



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE CONTADURÍA Y
ADMINISTRACIÓN

DIVISION DE ESTUDIOS DE
POSGRADO

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN
EN SISTEMAS DE SALUD

***SATISFACCIÓN LABORAL DE
ENFERMERAS QUE TRABAJAN EN EL
TURNO NOCTURNO***

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN ADMINISTRACIÓN
(SISTEMAS DE SALUD)

P R E S E N T A

LUZ MA. ROJAS BAUTISTA

DIRECTORA DE TESIS: DRA. MA. TERESA CUAMATZI PEÑA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A Dios por permitirme continuar con vida

A mis padres por aprender a respetar y apoyar mis decisiones

Al resto de mi familia por sus palabras de aliento

*Especial agradecimiento a la Dra. Leticia Escobedo por sus enseñanzas hacia un
camino de crecimiento emocional*

A la Mtra. Angélica Sánchez por sus enseñanzas en la disciplina de yoga

Al jurado por haber enriquecido este trabajo

A Isis por ser mi niña bonita

ÍNDICE

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	6
a. Planteamiento del problema	8
b. Hipótesis	10
c. Objetivos	10
c.1 Objetivo general	10
c.2 Objetivos específicos	10
d. Justificación	11
CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO	13
1. Satisfacción laboral	14
1.1 Antecedentes	15
1.2 Definiciones	21
1.3 Dimensiones	23
1.4 Teorías y Modelos de la explicación de la satisfacción laboral	25
1.4.1 Teoría de los dos factores	25
1.4.2 El modelo de las características de la función	26
1.4.3 Teoría de adaptación al trabajo	28
1.4.4 Teoría de la discrepancia	29
1.4.5 Modelo de los determinantes de la satisfacción laboral	30
1.4.6 Teoría del grupo de referencia social	30
1.4.7 Teoría del procesamiento social de la información	31
1.4.8 Teoría de los eventos de situaciones	31
2. Importancia de la evaluación de la satisfacción laboral	33
2.1 Métodos directos para investigar la satisfacción laboral	35
2.2 Índices descriptivos	36
2.3 Métodos indirectos	37
2.4 El método de los índices críticos	37
2.5 Métodos aditivos o sustractivos de la satisfacción laboral	38
2.6 Otros métodos	39
2.7 Cuestionarios publicados en castellano para evaluar la satisfacción laboral	40
2.8 Evaluación cuantitativa	41
2.8.1 Consistencia interna	42
2.8.2 Fiabilidad externa	43
2.8.3 Validez	45
2.8.4 Otros parámetros de calidad	48
2.8.5 Redundancia externa	48

2.9 Escalas de medición	48
2.9.1 Clases de escalas	48
2.9.2 Métodos para la clasificación de actitudes	50
3. Trabajo nocturno	56
3.1 Antecedentes	56
3.2 Definiciones	57
3.3 Modalidades del trabajo nocturno	60
3.4 Alteraciones físicas	64
3.5 Alteraciones psicológicas	70
3.6 Alteraciones psicosomáticas	76
3.7 Alteraciones familiares y sociales	83
3.8 Condiciones de trabajo y turno nocturno en hospitales	87
CAPITULO II MARCO CONTEXTUAL	94
1. Organigrama	96
2. Razón social	97
3. Rama industrial o de servicio	97
4. Clase	97
5. Grado de riesgo y fracción	97
6. Fracción	97
7. Número de departamentos, área o secciones	97
8. Número de trabajadores por puesto	98
9. Distribución de personal de enfermería por servicio y turno	100
10. Tipo de contratación	101
11. Turnos y horarios de rotación si es que existen	101
12. Prestaciones	103
13. Vacaciones	103
14. Actividades deportivas y culturales	103
15. Aspectos organizativos sindicales	103
16. Aspectos administrativos	103
17. Reporte del comité de Seguridad e Higiene	103
18. Reporte del Comité de Desechos y Residuos	103
19. Registro de accidentes y enfermedades de trabajo	103
20. Programa de capacitación relacionados con la función de salud ocupacional	104
CAPITULO III METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN	105
1 Objetivos	106
2 Hipótesis	106
3 Variables de investigación	106

4	Diseño de la investigación	108
5	La población	108
6	Tamaño de la muestra	108
7	Instrumento	108
8	Procedimiento para la recogida de información	109
9	Diseño estadístico	110
CAPÍTULO IV RESULTADOS		111
4.1	Validación del instrumento	112
4.2	Análisis de resultados	115
CONCLUSIONES		145
RECOMENDACIONES		148
BIBLIOGRAFIA		151
ANEXOS		157

RESUMEN

Introducción. El gran desafío para toda la organización de salud es encontrar la forma de satisfacer las necesidades de los demás, de las enfermeras en este caso. Se debe tener en cuenta que la satisfacción laboral ha sido poco estudiada entre los trabajadores de la salud. *Objetivos.* Determinar el nivel de satisfacción laboral de las enfermeras del turno nocturno del Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" del ISSSTE. *Población, material y métodos.* Se elaboro un instrumento de satisfacción laboral en condiciones de trabajo nocturno, validado y confiable, el cual se aplico a ochenta enfermeras de planta que desempeñan sus tareas en el Hospital Regional "Ignacio Zaragoza" del ISSSTE, . Se cargaron los datos en planillas de programa estadístico SPSS. Se empleó un diseño metodológico descriptivo, transversal, no experimental, prospectivo. *Resultados.* Del total de las preguntas, el 92% tuvieron respuesta satisfactoria, 49% mostraron satisfacción elevada, 43% mostraron satisfacción intermedia, el 6% mostraron satisfacción leve y 2%, evidenciaron insatisfacción, en general no se encontró relación con las condiciones del trabajo nocturno. Sólo una leve correlación en algunos rubros de los apartados de Condiciones de trabajo y periodos de descanso, así como lugar y ambiente de trabajo. *Conclusión.* Si bien el 92% de las encuestadas demostró satisfacción, también se encontraron alteraciones psicosomáticas, físicas, familiares y sociales, psicológicas y del sueño, en este orden de importancia.

INTRODUCCIÓN

A la luz de los conocimientos actuales, existe un interés creciente entre los administradores, los empleados y el gobierno, por mejorar la calidad de vida en el trabajo. Existe consenso en la necesidad de estudiar al trabajador en relación con el medio ambiente laboral en el cual está inserto, ya que cualquier variación en el conjunto integrado por el hombre, la organización y el medio ambiente, afectará forzosamente a los demás. De ahí deriva la necesidad de investigar cientos de fenómenos que ocurren a diario dentro de la organización, y uno de ellos es la satisfacción laboral, ya que extensos y variados estudios han indicado una serie de relaciones que este fenómeno tiene con la calidad de vida del trabajador, con la organización en sí y, como efecto final, con la sociedad. Existe evidencia clara de que un empleado insatisfecho tiende a sufrir todo tipo de problemas de salud, tales como: cefaleas, problemas de salud mental, cardiopatías y accidentes vasculares cerebrales, entre otros (Locke, E., 1976; Stein *et al.*, 1993; Robbins, S., 1987; Gibson, J. *et al.*, 1985; Spector, P., 1997) cit. en Fernández L. (2003) . Estos problemas provocarán ausentismo, rotación de personal, gastos médicos para el trabajador y costos para la empresa, los cuales van en deterioro de la organización. Como contrapartida, los estudios demuestran que la satisfacción laboral constituye un buen predictor de longevidad, de adhesión a la empresa, mejora la vida no sólo dentro del lugar de trabajo, sino que también influye en el entorno familiar y social. Estos aspectos son especialmente relevantes en los profesionales del área de la salud y en especial de las enfermeras, pues ellas deben cuidar la salud física y mental de quienes están a su cargo, y entregar una atención de buena calidad. Para ello deben estar bien y satisfechas en su trabajo.

El trabajo de las enfermeras y el ambiente donde lo desarrollan pareciera no ser el más propicio para derivar en satisfacción laboral. El cansancio, las escasas posibilidades de capacitación y la falta de personal traen como consecuencia fatiga y desmoralización entre estas profesionales. El deber de realizar muchas tareas cuya complejidad es inferior a su formación y que comprometen su tiempo, le impiden concretar su función fundamental, que es junto al paciente en la entrega de atención y cuidados de éste (Sonis, A., 1976) cit. en Fernández L. (2003) . Por otro lado, el turno nocturno, les dificulta la vida matrimonial y familiar, ya que éstas no coinciden con las rutinas normales de trabajo y estudios del resto de las personas, por lo que la enfermera requiere de muchos esfuerzos para compatibilizar sus actividades con las de su familia. Además, las bajas remuneraciones, que a veces las obligan a desempeñar más de un trabajo, teniendo que asumir largas jornadas con el consiguiente desgaste que ello significa, agravan la situación. Toda esta problemática trae inevitablemente consecuencias negativas, tanto para la vida personal, laboral y tal vez para los pacientes, que repercuten finalmente en la sociedad donde vivimos (Thereau, J., 1987; Pearson & Chong, 1997) cit. en Fernández L. (2003).

Además de lo anterior, el trabajo nocturno representa un riesgo potencial, mismo que se ve incrementado cuando existen condiciones laborales inadecuadas, como pueden ser instalaciones no funcionales, acumulación de tareas, monotonía, supervisión estricta, fatiga y estrés, aunado a la alteración de las funciones biológicas que están regidas por leyes bien definidas y siguen un ritmo determinado, desencadena una serie de trastornos conocidos como el síndrome del trabajo nocturno, que no solo afecta el estado biológico sino también el rendimiento psicofísico, sobre todo cuando se deben realizar tareas complejas. Se ha comprobado que durante la noche disminuye la fuerza muscular, tiempos de respuesta, capacidad de vigilia, la atención, la velocidad de cálculo y capacidad de memorización.

En el caso de las enfermeras, la combinación del trabajo nocturno con la actividad laboral específica que desempeñan las expone a una sobrecarga emocional y física, que al acumularse día con día, repercute en alteraciones neurofisiológicas y daño psíquico primero y, con el tiempo en alteraciones psicosomáticas.

La satisfacción laboral bajo condiciones de trabajo nocturno de las enfermeras, ha sido poco o nada investigada. El presente trabajo pretende evaluar los niveles de satisfacción laboral en enfermeras que trabajan de noche, primero elaborando un cuestionario para tal fin, así como conocer los niveles de satisfacción y ver si existe relación entre el nivel de satisfacción laboral de las enfermeras y el turno nocturno.

El instrumento que se empleó para la evaluación de la satisfacción laboral en condiciones de trabajo nocturno fue elaborado por la investigadora, con su respectiva validación, confiabilidad y pertinencia.

En el primer capítulo, se presenta un marco teórico de referencia que incluye: Apartado 1 todo lo relacionado a la satisfacción laboral, como antecedentes, definiciones, dimensiones y teorías. En el Apartado 2 se aborda la importancia de la evaluación de la satisfacción laboral. En el Apartado 3 un panorama de la literatura que se reporta sobre la nocividad del trabajo nocturno.

En el Capítulo II se incluyen los datos generales del hospital. La estructura metodológica del estudio que comprende el planteamiento del problema, objetivos, hipótesis, material, etc. se describen en el Capítulo III.

Los resultados y el análisis de los mismos se abordan en el Capítulo IV, donde se incluyen tablas que describen la población en estudio y los datos más relevantes que se obtuvieron.

Las conclusiones y discusión de esta investigación se presentan posteriormente.

Planteamiento del Problema

El trabajo es un fenómeno complejo y para comprenderlo, es necesario reconocer que puede ser una tarea, un deber o un logro, puede ser mental, físico o ambos y puede ser repetitivo o creativo; incluso puede ser algo ingrato o algo personalmente satisfactorio y sus resultados también pueden ser obvios o sutiles. Su producto final suele evaluarse en una forma diferente de acuerdo con la persona que lo habla, es decir, el trabajo adopta significados distintos y el más importante es el significado intrínseco que tiene para el trabajador individual y para el grupo con quien él se identifica.

El conocer y aprovechar esta información sería de gran utilidad para la organización tanto pública como privada, ya que contribuiría a mejorar el diseño del trabajo así como el nivel y forma de satisfacción para el trabajador. Se sabe que una organización es en principio eficiente gracias a su personal, sin embargo, es necesario recordar que el hombre debe sentir respeto por sí mismo, y la organización, por él. He aquí la clave por la que es necesaria la satisfacción, ya que se desean hombres felices, contentos y gustosos por hacer su trabajo cotidianamente.

Por otra parte, el trabajo le proporciona al individuo la sensación de pertenencia a un sector de la sociedad que se considera importante, necesario y valioso. Para un individuo trabajar significa tener un propósito, expresarse y sentirse satisfecho de contribuir a la sociedad (Robbins, 1987; Milcovich, 1994)¹

A la luz de los conocimientos actuales, existe un interés creciente entre los administradores, los empleados y el gobierno, por mejorar la calidad de vida en el trabajo. Existe consenso de la necesidad de estudiar al trabajador en relación con el medio ambiente laboral en el cual está inserto, ya que cualquier variación en el conjunto integrado por el hombre, la organización y el medio ambiente, afectará forzosamente a los demás. De ahí deriva la necesidad de investigar cientos de fenómenos que ocurren a diario dentro de la organización, y uno de ellos es la satisfacción laboral, ya que extensos y variados estudios han indicado una serie de relaciones que este fenómeno tiene con la calidad de vida del trabajador, con la organización en sí y, como efecto final, con la sociedad. Existe evidencia clara de que un empleado insatisfecho tiende a sufrir todo tipo de problemas de salud, tales como: cefaleas, problemas de salud mental, cardiopatías y accidentes vasculares cerebrales, entre

¹ Cit. en Fernandez 2003 p.57

otros (Locke, E., 1976; Stein et al., 1993; Robbins, S., 1987; Gibson, J. et al., 1985; Spector, P., 1997)²

Estos problemas provocarán ausentismo, rotación de personal, gastos médicos para el trabajador y costos para la empresa, los cuales van en detrimento de la organización. Como contrapartida, los estudios demuestran que la satisfacción laboral constituye un buen predictor de longevidad, de adhesión a la empresa, mejora la vida no sólo dentro del lugar de trabajo, sino que también influye en el entorno familiar y social. Estos aspectos son especialmente relevantes en los profesionales del área de la salud y en especial de las enfermeras, pues ellas deben cuidar la salud física y mental de quienes están a su cargo, y entregar una atención de buena calidad. Para ello deben estar bien y satisfechas en su trabajo.

El trabajo de las enfermeras y el ambiente donde lo desarrollan pareciera no ser el más propicio para derivar en satisfacción laboral. El cansancio, las escasas posibilidades de capacitación debido al sistema de turnos y la escasez de personal traen como consecuencia fatiga y desmoralización entre estas profesionales. El deber de realizar muchas tareas cuya complejidad es inferior a su formación y que comprometen su tiempo, le impiden concretar su función fundamental, que es junto al paciente en la entrega de atención y cuidados de éste (Sonis, A., 1976; *ibid.*, 58). Por otro lado, el turno nocturno les dificulta la adecuada realización de sus actividades, debido a que las funciones fisiológicas se modifican con los ritmos circadianos como la temperatura corporal, la frecuencia cardíaca y respiratoria y el metabolismo basal, entre otras. Así mismo se ve afectado el rendimiento psicofísico, pues se ha comprobado que durante la noche disminuye la fuerza muscular, tiempos de respuesta, capacidad de vigilia, atención, velocidad de cálculo y capacidad de memorización. En el caso de las enfermeras, la combinación del trabajo nocturno con la actividad laboral específica que desempeñan las expone a una sobrecarga emocional y física, que al acumularse día con día, repercute en alteraciones neurofisiológicas y daño psíquico primero y, con el tiempo, en alteraciones psicosomáticas. Por otro lado, su vida matrimonial y familiar se ve afectada, ya que éstas no coinciden con las rutinas normales de trabajo y estudios del resto de las personas, por lo que la enfermera requiere de muchos esfuerzos para compatibilizar sus actividades con las de su familia. Además, las bajas remuneraciones, que a veces las obligan a desempeñar más de un trabajo teniendo que asumir largas jornadas con el consiguiente desgaste que ello significa, agravan la situación. Toda esta problemática trae inevitablemente consecuencias negativas, tanto para la vida personal, laboral y tal vez para los pacientes,

² *Ibid* p.57

que repercuten finalmente en la sociedad (Thereau, J., 1987; Pearson & Chong, 1997)³

Pregunta de Investigación

¿Cuál es el nivel de satisfacción laboral en las enfermeras del turno nocturno del hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” del ISSSTE?

Hipótesis

El nivel de satisfacción laboral de enfermeras del turno nocturno del hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” del ISSSTE, esta relacionado con las condiciones del turno nocturno

³ Ibid p. 58

Justificación

La satisfacción en el trabajo, es una de las variables más estudiadas en el ámbito del comportamiento organizacional. De acuerdo con Schneider (1985 p. 575), se puede distinguir motivación y satisfacción, así como las actitudes frente al trabajo, respecto a las evaluaciones afectos sobre objetos/condiciones -/resultados.

Todavía hoy, se intenta comprender dónde residen sus determinantes, si en la naturaleza del trabajo en sí, en las variables del trabajador o en la satisfacción profesional resultante de las interacciones establecidas entre el ciudadano activo (respectiva historia de vida y personalidad) y las especificidades del contexto de trabajo.

La revisión de la literatura de la satisfacción laboral refleja una visión interesante, ya que hay estudios extensos en las organizaciones de diferentes ramas, sin embargo la satisfacción laboral ha sido poco estudiada entre los trabajadores de la salud, y la literatura existente en su mayoría, se enfoca para elaborar propuestas tendientes a optimizar la calidad de la atención, es decir en la calidad del servicio y la satisfacción al paciente. Solo existe una investigación que describe y compara la calidad del propio sueño, de la medicina del trabajo, del entorno de trabajo, de la experiencia de la enfermedad y de la satisfacción profesional entre enfermeras mujeres que trabajaban diversas combinaciones de turnos (Sveinsdóttir, 2006; p. 229).

Para la presente investigación se desarrollará la Teoría de los Eventos de Situaciones, en virtud de que es la teoría que se propone relacionar la satisfacción en el trabajo y dos factores : características de situaciones y eventos situacionales y es la que integra las condiciones de trabajo, a diferencia de las otras teorías y modelos, como la Teoría de los dos Factores o el Modelo de las Características de la Función que no incluyen las condiciones de trabajo, como es el turno nocturno que se pretende investigar, dado que en México, a pesar de que la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, así como el Instituto Mexicano del Seguro Social, tienen ingerencia para la mejora de condiciones de trabajo, las enfermeras de hospitales públicos quedan desprotegidas ante esta condición de trabajo, debido a que se rigen por sus propias leyes y reglamentos, los cuales no consideran que las alteraciones que provoca el trabajo nocturno sean lo suficientemente graves como para justificar medidas que disminuirían los problemas a la salud y por ende la satisfacción laboral.

La controversia continuará vigente, pues el trabajo nocturno está estrechamente ligado, en el sector productivo a aspectos económicos y

en el sector servicios a un sistema de trabajo que es imposible desaparecer, por su carácter de irremplazable, como suele suceder con los servicios de salud, especialmente las unidades de urgencias, entre otros.

Por tal motivo, la importancia de estudiar la satisfacción laboral bajo condiciones de trabajo que provocan efectos desfavorables para la salud y la vida laboral, con el objeto de comprobar la hipótesis.

CAPÍTULO I

MARCO TEORICO

1. SATISFACCIÓN LABORAL

El tema de la satisfacción laboral es una de las variables más estudiadas en el ámbito del comportamiento organizacional porque indica la habilidad de la organización para satisfacer las necesidades de los trabajadores y además, por los siguientes motivos:

- Existen muchas evidencias de que los trabajadores insatisfechos faltan a trabajar con más frecuencia y suelen renunciar más.
- Se ha demostrado que los empleados satisfechos gozan de mejor salud y viven más años.
- La satisfacción laboral se refleja en la vida particular del empleado.

Además, la satisfacción laboral es de gran interés "en los últimos años por constituirse en resultados organizacionales que expresan el grado de eficacia, eficiencia y efectividad alcanzado por la institución; como tal, son indicadores del comportamiento de los que pueden derivar políticas y decisiones institucionales" (Palma, 1999; p.24).

Es más probable que los empleados satisfechos sean ciudadanos satisfechos, estas personas adoptarán una actitud más positiva ante la vida en general y representarán para la sociedad personas más sanas, en términos psicológicos.

Actualmente se presta mayor interés a la calidad de vida laboral a diferencia de años anteriores en donde se buscaba la relación con el rendimiento."...subyace la idea de que las personas trabajen bien, pero sintiéndose bien; o a la inversa, que estén a gusto en el trabajo, al tiempo que ofrecen un resultado satisfactorio"(Peiró, 1996; p.344)

Existe la creencia de que los trabajadores que se sienten satisfechos en su trabajo, sea porque se consideran bien pagados o bien tratados, porque ascienden o aprenden, son quienes producen y rinden más. A la inversa, los trabajadores que se sienten mal pagados, mal tratados, atascados en tareas monótonas, sin posibilidades de ampliar horizontes de comprensión de su labor, son los que rinden menos, es decir, son los más improductivos

Sin embargo esta presunción del nexo satisfacción—desempeño no tiene, todavía, correspondencia en los resultados empíricos que las investigaciones han producido (Lima, Vala y Monteiro, 1994; p. 102). El optimismo que propone que las personas más satisfechas son personas más productivas no es corroborado por los datos empíricos.

La motivación es una variable que influye en mayor medida en el desempeño y los resultados productivos que la variable satisfacción. Uno

de los modos de concebir las potentes combinaciones de las dos variables son las siguientes:

LAS RELACIONES SATISFACCIÓN / MOTIVACIÓN

	Satisfecho	Insatisfecho
Motivado	I	III
Desmotivado	II	IV

Esas cuatro combinaciones sugieren que satisfacción y motivación no caminan, necesariamente, "juntos". Por ejemplo, un individuo puede estar satisfecho y no estar motivado (célula II); se trata de alguien que evalúa favorablemente su situación profesional, pero cuyo esfuerzo no proporciona niveles de desempeño elevado.

De acuerdo con Schneider (1985; p.574), se puede distinguir motivación y satisfacción, así como las actitudes frente al trabajo, respecto a las evaluaciones afectos sobre objetos/condiciones/resultados.

Esclarecida esta relación entre satisfacción / motivación, se presentará a continuación la comprensión de: La satisfacción laboral en enfermeras que trabajan en el turno nocturno

- Antecedentes
- Las definiciones del concepto de satisfacción en el trabajo;
- Las dimensiones de la satisfacción en el trabajo y,
- Las teorías y modelos de explicación de la satisfacción en el trabajo.

1.1 Antecedentes

Desde la década de 1930, se registra un gran interés por la investigación en torno a la satisfacción laboral, el cual alcanzó probablemente, su punto máximo en los años 60. Observándose, entonces, un cierto desinterés en el momento en que comenzó a cuestionarse la relación entre la satisfacción y la productividad.

A finales de la década de 1970, y todavía con una preocupación empresarial, se observa un resurgimiento gradual del interés por la temática, aceptando la perspectiva de la satisfacción laboral como una actitud con consecuencias importantes para el individuo y para la organización, como son: el ausentismo y el abandono laboral.

A partir de los años 80 este tema empieza a situarse más con respecto a sus relaciones con la calidad de vida en el trabajo, en su impacto sobre la salud mental y en las relaciones entre éste y la familia; con una preocupación creciente por el desarrollo personal del individuo, en un contexto de educación a lo largo de la vida.

A pesar de la cantidad y diversidad de investigaciones llevadas a cabo en torno a la satisfacción laboral, la comprensión de sus causas está lejos de clarificarse. Todavía hoy, se intenta comprender dónde residen sus determinantes, si en la naturaleza del trabajo en sí, en las variables del trabajador o en la satisfacción laboral resultante de las interacciones establecidas entre el ciudadano activo (respectiva historia de vida y personalidad) y las especificidades del contexto de trabajo.

De hecho, la cantidad de investigación producida (basada principalmente, en estudios americanos) no ha sido acompañada de la necesaria calidad en el esclarecimiento de los factores subyacentes al bienestar del individuo como profesional.

Locke (1976) refirió 3,300 investigaciones producidas sobre satisfacción en el trabajo hasta dicha fecha, constatando que, a pesar de que las tentativas sistematizadas del estudio de la naturaleza y causas del tema se remontan a los años 30, las actitudes del trabajador en su actividad profesional merecen ya su atención con anterioridad, contextualizadas en la evolución histórica de las teorías organizacionales.

En cuanto a la evolución histórica del concepto, Locke (1976) distingue tres etapas iniciales, que él atribuye a escuelas, fundamentalmente orientadas hacia el diseño de la tarea: La escuela físico-económica; la escuela de las relaciones humanas y la escuela del desarrollo por el trabajo, mismas que han venido a incluir otras tendencias más recientes.

Escuela físico-económica, que se remonta a Taylor (1911) y a su idea de la organización científica del trabajo. A este punto de vista económico se une, antes y después de la primera guerra mundial, un punto de vista físico o mas bien fisiológico (todavía presente entre los ergónomos de hoy en día) que trata de abordar la fatiga buscando los medios de reducirla. Esta preocupación se muestra como central hasta los años treinta. Las investigaciones están encaminada a introducir en los procesos de trabajo diversos estimulantes, que no son útiles directamente para aumentar la producción, pero si indirectamente por su efecto sobre la satisfacción laboral.

La escuela de las Relaciones Humanas que tiene su origen en los trabajos de Elton Mayo (1933)⁴ en Hawthorne. Su investigación sobre la fatiga y las ausencias de pausas en la empresa textil le llevó a constatar que factores tales como los vínculos con la dirección o los ambientes de grupo también entraban en juego en las actitudes de los empleados y que podían ser modificados en desarrollo, en parte, por la proliferación, desde el comienzo de la segunda guerra mundial, de estudios sobre liderazgo. Las conexiones tanto con el superior jerárquico como con el grupo, se situaban en el centro de las preocupaciones. Los años 1955-1960 constituyen el período culminante de la asociación causal entre relaciones humanas y satisfacción laboral.

Escuela del desarrollo, que nace con el estudio de Herzberg et. al. (1959)⁵ y fuertemente entroncada con la teoría de las necesidades de Maslow (1954).⁶ Su Teoría Dual o de los Dos Factores se basa en la idea de que las personas tienen dos clases de necesidades: las de higiene, que están relacionadas con las condiciones físicas y psicológicas en las cuales se trabaja, las motivadoras que se concibieron como muy similares a las necesidades superiores de las que habla Maslow (1954) en su teoría. Estos dos tipos de requerimientos se satisfacen mediante diferentes clases de recompensas. Las necesidades de higiene se sacian por los niveles de determinadas condiciones llamadas factores higienizadores o insatisfactores, relacionados con lo que denominaron factores motivadores o satisfactores, ligados a la naturaleza del trabajo en sí (factores intrínsecos).⁷ El saciar las necesidades de higiene no deriva en satisfacción laboral, sino sólo en la reducción o eliminación de la insatisfacción. Por otra parte, los factores motivadores, que solventan las necesidades de autorrealización de un individuo en su trabajo, producen satisfacción cuando están presentes, mientras que cuando están ausentes originan el mismo “estado neutral” asociado a la presencia de los factores higienizadores. A pesar de las serias dudas sobre la validez de la teoría, los estudios han sido muy decisivos a favor de ella cuando se

⁴ Cit. en González 1993 p. 26

⁵ Cit. en González 1993 p. 53

⁶ La teoría jerárquica de necesidades de Maslow (1959) establece una escala de importancia para las necesidades humanas. Las de nivel mas bajo (fisiológicas y de seguridad) dominan la conducta hasta que le satisfacen, momento a partir del cual las necesidades de nivel superior (estima y de pertenencia) se activan. Aplicando al ámbito del trabajo, la variabilidad en la satisfacción laboral surge como consecuencia de las discrepancias entre las necesidades de los individuos y la capacidad para satisfacerlas de los empleados.

