	38.10 (2.14)	32.64 (1.76)	31.10 (.85)	36.58 (1.02)	36.48 (.90)	22.71 (1.03)	16.61 (.57)	241.25 (6.67)
<i>11 a 15 años n=63</i>	36.09 (1.75)	31.09 (1.64)	29.88 (.96)	35.85 (.82)	36.44 (.77)	23.85 (.93)	16.06 (.50)	209.30 (6.06)
<i>16 a 20 años n=37</i>	39.02 (1.17)	31.85 (1.63)	31.38 (.93)	36.91 (.79)	36.21 (.83)	23.59 (.95)	15.08 (.63)	214.78 (5.83)
<i>21 a 25 años n=37</i>	37.74 (1.05)	30.59 (1.88)	30.92 (1.06)	35.25 (1.02)	37.48 (.98)	21.62 (1.32)	14.29 (.91)	207.92 (6.92)
<i>25 o más n= 26</i>	34.57 (3.06)	29.03 (2.45)	28.76 (1.97)	34.84 (1.87)	35.00 (1.57)	25.23 (1.18)	17.57 (.64)	205.03 (10.16)
<i>sistema de turno</i>	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)
<i>matutino n=181</i>	39.01 (.93)	32.18 (.85)	31.01 (.50)	36.47 (.44)	36.74 (.43)	23.97 (.44)	16.50 (.27)	215.90 (2.94)
<i>vespertino n=66</i>	35.10 (1.46)	28.96 (1.26)	28.72 (.67)	33.72 (.73)	33.98 (.67)	20.84 (.70)	14.39 (.48)	195.75 (4.52)
<i>nocturno n=57</i>	38.10 (1.39)	31.49 (1.62)	31.01 (.78)	35.00 (.82)	35.85 (.80)	22.84 (.98)	16.42 (.54)	210.73 (5.57)
<i>jornada acumulada n=41</i>	29.09 (1.95)	26.17 (1.73)	27.34 (1.07)	31.39 (1.42)	33.00 (1.11)	21.20 (1.05)	15.02 (.55)	183.24 (7.10)
<i>horas trabajadas en la última semana</i>	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)
<i>27 o menos hrs n=44</i>	32.02 (2.06)	29.22 (1.79)	28.93 (1.06)	32.88 (1.41)	34.54 (1.01)	23.00 (1.06)	15.94 (.49)	196.56 (7.16)
<i>28-55 hrs n=280</i>	37.98 (.73)	31.26 (.68)	30.48 (.39)	35.53 (.36)	35.85 (.35)	22.98 (.37)	15.96 (.23)	210.07 (2.44)
<i>56-83 hrs n=21</i>	33.28 (2.25)	26.90 (2.54)	28.09 (1.14)	33.95 (1.14)	34.76 (1.35)	20.90 (1.30)	15.14 (1.03)	193.04 (7.61)
<i>realiza otra actividad remunerada</i>	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)
<i>sí n= 46</i>	35.17 (1.85)	26.41 (1.86)	29.26 (.85)	34.82 (.40)	34.23 (.96)	20.32 (1.11)	15.43 (.60)	195.67 (6.00)
<i>no n=299</i>	37.20 (.72)	31.40 (.64)	30.27 (.38)	35.14 (.38)	35.83 (.34)	23.25 (.35)	15.93 (.22)	209.10 (2.40)
<i>forma de contratación</i>	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)
<i>a plazo fijo n= 104</i>	36.44 (1.28)	28.57 (1.11)	29.67 (.61)	32.80 (.65)	34.12 (.60)	21.82 (.59)	15.39 (.38)	198.84 (3.86)
<i>indefinido n=241</i>	37.14 (.82)	31.67 (.74)	33.34 (.43)	36.09 (.41)	36.26 (.38)	23.30 (.42)	16.13 (.24)	210.97 (2.72)

n=345

Continuación Tabla 8. Promedios y desviación estándar de CVT global y sus dimensiones según factores del trabajo del personal de enfermería

<i>Variables</i>	SIT	ST	IPT	SAT	BLT	DP	ATL	CVT
	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)
<i>categoría de enfermeras</i>								
<i>enf. profesional</i> <i>n=253</i>	37.09 (.79)	31.23 (.72)	30.24 (.42)	35.42 (.42)	35.78 (.39)	23.12 (.40)	16.26 (.23)	209.17 (2.68)
<i>enf. no profesional</i> <i>n=92</i>	34.20 (.65)	29.39 (1.18)	29.86 (.62)	34.20 (.65)	35.17 (.59)	22.14 (.67)	14.92 (.45)	202.21 (4.06)
<i>licencias médicas en los últimos seis meses</i>	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)
<i>sí</i> <i>n= 112</i>	35.71 (1.23)	29.91 (1.01)	29.30 (.56)	34.18 (.58)	34.83 (.52)	21.81 (.57)	15.56 (.37)	201.33 (3.73)
<i>no</i> <i>n=233</i>	37.52 (.79)	31.13 (.77)	30.54 (.44)	35.54 (.44)	36.00 (.41)	23.36 (.42)	16.07 (.25)	210.19 (2.78)
<i>n=345</i>								

En Tabla 8, se puede observar que existe una CVT alta, en las enfermeras profesionales que laboran en el Hospital Oncológico del Estado de Sonora (HOES), teniendo ellas una Integración al puesto de trabajo (IPT) alta, Satisfacción por el trabajo (SAT) alta y Bienestar Logrado a través del Trabajo (BLT) alto.

Las enfermeras que según su puntaje (183.24) evalúan con CVT baja, son aquellas que trabajan en el sistema de turno de jornada acumulada. Según el nivel de atención, los tres niveles puntúan con CVT mediana.

Según el servicio en que labora los que trabajan en consulta o atención primaria puntuaron más alto que los otros servicios pero siempre calificaron con una CVT mediana.

Aquellos miembros del personal de enfermería, que no realizan otra actividad remunerada, puntuaron una mejor calidad de vida que los que realizan otra actividad remunerada, al igual que las enfermeras profesionales que puntuaron más alto que las enfermeras no profesionales.

Las enfermeras que no presentaron licencias médicas en los últimos seis meses puntuaron una mayor CVT que las que si presentaron licencias médicas en los últimos seis meses.

En relación a las dimensiones el Soporte Institucional (SIT) puntuaron como de alta calidad (38 y más), en el primer nivel de atención, en consulta externa, en la institución E y en la institución F y además aquellas enfermeras que realizan otras actividades entre ellas: exámenes específicos como electrocardiogramas, electroencefalogramas, vacunas, etc.

En relación a la Seguridad en el Trabajo (ST), ninguno califico con alto puntaje, lo que es bastante preocupante para el colectivo de enfermería.

En relación a la Integración al puesto de trabajo (IPT), solo puntúan con alta calidad las enfermeras que trabajan en la institución F.

En relación a la Satisfacción por el trabajo (SAT), solo puntuaron con alta satisfacción las enfermeras de la institución F.

Respecto a Bienestar logrado a través del trabajo (BLT), solo puntuaron con alta calificación nuevamente las enfermeras de la institución F.

En cuanto al Desarrollo personal del trabajador, no se encontraron calificaciones que arrojaran alta calidad respecto a esta dimensión.

En cuanto a la Administración del tiempo libre tampoco se encontraron puntajes que muestren una alta calidad en esta dimensión.

Dimensiones y subdimensiones de CVT del personal de enfermería según nivel de atención de salud.

A partir de la tabla 9 y hasta la 23 se presentan las frecuencias y porcentajes de la CVT global, sus dimensiones, subdimensiones e ítems, se muestran con frecuencias porque se categorizaron para analizar la relación existente entre variables a través de la prueba no paramétrica Chi cuadrado, ya que, la mayoría de dichas variables no tuvieron una distribución normal.



Tabla 9. Frecuencias y porcentajes de CVT global y dimensiones, según nivel de atención de salud

	<i>nivel de atención de salud</i>				X^2	Gl	valor <i>p</i>
	<i>Primero</i>	<i>Segundo</i>	<i>Tercero</i>	Total			
	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>			
<i>CVT global del personal de enfermería</i>							
Bajo	23 (27.7%)	46 (44.7%)	49 (30.8%)	118 (34.2%)	7.798	4	0.099
Medio	26 (31.3%)	28 (27.2%)	52 (32.7%)	106 (30.7%)			
Alto	34 (41.0%)	29 (28.2%)	58 (36.5%)	121 (35.1%)			
<i>SopORTE institucional para el trabajo</i>							
Bajo	21 (25.3%)	35 (34.0%)	33 (20.8%)	89 (25.8%)	8.855	4	0.065
Medio	13 (15.7%)	24 (23.3%)	37 (23.3%)	74 (21.4%)			
Alto	49 (59.0%)	44 (42.7%)	89 (56.0%)	182 (52.8%)			
<i>Seguridad en el trabajo</i>							
Bajo	25 (30.1%)	36 (35.0%)	47 (29.6%)	108 (31.3%)	5.144	4	0.273
Medio	25 (30.1%)	41 (39.8%)	62 (39.0%)	128 (37.1%)			
Alto	33 (39.8%)	26 (25.2%)	50 (31.4%)	109 (31.6%)			
<i>Integración al puesto de trabajo</i>							
Bajo	42 (50.6%)	51 (49.5%)	69 (43.4%)	162 (47.0%)	7.545	4	0.110
Medio	12 (14.5%)	22 (21.4%)	47 (29.6%)	81 (23.5%)			
Alto	29 (34.9%)	30 (29.1%)	43 (27.0%)	102 (29.6%)			
<i>Satisfacción por el trabajo</i>							
Bajo	23 (27.7%)	64 (62.1%)	60 (37.7%)	147 (42.6%)	27.578	4	0.001 **
Medio	16 (19.3%)	16 (15.5%)	35 (22.0%)	67 (19.4%)			
Alto	44 (53.0%)	23 (22.3%)	64 (40.3%)	131 (38.0%)			
<i>Bienestar logrado a través del trabajo</i>							
Bajo	30 (36.1%)	68 (66.0%)	96 (60.4%)	194 (56.2%)	22.681	4	0.001 **
Medio	14 (16.9%)	16 (15.5%)	23 (14.5%)	53 (15.4%)			
Alto	39 (47.0%)	19 (18.4%)	40 (25.2%)	98 (28.4%)			
<i>Desarrollo personal del trabajador</i>							
Bajo	30 (36.1%)	56 (54.4%)	71 (44.7%)	157 (45.5%)	10.488	4	0.033*
Medio	17 (20.5%)	20 (19.4%)	43 (27.0%)	80 (23.2%)			
Alto	36 (43.4%)	27 (26.2%)	45 (28.3%)	108 (31.3%)			
<i>Administración del tiempo libre</i>							
Bajo	19 (22.9%)	44 (42.7%)	59 (37.1%)	122 (35.4%)	18.528	4	0.001 **
Medio	14 (16.9%)	23 (22.3%)	45 (28.3%)	82 (23.8%)			
Alto	50 (60.2%)	36 (35.0%)	55 (34.6%)	141 (40.9%)			
Total	83 (100%)	103 (100%)	159 (100%)	345 (100%)			
<i>n=345</i>					* $p \leq 0.05$	** $p \leq 0.001$	

Se encontraron diferencias altamente significativas entre los niveles de atención en las dimensiones *Satisfacción por el trabajo*, *Bienestar logrado a través del trabajo* y *Administración del tiempo libre* y diferencias significativas en la dimensión *Desarrollo personal del trabajador*.



Tabla 10. Subdimensiones de la dimensión Soporte institucional para el trabajo (SIT), según nivel de atención de salud

<i>Dimensión Soporte institucional para el trabajo (SIT)</i>							
subdimensiones	Ítems	I nivel de atención <i>f</i> (%)	II nivel de atención <i>f</i> (%)	III nivel de atención <i>f</i> (%)	χ^2	Valor p	
Procesos de trabajo	Definición de los procesos de trabajo						
		Bajo	20 (24.1)	35 (34.0)	45 (28.3)	3.76	0.4402
		Medio	23 (27.7)	30 (29.1)	52 (32.7)		
		Alto	40 (48.2)	38 (36.9)	62 (39.0)		
		Evaluación de los procesos de trabajo					
		Bajo	26 (31.3)	41 (39.8)	71 (44.7)	6.2	0.1847
	Medio	31 (37.3)	29 (28.2)	52 (32.7)			
	Alto	26 (31.3)	33 (32.0)	36 (22.6)			
Supervisión laboral	Satisfacción con la supervisión laboral						
		Bajo	28 (33.7)	39 (37.9)	33 (20.8)	15.11	0.0045*
		Medio	25 (30.1)	34 (33.0)	79 (49.7)		
		Alto	30 (36.1)	30 (29.1)	47 (29.6)		
		Retroalimentación de la supervisión					
		Bajo	41 (49.4)	62 (60.2)	77 (48.4)	6.36	0.1739
	Medio	22 (26.5)	16 (15.5)	45 (28.3)			
	Alto	20 (24.1)	25 (24.3)	37 (23.3)			
Apoyo de los superiores para la realización del trabajo	Satisfacción del trato con los superiores						
		Bajo	17 (20.5)	28 (27.2)	29 (18.2)	4.47	0.3463
		Medio	25 (30.1)	36 (35.0)	57 (35.8)		
		Alto	41 (49.4)	39 (37.9)	73 (45.9)		
		Interés de los superiores en el trabajador					
		Bajo	30 (36.1)	47 (45.6)	53 (33.3)	12.25	0.0156*
		Medio	17 (20.5)	30 (29.1)	58 (36.5)		
		Alto	36 (43.4)	26 (25.2)	48 (30.2)		
		Reconocimiento de los superiores					
		Bajo	35 (42.2)	48 (46.6)	50 (31.4)	25.66	0.0001**
		Medio	8 (9.6)	26 (25.2)	59 (37.1)		
		Alto	40 (48.2)	29 (28.2)	50 (31.4)		
	Apoyo de los superiores en la resolución de problemas						
	Bajo	26 (31.3)	55 (53.4)	47 (29.6)	35.25	0.0001**	
	Medio	12 (14.5)	24 (23.3)	60 (37.7)			
	Alto	45 (54.2)	24 (23.3)	52 (32.7)			
Evaluación del trabajo	Retroalimentación de la evaluación						
		Bajo	40 (48.2)	45 (43.7)	63 (39.6)	4.58	0.3329
		Medio	20 (24.1)	29 (28.2)	58 (36.5)		
	Alto	23 (27.7)	29 (28.2)	38 (23.9)			
Oportunidades de promoción	Reconocimiento institucional						
		Bajo	40 (48.2)	69 (67.0)	81 (50.9)	20.1	0.0005**
		Medio	18 (21.7)	15 (14.6)	54 (34.0)		
	Alto	25 (30.1)	19 (18.4)	24 (15.1)			
Autonomía	Libertad de opinión						
		Bajo	34 (41.0)	53 (51.5)	61 (38.4)	15.26	0.0042*
		Medio	16 (19.3)	28 (27.2)	59 (37.1)		
	Alto	33 (39.8)	22 (21.4)	39 (24.5)			

n=345

* $p \leq 0.05$

** $p \leq 0.001$

En la Tabla 10, se puede observar que existen diferencias altamente significativas entre los diversos niveles de atención en los ítems, reconocimiento de los superiores, apoyo de los superiores en la resolución de problemas y reconocimiento institucional y diferencias significativas en la satisfacción con la supervisión laboral, interés de los superiores por el trabajador y libertad de opinión, según nivel de atención, en el resto de los ítems no hubo diferencias significativas.



Tabla 11. Subdimensiones de la dimensión Seguridad en el trabajo (ST), según nivel de atención de salud.

<i>Seguridad en el trabajo (ST)</i>							
Subdimensiones	Ítems	I nivel de Atención	II nivel de atención	III nivel de atención	X ²	valor p	
Procedimientos de trabajo	Satisfacción por el diseño de los procesos de trabajo						
		<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)			
	Bajo	19 (22.9)	36 (35.0)	41 (25.8)	22.35	0.0002**	
	Medio	23 (27.7)	45 (43.7)	77 (48.4)			
Alto	41 (49.4)	22 (21.4)	41 (25.8)				
Ingresos o salarios	Satisfacción por el salario						
	Bajo	36 (43.4)	88 (85.4)	111 (69.8)	66.38	0.0001**	
	Medio	18 (21.7)	10 (9.7)	40 (25.2)			
	Alto	29 (34.9)	5 (4.9)	8 (5.0)			
		Suficiencia del salario					
	Bajo	41 (49.4)	79 (76.7)	118 (74.2)	31.52	0.0001**	
Medio	16 (19.3)	19 (18.4)	23 (14.5)				
Alto	26 (31.3)	5 (4.9)	18 (11.3)				
Insumos para el trabajo	Cantidad de los insumos						
	Bajo	65 (78.3)	53 (51.5)	87 (54.7)	22.23	0.0002**	
	Medio	9 (10.8)	26 (25.2)	51 (32.1)			
	Alto	9 (10.8)	24 (23.3)	21 (13.2)			
		Calidad de los insumos					
	Bajo	59 (71.1)	52 (50.5)	81 (50.9)	16.19	0.0028*	
Medio	11 (13.3)	28 (27.2)	55 (34.6)				
Alto	13 (15.7)	23 (22.3)	23 (14.5)				
Derechos contractuales de los trabajadores	Seguridad social						
	Bajo	53 (63.9)	51 (49.5)	86 (54.1)	4.75	0.3143	
	Medio	18 (21.7)	35 (34.0)	51 (32.1)			
	Alto	12 (14.5)	17 (16.5)	22 (13.8)			
		Planes de retiro					
	Bajo	54 (65.1)	75 (72.8)	113 (71.1)	7.36	0.1182	
	Medio	17 (20.5)	16 (15.5)	37 (23.3)			
	Alto	12 (14.5)	12 (11.7)	9 (5.7)			
		Condiciones de seguridad e higiene					
	Bajo	53 (63.9)	43 (41.7)	69 (43.4)	11.69	0.0198*	
	Medio	18 (21.7)	35 (34.0)	49 (30.8)			
	Alto	12 (14.5)	25 (24.3)	41 (25.8)			
		Cambios de categoría (promociones)					
	Bajo	50 (60.2)	66 (64.1)	101 (63.5)	3.17	0.5298	
	Medio	13 (15.7)	14 (13.6)	31 (19.5)			
	Alto	20 (24.1)	23 (22.3)	27 (17.0)			
		Protección de la salud					
	Bajo	71 (85.5)	86 (83.5)	111 (69.8)	11.18	0.0246*	
Medio	6 (7.2)	7 (6.8)	25 (15.7)				
Alto	6 (7.2)	10 (9.7)	23 (14.5)				

n=345

* p≤0.05

** p≤0.001

Cont. Tabla 11. Subdimensiones de la dimensión de Seguridad en el trabajo (ST), según nivel de atención de salud.

		Oportunidades de actualización				
	Bajo	27 (32.5)	63 (61.2)	95 (59.7)	21.9	0.0002**
	Medio	28 (33.7)	23 (22.3)	40 (25.2)		
	Alto	28 (33.7)	17 (16.5)	24 (15.1)		
		Satisfacción con la capacitación				
Capacitación para el trabajo	Bajo	25 (30.1)	60 (58.3)	93 (58.5)	24.53	0.0001**
	Medio	32 (38.6)	30 (29.1)	46 (28.9)		
	Alto	26 (31.3)	13 (12.6)	20 (12.6)		
		Acceso a la capacitación				
	Bajo	26 (31.3)	55 (53.4)	60 (37.7)	14.76	0.0052*
	Medio	21 (25.3)	20 (19.4)	52 (32.7)		
	Alto	36 (43.4)	28 (27.2)	47 (29.6)		
<i>n</i> =345					* $p \leq 0.05$	** $p \leq 0.001$

En la Tabla 11, se puede observar que la gran mayoría de los ítems que componen las diversas subdimensiones de la dimensión de seguridad en el trabajo hubo diferencias altamente significativas y significativas entre los niveles de atención a excepción de los ítems de seguridad social, planes de retiro y cambios de categoría (promociones) donde no se presentaron diferencias significativas entre los niveles de atención.

Tabla 12. Subdimensiones de la dimensión Integración al puesto de trabajo (IPT), según nivel de atención de salud.

<i>Integración al puesto de trabajo (IPT).</i>							
Subdimensiones	Ítems	I nivel de Atención <i>f%</i>	II nivel de atención <i>f%</i>	III nivel de atención <i>f%</i>	X^2	valor p	
Pertinencia	Puesto de trabajo y preparación académica						
	Bajo	21 (25.3)	35 (34.0)	53 (33.3)	13.246	0.010*	
	Medio	14 (16.9)	30 (29.1)	50 (31.4)			
	Alto	48 (57.8)	38 (36.9)	56 (35.2)			
		Respeto a los derechos laborales					
		Bajo	33 (39.8)	60 (58.3)	66 (41.5)	23.148	0.000**
Medio		20 (24.1)	21 (20.4)	65 (40.9)			
Alto	30 (36.1)	22 (21.4)	28 (17.6)				
Motivación	Logro de objetivos comunes						
	Bajo	16 (19.3)	15 (14.6)	27 (17.0)	6.680	0.154	
	Medio	19 (22.9)	38 (36.9)	61 (38.4)			
	Alto	48 (57.8)	50 (48.5)	71 (44.7)			
		Interés por la actividad laboral					
		Bajo	25 (30.1)	39 (37.9)	37 (23.3)	22.818	0.000**
		Medio	11 (13.3)	24 (23.3)	61 (38.4)		
	Alto	47 (56.6)	40 (38.8)	61 (38.4)			
		Disposición para el trabajo					
		Bajo	11 (13.3)	3 (2.9)	5 (3.1)	4.077	0.396
		Medio	9 (10.8)	15 (14.6)	15 (9.4)		
	Alto	72 (86.7)	85 (82.5)	139 (87.4)			
Ambiente de trabajo	Trato con los compañeros						
	Bajo	2 (9.6)	18 (17.5)	20 (12.6)	11.268	0.024*	
	Medio	29 (34.9)	35 (34.0)	70 (44.0)			
	Alto	43 (51.8)	50 (48.5)	69 (43.4)			
		Resolución de conflictos					
		Bajo	27 (32.5)	32 (31.1)	38 (29.8)	3.900	0.420
		Medio	20 (24.1)	27 (26.2)	53 (33.3)		
	Alto	36 (43.4)	44 (42.7)	68 (42.8)			
		Apoyo de los compañeros					
		Bajo	28 (33.7)	33 (32.0)	28 (17.6)	12.221	0.016*
		Medio	24 (28.9)	34 (33.0)	71 (44.7)		
	Alto	31 (37.3)	36 (35.0)	60 (37.7)			
	Apoyo de los subordinados						
	Bajo	23 (27.7)	32 (31.1)	31 (19.5)	7.853	0.097	
	Medio	28 (33.7)	31 (30.1)	71 (44.7)			
Alto	32 (38.6)	40 (38.8)	57 (35.8)				

$n=345$

* $p \leq 0.05$

** $p \leq 0.001$

En la Tabla 12, se encontraron diferencias altamente significativas entre los niveles de atención en los siguientes ítems, respeto a los derechos laborales e interés por la actividad laboral. Diferencias significativas en el puesto de trabajo y preparación académica, trato con los compañeros y apoyo de los compañeros. No encontrándose diferencias estadísticamente significativas en el logro de objetivos comunes, disposición para el trabajo, resolución de conflictos y apoyo de los subordinados.



Tabla 13. Subdimensiones de la dimensión de Satisfacción por el trabajo (SAT), según nivel de atención de salud.

<i>Satisfacción por el trabajo (SAT)</i>							
Subdimensiones	Ítems	I nivel de atención	II nivel de atención	III nivel de atención	X ²	valor p	
		f %	f %	f %			
Dedicación al trabajo	Forma de contratación						
		Bajo	21 (25.3)	37 (35.9)	45 (28.3)	9.11	0.0584
		Medio	15 (18.1)	28 (27.2)	47 (29.6)		
		Alto	47 (56.6)	38 (36.9)	67 (42.1)		
		Duración de la jornada					
		Bajo	6 (7.2)	16 (15.5)	21 (13.2)	13.21	0.0103*
		Medio	14 (16.9)	34 (33.0)	50 (31.4)		
		Alto	63 (75.9)	53 (51.5)	88 (55.3)		
		Turnos de trabajo					
		Bajo	6 (7.2)	8 (7.8)	16 (10.1)	7.74	0.1015
		Medio	7 (8.4)	23 (22.3)	30 (18.9)		
		Alto	70 (84.3)	72 (69.9)	113 (71.1)		
		Cantidad de trabajo					
		Bajo	6 (7.2)	44 (42.7)	45 (28.3)	45.4	0.000**
		Medio	20 (24.1)	35 (34.0)	50 (31.4)		
	Alto	57 (68.7)	24 (23.3)	64 (40.3)			
Orgullo por la institución	Satisfacción por trabajar en la institución						
		Bajo	15 (18.1)	38 (36.9)	33 (20.8)	26.45	0.0001**
		Medio	21 (25.3)	34 (33.0)	74 (46.5)		
	Alto	47 (56.6)	31 (30.1)	52 (32.7)			
Participación en el trabajo	Satisfacción por las funciones desempeñadas						
		Bajo	8 (9.6)	36 (35.0)	24 (15.1)	35.27	0.0001**
		Medio	18 (21.7)	36 (35.0)	50 (31.4)		
		Alto	57 (68.7)	31 (30.1)	85 (53.5)		
		Satisfacción por las tareas realizadas					
		Bajo	9 (10.8)	22 (21.4)	13 (8.2)	13.4	0.0095*
	Medio	24 (28.9)	38 (36.9)	57 (35.8)			
	Alto	50 (60.2)	43 (41.7)	89 (56.0)			
Autonomía	Uso de habilidades y potenciales						
		Bajo	10 (12.0)	17 (16.5)	16 (10.1)	3.1	0.5410
		Medio	28 (33.7)	35 (34.0)	63 (39.6)		
		Alto	45 (54.2)	51 (49.5)	80 (50.3)		
		Creatividad					
		Bajo	11 (13.3)	32 (31.1)	25 (15.7)	15.2	0.0043*
	Medio	32 (38.6)	39 (37.9)	56 (35.2)			
	Alto	40 (48.2)	32 (31.1)	78 (49.1)			
Reconocimiento por el trabajo	Satisfacción por el reconocimiento						
		Bajo	22 (26.5)	45 (43.7)	43 (27.0)	9.45	0.0508
		Medio	29 (34.9)	27 (26.2)	54 (34.0)		
	Alto	32 (38.6)	31 (30.1)	62 (39.0)			
Autovaloración	Desempeño profesional						
		Bajo	8 (9.6)	22 (21.4)	22 (13.8)	15.22	0.0043*
		Medio	19 (22.9)	40 (38.8)	47 (29.6)		
	Alto	56 (67.5)	41 (39.8)	90 (56.6)			
<i>n=345</i>			* p≤0.05	** p≤0.001			

En la Tabla 13, se puede observar que existen diferencias altamente significativas entre los niveles de atención en los ítems cantidad de trabajo, satisfacción por trabajar en la institución y satisfacción por las funciones desempeñadas. Se encontraron además diferencias significativas en los ítems duración de la jornada, satisfacción por las tareas realizadas, creatividad y desempeño profesional. No se encontraron diferencias significativas entre los niveles de atención en el resto de los ítems.



Tabla 14. Subdimensiones de la dimensión Bienestar logrado a través del trabajo (BLT), según nivel de atención de salud

<i>Bienestar logrado a través del trabajo (BLT)</i>							
Subdimensiones	Ítems	I nivel de Atención	II nivel de atención	III nivel de atención	X ²	valor p	
		f %	f %	f %			
Identificación con la imagen institucional	Identificación con los objetivos						
	Bajo	17 (20.5)	28 (27.2)	33 (20.8)	11.44	0.0221*	
	Medio	21 (25.3)	38 (36.9)	69 (43.4)			
	Alto	45 (54.2)	37 (35.9)	57 (35.8)			
		Contribución con la imagen institucional					
		Bajo	11 (13.3)	10 (9.7)	30 (18.9)	11.25	0.0239*
Medio		18 (21.7)	26 (25.2)	53 (33.3)			
Alto	54 (65.1)	67 (65.0)	76 (47.8)				
Beneficios del trabajo del ocupado para otros	Percepción de utilidad						
	Bajo	9 (10.8)	13 (12.6)	19 (11.9)	12.35	0.0150*	
	Medio	12 (14.5)	24 (23.3)	54 (34.0)			
Alto	62 (74.7)	66 (64.1)	86 (54.1)				
Disfrute de la actividad laboral	Uso de habilidades y destrezas						
	Bajo	7 (8.4)	16 (15.5)	18 (11.3)	8.37	0.0790	
	Medio	15 (18.1)	28 (27.2)	50 (31.4)			
	Alto	61 (73.5)	59 (57.3)	91 (57.2)			
		Auto compromiso con el trabajo					
		Bajo	7 (8.4)	9 (8.7)	18 (11.3)	6.54	0.1624
Medio		16 (19.3)	31 (30.1)	52 (32.7)			
Alto	60 (72.3)	63 (61.2)	89 (56.0)				
Satisfacción con la vivienda	Calidad de los servicios básicos de la vivienda						
	Bajo	12 (14.5)	41 (39.8)	37 (23.3)	20.01	0.0005 **	
	Medio	22 (26.5)	20 (19.4)	52 (32.7)			
	Alto	49 (59.0)	42 (40.8)	70 (44.0)			
		Características de la vivienda					
		Bajo	21 (25.3)	41 (39.8)	39 (24.5)	13.5	0.0091*
Medio		19 (22.9)	16 (15.5)	51 (32.1)			
Alto	43 (51.8)	46 (44.7)	69 (43.4)				
Evaluación de la salud general	Capacidad de las actividades diarias						
	Bajo	3 (3.6)	7 (6.8)	11 (6.9)	12.7	0.0128*	
	Medio	3 (3.6)	10 (9.7)	28 (17.6)			
	Alto	77 (92.8)	86 (83.5)	120 (75.5)			
		Capacidad de las actividades laborales					
		Bajo	9 (10.8)	9 (8.7)	6 (3.8)	12.19	0.0160*
Medio		3 (3.6)	13 (12.6)	26 (16.4)			
Alto	71 (85.5)	81 (78.6)	127 (79.9)				
Evaluación de la nutrición	Acceso a los alimentos						
	Bajo	28 (33.7)	69 (67.0)	61 (38.4)	32.83	0.0001 **	
	Medio	17 (20.5)	16 (15.5)	48 (30.2)			
	Alto	38 (45.8)	18 (17.5)	50 (31.4)			
		Percepción del tipo de alimentación					
		Bajo	12 (14.5)	38 (36.9)	46 (28.9)	22.87	0.0001 **
Medio		19 (22.9)	26 (25.2)	57 (35.8)			
Alto	52 (62.7)	39 (37.9)	56 (35.2)				

n=345

* p≤0.05

** p≤0.001

En la Tabla 14, se puede observar que se encontraron diferencias altamente significativas en los ítems de calidad de los servicios básicos de la vivienda, acceso a los alimentos y percepción del tipo de alimentación en los diversos niveles de atención. Existen diferencias significativas en los ítems identificación con los objetivos institucionales, contribución a la imagen institucional, percepción de utilidad, satisfacción con las características de la vivienda, capacidad de las actividades diarias y capacidad de las actividades laborales en los diversos niveles de atención de salud. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los ítems autocompromiso con el trabajo y uso de habilidades y destrezas.