⁷ Los factores extrínsecos incluyen la supervisión, las relaciones interpersonales, las condiciones físicas del trabajo, el salario, la política de la empresa, las prácticas administrativas, la política de beneficios y la seguridad en el puesto. Los factores intrínsecos engloban los logros, el reconocimiento, la tarea, la responsabilidad y el crecimiento

ha considerado uno de los conceptos fundamentales de la teoría, el llamado enriquecimiento de las tareas (job enrichment).⁸

Poco a poco, fueron apareciendo también nuevos horizontes, progresivamente ampliados y enriquecidos por abordajes sistémicos (años 80) y de contingencias (años 90) de las organizaciones. Todo esto tuvo como consecuencia, implicaciones positivas para la satisfacción de los trabajadores y, una llamada creciente a la implicación, participación, responsabilización y posicionamiento crítico.

Para la teoría general de los sistemas, las organizaciones resultan de la interdependencia e interacción entre los subsistemas estructurales y los funcionales, siendo necesario estructurar una organización basada en las decisiones y participación del trabajo en grupo, como estrategia para aumentar la satisfacción y la motivación en el trabajo.

Los abordajes de las contingencias que se basan en organizaciones con sistemas abiertos, cuyas estructuras constituyentes presentan una compleja relación consigo mismo y con contextos adyacentes, apuntan que, sólo serán viables en el futuro los sistemas que tuvieran capacidad para adaptarse, permanentemente, a los cambios acelerados, comprometiéndose con objetivos y actividades que todavía hoy, no se vislumbran,

De este modo, la predominancia de la dimensión de la incertidumbre en cuanto al futuro y a la capacidad de gestión de lo imprevisible y de lo efímero, parece ser la tónica dominante de este modelo de abordaje de las organizaciones.

De esta manera, en los inicios de 1980, las empresas consideradas excelentes apostaban por competencias como el servicio al cliente y la gestión humanista, En los años 90, “se observa una evolución hacia otro paradigma que puede denominarse el “capital humano destacando el constante desarrollo de ese capital mediante estrategias de formación” (Peiro, 1998, p.177).

Es decir, se asiste a una importancia creciente atribuida a la “gestión del conocimiento”, para el desarrollo del “capital humano”, como estrategia de éxito y de eficacia de las organizaciones y del bienestar de sus miembros,

⁸ Herzberg y sus colegas recomendaron el enriquecimiento de las tareas como medio para conseguir la satisfacción laboral. Este concepto hace referencia al intento de la dirección por diseñar tareas que den oportunidades de éxito personal, reconocimiento, progreso y crecimiento individual. Esto proporciona al trabajador mas responsabilidad y autonomía en la ejecución de su tarea, así como retroalimentación en relación con su propio rendimiento

Estos, están llamados a desarrollar competencias y conocimientos determinados por contextos y dinámicas que cambian a una velocidad impresionante.

En suma, y de acuerdo con la síntesis comparativa de las teorías organizacionales (tabla 3.1), presentada por Ferreira et. al. (1996 p. 127), se verifica que la evolución histórica que se acaba de exponer, traduce diferentes concepciones de hombre, reflejándose en los criterios de eficiencia organizacional y en el sistema de incentivos básicos.

Tabla 3.1 Síntesis comparativa de las teorías organizacionales

Teorías	Clásicas	Relaciones Humanas	Sistémicas	Contingencias
Concepción de persona	“Homo economicus”	“Homo sociologicus”	Hombre funcional	Hombre complejo
Eficiencia organizacional	Máxima productividad del trabajo	Máxima satisfacción del trabajador	Equilibrio interno en el funcionamiento de la organización	Adaptación de las estructuras y funciones a la naturaleza de la situación
Sistema de incentivos	Recompensas salariales y materiales	Afiliación y buen ambiente social	Participación y decisión en la organización del trabajo	Realización en la concretización de las tareas y funciones

Fuente: (Ferreira et. al., 1996, p127).

Los movimientos históricos aquí referidos, constituyen una representación algo simplificada de las tendencias actuales de la investigación en esta área (una vez que se sobreponen en el tiempo, prevaleciendo aún hoy simultáneamente en los modelos organizacionales). Estos movimientos representan un importante referente para una sistematización de las principales tendencias históricas en el ámbito de la investigación en torno a la satisfacción laboral.

Si los valores profesionales del individuo tienden a reflejar los valores sociales del período histórico-cultural que caracterizan su transcurso de vida y, si el concepto de trabajo constituye una realidad histórica sociocognitiva construida, parece interesante insertar aquí la tabla 2. Síntesis de los valores asociados al trabajo de Robbins (1996 p. 178). El autor destaca la no aplicabilidad universal de las tendencias encontradas, ya que la investigación tuvo como base profesionales americanos.

Tabla 3.2 Evolución histórica de los valores dominantes en el mundo del trabajo

Entrada en el mundo del trabajo	Edad aproximada	Valores del trabajo dominante
Mediados de la década de los 40, hasta finales de los años 50	55-75 años	Trabajo arduo, conservadurismo, lealtad a la organización
Años 60 hasta mediados de la década de los 70	40-55 años	Calidad de vida, inconformismo, busca autonomía, preocupación consigo mismo
Mediados de la década de los 70, hasta finales de los años 80	30-40 años	Éxito, realización ambición, preocupación con la carrera
De 1990, hasta el momento	<30 años	Flexibilidad, satisfacción profesional, valorización del ocio, preocupación con las relaciones interpersonales

Fuente: (Robbins, 1996, p. 178)

De acuerdo con la tabla anterior, se verifica que los trabajadores, que se desarrollaron con la influencia de la gran depresión y de la segunda guerra mundial, valoraban, particularmente, la seguridad del empleo y de la familia.

Para los que entraron en el mundo del trabajo, en los años 60 hasta mediados de los 70 (bajo la influencia de la proclamación de los derechos humanos, de la guerra del Vietnam, del movimiento hippie y del baby-boom), más que la acumulación de bienes, importaba la calidad de vida y la búsqueda de autonomía profesional, en lugar de una gran fidelidad organizacional.

Los individuos que integraron la fuerza de trabajo, desde mediados de la década de los 70 hasta finales de los años 80, en un contexto de retorno a valores sociales más tradicionales, volvieron a dar gran importancia al éxito material, al reconocimiento social, a la realización profesional, viendo las organizaciones donde trabajaban, esencialmente, como vehículos de sus carreras. Los yuppies de los años 80 son un buen ejemplo: procuraban, a toda costa hacer fortuna, valiendo para ello todos los sacrificios posibles.

Después de los años 90, envueltos por un contexto de caída del comunismo, de globalización económica y de informatización creciente, se ha aprendido a valorar, principalmente, la flexibilidad de la organización del trabajo y la obtención de una satisfacción en el trabajo.

Para esta generación, el dinero es importante, y es un indicador de desempeño profesional. Pero, sus miembros están dispuestos a prescindir de mayores salarios o promociones, con el objetivo de disponer de más tiempo para el ocio y para actividades en otras esferas de la vida, en las cuales se destacan las relaciones con la familia y con los otros (Robbins 1996, p. 178).

Placer, felicidad y amistad parecen ser los objetivos requeridos por los trabajadores de los años 90 hasta al momento. Están menos dispuestos a sacrificios personales, por causas profesionales, que las generaciones precedentes.

La tabla síntesis, anteriormente mostrada, configura algunas tendencias históricas que se asocian al estudio de los valores asociados al trabajo permitiendo un encuadramiento interesante para la temática que se pretende profundizar a lo largo de esta investigación: A continuación se mencionan las definiciones del concepto de satisfacción en el trabajo.

1.2 Definiciones

Son innumerables las definiciones existentes del concepto de satisfacción en el trabajo, siendo posible categorizarlas de acuerdo con dos perspectivas distintas.

En la primera, se tienen autores que se refieren a la satisfacción como un estado emocional, sentimientos o respuestas afectivas (Lokce, 1976; Cretes, 1969; Mueller y McCloskey, 1990; Muchinsky, 1993; Newstron y Davis, 1993).⁹ En este contexto, es preciso distinguir los conceptos de respuesta afectiva y respuesta emocional pues, aún que se encuentran relacionadas, no son sinónimas.

Cuando se utiliza el término afecto, se refiere a un fenómeno genérico y poco específico que puede incluir otros fenómenos, tales como las preferencias, las evaluaciones, los estados de ánimo y las emociones (Fiseke y Taylor, 1991; Fernández-Dols, 1994).¹⁰

Las emociones serán una forma de afecto más compleja cuya duración es claramente más precisa que una reacción afectiva o estado de ánimo. Se centralizan, por norma, en objetos específicos y originan una serie de evaluaciones y reacciones corporales bien determinadas.

⁹ Cit. en Cavalcante (2004) p. 103

¹⁰ Ibid p. 103

En una segunda perspectiva, se tienen autores que definen el concepto de satisfacción en el trabajo como una actitud generalizada en relación al trabajo (Beer, 1964; Salancik y Pfeffer, 1977; Harpaz, 1983; Peiro, 1986; Griffin y Bateman, 1986; Aanold, Robertson y Cooper., 1991 y, Bravo, Peiro y Rodríguez 1996).¹¹ Esa perspectiva considera el estudio de la satisfacción en el ámbito de las actitudes en el trabajo. En este contexto, las actitudes aparecen como asociaciones entre objetos y respectivas evaluaciones por parte de los individuos.

Esas evaluaciones traducen el componente afectivo y emocional de las experiencias individuales, o de las creencias, en términos de evaluación con relación al trabajo o factores relacionados.

La tabla 3.3 indica, una síntesis de algunas orientaciones conceptuales de la satisfacción en el trabajo, en las dos perspectivas.

Tabla 3.3 Satisfacción en el trabajo: Orientaciones conceptuales

Perspectivas	Autores	Año	
Sentimientos o respuestas afectivas relativamente a aspectos específicos de la situación Laboral	Smith, Kendall y Hullin	1969	
Estado afectivo, en el sentido del gustar o no, en términos generales, de una determinada situación relacionada con su trabajo	Crites	1969	Satisfacción como estado emocional, sentimientos o respuestas afectivas con relación al trabajo
Estado emocional positivo que resulta de la percepción subjetiva de las experiencias en el trabajo por parte del empleado	Locke	1976	
Orientación afectiva positiva para el empleo	Price y MJuller	1986	
Respuesta emocional o afectiva con relación al trabajo	Muchinsky	1993	
Conjunto de sentimientos y emociones favorables o desfavorables resultantes de la forma como los empleados consideran su trabajo	Newstron y Davis	1993	

¹¹ Ibid p. 104

Actitud generalizada con relación al trabajo, atendiendo a tres componentes: Cognitiva (pensamientos o evaluación del objeto de acuerdo con el conocimiento) Afectiva (sentimientos, emociones positivas o negativas), Comportamental (predisposiciones de comportamientos de intención con relación al objeto)	Beer	1964	Satisfacción como una actitud generalizada en relación al trabajo
	Salancik y Pferrer	1977	
	Harpaz	1983	
	Peiro	1986	
	Griffin y Bateman	1986	
	Arnold, Robertson y Cooper	1991	
	Peiro, Bravo y Rodríguez	1996	

1.3 Dimensiones

Las orientaciones conceptuales, de la tabla anterior, consideran la satisfacción laboral en determinados momentos como una actitud global y en otros como un estado emocional o afectivo. Pero, independiente de la orientación conceptual, se pueden identificar dos dimensiones distintas de la satisfacción en el trabajo.

La primera dimensión es definida por un abordaje unidimensional (Peiro y Prieto, 1996) o abordaje global (Spector, 1997).¹² En este caso la satisfacción es vista como una actitud¹³ con relación al trabajo en general, no resulta de la suma de los múltiples aspectos que caracterizan el trabajo, sino que depende de ellos.

La segunda dimensión se caracteriza por un abordaje multidimensional. Se considera que la satisfacción deriva de un conjunto de factores asociados al trabajo, y que es posible medir la satisfacción de personas en relación con cada uno de esos factores. Son varios los autores que hacen referencia a este carácter multidimensional (Peiro, 1986; Cook et al, 1981).¹⁴

En este sentido, sobresalen las siguientes dimensiones:

- La satisfacción con el jefe;
- La satisfacción con la organización;
- La satisfacción con los colegas de trabajo;
- La satisfacción con las condiciones de trabajo;
- La satisfacción con la progresión en la carrera;
- La satisfacción con las perspectivas de promoción;

¹² Ibid p 106

¹³ Una actitud es un constructo hipotético en la medida en que realmente ella no puede ser vista. Sin embargo, sus consecuencias son a menudo observables

¹⁴ Ibid 106

- La satisfacción con las recompensas de los sueldos;
- La satisfacción con los subordinados;
- La satisfacción con la estabilidad en el empleo;
- La satisfacción con la cantidad de trabajo;
- La satisfacción con el desempeño personal;
- Satisfacción intrínseca en general.

En 1976, Locke identificó nueve dimensiones, a saber:

- a. La satisfacción con el trabajo, integrando la atracción intrínseca al trabajo, la variedad del trabajo, las oportunidades de aprendizaje, la dificultad, la cantidad de trabajo, las posibilidades de éxito o el control sobre los métodos
- b. La satisfacción con el sueldo, que considera la componente cuantitativa de la remuneración, y la forma cómo es distribuida por los empleados (equidad);
- c. La satisfacción con las promociones, incluyendo las oportunidades de formación y otros aspectos de base que dan soporte a la promoción;
- d. La satisfacción con el reconocimiento, comprendiendo elogios o críticas al trabajo realizado;
- e. La satisfacción con los beneficios, como las pensiones, la seguridad y las vacaciones;
- f. La satisfacción con el jefe, que incluye el estilo de liderazgo o las capacidades técnicas y administrativas así como, cualidades al nivel de relación interpersonal;
- g. La satisfacción con los colegas de trabajo, caracterizada por las competencias de los colegas, el apoyo que esos prestan, la amistad que manifiestan;
- h. La satisfacción con las condiciones de trabajo, como por ejemplo el horario, los periodos de descanso, el lugar de trabajo y, los aspectos económicos;
- i. La satisfacción con la organización y con la dirección, destacándose las políticas de beneficios y salarios.

Las seis primeras dimensiones son clasificadas por Locke (1976)¹⁵ como eventos o condiciones. Los tres restantes, el autor las atribuyó a la designación de agentes.

Para Peiro (1994)¹⁶, los eventos o las condiciones que originan la satisfacción en el trabajo se traducen en cinco factores: el carácter intrínseco del trabajo; la remuneración; la promoción; la seguridad del empleo y, por último las condiciones de trabajo. Con respecto a los agentes, este autor hace referencia a la propia persona, los jefes, los

¹⁵ Ibid 107

¹⁶ Ibid 107

colegas de trabajo, los subordinados, las características de la organización, entre otros.

En resumen, para definir el concepto de satisfacción en el trabajo es preciso considerar dos aspectos. Por un lado, se deben especificar los procesos psicológicos que constituyen la experiencia subjetiva de la satisfacción en el trabajo. En este caso, se toman en cuenta las actitudes, pudiendo considerar sus componentes cognitivos, afectivos y de comportamientos.

El segundo aspecto se refiere a la identificación de las características asociadas al trabajo que producen esas experiencias subjetivas de satisfacción.

1.4 Teorías y modelos de explicación de la satisfacción en el trabajo

Enseguida se presentan algunas teorías y modelos que contribuyen a la explicación de la satisfacción en el trabajo:

- La teoría de los factores higiénicos y de las motivaciones;
- El modelo de las características de la función;
- La teoría de adaptación al trabajo;
- La teoría de la discrepancia;
- El modelo de la satisfacción de facetas;
- La teoría del grupo de referencia social;
- La teoría del procesamiento social de la información;
- La teoría de los eventos de las situaciones;
- El modelo dinámico de la satisfacción en el trabajo y.
- El modelo interactivo.

1.4.1 Teoría de los dos factores

Esta teoría también es conocida como "teoría dual" o "teoría de la motivación-higiene". Fue propuesta por el psicólogo Frederick Herzberg basándose en la creencia de que la relación de un individuo con su trabajo es básica y que su actividad hacia su trabajo bien puede determinar el éxito o el fracaso del individuo, Herzberg (1959)¹⁷ investigó la pregunta: "¿Que quiere la gente de sus trabajos?" . Estas respuestas se tabularon y se separaron por categorías.

Los factores intrínsecos tendrían el potencial de llevar a un estado de satisfacción con el puesto (como el logro, el reconocimiento, el trabajo en sí mismo, la responsabilidad y el crecimiento), porque pueden satisfacer

¹⁷ González 1993 p. 53-65

las "necesidades de desarrollo psicológico". De modo que el sujeto se interesará en ampliar sus conocimientos y desarrollar actividades creativas, afirmando su individualidad, logrando objetivos alcanzables sólo en puestos con dichas características, pero cuando no ofrece oportunidades de desarrollo psicológico, experimentará sólo "ausencia de satisfacción". Por otro lado, la insatisfacción laboral estaría asociada a los factores extrínsecos del trabajo (política de la compañía y la administración, la supervisión, las relaciones interpersonales y las condiciones de trabajo). El deterioro de estos factores –por ejemplo el creer estar inequitativamente pagado—causaría insatisfacción. Su mejoramiento- aumento de sueldo-eliminaría la insatisfacción, pero no causaría satisfacción laboral. (Atalaya, 1995 p. 57).

Lo interesante es que para motivar al individuo, "se recomienda poner de relieve el logro, reconocimiento, trabajo en sí, la responsabilidad y el crecimiento, y se debe cuidar también de los factores extrínsecos" (Atalaya, 1999, p. 57)

Las críticas al trabajo de Herzberg son muy numerosas, siendo las principales, las referidas a su método de reunir los datos, el cual supone que la gente puede, y desearía reportar sus experiencias de satisfacción e insatisfacción correctamente. De hecho, la gente está predispuesta y tiende a atribuirse los sucesos de éxito, mientras aluden a factores externos como causas de fracasos (Stoner y Freeman, 1994)

1.4.2 El modelo de las características de la función

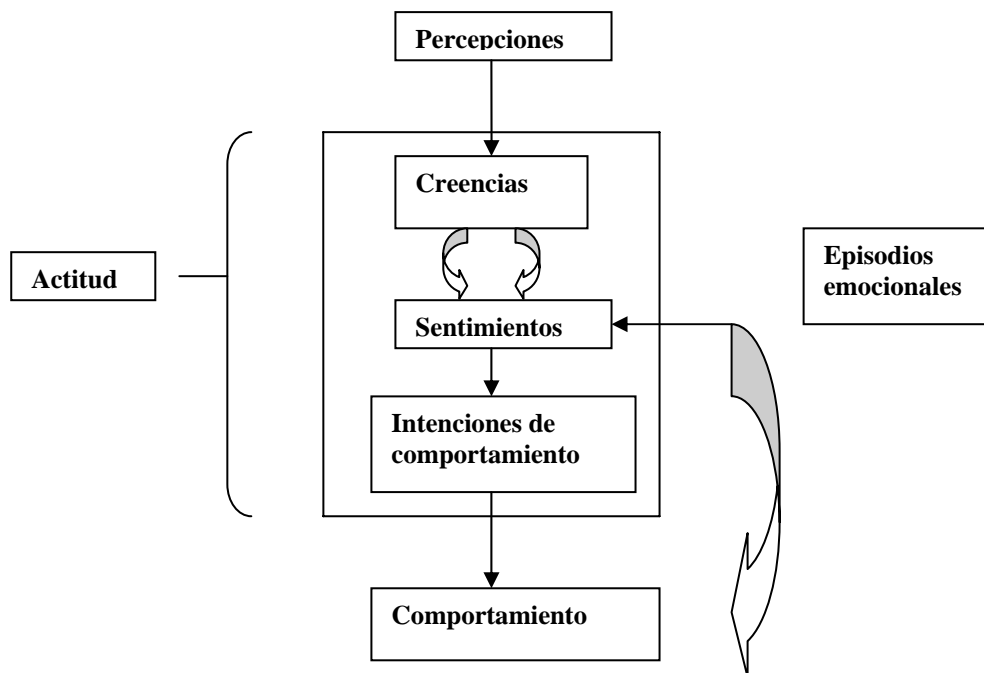
Según Hackman y Oldham (1980), su modelo supone que cinco peculiaridades centrales de la tarea (variedad, significado, identidad, autonomía y retroalimentación) influyen en tres estados psicológicos críticos (significado experimentado del trabajo, responsabilidad respecto a sus resultados y conocimiento de la consecuencias reales de las actividades laborales), que afectan a los resultados laborales (motivación, productividad y satisfacción laboral). Adicionalmente, proponen que estas relaciones están medidas por la fuerza y la necesidad de crecimiento (desarrollo personal) del empleado. La principal novedad de esta construcción teórica radica, precisamente, en la introducción de ese factor mediador, por su conexión con factores de personalidad. Esta construcción teórica ha servido de ímpetu para muchos trabajos posteriores y de apoyo para el desarrollo de diseños de tareas organizacionales.

En la actualidad, parece haber extendido consenso entre los investigadores en interpretar la satisfacción como la actitud general de la

persona hacia su trabajo (Robbins y Coulter, 1996)¹⁸. Brevemente definida, una actitud representa una predisposición a responder de forma favorable o desfavorable a personas u objetos del entorno. La actitud es un estado preparatorio, una condición previa del comportamiento, integrada por tres componentes: (Fishbeig y Ajzen, 1975)¹⁹.

1. Componente cognitivo, que define las creencia, opiniones, conocimiento o información mantenida por una persona y que evoca la noción de cálculo y de razonamiento. Este componente se nutre de la percepción.
2. Componente afectivo, que es el segmento emocional o de sentimiento de una actitud. Estas emociones diferencian de los estados de humor, en la medida en que éstos son situaciones emocionales que no están dirigidos contra algo o alguien en particular.
3. Componente comportamental, que recoge la intención de comportarse de determinada forma hacia algo o alguien. Indicado en el esquema 3.1

Esquema 3.1 Modelo para la relación entre actitud y comportamiento



Fuente: McShane y von Glinow (2000)

¹⁸ www.eumed.net/tesis/cgb/c1.pdf. capítulo 1 La satisfacción laboral como variable económica p. 21

¹⁹ Ibid

1.4.3 Teoría de adaptación al trabajo

La teoría de adaptación al trabajo tiene por base la interacción entre el individuo y el ambiente de trabajo (Dawis y Lofquist, 1984). Según los autores, los individuos procuran desarrollar y mantener una cierta correspondencia con el ambiente de trabajo, de acuerdo con un proceso continuo y dinámico, al cual designan “adaptación al trabajo”.

Destacan dos tipos de correspondencias. La primera se caracteriza por el grado de correspondencia entre atributos individuales (las capacidades y competencias propias y las exigencias de la función, asumiendo la designación de resultados satisfactorios). El segundo tipo se refiere al grado de correspondencia entre el contexto de trabajo y las necesidades individuales.

Según esta teoría y de acuerdo con sus autores, es posible enunciar las siguientes propuestas:

1. La adaptación de la persona al trabajo resulta de los niveles de los resultados eficientes y de la satisfacción del individuo con relación al trabajo;
2. Los resultados satisfactorios dependen de la relación entre las competencias y capacidades individuales y, las competencias y capacidades necesarias para el desempeño de la función, implicando una relación entre el sistema de recompensas y las necesidades individuales;
3. La satisfacción en el trabajo depende de la relación entre las necesidades individuales y el sistema de recompensas, implicando la relación entre las competencias individuales y las competencias requeridas;
4. Las relaciones entre los resultados satisfactorios y las competencias requeridas por la función son mediadas por la satisfacción en el trabajo.
5. Las relaciones entre la satisfacción en el trabajo y las necesidades aumentadas son mediadas por los resultados satisfactorios;
6. Los niveles inadecuados de satisfacción o de resultados satisfactorios pueden contribuir a la salida del individuo de la organización (despido o abandono de la organización);

Por último esta teoría considera que la satisfacción en el trabajo resulta de una discrepancia, a nivel individual, entre las necesidades y los valores que la persona procura a través del desempeño de la función y, lo que efectivamente acontece a este nivel.

1.4.4 Teoría de la discrepancia

De acuerdo con la teoría de la discrepancia (Locke, 1969, 1984).²⁰ la satisfacción en el trabajo resulta de la existencia de una congruencia entre los valores y las necesidades individuales y los valores que pueden ser alcanzados a través del desempeño de una función.

Locke (1976)²¹, al referirse a varias dimensiones del trabajo, presenta tres elementos primordiales que contribuyen a la clarificación del proceso de la discrepancia: La satisfacción con las dimensiones del trabajo; la descripción de las dimensiones y la relevancia de las dimensiones.

En cuanto a la satisfacción con las dimensiones del trabajo, Locke (1976)²² aborda la problemática de la evaluación afectiva de las múltiples dimensiones del carácter individual inherentes al trabajo. En cuanto a la descripción de las dimensiones, el autor se refiere a las percepciones que no se relacionan con los afectos y que se localizan en experiencias relacionadas con las especificidades del trabajo.

Al considerar la relevancia de las dimensiones, Locke (1976)²³ atiende a la importancia, o al valor, que las dimensiones del trabajo tienen para el individuo.

Así, la discrepancia resulta de los valores que los individuos conceden a las dimensiones del trabajo. La satisfacción en el trabajo deriva del valor atribuido a cada una de esas dimensiones y de la congruencia entre el nivel alcanzado y lo ambicionado.

Por otro lado, la importancia atribuida a una dimensión influencia la intensidad relativa de la satisfacción en el trabajo, producida por el grado de discrepancia entre las percepciones y los valores. En este contexto, cuanto más importante es para el individuo la dimensión, mayor será la variabilidad al nivel de su respuesta afectiva, es decir, de su satisfacción (Peiro y Prieto, 1996).²⁴

En resumen, la teoría se fundamenta en la discrepancia y en la importancia de las dimensiones del trabajo y confiere relevancia a los procesos psicológicos de comparación en el ámbito de la satisfacción en el trabajo, en cuanto a determinadas dimensiones del trabajo.

²⁰ Cavalcante 2004 p. 112

²¹ Ibid p. 112

²² Ibid p. 112

²³ Ibid p. 112

²⁴ Ibid p. 112

1.4.5 Modelo de las determinantes de la satisfacción en el trabajo

El modelo de las determinantes de la satisfacción en el trabajo (Lawler, 1973)²⁵, remarca la relación “*expectativas-recompensas*”, desde las distintas facetas y aspectos del trabajo. En el fondo se trata de un perfeccionamiento de la teoría de la motivación de Porter y Lawler (1968)²⁶. Este autor parte de la hipótesis de que la relación entre la expectativa y la realidad de la recompensa produce la satisfacción o la insatisfacción laboral; es decir, que éstas dependen de la comparación entre la recompensa recibida efectivamente por el rendimiento en el trabajo y la que el individuo consideraba adecuada a cambio de éste. Por lo tanto, si la recompensa obtenida efectivamente excede de la que se considera adecuada o si es equiparable, el trabajador alcanza el estado de satisfacción. Si esta relación se desarrolla en sentido inverso, se produce la insatisfacción.

El proceso que conduce a la satisfacción e insatisfacción está determinado básicamente por las siguientes variables: a) inversiones personales y percibidas, en el trabajo; b) inversiones percibidas y resultados de las personas de referencia; c) características del trabajo percibidas; y d) cantidad percibida de recompensas o de compensación. Por otra parte, es necesario dejar claro que, dentro de esta teoría, el término “recompensa” no significa sólo retribución financiera, sino que incluye un abanico muy amplio de todos los resultados y facetas del trabajo imaginables (remuneración, ascensos, reconocimientos, comunicación con la dirección, etc.).²⁷

1.4.6 Teoría del grupo de referencia social

Según la teoría del grupo de referencia social, la satisfacción del individuo en el trabajo se relaciona con las características del su grupo de pertenencia. Es en este grupo que el individuo se encuentra y se enfrenta con normas que le permiten desenvolver una idea propia del mundo en que vive, contribuyendo así a la explicación que formula sobre su realidad.