Tabla 15. Subdimensiones de la dimensión Desarrollo personal del trabajador (DP), según nivel de atención de salud

<i>Desarrollo personal del trabajador (DP)</i>							
Subdimensiones	Ítems	I nivel de atención <i>f%</i>	II nivel de atención <i>f%</i>	III nivel de atención <i>f%</i>	X ²	valor p	
Logros	Relacionados con los objetivos institucionales						
		Bajo	8 (9.6)	14 (13.6)	20 (12.6)	4.82	0.3059
		Medio	17 (20.5)	33 (32.0)	45 (28.3)		
		Alto	58 (69.9)	56 (54.4)	94 (59.1)		
		Personales					
		Bajo	26 (31.3)	36 (35.0)	38 (23.9)	14.72	0.0053*
		Medio	21 (25.3)	26 (25.2)	71 (44.7)		
		Alto	36 (43.4)	41 (39.8)	50 (31.4)		
		Reconocimiento social					
		Bajo	10 (12.0)	29 (28.2)	39 (24.5)	13.95	0.0075*
		Medio	26 (31.3)	31 (30.1)	64 (40.3)		
		Alto	47 (56.6)	43 (41.7)	56 (35.2)		
		Tipo de vivienda					
		Bajo	27 (32.5)	55 (53.4)	60 (37.7)	23.03	0.0001**
		Medio	15 (18.1)	22 (21.4)	55 (34.6)		
	Alto	41 (49.4)	26 (25.2)	44 (27.7)			
Expectativas de mejora	Mejora del nivel de vida						
		Bajo	29 (34.9)	63 (61.2)	79 (49.7)	20.72	0.0004**
		Medio	22 (26.5)	20 (19.4)	51 (32.1)		
		Alto	32 (38.6)	20 (19.4)	29 (18.2)		
		Potencialidades personales					
		Bajo	22 (26.5)	34 (33.0)	47 (29.6)	6.31	0.1768
	Medio	29 (34.9)	28 (27.2)	65 (40.9)			
	Alto	32 (38.6)	41 (39.8)	47 (29.6)			
Seguridad personal	Enfrentamiento de adversidades						
		Bajo	27 (32.5)	41 (39.8)	49 (30.8)	4.95	0.2922
		Medio	25 (30.1)	31 (30.1)	63 (39.6)		
		Alto	31 (37.3)	31 (30.1)	47 (29.6)		
		Conservación de la integridad de capacidades					
		Bajo	16 (19.3)	46 (44.7)	49 (30.8)	27.11	0.0001**
	Medio	20 (24.1)	30 (29.1)	61 (38.4)			
	Alto	47 (56.6)	27 (26.2)	49 (30.8)			
<i>n=345</i>				* <i>p</i> ≤0.05 ** <i>p</i> ≤0.001			

En la Tabla 15, se puede observar que existen diferencias altamente significativas en los ítems de tipo de vivienda, mejora del nivel de vida y conservación de la integridad de capacidades en los diversos niveles de atención de salud y diferencias significativas en logros personales y reconocimiento social en el resto de los ítems no se encontraron diferencias significativas entre los niveles de atención.



Tabla 16. Subdimensiones de la dimensión Administración del tiempo libre (ATL), según nivel de atención de salud

<i>Administración del tiempo libre (ATL)</i>						
Subdimensiones	Ítems	I nivel de Atención <i>f %</i>	II nivel de atención <i>f %</i>	III nivel de atención <i>f %</i>	X^2	valor p
Planificación del tiempo libre	Necesidad llevar trabajo a casa					
	Bajo	75 (90.4)	81 (78.6)	138 (86.8)	10.4	0.0341*
	Medio	6 (7.2)	7 (6.8)	11 (6.9)		
	Alto	2 (2.4)	15 (14.6)	10 (6.3)		
	Cumplimiento de actividades programadas					
	Bajo	13 (15.7)	32 (31.1)	36 (22.6)	19.14	0.0007**
Medio	19 (22.9)	29 (28.2)	65 (40.9)			
Alto	51 (61.4)	42 (40.8)	58 (36.5)			
Equilibrio entre trabajo y vida familiar	Convivencia con la familia					
	Bajo	11 (13.3)	29 (28.2)	28 (17.6)	32.77	0.0001**
	Medio	6 (7.2)	24 (23.3)	54 (34.0)		
	Alto	66 (79.5)	50 (48.5)	77 (48.4)		
	Participación en actividades domésticas					
	Bajo	14 (16.9)	28 (27.2)	34 (21.4)	21.96	0.0002**
	Medio	11 (13.3)	25 (24.3)	58 (36.5)		
	Alto	58 (69.9)	50 (48.5)	67 (42.1)		
	Participación en cuidados familiares					
Bajo	12 (14.5)	27 (26.2)	29 (18.2)	15.43	0.0039*	
Medio	13 (15.7)	26 (25.2)	53 (33.3)			
Alto	58 (69.9)	50 (48.5)	77 (48.4)			
<i>n=345</i>				* $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.001$		

En la Tabla 16, se puede observar que existen diferencias altamente significativas en los ítems de cumplimiento de actividades programadas, convivencia con la familia y participación en las actividades domésticas entre los diversos niveles de atención de salud y diferencias significativas según nivel de atención de salud en la necesidad de llevar trabajo a casa y participación en los cuidados familiares.

Relación entre variables biosociodemográficas y factores del trabajo del personal de Enfermería con las dimensiones de la CVT.

Se presenta en las Tablas 17 a 23 las dimensiones de la CVT y las variables que mostraron relación significativa.

Tabla 17. Variables biosociodemográficas y factores del trabajo según Soporte Institucional para el Trabajo (SIT)

<i>Soporte institucional para el trabajo (SIT)</i>							
Variables	<i>Percepción de SIT</i>				X^2	gl	valor <i>p</i>
	Bajo <i>f (%)</i>	Medio <i>f (%)</i>	Alto <i>f (%)</i>	Total <i>f (%)</i>			
<i>presencia de hijos</i>							
sí	62 (26.8)	40 (17.3)	129 (55)	231(100)	7.128	2	0.028*
no	27 (23.7)	34 (29.8)	53 (46)	114(100)			
Total	89 (25.8)	74 (21.4)	182(52)	345(100)			
<i>institución en que labora</i>	Bajo <i>f (%)</i>	Medio <i>f (%)</i>	Alto <i>f (%)</i>	Total <i>f (%)</i>	X^2	gl	valor <i>p</i>
A	21 (25.3)	13 (15.7)	49 (59)	83(100)	32.227	12	0.001**
B	2 (22.2)	2 (22.2)	5 (55.6)	9 (100)			
C	35 (34)	24 (23)	44 (42)	103(100)			
D	15 (18.5)	15 (18)	51 (63)	81 (100)			
E	3 (12.5)	9 (37.5)	12 (50.0)	24 (100)			
F	0	0	11 (100)	11 (100)			
G	13 (38)	11 (32)	10 (29)	34 (100)			
Total	89 (25)	74 (21)	182 (52)	345 (100)			
<i>sistema de turno que ejecuta</i>	Bajo <i>f (%)</i>	Medio <i>f (%)</i>	Alto <i>f (%)</i>	Total <i>f (%)</i>	X^2	gl	valor <i>p</i>
matutino	37 (20.4)	31 (17)	113 (62)	181 (100)	28.819	6	0.001**
vespertino	18 (27.3)	19 (28.8)	29 (43.9)	66 (100)			
nocturno	12 (21.2)	16 (28.1)	29 (50.9)	57 (100)			
jornada acumulada	22 (53.7)	8 (19.5)	11 (26.8)	41 (100)			
Total	89 (25.8)	74 (21.4)	182 (52)	345 (100)			
<i>horas trabajadas en la última semana</i>	Bajo <i>f (%)</i>	Medio <i>f (%)</i>	Alto <i>f (%)</i>	Total <i>f (%)</i>	X^2	gl	valor <i>p</i>
27 o menos hrs.	21 (47.7)	6 (13.6)	17 (38.6)	44(100)	16.058	4	0.003*
28-55hrs.	60 (21.4)	63 (22.5)	157 (56)	280(100)			
56-83 hrs.	8 (38.1)	5 (23.8)	8 (38.1)	21(100)			
Total	89 (25.8)	74 (21.4)	182 (52)	345 (100)			

n=345

* $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.001$

La Tabla 17, incluye la dimensión *de Soporte institucional para el trabajo* y muestra cuatro variables que resultaron alta y estadísticamente significativas para dicha dimensión, lo que refleja que la *presencia de hijos, la Institución en que labora, el sistema de turnos que ejecuta y las horas trabajadas en la última semana*, se relacionan al soporte institucional para el trabajo.

Tabla 18. Variables biosociodemográficas y factores del trabajo según Seguridad en el trabajo (ST)

Dimensión: Seguridad en el trabajo (ST)							
Variables	Percepción de ST			Total f(%)	X ²	gl	valor p
	Bajo f(%)	Medio f(%)	Alto f(%)				
<i>sistema de turnos</i>							
matutino	48 (26.5%)	65 (35.9%)	68 (37.6%)	181(100)			
vespertino	24 (36.4%)	27 (40.9%)	15 (22.7%)	66 (100)			
nocturno	15 (26.3%)	23 (40.4%)	19 (33.3%)	57 (100)	14.800	6	0.022*
jornada acumulada	21 (51.2%)	13 (31.7%)	7 (17.1%)	41 (100)			
<i>realiza otra actividad remunerada</i>							
sí	25 (54.3%)	10 (21.7%)	11 (23.9%)	46 (100)			
no	83 (27.8%)	118 (39.5)	98 (32.8%)	299(100)	13.371	2	0.001**

n=345

* p≤0.05 ** p≤0.001

La Tabla 18, muestra que la variable sistema de turnos que ejecuta se relaciona de forma significativa con la dimensión de seguridad en el trabajo y la variable realiza otra actividad remunerada, se relaciona de forma altamente significativa a la dimensión de *Seguridad en el trabajo*.

Tabla 19. Variables biosociodemográficas y factores del trabajo según Integración al puesto de trabajo (IPT)

Dimensión: <i>Integración al puesto de trabajo (IPT)</i>							
Variables	Percepción de Integración al puesto de trabajo			Total f (%)	X ²	gl	valor p
	Bajo f (%)	Medio f (%)	Alto f (%)				
<i>institución en que labora</i>							
A	42(5)	12 (14)	29(34)	83(100)			
B	9(100)	0	0	9 (100)			
C	51(49)	22 (21)	30 (29)	103(100)			
D	37(45)	23 (28)	21 (25)	81 (100)	30.987	2	0.002*
E	8 (33)	8 (33)	8 (33)	24 (100)			
F	0	4 (36)	7 (63)	11 (100)			
G	15(44)	12 (35)	7 (20)	34 (100)			
Total	162(47)	81 (23)	102 (29)	345 (100)			
<i>servicio en que labora</i>	Bajo f (%)	Medio f (%)	Alto f (%)	Total f (%)	X ²	gl	valor p
hospitalización	65 (53)	29 (24)	28 (23)	122 (100)			
consulta	24 (42.)	9 (16)	24 (42)	57 (100)			
UCI-Qx-Urg	41 (44)	29 (31)	23 (25)	93 (100)	12.937	6	0.044*
otros	32 (44)	14 (19)	27 (37)	73 (100)			
Total	162 (47)	81 (24)	102 (30)	345 (100)			
<i>sistema de turnos que ejecuta</i>	Bajo f (%)	Medio f (%)	Alto f (%)	Total f (%)	X ²	gl	valor p
matutino	71 (39)	42 (23)	68 (38)	181 (100)			
vespertino	39 (59)	17 (26)	10 (15)	66 (100)			
nocturno	27 (47)	14 (25)	16 (28)	57 (100)	16.550	6	0.011 *
jornada acumulada	25 (61)	8 (20)	8 (19)	41 (100)			
Total	162 (47)	81 (26)	102 (30)	345 (100)			
<i>licencias médicas en los últimos seis meses</i>	Bajo f (%)	Medio f (%)	Alto f (%)	Total f (%)	X ²	gl	valor p
sí	59 (53)	31 (28)	22 (20)	112 (100)			
no	103 (44)	50 (22)	80 (34)	233 (100)	7.925	2	.019*
Total	162 (47)	81 (23)	102 (29)	345 (100)			

n=345

* p≤0.05

La Tabla 19, muestra los resultados estadísticamente significativos referentes a la dimensión de *Integración al puesto de trabajo*, donde se puede observar que las variables

Institución en que labora, servicio en que labora, sistema de turnos que ejecuta y licencias médicas en los últimos meses, se relacionan con la dimensión de Integración al puesto de trabajo.



Tabla 20. Variables biosociodemográficas y factores del trabajo según Satisfacción por el trabajo (SAT)

Dimensión: <i>Satisfacción por el trabajo</i>							
Variables	<i>Percepción de Satisfacción por el trabajo</i>				X^2	gl	valor <i>p</i>
	Bajo <i>f</i> (%)	Medio <i>f</i> (%)	Alto <i>f</i> (%)	Total <i>f</i> (%)			
<i>edad</i>							
19 a 29 años	66 (55.5)	24 (20.2%)	29 (24.4%)	119 (100)	19.732	4	0.001**
30 a 39 años	43 (36.4)	17 (14.4%)	58 (49.2%)	118 (100)			
40 a 60 años	38 (35.2)	26 (24.1%)	44 (40.7%)	108 (100)			
Total	147 (42.6%)	67 (19.4%)	131 (38.0%)	345 (100)			
<i>antigüedad en años en la institución</i>							
1 a 5 años	76 (53.1)	29 (20.3%)	38 (26.6%)	143 (100)	21.874	10	0.016*
6 a 10 años	15 (38.2)	3 (7.7%)	21 (53.8%)	39 (100)			
11 a 15 años	21 (33.3)	11 (17.5%)	31 (49.2%)	63 (100%)			
16 a 20 años	15 (31.9)	12 (25.5%)	20 (42.9%)	47 (100%)			
21 a 25 años	12 (44.4)	6 (22.2%)	9 (33.3%)	27 (100%)			
26 años o más	8 (30.8)	6 (23.1%)	12 (46.2%)	26 (100%)			
Total	147(42.6)	67 (19.4)	131 (38)	345 (100)			
<i>presencia de hijos</i>							
sí	89 (38.5)	44 (19.0)	98 (42.4)	231 (100)	6.433	2	0.04*
no	58 (50.9)	23 (20.2)	33 (28.9)	114 (100)			
Total	147(42.6)	67 (19.4)	131 (38.0)	345 (100)			
<i>Institución en que labora</i>							
A	23 (27.7)	16 (19.3)	44 (53.0)	83(100)	44.718	12	0.001**
B	5 (55.6)	3 (33.3)	1 (11.1)	9 (100)			
C	64 (62.1)	16 (15.5)	23 (22.3)	103(100)			
D	34 (42.0)	18 (22.2)	29 (35.8)	81 (100)			
E	7 (29.2)	6(25.0)	11 (45.8)	24 (100)			
F	1 (9.1)	0	10 (90.9)	11 (100)			
G	13 (38.2)	8 (23.5)	13 (38.2)	34 (100)			
Total	147 (43)	67 (19.4)	131 (38.0)	345 (100)			

Continuación de Tabla 20. Variables biosociodemográficas y factores del trabajo según Satisfacción por el trabajo (SAT)

<i>nivel de atención de salud</i>	Bajo <i>f (%)</i>	Medio <i>f (%)</i>	Alto <i>f (%)</i>	Total <i>f (%)</i>	X^2	gl	valor <i>p</i>
primero	23 (27.7)	16 (19.3)	44 (53.0)	83 (100)	27.578	4	0.001**
segundo	64 (62.1)	16 (15.5)	23 (22.3)	103 (100)			
tercero	60 (37.7)	35 (22.0)	64 (40.3)	159 (100)			
Total	147 (42)	67 (19.4)	131 (38)	345 (100)			
<i>servicio en que labora</i>	Bajo <i>f (%)</i>	Medio <i>f (%)</i>	Alto <i>f (%)</i>	Total <i>f (%)</i>	X^2	gl	valor <i>p</i>
hospitalización	62 (50.8)	22 (18.0)	38 (31.1)	122 (100)	26.454	6	0.001**
consulta	10 (17.5)	12 (21.1)	35 (61.4)	57 (100)			
UCI-Qx-Urg	44 (47.3)	23 (24.7)	26 (28)	93 (100)			
otros	31 (42.5)	10 (13.7)	32 (43.8)	73 (100)			
Total	147 (42)	67 (19.4)	131 (38)	345 (100)			
<i>sistema de turnos</i>	Bajo <i>f (%)</i>	Medio <i>f (%)</i>	Alto <i>f (%)</i>	Total <i>f (%)</i>	X^2	gl	valor <i>p</i>
matutino	60 (33.1)	36 (20)	85 (47)	181 (100)	21.337	6	0.002**
vespertino	34 (51.5)	17 (26)	15 (23)	66 (100)			
nocturno	28 (49.1)	10 (18)	19 (33)	57 (100)			
jornada acumulada	25 (61.0)	4 (10)	12 (30)	41 (100)			
Total	147 (42)	67 (19)	131 (38)	345 (100)			
<i>forma de contratación</i>	Bajo <i>f (%)</i>	Medio <i>f (%)</i>	Alto <i>f (%)</i>	Total <i>f (%)</i>	X^2	gl	valor <i>p</i>
a plazo fijo	61 (59)	19 (18)	24 (23)	104 (100)	17.795	2	0.001**
indefinido	86 (36)	48 (20)	107 (45)	241 (100)			
Total	147 (42)	67 (19)	131 (38)	345 (100)			
<i>categoría ocupacional</i>	Bajo <i>f (%)</i>	Medio <i>f (%)</i>	Alto <i>f (%)</i>	Total <i>f (%)</i>	X^2	gl	valor <i>p</i>
enf(o) prof.	111 (39)	57 (20)	118 (41)	286 (100)	10.645	2	0.005*
enf(o) no prof.	36 (61)	10 (17)	13 (22)	59 (100)			
Total	147 (42)	67 (19.4)	131 (38)	345 (100)			

n=345

* $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.001$

En la Tabla 20, se puede observar que las variables *edad*, *institución en que labora*, *nivel de atención de salud*, *servicio en que labora*, *sistema de turnos que ejecuta* y *forma de contratación* mostraron relación altamente significativa con la dimensión de *Satisfacción por el trabajo*. Las variables *antigüedad en años en la institución*, *presencia de hijos* y

categoría ocupacional, mostraron relación significativa con la dimensión de *Satisfacción por el trabajo*.



Tabla 21. Variables biosociodemográficas y factores del trabajo según Bienestar logrado a través del trabajo (BLT)

Dimensión: <i>Bienestar logrado a través del trabajo (BLT)</i>							
Variables	Percepción de Bienestar logrado a través del trabajo				X ²	gl	valor p
	Bajo f(%)	Medio f(%)	Alto f(%)	Total f(100%)			
<i>edad</i>							
19 a 29 años	85 (71.4%)	11 (9.2%)	23 (19.3%)	119	21.788	4	0.000**
30 a 39 años	57 (48.3%)	27 (22.9%)	34 (28.8%)	118			
40 a 60 años	52 (48.1%)	15 (13.9%)	41 (38.0%)	108			
Total	194 (56.2%)	53 (15.4%)	98 (28.4%)	345			
<i>antigüedad en años en la institución</i>							
1 a 5 años	97 (67.8%)	15 (10.5%)	31 (21.7%)	143	21.908	10	.016*
6 a 10 años	18 (46.2%)	11 (28.2%)	10 (25.6%)	39			
11 a 15 años	31 (49.2%)	10 (15.9%)	22 (34.9%)	63			
16 a 20 años	23 (48.9%)	11 (23.4%)	13 (27.7%)	47			
21 a 25 años	12 (44.4%)	4 (14.8%)	11 (40.7%)	27			
26 años o más	13 (50.0%)	2 (7.7%)	11 (42.3%)	26			
Total	194 (56.2%)	53 (15.4%)	98 (28.4%)	345			
<i>Institución en que labora</i>							
A	30 (36.1%)	14 (16.9%)	39 (47.0%)	83	33.550	12	0.001**
B	7 (77.8%)	1 (11.1%)	1 (11.1%)	9			
C	68 (66.0%)	16 (15.5%)	19 (18.4%)	103			
D	52 (64.2%)	10 (12.3%)	19 (23.5%)	81			
E	14 (58.3%)	5 (20.8%)	5 (20.8%)	24			
F	3 (27.3%)	1 (9.1%)	7 (63.6%)	11			
G	20 (58.8%)	6 (17.6%)	8 (23.5%)	34			
Total	194 (56.2%)	53 (15.4%)	98 (28.4%)	345			

*p≤0.05 ** p≤0.001

Continuación de Tabla 21. Variables biosociodemográficas y factores del trabajo según Bienestar logrado a través del trabajo

<i>nivel de atención de salud</i>	Bajo <i>f</i> (%)	Medio <i>f</i> (%)	Alto <i>f</i> (%)	Total <i>f</i> (100%)	X^2	gl	valor <i>p</i>
primero	30 (36.1%)	14 (16.9%)	39 (47.0%)	83	22.681	4	0.001**
segundo	68 (66.0%)	16 (15.5%)	19 (18.4%)	103			
tercero	96 (60.4%)	23 (14.5%)	40 (25.2%)	159			
Total	194 (56.2%)	53 (15.4%)	98 (28.4%)	345			
<i>servicio en que labora</i>	Bajo <i>f</i> (%)	Medio <i>f</i> (%)	Alto <i>f</i> (%)	Total <i>f</i> (100%)	X^2	gl	valor <i>p</i>
hospitalización	81 (66.4%)	21 (17.2%)	20 (16.4%)	122	25.885	6	0.001**
consulta	20 (35.1%)	11 (19.3%)	26 (45.6%)	57			
UCI-Qx-Urg	59 (63.4%)	10 (10.8%)	24 (25.8%)	93			
otros	34 (46.6%)	11 (15.1%)	28 (38.4%)	73			
Total	194 (56.2%)	53 (15.4%)	98 (28.4%)	345			
<i>sistema de turnos</i>	Bajo <i>f</i> (%)	Medio <i>f</i> (%)	Alto <i>f</i> (%)	Total <i>f</i> (100%)	X^2	gl	valor <i>p</i>
matutino	84 (46.4%)	35 (19.3%)	62 (34.3%)	181	19.143	6	0.004*
vespertino	46 (69.7%)	10 (15.2%)	10 (15.2%)	66			
nocturno	35 (61.4%)	5 (8.8%)	17 (29.8%)	57			
jornada acumulada	29 (70.7%)	3 (7.3%)	9 (22.0%)	41			
Total	194 (56.2%)	53 (15.4%)	98 (28.4%)	345			
<i>forma de contratación</i>	Bajo <i>f</i> (%)	Medio <i>f</i> (%)	Alto <i>f</i> (%)	Total <i>f</i> (100%)	X^2	gl	valor <i>p</i>
a plazo fijo	72 (69.2%)	14 (13.5%)	18 (17.3%)	104	11.279	2	0.004*
indefinido	122 (50.6%)	39 (16.2%)	80 (33.2%)	241			
Total	194 (56.2%)	53 (15.4%)	98 (28.4%)	345			
<i>licencias médicas en los últimos seis meses</i>	Bajo <i>f</i> (%)	Medio <i>f</i> (%)	Alto <i>f</i> (%)	Total <i>f</i> (100%)	X^2	gl	valor <i>p</i>
sí	71 (63.4%)	20 (17.9%)	21 (18.8%)	112	7.627	2	0.022*
no	123 (52.8%)	33 (14.2%)	77 (33.0%)	233			
Total	194 (56.2%)	53 (15.4%)	98 (28.4%)	345			

n=345

* $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.001$

La Tabla 21, incluye la dimensión de *Bienestar logrado a través trabajo* y muestra que las variables *edad, institución en que labora, nivel de atención de salud, servicio en que labora* se relacionan de forma altamente significativa con la dimensión de *Bienestar logrado a*

través del trabajo. Y las variables antigüedad en años en la institución, sistema de turno que ejecuta, forma de contratación y licencias médicas en los últimos seis meses se relacionan de forma significativa con la dimensión de Bienestar logrado a través del trabajo.



Tabla 22. Variables biosociodemográficas y factores del trabajo según Desarrollo personal del trabajador (DP)

Dimensión: <i>Desarrollo personal del trabajador (DP)</i>							
<i>Percepción de Desarrollo personal del trabajador</i>							
Variables	Bajo	Medio	Alto	Total			
<i>edad</i>	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>	X^2	gl	valor <i>p</i>
19 a 29 años	61 (51.3%)	33 (27.7%)	25 (21.0%)	119 (100%)	10.756	4	0.029*
30 a 39 años	54 (45.8%)	25 (21.2%)	39 (33.1%)	118 (100%)			
40 a 60 años	42 (38.9%)	22 (20.4%)	44 (40.7%)	108 (100%)			
Total	157 (46%)	80 (23.2%)	108 (31.3%)	345 (100%)			
<i>antigüedad en años en la institución</i>	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>	X^2	gl	valor <i>p</i>
1 a 5 años	74 (51.7%)	38 (26.6%)	31 (21.7%)	143 (100%)	19.465	10	0.035*
6 a 10 años	20 (51.3%)	9 (23.1%)	10 (25.6%)	39 (100%)			
11 a 15 años	20 (31.7%)	14 (22.2%)	29 (46.0%)	63 (100%)			
16 a 20 años	21 (44.7%)	10 (21.3%)	16 (34.0%)	47 (100%)			
21 a 25 años	14 (51.9%)	4 (14.8%)	9 (33.3%)	27 (100%)			
26 años o más	8 (30.8%)	5 (19.2%)	13 (50.0%)	26 (100%)			
Total	157 (46%)	80 (23.2%)	108 (31.3%)	345 (100%)			
<i>nivel de atención de salud</i>	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>	X^2	gl	valor <i>p</i>
primero	30 (36.1%)	17 (20.5%)	36 (43.2%)	83 (100%)	10.488	4	0.033*
segundo	56 (54.4%)	20 (19.4%)	27 (26.2%)	103 (100%)			
tercero	71 (44.7%)	43 (27.0%)	45 (28.3%)	159 (100%)			
Total	157 (46%)	80 (23.2%)	108 (31.3%)	345 (100%)			
<i>servicio en que labora</i>	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>	X^2	gl	valor <i>p</i>
hospitalización	61 (50.0%)	30 (24.6%)	31 (25.4%)	122 (100%)	16.989	6	0.009*
consulta	14 (24.6%)	13 (22.8%)	30 (52.6%)	57 (100%)			
UCI-Qx-Urg	47 (50.5%)	20 (21.5%)	26 (28.0%)	93 (100%)			
otros	35 (47.9%)	17 (23.3%)	21 (28.8%)	73 (100%)			
Total	157 (46%)	80 (23.2%)	108 (31.3%)	345 (100%)			
<i>sistema de turnos</i>	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>	X^2	gl	valor <i>p</i>
matutino	66 (36.5%)	47 (26.0%)	68 (37.6%)	181 (100%)	19.701	6	0.003*
vespertino	42 (63.6%)	14 (21.2%)	10 (15.2%)	66 (100%)			
nocturno	25 (43.9%)	13 (22.8%)	19 (33.3%)	57 (100%)			
jornada acumulada	24 (58.5%)	6 (14.6%)	11 (26.8%)	41 (100%)			
Total	157 (46%)	80 (23.2%)	108 (31.3%)	345 (100%)			

* $p \leq 0.05$

Continuación de Tabla 22. Variables biosociodemográficas y factores del trabajo según Desarrollo personal del trabajador (DP)

<i>forma de contratación</i>	Bajo <i>f (%)</i>	Medio <i>f (%)</i>	Alto <i>f (%)</i>	Total <i>f (%)</i>	X^2	gl	valor <i>p</i>
a plazo fijo	58 (55.8%)	24 (23.1%)	22 (21.2%)	104 (100%)	8.346	12	0.015*
indefinido	99 (41.1%)	56 (23.2%)	86 (35.7%)	241 (100%)			
Total	157 (45.5%)	80 (23.2%)	108 (31.3 %)	345 (100%)			
<i>licencias médicas en los últimos seis meses</i>	Bajo <i>f (%)</i>	Medio <i>f (%)</i>	Alto <i>f (%)</i>	Total <i>f (%)</i>	X^2	gl	valor <i>p</i>
sí	59 (52.7%)	29 (25.9%)	24 (21.4%)	112 (100%)	7.564	2	0.023*
no	98 (42.1%)	51 (21.9%)	84 (36.1%)	233 (100%)			
Total	157 (45.5%)	80 (23.2%)	108 (31.3 %)	345 (100%)			

$n=345$

* $p \leq 0.05$

Los datos presentados en la Tabla 22, se refieren a que las variables *edad, antigüedad en años en la institución, nivel de atención de salud, servicio en que labora, sistema de turnos que ejecuta, forma de contratación y licencias médicas en los últimos seis meses*, se relacionan a la dimensión de *Desarrollo personal del trabajador*.

Tabla 23. Variables biosociodemográficas y factores del trabajo según Administración del tiempo libre (ATL)

Dimensión Administración del tiempo libre (ATL)									
Variables		Percepción de Administración del tiempo libre							
<i>condición pareja</i>	<i>de</i>	Bajo <i>f (%)</i>	Medio <i>f (%)</i>	Alto <i>f (%)</i>	Total <i>f (%)</i>	X^2	gl	valor <i>p</i>	
con pareja		87 (39.2%)	44 (19.8%)	91 (41.0%)	222 (100%)				
sin pareja		35 (28.5%)	38 (30.9%)	50 (40.7%)	123 (100%)	6.665	2	0.036*	
Total		122 (35.4%)	82 (23.8%)	141 (40.9%)	345 (100%)				
<i>presencia hijos</i>	<i>de</i>	Bajo <i>f (%)</i>	Medio <i>f (%)</i>	Alto <i>f (%)</i>	Total <i>f (%)</i>	X^2	gl	valor <i>p</i>	
sí		75 (32.5%)	45 (19.5%)	111 (48.1%)	231(100%)				
no		47 (41.2%)	37 (32.5%)	30 (26.3%)	114 (100%)	15.888	2	0.001**	
Total		122 (35.4%)	82 (23.8%)	141 (40.9%)	345 (100%)				
<i>Institución que labora</i>	<i>en</i>	Bajo <i>f (%)</i>	Medio <i>f (%)</i>	Alto <i>f (%)</i>	Total <i>f (%)</i>	X^2	gl	valor <i>p</i>	
A		19 (22.9%)	14 (16.9%)	50 (60.2%)	83(100%)				
B		4 (44.4%)	2 (22.2%)	3 (33.3%)	9 (100%)				
C		44 (42.7%)	23 (22.3%)	36 (35.0%)	103(100%)				
D		29 (35.8%)	24 (29.6%)	28 (34.6%)	81 (100%)	22.608	12	0.031*	
E		12 (50.0%)	6 (25.0%)	6 (25.0%)	24 (100%)				
F		2 (18.2%)	4 (36.4%)	5 (45.5%)	11 (100%)				
G		12 (35.3%)	9 (26.5%)	13 (38.2%)	34 (100%)				
Total		122 (35.4%)	82 (23.8%)	141 (40.9%)	345 (100%)				
<i>nivel de atención de salud</i>		Bajo <i>f (%)</i>	Medio <i>f (%)</i>	Alto <i>f (%)</i>	Total <i>f (%)</i>	X^2	gl	valor <i>p</i>	
primero		19 (22.9%)	14 (16.9%)	50 (60.2%)	83 (100%)				
segundo		44 (42.7%)	23 (22.3%)	36 (35.0%)	103 (100%)	18.528	4	0.001**	
tercero		59 (37.1%)	45 (28.3%)	55 (34.6%)	159 (100%)				
Total		122 (35.4%)	82 (23.8%)	141 (40.9%)	345 (100%)				

* $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.001$

Continuación de Tabla 23. Variables biosociodemográficas y factores del trabajo según Administración del tiempo libre (ATL)

<i>servicio en que labora</i>	Bajo <i>f (%)</i>	Medio <i>f (%)</i>	Alto <i>f (%)</i>	Total <i>f (%)</i>	X^2	gl	valor <i>p</i>
hospitalización	54 (44.3%)	31 (25.4%)	37 (30.3%)	122 (100%)			
consulta	16 (28.1%)	11 (19.3%)	30 (52.6%)	57 (100%)			
UCI-Qx-Urg	33 (35.5%)	25 (26.9%)	35 (37.6%)	93 (100%)	15.005	6	0.020*
otros	19 (26.0%)	15 (20.5%)	39 (53.4%)	73 (100%)			
Total	122 (35.4%)	82 (23.8%)	141 (40.9%)	345 (100%)			
<i>sistema de turnos que ejecuta</i>	Bajo <i>f (%)</i>	Medio <i>f (%)</i>	Alto <i>f (%)</i>	Total <i>f (%)</i>	X^2	gl	valor <i>p</i>
matutino	48 (26.5%)	46 (25.4%)	87 (48.1%)	181 (100%)			
vespertino	36 (54.5%)	14 (21.2%)	16 (24.2%)	66 (100%)			
nocturno	18 (31.6%)	11 (19.3%)	28 (49.1%)	57 (100%)	24.650	6	0.001**
jornada acumulada	20 (48.8%)	11 (26.8%)	10 (24.4%)	41 (100%)			
Total	122 (35.4%)	82 (23.8%)	141 (40.9%)	345 (100%)			
<i>forma de contratación</i>	Bajo <i>f (%)</i>	Medio <i>f (%)</i>	Alto <i>f (%)</i>	Total <i>f (%)</i>	X^2	gl	valor <i>p</i>
a plazo fijo	48 (46.2%)	19 (18.3%)	37 (35.6%)	104 (100%)	7.817	2	0.020*
indefinido	74 (30.7%)	63 (26.1%)	104 (43.2%)	241 (100%)			
<i>categoría profesional</i>	Bajo <i>f (%)</i>	Medio <i>f (%)</i>	Alto <i>f (%)</i>	Total <i>f (%)</i>	X^2	gl	valor <i>p</i>
enf(o) prof.	79 (65%)	61 (75%)	113 (80)	253 (100)	7.981	2	0.018*
enf(o) no prof.	43 (35%)	21 (25%)	28 (20%)	92 (100)			
Total	122 (35%)	82 (24%)	141 (41%)	345 (10)			

n=345

* $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.001$

La dimensión de *Administración del tiempo libre* tiene relación altamente significativa con las variables *presencia de hijos, nivel de atención de salud y sistema de turnos que ejecuta* y presenta relación significativa con las variables *condición de pareja, institución en que labora, servicio en que labora, forma de contratación y categoría profesional*.

Análisis inferencial

Para responder la **hipótesis de trabajo**: “Existen diferencias entre la *CVT global* del personal de enfermería según *género*”, se utilizó el estadígrafo U de Mann Whitney, lo que se muestra en la Tabla 24.

Hipótesis operacionales:

H_0 : No existen diferencias entre la *CVT global del personal de enfermería* según *género*

H_1 : Existen diferencias entre la *CVT global del personal de enfermería* según *género*.

Tabla 24. U de Mann-Whitney de CVT global del personal de enfermería según género.

<i>Variable</i>	<i>género</i>	<i>n</i>	<i>media</i>	<i>mediana</i>	<i>U de Mann-Whitney</i>	<i>valor p</i>
<i>CVT global del personal de enfermería</i>	<i>femenino</i>	274	209.45	214	8.241	0.047*
	<i>masculino</i>	71	199.04	203		
	Total	345	207.31	210		

* $p \leq 0.05$

Se rechaza H_0 con p valor = 0.047 y se concluye que el género femenino tiene una *CVT global* mayor que el género masculino.

Respecto a la **Hipótesis de trabajo**: “Existen diferencias entre la *CVT global* del personal de enfermería según el *nivel de atención de salud* en que labora”. Se presentan las siguientes hipótesis operacionales y se analiza con la prueba ANOVA, lo que se muestra en la Tabla 25.

Hipótesis operacionales:

H₀: No existen diferencias entre los promedios de *CVT global del personal de enfermería* según *nivel de atención de salud*.

H₁: Existen diferencias entre los promedios de *CVT global del personal de enfermería* según *nivel de atención de salud*.

Tabla 25. ANOVA de CVT global del personal de enfermería según nivel de atención de salud.

Variable	nivel de atención	n	media	D.E.	mediana	F	valor p
<i>CVT global del personal de enfermería</i>	I	83	218.07	42.73	222.00	6.854	0.001**
	II	103	196.06	42.27	199.00		
	III	159	208.99	39.33	212.00		
	Total	345	207.32	41.74	210.00		

** p ≤ 0.001

Se rechaza H₀ con p valor = 0.001, ya que hay evidencia de que existen diferencias entre los promedios de *CVT global del personal de enfermería* según *nivel de atención de salud*, se concluye que el primer y tercer nivel tienen en promedio igual *CVT global* del personal de enfermería y el segundo es significativamente menor.

Respecto a la **Hipótesis de trabajo**: “Existen diferencias de nivel de *CVT global según categoría de enfermeras* en los distintos niveles de atención de la Secretaría de Salud Pública de Hermosillo, Sonora, México”, se presentan las siguientes hipótesis operacionales y se analiza con la prueba ANOVA, lo que se muestra en la Tabla 26.

Hipótesis operacionales:

H_0 = No existen diferencias estadísticamente significativas entre la *CVT global del personal de enfermería según categoría de enfermeras*.

H_1 = Existen diferencias estadísticamente significativas entre la *CVT global del personal de enfermería según categoría de enfermeras*.

Tabla 26. ANOVA de CVT global del personal de enfermería según categoría de enfermeras

variable	categoría de enfermeras	n	media	D.E.	mediana	F	valor p
<i>CVT global del personal de enfermería</i>	enfermera (o) profesional	253	209.17	42.62	214	1.876	.172
	enfermera(o) no profesional	92	202.21	38.99	204		
	Total	345	207.31	41.74	210		

$p \leq 0.05$

No se rechaza H_0 con p valor = .172, por lo que se concluye que no existen diferencias estadísticamente significativas entre la *CVT global del personal de enfermería según la categoría de enfermeras*.

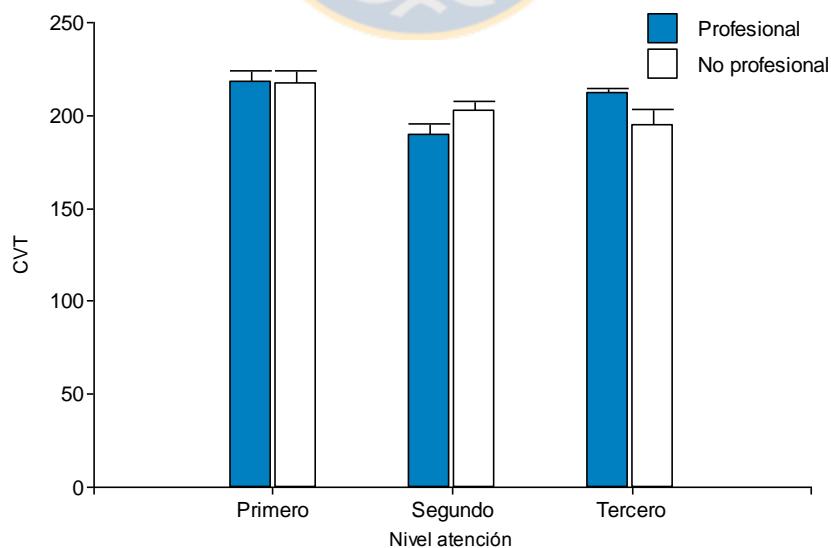
Para responder al objetivo de comparar la *CVT global* del personal de enfermería según *nivel de atención de salud* y *categoría de enfermeras* se utilizó Kruskal Wallis y los resultados se muestran en la Tabla 27 y Gráfica 1.

Tabla 27. Kruskal Wallis de CVT global del personal de enfermería según nivel de atención y categoría de enfermeras

variable	nivel de atención	categoría de enfermeras	n	medias	D.E.	mediana	Chi – cuadrada	gl	valor p
<i>CVT global del personal de Enfermería</i>	I	Enf. profesional	70	218.26	45.44	224	16.387	5	0.006*
		Enf. no profesional	13	217.08	24.55	218			
	II	Enf. profesional	48	189.15	44.82	197			
		Enf. no profesional	55	202.09	39.34	203			
	III	Enf. profesional	135	211.58	38.17	216			
		Enf. no profesional	24	194.46	43.36	200			

* $p \leq 0.01$

Grafica 1. CVT global del personal de enfermería según nivel de atención y categoría de enfermeras.



Según los resultados presentados en la Tabla 27, existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0.006$), entre la *CVT global* del personal de enfermería que labora en primer y segundo nivel en cuanto a las enfermeras profesionales y se concluye que las enfermeras profesionales del segundo nivel tienen una *CVT* significativamente menor que las enfermeras profesionales del primer y tercer nivel.



Respecto a la **Hipótesis de trabajo**: “Existen diferencias entre la *CVT global* del personal de enfermería según el *sistema de turnos que ejecuta*”, se presentan las siguientes hipótesis operacionales y se analiza con la prueba Kruskal Wallis, lo que se muestra en la Tabla 28 y Gráfica 2.

Hipótesis operacionales:

H_0 = La *CVT global del personal de enfermería* es la misma entre las categorías de *sistema de turno que ejecuta*

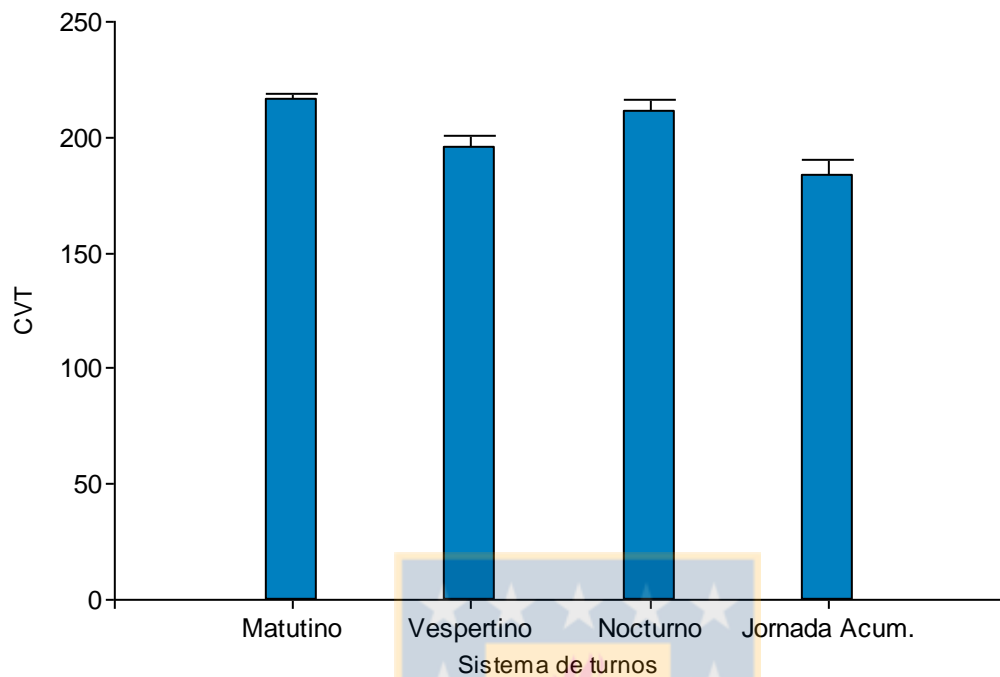
H_1 = La *CVT global del personal de enfermería* no es la misma entre las categorías de *sistema de turno que ejecuta*

Tabla 28. Kruskal Wallis de *CVT global del personal de enfermería* según el sistema de turno que ejecuta.

Variable	<i>sistema de turnos que ejecuta</i>	<i>media</i>	<i>n</i>	<i>D.E.</i>	<i>mediana</i>	X^2	<i>gl</i>	<i>valor p</i>
<i>CVT global del personal de enfermería</i>	matutino	215.91	181	39.67	223.00	26.139	2	0.001**
	vespertino	195.76	66	36.78	195.00			
	nocturno	210.74	57	42.07	212.00			
	jornada acumulada	183.24	41	45.46	172.00			
	Total	207.32	345	41.75	210.00			

** $p \leq 0.001$

Gráfica 2. CVT global del personal de enfermería según el sistema de turno que ejecuta



Por lo anterior se rechaza H_0 con valor $p=.000$, ya que hay evidencia de que la *CVT global del personal de enfermería* es diferente según el *sistema de turno que ejecuta*, se concluye que el turno matutino y nocturno presentan una *CVT global* significativamente mayor que el vespertino y la jornada acumulada.

Respecto a la **Hipótesis de trabajo**: “Existen diferencias entre la *Percepción de CVT global* del personal de enfermería según el *servicio en que labora*”, se presentan las siguientes hipótesis operacionales y se analiza con la prueba ANOVA, lo que se muestra en la Tabla 29 y la Gráfica 3.

Hipótesis operacionales:

H₀=El promedio de *CVT global* del personal de enfermería es el mismo entre las categorías de la variable *servicio en que labora*.

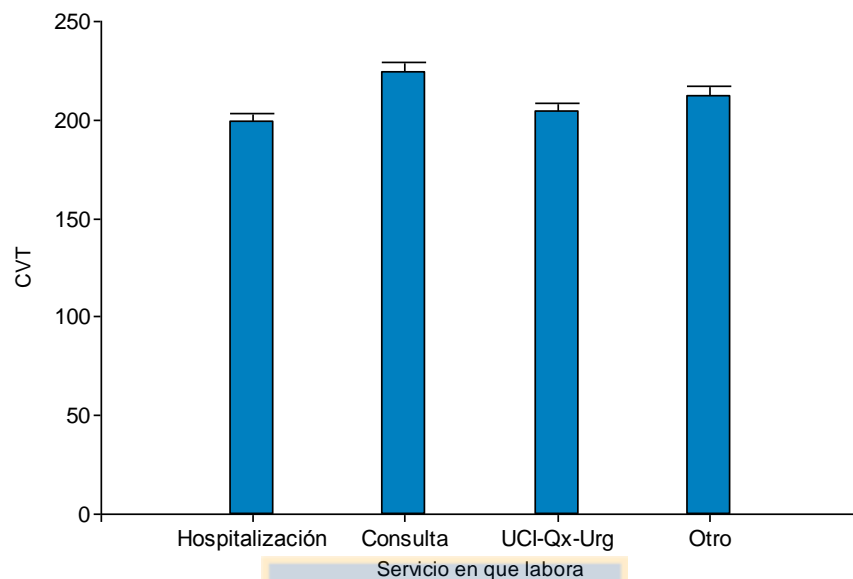
H₁= El promedio de *CVT global* del personal de enfermería no es el mismo entre las categorías de la variable *servicio en que labora*.

Tabla 29. ANOVA de CVT global del personal de enfermería según servicio en que labora

Variable	servicio en que labora	n	media	DE.	mediana	F	valor p
CVT global del personal de enfermería	hospitalización	122	199.24	42.10	203.50	5.268	0.001**
	Consulta	57	224.26	38.76	229.00		
	UCI-Qx-Urg	93	204.19	38.05	208.00		
	Otro	73	211.56	44.29	218.00		
	Total	345	207.32	41.75	210.00		

** p≤0.001

Gráfica 3. CVT global del personal de enfermería según servicio en que labora.



Se rechaza H_0 con $p=0.001$, ya que hay evidencia de que el promedio de *CVT global del personal de enfermería* no es el mismo entre los diferentes *servicios en que labora*, se concluye que el personal que tiene mejor *CVT global* labora en consulta externa y el peor en las áreas de hospitalización.

Respecto a la **Hipótesis de trabajo**: “Existen diferencias entre la *CVT global* del personal de enfermería según *edad*”, se presentan las siguientes hipótesis operacionales y se analiza con la prueba Kruskal Wallis, lo que se muestra en la Tabla 30.

Hipótesis operacionales:

H_0 = No existen diferencias estadísticamente significativas entre la *CVT global del personal de enfermería* según *edad*

H_1 = Existen diferencias estadísticamente significativas entre la *CVT global del personal de enfermería* según *edad*

Tabla 30. Kruskal Wallis de CVT global del personal de enfermería según categorías de edad

variable	edad por categorías	N	media	D.E.	mediana	Chi cuadrado	gl	valor p
<i>CVT global del personal de enfermería</i>	19 a 29 años	119	203.20	35.64	206	3.249	2	.197
	30 a 39 años	118	208.07	44.02	213			
	40 a 60 años	108	211.01	45.26	220			
	Total	345	207.31	41.74	210			

$p \leq 0.05$

No se rechaza H_0 con p valor = .197, por lo que se concluye que no existen diferencias estadísticamente significativas entre la *CVT del personal de enfermería* según la *edad*.

Respecto a la **Hipótesis de trabajo**: “El personal de enfermería que tiene tipo de contrato indefinido tiene mayor *CVT global* que el personal de enfermería que tiene contrato a plazo fijo”, se presentan las siguientes hipótesis operacionales y se analiza con la prueba U de Mann Whitney, lo que se muestra en la Tabla 31.

Hipótesis operacionales:

H₀: No existen diferencias estadísticamente significativas entre la *CVT global* del personal de enfermería según *forma de contratación*.

H₁: Existen diferencias estadísticamente significativas entre la *CVT global* del personal de enfermería según *forma de contratación*

Tabla 31. U de Mann Whitney de *CVT global* del personal de enfermería según forma de contratación

<i>variable</i>	<i>forma de contratación</i>	<i>n</i>	<i>media</i>	<i>DE.</i>	<i>mediana</i>	<i>U Mann Whitney</i>	<i>valor p</i>
<i>CVT global del personal de enfermería</i>	a plazo fijo	104	198.84	39.44	200.50	10.223	.007*
	indefinido	241	210.97	42.26	219.00		
	Total	345	207.31	41.74	210.00		

* $p \leq 0.05$

Se rechaza H₀ con valor $p=0.007$ y se concluye que la *CVT global* del personal de enfermería según *forma de contratación* es mayor en las personas que tienen forma de contratación indefinida al compararlas con las que tienen forma de contratación a plazo fijo.

Respecto a la **Hipótesis de trabajo**: “La condición de pareja se relaciona de forma estadísticamente significativa con la *CVT global*”. Se presentan las siguientes hipótesis operacionales y se analiza con la prueba U de Mann Whitney, lo que se muestra en la Tabla 32.

Hipótesis operacionales:

H_0 = No existen diferencias estadísticamente significativas entre la *CVT global del personal de enfermería* según la *condición de pareja*

H_1 = Existen diferencias estadísticamente significativas entre la *CVT global del personal de enfermería* según la *condición de pareja*

Tabla 32. U de Mann Whitney de CVT global del personal de enfermería según condición de pareja

variable	condición de pareja	n	media	D.E.	mediana	U de Mann Whitney	valor p
<i>CVT global del personal de enfermería</i>	con pareja	222	207.33	41.75	213.00	13.456	.825
	sin pareja	123	207.27	41.90	207.00		
	Total	345	207.31	41.74	210.00		

$p \leq 0.05$

No se rechaza H_0 con p valor = .825, ya que no existen diferencias estadísticamente significativas entre la *CVT global del personal de enfermería* según la *condición de pareja*.

Respecto a la **Hipótesis de trabajo**: “Las *funciones que desempeña* el personal de enfermería se relacionan de forma estadísticamente significativa con la *CVT global*” se presentan las siguientes hipótesis operacionales y se analiza con la prueba Kruskal Wallis, lo que se muestra en la Tabla 33.

Hipótesis operacionales:

H_0 = No existen diferencias estadísticamente significativas entre la *CVT global del personal de enfermería* según las *funciones que desempeña*

H_1 = Existen diferencias estadísticamente significativas entre la *CVT global del personal de enfermería* según las *funciones que desempeña*

Tabla 33. U de Mann Whitney de CVT global del personal de enfermería según funciones que desempeña

variable	funciones que desempeña	media	n	D.E.	mediana	U de Mann Whitney	valor p
Percepción de CVT global del personal de enfermería	atención directa a pacientes	206.32	300	42.30	208.50	6.070	.276
	actividades administrativas	213.95	45	37.61	218.50		
	Total	207.31	345	41.74	210.00		

p≤0.05

Por lo anterior no se rechaza H_0 con valor $p=0.276$ y se concluye que la *CVT global del personal de enfermería* no tiene diferencias estadísticamente significativas según las *funciones que desempeña*.

Respecto a la **Hipótesis de trabajo**: “El personal de enfermería que realiza otra actividad remunerada tiene una menor *CVT global* que el que no realiza otra actividad remunerada.”

Se presentan las siguientes hipótesis operacionales y se analiza con la prueba U de Mann Whitney, lo que se muestra en la Tabla 34.

Hipótesis operacionales:

H₀: La *CVT global* del personal de enfermería no tiene diferencias estadísticamente significativas según la variable *realiza otra actividad remunerada*.

H₁: Existen diferencias estadísticamente significativas entre la *CVT global* del personal de enfermería según la variable *realiza otra actividad remunerada*.

Tabla 34. U de Mann Whitney de *CVT global* del personal de enfermería según la variable *realiza otra actividad remunerada*

<i>variable</i>	<i>realiza algún otro tipo de actividad remunerada</i>	<i>n</i>	<i>media</i>	<i>DE.</i>	<i>mediana</i>	<i>U de Mann Whitney</i>	<i>valor p</i>
<i>Percepción de CVT global del personal de enfermería</i>	sí	46	195.67	40.83	197.50	5.600	.046*
	no	299	209.10	41.66	213.00		
	Total	345	207.31	41.74	210.00		

* $p \leq 0.05$

Se rechaza H₀ con valor $p=0.046$ y se concluye que la *CVT global* del personal de enfermería es mayor en el personal de enfermería que no *realiza algún otro tipo de actividad remunerada* al compararlo con el personal de enfermería que si realiza algún otro tipo de actividad remunerada.

Respecto a la **Hipótesis de trabajo**: “Existen diferencias de nivel de *CVT global* según *institución en que labora* el personal de enfermería de la Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora”, se presentan las siguientes hipótesis operacionales y se analiza con la prueba Kruskal Wallis, lo que se muestra en la Tabla 35.

Hipótesis operacionales:

H_0 = La *CVT global del personal de enfermería* es la misma entre las categorías de *institución en que labora*.

H_1 = La *CVT global del personal de enfermería* no es la misma entre las categorías de *institución en que labora*

Tabla 35. Kruskal Wallis de *CVT global del personal de enfermería* según la institución en que labora

Variable	Institución en que labora	n	media	D.E.	mediana	X^2	gl	valor p
<i>CVT global del personal de enfermería</i>	A	83	218.07	42.73	222.00	21.905	6	.001**
	B	9	192.33	12.47	192.00			
	C	103	196.05	42.27	199.00			
	D	81	210.41	41.08	214.00			
	E	24	207.95	44.20	214.00			
	F	11	237.09	17.42	237.00			
	G	34	201.64	37.73	200.50			

** $p \leq 0.001$

Por lo anterior se rechaza H_0 con valor $p = .001$, ya que hay evidencia de que la *CVT global del personal de enfermería* es diferente según institución en que labora. Alta *CVT global* se identificó en los que laboran en la institución F y baja *CVT global* en los que laboran la institución B.

IV. DISCUSIÓN

Este apartado incluye la discusión de los resultados obtenidos en la presente investigación, primeramente se presenta el análisis realizado a las características biosociodemográficas y factores del trabajo considerados, posterior a ello se discuten los resultados de cada una de las dimensiones que conforman la CVT del total de los participantes y comparado por *nivel de atención*, enseguida se realiza un análisis sobre las variables que fueron estadísticamente significativas según las dimensiones de CVT del personal de enfermería y de la *CVT global* y se cierra esta sección con una propuesta de modelo de CVT en el trabajo del personal de enfermería.

- En cuanto a *género*, predomina el femenino, coincidente con autores que afirman el hecho de que enfermería es una profesión eminentemente femenina, ya que más de la mitad de los que trabajan en los servicios de salud son mujeres (77) y en número enfermería constituye el grupo más grande de los que laboran en los servicios de salud (78, 79), situación que se relaciona con las características de la tarea efectuada: el cuidado de las personas, acción desarrollada a través de la historia en la esfera privada o espacio femenino, contrario a los espacios públicos donde las acciones son efectuadas mayoritariamente por los hombres, incluso en la actualidad (78).

En cuanto a la variable *edad*, la media corresponde a 35.59 años (DE=10.47), similar a lo reportado por autores argentinos (62) en este tipo de trabajos. Para el análisis estadístico se categorizó la variable *edad* por rangos, donde se observó mayor porcentaje en el grupo de personas de 19 a 29 años, seguido por personas de 30 a 39 años y en un porcentaje un poco menor personas de 40 a 60 años, coincidente con lo reportado por autores españoles en un estudio realizado en personal de enfermería, quienes encontraron que el mayor porcentaje de la muestra se hallaba en el rango de edad de 25 a 30 años (34).

Lo anterior evidencia que más de la mitad de los miembros del personal de enfermería participantes en esta investigación, son adultos jóvenes, lo que implica que se encuentran en una etapa de vida donde se observa plenitud biológica, capacidad de pensamiento abstracto, aprendizaje de alto nivel, la frecuencia de enfermedad es baja siempre que la persona tenga un estilo de vida saludable, sin embargo, si en esta etapa coexisten factores como estrés, obesidad y tabaquismo, entre otros, aumenta el riesgo de depresión, uso de drogas lícitas o ilícitas, afecciones cardíacas y cáncer respectivamente (80).

Aunado a lo anterior, la responsabilidad del cuidado de los hijos, los riesgos del trabajo de enfermería, la presencia de estilos de vida poco saludables, exposición a situaciones de violencia laboral (30 - 33), entre otros factores podrían influir en lo observado en relación a la variable *licencias médicas en los últimos seis meses*, cuyos resultados revelaron que la tercera parte del personal de enfermería aceptan haber presentado licencias médicas en los últimos seis meses. En la revisión de la literatura de estudios relacionados con la calidad de vida en el trabajo de enfermeras y otros miembros del equipo sanitario, no se encontró algún estudio que incluyera esta variable, sin embargo, esta investigación la considera importante, ya que, la existencia de licencias médicas podría estar asociado a incomodidad o lesiones durante el trabajo, por lo que tiene implicancias en la calidad de vida en el trabajo.

En cuanto a la variable *presencia de hijos*, la mayoría del personal de enfermería tiene hijos, coincidente con autoras chilenas y algunas árabes que mencionan que más de la mitad de los participantes en un estudio de factores asociados a la calidad de vida de enfermeras tienen hijos a su cuidado (35, 38).

La variable *condición de pareja* mostró que la mayoría del personal de enfermería tiene pareja, lo anterior coincide con diferentes investigaciones relacionadas, donde se menciona

que la mayoría de las enfermeras y enfermeros son casados o conviven en pareja (42, 43, 62). Situación que en un sentido positivo podría sugerir que cuentan con el apoyo de un compañero o compañera, que contribuye al cuidado de los hijos, las actividades cotidianas y la manutención familiar, sin embargo, también podría implicar en un sentido negativo mayores presiones por cumplimiento de roles atribuidos a las mujeres, que en su mayoría forman parte del personal de enfermería, lo que implica en estos casos, una doble o triple jornada laboral (81).

La variable *lugar de procedencia*, mostró que la mayoría de los participantes son de la localidad, lo que coincide con un estudio realizado en España, donde se encontró que solo un porcentaje pequeño del personal de enfermería pertenecían a una comuna diferente (82). Lo anterior podría sugerir que el personal de enfermería tienen mayor contacto con sus familias de origen por vivir en la localidad, lo que proporciona una red de apoyo amplia, sin embargo, en caso de existir adultos dependientes o enfermos, implica la responsabilidad de su cuidado por el hecho de ser en su mayoría mujeres, enfermeras y en el caso de este estudio, vivir en contexto mexicano, caracterizado por expresiones de tipo machista, donde el rol de cuidador es tradicionalmente atribuido a las mujeres (83).

En cuanto a la variable *pertenencia a un grupo étnico*, un porcentaje pequeño de los participantes pertenece a un grupo étnico, sin embargo, en la literatura no se encontró ningún estudio relacionado que incluyera esta variable, esta investigación la considero importante, ya que, podrían observarse diferencias entre la percepción de calidad de vida en el trabajo, relacionadas con factores de discriminación atribuidos a pertenecer a una etnia (84), razón por la cual fue incluida para su análisis.

En cuanto a las *funciones que desempeña*, la mayoría brinda atención directa a usuarios, similar a lo encontrado por autores colombianos (85), asimismo, se observó en cuanto a

servicio en que labora que la mayoría de los participantes labora en áreas de hospitalización (medicina y cirugía), lo que muestra que la actividad predominante dentro del sistema de salud y por ende del personal de enfermería sigue siendo la esfera curativa, lo que se contrapone con las nuevas tendencias donde se enfatiza la importancia de trabajar dentro del ámbito preventivo, en actividades de promoción a la salud, lo que implicaría dotar de mayor número de personal de enfermería a los centros de salud comunitarios y que estos se ocupen de realizar visitas domiciliarias, campañas sanitarias en las comunidades, entre otras actividades de promoción a la salud y prevención de enfermedades (86, 87).

En cuanto a la variable *antigüedad en años en la institución*, más de la mitad de los miembros de la muestra tienen 6 o más años de antigüedad en la institución y en promedio la antigüedad es de 10.95 años (DE=8.97 años), lo que deja ver a personal de enfermería con amplia experiencia en su labor, asimismo refleja que la institución es capaz de retener a las enfermeras profesionales y no profesionales que ahí laboran, por los beneficios relacionados a ejercer su labor dentro de la Secretaría de Salud del Estado de Sonora.

Estos beneficios mencionados, tienen que ver con la variable *forma de contratación*, donde los resultados mostraron que 70% del personal de enfermería que conformaron la muestra tienen contrato indefinido, que implica una serie de prestaciones laborales importantes como derecho a afiliarse a un sindicato, pago de compensación económica por la exposición a riesgos laborales, derecho a dos períodos vacacionales al año que suman 20 días hábiles pagados, un período de descanso pagado de 12 días hábiles por el nivel de riesgo al que se exponen, derecho a pedir permisos con goce de sueldo para ausentarse 10 días en un año, acceso a servicio médico y compensación económica por ocupar puestos de mayor responsabilidad, entre otras.

Mientras que el 30% restante tiene *forma de contratación* a plazo fijo, también conocida como pertenecer a la bolsa de trabajo, ser suplente o eventual, situación similar a la observada en Chile y España donde existe una gran cantidad de profesionales de enfermería que tienen contrato a plazo fijo durante muchos años y según lo reportado por autores españoles, quienes mencionan que 29% de los miembros del equipo de enfermería tienen contrato eventual (40), lo que genera inestabilidad económica, inseguridad laboral, incapacidad para proyectarse a futuro y aumenta la vulnerabilidad (88) en ese grupo de personas.

En el noroeste de México, tener *forma de contratación* a plazo fijo dentro de la Secretaría de Salud Pública, implica ingresar a la institución y permanecer en ella alrededor de 3 a 5 años, con condiciones laborales precarias, sin derecho a servicio médico, sin acceso a sindicato, sin vacaciones pagadas y en cuanto a sueldo percibir aproximadamente una tercera parte del que se asigna a los de contrato indefinido, además de no generar antigüedad en la institución, no tener derecho a incapacidad pagada en caso de enfermedad, sin oportunidad de acceder a educación continua por parte de la institución y/o concursar para ascensos, entre otras.

Por lo que las condiciones laborales de las personas que tienen contrato a plazo fijo son sumamente diferentes y en desventaja comparada a las que tienen contrato indefinido, sin embargo, las responsabilidades son las mismas.

En cuanto al *sistema de turnos que ejecutan*, se observó que la mayoría de los participantes labora en el turno matutino, lo anterior difiere con investigaciones relacionadas de autores chilenos, donde casi el total de los participantes desempeñan su labor en sistema de turno rotativo y permanente (74) y con una investigación de calidad de vida profesional de

enfermeras, realizada al sur de México donde la mayoría de los participantes laboran dentro del turno vespertino (65).

Lo anterior se puede atribuir a que la muestra seleccionada para esta investigación es muy diversa ya que incluye siete instituciones de salud distintas y a que una parte importante de los participantes tiene fijo el turno, lo que impide la rotación y resulta beneficioso para las que laboran en turnos matutinos ya que existen estudios que afirman que las enfermeras que laboran en turnos diurnos tienen mejor percepción en general de su trabajo, mientras que por el contrario podría ser negativo para las que laboran permanentemente en turnos nocturnos, ya que existe evidencia que las personas que trabajan en turnos nocturnos se perciben con mayor estrés y piensan que su trabajo es agotador tanto física y mentalmente (89).