Según Korman (1978)²⁸, las características del trabajo, al ser compatibles con esas normas y deseos, facilitan el desarrollo de actitudes más favorables con relación al trabajo y, consecuentemente, contribuyen a la satisfacción en el trabajo.

²⁵ Cit. en Weinert 1985 p. 305

²⁶ Ibid p. 305

²⁷ <http://www.ugr.es/~recfpro/rev61COL5.pdf>

²⁸ Cavalcante 2004 p. 114

1.4.7 Teoría del procesamiento social de la información

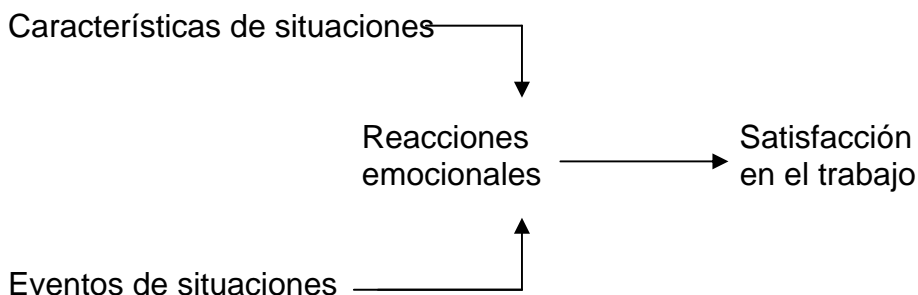
Este modelo fue desarrollado por Salancik y Pfeffer (1978). La premisa fundamental es que los individuos, como organismos adaptativos, adaptan las actitudes, conductas y creencias a su contexto social y a la realidad de sus situaciones y conductas pasadas y presentes. El ambiente social de la persona es una fuente importante de información, dicho ambiente ofrece claves que utilizan los individuos para construir e interpretar los eventos y también ofrece información acerca de como deberían ser las actitudes y opiniones de la persona. El contexto social tiene dos efectos generales sobre las actitudes y necesidades. El primero es el efecto directo de la influencia social de la información, es decir, permite a la persona la construcción directa de significado a través de las guías referentes a las creencias, actitudes y necesidades socialmente aceptables y las razones para la acción que son aceptables. En segundo lugar, un efecto indirecto del contexto social sobre el proceso por el que se utilizan las acciones para construir actitudes y necesidades.

1.4.8 Teoría de los eventos de situaciones

Quarstein, MacAfee y Glassman (1992 p. 862) intentan responder a tres preguntas. Estas son ¿por qué algunos empleados, aun ocupando puestos donde las facetas laborales tradicionales son adecuadas (salario, oportunidades de promoción o condiciones de trabajo) indican que tienen una satisfacción laboral baja?, ¿por qué algunos empleados que están en puestos similares de la misma o de diferentes organizaciones con salario, oportunidades de promoción o condiciones de trabajo similares tienen diferentes niveles de satisfacción laboral? y ¿por qué cambian los niveles de satisfacción laboral a lo largo del tiempo a pesar de que los aspectos laborales permanecen relativamente estables.

Según la teoría de los eventos de situaciones (Quarstein, McAfee y Glassman, 1992 p. 862), la satisfacción en el trabajo resulta de dos factores: características de situaciones y eventos de situaciones esquema 3.2

Esquema 3.2 Factores de características situacionales



Fuente: Quarstein et.al 1992, p. 892

Las características de situaciones respecto la dimensión del trabajo pueden ser analizadas por el individuo antes de que éste mismo acepte desempeñar su cargo (por ejemplo, el salario, las oportunidades de desarrollo profesional, las condiciones de trabajo, las políticas de la empresa).

Los eventos de situaciones, se verifican una vez iniciado el desempeño de la función. En este sentido, el individuo puede encontrar, a lo largo de su trabajo, situaciones que le son favorables y otras, desfavorables. Por ejemplo, la existencia de una cierta autonomía en el desempeño de la función puede ser evaluada por el individuo como una situación positiva del trabajo; en contrapartida, el hecho de tener que salir después del horario previsto de trabajo, puede contribuir a una apreciación negativa de la función.

En el desarrollo de su teoría, Quarstein et. al., (1992 p. 863) se preocupan de saber por qué razón algunos individuos que desempeñan funciones con características fundamentalmente favorables (por ejemplo, un salario adecuado, perspectivas de promoción) manifiestan una baja satisfacción en el trabajo y, por qué razón otros, con características de salarios semejantes, revelan niveles de satisfacción diferenciados.

Procurarán, de igual modo, percibir por qué varía el nivel de satisfacción a lo largo del tiempo, aun manteniendo las mismas características de trabajo.

Sin embargo, al basar la teoría en las características de situaciones y en los eventos de situaciones, los autores acaban por esclarecer algunas de estas cuestiones. De hecho, las características del trabajo son de fácil categorización y, por norma, son casi duraderas y presentan significativa estabilidad; en contrapartida, los eventos de situaciones son propios de cada situación y, muestran un carácter claramente transitorio.

Por otro lado, de acuerdo con los autores, el individuo tiene alguna facilidad de controlar las respuestas emocionales que resultan de las características del trabajo, pero revela dificultades en el control de esas respuestas a los eventos de situaciones, principalmente por la especificidad que caracteriza cada uno de esos eventos.

Como efecto, quedaría percibido el cambio que se verifica en el nivel de satisfacción de los individuos, resultando ésta, fundamentalmente, de una acumulación de respuestas emocionales — indebidamente controladas — a diferentes situaciones, por lo tanto se puede concluir que la satisfacción en el trabajo, es el resultado de las respuestas emocionales a la situación frente a la cual el individuo se encuentra.

Diferentes investigadores han retomado esta teoría para basar sus estudios en esta teoría, tal es el caso de Swe-Khaing (2003; p. 1, 9), quien estudió las características individuales y la satisfacción laboral en empleados que trabajan para una compañía australiana de telecomunicaciones en Australia occidental, en la investigación se concluyó que las sensaciones de los individuos hacia sus trabajos variarán dependiendo de tiempo y de circunstancias.

2. IMPORTANCIA DE LA EVALUACION DE LA SATISFACCION LABORAL

“A la pregunta: ¿está ud. satisfecho con su trabajo? pueden darse lecturas muy diversas. De igual modo, su posible respuesta, "estoy satisfecho", puede tener causas muy diversas.

Obviamente, las razones explicativas de esta respuesta no son las mismas para un directivo que para un peón; ni para un trabajador inmigrado que para el hijo de un alto directivo; ni para un amenazado por el paro o la reconversión, que para otro cuyo empleo sea estable.

La opinión así expresada sobre su trabajo, en parte no depende de la situación misma de trabajo. Los datos obtenidos en encuestas de este tipo suelen representar respuestas muy ambiguas a preguntas que a su vez son en sí mismas muy complejas. De ahí el peligro de extrapolar indebidamente los resultados y la necesidad de expertos para su mejor interpretación.

Además, existe mayor o menor tolerancia a cualquier agente causante de estrés. No obstante, la insatisfacción provocada influye decisivamente en

el estado anímico de la persona y su conducta. Como factor por ejemplo de resonancia afectiva, la insatisfacción actúa como detonante de alteraciones psicosomáticas y puede llegar a producir tensión e incluso enfermedad, cristalizando por ejemplo en efectos con base fisiológica. Se sabe que la insatisfacción correlaciona positivamente con el estado de ansiedad, trastornos gastrointestinales, estrés y alteraciones diversas.

Como factor de conducta, la insatisfacción en el empleo mantiene relación positiva con algunos criterios de funcionamiento organizacional tales como la rotación y el ausentismo -ambos por separado- con los retrasos y los despidos o terminaciones de contrato.

Y en contra de la que podría creerse a primera vista, no es demostrable una clara relación entre la satisfacción en el trabajo y el rendimiento.

La satisfacción laboral puede medirse a través de sus causas, por sus efectos o bien cuestionando directamente por ella a la persona afectada. Para ello se abordarán diferentes tipos de métodos. Casi todos coinciden en interrogar de una u otra forma a las personas sobre diversos aspectos de su trabajo.

Desde el que se conoce como el primer intento de Hoppock en 1935, se emplean diversos soportes:

- Autodescripciones verbales con escalas tipo Likert, Thurstone, perfiles de polaridad, o incluso listas con frases afirmativas y calificativos.
- Escalas para la autoevaluación de algunas tendencias de conducta.
- Sistemas para la evaluación propia o ajena de algunas condiciones de trabajo y de algún aspecto de la conducta.
- Entrevista; generalmente individual. En ocasiones soporte de determinados procedimientos como el análisis de la satisfacción laboral o insatisfacción laboral a través de los incidentes críticos.

La técnica más común es el cuestionario, generalmente voluntario y anónimo.

Se suele distribuir entre los empleados de la planta o la oficina o enviarlo a su domicilio.

La entrevista individual tiene una mayor riqueza cualitativa, pero es costosa en tiempo y medios, exigiendo personal experto para su adecuada aplicación y valoración.

La mayor parte de los instrumentos de medición de la satisfacción laboral que se utilizan en la actualidad, interrogan sobre algunas dimensiones que se pueden aislar del siguiente modo:

- El trabajo como tal (contenido, autonomía, interés, posibilidades de éxito).
- Relaciones humanas (estilo de mando; competencia y afabilidad de compañeros, jefes y subordinados).
- Organización del trabajo.
- Posibilidades de ascenso.
- Salario y otros tipos de recompensa.
- Reconocimiento por el trabajo realizado.
- Condiciones de trabajo (tanto físicas como psíquicas).

A continuación, se agrupan los diferentes métodos, reseñando alguno de los más significativos.

2.1 Métodos directos para investigar la Satisfacción Laboral

Analizan las actitudes expresadas, generalmente a través de preguntas directas cerradas.

Índice general de la satisfacción laboral de Brayfield A. Rothe H. (1951)²⁹, Construyen y validan un índice cuantitativo de satisfacción laboral general. Se construye en 1945 con el método Thurstone para la elección consensuada de las 18 frases que se escogieron para demandar sobre la satisfacción en el trabajo, mediante cuestionario autoaplicado. Los ítems que se referían a aspectos laborales específicos fueron eliminados, ya que se deseaba un factor aptitudinal general. Así, quedaron definitivamente frases como las siguientes:

nº 0. Algunas condiciones relacionadas con mi puesto de trabajo podrían mejorar.

nº 4. Considero mi trabajo bastante desagradable.

nº 8. Estoy satisfecho con el trabajo que realizo.

nº 13. Cada día de trabajo me parece interminable.

El encuestado deberá expresar su acuerdo o desacuerdo en una escala Likert de cinco grados (totalmente de acuerdo; de acuerdo; dudoso; en

²⁹ Cit en Cantera 2007 p.2

desacuerdo; totalmente en desacuerdo). Punt.máx.: 90; mínimo 18. Punto central con el dudoso: 54. Coef. fiabilidad 0,87. (Brayfield A. y Rothe H. 1951)³⁰.

Así mismo, está el cuestionario de la satisfacción de Minnesota desarrollado en 1967 por Weiss, Dawis, Inglaterra, y Lofquist. El cuestionario de la satisfacción de Minnesota (MSQ) se ha convertido en un instrumento extensamente usado para evaluar la satisfacción profesional. Tres formas del MSQ se han desarrollado, dos formas largas de 100 ítems (la versión 1977 la versión y 1967) y una forma corta de los 20 ítems. El MSQ se diseña para medir aspectos específicos de la satisfacción de un empleado con su trabajo, y proporciona más información en los aspectos de recompensa de un trabajo que evaluaciones más generales de satisfacción profesional. El MSQ se ha utilizado extensamente en los estudios que exploraban necesidades vocacionales del cliente, en el asesoramiento de estudios complementarios, y en la generación de la información sobre los reforzadores en los trabajos.

El MSQ es un inventario autadministado de papel y lápiz que se aplica desde una escolaridad de quinto grado. La versión corta se puede resolver en 5 minutos, mientras que la versión larga se puede contestar de 15 a 20 minutos. Aunque las formas cortas y largas proporcionan estimaciones de la satisfacción laboral, la forma larga proporciona mucho más información. El MSQ se puede utilizar de manera individual o de grupo. La revisión 1977 del MSQ (copiado originalmente en 1963) utiliza una escala estándar de la respuesta del cinco puntos. Las opciones de la respuesta "muy satisfechos", "satisfechos", "N" (ni satisfecho ni descontentado), "descontentos" y "muy descontentos. La versión 1967 ajustó las opciones de respuesta "a no satisfecho," "algo satisfecho," "satisfecho," "muy satisfecho," y "extremadamente satisfecho."³¹

2.2 Índices descriptivos

Parten del análisis de la actitud del individuo frente a diferentes facetas de su trabajo. Tratan de unas dimensiones de la satisfacción definidas a priori.

Entre los más conocidos se citan algunos:

³⁰ Ibid p. 3

³¹ Ibid p.3

Índice descriptivo del trabajo - JDI - de Smith, Kendall y Hulin: Se trata de un instrumento cuidadosamente desarrollado; "El mejor y más utilizado en el mundo para comprobar la SL" (Schneider y Dachier 1978)³². El J.D.I. contiene en 72 afirmaciones, 5 aspectos del trabajo; éste en sí mismo (18 ítems); la remuneración (9 ítems); los jefes y el estilo de mando (18 ítems); los compañeros (18 ítems) y las posibilidades de ascenso (9 ítems).

Para cada aspecto hay una lista de adjetivos o frases breves, sobre las que se demanda acuerdo o desacuerdo. Así, sobre el mando y su estilo, se pregunta: si solicita mis opiniones; si está bien informado; si alaba el trabajo bien hecho; si es testarudo; si se irrita con facilidad... y así hasta 18 cuestiones. En caso de duda, es factible elegir el signo "?".

Cada afirmación positiva puntúa como 3, la indecisión como 1 y si la respuesta es opuesta a la norma satisfactoria, no se puntúa. La suma de los puntos correspondientes para cada escala refleja un valor medido del nivel de la satisfacción laboral con cada aspecto específico del trabajo.

Existe traducción al castellano de Diorki (1985) y de López Mena (1985)³³; presentando ésta última un amplio análisis sobre la prueba que incluye baremos para población trabajadora española.

Sobre metodologías diferentes se han elaborado muchos instrumentos para la medida de la satisfacción laboral y la insatisfacción laboral, tales como el "SRA-Employee Inventory" (Science Research Associates 1952 o la "General Motors Faces Scale" de Junin (1955).

2.3 Métodos indirectos

Se llaman así por no analizar de forma tan directa la variable satisfacción, sino a través del análisis de los buenos y malos recuerdos y a veces de diferentes actitudes referidas al dipolo placer-displacer.

2.4 El método de los incidentes críticos

También llamado Teoría Biofactorial de la Satisfacción. Las principales investigaciones en esta línea se deben a Herzberg y su teoría de los dos factores o de los balances paralelos; está considerada como la

³² Ibid p. 3

³³ Ibid p.4

contribución más importante al desarrollo de los modelos de satisfacción laboral. Afirma que el hombre experimenta dos clases fundamentales de necesidades: unas animales e instintivas de escapar del dolor y otras - aspiraciones plenamente humanas- de crecer psicológicamente. Postula después, que la satisfacción laboral y la insatisfacción laboral representan dos fenómenos totalmente distintos y separados entre sí en la vida laboral; que se desarrollan a partir de fuentes diferentes, ejerciendo distintas influencias sobre la conducta del trabajador.

Satisfacción e insatisfacción laboral estarán, según esta teoría, en función de que las necesidades del individuo estén o no cubiertas en la situación laboral. No obstante los factores de satisfacción o "motivadores", se diferencian claramente: son intrínsecos al trabajo y pueden concretarse en el gusto por el trabajo mismo, la responsabilidad que deriva del mismo, el deseo de realización o de logro, el de obtener la estima ajena y la propia promoción. Estos factores son considerados como de verdadera satisfacción positiva.

Una segunda agrupación se hace entre algunos factores que "rodean" al trabajo, tales como: condiciones materiales de seguridad e higiene; salario, política de personal y relación entre colegas. Por ejemplo, Herzberg cree que tienen por resultado la mayor o menor insatisfacción o no satisfacción; pero que no crean por sí una satisfacción positiva. Estima, pues, que las respuestas son diferentes según se pregunte por las razones de la satisfacción o de la insatisfacción. Además, considera que para analizarla deben evitarse las preguntas directas.

En este método, generalmente se pide a los entrevistados que cuenten acontecimientos concretos en los que se han sentido excepcionalmente satisfechos o insatisfechos en su trabajo.

2.5 Modelos aditivos o sustractivos de la Satisfacción Laboral

Según ellos, la satisfacción laboral es una función sumatoria de la satisfacción de diferentes necesidades en el propio trabajo.

Los métodos sustractivos estiman la satisfacción laboral en función de la diferencia existente entre el grado en que en realidad se colman las necesidades y el grado en que idealmente deberían colmarse.

Así, el Índice de Ian C. Ross y Alvin Zander 1957 (citado por Vroom y Deci 1979)³⁴, mide por ejemplo las necesidades de reconocimiento, logro y autonomía, formulando dos preguntas para cada necesidad.

Una, medía la fuerza de la necesidad: "¿En qué medida es importante para Ud. saber que lo que ha hecho está bien?" (para la necesidad de reconocimiento); y la otra, medía el grado en que dicha necesidad de reconocimiento se veía satisfecha por su situación de empleado: "¿En qué medida está Ud. enterado acerca de la calidad de su trabajo?".

Los grados de la escala oscilaban de 0 a 9. La cantidad de insatisfacción se calculaba restando el grado de satisfacción, de la fuerza de la necesidad indicada.

Basado en lo mismo pero quizá más utilizado sea el "Instrumento Porter". Definió en 1962 la satisfacción laboral como la diferencia que existe entre "la recompensa percibida como adecuada" y la "recompensa efectivamente recibida". Basándose en la teoría de la motivación de Maslow, desarrolla un cuestionario que comprende 15 ítems (características y cualidades del puesto de trabajo) destinados a medir estas necesidades con ligeras variaciones.

En relación con cada uno de los ítems se plantean tres preguntas que obligan al encuestado a clasificar del siguiente modo:

Por ejemplo el ítem nº 2

La autoridad y el poder que conlleva mi puesto

	mín.	máx.
a) ¿En qué medida se da actualmente?	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	
b) ¿En qué medida debería darse?	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	
c) ¿Qué importancia tiene para mí?	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	

Por consiguiente, la satisfacción laboral para Porter está en función de la recompensa que el individuo recibe de su trabajo. O dicho esquemáticamente:

$$SL = \boxed{\begin{array}{c} \text{recompensa percibida} \\ \text{como adecuada} \end{array}} - \boxed{\begin{array}{c} \text{recompensa obtenida} \\ \text{efectivamente} \end{array}}$$

³⁴ Ibid p. 5

2.6 Otros métodos

Como consecuencia de las numerosas críticas a los métodos anteriormente expuestos existen otras alternativas que podrían agruparse en lo que Lucas M. llama "Métodos comparativos", que se concretan en la teoría de las diferencias y funciones individuales: Pretenden conocer la satisfacción o la insatisfacción mediante análisis comparativos o correlacionados de las condiciones en las que éstas se desarrollan y sus efectos a nivel de absentismo a inestabilidad.

Se comparan grandes categorías de variables; bien profesionales (cuadros, profesionales, liberales, oficinistas, etc.), de sector productivo (textil, agrícola, químico...) o individuales (nivel educativo, sexo, edad, etc.).

2.7 Cuestionarios publicados en castellano para evaluar la satisfacción laboral

Sólo se conocen traducciones y adaptaciones, la mayoría incluidas en tratados de organización, las cuales se citan a continuación:

En ABRAHAM KORMAK, "Psicología de la industria y de las organizaciones". Marova. 1978. Traducción de R. Burgaleta del cuest. BRAYFIELD YH. ROTHE (original en Journal of Appl. Psycholog. 1951. Vol. 35, p. 307-11).

En ANSFRIED B.WEINERT "Manual de Psicología de la Organización". Herder 1985, Traducción de Diorki de la adaptación al alemán hecha por Ansfried, del original norteamericano "Porter Instrument", publicado en Journal of. App. Psy 1962, 46. Trad. Diorki.

En CANTERA J. En "Medida de la Satisfacción Laboral" Ejercicio práctico del Curso de Psicología de la prevención G.T.P. Cantabria 1980. Edic. offset. Adaptación y refundición de los cuestionarios Herberg, Grozier y Lucas.

MELIA, JL y PEIRO, JM. "El cuestionario de Satisfacción S 10/12: Estructura factorial, fiabilidad y validez". Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones". Vol. 4, nº 11. 1989.

En LOPEZ MENA. INVENTARIO IST AIRD y Asociados. Barcelona 1983 y posteriormente en TEA.

Adaptación y baremos españoles del cuestionario P. Smith (original P. Smith y otros "The measurement of Satisfaction in work and retirement". Chicago. Rand Mc. Nally 1969).

LUCAS MARIN A. "Elaboración de un índice de satisfacción en la empresa". Boletín de Sociolog. de empresa 1977. p. 9-12.

PEREDA, S. y REDONDO. "Análisis y validación de la teoría de Herzberg en dos muestras de trabajadores españoles". Informes de Psicología, 2. 1983.

En SANCHEZ BAGLIETTO C. y LOPEZ HERREROS I. "Satisfacción en el trabajo en la escala administrativa" Rev. de Psicología del trabajo. y de las Organiz. Vol. 4, nº 10, 1988.

PALMA CARRILLO S. La Escala de Satisfacción Laboral (SL-SPC) fue elaborada por (Magíster de la Universidad Ricardo Palma), en el año 1999, esta prueba fue elaborada utilizando el método likert. Revista Teoría e Investigación en Psicología, Vol IX, Nº1, 27 -34.

Adaptación método Herzberg."³⁵

Cabe aclarar que aun cuando existen diversos instrumentos incluso traducido al castellano sobre satisfacción laboral, al revisar la literatura no se encontró ningún cuestionario que evalúe la satisfacción laboral bajo condiciones de trabajo penosas como son el trabajo nocturno y menos aún un cuestionario que este elaborado para la población mexicana, por tal motivo, en la presenta investigación será elaborado un instrumento especial para el estudio.

Ahora bien para la elaboración de una escala de mediciones, es importante considerar lo siguiente:

2.8 La evaluación cuantitativa

Consiste en la elaboración de reglas para asignar números a un fenómeno dado, con el fin de cuantificar uno o varios atributos del mismo. Las reglas son una serie codificada de procedimientos para la asignación de números. Al evaluar un fenómeno concreto es importante situarlo dentro de un modelo categorial o dimensional, y en este segundo caso, delimitar su carácter uni o multidimensional. Cuando un fenómeno complejo se considera en un marco multidimensional, deben delimitarse las dimensiones básicas sobre las que centrar la evaluación, ya que su número real es prácticamente inabarcable. Así, la calidad de vida puede considerarse como una categoría dicotómica (ausente/ presente), como

³⁵ N. T. P.212 Evaluación de la satisfacción laboral: métodos directos e indirectos. Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales, España, Cantera López Francisco Javier

un fenómeno unidimensional (de menos a más calidad de vida general), o como un fenómeno multidimensional. En el caso de la calidad de vida relacionada con la salud se pueden considerar una serie de dimensiones básicas: funcionamiento general (psíquico o grado de bienestar, físico o grado de autonomía y funcionamiento sociolaboral), síntomas asociados al trastorno y a su tratamiento, síntomas de distrés psíquico y discapacidad.

Los instrumentos de evaluación constan de un número variable de ítems. El ítem es la unidad básica de información de un instrumento de evaluación, y suele componerse de una pregunta y una respuesta que generalmente es cerrada y permite la asignación de un código. El glosario es un listado adicional de notas explicatorias sobre la definición precisa de cada ítem y sobre como combinarlos en categorías o dimensiones (Strömgren, 1988)³⁶. El estudio de los instrumentos de evaluación en el área de la salud se fundamenta en la biometría y en la psicometría. Algunos aspectos de la fiabilidad y muchos elementos de la validez (sobre todo de la validez predictiva) proceden de los conocimientos biométricos aplicados en los estudios de pruebas diagnósticas en medicina, así como en la ingeniería de las telecomunicaciones. Por otro lado, los aspectos de la consistencia interna (entendida como coeficiente de fiabilidad) y el análisis de la estructura de un instrumento proceden de la psicometría clásica en sus distintos enfoques (Teoría Clásica de los Test, Teoría de la Generalizabilidad y Teoría de la Respuesta al Ítem)

Crterios de calidad de los instrumentos de evaluación

Existen tres parámetros básicos para evaluar la calidad de un instrumento de medida: su consistencia, su fiabilidad y su validez. Otros parámetros a considerar son la redundancia, la transferencia cultural y el "coste-utilidad" de utilización de un instrumento determinado para el propósito del estudio.

Desafortunadamente, no existe una definición consensuada de éstos términos en epidemiología, su significado difiere del uso común y varía según el área de estudio e incluso entre diversos autores dentro de una misma área. Este problema se hace especialmente patente en el área de los instrumentos de evaluación subjetiva.

2.8.1 Consistencia interna

La consistencia analiza la solidez psicométrica de la escala, esto es, el nivel en que sus diferentes ítems están relacionados entre sí y la posibilidad de efectuar sumatorios de los mismos para obtener

³⁶ Cit. en González Sainz Francisco 2003

puntuaciones globales. Algunos autores incluyen a la consistencia interna dentro de la fiabilidad o de la validez. Según Hernández-Aguado y cols., 1990,³⁷), consistencia es aquella "*propiedad que define el nivel de acuerdo o conformidad de un conjunto de mediciones consigo mismas*". Para evitar esta confusión terminológica, en esta investigación se abordará la consistencia *interna* de la prueba. Algunos métodos estadísticos como el análisis factorial, aportan datos tanto de la estructura interna de la escala como de su relación con modelos externos.

La *homogeneidad* indica el grado de acuerdo entre los ítems de la escala, lo que determina si éstos pueden acumularse y dar una puntuación global. Se puede obtener mediante el estudio de la correlación de los ítems con el total (partición media, coeficiente alfa de Cronbach), análisis factorial ("coeficiente de adecuación muestral") o mediante los modelos de objetividad estadística de Rasch (1980)³⁸. La "partición media" (*split-half*) estima la homogeneidad en función de la correlación entre dos mitades equivalentes de la escala (ej. ítems de primera mitad *versus* ítems de la segunda mitad o ítems pares *versus* ítems impares). El coeficiente alfa de Cronbach indica el grado en que los diferentes ítems presentan una correlación (la consistencia interna es alta por encima de 0.7) (Bech y cols., 1993)³⁹. Para las escalas de respuestas dicotómicas se utiliza el test de Kuder-Richardson, que no es más que una adaptación del coeficiente alfa de Cronbach. En el Análisis Exploratorio de Datos que utiliza al Análisis de los Componentes Principales como procedimiento de factorización, la homogeneidad de una escala puede ser apoyada por un "coeficiente de adecuación muestral elevado" (*M.S.A. Test*) (por encima de 0,5). No debe confundirse la homogeneidad con la "unidimensionalidad" tal como la define el Análisis Confirmatorio de Datos (modelos LISREL o LISCOMP).

2.8.2 Fiabilidad externa

La fiabilidad indica el grado en que los resultados de un test son reproducibles. Esta medida depende de la estabilidad de las medidas del test, a pesar del cambio de diversos parámetros externos (esto es, no inherentes al test). El estudio de la fiabilidad externa informará sobre la capacidad de reproducción de los resultados del test en distintas situaciones. McDowell (1987)⁴⁰, ejemplifica la diferencia entre la validez y la fiabilidad con un excelente símil: un tirador tiene que aprender a acertar en el blanco y después a hacerlo de forma consistente. La validez vendría dada por el grado en que el disparo se acerca a la diana, y la fiabilidad

³⁷ Ibid

³⁸ Ibid

³⁹ Ibid

⁴⁰ Ibid

por el grado de aproximación entre sí de una serie consecutiva de disparos. Algunos autores prefieren el término *variabilidad* para describir las diferencias entre resultados obtenidos en diferentes condiciones de evaluación (Hernandez-Aguado *et al.*, 1990)⁴¹.