Sin embargo, visto desde otra perspectiva contar con un turno de trabajo fijo, sea diurno o nocturno, permite adaptarse a una rutina preestablecida que proporciona posibilidades de administración del tiempo de trabajo-ocio-descanso o bien realizar otras actividades remuneradas o no, como el caso de continuar con estudios de especialización, entre otros.

La mayoría de los miembros del equipo de enfermería no *realiza algún otro tipo de actividad remunerada*, situación que difiere con lo identificado por autores brasileños quienes encontraron que más de la mitad del personal de enfermería tienen dos trabajos formales (90), similar a lo expresado por autoras chilenas quienes mencionan que las enfermeras en muchas oportunidades desarrollan doble jornada laboral en distintas instituciones de salud (91).

En la presente investigación un 13% de los miembros del equipo de enfermería sí *realiza algún otro tipo de actividad remunerada*, lo que es preocupante ya que el hecho de tener dos trabajos formales requiere de sacrificios físicos y psicológicos, que implican una mayor

remuneración económica, pero también una disminución del tiempo libre para realizar actividades de ocio y recreación, lo que determina cansancio que repercute en la salud del trabajador y puede estar relacionado con errores en el desempeño del trabajo.

Lo anterior, determina un contexto peligroso en el caso de los miembros del equipo de enfermería, tanto para ellos mismos como para los usuarios que tienen a su cargo; además existe evidencia de mayores casos de depresión y estrés en personal de enfermería que labora doble jornada (82), lo que constituye un foco de alarma, que hay que atender, si se piensa en que la doble o triple jornada incide directamente en la salud de la mujer trabajadora (92).

Los resultados de la variable *horas trabajadas en la última semana* revelaron una media de 31 horas, (DE= 5hrs.) para la jornada acumulada (laboran fines de semana y días festivos, por 12 horas consecutivas) y una media de 40 horas, (DE=4.74 hrs.), para las jornadas completas, mientras que las horas de trabajo a la semana recomendadas para un trabajo estresante como el de enfermería no deberían de ser más de 36 horas semanales, tal como era en Chile hace cuarenta años atrás y que fue eliminado, aumentando a 44 horas semanalmente en la actualidad. (93).

-Al analizar el resultado referente a la CVT global del personal de enfermería obtenido en esta investigación, se encuentra que el personal de enfermería tiene en promedio mediana satisfacción con la CVT, lo que es similar a lo reportado por autores de otros países con contextos similares al mexicano, en este sentido se puede argumentar que dicho resultado es consistente con la realidad de la situación laboral de las enfermeras que ejercen en países en vías de desarrollo y cuyos índices de alta o baja percepción de CVT indican situaciones particulares, en el caso de que el nivel de percepción de CVT sea mediano con tendencia a

bajo o bajo, es necesario según expertos en el tema realizar intervenciones enfocadas a incrementarlo (94 – 96, 58, 61), lo cual aplica en la presente situación.

-Los resultados en cuanto a la dimensión de *Soporte institucional para el trabajo* revelaron, en promedio un nivel medio de soporte institucional, sin embargo, al categorizar la dimensión en bajo, medio y alto, la mitad de los participantes perciben un alto soporte institucional, lo que indica que los miembros del equipo de enfermería consideran que cuentan con buen apoyo de los superiores por el trabajo realizado, retroalimentación positiva de sus compañeros y a la vez, promueven los valores de respeto, autonomía e independencia y sienten que su actividad laboral les permite alcanzar promociones dentro de la institución de salud (57), sin embargo, la otra mitad lo percibe como medio y bajo. Este resultado no fue estadísticamente significativo por nivel de atención.

Investigadores españoles, que evaluaron la calidad de vida en el trabajo en profesionales de la salud, encontraron que la mayoría de los participantes perciben un bajo soporte institucional o dicho de otra forma se encuentran insatisfechos con esta dimensión de la calidad de vida en el trabajo (97).

Las variables que resultaron con diferencias estadísticamente significativas en la dimensión de *Soporte institucional para el trabajo* fueron *presencia de hijos, institución en que labora, sistema de turnos que ejecuta y horas trabajadas en la última semana*. Lo anterior evidencia que al contrastar dichas variables ante la dimensión de *Soporte institucional para el trabajo*, existen diferencias en los resultados por categorías y estas no se deben al azar.

En este sentido, se observó que las personas que cuentan con la *presencia de hijos* perciben un mayor *Soporte institucional para el trabajo*, lo que se puede atribuir a que existen prestaciones laborales específicas que atienden las necesidades de los hijos, como por

ejemplo acceso a guarderías, servicio médico de los hijos, entre otras, lo que mejora la percepción de *Soporte institucional*.

Lo anterior difiere con lo observado por investigadoras chilenas que estudiaron algunos factores asociados a la calidad de vida de enfermeras que laboran en hospitales, donde mencionan que tener hijos no influye en ninguna de las dimensiones consideradas para ese grupo (45).

Por *institución de salud* se observaron diferencias estadísticamente significativas, para la dimensión de *Soporte institucional para el trabajo*, donde a juicio de la autora juega un papel importante los diferentes estilos de liderazgo de las jefaturas. Los investigadores chilenos sugieren que el estilo de liderazgo influye en la percepción de confianza de las enfermeras hacia la jefatura, lo que disminuye el sentimiento de vulnerabilidad y facilita la comunicación y la autonomía, así como, las oportunidades de promoción, factores que se relacionan con el *Soporte institucional para el trabajo* (98).

En este sentido investigaciones relacionadas al tema afirman que el liderazgo transformacional se asocia con una elevada percepción de *Soporte institucional para el trabajo* lo que promueve que las enfermeras estén más comprometidas con la organización de salud (99).

El *Soporte institucional para el trabajo* se percibe según la relación interpersonal que se establece con los que representan a la institución de salud, en este caso las enfermeras jefes de las instituciones o de los servicios, quienes tienen la posibilidad de facilitar, acercar o bien dificultar o negar a sus subordinados los beneficios que la institución ofrece.

De la misma forma, el líder transformacional atiende a las necesidades de cada trabajador, actúa como mentor o entrenador, escucha las preocupaciones de sus subordinados, tiene empatía y mantiene abiertos los canales de comunicación, lo que influye en forma positiva

en la percepción de *Soporte institucional para el trabajo* de las personas que laboran a su cargo (99).

Por otra parte, el *sistema de turnos que ejecuta* influye en la percepción de *Soporte institucional para el trabajo* de forma significativa. Se observó que el turno matutino tiene alto nivel de soporte, el vespertino y la jornada acumulada nivel medio de soporte institucional, lo anterior se puede asociar a que las personas del turno matutino tienen fijo su horario de trabajo, tienen mayor contacto con los altos jefes, las personas que laboran en otros tipos de turnos difícilmente tienen acceso a contactarlos, sobre todo las que laboran en el turno de jornada acumulada debido a que sus horarios y días de trabajo son diferentes.

En relación a lo anterior, se ha observado que el turno matutino, por lo regular cuenta con un número elevado de personal de enfermería, mientras que el ausentismo se incrementa en otros turnos sobre todo en el de jornada acumulada, lo que ocasiona un mayor índice de usuarios por enfermeras y hace más ardua la tarea, para las personas que si asisten a su jornada y además dicha situación puede influir en sentimientos negativos entre el mismo personal de enfermería, asociados a que si una persona no cumple con asistir a su jornada, el trabajo se divide entre menos personal y por consecuencia se incrementa.

En ese sentido, el estudio de las consecuencias del trabajo rotativo sobre la salud del trabajador se ha centrado principalmente en el ámbito físico, sin embargo, está documentado que las consecuencias del horario laboral por turnos provoca trastornos del sueño, síndrome de fatiga crónica, úlceras gástricas, sintomatología depresiva, problemas psicosociales, entre otros, sin duda afectadores de la calidad de vida en general y pueden repercutir en la calidad de vida en el trabajo (100).

Dentro de la variable *horas trabajadas en la última semana*, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación al *Soporte institucional para el trabajo*. Los que

laboran de 28-55 horas perciben en su mayoría un alto soporte, mientras que los que laboran menos de 28 horas a la semana (jornada acumulada), perciben un mediano soporte. Estos trabajan jornadas de 12 horas seguidas en fines de semana y días festivos no laborables para el común de los trabajadores.

-La dimensión *Seguridad en el trabajo*, se refiere a la percepción de los trabajadores sobre las condiciones que brindan firmeza en la relación laboral con la institución y mide la satisfacción con la forma en que están diseñados los puestos de trabajo, los insumos para trabajar, evalúa la satisfacción con el ingreso, los derechos contractuales y el acceso a la capacitación (57), se considera muy importante ya que una persona que cuenta con alta seguridad en el trabajo, tiene un nivel menor de estrés en su vida, lo que se convierte en un factor protector de su salud física y mental (101).

Alta *Seguridad en el trabajo*, se observa solo en una tercera parte de los miembros del equipo de enfermería participantes en este estudio y hace referencia a trabajadores satisfechos con los procedimientos del trabajo, que consideran sus actividades laborales como un medio para desarrollarse tanto a nivel personal como social. Ellos sienten que su trabajo les ofrece los medios económicos y sociales para cubrir sus necesidades y las de sus seres queridos. Están satisfechos con la seguridad social que les ofrece la institución (57).

Mientras que niveles de baja a media *Seguridad en el trabajo*, observados en los otros dos tercios de los participantes en este estudio, reflejan insatisfacción con su ingreso o salario, ya que, sienten que reciben poca remuneración por la actividad que realizan y reportan no tener cubiertas las necesidades personales o los derechos contractuales. Además, este personal siente injusticias en las oportunidades de ascensos, evaluaciones o en la capacitación que les brinda la institución. Es frecuente que se reporten con problemas de salud probablemente relacionados a las condiciones de trabajo (57).

Las variables que fueron estadísticamente significativas para la dimensión de *Seguridad en el trabajo*, son el *sistema de turnos que ejecuta y realiza otra actividad remunerada*.

En el caso del *sistema de turno que ejecuta*, los resultados de este estudio muestran que los que trabajan durante el turno de jornada acumulada, es decir fines de semana y días festivos, perciben un nivel menor de *Seguridad en el trabajo*, al compararlo con otros turnos.

Lo anterior coincide con los resultados de un estudio de corte cualitativo, realizado en personal que labora en la jornada acumulada en un hospital de segundo nivel al sur de México, donde se encontró que la variable de capacitación para el trabajo si es de importancia para el personal y ellos consideran que dicha capacitación no se proporciona de acuerdo a sus necesidades, no cuentan con apoyo para recibirla y su frecuencia es de manera irregular; además la variable incentivos laborales es de importancia para el personal de enfermería y ellos perciben que no se reciben incentivos laborales o que son considerados deficientes (102).

Según lo reportado por autores mexicanos, dentro del personal de enfermería que labora el turno de jornada acumulada, se observó que tienen la percepción de que la oportunidad de ascensos no funciona de acuerdo a las condiciones laborales y no se toma en cuenta el nivel de estudios, además de que consideran que se realiza por influencias (102).

Aunado a lo anterior, diferentes estudios demuestran que cuando el *sistema de turnos que ejecuta* tiene duración superior a 8 horas, el riesgo de accidentes se acumula, además, el riesgo de accidente es el doble en turnos de 12 horas que en turnos de 8 horas (103).

En cuanto a la variable *realiza otra actividad remunerada* se observó que las personas que refieren realizar alguna otra actividad remunerada, tienen en mayor porcentaje baja de *Seguridad en el trabajo*, lo que se relaciona a que no están satisfechas con el ingreso que

generan al tener un solo trabajo y precisamente esa situación las lleva a buscar otro empleo para complementar su ingreso económico, lo que repercute a la larga en fatiga excesiva, poca disposición de tiempo libre y consecuencias en la salud de los trabajadores. En este sentido autoras brasileñas argumentan que tener dos empleos, se encuentra positivamente asociado a la prevalencia de depresión entre los trabajadores de enfermería (90).

En general los ítems relacionados con el salario en la dimensión de *Seguridad en el trabajo* reflejan insatisfacción con el salario, siendo éste en la mayoría de los estudios relacionados considerado bajo por las enfermeras (38), a diferencia de la realidad de enfermeras en Estados Unidos quienes se encuentran satisfechas con su nivel salarial. En un artículo de revisión de la literatura se reportan resultados de ocho estudios de calidad de vida laboral donde se evidencia que el pago y las prestaciones laborales son importantes para las enfermeras (39).

Más de la mitad de los participantes de los tres niveles de atención tienen de baja a media satisfacción respecto a la cantidad y calidad de insumos que reciben para trabajar. La mayoría de los participantes perciben baja satisfacción en cuanto a la seguridad social, los planes de retiro, las condiciones de seguridad e higiene, cambios de categoría (promociones) y sistemas de protección de salud. Así mismo, más de la mitad de los participantes tienen de baja a media satisfacción en relación a las oportunidades de actualización, acceso a la capacitación y satisfacción con la capacitación.

-La dimensión de Integración al puesto de trabajo se refiere a la inserción del trabajador en el trabajo como una más de sus partes, en total correspondencia; e incluye aspectos de pertinencia, motivación y ambiente de trabajo (57). Los resultados de la presente investigación indican que en los tres niveles de atención de salud se observó que la mitad

de los participantes perciben baja integración al puesto de trabajo, mientras que la otra mitad presentan niveles de media a alta integración al puesto de trabajo.

Lo anterior hace referencia a dificultades relacionadas con la falta de pertinencia entre el puesto de trabajo y preparación académica y el respeto a los derechos laborales. Sin embargo, esta investigación muestra un alto porcentaje de personal de enfermería con alta disposición para el trabajo siendo similar en los tres niveles de atención a la salud.

En relación al ambiente de trabajo existe un porcentaje mayoritario que se encuentra con niveles de baja a media satisfacción con la resolución de conflictos, el apoyo de sus compañeros y apoyo de los subordinados. Respecto a lo anterior y según lo señalado por un autor mexicano, la falta de resolución de los conflictos laborales puede originar violencia en el trabajo, por lo que ante la presencia de conflictos es necesario que los líderes de las organizaciones establezcan acciones pertinentes con el fin de resolverlos (104).

Los resultados de esta investigación mostraron que el personal de enfermería en general se encuentra motivado al logro de objetivos comunes, interesado por la actividad laboral y con alta disposición para el trabajo. Sin embargo, todos los niveles de atención perciben mayoritariamente bajo y mediano respeto a los derechos laborales.

Autores señalan que para alcanzar la calidad en su trabajo, las instituciones deben contar con personas motivadas que se involucren en su trabajo y reciban recompensas adecuadas por su contribución, en el lenguaje de las empresas se afirma que para atender al cliente externo, no se debe olvidar al cliente interno (105), en el caso del trabajo de la enfermeras dentro de las instituciones de salud, el cliente externo será representado por los usuarios de los servicios y el cliente interno por el personal de enfermería responsable de brindar el cuidado, por lo que si la enfermera percibe que la organización no se ocupa de satisfacer sus necesidades de respeto a los derechos laborales, resolución de conflictos y apoyo de los

subordinados, es probable que repercuta no solamente en su salud laboral, sino también en la calidad del cuidado que brindan.

Las variables *institución, servicio en que labora, sistema de turno que ejecuta y licencias médicas en los últimos seis meses* presentaron relación estadísticamente significativa con la dimensión de *Integración al puesto de trabajo*.

Según la *institución de salud*, se encontró que el personal de enfermería que labora en la institución B, presentó en mayor porcentaje un bajo nivel de *Integración al puesto de trabajo*, seguido de los que trabajan en la institución C, D y G, respectivamente.

Lo anterior podría atribuirse a que en las instituciones anteriormente mencionadas el personal de enfermería no profesional que ahí labora, realiza de forma indiferenciada actividades de enfermería que corresponde a personal profesional, lo que puede llevar a errores en el desempeño y frustración de los trabajadores, así como, a una pobre motivación por parte del personal profesional relacionada a la falta de reconocimiento de las autoridades a su preparación académica, lo que podría derivar en conflictos laborales que afecten el clima laboral, lo que tiene efectos en el absentismo laboral y en el abandono profesional, entre otros aspectos (106).

En relación a dicha falta de pertinencia laboral en la asignación de funciones del personal de enfermería, la OIT desde 1977 aprobó la recomendación sobre el empleo y condiciones de trabajo y de vida del personal de enfermería, donde se hace referencia a la necesidad de establecer una estructura racional, clasificando a sus miembros en un número limitado de categorías definidas en función de la instrucción y formación recibida, el nivel de funciones y la autorización para ejercer (107).

Además, estas recomendaciones agregan que las funciones del personal de enfermería deben clasificarse según el grado de juicio requerido, la facultad de adoptar decisiones, la

complejidad de las relaciones con otras funciones, el nivel necesario de calificaciones técnicas y el grado de responsabilidad por los servicios de enfermería que se prestan (107). Asimismo, dentro de ese comunicado se especifica que el personal de enfermería de determinada categoría no debería ser utilizado en sustitución del de una categoría superior, salvo en caso de urgencia especial, a título provisional y a condición de que posea una formación o una experiencia suficiente (107).

Lo anterior está estipulado en la Norma Oficial Mexicana para el ejercicio del personal de enfermería (54), donde se establece que el personal de enfermería puede ser profesional y no profesional y se delimitan las funciones de cada uno de ellos, sin embargo, en las instituciones de salud anteriormente mencionadas, dicha clasificación aún no se implementa en la práctica diaria, ya que las funciones no son asignadas en relación a la formación académica, sino con base a la experiencia práctica del personal de enfermería y a las necesidades de la institución. Esto tiene también implicancias en la satisfacción del trabajador y en su salud laboral.

En cuanto al *servicio en que labora*, el personal que trabaja en áreas de hospitalización, como cirugía y medicina, presentaron de forma predominante una baja *integración al puesto de trabajo*, lo anterior puede atribuirse a las características del trabajo realizado dentro de esa área, en la cual por lo regular las acciones son rutinarias, semejantes al cuidado efectuado dentro de la esfera privada en el hogar, lo que implica una falta de reconocimiento social y donde además según la literatura es común que la institución utiliza el control para monitorear el desempeño del personal de enfermería y aplicar acciones correctivas por medio de una supervisión estricta (108).

En relación al *sistema de turnos que ejecuta*, destacó la jornada acumulada con niveles de baja *integración al puesto de trabajo*, lo que podría relacionarse con que el personal de

jornada acumulada, asiste a laborar a la institución los fines de semana y días festivos, pero durante la semana realiza otras actividades, por ejemplo, el cuidado de los hijos, del hogar o de otros familiares, estudia o acude a otro trabajo, lo que implica una mayor probabilidad de asistir a realizar su jornada fatigados, lo que influye en el ambiente de trabajo que se establece ya que dificulta la convivencia armoniosa, el trabajo en equipo y puede llevar a cometer mayor cantidad de errores en sus actividades de trabajo.

Asimismo, los resultados en relación a la variable de *licencias médicas en los últimos seis meses*, mostraron que más de la mitad de los que refieren que han presentado *licencias médicas en los últimos seis meses* perciben baja integración al puesto de trabajo, situación que es factible, ya que, por lo regular las personas que tienen licencias médicas ya sea por enfermedad o cuidados maternos u otras, son señaladas por sus pares y supervisores como poco efectivas para el trabajo, debido a que al ausentarse aumentan la carga de trabajo de los que sí se presentan, que repercute en el incremento de los índices de enfermera - usuario, por lo que los empleados que presentan licencias médicas perciben dificultades para integrarse al puesto de trabajo.

-La dimensión de *Satisfacción por el trabajo* se entiende como la sensación de agrado que el trabajador tienen respecto a su trabajo o un estado emocional positivo o placentero resultante de la percepción subjetiva de las experiencias laborales, donde el trabajador tiene un equilibrio entre lo que espera de su trabajo y lo que consigue de éste (109).

Esta investigación mostró que la mayoría de las personas que laboran en el primer y tercer nivel de atención tienen alta satisfacción laboral, lo que podría estar relacionada a laborar en turnos diurnos, donde los horarios y rutinas establecidas son más reconciliadores con la vida familiar, ya que por lo regular se descansa los fines de semana, lo que favorece la *satisfacción por el trabajo* y el mantenimiento del equilibrio entre el trabajo y el ocio, sin

embargo, los resultados de esta investigación difieren con lo reportado por autores cubanos quienes afirman que el personal de enfermería que labora en el primer nivel de atención de salud o atención primaria se encuentran medianamente satisfecho con su trabajo, lo que se puede explicar por las características de los sistemas de salud (110), ya que el sistema de salud cubano, da mayor énfasis al ámbito preventivo, concentrando sus actividades en dicho nivel de atención.

Asimismo, está documentado que los resultados de alta satisfacción por el trabajo indican trabajadores comprometidos con la misión de la institución, que mantienen dedicación exclusiva a sus funciones y frecuentemente, invierten de manera individual en su preparación para cumplir con sus objetivos y por consecuencia, reciben reconocimientos o distinciones por su actividad, además, son personas que muestran los aspectos positivos del trabajo, se autovaloran con orgullo por pertenecer a la institución y sienten satisfacción por la retribución que se ofrece a sus funciones (57).

Los resultados observados en el segundo nivel de atención muestran una percepción de baja *Satisfacción laboral* en el personal de enfermería, lo cual es preocupante ya que “el grado de satisfacción del personal es un factor indispensable para mantener el equilibrio en su actividad, condición a través de la cual las acciones, actitudes, comportamientos y obligaciones pueden desarrollarse sin tensiones que debiliten o interfieran en los cuidados específicos de la especialidad, así, actualmente, se considera que la satisfacción de los profesionales de la salud en el trabajo es uno de los indicadores que condicionan la calidad asistencial” (111). Promedios de baja *Satisfacción laboral*, revelan insatisfacción por la actividad desempeñada, presencia de otras funciones fuera de la institución y percepción de escasos reconocimientos (57).

En este sentido, la bibliografía menciona que si el trabajador no abandona ese empleo es: porque se aferra a la esperanza de corregir los elementos responsables de la insatisfacción, o porque no le queda otro remedio para no quedarse sin sustento.

La falta de incentivos es también un factor que se relaciona con la insatisfacción laboral, entre ellos la baja remuneración económica, gratificación emocional negativa o ausente, la escala de ascensos cerrada, así mismo, un entorno laboral disarmónico, determina una menor satisfacción, sin olvidar la importancia de las relaciones interpersonales cuando son incongruentes, relacionadas con la carencia de información sobre las decisiones generales, los vínculos tensos o la sustitución del compañerismo por la competitividad que provocan una menor satisfacción laboral en los miembros de la institución (112).

La problemática específica identificada en el segundo nivel de atención de salud, se atribuye al bajo grado de satisfacción con respecto a la cantidad de trabajo que realiza, la satisfacción por trabajar en la institución, así como, con el reconocimiento que reciben hacia su trabajo.

Sin embargo, la percepción de baja satisfacción por el trabajo encontrada en el personal de enfermería del segundo nivel de atención, difiere con lo identificado por investigadoras mexicanas de la misma región del país (noroeste) de una institución de segundo nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), quienes encontraron que la satisfacción en el personal de enfermería fue moderada en 62% seguida de satisfacción alta 35% y solo 3% baja y que al analizar la influencia de las variables sociodemográficas sobre la satisfacción laboral, ninguna de ellas demostró significancia estadística (113).

Lo anterior podría atribuirse a que dichas instituciones aunque son parte del sistema público, de salud mexicano pertenecen a diferentes órdenes de gobierno, ya que el IMSS es administrado desde la federación, recibe recursos de forma tripartita que provienen del

gobierno, empleador y trabajador y proporciona diferentes prestaciones laborales al personal de enfermería, mientras que la Secretaría de Salud Pública es administrada por el Estado, que atiende a población abierta, donde el personal de enfermería tiene otras forma de contratación y existe una mayor presencia de personal no profesional, entre otras, además está documentado que el hecho de pertenecer al IMSS genera satisfacción en el personal que ahí labora, ya que dicha institución tiene el prestigio de ser una de más importantes a nivel de América Latina (114).

Sin embargo, los resultados de la presente investigación en cuanto a satisfacción coincide con los resultados obtenidos por una investigadora del norte de México quien menciona que existe baja satisfacción laboral de enfermeras de un hospital público. Lo cual posiblemente tenga explicación debido a los recortes de presupuesto que afectan a los insumos indispensables, como consecuencia disminuye la eficacia y moral del trabajador (115).

Respecto a lo encontrado en la presente investigación en relación a que más de la mitad del personal de enfermería que labora en el segundo nivel de atención percibe una baja *Satisfacción con el trabajo*, existe evidencia empírica que afirma que la baja satisfacción laboral se debe a la escasa autonomía, a la falta de reconocimiento profesional, a una autoridad extrema, a las pocas posibilidades de promoción y de formación, a la tensión en las relaciones interpersonales, las tareas rutinarias y los salarios inadecuados (116). Además, la baja satisfacción por el trabajo en el personal de enfermería guarda una estrecha relación con las condiciones de trabajo y niveles de baja satisfacción por el trabajo pueden llevar al desarrollo de síndrome de burnout (117, 118).

El concepto de satisfacción de los empleados consiste en proporcionar a la gente más que simplemente un trabajo y un salario, se trata de ofrecer a las personas un lugar donde se sientan aceptados, queridos y apreciados, ya que, la satisfacción de los empleados puede

ocasionar muchas ventajas para el empleado, la organización y los consumidores, lo anterior incluye un fuerte compromiso institucional, por parte del empleado, mejorar la calidad de la atención de salud y aumentar la productividad de la organización, un empleado feliz es productivo, dedicado y comprometido (119).

Las variables *edad, antigüedad en años en la institución, presencia de hijos, institución en que labora, servicio, sistema de turnos, forma de contratación y categoría profesional*, se relacionan de forma significativa a la dimensión de *Satisfacción por el trabajo*.

Lo anterior coincide con algunos autores que declaran que existen numerosas variables que pueden incidir en la satisfacción laboral, entre ellas las circunstancias y característica del propio trabajo y las individuales de cada trabajador, las cuales condicionan la respuesta afectiva de éste hacia diferentes aspectos del trabajo. Estas características personales son las que acabarán determinando los umbrales personales de satisfacción e insatisfacción (120).

Al evaluar la *satisfacción laboral* según la *edad* por categorías se encontró que las personas entre 19 a 29 años de edad, presentan en su mayoría baja satisfacción laboral, mientras que las personas de 30 a 60 años de edad perciben mayormente una alta satisfacción laboral. Lo cual difiere con lo reportado por una autora española en cuanto a la edad y satisfacción laboral quien menciona que en general existe menor satisfacción entre las personas con edades superiores a 40 años (121).

La baja *Satisfacción por el trabajo* del grupo de personas que están entre los 19 a 29 años de edad, se puede atribuir a que las personas más jóvenes por lo regular tienen poca antigüedad en el trabajo, no han logrado recibir su tipo de contrato indefinido, no cuentan con seguridad laboral y están en un proceso de adaptación al trabajo, lo que coincide con lo identificado en los resultados de la variable *antigüedad en años en la institución* por

categorías, la cual mostró que las personas que tienen de 1 a 5 años de antigüedad perciben una baja satisfacción laboral en mayor porcentaje, mientras que de las que tienen de 6 años en adelante evalúan mayormente de nivel medio a alto su satisfacción laboral.

En relación a la variable *presencia de hijos*, los resultados revelaron que la mayoría de los que respondieron tener hijos refieren tener una alta *Satisfacción por el trabajo*. Del grupo que no tiene hijos, casi la mitad tienen baja *Satisfacción por el trabajo*. Lo anterior difiere con lo reportado por autores, en relación a la sensación de culpabilidad de las madres trabajadoras (122) lo que podría contribuir a una insatisfacción laboral, sin embargo, los resultados de este estudio podrían interpretarse como que la sensación de bienestar o alegría relacionada a tener hijos traspasa la línea del hogar al trabajo y lleva a percibir un nivel de satisfacción o bienestar en esta esfera.

Asimismo, autores señalan que en las nuevas generaciones existe mayor corresponsabilidad por lo hijos de parte de ambos padres, lo que facilita a la mujer su integración a la vida laboral y mejora su satisfacción con el trabajo (123).

La *institución en que labora*, mostró también diferencias estadísticamente significativas en la dimensión de *Satisfacción por el trabajo*, dentro de las instituciones que presentaron en mayor porcentaje niveles de baja *Satisfacción por el trabajo* se encuentran la B, C y D, respectivamente.

Una percepción de alta *satisfacción por el trabajo*, se observó en un porcentaje alto de los que trabajan en la institución A, en la institución F y la institución E.

Si se tiene en cuenta que la *Satisfacción por el trabajo* está condicionada a aspectos tales como el tipo de jornada, el tipo de contratación, el riesgo de perder el trabajo y la retribución recibida, así como las condiciones donde se realiza el trabajo entre ellas ruido, la iluminación, el aseo y ventilación deficiente, la temperatura inadecuada y los malos

olores, sumado al tener que trabajar con equipos y materiales deficientes (35), se puede decir que la *institución de salud* donde se presentó mayor insatisfacción laboral en este estudio tiene algunas de las características negativas mencionadas anteriormente y en las que se presentaron niveles de alta satisfacción no tienen dichas características dentro de su área física, ya que cuentan con infraestructura más moderna e instalaciones adecuadas.

En relación al *servicio en que labora*, las personas que trabajan en áreas de hospitalización y consulta evalúan como baja su *Satisfacción por el trabajo*, mientras que las personas que trabajan en Unidad de Cuidados Intensivos y Urgencias evalúan como alta su *Satisfacción por el trabajo*, lo cual mostró diferencias estadísticamente significativas y es coincidente con autores españoles quienes mencionan que el bloque o servicio en que se labora influye en el nivel de satisfacción laboral de las enfermeras y además explican que no son solo factores individuales los que determinan la satisfacción o insatisfacción laboral del personal de enfermería, sino también las variables estructurales (85).

De la misma forma autoras chilenas mencionan que encontraron evidencia sólida para afirmar que el *servicio en que labora* influye en la *Satisfacción por el trabajo* del personal de enfermería y lo relacionan con el estilo de liderazgo percibido en cada servicio, mencionan que en Urgencias, se observa un estilo de liderazgo de “director”, mientras que en Cirugía y Medicina (corresponden a áreas de hospitalización) se percibe predominantemente el estilo “entrenador” (124).

Además agregan que “en éstos servicios (Cirugía y Medicina) la estadía de los usuarios es prolongada, lo que a su vez provoca una atención más tranquila, incitando al líder a una supervisión mucho más escasa, definiendo papeles y tareas, pero también buscando sugerencias e ideas de sus seguidores. En estos servicios puede existir una inclinación hacia la rutina y desmotivación, siendo necesario el soporte y alabanza para la construcción de

autoestima, y la participación en la toma de decisiones para la restauración del compromiso” (124).

En cuanto al *sistema de turnos que ejecuta*, cabe destacar que las personas que ejecutan el turno matutino son las que perciben alta *Satisfacción por el trabajo*, mientras que las de los otros turnos en un mayor porcentaje perciben como baja su satisfacción laboral, destacando la jornada acumulada con un porcentaje alto de personal de enfermería que percibe como baja su *Satisfacción por el trabajo*, lo anterior difiere con lo señalado en una investigación realizada en un hospital en Veracruz, México, donde se afirma que no existe diferencias entre el nivel de *Satisfacción por el trabajo* según el sistema de turnos en que se labora (125).

Al mismo tiempo, lo anterior difiere con estudios similares donde mencionan que laborar en el turno de jornada acumulada no tiene relación con la baja satisfacción laboral, ya que este turno es seleccionado por el personal de enfermería de acuerdo a sus necesidades personales (102). Sin embargo, el laborar durante los días festivos con una jornada laboral de 12 horas seguidas, trabajando dos días consecutivos en fin de semana, implica un agotamiento físico en el personal que ahí labora, ya que, los días que no asiste a trabajar en la institución realiza otra actividad, que implica inversión de energía, lo que puede ocasionar que asista a laborar ya fatigado y explique en forma parcial el nivel de baja satisfacción por el trabajo, resultado de esta investigación.