Un estudio sobre la fiabilidad de una prueba diagnóstica debe incluir al menos un análisis del nivel de acuerdo obtenido al ser evaluada la misma muestra en las mismas condiciones por dos evaluadores distintos (*fiabilidad inter-examinadores*). Se ha señalado la importancia de contar con evaluadores de experiencia similar, en cuanto a formación y uso del instrumento de evaluación a analizar. Andersen (1989)⁴² señala otros factores, como la actitud ante las escalas de evaluación y el tipo de preferencia terapéutica, distinguiendo entre fiabilidad inter-observadores e intra-observadores.

La estabilidad de la prueba se obtiene al ser evaluada la misma muestra por el mismo evaluador en dos situaciones diferentes (*fiabilidad test-retest* o *variabilidad intra-observadores*).

El índice estadístico utilizado para evaluar la concordancia depende de las características de las variables a evaluar. La utilización en varios estudios del coeficiente de concordancia de Kendall (Siegel, 1966)⁴³ es discutible. En el caso de *variables dicotómicas* o binarias, la concordancia ítem a ítem se puede analizar mediante el *porcentaje de acuerdo* y el índice *kappa simple o no ponderado* (Kramer y Feinstein, 1981)⁴⁴. El coeficiente de concordancia *kappa* nos informa del nivel de acuerdo obtenido, una vez descartado el acuerdo atribuible al azar. Ello lo hace más fiable que el simple porcentaje de acuerdo. Sin embargo, un mismo valor de *kappa* puede resultar de patrones diferentes de respuesta. Por ello es conveniente señalar también la frecuencia de aparición de cada ítem y el porcentaje de acuerdo (Costello, 1994)⁴⁵, así como el intervalo de confianza (IC) de la estimación de estos índices. Feinstein (1985)⁴⁶ propone criterios para interpretar los valores del coeficiente *kappa*.

En el caso de *variables ordinales*, el análisis de la concordancia ítem a ítem se puede efectuar utilizando el *porcentaje de acuerdo ponderado* y el *índice kappa ponderado* (Kp). Estos se consideran más adecuados que sus análogos no ponderados por dar una medida más real del nivel de acuerdo al ponderar el desacuerdo según el número de rangos que

⁴¹ Ibid

⁴² Ibid

⁴³ Ibid

⁴⁴ Ibid

⁴⁵ Ibid

⁴⁶ Ibid

separan la puntuación asignada por un evaluador, de la asignada por el otro. Así, el peso asignado puede ser 0 para el completo acuerdo, 1 cuando hay un rango de diferencia, 2 cuando hay 2 rangos, etc. (Kramer y Feinstein, 1981)⁴⁷.

El método de análisis de la concordancia de las puntuaciones globales de un test es controvertido. Habitualmente se utilizan los coeficientes de correlación para analizar el grado de acuerdo. Dichos coeficientes no deberían ser utilizados para analizar la concordancia entre dos evaluaciones; la tendencia puede ser perfecta, con un coeficiente de correlación de 1, y las medidas obtenidas en un laboratorio será exactamente el doble o exactamente 10 unidades más altas que las correspondientes medidas obtenidas, con lo que la concordancia obtenida entre ambos laboratorios sería inexistente (Feinstein, 1985)⁴⁸. Para analizar la fiabilidad de medidas cuantitativas continuas debe utilizarse el Coeficiente de Correlación Intraclases (CCI) (Bartko y Carpenter, 1976)⁴⁹. En realidad el CCI no es un estimador único, sino una familia de estimadores con aplicaciones diferenciales (Shrout, 1995)⁵⁰.

2.8.3 Validez

La validez se define por el grado en que el instrumento mide aquello que realmente pretende medir, y se demuestra cuando la medida predice un criterio o se ajusta de forma consistente con una serie de constructos relacionados en una teoría aceptada. La validez indica qué proporción de la información recogida es relevante a la cuestión formulada. Existen múltiples formas de validez, con el agravante de que algunos autores utilizan un mismo término para definir conceptos diferentes.

a) Validez simple

Refleja lo que los expertos consideran como medidas significativas.

b) Validez de contenido

Define el grado en que el conjunto de ítems del test representa adecuadamente el dominio evaluado, esto es, el nivel de representatividad de los ítems del conjunto de componentes de los que se

⁴⁷ Ibid

⁴⁸ Ibid

⁴⁹ Ibid

⁵⁰ Ibid

evalúa (Martinez-Arias, 1995⁵¹). En realidad, este concepto no difiere mucho de la consistencia, por lo que pueden ser considerados sinónimos.

c) Validez de criterio

Hace referencia al grado en que las puntuaciones de un instrumento se corresponden a un criterio externo o un "patrón-oro", y puedan considerarse un sustituto del mismo (Thiemann, Csernansky y Berger, 1987)⁵². La evidencia relacionada al criterio suele considerarse desde dos perspectivas distintas según se trate de relaciones concurrentes o predictivas.

d) Validez concurrente

Esta nos da una medida de la asociación de las puntuaciones globales con otras escalas de referencia, con un propósito y contenido equivalente. Generalmente se limita al estudio de la correlación entre puntuaciones. Este método puede considerarse como una extensión del análisis factorial para dos grupos de variables. En opinión de algunos autores, este tipo de validez es una forma de validez de constructo. De hecho, constituye una de las estrategias utilizadas para evaluar la validez de un test en ausencia de un "patrón-oro".

e) Validez predictiva

La validez predictiva de observación se refiere a la probabilidad de la escala de dar un juicio sobre el fenómeno observado. El análisis de Bayes permite conocer la validez predictiva de un test, su utilidad y su comparabilidad, a partir del análisis de la distribución de los "casos" y "no casos" en una población dada y de su relación con los resultados obtenidos en el test estudiado (positivos y negativos). Una tabla de contingencia de 2x2 expresa esta relación en verdaderos positivos, falsos positivos, verdaderos negativos y falsos negativos. Los coeficientes de validez predictiva obtenidos a partir de la tabla de contingencias son: *sensibilidad*, *especificidad*, *valor predictivo positivo* y *valor predictivo negativo*. Otros parámetros que pueden obtenerse a través de la aplicación del teorema de Bayes son el *porcentaje de mal clasificados*, la *eficiencia* (proporción de casos bien clasificados en relación al total de evaluados), el *sesgo* (cociente entre los evaluados considerados como positivos y negativos) y el *rendimiento* (casos no detectados por el test en relación al total de casos). Estos coeficientes permiten ajustar el punto de corte con respecto al objetivo del estudio.

⁵¹ Ibid

⁵² Ibid

Si se pretende hacer un estudio de muestreo en dos fases, se buscará aquel punto de corte que permita captar el máximo número de casos, aunque entre ellos se incluyan falsos positivos (especificidad aceptable con una sensibilidad óptima). Si, por el contrario, se pretende conocer la morbilidad probable en una población a través de la puntuación en el test, se seleccionarán aquel punto de corte que nos permita descartar el mayor número de "no casos", aunque ello determine la pérdida de algunos falsos negativos (sensibilidad aceptable con un especificidad óptima).

De forma alternativa, el punto de corte idóneo de un test se puede calcular a partir del análisis R.O.C. (*Receiver Operating Characteristics*). Esta técnica fue desarrollada en los años 60 para evaluar la capacidad de discriminación de señales de los controladores de radar. Primero se obtiene una representación gráfica de la tasa de verdaderos positivos (sensibilidad) y la tasas de falsos positivos (1-especificidad) para cada punto de corte. El cálculo del área bajo la curva resultante, nos indica la capacidad discriminante del test a través de todo el *continuum* de morbilidad. Cuando la capacidad discriminante es igual a la obtenida aleatoriamente, se obtiene una diagonal cuya área inferior es de 0.5 (sensibilidad igual a la tasa de falsos positivos). Un test ideal produciría un 100% de verdaderos positivos antes de admitir un solo falso negativo, por lo que el área bajo la curva obtenida sería de 1.0. En la práctica, las áreas bajo la curva oscilan entre 0.5 y 1.0, y permiten un representación gráfica de la capacidad discriminante de diferentes test para un misma dimensión, siendo el mejor aquel que se corresponda con una curva más alejada de la diagonal (Cfr. Thompsom, 1989)⁵³.

f) Validez de constructo

Esta se calcula cuando se carece de un "patrón-oro" adecuado (Martinez-Arias, 1995)⁵⁴. De hecho, los atributos psicológicos y los procesos mentales son parámetros intangibles que no pueden medirse directamente como la altura o el peso, y por tanto, se trata de conceptos hipotéticos o constructos. Cuando la validez de constructo no se refiere a una entidad nosológica sino a un instrumento de evaluación, se plantea en ocasiones el uso de *análisis factorial exploratorio* como un método de validez de constructo, cuando de hecho, se trata de técnicas sofisticadas para el análisis de su estructura interna o consistencia. Existen, sin embargo, un grupo de técnicas de *análisis factorial confirmatorio*, en las que el investigador trata de verificar una hipótesis explícita que actúa como "criterio" externo. Estas figuran en los programas, LISREL y LISCOMP, que les han dado nombre.

⁵³ Ibid

⁵⁴ Ibid

2.8.4 Otros parámetros de calidad

Además de la confirmación de su consistencia, fiabilidad y validez, es necesario descartar que la escala sea redundante con otros instrumentos, y sensible al cambio, si se va a evaluar la respuesta a tratamiento.

2.8.5 Redundancia externa

Generalmente, sólo se evalúa la redundancia o el solapamiento de los ítems de una escala en la fase de construcción de la misma (redundancia interna). Sin embargo, es importante conocer también la redundancia de los ítems y de las puntuaciones globales con otras escalas de contenido similar (redundancia externa). Este parámetro no es equivalente al de *asociación* obtenido en la validez concurrente.

2.9 ESCALAS DE MEDICION

Son técnicas estadísticas para casi cualquier contexto de investigación, dependen del nivel de concreción (acumulación de varias cosas para formar un todo) que se desee que alcance la herramienta estadística con respecto a la situación concreta y exacta de la investigación.

Propiedades de las escalas de medición

Las variables de actitudes, como creencias, preferencias e intenciones, son medidas con escalas de clasificación. Tales escalas proporcionan a los entrevistados un conjunto de categorías numeradas que representan el rango de juicios o posiciones posibles.

Una escala de actitudes implica la medición en el mismo sentido que un termómetro mide la temperatura o una regla la distancia.

2.9.1 Clases de escalas

1. ESCALA NOMINAL

Los objetos son asignados a categorías clasificadas y mutuamente excluyentes, pero no existen relaciones necesarias entre las categorías; es decir, no hay ordenamiento o espacio implícito.

En este caso los números se comportan como literales, según etiquetas con tanta validez como una letra del alfabeto, ejemplo: El sexo 1=M y 2=F esto simplemente es un proceso de codificación pero no significa que la

mujer sea mayor que el hombre, ni el doble, ni que existe sexo intermedio.

2. ESCALA ORDINAL

Se obtiene clasificando objetos o arreglándolos en un orden con respecto a alguna variable común. La pregunta es simplemente, si el objeto tiene más o menos de esta variable que algún otro objeto.

ejemplo : El dato representado por 5 es superior al representado por 2 en “ excelente=5, bueno =4, regular =3 y malo = 2.” es cierto la relación de orden $2 < 3 < 4 < 5$.

3. ESCALA. INTERVALO :

Aquí los números para clasificar los objetos representan también incrementos iguales del atributo que se esta midiendo. Esto significa que los números pueden ser comparados. La diferencia en 1 y 2 es la misma que entre 2 y 3, pero es solo la mitad de la diferencia entre 2 y 4, sin embargo, la ubicación del punto no es fija, puesto que 0 no denota la ausencia del atributo.

Las temperaturas Fahrenheit y Centígrados son medidas que tiene diferentes escalas de intervalo y diferentes puntos de 0.

Las escalas de intervalo tienen propiedades muy deseables porque virtualmente la totalidad del rango de las operaciones estadísticas pueden ser empleadas para analizar el número resultante, incluyendo la suma y la resta. En consecuencia calcular una media aritmética a partir de medida de escala de intervalo.

La temperatura media en Grados Centígrados 100° diferente a 80° entonces $100 > 80$; inclusive la diferencia de temperatura entre ambos es la misma que entre 80° y 60° ($100-80=80-60=20$) Dado que las distancias son homogéneas , podemos hablar de múltiplos de distancia, de forma que entre 100° y 80° hay el doble que entre 60° y 50° ($100-80 = 2 \times (60-50)$) pero no existe un 0 absoluto, ya que la temperatura 0° no significa realmente ausencia de temperatura, si no que realmente la temperatura en el agua pasa de estado sólido, se congela. De esta forma 100° no es el doble de temperatura que 50° , a pesar de que estamos tentados a hacer la operación.

4. ESCALAS DE RAZON:

Además de la distancia de orden e intervalo, se añade un origen absoluto de forma que no solo cabe hallar distancias (ya en la escala de intervalo), si no también múltiplos exactos. En este caso, el valor representado por 4 tiene doble cantidad medida que el representado por un 2. Este es el caso por ejemplo de la variable edad expresado en años.

- 40 años y 20 años son edades distintas
- 40 años es superior a 20 años
- entre 40 y 20 hay una diferencia de 20, la misma que entre 50 y 20 .
- El 0 tiene sentido. Una persona con 0 años, realmente no tiene edad todavía no ha nacido. De esta forma, 40 es exactamente el doble de 20.

Las operaciones primordiales en cada una de las escalas y las que se realizan habitualmente en las pruebas de hipótesis estadísticas suelen aconsejar una clasificación alternativa que incluye las variables nominales y ordinales en una misma escala, denominada **VARIABLE CUALITATIVA**, mientras que engloba a las de intervalo y razón como **VARIABLE CUANTITATIVA**, si bien la escala ordinal suele mover a mucha discusión.

2.9.2 MÉTODOS PARA LA CLASIFICACIÓN DE ACTITUDES; BATERIAS DE REACTIVOS MÚLTIPLES

Las actitudes respecto a objetos complejos, como planes de atención médica, automóviles, instrumentos de crédito o medios de transporte, tienen muchas facetas. Por consiguiente, a menudo es irreal tratar de capturar la totalidad del panorama con una pregunta general de una escala de actitud. Por ejemplo, el público parece apoyar la idea general de la reforma fiscal de la ley del impuesto sobre el ingreso pero se opone a la eliminación de las evasiones fiscales más comunes. Aunque las creencias en cualquier punto, aspecto o característica específica son indicadores útiles de la actitud general, puede haber razones poco usuales que hagan a la creencia individual no representativa de la posición general. Para tratar con este problema, han sido desarrollados varios métodos para medir una muestra de creencias hacia los objetos de las actitudes (como un acuerdo o desacuerdo con un número de afirmaciones acerca del objeto de actitudes) y combinar el conjunto de respuestas en alguna forma de resultado promedio.

Los métodos que se usan con mayor frecuencia son las escalas de Diferencial semántica, Escalograma de Guttman y Likert.

Conceptos preliminares:

◆ **Actitud:** *“Predisposición aprendida para responder consistentemente de una manera favorable o desfavorable ante un objeto o sus símbolos”* (Fishbein y Ajzen, 1975; Oskamp, 1977)⁵⁵

◆ Las actitudes son sólo un indicador de la conducta, no la conducta en sí; deben ser interpretadas como síntomas y no como hechos (Ejemplo: si una persona tiene una actitud desfavorable hacia el aborto, esto no indica necesariamente que no abortará).

◆ **Propiedades de las actitudes:** Las actitudes tienen dos propiedades fundamentales que forman parte de la medición. Estas son:

Dirección: positiva o negativa

Intensidad: alta o baja.

Diferencial semántico:

◆ Método para medir actitudes desarrollado por Osgood, Suci y Tannenbaum (1957).

◆ **Definición:** *Serie de objetivos extremos que califican al objeto de actitud, ante los cuales se solicita la reacción del sujeto.*

◆ Frente a la consulta sobre el objeto de actitud, el sujeto debe pronunciarse entre dos adjetivos bipolares extremos.

◆ Entre estas dos posibilidades dicotómicas se ofrecen al sujeto varias opciones que indicarán la dirección e intensidad de su actitud. Estas opciones pueden variar entre 7, 5 o 3. Usualmente se utilizan 7, sin embargo si la escala se aplica a sujetos con menor capacidad de discriminación las opciones pueden disminuirse.

◆ Los adjetivos utilizados deben ser aplicable al objeto de actitud.

Ejemplo:

El juicio a Pinochet le parece:

necesario: _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: innecesario

◆ Si el sujeto consultado considera que el objeto de actitud se relaciona estrechamente con uno u otro extremo de la escala marcará su respuesta cercana al extremo correspondiente.

Ejemplo:

El juicio a Pinochet le parece:

necesario: X : _____: _____: _____: _____: _____: _____: innecesario

necesario: _____: _____: _____: _____: _____: X : _____: innecesario

⁵⁵ Cit. en Hernández Sampieri 2006

- ◆ Si el sujeto consultado considera que el objeto de actitud se relaciona medianamente con uno u otro extremo de la escala marcará su respuesta cercana al centro, hacia el extremo correspondiente.

Ejemplo:
El juicio a Pinochet le parece:
necesario: _____: _____: X : _____: _____: _____: _____: innecesario
necesario: _____: _____: _____: _____: X : _____: _____: innecesario

- ◆ Si el sujeto consultado considera que el objeto de actitud neutral en la escala marcará su respuesta en el centro.

Ejemplo:
El juicio a Pinochet le parece:
necesario: _____: _____: _____: X : _____: _____: _____: innecesario

- ◆ Para codificar el diferencial semántico pueden utilizarse indistintamente dos sistemas de puntaje, siendo obviamente necesario aplicar el mismo sistema en todo el instrumento:

De 1 a 7:
necesario: _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: innecesario
 7 6 5 4 3 2 1

De -3 a 3:
necesario: _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: innecesario
 3 2 1 0 -1 -2 -3

Escalograma de Guttman:

- ◆ Método para medir actitudes desarrollado por el investigador Luis Guttman.
- ◆ **Definición: escala constituida por afirmaciones referentes a una misma dimensión acerca del objeto de actitud, las cuales varían en intensidad. Acerca de estas afirmaciones se solicita la reacción del sujeto consultado.**
- ◆ La principal propiedad del escalograma de Guttman es, por lo tanto la **uní dimensionalidad**.
- ◆ Las categorías de respuesta deben variar entre dos o más categorías, de manera similar a la escala de Likert.
- ◆ Para analizar los datos obtenidos a través del escalograma de Guttman se utiliza una técnica llamada **técnica de Cornell**⁵⁶
- ◆ Si el sujeto consultado reacciona favorablemente ante una afirmación, entonces deberá reaccionar favorablemente ante aquellas menos intensas. El punto donde el sujeto deja de reaccionar favorablemente respecto a las afirmaciones se denomina **“punto de corte”**.

⁵⁶ Ibid. p. 271

- ◆ Las inconsistencias en las respuestas de los sujetos, vale decir aquellas respuestas que rompen el patrón de intensidad, se denominan **errores o rupturas**.

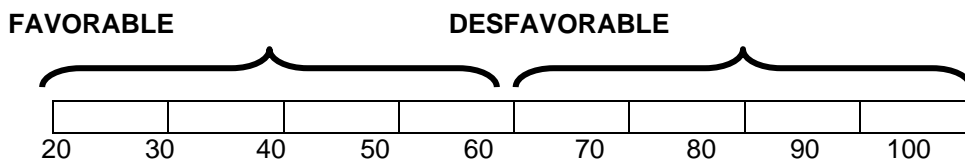
Ejemplo:	
◆ Podría compartir en una fiesta con personas de condición social diferente a la mía. De acuerdo _____ En desacuerdo <u> X </u>	Error o ruptura
◆ Podría viajar junto a personas de condición social diferente a la mía. De acuerdo <u> X </u> En desacuerdo _____	
◆ Podría compartir el trabajo con personas de condición social diferente a la mía. De acuerdo <u> X </u> En desacuerdo _____	
◆ Podría mantener una relación de amistad con personas de condición social diferente a la mía. De acuerdo _____ En desacuerdo <u> X </u>	
◆ Podría contraer matrimonio con una persona de condición social diferente a la mía. De acuerdo _____ En desacuerdo <u> X </u>	Punto de corte

Escalamiento tipo Likert:

Definición: *Conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos*

Descripción general:

- ◆ Método para medir actitudes desarrollado por Rensis Likert a principios de la década del 30.
- ◆ Cada afirmación se presenta y se pide al respondiente que exprese su reacción eligiendo uno de puntos de la escala. (lo más frecuente es que sean cinco)
- ◆ Las opciones o puntos pueden variar entre tres y siete, dependiendo de la capacidad de discriminación de los respondientes. En todo caso el número de opciones debe mantenerse a lo largo de toda la escala.
- ◆ El respondiente sólo puede marcar una opción; en caso de marcar más el dato queda invalidado.
- ◆ A cada uno de los puntos u opciones se le asigna un valor numérico (lo más frecuente es de 1 a 5)
- ◆ El respondiente obtiene, por lo tanto, un puntaje en cada afirmación. La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones de todas las afirmaciones; por eso estas escalas se conocen con el nombre de *escalas aditivas*.
- ◆ Así, por ejemplo, en una escala de 20 afirmaciones, el puntaje mínimo será 20 y el máximo 100.



- ◆ La escala de Likert mide la actitud hacia un único concepto; si se requiere medir actitudes simultáneamente hacia varios objetos, se incluye una escala por objeto, Estas pueden presentarse conjuntamente pero se codifican y analizan por separado. En cada escala se considera que todos los ítems tienen igual peso.

Alternativas o puntos más frecuentes en la escala de Likert:

Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Definitivamente sí	Probablemente sí	Indeciso	Probablemente no	Definitivamente no
Completamente verdadero	Verdadero	Ni falso, ni verdadero	Falso	Completamente falso

- ◆ Las alternativas, opciones o puntos de la escala pueden presentarse verticalmente bajo cada afirmación u horizontalmente al lado o debajo de cada una de ellas. Evidentemente escribirlas horizontalmente al lado de cada una de ellas ahorra espacio y, por lo tanto, gastos de impresión; escribirlas bajo cada afirmación puede resultar más claro para el respondiente.

Dirección de las afirmaciones:

- ◆ Las afirmaciones pueden tener dirección favorable o positiva y desfavorable o negativa
- ◆ Esta dirección es muy importante para la codificación de las respuestas
- ◆ Una afirmación positiva califica favorablemente al objeto de actitud. Si el respondiente obtiene en ella una alta puntuación, quiere decir que tiene una actitud muy favorable.
- ◆ Una afirmación negativa califica desfavorablemente al objeto de actitud. Si el respondiente obtiene en ella una alta puntuación, quiere decir que tiene una actitud muy desfavorable.

- ◆ Esto es muy importante al momento de codificar y posteriormente sumar. Las afirmaciones negativas deben ser codificadas de manera inversa.

Ejemplo:

Afirmación positiva o favorable

- ◆ La UTP se caracteriza por su colaboración en el desarrollo de nuevas metodologías

Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
				X

- ◆ **Máximo puntaje desfavorable**

Afirmación negativa o desfavorable

- ◆ La UTP se caracteriza por obstaculizar el desarrollo de nuevas metodologías

Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
X				

- ◆ **Máximo puntaje desfavorable**

Construcción de la Escala de Likert:

- ◆ Es recomendable que las afirmaciones no excedan las 20 palabras.
- ◆ Las afirmaciones deben incluir una sola afirmación lógica
- ◆ La escala debe incluir un elevado número de afirmaciones que califiquen al objeto de actitud
- ◆ La escala debe incluir afirmaciones positivas y negativas (en el momento de la construcción es conveniente marcar en forma inmediata el sentido para tenerlo en cuenta en el momento de la codificación)
- ◆ Las afirmaciones se construyen a partir de la definición operativa de las variables en estudio.
- ◆ Si la escala va a medir más de una variable o varios factores de una variable, es conveniente crear, por separado las afirmaciones tendientes a medir cada una de ellas, cuidándose de hacerlas en números pares, para la prueba de consistencia interna y de formular para cada una de ellas afirmaciones positivas y negativas.
- ◆ Luego las afirmaciones deben mezclarse en forma sistemática o al azar.
- ◆ Es conveniente marcar de inmediato en la plantilla inicial la variable a que corresponde cada afirmación, para facilitar la codificación.

3. TRABAJO NOCTURNO

3.1 Antecedentes

Según Marx, 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. Pone en acción las fuerzas naturales que forman su corporeidad, los brazos y las piernas, la cabeza y las manos, para de este modo asimilarse, bajo una forma útil para su propia vida. (Friedmann, 1978 p.13)

Por lo tanto, esta actividad es considerada como un rasgo específico de la especie humana. El hombre, aún a través de las diversidades de ritmo en la marcha del progreso técnico, de evolución de la estructura y el nivel económico de las sociedades, se ocupa esencialmente del trabajo, mismo que está considerado como un común denominador y una condición de toda vida humana en sociedad. Para Friedmann (1978 p. 13) a través de la transformación que hace el hombre de la naturaleza, el trabajo a su vez reacciona sobre el hombre modificándolo; sin embargo el trabajo no es acción sino cuando expresa las tendencias profundas de la personalidad y le ayuda a realizarse.

El trabajo puede realizarse durante el día, la tarde o la noche. Cuando la actividad se realiza de noche se le denomina trabajo nocturno.

El trabajo nocturno surge en la segunda fase de la industrialización, particularmente desde el comienzo de la mecanización. Los factores que determinaron el uso del turno nocturno fueron en un inicio puramente económicos, debido a la importancia cada vez mayor de las inversiones en bienes de capital y a la constante disminución de la vida útil de la maquinaria, así como la acelerada innovación tecnológica, que modifica las condiciones de competencia, y que determinan la producción (Marc, 1975 p. 94; Carpentier, 1977 p. 5 y 6; Parmeggiani, 1991 p. 1441).

Con el desarrollo tecnológico se fue incrementando la utilización del trabajo nocturno, pues se requería continuidad de funcionamiento en las instalaciones de producción, la organización del trabajo requería que la atención a las instalaciones no sufriera interrupciones y la asignación continua de un trabajador se hizo necesaria (Marc, 1975 p. 95; Parmeggiani, 1991 p. 1141 y Kogi, 1993 p. 3).

Más tarde, debido a la concentración y automatización de los medios de producción, ligado a su vez al crecimiento del tamaño de las empresas y al grado de integración de la producción y la dirección, se consideró

necesario reorganizar el trabajo iniciándose el turno continuo (Marc, 1975 p. 95; Carpentier, 1977 p. 6 y Parmeggiani, 1991 p. 1142).

En 1974 un grupo de expertos de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) llegó a la conclusión que las formas de competencia que existen en el mercado mundial conducen a la sociedad a aceptar o fomentar el trabajo nocturno y considerarlo una necesidad, pero sin ver forzosamente en él ventaja alguna para las empresas o la propia sociedad (Carpentier, 1977 p. 4).

(Carpentier, 1977 p. 5 y Parmeggiani, 1991 p. 1480) coinciden que, independientemente del trabajo de transformación, a partir de la industrialización la comunidad demanda la disponibilidad continua de servicios en materia de salud, información, transportes, alimentación y esparcimiento, con lo que se encuentra la justificación para someter al personal a las condiciones anormales del trabajo nocturno para dar satisfacción a los consumidores.