La *forma de contratación* también tiene diferencias estadísticamente significativas, donde se destaca que las personas que laboran a plazo fijo, tienen baja *Satisfacción por el trabajo*, mientras que casi la mitad de las que laboran con contrato indefinido presentan alta *Satisfacción por el trabajo*. Esto coincide con lo reportado por autores españoles quienes encontraron que la variable tipo de contrato resultó significativa con respecto al factor de

reconocimiento profesional en el trabajo. En este caso son los enfermeros profesionales contratados los que registran mayores puntuaciones medias de satisfacción comparándolos con sus compañeros interinos (126).

Referente a *Satisfacción laboral y categoría profesional* del personal de enfermería, se encontraron diferencias estadísticamente significativas y se observa que 41% de las enfermeras profesionales evalúan como alta su satisfacción laboral, 20% media, mientras que las enfermeras no profesionales 61% evalúa como baja su satisfacción laboral y 17% media. Lo anterior puede reflejar que las enfermeras profesionales tienen en general una mayor satisfacción laboral que las no profesionales, lo que es coincidente con lo reportado por autores argentinos (127).

-La dimensión de *Bienestar logrado a través del trabajo*, es definida como el estado mental o psicológico de satisfacción de necesidades relacionadas con la manera de vivir, incluyendo el disfrute de bienes y riquezas logrados gracias a la actividad laboral. Sus indicadores son: identificación con la imagen institucional, beneficios del trabajo, disfrute de la actividad laboral, satisfacción por la vivienda, evaluación de la salud general y evaluación de la nutrición.

Puntajes altos en esta dimensión indican personas que suelen estar satisfechas con el progreso personal, social y económico que han obtenido por su trabajo. Consideran ser útiles en la sociedad y estar capacitados física y mentalmente para contribuir con buena imagen en la institución. Suelen cuidar su persona, mediante su salud y vestir. Suelen tener elementos que les identifiquen el progreso, esto es, equipo de trabajo moderno, medios de transporte y comunicación óptimos, buena calidad en los servicios sociales, de vivienda, entre otras (57).

Puntajes bajos en la dimensión de *bienestar logrado a través del trabajo*, sugieren trabajadores con riesgo en la salud física o emocional. Se sienten insatisfechos con la remuneración adquirida por su trabajo y por consecuencia, responsabilizan al entorno laboral por su precariedad. No se sienten identificados con los objetivos de la institución, perciben que a ellos no se les hace justicia social (57).

Los resultados por *nivel de atención* de salud mostraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a bienestar logrado a través del trabajo en el personal de enfermería. En el primer nivel de atención se encontró que casi la mitad tiene alto bienestar logrado a través del trabajo, mientras que en el segundo y tercer nivel más de la mitad tienen bajo bienestar logrado a través del trabajo.

La problemática identificada radica específicamente en lo relativo a calidad en los servicios básicos de la vivienda, acceso e ingesta alimenticia en cantidad y calidad. Lo anterior hace referencia a que dos tercios del personal de enfermería que ahí labora, percibe como inadecuada su retribución económica ya que consideran que no es acorde a la actividad que realiza, lo que junto con una baja valoración social no le permite acceder a servicios y bienes.

Las variables *edad, antigüedad en años en la institución, institución en que labora, servicio en que labora, sistema de turnos que ejecuta, forma de contratación, categoría profesional y licencias médicas en los últimos seis meses*, resultaron estadísticamente significativas en relación a *bienestar logrado a través del trabajo*.

Más de la mitad de los participantes en el segundo y tercer nivel de atención perciben un nivel bajo de *Bienestar logrado a través del trabajo*. La diferencias en cuanto a la variable *edad*, consisten en que las personas más jóvenes tienen un nivel bajo de bienestar, así como las personas con menor antigüedad laboral, lo anterior es coincidente con lo reportado en la

literatura por autores colombianos, donde se menciona que las enfermeras más jóvenes son las más afectadas en cuanto a la percepción de *Bienestar logrado a través del trabajo* (128), ya que el proceso de lograr estabilidad laboral entendida como empleo decente en los más jóvenes cada vez más difícil, debido a las características de la modernidad (129).

Las personas que laboran en la institución B, presentan en su mayoría una bajo *Bienestar logrado a través del trabajo* y los que laboran en la institución F evalúan como alto el *Bienestar logrado a través del trabajo*. Lo anterior coincide con lo identificado en la dimensión de *Satisfacción por el trabajo* y podría atribuirse a las siguientes causas:

a) Diferentes estilos de liderazgo. Por lo explicado por el personal de enfermería al momento de la recogida de los datos y según la experiencia de la tesista, en la institución mejor evaluada se practica un estilo de liderazgo “entrenador” y en el peor evaluado estilo de liderazgo “delegador”.

b) Diferencias en cuanto a infraestructura. La institución mejor evaluada tiene equipamiento de punta, alta tecnología, materiales y equipos adecuados para el trabajo, por ejemplo campana de flujo laminar para la preparación de medicamentos, entre otros, así como mejor iluminación, ventilación, ausencia de ruidos, al compararla con la institución peor evaluada.

c) Diferencias en cuanto a porcentaje de proporción de personal profesional y no profesional. En la institución mejor evaluada el total del personal es profesional y tienen un ingreso económico mejor que los no profesionales.

Al contrastar la variable *servicio en que labora* con la dimensión de *Bienestar logrado a través del trabajo* se pudo observar que el servicio de consulta externa destacó por presentar niveles altos de bienestar, comparados con los servicios de hospitalización,

unidad de cuidados intensivos, quirófano y urgencias, donde se detectan niveles de bajo *bienestar logrado a través del trabajo*.

Lo que podría explicarse debido a que dentro de las áreas de hospitalización se tienden a realizar actividades de rutina, lo que implica mayor desmotivación para el personal y dentro de áreas como unidades de cuidados intensivos, quirófano y urgencias las actividades de enfermería tienen un mayor control o falta de autonomía por parte del personal de enfermería, además laborar en dichas unidades genera en los trabajadores una mayor demanda o sobrecarga mental, relacionada con una cercanía a la muerte y sufrimiento de los usuarios y un alto manejo de tecnologías sofisticadas, entre otros (130, 131), mientras que la consulta externa permite efectuar actividades con cierto grado de autonomía, entre ellas las acciones de promoción a la salud.

Las personas cuya *forma de contratación* es a plazo fijo, tienen mayormente una percepción de bajo *Bienestar logrado a través del trabajo*, la diferencia se observa en la remuneración percibida por *forma de contratación*, ya que las contratadas(os) de forma indefinida tienen mayor estabilidad y mejor remuneración (132), lo anterior resulta preocupante, ya que, está documentado que los contratos de trabajo a plazo fijo se están extendiendo (133) y además existe evidencia de que las variables promociones y remuneración son predictores de una gran insatisfacción en las enfermeras (134), debido a las escasas promociones existentes para el colectivo de enfermería.

La dimensión de *Bienestar logrado a través del trabajo* mostró resultados estadísticamente significativos al contrastarla con la categoría de enfermeras, se identificó que el personal de enfermería no profesional tiene en mayor porcentaje bajo *Bienestar logrado a través del trabajo*, al compararlo con el personal profesional. Lo cual desde el punto de vista de la tesis, está ligado a que el personal de enfermería profesional, tiene mayores posibilidades

de superarse dentro de la institución o si lo decide tienen la facilidad de abandonar la institución e iniciar en otra que le ofrezca mejores prestaciones laborales, ya que la tendencia de las nuevas contrataciones en las instituciones de salud de la región es contratar un mayor número de personal de enfermería profesional a diferencia del personal no profesional.

Así mismo, los resultados de este estudio revelaron de forma estadísticamente significativa, que las personas que han tenido *licencias médicas en los últimos seis meses* perciben un bajo *Bienestar logrado a través del trabajo*, lo anterior, es consistente con lo documentado en la literatura, donde se especifica que si los trabajadores tienen alto bienestar logrado a través del trabajo disminuye el número de licencias médicas, así también agregan que disminuyen las tasas de accidentes y mejora el clima laboral, la productividad, las relaciones entre la dirección y los trabajadores (135).

-La dimensión de *Desarrollo personal del trabajador* se define como el proceso de incremento de aspectos personales del trabajador relacionados con su actividad laboral, se valora a través de los logros, expectativas de mejora de los trabajadores y la seguridad personal (57). Los resultados obtenidos dentro de esta dimensión por *nivel de atención de salud*, reflejan que dentro del segundo nivel de atención de salud más de la mitad evalúan como bajo el nivel de *Desarrollo personal del trabajador*, lo que implica un nivel de riesgo de satisfacción personal. El trabajador expresa inseguridad por los logros alcanzados, se siente vulnerable ante el trato con los usuarios o compañeros de trabajo. Puede considerarse que el trabajo le ha disminuido su capacidad física o emocional (57).

La problemática específica dentro de la dimensión de desarrollo personal del trabajador se centra en porcentajes bajos en esta dimensión dentro del personal de enfermería que labora en el segundo nivel de atención, al respecto de la capacidad de adquirir por medio del

empleo la vivienda, la posibilidad que brinda el empleo de mejorar el nivel de vida, la capacidad de enfrentamiento de adversidades y la conservaciones de la integridad de capacidades físicas, mentales y sociales.

Mientras que casi la mitad de las personas que laboran en el primer *nivel de atención de salud*, perciben un alto *Desarrollo personal*, lo que expresa la seguridad personal de los trabajadores, situación que se puede atribuir según autores españoles a que en la atención primaria se da una relación interpersonal con el usuario y con resto del equipo de trabajo, las enfermeras tienen tiempo suficiente para realizar su trabajo, además, existe un trabajo colaborativo entre los miembros del equipo de salud (117), aunado a lo anterior las enfermeras de atención primaria tienen en promedio mayor edad y antigüedad lo que brinda en términos de desarrollo personal mayor estabilidad en todos los aspectos.

Además del *nivel de atención de salud* en que labora, las variables que resultaron con diferencias estadísticamente significativas dentro de la dimensión de *desarrollo personal* fueron *edad, antigüedad en años en la institución, servicio, sistema de turnos que ejecuta, forma de contratación y presencia de licencias médicas en los últimos seis meses*.

Las categorías de *edad* de 19 a 29 años y de 30 a 39 años, muestran un porcentaje elevado de bajo desarrollo personal, comparado con la categoría de edad de 40 a 60 años quienes muestran en mayor porcentaje un alto *Desarrollo personal*. Situación que coincide con la *antigüedad en años en la institución*, ya que las personas de menor antigüedad perciben un nivel de bajo desarrollo comparado con las de mayor antigüedad quienes en mayor porcentaje refieren alto *Desarrollo personal*.

Lo anterior se puede atribuir a la etapa del desarrollo profesional en la que se encuentra el personal de enfermería, ya que en la iniciación de la actividad profesional, por lo regular el trabajador está en etapa de adaptación, identificando la realidad de la profesión y de las

instituciones de salud y lo hace comparándolo con sus experiencias en el ámbito de formación, sin embargo, al tener mayor *edad y antigüedad en años en la institución*, se adquiere un cúmulo de experiencias que facilitan el desarrollo profesional, como las que se establecen en las etapas maduras de la actividad laboral, cuando aumenta la edad, la antigüedad y la experiencia en la institución y por ende el nivel de desarrollo profesional, lo que se puede identificar en los resultados obtenidos en esta investigación.

En cuanto al *servicio en que labora*, el área de consulta externa es mejor evaluada al compararla con las áreas de hospitalización, Unidad de Cuidados Intensivos, Quirófanos y Urgencias, situación que es consistente en las otras dimensiones evaluadas y con el primer nivel de atención de salud, lo que podría indicar que contar con bienestar y satisfacción en el trabajo como en el caso del primer nivel y laborar en áreas de consulta externa, contribuyen a un alto desarrollo personal del trabajador.

En cuanto a *sistema de turnos que ejecutan y la dimensión de desarrollo personal* los porcentajes de baja percepción de desarrollo están en el turno vespertino y la jornada acumulada, sin embargo, dentro del turno matutino se encontró alto desarrollo personal, lo cual también podría estar determinado por la accesibilidad a cursos de capacitación continua, mayor facilidad de relación con los jefes y altos directivos de las instituciones, que se observa en el turno matutino.

La *forma de contratación a plazo fijo*, muestra un nivel de bajo *desarrollo personal*, lo que tiene que ver con la *antigüedad en años en la institución*, ya que al aumentar la antigüedad en la institución, aumenta la probabilidad de obtener el contrato indefinido, que significa para el personal de enfermería, además de estabilidad y seguridad en el trabajo, un alto reconocimiento como profesional ya que este tipo de contratación es considerada un logro profesional y una recompensa laboral, lo que propicia una mayor satisfacción (136).

Este estudio mostró que las personas que presentan *licencias médicas en los últimos seis meses*, tienen una percepción de bajo *Desarrollo personal del trabajador*, lo que sugiere entre otras cosas que las personas que tienen problemas de salud y/ o situaciones familiares complicadas o cambios vitales, que ameritan una licencia médica, tienen también una percepción negativa de su desarrollo profesional.

-La dimensión de *Administración del tiempo libre*, es definida como la forma en la que se disfruta la vida en el horario en que no se realizan actividades laborales. Las subdimensiones para su evaluación son la planificación del tiempo libre y el equilibrio entre trabajo y vida familiar (57).

Casi la mitad de los participantes mencionan tener una alta *Administración del tiempo libre* lo que refleja que son personas planificadoras, que distribuyen sus actividades laborales con las recreativas y de descanso (57). Se identificó que la mayoría del personal de enfermería de todos los niveles de atención no refiere necesidad de llevar trabajo a casa, cumplen con sus actividades programadas, conviven con su familia y participan en actividades domésticas y cuidados de familiares.

Respecto a la participación en actividades domésticas y cuidado de familiares, podría presentar aspectos positivos para el personal de enfermería, sin embargo, la mayoría de los participantes menciona tener alta participación en dichas actividades y si estas acciones son realizadas sin ayuda de otros miembros de su familia o personas de apoyo, pueden ser una carga de trabajo adicional al empleo remunerado que realizan, lo que se denomina doble presencia (137), que a largo plazo puede afectar la salud de la mujer trabajadora.

Las variables que resultaron significativas para la dimensión de *Administración del tiempo libre*, fueron la *condición de pareja, presencia de hijos, institución en que labora, nivel de atención, servicio, sistema de turnos y forma de contratación*.

Se observó que más de la mitad de las personas con pareja y con hijos presentan baja a media *Administración del tiempo libre*, lo que coincide con lo identificado por autoras estadounidenses quienes argumentan que además de su carrera, muchas enfermeras tienen compromisos familiares o sociales y que cada enfermera necesita su tiempo personal, por lo que es importante encontrar un equilibrio entre todas estas actividades (138). Además, casi dos tercios de los participantes de los tres niveles de atención, mencionan tener baja y media administración del tiempo libre lo que refleja que son personas que no organizan su tiempo para realizar actividades recreativas y de descanso (57), lo que es altamente recomendable en una profesión tan estresante como enfermería.

Los participantes en esta investigación que no tenían pareja, perciben en mayor porcentaje baja *Administración del tiempo libre*, probablemente porque son más requeridos por los jefes o los mismos compañeros de trabajo para cubrir inasistencias o realizar turnos extras, ya que, aparentemente no tienen compromisos familiares, sin embargo, dicha situación a la larga suele afectarles y dificultar el mantener un equilibrio entre la vida privada y el trabajo. En cuanto a la *institución de salud, servicio en que labora y Administración del tiempo libre*, los resultados mostraron que las enfermeras que laboran en los Centros de Salud Urbanos en áreas de consulta externa, en el primer nivel de atención, son las que perciben una alta *administración del tiempo libre*, lo que podría significar que dicho personal tiene horarios de trabajo que se adecuan más a la vida familiar (115).

En cuanto a *sistema de turnos que ejecuta y administración del tiempo libre* se encontró que el personal de enfermería que labora en el turno matutino, similar a los que laboran en turno nocturno perciben en mayor porcentaje una alta *administración del tiempo libre*, lo que podría indicar que las personas que cuentan con este horario de trabajo en forma fija, lo seleccionan de acuerdo a sus necesidades personales y realizan ajustes en sus actividades

que les permiten mantener un equilibrio entre las actividades laborales y el disfrute de su tiempo de ocio y/o recreación.

Mientras que el personal de enfermería que labora en los turnos vespertino y jornada acumulada, perciben en mayor porcentaje baja administración del tiempo libre, lo que podría indicar que dichos turnos de trabajo son menos armonizados con los compromisos personales y sociales, lo que afecta la percepción del personal que ahí labora en cuanto a dicha dimensión de administración del tiempo libre.

Por otra parte, los resultados referentes a la dimensión de *Administración del tiempo libre y forma de contratación* indicaron que los que laboran con *tipo de contrato a plazo fijo*, perciben en mayor porcentaje baja *Administración del tiempo libre*, situación atribuible a que este tipo de contratación significa en términos económicos un menor ingreso al personal de enfermería y por lo regular busca otro trabajo remunerado para incrementar su ingreso económico, además al ser de contrato a plazo fijo, la institución puede cambiar el turno de trabajo sin previo aviso al personal de enfermería y por lo regular este personal se ve obligado a acceder a este tipo de ajustes repentinos de horarios, ya que, se encuentra en una etapa de su vida laboral en la que siente que debe hacer méritos para tener acceso en un futuro a un contrato indefinido.

-En relación a la *Percepción de CVT global*, los resultados mostraron que más de la mitad de los participantes tienen una mediana *Percepción de CVT*, lo anterior es consistente con resultados obtenidos en otras investigaciones relacionadas, donde la mayoría del personal de enfermería tiene niveles de mediana satisfacción con su calidad de vida en el trabajo (38, 40-44).

Las variables que resultaron con diferencias estadísticamente significativas en cuanto a *Percepción de la CVT global del personal de enfermería*, fueron *género, nivel de atención,*

institución de salud en que labora, servicio en que labora, sistema de turnos que ejecuta, realiza algún otro tipo de actividad remunerada y forma de contratación.

Respecto a las diferencias estadísticamente significativas entre la Percepción de CVT global del personal de enfermería según *género*, se observó que el género femenino tiene mejor CVT que el masculino. Lo anterior se puede atribuir a que el personal de enfermería de género masculino ejerce su labor en un ámbito de los llamados trabajos feminizados, por el hecho de ser un espacio formado mayormente por mujeres, este ámbito tiene características determinadas por el estereotipo de lo femenino, cuidadoras, sensibles y con espíritu comunitario, lo cual tiene un costo, llamado por los expertos descuento de género, que significa que las mujeres pagan una sanción profesional por el supuesto deseo de tener espíritu comunitario (139), evidenciado en salarios más bajos, menores oportunidades de ascensos, entre otras.

Las diferencias salariales que acompañan a las mujeres, se han instalado en las ocupaciones feminizadas como enfermería, magisterio, trabajo social, etc. Así, los individuos con un mismo capital humano ganan menos solo por ser contratados en empleos predominantemente femeninos (140), esta situación podría explicar que los hombres trabajadores de enfermería, se perciban con una CVT menor que el *género* femenino.

Los trabajos desarrollados tradicionalmente por mujeres como el caso de enfermería o la enseñanza, son menormente remunerados, al compararse con las ingenierías, medicina, abogacía, entre otros, aunque su contribución a la sociedad es igualmente importante.

Los estereotipos de *género* que se inculcan durante la infancia se ven reforzados a lo largo de la vida de los hombres y las mujeres. La mayoría de los puestos de liderazgo están ocupados por hombres (139), en el caso de la enfermería, sorprende que aunque sea una profesión conformada mayoritariamente por mujeres, muchos de los puestos de liderazgo,

son ocupados por varones y estos perciben un sueldo entre 4 y 12 por ciento más que las mujeres (141).

Dichos varones al entrar a este espacio feminizado, perciben de la misma manera los estereotipos de la profesión. Cuando ellos se comparan con otros hombres profesionales, podría explicar la insatisfacción con la percepción de CVT, por lo que es común que los hombres en enfermería tengan un segundo empleo y/o realicen turnos extras dentro de su misma institución, cubriendo de esta forma sus mayores expectativas económicas, para cumplir con el rol de proveedor, no obstante presenten evidencias de sobrecarga laboral (128).

El número de mujeres que mantienen ellas solas a sus familias esta aumentando rápidamente; entre 1973 y 2006, la proporción de familias cuyo sostén es una madre sola aumentó de una de cada diez a una de cada cinco, en los Estados Unidos (142). En el Estado de Sonora según información proporcionada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) hasta el año 2010, existen 181,538 hogares con jefatura femenina y en la ciudad de Hermosillo esta frecuencia llega a 55,989 hogares (143).

La presente investigación mostró que 28% de los participantes femeninos, tienen hijos y no tienen pareja, por lo que es posible que sean el principal sostén económico de su familia y cumplen el rol de proveedor atribuido tradicionalmente a los hombres, lo que según la literatura aumenta el nivel de estrés y de depresión, aunado al ejercicio de una profesión reconocida como estresante (90), además de presentar lo que se conoce como vulnerabilidad por género, ya que el hecho de que una mujer encabece una familia sin apoyo la hace más vulnerable a situaciones de riesgo o eventos que pueden ser catastróficos para la persona o su familia (88).

Respecto a las diferencias estadísticamente significativas encontradas en relación a la Percepción de CVT global del personal de enfermería según *nivel de atención de salud* en que labora, se observó que el segundo nivel de atención tiene en promedio una menor al compararlo con el primer y tercer nivel de atención.

Sin embargo, la *CVT global* también presentó diferencias significativas según la variable *institución de salud en que labora*, las mayores diferencias encontradas corresponden a instituciones de salud del tercer nivel de atención, donde los promedios indican que el personal de enfermería que labora en la institución F, tienen *CVT global* alta, contrario a los que laboran en la institución B, donde la *CVT global* es mayormente de nivel bajo.

Lo anterior se puede atribuir a las características de las instituciones evaluadas, no obstante todas pertenecen a la Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora, sin embargo, al comparar específicamente las dos instituciones que tuvieron resultados que se contraponen (mayor y menor promedio de CVT del total de las instituciones), se puede decir que son similares en cuanto a que son de tercer nivel de atención de salud, las dos son pequeñas en cuanto a tamaño, pero difieren en que la institución F cuenta con equipamiento de tecnología de punta, instalaciones modernas, ambiente o clima laboral agradable, iluminación adecuada, varios accesos a la institución, estacionamiento, el personal de enfermería que ahí labora es profesional en su totalidad, existen áreas de descanso específicas para las enfermeras y se trabaja solo en el turno matutino, ya que no existen áreas de hospitalización, puesto que la atención es ambulatoria en áreas de consulta externa o de aplicación de tratamientos, los cuales son programados de lunes a viernes.

Mientras que la institución B, es un hospital de rehabilitación que no demanda equipamiento de alta tecnología, sin embargo, requiere renovarse en cuanto a mobiliario, como camas, estantes, además de la necesidad de mejorar la iluminación, ventilación y

contar con un espacio más amplio de áreas verdes, por las características de los usuarios y familias que son atendidas, otra característica que podría influir es la categoría de enfermeras ya que parte importante del personal de enfermería que labora en la institución B, no es profesional y trabaja realizando de forma indiferenciada actividades de enfermería que corresponde a personal profesional, lo que puede llevar a errores en el desempeño y frustración de los trabajadores.

En este sentido, con base en lo propuesto como objetivo prioritario de la Subsecretaría de Administración y Finanzas Mexicana, en el proyecto de mejora a los hospitales de alta especialidad, “es preciso proporcionar a los usuarios de los servicios públicos de salud instalaciones y servicios de apoyo con la mejor calidad posible, así como lograr mejores condiciones de trabajo para los médicos, enfermeras y demás personal de apoyo del sector público” (144).

La CVT global mostró diferencias estadísticamente significativas, según la variable *servicio en que labora*, el personal de enfermería que labora en servicios de consulta externa mostró un promedio de alta CVT global, mientras que los que trabajan en áreas de hospitalización un promedio de CVT media con tendencia a baja. Aunado a lo anterior, existe evidencia empírica que afirma que en el caso de los empleados, una buena CVT puede verse reflejada, por ejemplo, en mejores condiciones para realizar sus actividades, un mejor ambiente para las relaciones entre compañeros, mejores esquemas salariales, entre otros, sin embargo, una baja CVT influye de forma negativa en la rotación y en la productividad de los empleados, por lo que la institución se ve directamente afectada o beneficiada, debido a la percepción de CVT de sus trabajadores (145).

La variable *sistemas de turno que ejecuta*, presentó diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la *CVT global del personal de enfermería*, en este sentido existe

evidencia empírica que indica que existe una relación importante entre las características de la jornada laboral y la calidad de vida en el trabajo de las personas, especialmente en lo concerniente al balance entre vida y trabajo y a los efectos sobre la salud del individuo (146).

El comportamiento de la variables *CVT global del personal de enfermería* según el *sistema de turno que ejecuta* es similar a lo identificado en otras investigaciones en cuanto a la CVT encontrada en el personal del turno matutino, sin embargo, los resultados reportados por otros autores en cuanto al nivel de CVT de los que laboran en turno nocturno es bajo, mientras que en esta investigación se encontró que las personas que laboran en turno nocturno tienen un nivel alto de CVT, lo que se podría explicar ya que el personal selecciona su turno de trabajo por preferencias personales y el turno asignado es fijo, lo que permite a los que laboran en turno nocturno cierta adaptación del organismo, al compararlo con los efectos de los sistemas de turnos rotativos.

El caso del turno de jornada acumulada, llama la atención ya que la mayoría de los que laboran en dicho horario, tienen una *CVT global* nivel bajo, lo anterior podría atribuirse a que si bien es cierto laboran los fines de semana y los días feriados solamente, trabajan un número de horas muy elevado de forma consecutiva y además trabajan los días que por lo regular se realizan las reuniones familiares y la mayoría de las personas descansan, lo que no contribuye a lograr un equilibrio entre la vida y el trabajo, aunado a lo anterior, la mayoría de los que trabajan en este turno estudian de lunes a viernes o *realizan otra actividad remunerada*, lo que se relaciona de forma estadísticamente significativa con una menor CVT global del personal de enfermería.

La CVT global del personal de enfermería, está relacionada a la *forma de contratación* y según lo discutido anteriormente, ya que, se relaciona con otras dimensiones de la CVT, el

personal con tipo de contrato *a plazo fijo* presenta promedio de menor CVT al compararlo con el personal que tiene contrato indefinido, situación que afecta a 30% de los participantes en este estudio, dentro de los cuales se encuentran los más jóvenes (63% del grupo de edad de 19 a 29 años tiene contrato a plazo fijo), para quienes el proceso de lograr una mayor estabilidad laboral es cada vez más difícil, por la poca creación de nuevas plazas imperante en la realidad de los países en vías de desarrollo en Latinoamérica (129, 147).

En este sentido, una baja o mediana CVT del personal de enfermería, puede estar asociada a presentar desgaste profesional o síndrome de burnout, lo que se relaciona a una mayor rotación externa de personal y además a que el personal de enfermería tenga la intención de dejar la profesión, ya que hay evidencia empírica que indica que el desgaste emocional precede la intención de dejar el trabajo, casi tan bien como la intención de dejar el campo de la ocupación de enfermería, por lo que en la medida que se fortalezca la CVT del personal de enfermería disminuirá la búsqueda de otro trabajo y la decisión de dejar la profesión, para lo que se requiere un cambio organizacional enfocado a adoptar una forma diferente de funcionamiento bajo el paradigma de la CVT (148).

El presente estudio encontró que el personal de enfermería se encuentran medianamente satisfecho con su CVT global, entendiendo a la CVT como un fuerte indicador de las experiencias humanas en el sitio de trabajo y el grado de satisfacción de las personas que lo desempeñan, el mayor indicador de insatisfacción observado fue lo referente a salarios y derechos contractuales, por lo que es preciso que el personal de enfermería sea recompensado adecuadamente por sus contribuciones y que su calidad de vida sea un reflejo real del aporte de su trabajo a la sociedad (149).

Asimismo, el incremento de la CVT del personal de enfermería, puede servir para retener a la fuerza de trabajo de enfermería en las instituciones, lo que debe ser considerado por los

administradores de recursos humanos y tomado en cuenta por la escasez mundial de personal de enfermería (150). Al respecto es necesario enfatizar que establecer programas de mejora de la CVT del personal de enfermería, puede incrementar la efectividad organizacional porque la CVT es un predictor de la misma (43).

En este sentido, atender al personal de enfermería, debería ser uno de los objetivos prioritarios del sistema de salud, pues constituye un estándar de calidad, que repercute directamente, sobre las personas receptoras de los cuidados (151). Y al sistema de salud como encargado de cuidar al personal de enfermería, corresponde exigirle, aprovecharle al máximo, brindarle un salario decente y permitirle capacitación constante (152).

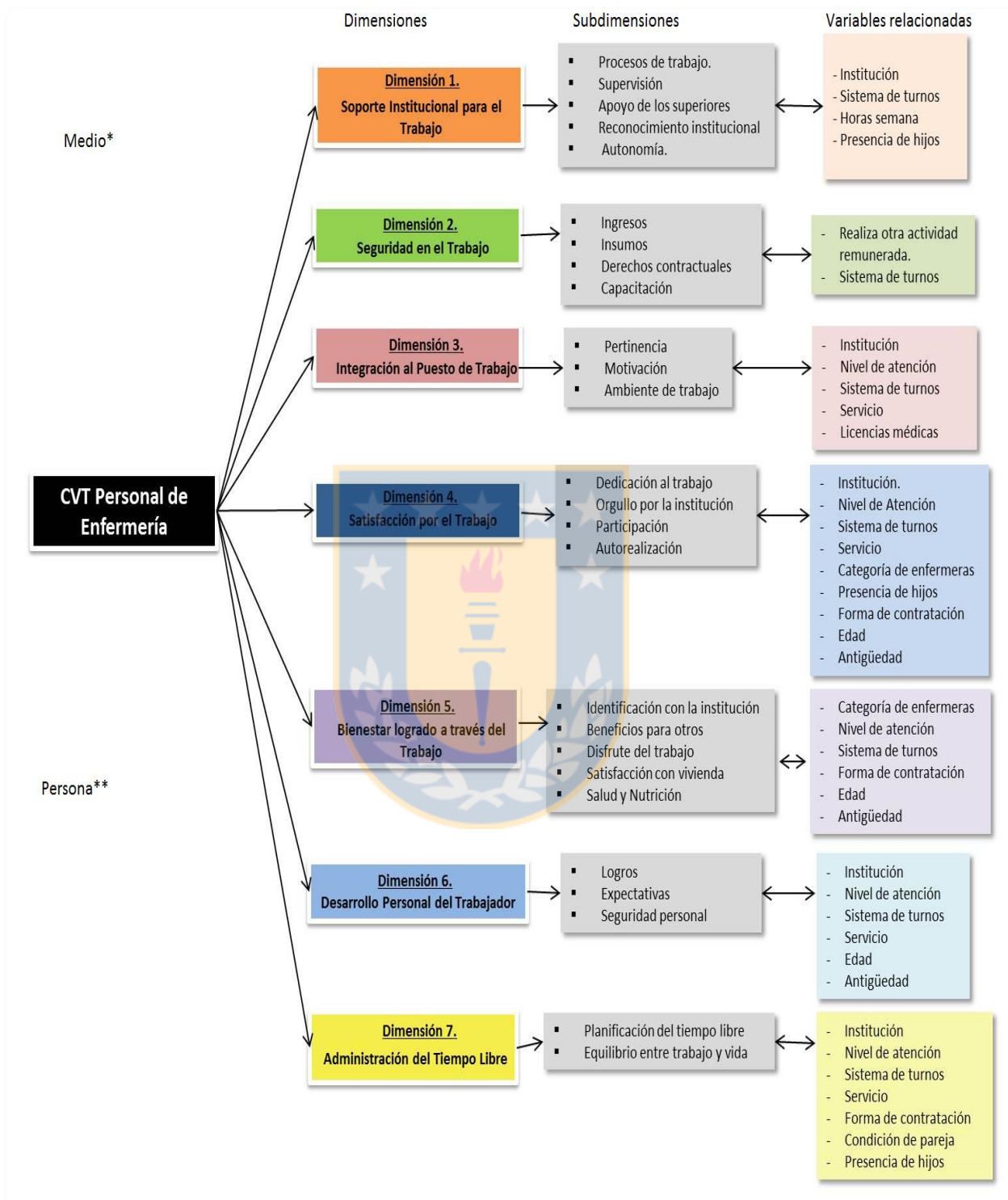
Por lo anterior, el estudio de la CVT del personal de enfermería, es de suma importancia para el sistema de salud, para el personal de enfermería y para los usuarios de los servicios, ya que, los resultados permiten visibilizar áreas de oportunidad, para implementar estrategias tendientes a elevar la salud ocupacional del personal de enfermería, fomentando ambientes saludables de trabajo, donde el trabajador o trabajadora, cuenten con las herramientas necesarias para brindar un cuidado de calidad a los usuarios, lo que solo se logrará con instituciones de salud que cuenten con amplio soporte institucional y seguridad en el trabajo, que favorezca la integración al puesto de trabajo, la satisfacción por el mismo, el desarrollo profesional, el bienestar de los individuos y un equilibrio entre la vida personal y el trabajo, lo que propiciará en términos de resiliencia tanto en el personal de enfermería y en los usuarios de los servicios de salud, una mayor confianza en el sistema de salud y a su vez una mayor cooperación para el logro de objetivos comunes (153).

Son los enfermeros los primeros responsables de visibilizar y luchar por mejorar su calidad de vida en el trabajo por ellos mismos y por el compromiso de brindar un cuidado de mejor calidad a los usuarios de los servicios de salud.

Para integrar las dimensiones y subdimensiones que conforman la CVT, aportadas por González, Hidalgo, Salazar y Preciado, con las variables biosociodemográficas y del trabajo del personal de enfermería que se relacionan, identificadas en el presente estudio, se propone un modelo de CVT del personal de enfermería (Figura VI), ya que existen diversas variables biosociodemográficas y del trabajo, que se influyen en cada dimensión, determinadas a su vez, por las características del medio y la persona, que establecen la CVT del personal de enfermería, lo que puede servir como referente para futuras aproximaciones al estudio de la CVT, en este grupo de trabajadores.



Figura VI. Propuesta de modelo de CVT del personal de enfermería



* Entiéndase por Medio: al social, económico, político, ambiental, cultural, en el que el personal de enfermería se desarrolla. ** Entiéndase por Persona: al ser humano desde un punto de vista integral, biopsicosocial y espiritual.

V. CONCLUSIONES

El objetivo principal de la presente investigación fue determinar la Calidad de Vida en el Trabajo del Personal de Enfermería de la Secretaría de Salud Pública de Hermosillo, Sonora, México, del primer, segundo y tercer nivel de atención y las variables biosociodemográficas y factores del trabajo con los que se relaciona. En este sentido, después del análisis de la información y los resultados, se concluye lo siguiente:

- El promedio de CVT global del personal de enfermería de los tres niveles de atención de salud se categorizó como medio.
- El personal de enfermería que labora en el primer y tercer nivel de atención tiene un promedio de CVT global medio, mientras que en el segundo nivel de atención, se observó dentro del grupo de enfermeras profesionales un promedio de CVT global bajo.
- El personal de enfermería que labora en consulta externa tiene promedio de CVT global mayor que las que laboran en otros servicios.
- El personal de enfermería que tienen contrato indefinido tiene promedio de CVT global mayor que el de contrato a plazo fijo.
- Existen diferencias en los promedios de CVT global, según la institución de salud donde el personal de enfermería labora.
- El personal de enfermería que realiza otra actividad remunerada tiene promedio de CVT global menor que el que personal que no realizan otra actividad remunerada.
- El personal de enfermería que ha presentado licencias médicas en los últimos seis meses, tiene un promedio de CVT global menor a los que no han presentado licencias médicas en los últimos seis meses.

- El personal de enfermería de género femenino tienen un promedio de CVT global mayor que el personal de enfermería de género masculino.

En cuanto a las dimensiones que conforman la CVT, se concluye que:

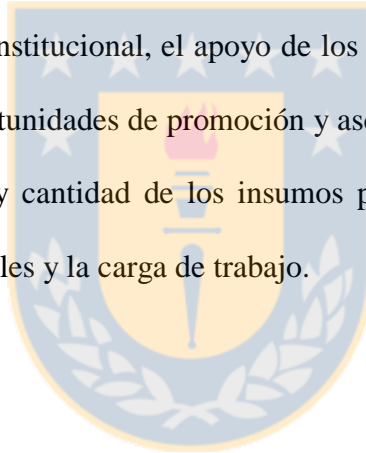
- Casi la mitad del personal de enfermería de la Secretaría de Salud Pública percibe desarrollo personal bajo. Se observó relación estadísticamente significativa entre desarrollo personal del trabajador y las variables: edad, antigüedad, servicio, nivel de atención, institución en que labora y sistema de turnos que ejecuta.
- Más de la mitad del personal de enfermería, percibe administración del tiempo libre con niveles de baja a media. Las variables que se relacionan de forma estadísticamente significativa con la administración del tiempo libre son: presencia de hijos, condición de pareja, nivel de atención, forma de contratación, sistema de turnos que ejecuta, servicio e institución en que labora.
- Dentro del primer y tercer nivel de atención, la mayoría del personal de enfermería se encuentra con satisfacción por el trabajo nivel alto, contrario a lo identificado en el segundo nivel de atención, donde la mayoría presenta satisfacción con el trabajo nivel bajo. Las variables que se relacionan de forma estadísticamente significativa con esta dimensión, son: edad, antigüedad, presencia de hijos, categoría de enfermeras, institución en que labora, servicio, nivel de atención, forma de contratación y sistema de turnos que ejecuta.
- En el primer nivel de atención se encontró que casi la mitad tienen bienestar logrado a través del trabajo nivel alto, mientras que en el segundo y tercer nivel

de atención más de la mitad perciben bienestar logrado a través del trabajo nivel bajo. Las variables que mostraron relación estadísticamente significativa con la dimensión de bienestar logrado a través del trabajo son: edad, antigüedad, nivel de atención, servicio, categoría de enfermeras, forma de contratación y sistema de turnos que ejecuta.

- La mitad de los participantes perciben soporte institucional nivel alto, sin embargo, la otra mitad percibe de medio a bajo soporte. Las variables: institución en que labora, sistema de turnos que ejecuta, horas trabajadas en la última semana y presencia de hijos.
- Percepción de seguridad en el trabajo nivel alto, se encontró solo en una tercera parte de los miembros del equipo de enfermería participantes en este estudio, niveles de baja a media seguridad en el trabajo, se observaron en los otros dos tercios de la muestra. La seguridad en el trabajo se relaciona de forma significativa con las variables: realiza otra actividad remunerada y sistema de turnos que ejecuta.
- La mitad de los participantes perciben baja integración al puesto de trabajo, mientras que la otra mitad presenta niveles de media a alta integración al puesto de trabajo. Se observó que la dimensión integración al puesto de trabajo se relaciona de forma significativa con las variables: institución en que labora, servicio, licencias médicas y sistema de turnos que ejecuta.
- La variable sistema de turnos que ejecuta, se relaciona de forma estadísticamente significativa con todas las dimensiones de la CVT del personal

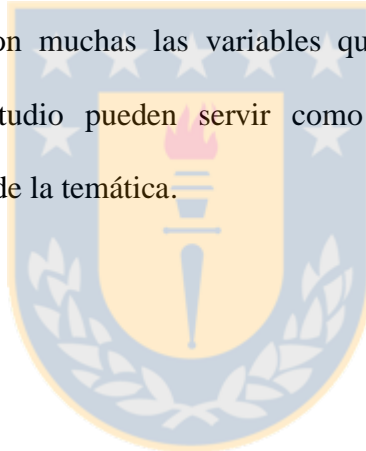
de enfermería, lo que explica que el sistema de turnos es un elemento importante para mantener el equilibrio entre el trabajo y la vida del trabajador.

- El personal de enfermería en general, tiene una adecuada motivación, percibe un buen ambiente de trabajo, se encuentra orgulloso por trabajar en la institución, satisfecho con las funciones que desempeña, el uso de sus habilidades y creatividad, se identifica con la imagen institucional, reconoce que su trabajo tiene beneficios para otros y se percibe con buena salud.
- El personal de enfermería percibe que es necesario mejorar el diseño y la forma de evaluación de los procesos de trabajo, la retroalimentación de la supervisión, el reconocimiento institucional, el apoyo de los superiores para la resolución de problemas, las oportunidades de promoción y ascensos, la libertad de opinión, el salario, la calidad y cantidad de los insumos para el trabajo, el respeto a los derechos contractuales y la carga de trabajo.



Limitaciones

- Los resultados obtenidos de la presente investigación no se pueden generalizar a instituciones de salud privadas, ya que cuentan con características distintas, además los resultados corresponden a un período de tiempo determinado, debido a que las condiciones de trabajo y características individuales de los participantes varían en los diferentes períodos de tiempo.
- La realización de un modelo estadístico de la CVT del personal de enfermería, no fue posible ya que la CVT es un constructo amplio que constituye un fenómeno de gran complejidad y son muchas las variables que intervienen, no obstante los resultados de este estudio pueden servir como base para incentivar futuras investigaciones dentro de la temática.



Sugerencias

A la Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora:

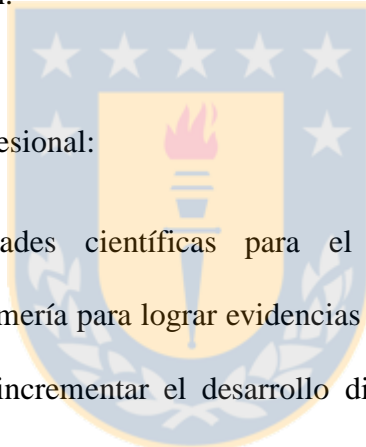
- Implantar protocolos de descripción de cargos para las distintas categorías del personal de enfermería, en los tres niveles de atención de salud.
- Dar a conocer al personal de enfermería de forma explícita por medio de convocatorias públicas cuales son los requisitos para acceder a un contrato indefinido o a promociones y/o ascensos.
- Promover líneas de investigación que profundicen en la calidad de vida en el trabajo del personal de enfermería y la calidad de los cuidados.
- Implementar concursos para becas de estudios de especialización y grados académicos y reconocer dichas categorías académicas con una mayor remuneración, para que el personal de enfermería pueda percibir oportunidades sólidas de mejora en su nivel de vida y especialmente incrementar la calidad de atención y satisfacción usuaria.
- Mejorar la cantidad y calidad de los insumos para el trabajo del personal de enfermería.
- Mejorar lo referente a condiciones de seguridad e higiene, sistemas de protección a la salud y planes de retiro del personal de enfermería.
- Implementar áreas específicas en las diversas instituciones de salud para que el personal realice pausas cortas en el trabajo, que le permitan reincorporarse a sus labores de una forma más saludable para proporcionar un cuidado libre de riesgos.

A las jefaturas de enfermería de las instituciones de salud pertenecientes a la Secretaría de Salud Pública:

- Implementar capacitación dirigida al personal de enfermería que ejerce como supervisor, en estilos de liderazgo, promoviendo una supervisión que brinde apoyo para la resolución de problemas y con adecuada retroalimentación al personal de enfermería.
- Desarrollar estrategias que propicien mejores ambientes laborales, que promuevan además, la disminución de riesgos y que motiven a ingresar y permanecer en el ejercicio de la profesión.

Al personal de enfermería profesional:

- Agruparse en sociedades científicas para el impulso de las respectivas especialidades en enfermería para lograr evidencias que permitan otorgar una mejor atención al usuario e incrementar el desarrollo disciplinar, lo que propiciará un mayor reconocimiento social, elevando el estatus de la profesión y de forma secundaria incidirá en el incremento de la calidad de vida en el trabajo de enfermeras.
- A través del trabajo colegiado, promover políticas públicas para favorecer cambios estructurales que propicien el trabajo decente para enfermeras y enfermeros.



VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carvalho MV. Qualidade de vida no trabalho. 2da. ed. Petrópolis: Vozes; 1994
2. Toledo A, Merino J, Cruz M. Validez Constructiva de la Escala Q-Labors 56 en Enfermeros/as Chilenos/as. Cienc. enferm. 2010; XVI (3):41-47.
3. Muñoz M. Mobbing en Chile. Concepto Tratamiento legal y juicio. Chile: Impresora Icaro; 2006.
4. Marx K. El capital. México: Siglo XXI Editores; 1973.
5. Código del Trabajo [Internet] Santiago: Gobierno de Chile. Ministerio del trabajo y previsión social; 2014 [Citado 1 abril 2014]. Disponible en: <http://www.dt.gob.cl/legislacion/1611/w3-article-95516.html>
6. Ley Federal del Trabajo. Título Primero. Artículo 3° [Internet]. México: Cámara de Diputados H. Congreso de la Unión; 1970. [Citado 15 Marzo 2012]. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/125.pdf>
7. Neffa J. El trabajo humano. Contribución al estudio de un valor que permanece. Argentina: Grupo Editorial Lumen Humanitas; 2003.
8. Organización Internacional del Trabajo. Oficina Regional para América Latina [Internet] Suiza; 2012 [Citado 15 de Marzo 2012]. Disponible en: <http://white.oit.org.pe/portal/especial.php?secCodigo=150>.
9. Aguilar J. El trabajo como objeto sociológico [Internet] sf [Citado 15 de Marzo 2012] 9-23 p. Disponible en: http://www.uclm.es/ab/educacion/ensayos/pdf/revista11/11_1.pdf
10. Espinoza M. Trabajo decente y protección social (Chile): Santiago. Oficina Internacional del Trabajo; 2003.

11. Walker F. Rol de los Estados para hacer cumplir las normas internacionales del trabajo y promover el trabajo decente. *Rev Lab Chil.* 2005; (8): 89-99
12. Organización Internacional del Trabajo. Las reuniones internacionales destacan el creciente movimiento global a favor del trabajo decente. *Trabajo* [Internet] Suiza; 2008 [Citado 15 de Abril 2012];65:60-1. Disponible en: <http://international.vlex.com/vid/decente-reuniones-destacan-54095238>
13. Organización Internacional del Trabajo. Misión y Objetivos. [Internet] Suiza; 2012 [Citado 15 Abril 2012] Disponible en: <http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/mission-and-objectives/lang--es/index.htm>
14. Organización Internacional del Trabajo. Tendencias mundiales del empleo 2012. Prevenir una crisis mayor del empleo. Oficina Internacional del Trabajo. [Internet] Suiza; 2012 [Citado 15 Abril 2012] Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/--publ/documents/publication/wcms_168095.pdf
15. Organización Internacional del Trabajo. Cinterfor. Trabajo decente y formación profesional. [Internet] Uruguay; 2001. [Citado 18 Abril 2012]. Disponible en: <http://www.ilo.org/public//spanish/region/ampro/cinterfor/publ/boletin/153/index.htm>
16. Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Guía Técnica para la evaluación y control de los riesgos asociados al manejo o manipulación manual de carga [Internet]. Chile: Gobierno de Chile; 2008. [Citado 18 Abril 2012]. Disponible en: <http://www.cec.uchile.cl/~com-parit/images/comite/guiacarga.pdf>
17. Carvallo B. Riesgos laborales en el ejercicio de la enfermería. *Actual. Enferm.* 2003; 6(3):25-30.

18. Mateu-Cantarell N, Patricio-Bondia P, Farré-Subirada C, Mas-Gardo M. Protegiéndonos ganamos en salud y ahorramos en recursos. Rev Paraninfo digital. [Internet] 2011; 12. [Citado 18 Abril 2012]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n11-12/202d.php>
19. Organización Internacional del Trabajo. No perjudicar. El dialogo social también beneficia a los pacientes. Trabajo [Internet] Suiza; 2004 [Citado 16 Julio 2012]; 51:19-20. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/documents/publication/dwcms_080712.pdf
20. Yáñez-Gallardo R, Valenzuela-Suazo S. Incidentes críticos de erosión de la confianza en el liderazgo de enfermería. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2012; 20(1):143-50.
21. Nigenda G, Ruiz JA, Rosales Y, Bejarano R. Personal de enfermería con licenciatura en México: valoración del desperdicio en su formación y en el mercado de trabajo. Salud Pública Méx. 2006; 48 (1):22-9.
22. Rosales-Martínez Y, Nigenda G, Galarraga O, Ruiz-Larios JA. Expectativas de migración internacional en estudiantes de enfermería en México, Distrito Federal. Salud Pública Méx. 2010; 52(3): 244-53
23. Schwartzmann L. Calidad de Vida Relacionada con la Salud: Aspectos Conceptuales. Cienc. enferm. 2003; 9(2): 9-21.
24. Espinosa M, Morris P. Calidad de vida en el trabajo: percepciones de los trabajadores. Cuadernos de Investigación. Cuaderno No. 16. Santiago (Chile): Dirección del trabajo, Departamento de Estudios del Gobierno de Chile; 2002.
25. Salazar E, Valencia A, Barraza H. Panorama teórico sobre la Vida Laboral. Rev. Populus per Saluten. 2007; 3(1):24-8.

26. González B, Hidalgo S, Salazar E, Preciado S. Elaboración y Validación del Instrumento para Medir Calidad de Vida en el Trabajo "CVT-GOHISALO". *Cienc. Trab.* 2010; 12 (36):332-40
27. French W, Bell C. *Desarrollo Organizacional*. México: Prentice Hall; 1996.
28. Gibson J, Ivanicevich, J Donnelly J. *Las organizaciones*. 8va. ed. España: Editorial Mc Graw Hill; 1996.
29. Ortiz J, Arias F. El desgaste profesional (Burnout) y Calidad de Vida en el Trabajo como predictores de la búsqueda de otro trabajo en profesionales de la salud y de la educación en el occidente de México. *Cienc. Trab.* 2009; 11(34):222-26.
30. Yela C. *Violencias en el sector sanitario violencias visibles e invisibles que someten a las personas en torno al acto sanitario: II Plan Director en Prevención de Riesgos Laborales de la Comunidad de Madrid*. España: Editorial Borrmarkt; 2005.
31. Paravic T, Valenzuela S, Burgos M. Violencia percibida por trabajadores de atención primaria de salud. *Cienc. enferm.* 2004; X (2):53-65.
32. Barrios S, Paravic T. Percepción de violencia de usuarios hospitalizados en los servicios clínicos de un hospital público de la región de la Araucanía, Chile. *Cienc. enferm.* 2009; XV (3):29-43.
33. Burgos M, Paravic T. Violencia hospitalaria de pacientes. *Cienc. enferm.* 2003; IX (1):9-14.
34. Bernat A, Izquierdo P, Jiménez L, Bardón I, Casado M. Satisfacción laboral: Análisis de las variables predictoras en una muestra de profesionales de la salud, en Atención Especializada, de un área sanitaria de la Comunidad de Madrid. *Med. segur. trab.* 2009; 55(217): 49-56.

35. Fernández B, Paravic T. Nivel de satisfacción laboral en enfermeras de hospitales públicos y privados de la provincia de Concepción, Chile. *Cienc. enferm.* 2003; 9 (2):57-66.
36. Cruz M, Chávez M, Barcellos R, Almeida L, de Oliveira I, Pedrao L. Exceso de trabajo y agravios mentales a los trabajadores de la salud. *Rev Cuba Enfer.* 2010; 26 (1):52-64.
37. Plan Estatal de Desarrollo. Gobierno del Estado de Sonora. México. [Internet] 2009 [Citado 18 Abril 2012]. Disponible en: <http://transparencia.esonora.gob.mx/NR/rdonlyres/DEC7660C-FD64-4E1B-994570655045B909/52651/Planestataldedesarrollo20092015.pdf>
38. Almalki M, FitzGerald G, Clark M. Quality of work life among primary health care nurses in the Jazan region, Saudi Arabia: a cross-sectional study. *Human Resources for Health* [Internet] 2012; 10:30 [Citado 13 Octubre 2012]. Disponible en: <http://www.human-resources-health.com/content/10/1/30>
39. Vagharseyyedin, SA. The Nature Nursing Quality of Work Life: An Integrative Review of Literature. *West. j. nursing res.* 2011; 33 (6): 786-804.
40. Hanzeliková A, García MV, Pomares M, Pardo MJ, Del Monte J. La calidad de vida profesional de las enfermeras en geriatría. *Enferm. glob* [Internet]. 2011; 4 (24):145-57. [Citado 13 Octubre 2012]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412011000400012&script=sci_arttext
41. Nayeri ND, Salehi T, Noghabi A. Quality of work life and productivity among Iranian Nurses. *Contemp. nurse.* 2011; 39(1):106-18.

42. Silli A, Fida R, Vellone E, Gianlorenzi A, Alvaro R. Organizational health and quality of life: survey among ambulance nurses in prehospital emergency care. *Med. Lav.* 2011; 102 (6): 511-22.
43. An J, Yom Y, Ruggiero J. Organizational Culture, Quality of Work Life, and Organizational Effectiveness in Korean University Hospitals. *J. transcult. nurs.* 2011; 22(1):22-30.
44. Nirali P, Rashmi P. Study of Quality of Work Life of Nurses and its Impact on their Job Satisfaction in Selected Private & Government Hospitals of Gujarat. *IJBR.* 2010; 10(3):172-77.
45. Andrades L, Valenzuela S. Factores asociados a calidad de vida de enfermeras hospitalarias chilenas. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2007; 15(3). [Citado 9 Abril 2012]. Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae
46. Organización Panamericana de la Salud. Serie desarrollo de Recursos Humanos. Panorama de la fuerza de trabajo en Enfermería en América Latina. [Internet] Washington, D.C. 2005 [Citado 13 Febrero 2014]. Disponible en: www.ops.org.bo/textocompleto/ift26346.pdf
47. Secretaría de Salud. SSA. México. Gobierno del Estado de Sonora [Internet]. Hermosillo, Sonora, México; 2009 [Citado 21 Abril 2012]. Disponible en: <http://www.gobierno.com.mx/secretaria-de-salud/>
48. Secretaría de Salud. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Carta de los derechos generales de las Enfermeras y Enfermeros. [Internet] México DF; 2005 [Citado 21 Abril 2012]. Disponible en: <http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/cartas/cartaenfermeria.php?seccion=22>

49. Brooks B, Anderson M. Defining Quality of Nursing Work Life. *Nurs Econ.* 2005; 23, (6): 319-30.
50. Quintana-Zavala M, Valenzuela-Suazo S, Paravic-Klijn T. Enfermería desde la perspectiva del trabajo decente. *Enferm.glob.* 2014; 13 (1): 302-9.
51. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. [Internet] México: INEGI; 2009 [Citado 8 de Abril 2012]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/geo/contenidos/geoestadistica/catalogosclavez.aspx>
52. Gobierno del Estado de Sonora. Sonora Saludable. [Internet] México: Secretaría de Salud Pública; 2009 [Citado 15 Abril 2012]. Disponible en: <http://isssuu.com/gobiernosonora/docs/sonorasaludable>
53. Secretaría de Salud Pública. División Jurisdiccional. Sonora, México. [Internet] México: Secretaría de Salud Pública [Citado 8 Abril 2012]. Disponible en: http://www.saludsonora.gob.mx/division_jurisdiccional.phd
54. Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013 Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud [Internet] México: Diario Oficial de la Federación.; 2013 [Citado 2 Noviembre 2012]. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013
55. Navajas J. De la Calidad de Vida Laboral a la gestión de calidad. Una aproximación psicosocial a la calidad como práctica de sujeción y dominación. [Tesis doctoral]. España: Universidad Autónoma de Barcelona; 2003.
56. Chiavenato I. Introducción a la Teoría General de la Administración. 8va. ed. México: Editorial Mc Graw Hill; 2014.

57. González R, Hidalgo G, Salazar J, Preciado M. Instrumento para medir la Calidad de Vida en el Trabajo CVT-GOHISALO. Manual para su aplicación e interpretación. México: Ediciones de la Luna; 2010.
58. Duro A. Psicología de la Calidad de Vida Laboral. Trabajo, trabajador y consecuencias del trabajo sobre el trabajador. España: Ediciones Pirámide; 2013.
59. García M. Introducción al estudio de la percepción. Universidad de Jaén. [Internet] España; sf [Citado 24 Octubre 2013]; España: Universidad de Jaen. Disponible en: <http://www4.ujaen.es/~mrgarcia/Tema1PAM.pdf>
60. Roca J. Percepción: Usos y Teorías. Apunts: Educació Física i Esports.1991;0 (25):9-14.
61. Newstrom J. Comportamiento humano en el trabajo. 13 ed. México: Mc Graw Hill; 2011.
62. Albanesi de Nasetta, S. Percepción de calidad de vida profesional en trabajadores de la Salud. Alternativas. 2013; 27: 28-39.
63. Wu S, Li H, Tian J, Zhu W, Li J, Wang X. Health-related quality of life and its main related factors among nurses in China. Ind Health. 2011; 49 (2): 158-65.
64. Mohammad R, Ali Khani, Parvic G, Jalil E. Evaluación de la Calidad de Vida en el Trabajo y su relación con el desempeño laboral de las enfermeras. Irán J Nurs Res obstetricia. 2010; 15 (4): 224-27.
65. Sosa-Cerda O, Cheverría-Rivera S, Rodríguez-Padilla M. Calidad de vida profesional del personal de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2010; 18 (3): 153-58.

66. Romero M, Mesa L, Galindo S. Calidad de vida de las(os) profesionales de enfermería y sus consecuencias en el cuidado. *Av.enferm.*2008; 26(2): 59-70.

67. Garriga D. Calidad de vida profesional de las enfermeras dentro del equipo multidisciplinar. *Agora de enfermería.* 2008; 12(4):148-53.

68. Milosevic M, Golubic R, Knezevic B, Golubic K, Bubas M, Mustajbegovic J. Work ability as a major determinant of clinical nurses quality of life. *J. clin. nurs.* 2011; 20:19-20.

69. Wu S. A compararison of effect of work stress on Bournout and Quality of Life between female nurses and female doctors. *Arch. environ. occup. health.* 2011; 66 (4):193-200.

70. Jian-An S, Hsu W, Hin-Yeung T, Jhn-Long W. Mental health and quality of life among doctors, nurses and other hospital staff. *Stress Health.* 2009; 25 (5): 423-430.

71. Sánchez-González R, Álvarez-Nido R, Lorenzo-Borda S. Calidad de vida profesional de los trabajadores de Atención Primaria del Área 10 de Madrid. *Medifam.* 2003; 13: 291-96.

72. Alonso M, Iglesias AI, Franco A. Percepción de la calidad de vida profesional en un área sanitaria de Asturias. *Aten. primaria.* 2002; 30:483-9.

73. Garzón G, Chacón G, Rodrigo R, Alemany A, Domínguez C, Martínez C. Análisis de la calidad de vida laboral y de los factores relacionados con esta en un área de atención primaria. *Rev calid. asist.* [Internet] 2010; [Citado 15 Febrero 2012]. Disponible en: [http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S1134-282X\(10\)00100-4.pdf](http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S1134-282X(10)00100-4.pdf)

74. Quezada F, Sanhueza A, Silva F. Diagnóstico de la calidad de vida laboral percibida por los trabajadores de cuatro servicios clínicos del complejo asistencial “Dr. Víctor Ríos Ruiz” de los Ángeles. *Horizontes Empresariales.* [Internet] 2010; 9(1):55-68. [Citado 15

Febrero 2012]. Disponible en:
<http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/42/version%209-1/diagnostico.pdf>

75. Polit D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. Principios y métodos. 6ta Edición. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000.

76. Emanuel E. ¿Qué hace que una investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. Pautas Éticas de Investigación en Sujetos Humanos: Nuevas Perspectivas. [Internet]. [Citado 11 Mayo 2013]. Disponible en: http://cursos.puc.cl/enf1123-1/almacen/1306257874_mcatoni_sec1_pos0.pdf

77. Poblete, T, Valenzuela, S. Enfermeras en riesgo: Violencia laboral con enfoque de género. Index Enferm, 2005; 14 (51):40-4.

78. Martínez M, Latapí P, Hernández I, Rodríguez J. Sociología de una profesión: El caso de enfermería. E.U.A.: Centro de Estudios Educativos; 1985.

79. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquete A, Major F. El pensamiento enfermero. Versión Española. España: Masson, S.A.;1996.

80. Universidad de la Américas de Puebla. Psicología-Adulto Joven. México. [Internet] sf [Citado 9 Noviembre 2013]. Disponible en:
<http://www.slideshare.net/psicologiaudlaprovi/aduldez-joven-5984820>

81. Ya-Wen L. Predicting Quality of Work Life on Nurses Intention to Leave. Journal of Nursing Scholarship, 2013; 45(2):160-68.

82. López-Montesinos M. Consecuencias psicosociales del trabajo del personal de enfermería como indicadores subjetivos de rendimiento desde el enfoque de la gestión de los recursos humanos. [Tesis Doctoral]. España: Universidad de Murcia; 2009.

83. Quintana-Zavala M, Vázquez Arreola L, Moreno-Monsiváis M, Salazar-Ruibal R, Tinajero-González R. Costos directos e indirectos de hospitalización en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. *Biotécnia*. 2009; 11 (2): 42-50.

84. Torresano D. Análisis empírico de la discriminación salarial por género y etnia en el Ecuador en el año 2008. [Tesina Doctoral]. España: Departamento de Economía Aplicada. Programa de Doctorado en Economía Aplicada. Universidad Autónoma de Barcelona; 2009.

85. Molina J, Avalos F, Valderrama L, Uribe A. Factores relacionados con la satisfacción laboral de la enfermería de un hospital médico-quirúrgico. *Invest Educ Enferm*. 2009; 27(2):218-25.

86. Dahl B, Andrews T, Clancy A. Contradictory discourses of health promotion and disease prevention in the educational curriculum of Norwegian public health nursing: A critical discourse analysis. *Scand J Public Health*. 2013; 0: 1–6.

87. Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de la salud en las Américas. Edición de 2007. Washington, D.C.: OPS; 2007.

88. Enríquez-Acosta J, Bernal-Salazar S. Vulnerabilidad social y vivienda en Sonora, México. Cuaderno de estudios regionales en economía, población y desarrollo. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, México: Red Iberoamericana de estudios del desarrollo; 2013.

89. Ramírez-Elizondo N, Paravic-Klijn T, Valenzuela-Suazo S. Riesgo de los turnos nocturnos en la salud integral del Profesional de Enfermería. *Index Enferm*. 2013; 22(3): 152-55.

90. De Varga D, Dias A. Prevalencia de depresión en trabajadores de enfermería de Unidades de Terapia Intensiva: estudio en hospitales de una ciudad del noroeste del Estado

de Sao Paulo. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet] 2011 [Citado 10 Noviembre 2013]; 19 (5). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/es_08.pdf

91. Jofré V, Valenzuela S. Bournout en personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Rev Aquichan 2005; 5 (1): 56-63.

92. Vílchez-Barboza, V. Paravic-Klijn, T, Valenzuela-Suazo, S. Contribución de Enfermería al abordaje de los trastornos psicósomáticos de la mujer trabajadora. Enferm. glob. 2013; 31:254-64.

93. Calabrese G. Implicaciones laborales en el anestesiólogo. Rev. colomb. anesthesiol. 2005, 33(3):187-94.

94. Turcotte P. Calidad de Vida en el Trabajo. México: Editorial Trillas; 1986.

95. Bestratén M. et al. Condiciones de trabajo y salud. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene. 5ta. Ed. España: Servicio de Ediciones y Publicaciones I.N.S.H.T. Madrid; 2003.

96. Williams S, Cooper L. Manejo del estrés en el trabajo: Plan de acción detallado para profesionales. Biblioteca Nacional de México. México: Editorial el Manual Moderno; 2004.

97. Delgado D, Inzulza M, Delgado F. Calidad de vida en el trabajo: Profesionales de la salud de Clínica Río Blanco y Centro de Especialidades Médicas. Med. segur. trab. Madrid. [Internet]. 2012 [Citado 10 Diciembre 2013] 58 (228) Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465546X2012000300006&lng=es&nrm=iso>.

98. Yáñez-Gallardo R, Valenzuela-Suazo S. Conductas críticas para experimentar confianza en el liderazgo en enfermería en un hospital de alta complejidad. Rev Aquichan.2013; 13(2):186-96.