Cabe mencionar que las demandas en ciertos servicios nocturnos quedan justificadas desde una perspectiva global, como las necesidades de abastecimiento de alimentos o de servicios de salud, comunicación y seguridad pública, las cuales son irremplazables y no pueden ser interrumpidas. A medida que se incrementa el desarrollo regional y la urbanización aumenta excesivamente, las necesidades de servicios nocturnos, sobre todo de vigilancia y de auxilio, motivo por el cual continúa adquiriendo importancia este sistema de trabajo (Galín, 1982 p. 34).

3.2 Definiciones

El concepto de trabajo nocturno y trabajadores nocturnos se ha ido modificando, los cambios son aparentes en las definiciones usadas en los nuevos estándares internacionales. Estas fueron desarrolladas por un intenso y complicado procedimiento entre gobierno, empleadores y trabajadores y reflexionando sobre los resultados de recientes investigaciones.

Tradicionalmente las explicaciones del trabajo nocturno estuvieron principalmente establecidas para especificar horas nocturnas por compensaciones propuestas. Según la literatura citada se tuvieron que consultar muchas regulaciones nacionales, las cuales prohibían el trabajo nocturno a mujeres y personas jóvenes. (Marc, 1975 p. 98). En contraste con predicciones tradicionales, las más recientes determinaciones están vinculadas con un rango de medidas para mejorar la calidad de vida laboral. (Kogi, 1993 p. 3). Las definiciones más comunes están enfocadas

sobre trabajadores nocturnos quienes substancialmente hacen el trabajo de noche y por las necesidades particulares de protección.

En el cuadro que a continuación se indica, se muestran los cambios hechos a las regulaciones internacionales establecidas por la Organización Internacional del Trabajo (O.I.T.), entre el convenio número 89 y el convenio número 171. Los convenios y regulaciones estuvieron encaminados a modificar los estándares establecidos, las modificaciones consistieron en ampliar el trabajo nocturno a ambos sexos (hombres y mujeres), aspecto que antes no se tenía contemplado, extenderlo a casi todas las ocupaciones, no solo a educación, alimento, salud y seguridad como en un inicio se había acordado. Asimismo se permitió el trabajo nocturno a mujeres en la industria bajo condiciones bien definidas, también se incluyeron regulaciones con el propósito de mejorar la calidad de vida de los trabajadores en base a las horas de trabajo, períodos de descanso, salud y seguridad, transferencia de trabajo de día, protección a la maternidad, servicio social, etc. (Mark, 1993 p. 105, 106)

Tabla 3.4 Cambio de regulación internacional del trabajo nocturno

	Año 1948 Convenio # 89	Año 1990 Convenio # 171
Propuesta principal	Prohibición de trabajo nocturno para una categoría específica de trabajadores	Mejoramiento de condiciones de trabajo para trabajadores nocturnos
Alcances	Mujeres Industria	Ambos hombres y mujeres Todas las ramas y ocupaciones con pocas excepciones limitadas
Definición de noche	Por lo menos 11 horas consecutivas, incluyendo como mínimo 7 horas consecutivas entre las 22.00 hrs. y las 7.00 hras	Como mínimo 7 horas consecutivas incluyendo el intervalo entre las 24.00 hrs. y 5.00 hrs.
Focos de atención	Cualquier trabajo durante el periodo prohibido	Trabajadores ejecutando una substancial cantidad de trabajo nocturno

Fuente:.. Marc (975 p. p.126), Kogi (1993 p. 9)

Para 1990 la Organización Internacional del Trabajo (O.I.T.) define el trabajo nocturno como la actividad ocupacional que se realiza durante el período del día que está usualmente reservado para dormir. Las horas en las cuales este período esta considerado de inicio y fin varía de país a país debido a diferentes factores, los cuales pueden influir en la definición del término noche. Sin embargo en general, en el contexto de horas de trabajo la legislación define noche como el período entre las 22:00 o

23:00 horas y 6:00 horas para mujeres y personas jóvenes y un período entre las 23:00 y las 5:00 horas para hombres (Parmeggiani, 1991 p. 1553).

Para Kogi y Thurman (1991 p. 1553) es un período con una duración de 7 horas consecutivas, competentes y consultando después con las organizaciones representativas de empleadores y empleados abarcando el intervalo que va de media noche a las 5:00 a.m. y que será determinado por las autoridades.

El nuevo concepto de la Organización Internacional del Trabajo (O.I.T.), incluye las siguientes medidas específicas: (Kogi 1991 p.7)

- Menos horas de trabajo.
- Suficientes períodos de descanso.
- Seguridad y salud ocupacional, incluyendo asesoramiento sanitario, facilidades en primeros auxilios y asignación de orientación médica.
- Asignación de servicios sociales.
- Transferencia para trabajo de día.
- Protección maternal.
- Consultoría acerca de turnos de horarios y las formas de organización de trabajo nocturno.

Los países que recientemente han cambiado su legislación laboral enfatizan la necesidad de realizar prácticas específicas de tiempos de trabajo, permitiendo un gran margen de flexibilidad y ampliando las posibilidades de promediar horas sobre un específico período por medio de acuerdos con ramas o niveles de empresas; hay también una tendencia a incrementar el grado de regulación de tiempos de trabajo en algunas áreas. Este es el caso en particular del trabajo nocturno y el trabajo de tiempo parcial. Estas nuevas regulaciones están intentando asegurar la mayor protección para los trabajadores y mejorar las condiciones de trabajo y empleo.

En Bélgica y Francia se han estipulado algunos beneficios para los trabajadores, por ejemplo: los trabajadores con cierta antigüedad pueden requerir su transferencia al trabajo de día, las mujeres embarazadas también tienen el derecho de requerir su cambio al turno de día desde los tres meses de embarazo y hasta tres meses después de haber nacido su hijo. De igual forma tienen derecho de requerir su cambio las personas que posean una fundamentación médica que avale el cambio. (Kogi, 1993 p. 7). En el caso de que un trabajador se ausente por más de 12 horas de su domicilio para laborar en turno nocturno, puede conseguir se le compense con el pago del 100% los gastos por transporte.

Cabe destacar que en países como Australia, Brasil, Hungría, Corea, Nueva Zelanda y Sudáfrica, se otorgan pagos adicionales a trabajadores nocturnos, dichos pagos son variables y oscilan entre un 5% y un 30% adicional a su salario, sin embargo legalmente no se especifica el horario a cubrir. Otros países como Dinamarca, Francia y Noruega, estipulan horarios más cortos para el trabajo nocturno, que va de 37 horas para un turno de trabajo, 36 horas para dos turnos de trabajo y 35 horas para tres turnos de trabajo, únicamente Noruega estipula que para trabajo nocturno se debe laborar 36 horas a la semana (O.I.T., 1995 p. 141).

En los casos de Japón y Corea sus leyes prohíben el trabajo nocturno a mujeres y personas jóvenes, mientras que en el Reino Unido sólo lo prohíbe a personas jóvenes. Por su parte Noruega y Suecia prohíben el trabajo nocturno a la población en general, a excepción de servicios de transporte, salud, hoteles, restaurantes y en casos especiales que autoricen los inspectores laborales. Mientras que Canadá y Estados Unidos legalmente no estipulan ninguna regulación sobre el trabajo nocturno (O.I.T., 1995 p. 142).

En el caso de México, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos define al trabajo nocturno como el trabajo efectuado entre las 20:00 y las 06:00 horas, y el turno no debe exceder de 7 horas; asimismo aclara que un turno que incluye tres y media horas o más de trabajo nocturno es considerado turno nocturno. Dentro de los límites ya mencionados, los horarios de trabajo son fijados entre los trabajadores y empleadores. Legalmente las horas de trabajo son: 48 horas a la semana para trabajo de día, 42 horas a la semana para trabajadores nocturnos y 45 horas a la semana en horarios flexibles; incluye además la prohibición de este turno de trabajo a los menores de edad, y estipula que en el caso de las horas extra se paguen dobles y el máximo de horas legales a trabajar es de 54 semanales (O.I.T. 1995 p. 142).

Para Kogi (1993 p. 4), es importante recalcar que estas medidas aplicadas una vez que se ha decidido que el trabajo nocturno sea introducido, van encaminadas a limitar, tanto como sea posible, la extensión de efectos desfavorables para la salud y la vida laboral, tal vez los países que reducen el tiempo de la jornada laboral por la noche estén comenzando a reconocer algunos efectos negativos colaterales que desencadena el trabajo nocturno.

3.3 Modalidades del trabajo nocturno

Los requerimientos de producción y servicios interactúan con opciones de tiempos de trabajo y en particular con el trabajo nocturno. Aún cuando los sindicatos insisten en que el trabajo nocturno podría ser evitado y que la participación en turnos inconvenientes fuera voluntaria, la legislación no

ha intervenido para limitarla, más bien se han dedicado a exigir mejoras en las condiciones laborales de las empresas.

Los patrones sostienen que ciertos trabajadores pueden tener dificultad en adaptarse al trabajo nocturno o turnos rotativos, pero que no hay efectos de perjuicio general, más aún, el trabajo nocturno puede tener efectos positivos como: mejor creatividad, mayor productividad, gran economía, mejores estándares de vida, o tiempo libre de día. (Kogi, 1993 p. 9) Sin embargo sus argumentos son recursos que tienden a reflejar la imposición, ya que las justificaciones económicas solas nunca serían una razón suficiente para introducir turnos de trabajo nocturno.

En los turnos de trabajo es bastante frecuente extender los horarios de operación durante los fines de semana u horas nocturnas, unido a los innovadores horarios reportados por la Organización Internacional del Trabajo (O.I.T.) que reflejan las sobreintencionadas tendencias como por ejemplo: tiempo parcial, turnos de tiempo completo, tiempo flexible, etc. (Mark, 1975 p. 109).

En la siguiente tabla Kogi (1993 p. 10) muestra la variedad de combinaciones de horarios flexibles en tiempos de operación, las cuales pueden ser combinadas en diferentes formas de acuerdo a las necesidades de producción.

Tabla 3.5 Combinación de horarios flexibles en tiempos de operación

Opciones	Días	Horarios	Descansos	Hrs. Semanales
Trabajo de día	Lunes a Viernes	07.00-15.54	42 min. sin pago descanso de comida	40
2 turnos de trabajo	Lunes a Viernes	06.00-14.00 14.00-23.00	30 min. sin pago descanso de comida	38.3
Tiempo parcial turno vespertino	Lunes a Jueves	15.42-24.00	18 min. sin pago descanso de comida	32
2 turnos de horas reducidas	Lunes a Viernes	06.00-11.30 17.30-23.00	Sin descanso de comida	26.5
Tiempo parcial trabajo de día	Lunes a Viernes	11.30-17.30	Sin descanso de comida	29
Tiempo parcial 2 turnos	Lunes a Viernes	08.00-14.00 14.00-20.00	Sin descanso de comida	30

Trabajo nocturno permanente	Lunes a Viernes	23.00-06.00	30 min. sin pago descanso de comida	34
Tiempo parcial turno de 12 horas	Sábados y Domingos	06.00-18.00	30 min. sin pago descanso de comida	22.6
Tiempo parcial 2 turnos de 12 horas	Sábados y Domingos	08.00-20.00 20.00-08.00	30 min. sin pago descanso de comida pausa de descanso	22.6
3 turnos de tiempo completo	Lunes a Viernes	06.00-14.00 14.00-22.00 22.00-06.00	30 min. sin pago descanso de comida	38

Fuente: Kogi (1993 p. 11)

En México los horarios de trabajo son muy variados y en numerosas ocasiones están combinados, por ejemplo en las instituciones gubernamentales el horario más común es el trabajo de día de 07:00-15:54 o bien de 08:00-14:00 de lunes a viernes, no obstante en el caso de la industria sobre todo mediana y grande aplican los 3 turnos de tiempo completo, es decir de las 06:00-14:00, 14:00-22:00 y de 22:00-06:00 horas de lunes a viernes, incluyendo además tiempo parcial de sábados y domingos de 08:00-13:00 horas. Asimismo en los centros comerciales combinan el tiempo parcial trabajo de día que va de las 11:30-17:30 de lunes a viernes, unido con el tiempo parcial de turno de 12 horas sábados y domingos, de 06:00-18:00 horas (Marc, 1975 p. 118-122; Galin, 1982 p. 64 y Kogi, 1993 p. 11),

(Galin, 1982 p. 15 y Kogi 1993 p. 11) mencionan ciertos servicios como los proporcionados por la policía, bomberos y hospitales quienes mantienen una numerosa combinación de horarios de trabajo, dichos servicios permanecen activos sin ninguna interrupción diaria o semanal, incluso durante los días feriados, trabajo denominado de turnos continuos.

Algunas características que se han encontrado en este turno es que las funciones del personal se concentran en el turno normal de día. En el segundo y sobre todo en el tercer turno, se hace notar la disminución del personal y el menor nivel de calificación, por lo general no hay supervisores, y la cantidad de trabajadores en cada uno de los turnos es muy desigual (Galin, 1982 p. 25 y Kogi, 1993 p.11).

El tamaño considerablemente menor de los segundos y terceros turnos se debe a distintas razones. En las instituciones de funcionamiento continuo los segundos y terceros turnos están limitados a los trabajadores necesarios para cubrir alguna eventualidad que pudiera surgir, como es el caso de los bomberos.

La policía tiene como tarea vigilar permanentemente a la ciudadanía y estar alerta en situaciones de peligro para la comunidad, Los hospitales requieren de la vigilancia constante del personal médico y paramédico que está al cuidado de los pacientes que demandan atención continua a su salud, lo cual incrementa considerablemente el trabajo físico y mental.

Otro aspecto importante es el sistema de rotación presente dentro del turno nocturno, (Galín, 1982 p. 27), ya que en algunos puestos se trabaja por turnos fijos, en otros se trabaja en rotación y otros en forma eventual, por ejemplo en los puestos de médico o enfermera una parte trabaja en turnos fijos, otra en rotativos y otra en turno imprecisos (irregular) dependiendo de las necesidades laborales o de atención a pacientes.

Sin embargo, algunos trabajadores presentan una importante tendencia a desempeñar una segunda actividad remunerada fuera de las horas de trabajo. Esta tendencia es más marcada en trabajadores del turno nocturno que en los turnos matutino y vespertino, generando esto una importante baja de productividad y un aumento de enfermedades en los trabajadores (Parmeggiani, 1991 p. 1154). En algunos casos se ha observado que algunos trabajadores tienen otro empleo de tiempo completo en otro lugar, lo cual provoca un agotamiento prematuro al trabajador.

La causa de esta segunda actividad debe adjudicarse a los bajos niveles salariales, que conducen a una extensión de la jornada de trabajo con otro empleo para incrementar los insuficientes ingresos del primero. Los trabajadores del turno nocturno, particularmente los fijos, gozan de más tiempo que los del turno normal de día para desempeñar otras tareas, originando aumento de la morbilidad y la fatiga, además de que en los trabajadores con segunda actividad remunerada se observa un envejecimiento prematuro. (Parmeggiani, 1991 p. 1554)

En cuanto a los turnos nocturnos eventuales (irregular) se puede decir que son ineficaces, ya que aumentan el ritmo de trabajo, pero disminuye la calidad del mismo. Galín (1982 p. 29), indica que este sistema impone muy pesadas exigencias, al aumentar el ritmo, desgastando más rápidamente la fuerza de trabajo y provocando incremento en la fatiga, estrés, mayores problemas psíquicos y envejecimiento prematuro, además los trabajadores con turnos imprecisos ven reducidas o eliminadas las pausas de alimentación y descanso, a fin de no perder el ritmo laboral.

Los trabajadores por turnos y los del turno nocturno en particular tienen condiciones de trabajo más penosas que los del turno normal de día, especialmente en materia de supervisión, salubridad, alimentación,

movilidad, extensión de la jornada, interrupciones, iluminación, etc. El ambiente de trabajo es menos adecuado que en el primer turno y más deteriorante para la salud física y psíquica del trabajador y sus condiciones de vida. Por lo general la única compensación a este carácter doblemente penoso del trabajo nocturno es la remuneración adicional que no siempre es la más adecuada (Marc, 1975 p. 107 y Galin, 1982 p. 29).

3.4 Alteraciones físicas

Las consecuencias para la salud de los trabajadores sometidos a este método laboral, son variadas. Aún cuando la patología o el síndrome del trabajo nocturno ha sido poco estudiado hasta ahora, la cantidad de investigaciones acerca de los costos psicobiológicos en el hombre bien pudieran evitar o limitar la exposición al turno nocturno.

Una de las primeras alteraciones causadas al trabajador de noche es la inversión de los ritmos biológicos; primeramente los ritmos de los cambios ambientales, es decir del día a la noche, controlan actividades tan dispares como los hábitos alimenticios e incluso podrían servir como modelos del tiempo (Ramos, 1988 p. 14), (Grossman 1997, Humm, 1997; Reid et. al, 1997; Zorro, 1999; Levie, 2001; Turek et al 2001)⁵⁷.

Existen además otros ritmos orgánicos (noción de ritmo); en el cerebro las ondas cerebrales oscilan con períodos de milisegundos, el corazón late rítmicamente unas 70 veces por minuto, la temperatura corporal y la presión sanguínea se elevan y disminuyen con un ritmo de 24 horas, (Ramos, 1988), en la piel la división celular es máxima durante la noche y cae durante el día, tal y como ocurre en los metabolismos y las secreciones endocrinas (Carpentier, 1977 p. 20)(Fox, 1999)⁵⁸. Todo esto parece indicar que el organismo esta sujeto a una fase diurna de activación y a una fase nocturna de desactivación.

Algunos de estos ritmos son de gran importancia desde el punto de vista del rendimiento y seguridad en el trabajo; entre éstos destacan los siguientes:

Ritmos Sueño-Vigilia

Los ritmos de actividad y descanso en el ser humano, siguen un ritmo circadiano (24 horas aproximadamente) y están estrechamente coordinados con los períodos ambientales de alternancia luz-oscuridad,

⁵⁷ Cit en Muecke 2005 p. 343

⁵⁸ Ibid p. 343

es decir al amanecer el individuo está orgánicamente activo, mientras que en la noche su organismo está en período de lentificación y cambio (Carpentier, 1977 p. 21). Diversas investigaciones han demostrado que el organismo es capaz de generar internamente sus propios ritmos, siendo de gran importancia la influencia de los ciclos geofísicos terrestres (luz, temperatura, humedad, etc.), que al ser modificados se desincronizan los ritmos endógenos, provocando diversos trastornos psicofísicos que son la consecuencia de una desadaptación con respecto a los ciclos medioambientales. (Ramos 1988 p. 15; Eastman, 1995 p. 399)

Ritmos en el rendimiento psicomotor

Considerando que los procesos fisiológicos en el hombre son rítmicos, al ser alterados éstos también se alteran como la rapidez y habilidad con que se realizan las tareas diarias, en virtud de que siguen también patrones rítmicos. En diversos estudios tanto en ambientes reales como de laboratorio, se ha encontrado que en todos los casos aparecían con patrones que, a lo largo del día, siguen la curva de temperatura basal de cada persona (Carpentier, 1977 p. 28), Levie (2001)⁵⁹. Asimismo se ha encontrado que muchas otras actividades se realizan con habilidad variable en forma rítmica a lo largo del día, como el tiempo de respuesta a la luz mientras se conduce, la capacidad de vigilancia ante la pantalla de un radar, la velocidad de cálculo y la capacidad de memorización, etc. El patrón de la mayoría de estos ritmos imita al ciclo diario de temperatura corporal (Ramos, 1988 p. 15), (Levie, 2001)⁶⁰.

Otros Ritmos

Otros ritmos que pueden resultar de gran importancia son los ritmos metabólicos y los de tolerancia al dolor. Los ritmos metabólicos actúan con mucho mayor rapidez por la tarde, es decir entre las 12:00 a.m. y las 12:00 p.m., fuera de esas horas la capacidad para metabolizar desciende hasta en un 25%, y en la noche tiene un descenso mayor, sobre todo en la madrugada, horario en el que el organismo está en un período acentuado de baja eficiencia metabólica (Carpentier (977 p. 17; Ramos, 1988 p. 15; Ayelsonn, 1996 p. 374 y Lennernas, 1995 p. 253).

Por el contrario los ritmos del dolor, aumentan a medida que avanza el día, es decir entre las 08.00 a.m. y 08.00 p.m. (Carpentier, 1977 p. 20; Ramos, 1988 p. 15 y Ubeda, 1991 p. 15).

⁵⁹ Ibid p. 434

⁶⁰ Ibid p. 435

Por último, la función renal también se ve alterada, ya que por la noche se reduce el volumen de orina con disminución de la secreción de electrolitos. Al alterarse los ritmos de vida biológicos, éstos se resisten al cambio horario provocando los trastornos ligados al trabajo nocturno y a la diferencia horaria transmeridiana.

Estudios realizados por diferentes investigadores revelan que al alternarse el horario del sueño y la vigilia, se desencadena una desincronización que indica que actúan simultáneamente sincronizadores de eficacia distinta, ya que el conjunto de los ritmos conforma, gracias a las relaciones entre sus fases, determinadas estructuras sujetas a la influencia simultánea de varios ritmos dominantes, sobre todo el de la temperatura rectal y el de la actividad, y estas posibilidades de desincronización se da de manera distinta en cada individuo (Carpentier, 1977 p. 18 y Ubeda, 1991 p. 13, 14), (Reid et. al 1997; Poissonnet y Veron, 2000)⁶¹.

Al compararse dichos estudios con observaciones efectuadas en trabajadores nocturnos, se comprobó que después de un período de 13 semanas de trabajo nocturno, la amplitud de los biorritmos del trabajador disminuye y sus máximos continúan situándose en horas diurnas. No obstante, pudo observarse una marcada desincronización entre los mínimos en los días que siguen inmediatamente al retorno al horario diurno después de un período de turnos rotativos, además estas variaciones sufren la influencia de factores extrínsecos, como es estrés emocional, la fatiga anterior al trabajo y la índole de la tarea. Pero lo más importante es que el descanso semanal es suficiente para que los sincronizadores socio ecológicos, únicos que actúan entonces, pues los sincronizadores laborales desaparecen transitoriamente, reestablezcan su estado normal (Carpentier, 1977 p. 19 y Ubeda, 1991 p. 16), (Dingley, 1996)⁶². Por lo tanto se puede inferir que el trabajo nocturno verdaderamente permanente no existirá jamás, puesto que siempre alternará, por lo menos, con el descanso semanal.

Al alterarse los ritmos biológicos, a su vez se alteran las fases vigilia-sueño, en virtud de que tanto la duración como la calidad del sueño están ligadas al ritmo circadiano. Aún cuando el sujeto desee dormir por la mañana, por causa natural se presenta una activación espontánea que provoca un despertar prematuro, además el sueño diurno es mas breve y está expuesto a ser discontinuo por el ambiente que le rodea (ruido, luz natural, etc.). Además el sueño diurno suele ser menos profundo, al reducir o evitar esta profundidad del sueño se abrevia el sueño paradójico y pareciera ser que dicha abreviación condujera al sujeto a sentir un

⁶¹ Ibid p. 436

⁶² Ibid p. 435

malestar general que, a un período prolongado, es decir a constantes exposiciones, genera fatiga (Carpentier, 1977 p. 15, 16 y Niedhammer, 1994p. 329), (Perkins, 2001, Lamond et. al., 2003, Flethcer y Dowson, 1997)⁶³.

Asimismo, al estar presente la fatiga en el organismo se genera ácido láctico en los músculos, pues el sistema de regulación es insuficiente. El hipotálamo esta a cargo de dicha regulación, ya que es quien gobierna la producción de la energía exigida por las tareas, y da origen a la sensación de fatiga, que las suspende y rige después de la reconstitución de las reservas durante el descanso (Grossman, 1997; Humm, 1997; Raid et al, 1997; Fox 1999; Lavie, 2001; Tureck et. al., 2001)⁶⁴.

De igual forma el hipotálamo provoca la secreción de la hormona ACTH (hormona-adreno-córtico-trópica), misma que actúa sobre la glándula suprarrenal, la cual según los casos produce hormonas catabolizantes o anabolizantes, las primeras de las cuales (glucocorticoides) dan origen a un incremento de los 17 hidroxicorticosteroides en la sangre y después en la orina, y las segundas a un aumento de los 17 cetosteroides en sangre y orina (Fox, 1999; Perkins, 2001)⁶⁵.

Igualmente, el sistema nervioso autónomo influye directamente en los metabolismos químicos y energéticos de los tejidos y células.

La depresión que normalmente presentan durante la noche los índices fisiológicos no desaparece en el trabajador nocturno, sólo se atenúa (Carpentier, 1977 p. 21). Así ocurre con la frecuencia cardiaca y la tensión arterial, el volumen respiratorio por minuto, el consumo máximo de oxígeno, la temperatura rectal y la excreción por la orina de corticoides y de catecolaminas (Kawaachi, 1995 p. 3178 y Sternberg, 1995 p. 349), (Reid et. al., 1997; Perkins, 2001)⁶⁶.

En lo concerniente a los trastornos digestivos, éstos se presentan bajo formas variadas, observándose una importante relación entre la presencia de estos trastornos y los horarios alternados, lo que se observa en una correlación estadística positiva alta. Entre las alteraciones más comunes están los diferentes tipos de dispepsia, como la hiperesténica (por trabajar horarios alternados) y la hiposténica. Asimismo se presentan trastornos intestinales como el estreñimiento, acompañado a veces de crisis hemorroidales, que al parecer forman parte del síndrome del trabajo

⁶³ Ibid p. 435

⁶⁴ Ibid p. 434

⁶⁵ Ibid p. 434

⁶⁶ Ibid p. 434

nocturno (Carpentier, 1977 p. 32), (Reid et. al., 1997, Learhart, 2000, Perkins, 2001)⁶⁷.

Las úlceras digestivas confirmadas por radiografía son más frecuentes entre el personal de los turnos rotativos que entre los que cumplen un horario diurno normal (Carpentier, 1977 p. 33, 34).

Por otro lado es frecuente el aumento de peso en el curso de los dos o tres primeros años de trabajo nocturno, sin modificación importante de la comida normal a ciertas horas. Las causas de la obesidad podrían ser variadas, ya que por un lado, en la noche la comida se ingiere sin apetito, por tal motivo suelen condimentar más los alimentos e incrementar la ingesta de comidas o bebidas excitantes, como es el alcohol o el café; otro factor predisponente es el horario irregular en el que comen los trabajadores, unido a la actividad a nivel celular, ya que a ciertas horas la célula almacena glucosa y a otras horas se lleva a cabo una actividad de síntesis de proteínas (Carpentier, 1977 p. 33 y Wisner, 1987 p. 75), Reid et. al. 1997; Learhart, 2000; Perkins, 2001)⁶⁸.

Otro aspecto que se ve afectado es el ciclo menstrual, ya que en ciertos días de dicho ciclo la activación diurna será mayor, y en otros la desactivación nocturna será más acusada, por lo que en ciertos días el ciclo ovárico se expondrá a una fatiga excesiva debida a la desactivación nocturna (Carpentier, 1977 p. 33), (Perkins, 2001)⁶⁹.

Otro de los efectos nocivos del trabajo nocturno es la probable reducción de las reacciones inmunológicas contra las infecciones y agresiones, unido con una eventual ingerencia sobre el envejecimiento y la menor duración de la vida, en virtud de que la división celular es mayor durante la noche, como se mencionó anteriormente (Ramos, 1988 p. 16 y Wisner, 1987 p. 76), (Turek et. al, 2001; Eitzen, 1997; Reid e. al., 1997)⁷⁰.

El estrés es otro de los aspectos que se presenta en trabajadores nocturnos; sobre todo cuando las condiciones laborales lo incrementan, el organismo se ve amenazado de una o de otra manera y se altera fisiológicamente debido a la activación de una serie de centros nerviosos y glándulas, especialmente el hipotálamo, la hipófisis y las suprarrenales (Wisner, 1987 p. 76), (Grossman, 1997; Humm, 1997; Reid et. al, 1997; Fox, 1999; Lavie, 2001; Turek et. Al., 2001)⁷¹.