99. Gillet N, Fouquereau E, Bonnaud-Antignac S, Mokoukolo R, Colombat P. The mediating role of organizational Justice in the relationship between transformational leadership and nurses quality of work life: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2013; 50:1359-67.
100. Fernández – Montalvo J, Piñol E. Horario laboral y salud: consecuencias psicológicas de los turnos de trabajo. *Revista de Psicopatología y Psicológica Clínica*. 2000; 5 (3):207-22.
101. Lorenz V, Cardoso M, Oliveira M. Bournout y estrés en enfermeros de un hospital universitario de alta complejidad. *Rev. Latino-Am Enfermagem* [Internet] 2010 [Citado 27 Diciembre 2013].18 (6): nov-dic. Disponible en: [www.eerp.usp/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)
102. González-Lara F, Muñoz-Medina I, Lizcano L. Causas de insatisfacción profesional en el personal de enfermería de jornada acumulada del Hospital General del Calvillo Aguascalientes. *Maestría en Administración de Hospitales y Servicios de Salud*. [Internet]. 2012 [Citado 27 Diciembre 2013]. 58 (228) Disponible en: <http://dossierinvestigacioncualitativa.blogspot.mx/2012/08/causas-de-insatisfaccion-profesional-en.html>
103. Gago-López M, Otero-López C, Calvo-Alonso J, Carracedo-Martin R, Bouzada-Rodríguez A, Otero-López. El trabajo a turnos. Una realidad en la vida y salud de las enfermeras. *NURE Inv*.2013; 10(64):1-23.
104. Uribe J. *Violencia y acoso en el trabajo Mobbing*. México: Manual moderno; 2011.
105. Chiavenato I. *Administración de recursos humanos. El capital humano de las organizaciones*. 9na ed. México: Mc Graw Hill; 2009.

106. FUDEN-SATSE. Estudio descriptivo del clima laboral y las condiciones de trabajo de los profesionales de enfermería en España. Observatorio de Enfermería FUDEN investigación. España. Sf.
107. Ramio A. Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya. [Tesis Doctoral]. España: Departamento de Sociología y Análisis de las Organizaciones. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Universidad de Barcelona; 2005.
108. Hellriegel D, Jackson S, Slocum J. Administración un enfoque basado en competencias. 11va ed. México, Cosegraf. 2013.
109. Carles-Hernández R, Gómez-Conesa, A; Abril Belchí, E. “Estrés de índole laboral” *Fisioterapia*. 2006; 28 (02) :87-97.
110. Hernández-Ledesma Y, Aguirre-Raya D, Díaz-Díaz B, Curbelo J. Satisfacción laboral en enfermeras de la atención primaria municipio Pinar del Rio, 2009. *Rev haban cienc méd [Internet]*. 2010. [Citado 28 Diciembre 2013]; 9(3):441-51. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2010000300019&lng=es.
111. Szecsenyi J, Goetz K, Campbell S, Broge B, Reuschenbach B, Wensing M. “Is the job satisfaction of primary care team members associated with patient satisfaction?” *BMJ Qual Saf*. 2011; 20(6):508-14.
112. Alonso-Fernández F. ¿Por qué trabajamos? El trabajo entre el estrés y la felicidad: España: Ediciones Díaz de Santos; 2008.
113. Torres-Barrera S, Chávez-González C, Lizárraga-Zambrano E, Guerra-Herrera M. Absentismo y su relación con satisfacción laboral de enfermería en una unidad médica de segundo nivel. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2007; 15 (3): 147-53.

114. Alba A, Salcedo RA, Zárata R, Higuera F. Satisfacción laboral del personal de enfermería en el Hospital General de México. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2008; 16(3): 155-60.
115. Flores-Salas J. Satisfacción laboral del personal de enfermería y satisfacción del paciente hospitalizado. [Tesis de Maestría]. México: Universidad autónoma de Nuevo León; 2002.
116. Mompert M. Administración de servicios de enfermería. España: Masson-Salvat; 1997.
127. Olivar-Castrillón C, González-Morán S, Martínez-Suárez M. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. *Aten Primaria*; 1999; 24, 352-59.
118. Ríos-Risque M, Godoy-Fernández C “Relación entre satisfacción laboral y salud general percibida en profesionales de enfermería de urgencias”. *Enferm. Clin.* 2008; 18 (3): 134-41.
119. Carretón M, Ramos I. Las relaciones públicas en la gestión de la comunicación interna. España: AIRP; 2009.
120. Moreno-Jiménez B.; Peñacoba C. Estrés asistencial en los servicios de salud. En M.A: Simon (Ed.), *Psicología de la salud. Siglo XXI* p. 739-64
121. Iriarte-Cerdán L. Factores que influyen en la Satisfacción Laboral de Enfermería en el Complejo Hospitalario de Navarra. [Tesis de Master]. España: Máster Universitario en Investigación en Ciencias de la Salud, Universidad Pública de Navarra España; 2012.

122. Bosqued M. ¡Que no te pese el trabajo! Como combatir el estrés y la ansiedad en el ámbito laboral: Mobbing, estar quemado, tecnoestrés. España: Ediciones Gestión 2000; 2005.

123. Morales-Valle A. Trabajo y vida en equilibrio. México: PAIDOS; 2004.

124. González L, et al. Relación de la satisfacción laboral con estilos de liderazgo en enfermeros de hospitales públicos, Santiago, Chile. Cienc. enferm. 2013; 19(1):11-21.

125. Jiménez-Peláez E, Pérez-Martínez E. Satisfacción laboral de la enfermera. Rev Enferm IMSS. 1999; 7 (3): 177-80.

126. Ríos M, Godoy C. Satisfacción laboral en un colectivo de enfermería de urgencias. Revista científica de la sociedad española de urgencias y emergencias. [Internet]. 2008 [Citado 20 febrero 2014]; II(0):6 Disponible en: <http://enfermeriadeurgencias.com/ciber/julio/pagina6.html>

127. Briceño CE et al. Satisfacción laboral en el personal de enfermería del sector público. Revista Electrónica de Medicina Intensiva [Internet]. 2005; [Citado 26 diciembre 2013]; 5(4): 1-6. Disponible en: <http://remi.uninet.edu/2005/05/REMIA030.pdf>

128. Guerrero J, Pulido G. Trabajo, salud y régimen contractual en personal de enfermería: un enfoque psicosocial. av. enferm. 2010; XXVIII (2):111-22.

129. Jacinto C, Millenar V. Enfoques de programas para la inclusión laboral de los jóvenes pobres: lo institucional como soporte subjetivo: Ultima décad. 2009; 17 (30):67-92.

130. Leitao I, Fernandez A, Ramos I. Saude ocupacional: analizando os riscos relacionados a equipo de enfermagem uma unidade terapia intensiva. Cienc Cuid Saude. 2008; 7 (4): 476-84.

131. Urbanetto J, Silva P, Hoffmeister E, Negri B, Costa E, Figueiredo C. Workplace stress in nursing works from an emergency hospital: Jos Stress Scale analysis. *Rev. Latino-Am Enfermagem*. 2011;19(5):1122-31.

132. Herrera-Amaya, Manrique-Abril. Condiciones laborales y grado de satisfacción de profesionales de enfermería. *Rev Aquichan*. 2008; 8(2):243-56.

133. Echeverría M, López D. Flexibilidad Laboral en Chile: Las Empresas y las Personas. Departamento de Estudios. Dirección Del Trabajo. Chile .2004.

134. Parra S, Paravic K. Satisfacción laboral en Enfermeras/os que trabajan en el Sistema de Atención Médica de Urgencia (SAMU). *Cienc. enferm*. 2002 8(2): 37-48.

135. GOHNET. Red Mundial de Salud Ocupacional. De una promoción de la salud en el lugar de trabajo hacia la gestión integradora de la salud en el lugar de trabajo. 2013; 6: 1-12.

136. Organización Mundial de la Salud. Entornos Laborales Saludables: Fundamentación y Modelo de la OMS. Contextualización, Prácticas y Literatura de Apoyo. Ginebra: OMS; 2010.

137. Saavedra N, Fuentealba C, Pérez J. Cuestionario de evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo. SUSESO-ISTAS 21. Chile: Unidad de Comunicación y extensión SUSESO; 2009.

138. Norcutt, K. Keeping Your Spirits Up: Time Management for the Busy Nurse. [Internet] 2013. [Citado 15 Enero 2014] Disponible en: <http://enfermeriajw.com/mantener-el-animo-gestion-del-tiempo-para-la-ocupada-enfermera/>

139. Sandberg S. Vayamos Adelante. Las mujeres, el trabajo y la voluntad de liderar. México: Editorial Conecta; 2013.

140. Mosqueda-Díaz A, Paravic-Klijn T, Valenzuela-Suazo S. División sexual del trabajo y enfermería. *Index Enfer.* 2013; 22 (1-2):70-4.

141. Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía. Mujeres y hombres en México 2011. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Instituto Nacional de las Mujeres. México: INEGI; 2012.

142. Boushey, H. The New Breadwinners, The Shriver Report: A woman Nation Changes Everything. USA; 2009.

143. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda 2010. [Internet] México: INEGI; 2010. [Citado 25 de Abril 2014]; Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mapatematico/Default.aspx>

144. Subsecretaría de Finanzas. Programa de Acción Específico 2007-2012. Hospitales Regionales de Alta Especialidad. Esquema de Proyectos de Prestación de Servicios. México: Secretaría de Salud; 2007.

145. Flores R, Madero S. Factores de la CVT como predictoras de la intención de permanencia. *Acta Universitaria.* 2012; 22 (2): 24-31.

146. Gómez C, Ponce E. Modelo Integrativo de la Calidad de Vida Laboral percibida a partir de la inseguridad laboral, la jornada laboral y el salario, para hombres y mujeres trabajadores de empresas de la ciudad de Bogotá en diferentes rangos de edad. *Psychologia: Avances de la disciplina.* 2010; 4(2):113-29.

147. Cortes R, Ramírez A, Restrepo M, Vargas B. Declaración del Consejo Técnico Nacional de Enfermería sobre el deterioro de las condiciones laborales del profesional de enfermería en Colombia. *actual. enferm.* 2010;13(3):28-35.
148. Lawler E, Mohrman A. The diffusion of QWL as a paradigm shift. Center for effective Organizations. USA. CEO Publication G. [Internet]. 1994 [Citado 6 Diciembre 2013]; 18 (81). Disponible en: http://ceo.usc.edu/pdf/g81_12.pdf
149. Gómez M. Calidad de Vida Laboral en empleados temporales del Valle de Aburra-Colombia. *Revista Ciencias Estratégicas* 2010; 18 (24):225-36.
150. Consejo Internacional de Enfermeras. Escasez mundial de enfermeras: sectores prioritarios de intervención. [Internet] Suiza: CIE; 2006. [Citado 6 Diciembre 2013]; Disponible en: <http://www.icn.ch/global/shortagesp.pdf>
151. Junta de Andalucía. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. España: Consejería de Salud; 2001.
152. Acevedo G, Castañeda H. Importancia de la satisfacción como indicador de la calidad de enfermería. México, DF, Ed. Universum; 2008.
153. Zolli A, Healy A. Resiliencia por qué las cosas vuelvan a su lugar. Colombia: Norma; 2012

Anexos

1. Instrumento de recolección de datos
2. Interpretación del instrumento
3. Resultados de la prueba piloto
4. Autorización de Comités de Ética
5. Consentimiento informado
6. Definición operacional de variables



Anexo 1

Instrumento de recolección de datos

Con el objetivo de identificar el nivel de calidad de vida en el trabajo del Personal de Enfermería de la Secretaría de Salud de Hermosillo, Sonora, México, según su percepción, solicitamos responda a la siguiente encuesta, la información proporcionada se manejará de forma confidencial y anónima.

I Factores biosociodemográficos y de organización del trabajo, por favor señale la respuesta con una X:

Género: 1.-Femenino 2.-Masculino **Edad:** Años

Condición de pareja: 1.- Con pareja 2.- Sin pareja

Lugar de procedencia: 1.- Local (Hermosillo) 2.- Foráneo(a)
de: _____

Pertenece a alguna etnia: 1.- Sí 2.- No

Presencia de hijos 1.- Sí 2.- No

Institución en que labora

<input type="checkbox"/> 1.- Centro de salud urbano	<input type="checkbox"/> 2.- Centro de Higiene Mental Dr. Carlos Nava
<input type="checkbox"/> 3.- Hospital General del Estado de Son.	<input type="checkbox"/> 4.- Hospital Infantil del Estado de Sonora
<input type="checkbox"/> 5.- Hospital Psiquiátrico Cruz del Norte	<input type="checkbox"/> 6.- Hospital Oncológico del Estado de Sonora
<input type="checkbox"/> 7.- Hospital de la Mujer del Estado de Son.	

Funciones que desempeña: 1.- Atención directa a Pacientes 2.- Actividades administrativas

Servicio en que labora:

<input type="checkbox"/> 1.-Áreas de Hospitalización	<input type="checkbox"/> 2.-Consulta
<input type="checkbox"/> 3.-Urgencias	<input type="checkbox"/> 4.-Quirófanos
<input type="checkbox"/> 5.-Unidad de Cuidados Intensivos	<input type="checkbox"/> 6.-Otro servicio _____

Antigüedad en la Institución: Años _____

Sistemas de turnos: 1.-Matutino 2.-Vespertino 3.-Nocturno 4.-Jornada acumulada

Realiza algún otro tipo de actividad remunerada: 1. Sí 2.No

Horas trabajadas en la última semana: Total de horas _____

Forma de contratación: 1.- A plazo fijo [contrato eventual] 2.- Indefinido [Base]

Categoría de enfermeras:

<input type="checkbox"/> 1.- Maestría en Enfermería	<input type="checkbox"/> 2.- Licenciada en Enf.
<input type="checkbox"/> 3.- Pasante de Licenciatura en Enf.	<input type="checkbox"/> 4.- Enfermera Especialista
<input type="checkbox"/> 5.- Enfermera General	<input type="checkbox"/> 6.- Auxiliar de Enf.
<input type="checkbox"/> 7.- Otro: _____	

Se ha incapacitado en los últimos seis meses Sí No

II. Favor de responder señalando con una X, en la escala donde 0 es nada satisfecho y 4 es nivel máximo de satisfacción.

	0	1	2	3	4
1 Con respecto a la forma de contratación, con que cuento en este momento, me encuentro					
2 En relación con la duración de mi jornada de trabajo me encuentro					
3 Con respecto al turno de trabajo que tengo asignado me encuentro					
4 En cuanto a la cantidad de trabajo que realizo, mi grado de satisfacción es					
5 Es el grado de satisfacción que siento por la forma en que están diseñados los procedimientos para realizar mi trabajo					
6 Este es el nivel de satisfacción que tengo con respecto al proceso que se sigue para supervisar mi trabajo					
7 El siguiente es mi grado de satisfacción con respecto al salario que tengo					
8 Comparando mi pago con el que se recibe por la misma función en otras instituciones que conozco me siento					
9 El siguiente es el grado de satisfacción que tengo en cuanto al sistema de seguridad social al que estoy adscrito					
10 Mi grado de satisfacción con respecto a los planes de retiro con que se cuenta en este momento en la institución, es					
11 Mi grado de satisfacción con respecto a las condiciones físicas de mi área laboral (ruido, iluminación, limpieza, orden, etc.), es					
12 Mi satisfacción con respecto a las oportunidades de actualización que me brinda la institución, es					
13 Mi grado de satisfacción por el tipo de capacitación que recibo por parte de la institución es					
14 Mi grado de satisfacción por trabajar en esta institución (comparando con otras instituciones que conozco), es					
15 Con relación a las funciones que desempeño en esta institución, mi nivel de satisfacción es					
16 Mi grado de satisfacción por el uso que hago en este trabajo de mis habilidades y potenciales es					
17 Mi grado de satisfacción al realizar todas las tareas que se me asignan es					
18 Grado de satisfacción que siento del trato que tengo con mis compañeros de trabajo					
19 Es el grado de satisfacción que tengo con respecto al trato que recibo de mis superiores					

20 Satisfacción que siento en relación a las oportunidades que tengo para aplicar mi creatividad e iniciativa en mi trabajo					
21 Con respecto al reconocimiento que recibo de otras personas por mi trabajo me siento					
22 Mi grado de satisfacción ante mi desempeño como profesional en este trabajo es					
23 Con respecto a la calidad de los servicios básicos de mi vivienda me encuentro					
24 El grado de satisfacción que siento con respecto a las dimensiones y distribución de mi vivienda, relacionándolos al tamaño de mi familia es					

Favor de responder utilizando una escala donde 0 corresponde a nunca y 4 corresponde a siempre.

	0	1	2	3	4
25 La necesidad de llevar trabajo a casa se presenta					
26 Se me ha indicado de manera clara y precisa la forma en que debo de hacer mi trabajo					
27 Me dan a conocer la forma en que se evalúan los procedimientos que sigo para realizar mi trabajo					
27 Recibo los resultados de la supervisión de mi trabajo como retroalimentación					
29 Considero que mi salario es suficiente para satisfacer mis necesidades básicas					
30 Considero que recibo en cantidad suficiente los insumos necesarios para la realización de mis actividades laborales					
31 Considero que la calidad de los insumos que recibo para la realización de mis actividades laborales es la requerida					
32 Corresponde a la frecuencia en que en mi institución se respetan mis derechos laborales					
33 Tengo las mismas oportunidades que los compañeros de mi categoría laboral, de acceder a cursos de capacitación					
34 Me siento identificado con los objetivos de la institución					
35 ¿Qué tanto percibo que mi trabajo es útil para otras personas?					
36 Mi trabajo contribuye al logro de objetivos comunes con mis compañeros de trabajo					
37 Me siento motivado para estar muy activo en mi trabajo					
38 Disfruto usando mis habilidades y destrezas en las actividades laborales diarias					

39 Cuando surgen conflictos en mi trabajo, éstos son resueltos por medio del diálogo					
40 Busco los mecanismos para quitar los obstáculos que identifico en el logro de mis objetivos y metas de trabajo					
41 Cuando se me presentan problemas en el trabajo, recibo muestras de solidaridad por parte de mis compañeros					
42 Obtengo ayuda de mis compañeros para realizar mis tareas, cuando tengo dificultad para cumplirlas					
43 Existe buena disposición de mis subordinados para el desempeño de las actividades laborales y la resolución de problemas					
44 Mi jefe inmediato muestra interés por la Calidad de Vida de sus trabajadores					
45 Mi jefe inmediato se interesa por la satisfacción de mis necesidades					
46 Mi jefe inmediato se interesa por conocer y resolver los problemas de mi área laboral					
47 Cuento con el reconocimiento de mi jefe inmediato, por el esfuerzo en hacer bien mi trabajo					
48 Cuento con el apoyo de mi jefe para resolver problemas y simplificar la realización de mis tareas					
49 Cuando tengo problemas extralaborales, que afectan mi trabajo, mi jefe está en disposición de apoyarme					

Favor de responder utilizando una escala donde 0 corresponde a nunca y 4 corresponde a siempre.

	0	1	2	3	4
50 Recibo retroalimentación por parte de mis compañeros y superiores en cuanto a la evaluación que hacen de mi trabajo					
51 En mi institución se reconocen los esfuerzos de eficiencia y preparación con oportunidades de promoción					
52 Considero que tengo libertad para expresar mis opiniones en cuanto al trabajo sin temor a represalias de mis jefes					
53 Mi trabajo me brinda la oportunidad de hacer frente a cualquier situación adversa que se me presente					
54 Recibo de parte de los usuarios, o clientes de la institución, muestras de reconocimiento por las actividades que realizo					
55 Mi trabajo me permite cumplir con las actividades que planeo para cuando estoy fuera del horario de trabajo					
56 Mis actividades laborales me dan oportunidad de convivir con mi familia					
57 Mis horarios de trabajo me permiten participar en la realización de actividades domésticas					
58 Mis actividades laborales me permiten participar del cuidado de mi familia (hijos, padres, hermanos y/u otros)					

59 Cuento con la integridad de mis capacidades físicas, mentales y sociales para el desempeño de mis actividades diarias (vestir, caminar, trasladarse, alimentarse, etc.)					
60 Cuento con la integridad de mis capacidades físicas, mentales y sociales para el desempeño de mis actividades laborales					
61 En mi trabajo se me realizan exámenes de salud periódicos (por parte de la institución)					
62 Mi trabajo me permite acceder en cantidad y calidad a mis alimentos					

Favor de responder utilizando una escala donde 0 corresponde a nada de acuerdo y 4 totalmente de acuerdo.

	0	1	2	3	4
63 Las oportunidades de cambios de categoría (movimientos de escalafón) se dan en base a currículum y no a influencias					
64 Tengo la posibilidad de mejorar mi nivel de vida en base a mi trabajo en esta institución					
65 Considero que el puesto de trabajo que tengo asignado va de acuerdo con mi preparación académica y/o capacitación					
66 Mi trabajo contribuye con la buena imagen que tiene la institución ante sus usuarios					
67 Considero que el logro de satisfactores personales que he alcanzado se deben a mi trabajo en la institución					
68 Mis potencialidades mejoran por estar en este trabajo					
69 Considero que mi empleo me ha permitido tener el tipo de vivienda con que cuento					
70 Considero que el trabajo me ha permitido brindar el cuidado necesario para conservar la integridad de mis capacidades físicas, mentales y sociales					
71 Desde mi perspectiva, mi ingesta diaria de alimentos es suficiente en cantidad y calidad					
72 Los problemas de salud más frecuentes de los trabajadores de mi institución pueden ser resueltos por los servicios de salud que me ofrece la misma					

Favor de responder utilizando una escala donde 0 corresponde a nulo compromiso y 4 a total compromiso.

	0	1	2	3	4
73 Es el grado de compromiso que siento hacia el logro de mis objetivos, con respecto al trabajo					
74 Es el grado de compromiso que siento hacia el logro de los objetivos de la institución					

¡Gracias por sus respuestas!

Anexo 2

Interpretación del instrumento

El instrumento para medir Calidad de Vida en el Trabajo CVT-GOHISALO, se constituye con siete dimensiones, que se pueden valorar de manera independiente. Con lo cual se tiene varias ventajas; en primer lugar, se puede considerar a los elementos de cada dimensión para medir el factor que representa y así determinar los niveles de riesgo en el que podrá ubicarse un trabajador. En segundo lugar, la conceptualización de las dimensiones independientes permite replicar internamente los hallazgos. Por ejemplo, cada una de las siete dimensiones de CVT-GOHISALO podrá ser relacionada significativamente con el resto, lo que permite confiar notablemente en que el puntaje obtenido tendrá un impacto en el ámbito laboral, personal o social.

Y, finalmente, podrá emitirse un perfil de riesgo o una calificación general de la CVT para la persona, dado que pueden describirse diferencias individuales significativas dentro de las dimensiones del CVT-GOHISALO.

Las calificaciones de la CVT y dimensiones que la conforman pueden corresponder a puntaje alto, medio o bajo. El significado atribuido a los puntajes altos y bajos según cada dimensión se muestra a continuación, los puntajes medios corresponden a puntajes entre estos valores y, por lo tanto, presentan características de ambas categorías.

Dimensión Soporte institucional para el trabajo

Puntaje Alto ($T > 60$). Se consideran personas con actividades o tareas claras y acordes con su motivación, perfil profesional o puesto laboral. Generalmente, están dispuestos a innovar, a tomar decisiones ante retos y tienen un alto sentido de pertenencia a la institución o empresa de trabajo. Consideran tener buen apoyo de los superiores por el trabajo realizado, retroalimentación positiva de sus compañeros y a la vez, promueven los valores de respeto, autonomía e independencia. Sienten que su actividad laboral les permite alcanzar promociones dentro de la institución o empresa.

Puntaje Bajo ($T < 40$). Son personas que reportan insatisfacción en los procesos de trabajo, dificultades en la realización de la tarea y por ende, baja motivación en las funciones que le son asignadas. Perciben la supervisión de manera amenazante, con poco apoyo para realizar funciones eficientes, su actuación por lo general es de distanciamiento ante la autoridad, evitan la cooperación con los compañeros e incluso los perciben suspicazmente. No visualizan oportunidades de progreso en el puesto o función que desempeñan y sienten insatisfacción personal, con limitada oportunidad de expresar su opinión por temor a represalias.

Dimensión Seguridad en el trabajo

Puntaje Alto ($T > 60$). Representa el alto grado de satisfacción en los procedimientos del trabajo. Las personas con este puntaje, consideran sus actividades laborales como un medio para desarrollarse tanto a nivel personal como social. Sienten que su trabajo les ofrece los medios económicos y sociales para cubrir sus necesidades y las de sus seres queridos. Están satisfechos con el cumplimiento de sus derechos contractuales y la seguridad social que les ofrece la institución. Se describen con buena capacitación para seguir en el puesto o tener una carrera institucional.

Puntaje Bajo ($T < 40$). Por lo general, son personas con poca satisfacción en su trabajo. Perciben poca remuneración por la actividad que realizan y reportan no tener cubiertas las necesidades personales o los derechos contractuales. Sienten injusticias en las oportunidades de ascensos, evaluaciones o en la capacitación que les brinda la institución o empresa. Es frecuente que se reporten con problemas de salud relacionados a las condiciones de trabajo.

Dimensión Integración al puesto de trabajo

Puntaje Alto ($T > 60$). Este nivel identifica a trabajadores con satisfacción en la integración con sus compañeros. Suelen ser personas cooperadoras, con facilidad para trabajar en equipo con alta competitividad. Están motivados para superar retos y muy dispuestos a ser líderes. Tienen capacidad de crear ambientes de trabajo satisfactorios para los demás,

encontrar alternativas para motivar a sus compañeros o estar dispuesto a cooperar como subordinados.

Puntaje Bajo ($T < 40$). Las personas que reportan niveles bajos en esta dimensión, suelen expresar insatisfacción con el cumplimiento de los objetivos institucionales, se desmotivan con facilidad y responsabilizan a los demás de los fracasos laborales. Por lo general, son personas poco cooperadoras, con conflictos interpersonales y baja capacitación para el puesto que desempeñan.

Dimensión Satisfacción por el trabajo

Puntaje Alto ($T > 60$). El trabajador que se ubica en este nivel, suele ser comprometido con la misión de la institución. Mantiene dedicación exclusiva a sus funciones. Frecuentemente, invierte de manera individual en su preparación para cumplir con sus objetivos y por consecuencia, recibe reconocimientos o distinciones por su actividad. Son personas que muestran los aspectos positivos del trabajo, se auto valoran con orgullo por pertenecer a la institución y sienten satisfacción por la retribución que se ofrece a sus funciones.

Puntaje Bajo ($T < 40$). Por el contrario del trabajador comprometido, las personas que obtienen puntajes en este nivel, se sienten insatisfechos por su actividad. Suelen tener otras funciones fuera de la institución o empresa, su dedicación por lo tanto es parcial, incluso dentro de su horario de trabajo. Los reconocimientos obtenidos son escasos, sino es que puedan ser de amonestación o sanciones.

Dimensión Bienestar logrado a través del trabajo

Puntaje Alto ($T > 60$). La persona que alcanza estos niveles, suelen estar satisfechas con el progreso personal, social y económico que han obtenido por su trabajo. Consideran ser útiles en la sociedad y estar capacitado física y mentalmente para contribuir con buena imagen en la institución. Suelen cuidar su persona, mediante su salud y vestir. Suelen tener elementos que les identifiquen el progreso, esto es, equipo de trabajo moderno, medios de transporte y comunicación óptimos, buena calidad en los servicios sociales, de vivienda, etc.

Puntaje Bajo ($T < 40$). Por lo común, puntajes de este nivel sugieren trabajadores con riesgo en la salud física o emocional. Se sienten insatisfechos con la remuneración adquirida por su trabajo y por consecuencia, responsabilizan al entorno laboral por su precariedad. No se sienten identificados con los objetivos de la institución, perciben que a ellos no se les hace justicia social.

Dimensión Desarrollo personal

Puntaje Alto ($T > 60$). El trabajador con este puntaje expresa su satisfacción con la seguridad personal. Tienen buen estado de ánimo, son optimistas y de trato amable. Consideran estar logrando sus metas. Transmiten a los demás su entusiasmo, alegría y bienestar. Suelen tener metas claras, alcanzables y loables.

Puntaje Bajo ($T < 40$). Es el nivel de riesgo en la insatisfacción personal. El trabajador expresa inseguridad por los logros alcanzados, se siente vulnerable ante el trato con los usuarios o compañeros de trabajo. Puede considerar que el trabajo le ha disminuido su capacidad física o emocional. Son pesimistas y opositoristas a retos o metas institucionales.

Dimensión Administración del tiempo libre

Puntaje Alto ($T > 60$). La persona con este nivel suele ser planificadora, distribuye sus actividades laborales con las recreativas y de descanso, y se encuentra satisfecho con la administración del tiempo libre. Cumplen plenamente con su horario y las tareas encomendadas sin menoscabo de sus compromisos personales y sociales. Suelen mantener la capacidad de equilibrio entre sus funciones del trabajo y su desarrollo personal.

Puntaje Bajo ($T < 40$). La falta de una buena administración del tiempo, suele ser característico de las personas con este puntaje. Prolongan su jornada laboral o suelen llevar trabajo a casa, lo que repercute en su descanso o recreación, por lo que se encuentran insatisfechos. Por lo común, no registran sus actividades y el tiempo que les lleva, suelen ser despreocupados por el cumplimiento de la tarea. Su laxitud puede ponerle en riesgo

nutricional o emocional, es decir, incorporar algunas adicciones o tener conflictos interpersonales, dado el incumplimiento de la actividad recreativa y social.

Puntuación T para calificar la Calidad de Vida en el Trabajo con el CVT-GOHISALO

Puntuación T	Soporte Institucional para el Trabajo	Seguridad en el trabajo	Integración al puesto de trabajo	Satisfacción por el trabajo	Bienestar logrado a través del trabajo	Desarrollo Personal	Administración del tiempo libre	Interpretación
99	56	58	40	44	44	32	20	Alta CVT
90	49	54	40	44	42	32	20	
80	45	48	38	42	41	30	19	
70	41	42	36	40	40	28	18	
60	37	36	34	38	39	26	17	Media CVT
50	33	33	32	36	38	24	16	
40	29	24	30	34	37	22	15	
30	25	28	28	32	36	20	14	Baja CVT
20	21	12	26	30	35	18	13	
10	27	6	24	28	34	16	12	
1	4	5	8	5	23	8	3	

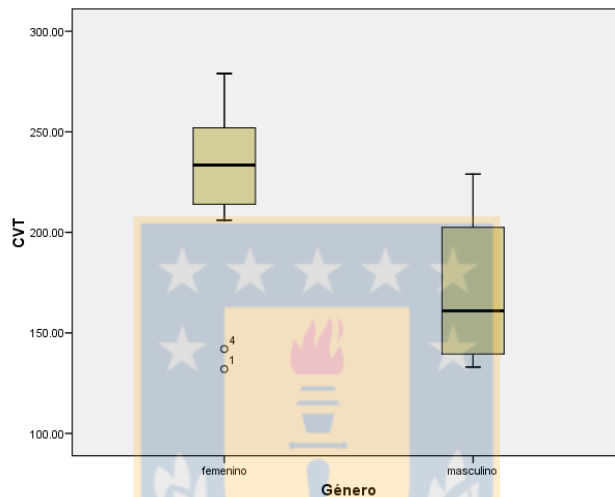
Tomado de Instrumento para medir la Calidad de Vida en el Trabajo CVT-GOHISALO. Manual para su Aplicación e Interpretación.

Resultados de la prueba piloto

Se realizó una prueba piloto en un grupo de 18 miembros del Personal de Enfermería de los tres niveles de atención de salud en Hermosillo, Sonora, México. La prueba piloto mostró los siguientes resultados:

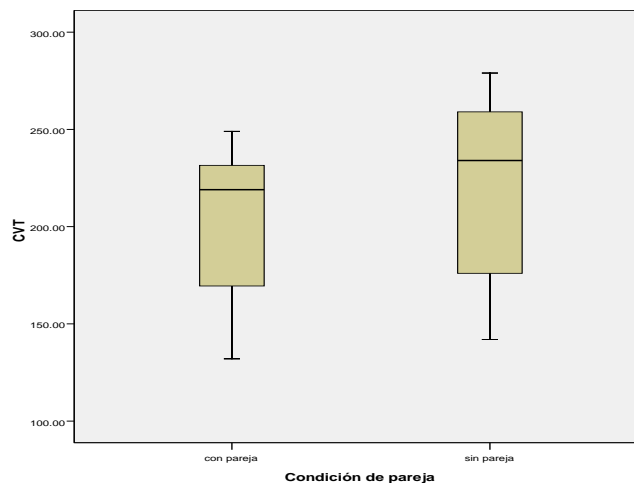
En cuanto a la CVT 50% de los participantes la encuentran alta, 22% media y 28% baja. Por género se observó que el femenino percibe mayor CVT que el masculino.

Gráfica 1. Diferencia de CVT personal de enfermería según género.



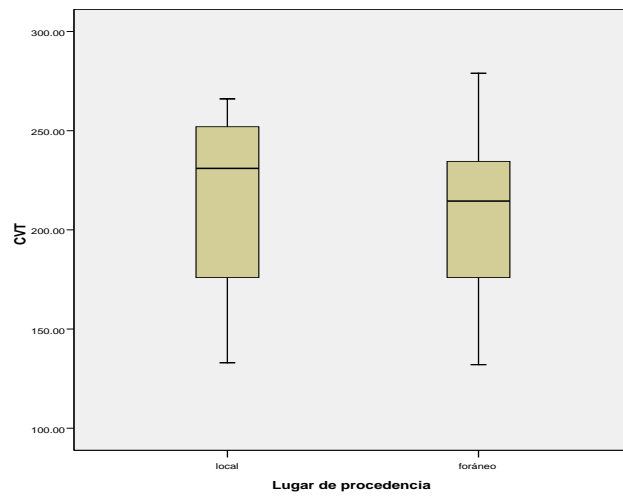
La condición de pareja mostró que las personas con pareja tienen un menor nivel de CVT que las que no tienen pareja. Gráfica 2.

Gráfica 2. Diferencia de CVT según condición de pareja.



En cuanto al lugar de procedencia las personas que son de la localidad tienen una mejor CVT percibida que las que son foráneos. Gráfica 3.

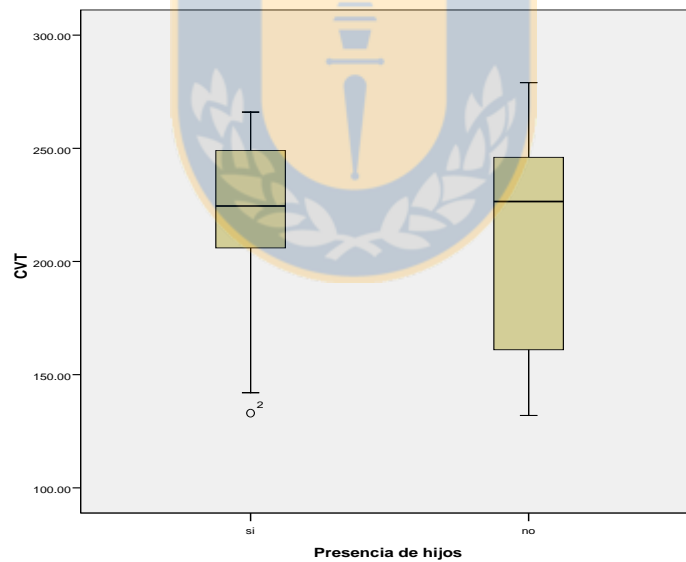
Gráfica 3. Diferencia de CVT según lugar de procedencia.



No se observó diferencias en cuanto a las medias de la CVT global y la presencia de hijos.

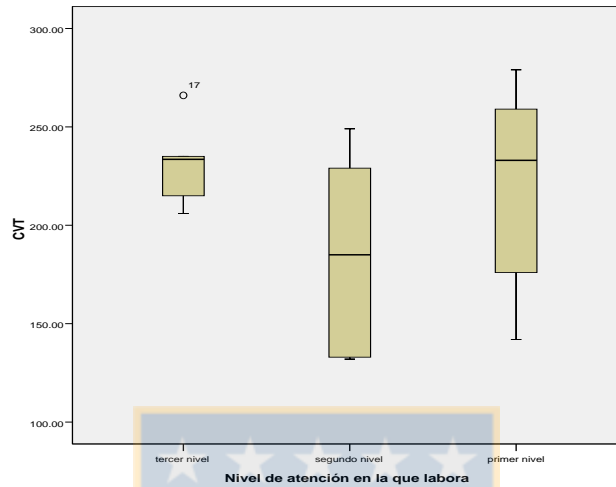
Gráfica 4.

Gráfica 4. Diferencia de CVT según presencia o ausencia de hijos



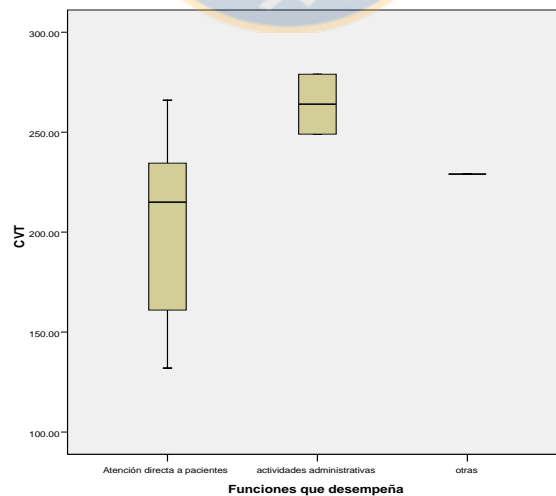
Por nivel de atención se encontró que la media más baja de CVT global percibida es la del segundo nivel, mientras que el tercer y primer nivel tiene puntuaciones similares, sin embargo, los mejor puntuados se encuentran en el primer nivel. Gráfica 5.

Gráfica 5. Diferencia de CVT según nivel de atención de salud al que pertenece.



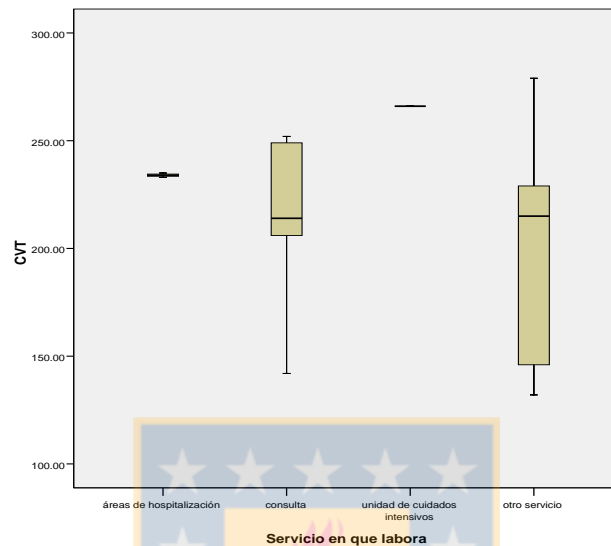
La variable funciones que desempeña mostró que los miembros del personal de enfermería que realizan actividades administrativas evalúan mejor su CVT, que los y las que realizan atención directa a pacientes.

Gráfica 6. Diferencia de CVT según funciones que desempeña.



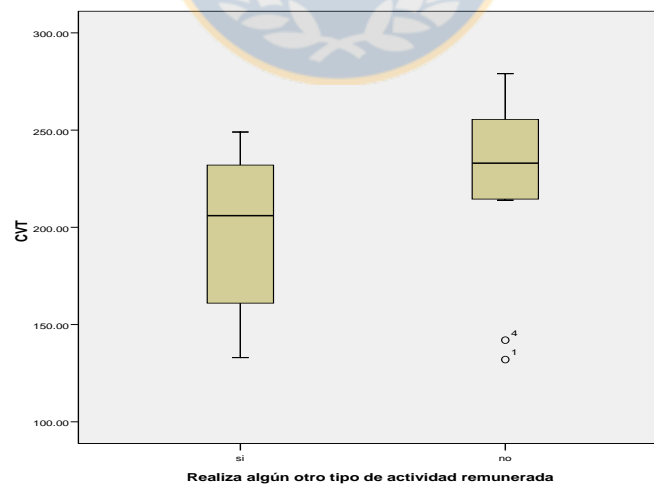
En cuanto al servicio en que labora, se observó que las personas de la unidad de cuidados intensivos evalúan mejor su CVT. Gráfica 7.

Gráfica 7. Diferencia de CVT según servicio en que labora.



Las personas que no realizan otra actividad remunerada perciben una mayor CVT que las que si realizan otra actividad remunerada. Gráfica 8.

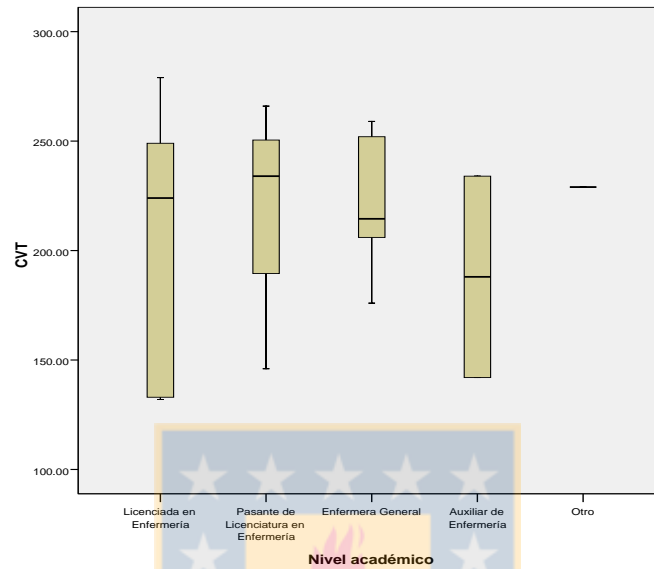
Gráfica 8. Diferencia de CVT según realizar otra actividad remunerada.



Fuente: Prueba piloto

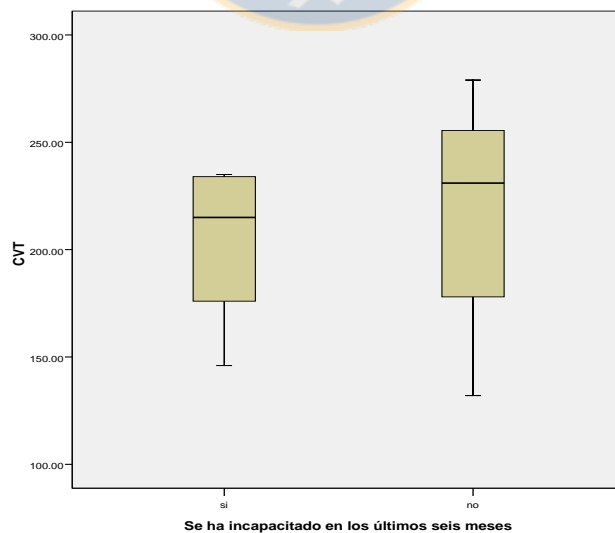
El nivel académico muestra que las licenciadas en enfermería así como las pasantes evalúan mejor su CVT. Gráfica 9.

Gráfica 9. Diferencia de CVT según nivel académico.



Los participantes que no han presentado licencias médicas en los últimos seis meses, tienen una mejor CVT que los que sí han presentado licencias médicas. Gráfica 10.

Gráfica 10. Diferencia de CVT según presencia de licencias médicas en los últimos seis meses



Anexo 4

Autorización de Comités de Ética



UNIVERSIDAD DE CONCEPCION
FACULTAD DE MEDICINA



Concepción, junio 19 de 2012

Dr. Edgardo Sanzana
Director de Investigación
Facultad de Medicina
Universidad de Concepción
Presente

Estimado Dr. Sanzana:

En respuesta a su solicitud de Evaluación Ética del Proyecto de tesis para optar al grado de Doctor en Enfermería "*Percepción de calidad de vida en el trabajo del equipo de enfermería. Secretaría de Salud Pública, Hemosillo, Sonoro, México*", de la Sra(ita). María Olga Quintana Zavala, le envío mis observaciones de acuerdo a los estándares preestablecidos¹:

1. **Valor científico o social:** este proyecto aumentará el conocimiento de "la calidad de vida en el trabajo del equipo de enfermería, en una localidad de México". Los resultados pueden ser relevantes para proponer políticas para promover la calidad de vida en el trabajo y con ello mejorar la productividad en la labor de enfermería.
2. **Validez científica:** Estudio cuantitativo, transversal. Utiliza los principios científicos y metodologías de la investigación adecuados. La investigadora fundamenta adecuadamente el diseño metodológico y la selección de muestra; explicita las variables dependiente e independiente, el instrumento para evaluar la calidad de vida está validado; el procesamiento estadístico de la información recolectada y el análisis es coherente con los objetivos de su proyecto.
3. **Transparencia en la selección de los sujetos:** El procedimiento de selección es transparente y la condición de los sujetos de investigación se ajusta a los propósitos de la investigación, por lo tanto se justifica adecuadamente que ingresen en el estudio.
4. **Equilibrio entre riesgos y beneficios:** se explicitan los beneficios y no presenta riesgos potenciales para los sujetos de investigación.
5. **Revisión independiente:** no existen conflictos de interés de este comité con la propuesta de investigación.
6. **Consentimiento informado:** el formulario tiene elementos que se ajustan a las recomendaciones internacionales. Explicita la voluntariedad en la participación, garantiza la confidencialidad de la información, indica los beneficios y riesgos potenciales para los sujetos de investigación, así como los mecanismos de entrega de información a los participantes durante el curso de la investigación y a su término en caso de ser solicitado y considera la posibilidad del retiro voluntario de los sujetos.
7. **Respeto hacia los sujetos, instituciones y comunidades que participan:** respeta el principio de autonomía de los participantes, mediante el proceso de consentimiento informado.

De acuerdo a lo planteado, se **APRUEBA** el proyecto.

Atentamente,


 Dra. Lilliana Ortiz M.
 Integrante Comité de Bioética
 Facultad de Medicina
lillianaortiz@udec.cl- Fono (41) 2207083

¹ Emanuel E: ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. En Lolás F, Quezada A, editores. Pautas Éticas de Investigación en Sujetos Humanos: Nuevas Perspectivas. Programa Regional de Bioética OPS/OMS; 2003



SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
 SERVICIOS DE SALUD DE SONORA
 SUBSECRETARIA DE SERVICIOS DE SALUD
 DIRECCIÓN GENERAL DE ENSEÑANZA Y CALIDAD
 SSS-SSS-DGEC-2012-521
 OFICIO

"2012: Por el Respeto a los Derechos y Cultura de los Pueblos Indígenas"

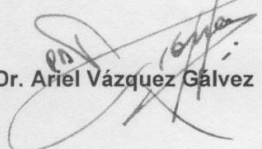
Hermosillo, Sonora a 20 de julio de 2012.

Dra. María Olga Quintana Zavala
Profesor Titular
Departamento de Enfermería
Universidad de Sonora.

Por medio de la presente hago de su conocimiento que el Proyecto "**Percepción de la Calidad de Vida en el Trabajo del Equipo de Enfermería**", ha sido dictaminado por el Comité de ética como **FAVORABLE**, con número de registro 162/UNISON/162/07/12.

Sin más por el momento me despido de usted enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE
Sufragio Efectivo. No Reelección
Director General de Enseñanza y Calidad


Dr. Ariel Vázquez Gálvez

Copias.

Dr. José Jesús Bernardo Campillo García, Secretario de Salud Pública y Presidente Ejecutivo de los Servicios de Salud de Sonora.
 Dr. Gustavo López Caballero, Subsecretario de Salud.
 minuta.

RPH/MCB/mepg.



Calzada de los Ángeles S/N y Calle José Miró Abella
 Colonia Las Quintas, C.P. 83240, Hermosillo, Sonora.
 Teléfono 01 (662) 2169197 y Fax 01 (662) 2163296



SALUD

SERVICIOS DE SALUD DE SONORA
CENTRO ESTATAL DE ONCOLOGÍA
DIRECCIÓN GENERAL
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA Y CALIDAD
No. de Oficio: SSS/CEO/EYC/2012/023.
Asunto: Dictamen Comité de Ética.
Email: hoes@prodigy.net.mx

"POR EL RESPETO A LOS DERECHOS Y CULTURA DE LOS PUEBLOS INDIGENAS"

Hermosillo, Sonora a 22 de agosto de 2012

C. MTRA. MARÍA OLGA QUINTANA ZAVALA.
CIUDAD.-

Por este conducto, le informo que el comité de ética en Investigación del Centro Estatal de Oncología durante la reunión efectuada el día lunes 20 de agosto del presente año, en donde sometió a consideración la propuesta de investigación titulada "Percepción de calidad de vida en el trabajo del equipo de enfermería. Secretaria de Salud Pública. Hermosillo, Sonora"; No encontró inconveniente para la puesta en marcha de dicho protocolo.

Sin otro particular, le envío un cordial saludo.

ATENTAMENTE
SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCIÓN
EL DIRECTOR GENERAL Y REPRESENTANTE LEGAL
DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

DR. ERNESTO RIVERA CLAISSE

C.c.p.- Archivo

ERC /POO/Carolina



Centro Estatal de Oncología
Reforma Final y Río Magdalena s/n, Colonia. Proyecto Río Sonora
Hermosillo, Sonora C.P. 83280
Conmutador: (01-662) 2175834, 2175839, 2121193, 2121192
Dirección General (01-662) 2175836 Dirección Administrativa (01-662) 2127212 Fax ext. 256



SALUD

SERVICIOS DE SALUD DE SONORA
HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO
"DR. ERNESTO RAMOS BOURS"
DIVISIÓN DE ENSEÑANZA E
INVESTIGACIÓN

No. de Oficio SSA/HGE/217/12

2012: Por el respeto a los derechos y cultura
de los pueblos indígenas"

Hermosillo, Sonora a: 16 de Agosto de 2012

ENF. MARIA OLGA QUINTANA ZAVALA

Alumna del Programa para optar
Al grado de Doctor en Enfermería.
PRESENTE.

At'n. Dra. Tatiana Paravic Kliji

Por este medio nos permitimos informar a usted que el día 9 de Agosto de 2012, sesionó el Subcomité de Investigación del Hospital General del Estado "Dr. Ernesto Ramos Bours", para evaluar el proyecto de tesis titulado "Percepción de Calidad de Vida en el Trabajo del Equipo de Enfermería de la Secretaría de Salud Pública, Hermosillo, Sonora, México" dictaminándose lo siguiente:

APROBADO

No teniendo inconveniente que inicie el proceso para continuar su proyecto de tesis.

ATENTAMENTE

[Signature]
DR. ERNESTO DUARTE TAGLES
SECRETARIO SUBCOMITÉ DE
INVESTIGACION HGE.

[Signature]
DR. JUAN PABLO CONTRERAS FÉLIX
COORDINADOR SUBCOMITÉ DE
INVESTIGACION HGE.

[Signature]
DRA. CARMEN A. ZAMUDIO REYES.
PRESIDENTE ADJUNTO SUBCOMITÉ DE INVESTIGACION HGE

c.c.p. Archivo



Hospital General del Estado "Dr. Ernesto Ramos Bours"
Blvd. Luis Encinas Johnson S/N Col. Centro C.P.83000
Hermosillo, Son. TEL/FAX (662)259 25 00 y 259 25 95
www.hgesonora.gob.mx/

[Handwritten signature]
Recibido
16 Agosto
2012



HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA
"DRA. LUISA MARÍA GODOY OLVERA"



DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA, INVESTIGACIÓN Y CALIDAD

No. Oficio HIES- 227-12

Hermosillo Sonora a 20 de Agosto del 2012

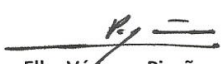
2012: "Por el respeto a los Derechos
y cultura de los Indígenas"

Dra. María Olga Quintana Zavala
Estudiante de Doctorado en Enfermería
Universidad de Concepción de Chile

Por este conducto le informo que el Proyecto de investigación "**Percepción de la Calidad de Vida en el Trabajo del Equipo de Enfermería**" en el que el Investigador principal es Usted, fue revisado y aceptado por el Comité de Investigación y Ética para su realización y se registro con el número 051/12. Usted deberá de presentar su proyecto en la fecha programada por el comité. Le informo que al finalizar su trabajo de investigación, Usted deberá entregar sus resultados en el Departamento de Enseñanza de este Hospital.

Sin otro particular quedo de usted.

Atentamente


Dra. Elba Vázquez Pizaña
Jefe del Departamento de
Enseñanza e Investigación

C.c.p Dr. Luis Antonio González Ramos.-Director General HIES-HIMES
C.c.p. Dr. Adalberto Rafael Rojo Quiñonez. Jefe de Coordinación de Enseñanza de Ginecología y Obstetricia
C.c.p. Enf. Jesús Soria Galaz. Jefe de Enfermería del HIES
C.c.p. Enf. Ana Amalia González Palacios. Jefe de Enfermería del HIMES
C.c.p Expediente



HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA
REFORMA NO. 355 NORTE COL. LEY 57, C.P. 83100 | TEL/FAX: (662) 289-0600
HERMOSILLO, SONORA, MÉXICO. | www.hies.gob.mx

Anexo 5

Carta de consentimiento informado

Entiendo que se me ha solicitado participar en un proyecto de investigación titulado:

“CALIDAD DE VIDA EN EL TRABAJO, PERSONAL DE ENFERMERÍA. SECRETARÍA DE SALUD PUBLICA, HERMOSILLO, MÉXICO”

Se me ha explicado que el propósito del estudio es medir la percepción de la calidad de vida en el trabajo del Equipo de Enfermería.

Procedimiento

Comprendo que voy a participar respondiendo una encuesta que es un instrumento para medir la calidad de vida en el trabajo “CVT-GOHISALO”

Se me ha explicado que este proyecto no tendrá riesgos, ya que mi participación incluirá solamente responder a un instrumento de recolección de datos.

Participación Voluntaria/Abandono

Tendré derecho a terminar mi participación en cualquier momento, si así lo decido sin que se tomen represalias en mi persona.

Preguntas

En caso de que tenga dudas, comentarios o quejas relacionadas podré comunicarme con MCE María Olga Quintana Zavala autora responsable de la investigación al correo electrónico olga_quintana@enfermeria.uson.mx o bien por teléfono al 044-66 23 39 69 39.

Confidencialidad

Se me explicó que los datos sobre mi participación se tomarán de manera anónima por lo que serán confidenciales.

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACION

Se me ha explicado y dado a conocer en que consiste y que puedo optar libremente por dejar de participar en cualquier momento si lo deseo.

Firma del participante

Fecha

Firma de la investigadora

Fecha

Anexo 6

Definición nominal y operacional de variables

NOMINAL	OPERACIONAL
<p>Soporte institucional para el trabajo: Elementos del puesto de trabajo que son aportados por la institución como estructura que da forma y soporta el empleo, e incluye las subdimensiones de procesos de trabajo, supervisión laboral, apoyo de los superiores para la realización del trabajo oportunidades de promoción y autonomía.</p>	<p>Se midió mediante 14 ítems, (6, 19, 26, 27, 28, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51 y 52) contenidos en el Instrumento de recolección de datos (Anexo 1) cada uno con cinco opciones de respuesta donde 0 corresponde a nada satisfecho y 4 a nivel máximo de satisfacción. Que se categorizó en: Bajo, Medio y Alto</p>
<p>Seguridad en el trabajo: Características del empleo que se relacionan con las condiciones que brindan al trabajador firmeza en su relación con la institución e incluye las subdimensiones de satisfacción por la forma en que están diseñados los puestos de trabajo, ingresos o salarios, los insumos para la realización del trabajo, los derechos contractuales de los trabajadores y el crecimiento de sus capacidades individuales a través de la capacitación.</p>	<p>Se midió mediante 15 ítems (5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 33, 61, 63, 29, 30, 31 y 72) contenidos en el Instrumento de recolección de datos (Anexo 1) cada uno con cinco opciones de respuesta donde 0 corresponde a nada satisfecho y 4 a nivel máximo de satisfacción. Que se categorizó en: Bajo, Medio y Alto</p>
<p>Integración al puesto de trabajo Inserción del trabajador en el trabajo como una más de sus partes, en total correspondencia; e incluye las subdimensiones de pertinencia, motivación y ambiente de trabajo.</p>	<p>Se midió mediante 10 ítems (18, 32,36, 37, 39, 40, 41, 42, 43 y 65) contenidos en el Instrumento de recolección de datos (Anexo 1) cada uno con cinco opciones de respuesta donde 0 corresponde a nada satisfecho y 4 a nivel máximo de satisfacción. Que se categorizó en: Bajo, Medio y Alto</p>
<p>Satisfacción por el trabajo: La sensación global de agrado o gusto que el trabajador tiene con respecto a su empleo e incluye las subdimensiones de dedicación al trabajo, orgullo por la institución, participación en el trabajo, autonomía, reconocimiento por el trabajo y autovaloración.</p>	<p>Se midió mediante 11 ítems (1, 2, 3, 4, 14, 15, 16, 17, 20, 21 y 22) contenidos en el Instrumento de recolección de datos (Anexo 1) cada uno con cinco opciones de respuesta donde 0 corresponde a nada satisfecho y 4 a nivel máximo de satisfacción. Que se categorizó en: Bajo, Medio y Alto</p>

<p>Bienestar logrado a través del trabajo: Estado mental o psicológico de satisfacción de necesidades relacionadas con la manera de vivir, el disfrute de bienes y riquezas logrados gracias a la trabajo.</p> <p>Incluye las subdimensiones de identificación con la institución, beneficios del trabajo del ocupado para otros, disfrute de la actividad laboral, satisfacción por la vivienda, evaluación de la salud general y evaluación de la nutrición.</p>	<p>Se midió mediante 11 ítems, (23, 24, 34, 35, 38, 59, 60, 62, 66, 73 y 71) contenidos en el Instrumento de recolección de datos (Anexo 1) cada uno con cinco opciones de respuesta donde 0 corresponde a nada satisfecho y 4 a nivel máximo de satisfacción. Que se categorizó en: Bajo, Medio y Alto</p>
<p>Desarrollo personal del trabajador: Proceso de incremento de aspectos personales del trabajador relacionados con su trabajo, que incluye las subdimensiones de logros, expectativas de mejora y seguridad personal.</p>	<p>Se midió mediante 8 ítems, (53, 54, 64, 67, 68, 69, 70 y 74) contenidos en el Instrumento de recolección de datos (Anexo 1) cada uno con cinco opciones de respuesta donde 0 corresponde a nada satisfecho y 4 a nivel máximo de satisfacción. Que se categorizó en: Bajo, Medio y Alto</p>
<p>Administración del tiempo libre: Forma en la que se disfruta la vida en el horario en que no se realizan actividades laborales que incluye las subdimensiones de planificación del tiempo libre y el equilibrio entre trabajo y vida familiar.</p>	<p>Se midió mediante 5 ítems, (25, 55, 56, 57 y 58) contenidos en el Instrumento de recolección de datos (Anexo 1) cada uno con cinco opciones de respuesta donde 0 corresponde a nada satisfecho y 4 a nivel máximo de satisfacción. Que se categorizó en: Bajo, Medio y Alto</p>
<p>CVT global: Concepto multidimensional que se integra cuando el trabajador, a través del empleo y bajo su propia percepción, ve cubiertas las necesidades personales; soporte institucional, seguridad e integración al puesto de trabajo y satisfacción por el mismo, identificando el bienestar conseguido a través de su actividad laboral y el desarrollo personal logrado, así como la administración de su tiempo libre.</p>	<p>Se midió de forma indirecta a través de calcular el promedio de los resultados de las siete dimensiones que conforma la CVT. Que se categorizó en: Bajo, Medio y Alto</p>

<p>Género: Significado social construido alrededor de las diferencias anatómicas y fisiológicas obtenidas desde el nacimiento y que de una u otra forma a través del proceso de socialización confieren diferentes características y roles sociales a las mujeres y los hombres en contextos socio históricos determinados</p>	<p>Se categorizó en femenino, masculino</p>
<p>Edad: Tiempo en años, transcurrido a partir del nacimiento de las personas</p>	<p>Se obtuvo de forma directa al responder la edad en años cumplidos.</p>
<p>Condición de pareja: Relación de pareja que implica convivencia entre dos personas y que se expresa en términos de unión formal o informal.</p>	<p>Se categorizó en con pareja, sin pareja</p>
<p>Lugar de procedencia: Referente al lugar de nacimiento de la persona</p>	<p>Se categorizó en local, foráneo</p>
<p>Pertenece a un grupo étnico: Referente a si la persona procede o es originaria de un grupo indígena de la región u otra área</p>	<p>Se categorizó en sí, no.</p>
<p>Presencia de hijos: Referente a la existencia de descendientes consanguíneos y/o adoptivos, que implica la manutención y cuidados de parte del personal de enfermería como Madre o Padre.</p>	<p>Se categorizó en sí, no.</p>
<p>Nivel de atención de salud: Organización de los servicios que brinda el sistema de salud en base a la complejidad de la atención</p>	<p>Se re-categorizó la variable institución en que labora en primer, segundo y tercer nivel de atención</p>
<p>Institución en que labora: Establecimiento que brinda atención de salud a las personas de determinada población donde el personal de enfermería y otros trabajan.</p>	<p>Se categorizó en Centro de salud urbano, Centro de Higiene Mental Dr. Carlos Nava, Hospital General del Estado de Sonora, Hospital Infantil del Estado de Sonora, Hospital Psiquiátrico Cruz del Norte, Hospital Oncológico del Estado de Sonora, Hospital de la Mujer del Estado de Sonora</p>

<p>Funciones que desempeña: Se trata del tipo de actividades que realiza el Personal de Enfermería de forma regular dentro la Institución de Salud.</p>	<p>Se categorizó en atención directa a pacientes, actividades administrativas.</p>
<p>Servicio en que labora: Área de la institución de atención de salud donde la persona trabaja regularmente</p>	<p>Se categorizó en Áreas de hospitalización, Urgencias-UCI-QX , Consulta, Otro servicio</p>
<p>Antigüedad en años en la institución: Período de tiempo que el trabajador lleva vinculado laboralmente a la empresa a través de un contrato y que recibe remuneración por su trabajo</p>	<p>Se obtuvo de forma directa a través de la aplicación del instrumento, donde se colocó en número absoluto los años de trabajar en la institución</p>
<p>Sistema de turno que ejecuta: Se refiere al horario de trabajo que los integrantes del personal de enfermería laboran, principalmente.</p>	<p>Se categorizó en matutino, vespertino, nocturno, jornada acumulada (Jornada Acumulada se refiere a laborar turnos de 12 horas días festivos y fines de semana).</p>
<p>Realiza algún otro tipo de actividad remunerada: Realiza trabajo para otra empresa o institución de un rubro igual o diferente al de salud, de forma remunerada.</p>	<p>Se categorizó en sí , no.</p>
<p>Horas trabajadas en la última semana: Corresponde al total en número absoluto de horas que los integrantes del personal de enfermería, refieren haber laborado en la última semana</p>	<p>Se obtuvo de forma directa por medio de la aplicación del instrumento, donde se anotó la respuesta según el número absoluto de horas que el miembro del equipo de enfermería trabajado la semana anterior a la aplicación de la encuesta.</p>
<p>Forma de contratación: Tipo de contrato que la institución realiza con la enfermera(o), en relación a la temporalidad del compromiso laboral, que puede ser a plazo fijo o indefinido</p>	<p>Se categorizó en a plazo fijo, indefinido.</p>
<p>Categoría de enfermeras: Categoría que la enfermera adquiere según su nivel de formación educativa.</p>	<p>Se categorizó en enfermera profesional, enfermera no profesional.</p>
<p>Licencias médicas en los últimos seis meses: Aquella prescripción que es entregada como parte del tratamiento de una</p>	<p>Se categorizó en sí , no.</p>

enfermedad, facultando al trabajador (ya sea dependiente u independiente) del derecho a ausentarse de su trabajo, de manera parcial o total, con el fin de la recuperación de su salud.	
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