⁶⁷ Ibid p. 432

⁶⁸ Ibid p. 436

⁶⁹ Ibid p. 436

⁷⁰ Ibid p. 436

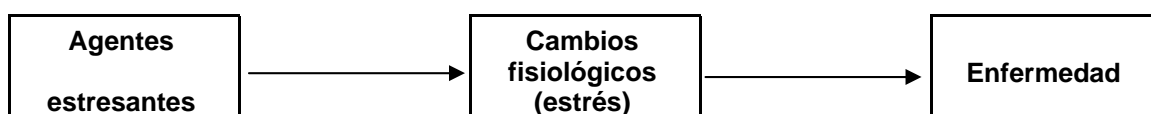
⁷¹ Ibid p. 437

El cerebro, al detectar el riesgo que le amenaza (físico, químico o social) excita al hipotálamo, a su vez el hipotálamo fabrica una serie de sustancias específicas llamadas factores liberadores, quienes ordenan a la hipófisis produzca la hormona ACTH, esta hormona viaja a través del torrente sanguíneo hacia la corteza de la glándula suprarrenal, en donde produce cortisona u otras hormonas equivalentes, como los corticosteroides. Asimismo la glándula suprarrenal recibe mensajes a través del nervio que conecta a la médula suprarrenal con el hipotálamo y produce adrenalina (Pérez, 1990).

Cuando la demanda de los problemas ambientales es sostenida y se prolonga o se hace crónica, en el organismo, si bien prosigue con su adaptación a dicha demanda en forma progresiva, puede ocurrir que cada vez lo haga con menores posibilidades de respuesta, debido a la fatiga que sufren las glándulas del estrés; si el trabajador tiene los suficientes recursos para resistir no presentará problemas pero, si carece de ellos, entrará a la fase de resistencia caracterizada por un equilibrio entre las amenazas del medio ambiente, tanto interna como externa, por un lado y los recursos defensivos, tanto psicológicos como biológicos del individuo, por el otro lado (Pérez, 1990 p. 27).

La disminución progresiva de las resistencias del organismo frente a una estimulación estresante conduce a una lógica bancarrota fisiológica y con ello sobreviene la fase de agotamiento, en la que el individuo puede sucumbir ante la demanda, pues se consumen totalmente las capacidades de adaptación, quedando el individuo en riesgo de sufrir un trastorno de salud. Así el estrés es la fase intermedia entre la acción del agente estresante por una parte y el estadio último de todo el proceso, que es la enfermedad por estrés, según se puede ver en el siguiente esquema:

Esquema 3. Fases del estrés



Además de las alteraciones ya mencionadas, el trabajo nocturno tiene algunas consecuencias agregadas; esto fue corroborado por Budnick, Lerman y Nicolick, (1995 p. 771) de Nueva Jersey, quienes estudiaron los efectos nocivos de la luz artificial a diferentes unidades lux, concluyendo que los altos niveles de luz artificial provocan alteración en los niveles de melanina en orina en trabajadores de turnos rotativos.

3.5 Alteraciones psicológicas

La dimensión psíquica puede ser definida en términos de niveles de conflictos en el seno de la representación consciente o inconsciente de las relaciones entre la persona (ego) y la situación (en este caso la organización del trabajo). Pero es también el nivel en el que la fatiga, el sufrimiento, y la falta de sueño provocada por la distribución de los períodos de trabajo cognitivo pueden determinar alteraciones afectivas (Wisner, 1987 p.75).

La dimensión cognitiva no debe ser despreciada ya que, en realidad, puede ser predominante aún cuando en ocasiones este oculta; por ejemplo cuando el personal se ve expuesto a una rápida rotación ya sea de turno o de puesto, puede provocar una actitud agresiva de los trabajadores. Esto conduce a pensar en un cierto grado de sufrimiento mental, producto de una elevada carga mental que puede ser observada en situaciones complejas donde interactúan numerosas tareas (Wisner, 1987 p.79 y Nogareda, 1990 p. 11), como el trabajo de enfermería, y que una elevada obligación puede provenir de la desproporción entre las exigencias del trabajo y el personal disponible (Reid et. al., 1997; Dax, 2000⁷²).

En cuanto al contenido cognitivo de la tarea en sí, el principal aspecto es la toma de decisiones, sobre todo cuando se sobrecarga al cerebro y lo único que está en posibilidades de realizar es una adopción de las decisiones. Sin embargo, la toma de decisiones no es el único componente de la actividad cognitiva. También hay que considerar las dificultades perceptivas por problemas de iluminación, o por características visuales de la tarea, así como las cuestiones de identificación y de reconocimiento. En el caso de las capacidades de memorización, éstas son bajas en los individuos cansados y en particular en los que les falta el sueño, como es el caso de los trabajadores nocturnos. El problema se acentúa cuando se hace un esfuerzo cognitivo intenso en el período que precede al período de reposo nocturno y se manifiesta en el individuo por un deterioro en la eficacia del proceso de información (Reid et. al, 1997⁷³).

Una actividad con exigencias cognitivas importantes aunadas a una carga mental y condiciones laborales inadecuadas desencadena diversos trastornos psíquicos, dentro de estos se encuentra la fatiga, neurosis, angustia, ansiedad, depresión y tensión nerviosa (estrés), mismos que se detallan a continuación:

⁷² Ibid p. 437

⁷³ Ibid p. 437

FATIGA

Como se mencionó anteriormente, desde el punto de vista fisiológico el hipotálamo es la glándula reguladora de la producción de energía y de la sensación de fatiga, sin embargo, en el estado psíquico de fatiga excesiva engendrada por el trabajo nocturno en cualquier modalidad, se produce una morbilidad nerviosa que se observa en tres fases de evolución. En su fase inicial se manifiesta en estados de nerviosismo con irritabilidad, impaciencia e irascibilidad (Lushington et. al., 1997; Reid et. al, 1997)⁷⁴ o por el contrario el sujeto presenta un estado de abatimiento y de aceptación pasiva a cuanto ocurre en torno a él, esta fase va acompañada de síntomas menos evidentes como:

- Disminución de la capacidad de trabajo, por la lentitud de comprensión, al igual que la baja concentración mental y memoria.
- Sensación general de cansancio, alteraciones del sueño y ritmos lentos de trabajo.

La segunda fase es de febrilidad, en esta fase, además de que los síntomas existentes persisten y se agravan, también se observa:

- Duda respecto a si mismo y a las propias posibilidades.
- Estado de actividad excesiva, debido a la necesidad de demostrarse si mismo que es capaz de hacer las cosas como antes, sin embargo, los resultados de esta actividad son desalentadores.
- Aumenta el estado de fatiga, es evidente el insomnio y la falta de reposo.
- Aparecen alteraciones de la sexualidad (impotencia o frigidez).
- Carácter irritable.
- Aparecen movimientos motores involuntarios (tics)
- A veces en esta fase surgen enfermedades de tipo psicósomático, como gastritis, úlceras gástricas, hipertensión arterial y problemas coronarios.

La tercera fase es de apatía, fase denominada también como surmenaje, aparece además desgaste y agotamiento, y se advierte:

- Desinterés por lo que rodea al individuo
- A veces el sujeto tiene graves problemas de salud
- Probable infarto de miocardio
- Pérdida de gusto por la actividad. (Petrescu, 1980 p. 94, 95 y Tov, 1995 p. 417, 421)

⁷⁴ Ibid 435

NEUROSIS

La neurosis que genera el trabajo nocturno pertenece al grupo de las pseudo neurosis o neurosis de situación, denominación que indica claramente que resultan de las condiciones de trabajo, en este caso en particular del trabajo nocturno, especialmente en los trabajadores a los que se les exige un esfuerzo mental intenso y a la vez prolongado, y no de un conflicto endógeno preexistente, aunque su expresión pueda ser modificada por algunos rasgos de personalidad. Clínicamente no se diferencia de las otras neurosis de origen profesional y presenta los tres síntomas habituales: astenia, sobre todo por las mañanas, insomnio acompañado de una somnolencia posterior y trastornos del carácter de tipo agresivo o depresivo. Su evolución es variable: puede manifestarse en los primeros meses de trabajo nocturno y atenuarse por hábito, en este caso basta el traslado del trabajador a un puesto diurno, lo que será suficiente para hacerla desaparecer, o bien puede hacerse presente tardíamente, después de 10 o 20 años de trabajo nocturno y está vinculada de alguna manera con los efectos de envejecimiento (Carpentier, 1977 p. 37) en este caso un cambio de empleo es indispensable, aún cuando no garantiza el restablecimiento.

También pueden presentarse algunas características referentes a la neurosis como: cefaleas, percepción de zumbidos y silbidos, pensamientos obsesivos en relación al trabajo, fragmentos de discursos estereotipados, y alteraciones del sueño y del carácter. Cabe aclarar que los síntomas antes citados han aparecido en situaciones de trabajo que requerían un elevado esfuerzo mental, con variaciones en las manifestaciones ligadas de manera específica con las exigencias particulares de la tarea por períodos prolongados de tiempo.

ANGUSTIA

La angustia juega un papel importante en la aparición de la neurosis, cabe aclarar que aun cuando la angustia puede ser confundida con el miedo, éstos difieren en que el miedo es una reacción proporcional al peligro que se debe encarar, mientras la angustia es una reacción desproporcional al peligro o inclusive una reacción ante riesgos imaginarios.

Algunos sujetos neuróticos se perciben angustiados, manifestándose este síntoma como ansiedad difusa bajo la forma de accesos ansiosos; no obstante hay neuróticos que sólo se percatan de que sufren depresiones, sentimientos de incapacidad, trastornos de la vida sexual y otras perturbaciones semejantes, pero no se perciben angustiados, aun cuando se les este analizando y se encuentren en lo profundo sumamente angustiados, sobre todo cuando tienen a su cargo un trabajo

descalificado. (Horney, 1989 p. 35). Es decir una falta de apreciación de su labor durante un período determinado, que con frecuencia incluye juicio valorativo acerca de su personalidad, su adaptación al trabajo, su ajuste con los compañeros, su capacidad de crecimiento, etc.

La ansiedad existe también de manera importante en la actividad de la mayoría de trabajadores y en particular entre operarios de proceso continuo. Considerando que la ansiedad tiene un valor adaptativo, y que constituye de alguna manera una preparación psicológica frente a la amenaza y orienta los esfuerzos del sujeto para detenerla gracias a la atención y a la prudencia, es por lo tanto la principal cuestión alrededor de la cual se estructura todo lo que se refiere al sufrimiento psíquico de los trabajadores. (Daniellow, 1986 p. 36; Fontana, 1992 p. 13) Las situaciones de trabajo psíquicamente más peligrosas son las que combinan una fuerte carga de trabajo con una elevada carga de angustia.

Otro factor importante que genera ansiedad es la ignorancia frente a los riesgos reales en que se encuentra el trabajador, la ansiedad se extiende a nivel psicológico a todo lo que en el riesgo no es controlado mentalmente por la prevención colectiva, y aun cuando se ha considerado a la ansiedad como productiva no justifica las alteraciones a la salud, ya sea a nivel físico o psíquico (Daniellow, 1986 p. 36 y Fontana, 1992 p. 13).

DEPRESION

En cuanto a la depresión también se le ha considerado de origen fisiológico, en virtud de que en un sujeto deprimido común se observa un sueño desorganizado y en el cual se ha alterado la proporción entre sueño profundo y sueño paradójico; al mismo tiempo la desorganización dentro de este último tipo de sueño aunado al exceso de las secreciones del hipotálamo y adrenocorticoides (Carpentier, 1977 p. 18, 37), se puede dar una combinación de depresión con la sintomatología de la neurosis, presentando el sujeto características como tristeza, desesperanza, con una especie de dolor moral que le hace ver gris todo en la vida, inseguro de sí mismo, y sintiendo el futuro sombrío. En casos muy graves a esta tristeza se llama melancolía, y el sujeto que padece este trastorno suele estar sumamente afectado y puede presentar deseos de dejar de vivir (Carpentier, 1977 p. 37 y Pérez, 1990p. 28).

Además la depresión puede estar mezclada con las condiciones laborales y las exigencias del puesto, ya que se observó en trabajadoras telefonistas una tasa elevada de ausentismo ligada principalmente a un síndrome depresivo, cuando el trabajo implicaba situaciones de contacto con el público. (Daniellow, 1986 p. 37y Fontana, 1992 p. 14)

ESTRÉS

Una fuerte carga cognitiva desencadena tensión nerviosa comúnmente llamada estrés, que a través de un conjunto de signos y síntomas como tensión nerviosa y muscular, ansiedad, latidos más rápidos del corazón, etc., ponen en riesgo la salud y el bienestar de quien lo sufre. Lamentablemente este estrés es con frecuencia desencadenado por el trabajo moderno, tecnificado, automatizado y deshumanizado, deteriorando el estado de ánimo de los trabajadores y, por esta vía, la salud física de los mismos. Otra causa de estrés en el trabajo es el impedimento de la autorrealización a través del trabajo mismo, evitándole al trabajador la sensación gratificante que genera ver una obra terminada (Pérez, 1990 p. 30). Existen actividades más estresantes aun cuando se trata de un trabajo con mayor intercambio de relaciones personales, como son los servicios de salud, donde los empleados tienen contacto directo para atender a personas que sufren.

No obstante, todo trabajo desencadena estrés. En primer lugar están los estresores profesionales generales, es decir los factores que en gran parte se sitúan fuera de la labor inmediata y de las responsabilidades individuales, pero que influyen significativamente en la manera como se lleva a cabo; tales son los casos donde existen problemas organizativos, escasez de personal que respalde la tarea, horas extras, trabajo sin contactos sociales, bajos salarios, promociones escasas, procedimientos innecesarios, incertidumbre e inseguridad por cambios frecuentes en la política de la empresa. En segundo lugar están los relacionados con el puesto de trabajo, como son especificaciones confusas con respecto a las funciones a desempeñar, conflicto de funciones, expectativas personales elevadas e irrealizables, incapacidad para influir en la toma de decisiones, desacuerdos frecuentes con los superiores, falta de apoyo de los colegas, trabajo excesivo, presiones de tiempo, trabajo rutinario, comunicación deficiente, liderazgo inadecuado, conflictos con los colegas e incapacidad para terminar una tarea. Además de los estresores generales y específicos relacionados con el trabajo mismo, existen estresores que surgen de las tareas cotidianas incluidas dentro del trabajo como el entrenamiento insuficiente, la falta de motivación, la responsabilidad de la tarea, y la falta de ayuda para actuar con eficiencia. (Crawford, 1993 p. 522 y Clerc, 1991 p. 136)

Todo estos factores influyen de manera importante para que el trabajador se estrese y presente consecuencias psicológicas que variarán de un individuo a otro, como a continuación se indica:

EFFECTOS COGNOSCITIVOS DEL ESTRES EXCESIVO

- Decremento del periodo de la concentración y la atención.
- Aumento de las distracciones.
- Deterioro de la memoria a corto y a largo plazo.
- Velocidad de respuesta impredecible.
- Aumento de la frecuencia de errores.
- Deterioro de la capacidad de organización y de la planeación a largo plazo.
- Aumento de las ensoñaciones y de los trastornos del pensamiento.

EFFECTOS EMOCIONALES DEL ESTRES EXCESIVO

- Aumento de la tensión física y psicológica.
- Aumento de la hipocondría.
- Cambios en los rasgos de personalidad.
- Acentuación de problemas de personalidad ya existentes.
- Debilitamiento de las restricciones morales y emocionales.
- Depresión e impotencia.
- Pérdida repentina de la autoestima.
- Puede haber amenazas de suicidio.

EFFECTOS CONDUCTUALES GENERALES DEL ESTRES EXCESIVO

- Aumento de los problemas del habla.
- Disminución de los intereses y el entusiasmo.
- Aumento del ausentismo.
- Aumento del consumo de drogas.
- Descenso de los niveles de energía.
- Alteración de los patrones del sueño.
- Aumento del cinismo acerca de los colegas y personas que tenga cerca.
- Rechazo a la nueva información.
- Delegación de las responsabilidades en los demás.
- Los problemas se resuelven a un nivel cada vez mas superficial.
- Patrones de conducta excéntricos (Clawford 1993 p. 524-526).

Como ya se mencionó, la frecuencia de estos efectos adversos variará de un individuo a otro. Muy pocas personas, aun extremadamente estresadas, mostrarán todos. El grado de gravedad también variará de persona a persona.

Renate Cervinka, (1993 p. 156-158) indagó, con trabajadores de una planta manufacturera de cemento en Australia, la alteración que causa el estrés de acuerdo al tiempo y la frecuencia en que estuvieron expuestos los trabajadores del turno nocturno. Los resultados muestran que existe

una importante relación entre la duración y la frecuencia del turno nocturno con el estrés psicosocial, ya que los trabajadores que estuvieron expuestos con más frecuencia a ambos factores presentaron problemas musculoesqueléticos, cardiovasculares y gastrointestinales de cierta severidad.

3.6 Alteraciones psicosomáticas

Comúnmente se han abordado los efectos sobre la salud física de los turnos nocturnos y los efectos sobre su vida familiar y social, no obstante, los estudios han sido menos frecuentes en lo relativo a las alteraciones psicológicas y menos aún sobre las alteraciones psicosomáticas, a pesar de que médicos especialistas han concluido que la enfermedad orgánica puede provenir, al menos en parte, de conflictos emocionales crónicos (Diez, 1976 p. 79).

Por una parte al momento de perturbarse los ritmos biológicos normales se manifiestan en alteraciones nerviosas que posteriormente desencadenan problemas digestivos y circulatorios, mismos que han sido consideradas a menudo como trastornos sintomáticos de estrés y fatiga, sobre todo, en personal de dirección.

Broadly⁷⁵ define la somatización, como la presencia de síntomas físicos en ausencia de patología orgánica, o la amplificación de sensaciones corporales acompañadas de condiciones físicas mas allá de las cuales pueden ser explicadas por la fisiología; asimismo para Barsky⁷⁶, la somatización ha sido definida como una expresión corporal o somática de aflicción psíquica. En otros términos, pacientes quienes se quejan de los problemas de la vida diaria frecuentemente los enfocan a sensaciones corporales y buscan curación médica para su aflicción emocional.

Los desordenes de somatización ocurren frecuentemente como reacciones adaptativas que involucran nuevas circunstancias como cambio de vida, cambios que comúnmente provocan desordenes de adaptación, como divorcio o separación, cambio especial de trabajo y domicilio, etc. Asimismo la somatización frecuentemente es asociada con problemas maritales, pobre historia laboral, disfunción social, adolescencia delincuente, problemas de alcohol y sociopatías en relativo primer grado. (Sutker, 1993 p. 186 y Gelder, 1994 p. 85)

Otros factores que intervienen en desordenes somáticos, ya que influyen de manera importante debido a los procesos bioquímicos que autorregulan al organismo en el momento en que el individuo percibe su

⁷⁵ Cit en Sutker 1993 p. 183

⁷⁶ Ibid p.183

entorno, son: duración de la jornada, condiciones físicas medioambientales y organización del trabajo, tensión, relaciones con los compañeros e incluso tiempo y condiciones de transporte. (De la Fuente, 1978 p. 157 y Weich, 1996 p. 116)

Por otro lado, hay razones de peso para pensar que el trabajo nocturno, sobre todo en su modalidad irregular y con doble jornada, puede tener efectos adversos para la salud integral, aún cuando la extensión y gravedad sigue siendo una controversia, en virtud de que los efectos no son idénticos para todos los trabajadores, algunos son severamente afectados, otros moderadamente y algunos sólo levemente. Por un lado perturba los ritmos biológicos normales, manifestándose en trastornos del aparato digestivo, fatiga, irritabilidad, trastornos nerviosos, perturbación del sueño, que a su vez provocan intranquilidad y acentúan la fatiga (Diez, 1973 p. 82, 83).

Ahora bien, la somatización ha sido íntimamente relacionada con el estrés, mismo que se define como un desequilibrio percibido entre las demandas profesionales y la capacidad de las personas para llevarlas a cabo cuando son importantes las consecuencias del fracaso, (La Dou, 1993 p. 276). El estrés prevalece en las alteraciones psicosomáticas, como ya se abordó anteriormente, e influye en dos niveles, el fisiológico y el psicológico. Cuando ambos aspectos se ven dañados por el estrés excesivo se llega a trastornar el equilibrio homeostático, la agresión puede ser puramente física, como por ejemplo en el caso de diferentes estímulos nociceptivos (temperatura, ruido) o en agentes traumáticos, infecciosos o tóxicos, pero también puede concernir a niveles más elevados de integración sensorial y cognitiva, la perturbación concierne entonces al sistema de relación del sujeto con su entorno, (Gelder, 1994 p. 92). Cuando el ambiente laboral se torna inseguro, ruidoso, con poca ventilación e iluminación y con hacinamiento, aunado a las demandas del puesto, sobre todo cuando demanda habilidades extras del sujeto o bien cuando la labor es extenuante. (Pérez, 1990 p. 29 y Amir, 1997 p. 157)

Las alteraciones a la salud por estrés suelen presentarse bajo dos formas: enfermedades psicofisiológicas, en las que únicamente existe un daño de la función del órgano, y a su vez pueden ser psíquicas o emocionales y somáticas, o bien las psicoórganicas o estructurales, en los que la lesión ya es orgánica (Pérez, 1990 p. 29).

El daño va a depender del tipo de estrés al que se enfrente el trabajador, es decir al estrés agudo o estrés crónico. El mencionado en primer orden es debido a una agresión inesperada, súbita, violenta pero breve en los estímulos del ambiente, aun cuando es de corta duración a veces originará enfermedades diversas (Pérez, 1990 p. 30).

En cuanto al estrés crónico, es el que persiste por un tiempo prolongado, o es el que resulta de la repetición durante meses e incluso años de pequeños o de grandes episodios aislados de estrés (Pérez, 1990 p. 30).

El sujeto puede presentar diversos síntomas referidos a alguna parte corporal o sistema orgánico, y esos síntomas pueden indicar algún tipo de somatización. Las primeras reacciones somáticas son aquellas de impulso anatómico, tales como taquicardia, incremento en la tensión muscular y boca seca; sin embargo, el dolor es la queja mas común de somatización, especialmente dolor de espalda, cuello, cabeza, pelvis, abdomen, dolores difusos musculares, quejas de fatiga, disneas y palpitaciones, aun cuando la presentación de los síntomas puede ser vaga. También se presentan digestión pesada y fatiga, hasta generar la aparición de enfermedades mas estructuradas de tipo psicofisiológico o bien de tipo psicoórgánico como: ulcera gástrica o duodenal, colitis nerviosa, infarto del corazón, el accidente vascular cerebral o trombosis cerebral (conocida popularmente como embolia), hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer de colon, impotencia sexual (Sutker, 1993 p. 189 y Gelder, 1994 p. 185).

Amir y colaboradores⁷⁷ indagaron en dos muestras, una con síndrome de fibromialgia y otra sin síndrome, la prevalencia de estrés relacionada con calidad de vida, funciones físicas, sintomatología de estrés postraumático y rasgos psiquiátricos. Los resultados mostraron que la prevalecía del síndrome fue mayor en el grupo control. Los sujetos del grupo con síntomas de estrés postraumático y síndrome reportaron mas dolor, menor calidad de vida, alto daño funcional y sufrieron más distrés psicológico que pacientes con estrés postraumático sin síndrome, Cabe aclarar, que cuando las respuestas han resultado insuficientes o exageradas en relación con la demanda ya sea en el plano biológico, físico o psicológico, y no se consume la energía mencionada se produce el distrés que por su permanencia (cronicidad) o por su intensidad (respuesta aguda) produce el síndrome general de adaptación hasta llegar a la enfermedad de adaptación o enfermedad psicosomática por distrés, el sistema deberá pasar por las fases de alarma, resistencia y agotamiento (La Dow, 1993 p. 277).

En cuanto a la relación que tiene el trabajo nocturno con lo antes mencionado, Motoashi y Takamo⁷⁸, investigaron las alteraciones consecuentes con los hábitos irregulares de sueño y concluyeron que los sujetos psicosomatizaron dando síntomas como disturbios del sueño, fatiga, alteraciones digestivas y depresión.

⁷⁷ Cit. en Levy 1997 p. 1977

⁷⁸ Cit. en Suzuki, 1997 p. 59

En adición a los múltiples síntomas somáticos, también presentan una diversidad de síntomas psicológicos y psicosociales, tales como depresión, ansiedad, angustia, desgano, inquietud, baja concentración e irritabilidad, rasgos prominentes en somatizadores con mayor número de respuestas por impulso emocional que por cognición, para más tarde desencadenar neurosis de angustia y neurosis depresiva. En cuanto a los síntomas psicosociales, se pueden definir como la interacción entre los individuos y su medio ambiente de trabajo, se determina por una parte por sus condiciones de trabajo y por otra parte por sus capacidades y necesidades humanas (La Dow, 1993 p. 277 y Motoashi, 1995 p. 467). Los factores primordiales de esta interacción son la propia tarea el medio ambiente físico y de trabajo, las prácticas administrativas y las condiciones de empleo en general. Las alteraciones psicosociales de los somatizadores aparecen con rasgos de inconsistencia, falta de confianza y sin apoyo emocional del ambiente familiar, sus relaciones interpersonales suelen ser superficiales y caóticas (Sutker p. 188; 1993 y Gelder, 1994 p. 217).

El psicoanálisis ve la somatización como una forma de comunicación simbólica, en la que van inmersos mecanismo de defensa y conflictos no resueltos. Para Kellner⁷⁹ los síntomas son similares a los del orden de conversión y considera la somatización como un proceso, por el cual el cuerpo traduce estrés mental dentro de expresiones psicológicas y compromete un órgano de valor simbólico. Para Steckel⁸⁰, el proceso de somatización representa además de primitivos mecanismos de defensa, deseos negativos y represión, como un intento de resolver el conflicto.

Somatizar refleja una neurosis, que al ser evaluada psicológicamente en un individuo presenta altas puntuaciones de la misma, con una gama de preocupaciones y quejas en relación a su salud, manifestando además bajo conocimiento de si mismo, vulnerabilidad al estrés, baja autoestima, ansiedad y depresión, aun cuando no existe una asociación confirmada. Shipko⁸¹ ha reportado una relación positiva entre somatización e individuos evaluados con alexitimia, quienes tienen dificultad para expresar afecto, sus fantasías tienden a ser carentes de sentimientos y emociones y su pensamiento está caracterizado por operaciones concretas antes que operaciones abstractas.

Existen neurosis con mayor o menor capacidad para crear molestias corporales y según sea tal perturbación psicopatológica imprime una característica en la enfermedad orgánica. No existe enfermedad

⁷⁹ Cit. en Sutker 1993 p. 187

⁸⁰ Ibid p. 188

⁸¹ Ibid p. 188

psicosomática sin neurosis que la posibilite y respalde (De la fuente, 1978 p. 160).

El sujeto esta convencido de sufrir una enfermedad física localizada, que le defiende de sufrir alguna enfermedad mental y además le evita mostrar su intimidad emocional, para lo cual crea una ligera alteración de función, síntoma que le será mas gratificante y en donde concentra toda su ansiedad que el verse evidenciado por sus alteraciones psicológicas (De la Fuente, 1978 p. 160).

El problema del enfermo gravita en su temor e incapacidad de establecer una relación algo profunda consigo mismo y por tanto con los demás, se diagnostica su propia enfermedad y se elige en su especialista, es necesario poner especial atención en no confundir la sintomatología del melancólico, en donde el paciente se siente profundamente triste, adinámico, culpable, con dificultad en la producción y coordinación de sus ideas, mientras que los enfermos somatizados manifiestan una riqueza de signología somática no habitual en la melancolía, hasta llegar a dibujar una ley clínica general del establecimiento de un fenómeno. Entre mayor riqueza psicológica menor somatización (De la Fuente, 1978 p. 161), es decir personas que gocen de buena salud, donde su inconsciente sea controlado por la mente activa y consciente y el único momento en que quede libre sea durante el sueño, asimismo vivan una armonía psicofísica que se obtiene en forma positiva (libre, confiada en sus propias capacidades y aptitudes, con actividad creadora).

Cabe aclarar que el signo orgánico tiene la función de elemento-esponja, observándose que a mayor definición de éste menos fenómenos psíquicos se presentan, siendo en ocasiones el síntoma orgánico el único eslabón de enlace entre dos brotes depresivos. Algunos enfermos han tenido en su historia antecedentes de padecimientos somáticos que desaparecen para instaurarse en un cuadro depresivo, para más tarde volver a presentar síntomas orgánicos que tornan a ocultarse con la reaparición del nuevo brote depresivo (De la Fuente, 1978 p. 161).

La somatización viene a representar un mecanismo de defensa que se da a través de varios estilos. Algunos enfermos pasarán cortas temporadas sanos, sociables, tranquilos, para más tarde presentar algún padecimiento inexplicable, otros pueden interrumpir su estado depresivo cada dos o tres meses para instaurar una afección posterior sin causa explicativa. En otros casos semejantes ocurre que si bien no desaparece la depresión, sí se oculta el sentimiento de culpa, coincidiendo con una disminución en el rendimiento laboral (De la Fuente, 1978 p. 162 y Weich, 1996 p. 117).

Los desordenes orgánicos se explican desde el momento en que aparece la neurosis, misma que está siempre relacionada con la frustración, y ésta a su vez con la agresividad, y que va a presentarse de diferente manera de acuerdo a los factores variables que pueden intervenir en su elaboración. Las manifestaciones agresivas van a estar determinadas por patrones sociales preestablecidos y usados por la mayoría de los individuos de una especial entidad social y cultural, asimismo dichas manifestaciones pueden obedecer a distintos niveles de activación emocional (Sutker, 1993 p. 188 y Quiroz, 1956 p. 22).

Cabe aclarar que la agresividad no se presenta de la misma forma en todas las personas, pues se considera que entre menor sea la capacidad intelectual del individuo, presenta su agresividad en forma más impulsiva y ostensible, de igual forma entre mayor es su capacidad intelectual el sujeto va refinando sus manifestaciones agresivas y tratando de disfrazarlas mediante simbolismos tendientes a la desaparición del objeto frustrante o la prevención del mismo, como es el caso de la ironía, misma que a través de una burla o una mirada irónica manifiesta una profunda agresividad innegable (Quiroz, 1956 p. 23).

Otro tipo de manifestaciones agresivas es la llamada inhibición por efecto del castigo, en la cual al ser inhibida, la agresividad se desplaza en dirección de un objeto a otro, o bien si la prevención es específica para un tipo de conducta determinada, se presenta un tipo de conducta diferente o substitutiva. De esta manera es posible que ocurran una gran variedad de formas en que la agresividad indirecta pueda ser manifestada, cuando las formas directas son inhibidas (Quiroz, 1956 p. 30).

Es innegable el hecho de que mediante tales mecanismos en un momento determinado el sujeto puede ser capaz de volver la agresividad contra si mismo, considerando que la inhibición de cualquier acto de agresividad es a su vez una frustración que aumenta la agresividad (Quiroz, 1956 p. 30).

Todos estos cambios bioquímicos son percibidos por el individuo como sensaciones y éstas son desencadenadas por las emociones.

Siendo la emoción un hecho, una constelación fenoménica y procesal que constituye a la vez una manifestación externa y un comportamiento, una expresión y una experiencia interna, una manera de estar afectado, un estado afectivo difícil de captar y que varia de un individuo a otro, entonces los estímulos emocionales crónicos pueden causar en los individuos predispuestos un trastorno funcional y mas tarde una enfermedad orgánica, misma que no es otra cosa que el organismo que se ve obligado a movilizar sus fuerzas de defensa para hacer frente a una situación de peligro, considerando además que los estímulos

emocionales pueden producir las mismas alteraciones funcionales y orgánicas, comprobables biológicamente, que provocan las estimulaciones crónicas de origen infeccioso, traumático o tóxico (Diez, 1973 p. 83).

Dado que el trabajo nocturno desencadena diversas alteraciones emocionales, dichas alteraciones se revierten en problemas psicosomáticos que es necesario diagnosticar, la diversidad de manifestaciones clínicas de somatizadores sugieren una etiología multifactorial. Estudios recientes han demostrado la exitosa utilidad de un total de requerimientos de síntomas sin restricción, con el objeto de detener la somatización en un nivel bajo (Sutker, 1993 p. 189).

Los criterios más comunes para el diagnóstico de desordenes de somatización están indicados en la siguiente lista, los primeros 15 reactivos son considerados significativos:

Síntomas gastrointestinales

1. vómito.
2. dolor abdominal (independiente al de período menstrual).
3. náusea.
4. inflamación de abdomen (gases).
5. diarrea.
6. intolerancia a diferentes comidas.

Síntomas de dolor

7. dolor en extremidades.
8. dolor de espalda.
9. dolor de articulación.
10. dolor durante el orinar.
11. otros dolores (excluida la cefalea).

Síntomas cardiopulmonares

12. falta de aliento al hacer esfuerzo.
13. palpitaciones.
14. dolor de pecho.
15. mareo y vértigo

Síntomas de conversión o pseudoneurológicos

16. amnesia.
17. dificultad de deglutir.
18. pérdida de voz.
19. sordera.
20. doble visión.
21. visión borrosa.
22. ceguera.
23. debilidad o pérdida de conciencia.
24. ataque o convulsión.
25. molestia al caminar.

26. parálisis o debilidad muscular.
27. retención urinaria o dificultad de orinar.

Síntomas sexuales

28. sensación de inflamación en órganos sexuales o recto (otros que sean durante el coito).
29. indiferencia sexual.
30. dolor durante el coito.
31. impotencia.

Síntomas reproductivos femeninos

32. dolor menstrual.
33. período menstrual irregular.
34. sangrado menstrual excesivo.
35. vómitos fuera del embarazo (Sutker, 1993).

Los seis grupos de manifestaciones pueden ser usadas de pantalla para los desordenes. La presencia de dos o más grupos de dichas manifestaciones sugiere una alta probabilidad del desorden. Cabe aclarar, que una historia de muchas quejas físicas o una creencia de estar enfermo generalmente comienza entre los 30 años de edad, persistiendo por varios años (Sutker, 1993 p. 185).

3.7 Alteraciones familiares y sociales

La influencia negativa del trabajo nocturno en la vida familiar afecta a todos los miembros de ésta. Un estudio elaborado por Chazalette, 1973⁸², indica que quienes trabajan de noche en forma alternada atribuyen mas importancia a una vida familiar satisfactoria, porque es un factor de equilibrio cuando en ella encuentran relajamiento y sosiego, y no tensiones y enfrentamientos.

Las consecuencias del trabajo nocturno en cualquier modalidad parecen afectar el aspecto práctico de la organización de la vida hogareña cotidiana y la vida del grupo familiar como tal, incluidas las relaciones entre sus miembros.

La vida hogareña cotidiana se ve desorganizada por las diferencias entre los horarios del trabajador y su familia. Una persona que trabaja de noche en forma fija o alternada se ve obligada a lo siguiente:

- a) a someterse a las costumbres de su familia, interrumpiendo incluso su sueño diurno para almorzar.

⁸² Cit en Carpentier 1977 p. 50

- b) o bien, a someter a su familia a su propio horario, lo que a veces es factible cuando es poco numerosa, y en especial cuando su pareja no trabaja fuera del hogar.
- c) o bien, a seguir un ritmo parcialmente independiente de su familia (Carpentier, 1977 p. 51).

En cualquiera de estos casos se presentan dificultades en la preparación y organización de las comidas, en los quehaceres domésticos y en el cuidado de los niños, dificultades que varían según los turnos de trabajo cuando son alternados.

Se ha podido observar que es más frecuente que los trabajadores de turnos alternados realicen ciertas tareas en el hogar y en particular que ayuden a su pareja, hecho que se explica por la circunstancia de que pasan con ella una mayor parte de su tiempo libre cuando esta no trabaja fuera de su domicilio.

La actividad de los otros miembros de la familia dificultan el sueño diurno del trabajador, y la necesidad de respetar su reposo es sentida a menudo por aquellos como una restricción de su libertad. Como es natural las dificultades para descansar crecen con el número de niños.

La desincronización de las actividades con los ritmos de vida, los continuos cambios que produce la alternancia de los horarios, y los trastornos de la vida familiar que se deben al trabajo nocturno, no afectan únicamente al personal nocturno, sino al de todos los turnos, si bien de manera diferente. Al limitar el tiempo durante el cual todos los miembros de la familia están presentes simultáneamente en el hogar y modificar de continuo las horas en que ésta presencia común se produce se limita la convivencia y la comunicación familiar, sobre todo en los turnos alternados, ante lo cual pareciera ser que la única ventaja es la remuneración económica adicional (Carpentier, 1977 p. 52).

Otro aspecto importante, sobre todo para las mujeres trabajadoras, es que llevan a cabo dobles jornadas, por las labores domésticas y el cuidado de los niños, aunado a las dificultades conyugales que les crea con la pareja el trabajo nocturno, al no cumplir con los papeles materno y conyugal en todos los aspectos. La familia ejerce una influencia decisiva, aunque no explicada hasta ahora, sobre la capacidad psíquica para soportar las consecuencias psicosociales de las diversas modalidades del trabajo nocturno. Al alternarse dichos papeles la vida familiar se ve afectada, pero también la personalidad puede verse modificada. No obstante, cuando el ambiente familiar es agradable el trabajador se ve beneficiado psíquicamente (Carpentier, 1977 p. 53).

Con relación a la vida social del trabajador nocturno, diversas investigaciones citadas más adelante informan que es idéntica a la del trabajador diurno en lo concerniente a las relaciones con sus amistades, aún cuando los contactos de este tipo son menos regulares. En realidad, no se ha encontrado una diferencia significativa entre quienes trabajan de noche alternadamente y quienes lo hacen siempre de día por lo que toca a la frecuencia con que se reúnen con amistades, pero los primeros tienen menos amigos, y este círculo más restringido de relaciones prueba que tropiezan con dificultades para hacerse de nuevas amistades. Claro está que los contactos sociales se facilitan grandemente cuando no se trabaja el domingo, que puede entonces dedicarse a la familia y los amigos y pasar a ser el día especialmente reservado a los encuentros sociales.

Por regla general, el trabajo nocturno parece ocasionar menos problemas cuando se justifica técnicamente y cuando mayor es la proporción de las personas que lo practican, porque la especie de ruptura que provoca el hecho de no seguir el ritmo general no se produce.

Las actividades colectivas del trabajador (deportivas, sindicales, políticas, culturales y otras análogas) son las más perjudicadas por lo horarios nocturnos, que le impiden participar en ellas con regularidad; por este motivo a veces se lo excluye, y otras es él mismo quien decide abandonarlas. Participar regularmente le será tanto más difícil cuanto más frecuentes sean las actividades colectivas, de modo que su naturaleza tiene importancia; los entrenamientos deportivos o las labores de un consejo municipal, por ejemplo, requieren una participación más frecuente que la que exige la afiliación a una asociación local o a un partido político.

Por consiguiente, es difícil que alguien que trabaje de noche ocupe un puesto de dirección o responsabilidad en estas actividades colectivas, difícilmente se le confiará un puesto de confianza en su sindicato, o en actividades culturales, deportivas o políticas, pues siempre encontrará problemas para cumplir con ellas.

Dado que en el trabajo nocturno la jornada no se interrumpe, como ocurre en el trabajo diurno para almorzar, el trabajador puede disponer de una mañana o una tarde libre, circunstancia que generalmente aprecia y que constituye un incentivo poderoso para que se adapte a este modo de trabajo. El tiempo libre se ocupa en diversas actividades, influyendo el tipo de vivienda con que se cuente, ya que quien habita en una casa puede aprovechar mejor el tiempo que quien vive en un apartamento, y el primero lo apreciará por ende más que el segundo.

En los trabajadores nocturnos se observan más a menudo que en otras categorías de trabajadores comportamientos de evasión, conductas que denotan la búsqueda de un contrapeso a la rutina de todos los días, como si en ellos la necesidad de liberarse de las imposiciones de la vida laboral fuera más intensa. Además, el trabajador nocturno piensa más frecuentemente en su trabajo durante su tiempo libre, ya que las tareas continúan desarrollándose en su fábrica o establecimiento y por ello le es más difícil olvidarlas por completo; también su turno termina a veces mientras una operación está en ejecución, y esto le deja la sensación de que no ha terminado realmente su tarea, por último, la transmisión, tal vez demasiado rápida, de las instrucciones a sus camaradas del turno siguiente y el temor de haber olvidado decirles algo hacen que persistan los pensamientos sobre el trabajo durante el descanso. De ahí su preferencia por los esparcimientos individuales y no sujetos a horario alguno, como la jardinería, la horticultura, la pesca y la lectura, que son poco más o menos lo que también prefieren todos los trabajadores cuyo centro de interés es el hogar y no la comunidad.

Otra actividad de suma importancia durante el tiempo libre es el segundo empleo o segunda actividad remunerada, ésta es una ocupación compleja y se ha estudiado poco. La mayor parte de los autores opinan que el segundo empleo es más frecuente entre los trabajadores nocturnos porque el hecho de disponer de algunas horas libres cada día los induce a realizar esporádica o permanentemente alguna otra actividad, e incluso ocurre muchas veces que se acepta trabajar de noche precisamente por la posibilidad que ello ofrece de ejercer paralelamente otra ocupación.

Por otra parte Appelber K, et al. (1996 p. 157), investigaron los conflictos interpersonales como un predictor de incapacidad laboral, en el análisis de supervivencia se incluyó: estado civil, conflictos maritales, trabajo monótono, trabajo tumultuoso, hostilidad, neurosis, insatisfacción de vida y estrés. Cabe aclarar que el análisis fue ajustado de acuerdo a la edad, condición social y estado general de salud. Se concluyó que las mujeres presentan mayores conflictos maritales; ambos géneros presentaron un alto índice de insatisfacción de vida, mientras que el género masculino tuvo mayor prevalencia en neurosis y estrés en las actividades diarias. Estos datos sugieren que los conflictos interpersonales pueden ser determinantes de incapacidad laboral, indicando la importancia de género y factores maritales.

3.8 Condiciones de trabajo y turno nocturno en hospitales

Los progresos hechos en salud pública durante las últimas décadas han llevado a un correspondiente crecimiento en servicios hospitalarios. No obstante los criterios empleados para organizar el trabajo hospitalario deben ser amplios y variados, dadas las condiciones estresantes de trabajo por el número de camas disponibles para los pacientes, aunado a las demandas no sólo de la aplicación de las técnicas médicas más elaboradas, si no por la tendencia de hacer hospitales mas humanos. La combinación de estos requerimientos incrementa considerablemente el trabajo físico y mental de los trabajadores sobre todo por la falta de contratación de mas personal.

Tanto los accidentes como las enfermedades ocupacionales están presentes en los hospitales por los riesgos a los que están expuestos los trabajadores. Aun cuando el Reglamento para la Clasificación de Empresas y Determinación del Grado de Riesgo del Seguro de Riesgos de Trabajo de 1994 los ubica en la clase I, que es la menos riesgosa, el hospital, al igual que la industria, requiere de un servicio eficaz de seguridad e higiene que se dedique a la revisión de prácticas de trabajo, ubicar riesgos y ordenarlos para su eliminación, aplicar exámenes médicos periódicos, investigar causas de accidentes laborales, e implementar recorridos rutinarios para identificar dichos riesgos (Parmeggiani, 1991 p. 1052).

Los riesgos mas comunes dentro de un hospital son:

- Riesgos físicos:
- Incendios, generalmente originados por intervenciones humanas.
 - Accidentes de origen eléctrico, como traumatismos por caídas consecutivas a una electrocución (electricidad estática de los sofisticados aparatos).
 - Explosiones en quirófanos, laboratorios, etc.
 - Radiaciones ionizantes (rayos X, radioterapia, medicina nuclear, etc.).
 - Radiaciones no ionizantes (rayos láser, ultravioleta, etc.).
- Riesgos químicos:
- Medicamentos.
 - Antisépticos.
 - Formol.
 - Óxido de etileno.
 - Medicamentos citostáticos.
 - Poluciones por gases y vapores anestésicos.

- Riesgos Biológicos: Gérmenes.
Parásitos.
Bacterias.
Virus.
Hongos.
- Riesgos Psicosociales: Desarmonía entre los medios de trabajo y las personas.
Desarmonía entre personas.
Estrés laboral.
Interacción con personas.
Carga manual e intelectual.
Rutina.
Monotonía.
Sistema de trabajo rápido y preciso.
Trato con público.
Posibilidad de agresiones físicas y/o verbales.
Cambios de política en la organización.
Reajuste de personal.
Conflictos sindicales.
Descompensaciones salariales.
Hostigamiento.
Reubicaciones.
- Riesgos Naturales: Siniestros.
Terremotos.
Inundaciones, etc. (Gayosso, 1992 p. 5-8).

Además de los riesgos encontrados en trabajo hospitalario, existen también los riesgos específicos de cada profesión. Aun cuando para Virginia Henderson la única función de la enfermera, sea la individual asistencia del enfermo o bien el desempeño de sus actividades contribuyendo a sanar o recuperar su salud o bien ayudarlo a tener una muerte tranquila que el paciente llevaría a cabo sólo, si tuviera la fuerza, voluntad o conocimiento necesario para hacerlo; la enfermera auxilia a la persona a volverse independiente. La evaluación es parte de la percepción individual del conjunto de personas con necesidades únicas, y no solo una persona con problemas de salud. El paciente es la figura central en el cuidado de la salud y puede estar activamente involucrado en su propio cuidado. Si las prácticas de enfermería son efectivas, la enfermera tendrá la habilidad de hacer que el paciente resuelva sus propios problemas y asuma la responsabilidad de tomar sus propias decisiones (Parmeggiani, 1991 p. 1482).

El International Council of Nurses (ICN), en su código de enfermeras expone como ética profesional lo siguiente: "La responsabilidad

fundamental de la enfermera es promover la salud, prevenir enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. La necesidad de las empleadas de enfermería es universal. Es inherente en enfermería respetar la vida, digna y propia del hombre, sin restricciones por consideraciones de nacionalidad, raza, credo, color, edad, sexo, situación política y social. La enfermera provee servicio de salud de manera individual, familiar y comunitaria". Así mismo, de acuerdo a Florence Nightingale, la enfermera realiza detallados reportes médicos del estado de salud de cada paciente (Parmeggiani, 1991 p. 1482).

Los riesgos ocupacionales en los servicios de enfermería son extensos y variados, ya que la enfermera está expuesta a numerosos riesgos sobre su salud, tanto físicos como mentales, en el curso de su trabajo. Los riesgos a la salud pueden ocurrir en algún sitio en el cual la enfermera esté trabajando y puede tener en algunas ocasiones serias repercusiones en su vida y su salud. Entre los riesgos más serios están los accidentes ocupacionales en hospitales, infecciones y enfermedades parasitarias, alergias y dermatosis causadas por varios productos químicos usados como medicamentos o como desinfectantes, los efectos nocivos de exposición a rayos X y otras radiaciones ionizantes, la tensión física y psicológica del trabajo en si y el trabajo en unidades psiquiátricas. La frecuencia y gravedad de los accidentes ocupacionales entre las enfermeras son altos, particularmente en hospitales (Parmeggiani, 1991 p. 1482).

Un tipo de accidente profesional de atención especial por su severidad, es la explosión causada por electricidad estática y explosiones debidas a gases anestésicos en quirófanos en el momento de estar operando. Otro grupo de accidentes son causados por caídas o resbalones, o por cargar objetos pesados o levantar pacientes. Enfermedades infecciosas contraídas en el curso de la tarea son otros riesgos ocupacionales frecuentes que afectan a las enfermeras (Parmeggiani, 1991 p. 1482).

La exposición a radiaciones ionizantes representa uno de los mas serios riesgos para la salud del personal de enfermería trabajando en departamentos de rayos X. (Parmeggiani, 1991 p. 1482). Cabe aclarar que desde el punto de vista etiológico, las enfermedades infecciosas ocupacionales pueden ser comparadas con los accidentes ocupacionales; sin embargo, los datos exactos de infección y circunstancias circundantes existentes usualmente son desconocidos y dependerá del criterio médico legal que se les considere o no enfermedad ocupacional (Parmeggiani, 1991 p. 1482).

Además, frecuentemente los riesgos a la salud son desatendidos por el personal de enfermería y sobre todo los vinculados con salud mental. En especial el personal de urgencias está sometido a la exposición constante

de situaciones que provocan angustia, una angustia que puede obedecer internamente a una situación conflictiva actual. Las situaciones constantes de angustia sumadas a la fatiga provocan neurosis de carácter mas acentuadas o presentes en menor tiempo. La angustia previa fue a su vez resultado de una hostilidad anterior que luego fue reprimida y así sucesivamente, creándose un círculo vicioso (Horney, 1989). Otro factor que pudiera afectar a la salud mental es el estrés emocional, el cual acompaña a la enfermera todo el tiempo, pues está atenta al cuidado del enfermo, observa y percibe el sufrimiento físico y a veces mental, afronta la muerte de pacientes que la obligan a pensar en su propia muerte, con frecuencia está sometida a períodos de sobrecarga extrema, causados por situaciones de crisis o urgencia que requieren de actuación inmediata y en ocasiones tiene que realizar procedimientos para los que no cuenta con suficiente preparación y experiencia (Nursing, 1994 p. 5).

Otra fuente productora de estrés, es la incapacidad para realizar tareas debido a la falta de experiencia o conocimiento, disponer de información poco clara o insuficiente a la hora de resolver el problema, los conflictos, la acumulación de tareas que conducen a la desmotivación, las relaciones interpersonales difíciles, sin olvidar el estrés que provoca la organización del trabajo, como las políticas institucionales, el papel que juega ella en la institución, períodos vacacionales que no se ajustan a sus necesidades, bajo salario, horarios de trabajo, sobretodo para quienes cubren turno nocturno (Nursing, 1994 p. 5).

Yasukouchi et.al (1995 p. 229), investigó los efectos del trabajo nocturno en las funciones cognitivas, determinando la existencia de estrés; la muestra se compuso de un grupo de enfermeras y otro de vigilantes, divididos en maduros y jóvenes. Los resultados sugieren que los efectos negativos del trabajo nocturno en las funciones cognitivas son mayores en los trabajadores maduros que en los jóvenes.

Para las enfermeras, los turnos de trabajo nocturno fijo pueden consistir en una serie de alteraciones rápidas, un día de trabajo de 8 horas seguidas de uno o dos días de descanso, o bien dos períodos de tres días y medio cada uno, el primero de trabajo a razón de 8 horas en tres días y de 4 horas el restante y el segundo de descanso, así se disfruta de tres y medio días de reposo semanal (Carpentier, 1977 p. 38, 50).

Aun cuando se ha considerado que la principal actividad de este turno es el de vigilancia y control de los enfermos hospitalizados, los factores que afectan al personal de enfermería son múltiples, ya que sus actividades se incrementan, por un lado muchos pacientes requieren que les sean colocadas tracciones, poleas, pesas, etc.; lo cual exige una serie de manipulaciones y movilizaciones del paciente, que a veces requieren un

esfuerzo físico considerable y que a menudo, debido a la restricción del personal, la enfermera realiza sola, estando en constante riesgo de sufrir algias de espalda, problemas musculares o hernias discales, aunado a la falta de descanso y sueño (Nursing, 1994 p.5).

Por otro lado, tiene actividades poco evidentes a los ojos de los demás, pero igualmente desgastantes, como mantener y promover el sueño del enfermo, que requiere de cuidados especiales, sobre todo en pacientes de recién ingreso; la noche es para el enfermo una circunstancia agravante en la que todo toma proporciones inquietantes, en virtud de que el tiempo no tiene la misma duración subjetiva, la vida de alguna forma se lentifica, la soledad se acentúa, etc. (Parmeggiani, 1991 p. 1053).

Muchos enfermos que durante el día son personas activas, durante la noche pueden llegar a experimentar grados de ansiedad y temor desproporcionados. Además los pacientes confusos durante la noche pueden llegar a estados de agitación importantes, debidos, según estudios realizados, a la privación sensorial producida por la oscuridad (Parmeggiani, 1991 p. 1053).

La seguridad física y psíquica es otra de las necesidades relevantes que debe atender durante la noche, y el objetivo de la enfermera es lograr el entorno más seguro posible para así evitar peligros o lesiones al paciente. Para lograr este objetivo, es necesario prevenir errores o accidentes en la administración de medicación, en la producción de infecciones nosocomiales, en proteger al paciente con ideas suicidas, evitarle caídas de la cama mediante la instauración de barandillas, etc. (Parmeggiani, 1991 p.1053).

Durante la noche, deben tenerse en cuenta los cambios en la capacidad funcional, algunos enfermos que durante el día son capaces de autocuidarse, por la noche son incapaces de hacerlo. Factores como la oscuridad hacen que no se sientan seguros de sus movimientos, los efectos de los somníferos y del entorno poco familiar contribuyen a aumentar su dependencia. En este caso, una vez más, la actuación de la enfermera para prevenir situaciones que pueden producir lesiones, caídas u otro tipo de accidentes es primordial (Parmeggiani, 1991 p. 1054).

Lo dicho hasta ahora sólo viene a ilustrar que las actividades que desarrollan las enfermeras en el turno nocturno son algo más que pura vigilancia, y precisan de experiencia y habilidades clínicas bien desarrolladas para detectar, valorar y priorizar las necesidades que los enfermos presentan durante la noche y actuar en consecuencia (Parmeggiani, 1991 p. 1054).

Otras habilidades que precisan tener son:

- Dotes de planificación y organización, ya que su trabajo no tiene durante la noche el mismo ritmo. Por ejemplo, la actividad intensa suele producirse cuando inician el turno y dura hasta la una o las dos de la madrugada, pero por lo general el período en el que desciende la actividad coincide con aquél en el que los pacientes presentan insomnio y, por tanto, la presencia de la enfermera a la cabecera del enfermo se hace imprescindible (Parmeggiani, 1991 p. 1054).

- Capacidad en la resolución rápida de problemas, ya que a menudo deben responder a situaciones impredecibles, sin contar de ordinario con el soporte con que cuentan los turnos de día. Una investigación realizada por Thompson en 1985 indica que el período durante el que con mayor frecuencia los enfermos presentan dolor torácico o infarto de miocardio es durante la noche (Parmeggiani, 1991 p. 1054).

Es innegable que a la enfermera que trabaja turno nocturno se le duplica la fatiga, por un lado, se encuentra activa en período de desactivación orgánica y duerme en período de activación, lo que unido a las exigencias excesivas de las facultades perceptivas y mentales, desencadena la llamada "neurosis de situación". La razón es que las dos fases principales de sueño ya aludidas, sueño profundo y sueño paradójico, van acompañadas de la secreción de hormonas anabolizantes y catabolizantes (Carpentier, 1977 p. 27).

Dichas neurosis de situación no indican una personalidad neurótica como tal, al menos cuando han laborado poco tiempo por la noche, mas bien representan una momentánea falta de adaptación respecto a determinadas situaciones difíciles. No obstante, quienes laboran en turno nocturno por un largo período suelen presentar neurosis de carácter, al principio con un cuadro sintomático exactamente igual al de las neurosis situacionales, pero al ser recurrentes por largos períodos se desencadena el trastorno básico originado en una deformación del carácter (Horney, 1989 p. 44 y Daniellow, 1985 p. 38).

Dadas todas estas condiciones el efecto del estrés se acentúa afectando su propio estado mental y conductual. Las consecuencias pueden ser serias no solo para la enfermera sino también para los pacientes que están a su cargo. Un estudio realizado en Francia reveló que la tasa de ausentismo debida a desordenes mentales fue completamente alto debido a la frecuencia y duración de la consecuente incapacidad para trabajar (Parmeggiani, 1991p. 1054).

Las alteraciones en la salud son considerables y van desde una obesidad secundaria, que no se observa en el personal masculino, hasta problemas más pronunciados que limitan su actividad laboral.

Totterdell, Spelten y Pokorsk realizaron una investigación en una muestra representativa de enfermeras, acerca de las repercusiones psicológicas del trabajo nocturno durante el ciclo menstrual, concluyendo que efectivamente éstas presentan alteraciones premenstruales y menstruales (Totterdell, 1995 p. 996).

Niedhammer, Lert y Morene (1995 p. 329), examinaron una muestra de enfermeras francesas durante los años de 1980, 1985 y 1990, quienes laboraban en trabajo nocturno; ellas reportaron ingerir medicamentos hipnóticos y tranquilizantes debido a las alteraciones del sueño, desordenes psicológicos, daños a la salud y fatiga. Los resultados muestran que quienes ingirieron mayores cantidades de los medicamentos fueron las enfermeras que laboraban en turno nocturno fijo.

Por otro lado, las investigaciones realizadas por Suzuki Mi., et al. (1997 p. 59), con enfermeras japonesas y trabajadores de hospitales en turno nocturno indagaron la relación entre estilo de vida, salud mental y factores psicosociales a través del Cuestionario General de Salud. Los resultados reflejaron diversas alteraciones, como afectación entre la percepción del estado de salud y soporte social; otro aspecto fue la afectación directa e indirectamente por la práctica de vida señalada y soporte social, por último se encontró que el soporte social y el número de turnos nocturnos fueron indirectamente afectados a través de la percepción del estado de salud.

En cuanto a la evaluación de la satisfacción laboral bajo estas condiciones sólo se encontró una investigación de Sveinsdottir (2006), quien describe y compara como algunas condiciones de trabajo en diferentes combinaciones de turnos afectan la calidad de sueño, la salud ocupacional, el medio ambiente de trabajo y como estos factores influyen en la satisfacción laboral, concluyendo que en general las enfermeras islandesas están satisfechas con su trabajo, independientemente de la asignación de turnos, sin embargo, informaron a los dirigentes de las enfermeras sobre las alteraciones que provoca el turno nocturno, a fin de que se haga prevención.

Por otro lado, se revisaron publicaciones llevadas a cabo en México, sin embargo no se encontraron referencias bibliográficas ni investigaciones realizadas sobre el tema.

CAPÍTULO II

MARCO CONTEXTUAL

Los Recursos Humanos en Clínicas y Hospitales, es un tema verdaderamente difícil considerando todos los tipos de profesionales que forman el grupo o equipo de trabajo, no necesariamente por la cantidad de personas que pueden reunirse en un Hospital o Clínica si no también por los diferentes profesionales que trabajan en ella, cada uno de los cuales tiene premisas y objetivos de trabajo diferentes, debido principalmente al tipo de formación que reciben, lo que redundando básicamente en su identificación frente a la institución, es debido a esta diversidad que los coordinadores de Recursos Humanos, deben de estar preparados para manejar adecuadamente el Clima organizacional y para ello deben de empezar por entender y conocer a los diferentes tipos de profesionales que conforman la organización, ya que presenten diferentes formas, dimensiones y especializaciones, por ello se hace muy complejo determinar una forma de actuar frente a la gestión de personal en las Clínicas y Hospitales, por ello también es necesario ingresar a la realidad de cada una de ellas, entender y conocer cada uno de los perfiles de personal que en ellas se presentan entendiendo que en una organización de Salud, pueden laborar en forma conjunta desde un profesional con postrado hasta un empleado sin mayor instrucción.

La idea es generar una política de personal que sea efectiva, por lo que el Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza”, basa dicha política en diferentes grupos:

Personal médico.

Personal asistencial, técnicos y paramédico.

Personal administrativo.

Estos tres grupos tienen diferentes características, por lo tanto diferentes expectativas, diferentes responsabilidades y roles dentro de las instituciones de salud.

Además se debe considerar que estos trabajadores tienen un objetivo en común como es brindar el mejor servicio en la atención de pacientes, preocupación que debe considerarse como la prioridad de la organización de salud.

Para poder dirigir adecuadamente los recursos humanos de una Clínica u Hospital se tiene que definir los tipos de trabajadores que intervienen y para ello se describen bajo el siguiente organigrama:

Se debe de tomar en cuenta que las instituciones de salud son como un sistema integrado, por lo que la Secretaría del Trabajo y Previsión Social las tiene consideradas bajo los siguientes rubros:

2.- RAZÓN SOCIAL

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

3.- RAMA INDUSTRIAL O DE SERVICIO

Unidad de Atención Médica

4.- CLASE

Clase I

5.- GRADO DE RIESGO

Mínimo

6.- FRACCIÓN

921

7.- NÚMERO DE DEPARTAMENTOS, ÁREAS O SECCIONES

Medicina Preventiva

Pediatría

Medicina Interna

Urgencias Y U.C.I.

Gineco-Obstetricia

Cirugía General, Neurología, Ortopedia Y Maxilo-Faciales

8.- NÚMERO DE TRABAJADORES

Recursos Humanos

PUESTO	NÚMERO DE TRABAJADORES
Cuerpo De Gobierno Jefe De Servicio Y Coordinadores	37
Médicos Generales (Incluye Los De Urgencias)	37
Especialistas/Medicina Interna	50
Especialistas/Cirugía	21
Especialistas/Aux. Diagnóstico	16
Ginecobstetras	24
Maxilofacial	6
Pediatras	36
Residentes	142
Internos	46
Enfermeras/J. Piso Y Especialistas	201
Enfermeras Generales	361
Enfermeras Auxiliares	255
Trabajo Social	14
Personal Administrativo	391
Técnicos	129
Dietología	109
Mantenimiento, Transporte, Camilleros Y Mensajeras	179
Total	2154

Fuente: Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza"

Características de la labor que desempeñan:

Personal Médico

El trabajo medico es un trabajo individual, su función es el trato directo con el paciente, esta relación incluye dos aspectos básicos el primero de ellos relacionado con la salud fisiológica del paciente y el segundo de los mismos relacionado con la parte psicológica con la comprensión del mal y la forma en que afecta al paciente, esta última perfectamente compatible con el trato y el respeto hacia los pacientes.

En lo referente a la salud fisiológica se debe comprender que existen dos factores que inciden en el éxito del tratamiento, el conocimiento del médico para solucionar el problema de salud y el segundo la colaboración del paciente para seguir las recomendaciones del médico.

Personal asistencial, técnico y paramédico

Los trabajadores que pertenecen a esta tipología son los siguientes:

- Tecnólogos Médicos.
- Asistentes dentales.
- Enfermeras
- Obstétricas
- Nutricionistas
- Técnicas de Enfermería
- Paramédicos.
- Técnicos de Laboratorio.
- Podólogos.

Este grupo de trabajadores se caracteriza por que sus labores son complementarias al trabajo de los médicos, directamente relacionados con el trabajo médico se tienen por ejemplo a Enfermeras, Técnicas de Enfermería, Paramédicos y Asistentes dentales, los indirectamente relacionados son los que no hacen un trabajo conjunto con los médicos pero sí trabajo complementario a pesar de ser considerados como procesos paralelos como son labores relacionadas a exámenes auxiliares, análisis clínicos, nutrición, etc.

Personal Administrativo

Los trabajadores que pertenecen a esta tipología son los siguientes:

- Administradores.
- Economistas.
- Programadores.
- Auditores Médicos.
- Recepcionistas.
- Cajeros.
- Auxiliares de archivo.
- Secretarías.
- chóferes.
- Profesionales en Marketing.
- Contadores.
- Comunicadores.

Este grupo de trabajadores se caracteriza por que sus labores son base de funcionamiento de la institución de salud, en ellos recae el manejo institucional, la visión global de la organización, su dedicación es exclusiva y directa, dentro de este grupo están los que desarrollan labores estratégicas de dirección y planeación, y los que realizan labores operativas, este tipo también se conoce con el nombre de personal de soporte, por ser el equipo de trabajo que da el soporte a todo el funcionamiento de la organización de salud.

9. DISTRIBUCIÓN DE PERSONAL ACTIVO

SERVICIO	TURNO MATUTINO	TURNO VESPERTINO	TURNO NOCTURNO	SABADOS, DOMINGO Y FESTIVOS DIURNOS	SABADOS, DOMINGO Y FESTIVOS NOCTURNOS	TOTAL
Supervisión	7	5	15	1		28
Urgencias	27	31	56		1	115
Tococirugía	11	11	20			43
C.E.Y.E.	16	6	6			28
Quirófano	25	14	15			54
Terapia intensiva	9	8	18			35
Ortopedia	9	7	16			32
Cirugía general	10	13	23			46
Neurocirugía	10	15	21			46
Medicina interna	30	25	52			107
Gineco-obstetricia	14	11	15	1		41
Consulta externa	41	10				51
Enseñanza Enfermería	3	1				4
Clínica ostomias	2					2
Transplantes	1					1
Coord. de Enfermería		1				1
Pediatría	15	10	26			51
Neonatología	17	13	23			53
Recuperación de Operaciones	5	7	4			16
Unidad de Abastos	3	1	3	1		8
Medicina Preventiva	5					5
Endoscopia	4					4
ISSSTE Emergencia		1				1
Cirugía ambulatoria	1					1
Subtotal	265	190	313	3	1	773

Comisiones sindicales	14	2	3			19
Prejubilaciones sin cubrir	9	1	1			11
Otros	18	2	5			25
Subtotal	41	5	9			55

Total	306	195	321	3	1	828
-------	-----	-----	-----	---	---	-----

Fuente: Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza"

Para un mejor entendimiento de la problemática del personal de las instituciones de Salud, se detallaran los factores que se deben tomar en cuenta por el área de Personal de las Clínicas y Hospitales

10.- TIPO DE CONTRATACIÓN

1947 De Base 61 De Confianza

11.- TURNOS Y HORARIOS

TURNO DIURNO 06.00-20.00 hrs. de lunes a viernes, matutino o vespertino, con duración de seis horas treinta minutos.

TURNO NOCTURNO 20.00-06.00 hrs. del día siguiente de lunes a viernes con duración de cinco horas treinta minutos.

Esta jornada se entenderá como acumulada y terciada, por lo que deberá laborarse once horas, no excediendo de las ocho de la mañana. Su programación se hará anticipadamente para establecer roles ente dos grupos de trabajo, debiéndose laborar hasta cinco noches a la quincena: lunes, miércoles y viernes una semana y martes y jueves la siguiente, en forma alterna para el otro grupo de trabajo, quedando implícito al descanso correspondiente a la sexta guardia.

Aquellos trabajadores que al entrar en vigor las presentes Condiciones, labores jornadas nocturnas acumuladas en roles distintos a los señalados en este artículo y opten continuar con éstos, deberán ser fija y ligada a su descanso obligatorio.

Cuando parte de esta jornada inicie o concluya en día festivo de los señalados en el artículo 50 de estas Condiciones, se retribuirá al trabajador que la labore, además de su salario, con el equivalente al monto de una jornada nocturna acumulada adicional integrada por el sueldo, riesgos profesionales y asignación médica, correspondiente a la jornada del empleado en los términos que establece el presente dicho artículo.

Cabe aclarar que por ampliación de jornada ya no se descansa la sexta velada.

TURNO MIXTO La comprende períodos de las jornadas diurnas y nocturnas, con una duración máxima de seis horas, siempre que el período nocturno abarque menos de tres horas y media, pues en caso contrario, se tomará como jornada nocturna.

SÁBADOS, DOMINGOS Y DÍAS FESTIVOS Esta jornada será diurna o nocturna, con doce horas de duración por jornada. Deben laborarse todos los sábados y domingos del año, así como los días que se indican en el artículo 50 de estas Condiciones. Cuando el día festivo corresponda a lunes, se descansará en domingo, y cuando el festivo sea viernes, se descansará el sábado.

SÁBADOS Y DÍAS FESTIVOS Esta jornada comprende veinticuatro horas de duración, debiéndose laborar todos los sábados del año y todos los días festivos que se indican en el artículo 50 de estas Condiciones, salvo cuando el día festivo sea viernes o domingo

DOMINGOS Y DÍAS FESTIVOS Esta jornada comprende veinticuatro horas de duración, debiéndose laborar todos los domingos del año y todos los días festivos que se indiquen en el artículo 50 de estas Condiciones, salvo cuando el día festivo sea sábado o lunes.

Art. 50 Son días de descanso obligatorio:

- 1) Las siguientes fechas cívicas consideradas en el calendario oficial: 1º. De enero, 5 de febrero, 21 de marzo, 1 y 5 de mayo, 16 de septiembre, 20 de noviembre, 25 de diciembre y el 1º de diciembre de cada seis años coincidente con la toma de posesión del Ejecutivo Federal.
- 2) El 1º. De octubre, día del trabajador del ISSSTE.
- 3) El 10 de mayo, para las madres trabajadoras del Instituto.
- 4) Los que decreten por el Gobierno Federal.
- 5) Los que se conceden por el Instituto y
- 6) El día del onomástico o cumpleaños del trabajador, según elija

12.- PRESTACIONES

Prima vacacional, aguinaldo, fondo de ahorro, servicio médico, seguro de vida

13.- VACACIONES

10 días hábiles, dos veces al año, el personal que labore jornadas nocturnas acumuladas y en sábados, domingos y días festivos, será de dos periodos de 10 días hábiles continuos cada uno en jornadas de sábados, domingos y días festivos de 12 horas, su equivalente será de dos periodos de cinco jornadas laborables cada uno y en jornadas de sábados o domingos y días festivos de 24 horas, su equivalente será de dos periodos de dos jornadas cada uno.

14.- ACTIVIDADES DEPORTIVAS Y CULTURALES

No lo proporcionaron.

15.- ASPECTOS ORGANIZATIVOS SINDICALES

No lo proporcionaron.

16.- ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

No lo proporcionaron.

17.- REPORTE DEL COMITÉ DE SEGURIDAD E HIGIENE

No lo proporcionaron.

18.- REPORTE DEL COMITÉ DE DESECHOS Y RESIDUOS

No lo proporcionaron.

19.- REGISTRO DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DE TRABAJO

No lo proporcionaron.

20.- PROGRAMAS DE CAPACITACION RELACIONADOS CON LA FUNCION DE SALUD OCUPACIONAL

No lo proporcionaron.

CAPÍTULO III

**METODOLOGÍA DE
INVESTIGACIÓN**

MÉTODO

En este apartado se presentan en primer lugar los objetivos y la hipótesis y en segundo lugar las variables que orientaron el estudio, posteriormente se abordó el diseño de la investigación, con un abordaje cuantitativo, igualmente se justifica la muestra, su tamaño y las técnicas, así como el instrumento utilizado para la recolección de los datos.

En cuarto lugar la validación del instrumento y por último, los aspectos a considerar en el procedimiento utilizado para la obtención de los datos, finalmente se llegó al análisis e interpretación de los datos del cuestionario.

1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

1.1 Objetivo General de la Investigación

Determinar el nivel de satisfacción laboral de las enfermeras del turno nocturno del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” del ISSSTE

1.2 Objetivos Específicos

- Elaborar un instrumento de evaluación de la satisfacción laboral para enfermeras que trabajan en condiciones de turno nocturno.
- Evaluar el nivel de satisfacción laboral de las enfermeras del turno nocturno del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza del ISSSTE, en relación a las condiciones físicas de su trabajo.
- Realizar análisis de la relación entre el nivel de satisfacción laboral de las enfermeras y turno nocturno

2. La Hipótesis nula

El niveles de satisfacción laboral de enfermeras del turno nocturno del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” del ISSSTE no esta relacionado con las condiciones del turno nocturno

3. Variables de la investigación

3.1 Variables Independientes

- Alteraciones del turno nocturno:
 - Física
 - Psicológicas
 - Psicósomáticas
 - Familiares y Sociales

3.2 Variable Dependiente

➤ Satisfacción laboral

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicaciones
Satisfacción laboral	Sensación o estado único e irrepetible que se produce en cada sujeto como resultado de la realización de algo que se deseaba o alcance de metas profesionales.	Actitud del trabajador frente a su propio trabajo, dicha actitud está basada en las creencias y valores que el trabajador desarrolla de su propio trabajo.	<ul style="list-style-type: none"> • Importancia del trabajo que se desempeña. • Expectativas de las exigencias del trabajo. • Expectativas entre esfuerzo y desempeño.
Alteraciones física	Síntomas subjetivos, así como de la patología específica que se registra objetivamente a través de las consecuencias para la salud	Afectación de los sistemas neuromuscular, vascular y esquelético. Entre sus manifestaciones más fácilmente detectables están las producidas por una enfermedad o síntoma físico	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones del sueño • Queja o dolor en diferentes partes del cuerpo • Trastornos digestivos • Alteración del peso, así como de ciclos menstruales
Alteraciones psicológicas	Niveles de conflicto en el seno de la representación consciente o inconsciente de las relaciones entre la persona (ego y la situación (en este caso la organización del trabajo)	Conjunto de manifestaciones con alteraciones de la percepción, del contenido del pensamiento, del estado de ánimo o meramente de tipo conductual	<ul style="list-style-type: none"> • Estrés • Fatiga • Angustia • Depresión
Alteraciones psicósomáticas	Existencia de factores psicológicos que contribuyen a la iniciación o a la exacerbación de una enfermedad física, que perturba los ritmos biológicos normales, en un principio se manifiestan en alteraciones nerviosas y	Síntomas físicos en ausencia de patología orgánica o la amplificación de sensaciones corporales acompañadas de condiciones físicas mas allá de las cuales pueden ser explicadas por la fisiología	<ul style="list-style-type: none"> • Estados de ánimo • Concepto de si mismo • Idea suicida • Síntomas diversos de enfermedad

	posteriormente en problemas físicos de diversa índole		
Alteraciones familiares y sociales	Cuando se ven deterioradas las relaciones interpersonales entre el conjunto de personas de la misma sangre, del mismo linaje, de la misma casa, así como de otras personas que rodean al individuo	Afección del aspecto práctico de la organización de la vida hogareña cotidiana y la vida del grupo familiar, así como las relaciones entre sus miembros. Y en lo social, implica el deterioro de las relaciones con amistades	<ul style="list-style-type: none"> • Actitud ante la familia • Comportamiento ante las relaciones sociales

4. Diseño de la Investigación

Transversal, debido a que se recolectarán los datos en un sólo momento y en un tiempo único.

Descriptivo-Correlacional, en virtud de que medirá con precisión la variable individual y correlacional.

No experimental, por la no manipulación de las variables que describen o miden la satisfacción laboral.

Prospectiva por la planeación y obtención de la información durante el desarrollo de la investigación.

5. La población

Total: 313 enfermeras(os) de ambos sexos, del turno nocturno

6. Tamaño de la muestra

80 enfermeras del sexo femenino, cabe aclarar que se llevó a cabo un muestreo probabilístico a través del programa STATS que incluye el CD anexo (Hernández S.R., et.al, 2006)

7. El instrumento

Se utilizó un cuestionario elaborado por la investigadora que consiste de 60 reactivos separados en 10 apartados, tipo Likert en su forma de respuesta y nivel de medición ordinal en sentido estricto; sin embargo, es común que se

le trabaje como si fuera de intervalo. Creswel (2005, cit. en Hernández et. al, 2006); señala que debe considerarse en un nivel de medición por intervalos por que ha sido probada en múltiples ocasiones, utilizando un intervalo de 0-4 para su interpretación. Por otro lado, se obtuvo la validez de contenido a través de las teorías y los antecedentes La escala preliminar constaba de 122 ítemes y fue sometida a la opinión de un experto en elaboración de escalas de opinión. El procedimiento consistió en un análisis de contenido de los ítemes con el propósito de apreciar el grado de representatividad respecto del universo y del contenido del cual forma parte. La validación lógica se realizó con base en los supuestos que guiaron la elección de los ítemes: satisfacción laboral, motivación y reconocimiento, actitud generalizada, alteraciones (física, psicológica, psicosomática, familiar y social), carga de trabajo y condiciones de trabajo, mencionados en el marco teórico. La interrogante guía a este tipo de validación fue: ¿Evalúa o no este ítem la propiedad propuesta?

Esta validación permitió la selección de 60 ítemes distribuidos en diez apartados como se mencionó anteriormente; así mismo se evaluó el poder discriminativo de los ítemes y se seleccionaron los que formaron parte del Cuestionario de Satisfacción Laboral Bajo Condiciones de Turno Nocturno, el análisis se efectuó con la correlación puntaje-ítem y puntaje total de otros ítemes con el paquete estadístico SPSS versión 11.0.

En cuanto a la confiabilidad se aplicaron las correlaciones Alfa de Cronbach ítem-puntaje total, lo cual permitió estimar la confiabilidad en programa estadístico SPSS versión 11.0.

8. Procedimiento para la recogida de información

El cuestionario se proporciono directamente a las enfermeras, quienes lo contestaron sin intermediarios y las respuestas las marcaron ellas de manera individual, en su lugar de trabajo. Cabe aclarar que la aplicación se realizó en dos fases:

Fase A: Prueba piloto

Se administró el instrumento a 15 personas con características semejantes a las de la muestra objetivo de la investigación. Se sometió a prueba no sólo el instrumento de medición, sino también las condiciones de aplicación y los procedimientos involucrados. Se analizó si las instrucciones se comprendían y si los ítems funcionaban de manera adecuada, se evaluó el lenguaje, la redacción y el tiempo de aplicación. Los resultados se utilizaron para calcular la confiabilidad inicial y la validez del instrumento. (Hernández et. al, 2006). Los autores aconsejan que la prueba piloto se aplique a una pequeña muestra, es decir si la

muestra es de 300 o más sujetos se lleva a cabo la prueba piloto con entre 30 y 60 sujetos.

Se charló con las 15 personas participantes, para recoger sus opiniones con respecto al instrumento y al contexto de aplicación.

Cabe mencionar que en cuanto fue aceptado el protocolo de investigación, se solicitaron a través de entrevista con el Departamento de Recursos Humanos, datos administrativos del hospital como: Número de departamentos, áreas o secciones, número de trabajadores por puesto y turno, tipo de contratación, prestaciones, etc., informándole a la investigadora verbalmente que las enfermeras del turno nocturno no llegaban ni a 200, por lo que se considero un total de 15 enfermeras para la validación.

Versión final

Así con los resultados de la prueba, el instrumento de medición preliminar se modificó, ajustó y mejoró. Se obtuvo la versión final para su aplicación (ver anexo I).

Fase B: Aplicación del instrumento

Se administró a 80 enfermeras del turno nocturno, de acuerdo al procedimiento para la recogida de información.

Criterios para los niveles de satisfacción laboral: Puntuaciones en la respuesta Nunca = insatisfacción, puntuaciones en la respuesta Poco frecuente = levemente satisfecha, puntuaciones en Frecuentemente = medianamente satisfecha, Muy frecuentemente = altamente satisfecha

9 Diseño estadístico

Para el tratamiento de los datos derivados de los reactivos del cuestionario se utilizó el programa SPSS versión 11.0, con los siguientes estadísticos: Media, mediana, desviación estándar, porcentaje de las variables independientes que influyen en el nivel de satisfacción laboral (V.D.), para establecer la correlación de la variable dependiente y la independiente se utilizó el Coeficiente de Correlación de Pearson. Para la evaluación de la significancia estadística se tomó en cuenta el siguiente criterio: $p > 0.05$ (no significativo) y $p < 0.05$ (significativo)

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Para la validación del instrumento sobre la satisfacción laboral se consideró una muestra del Hospital Regional General Ignacio Zaragoza del ISSSTE, que constó de 15 enfermeras (todas mujeres) de los turnos matutino y vespertino, con una antigüedad promedio de 13 años, y una edad promedio de 40 años.

El instrumento tiene una aproximación para medir las siguientes dimensiones: satisfacción laboral, motivación y reconocimiento, actitud generalizada, alteraciones del sueño, alteraciones físicas, alteraciones psicológicas, alteraciones psicósomáticas, alteraciones familiares y sociales, carga de trabajo y períodos de descanso, así como lugar de trabajo y ambiente físico. Recordemos que lo que se evalúa es la satisfacción laboral sobre las condiciones del trabajo nocturno.

El cuestionario constó de 60 ítems en total con frases de escala tipo Likert. Primero correspondió hacer la validación de las escalas, para lo cual se utilizaron dos parámetros psicométricos:

- 1) índice de discriminación para cada uno de los ítems que conformaban la escala, lo cual permite identificar los ítems que diferenciaban a los individuos con puntajes bajos y aquellos con puntajes altos.

Índice de discriminación: se define como la correlación entre el puntaje de cada ítem y el puntaje total del instrumento (Anastasi, 1999)

- 2) El coeficiente Alfa de Cronbach: el cual es una medida de confiabilidad total al instrumento, y estima la correlación entre el puntaje observado en el instrumento y el puntaje verdadero (hipotético) del individuo (Anastasi, 1999), en este caso en particular, tomando en cuenta que se tratan de variables compuestas.

Hay que tomar en cuenta que tanto la discriminación de ítems como la valoración de Alfa de Cronbach, se fue realizando ítem por ítem, hasta lograr conformar escalas de alta confiabilidad. Es decir que las variables compuestas (escalas) quedaron conformadas con ítems que presentaban índices de discriminación mayor o igual a 0.30 para cada uno de ellos con una Alfa de Cronbach entre .65 y .70 tanto para cada ítem como para la variable compuesta (escala) en si.

Posteriormente, se realizó un análisis de factores con rotación de los factores (solución inicial o simple, sin consideraciones específicas). Los resultados completos de la rotación inicial se muestran en el apéndice respectivo, que produce 12 factores, pero debe hacerse notar que los primeros 9 factores

logran casi en su totalidad explicar en instrumento. El resto de los factores *no* muestra reactivos con “cargas” o “pesos” significativos.

Luego, los factores fueron “rotados” para visualizar posibles cambios (con los métodos Varimax with Kaiser Normalization a Rotation converged in 24 iterations). Los resultados variaron en un 26%, ya que la solución inicial o simple en los tres primeros factores da el 91% de la varianza, mientras que con la rotación los primeros tres factores da el 65% de la varianza.

Esta solución de 9 factores significativos y 3 factores sin pesos importantes, indica que la escala de la Satisfacción Laboral es un constructo básicamente homogéneo, al menos en esta muestra. La solución factorial se presenta parcialmente en la tabla 4.1 (no se incluye toda, pues como ya se comentó 9 factores fueron significativos, los restantes factores muestran pesos para los ítems como el décimo, décimo primero, y décimo segundo factor).

En tablas como las del anexo II resulta muy fácil “perderse en un mundo de cifras”. Por ello es necesario concentrarse en lo relevante: La tabla es una matriz de correlaciones de cada ítem con los factores (estructura completa de ítems o reactivos).

Las cargas factoriales (valores en las celdas) son una especie de coeficientes de correlación y en consecuencia se interpretan como tales. El análisis de factores también proporciona la varianza explicada por cada factor de la estructura, así como otros valores que se omitieron deliberadamente para no complicar la interpretación.

El factor 1 es uno de los que realmente emergió de la administración de la escala de la satisfacción laboral (véanse los valores para cada ítem del factor 1 comparados con los valores de los demás. Da cuenta del 58% de la varianza total (los tres primeros factores generan el 91%).

Por otro lado, el tiempo requerido para contestar el cuestionario fue de 10 a 15 minutos.

Consistencia interna

Los valores de Alfa de Cronbach para el instrumento global fue de 0.9309, lo cual nos indica la unidireccionalidad de los temas.

Validez de contenido

El grado de acuerdo entre las 15 enfermeras de medicina interna, cirugía general y ginecoobstetricia, tuvo un coeficiente de correlación intraclase de 0.95%.

Cabe aclarar que no se obtuvo validez de criterio, debido a que en México no se cuenta con un cuestionario sobre satisfacción laboral en condiciones de trabajo nocturno validado, y el instrumento se aplicó una sola vez, por lo tanto no fue posible calcular la sensibilidad del mismo.

Una vez cubiertos los principales requisitos que se contemplan en la elaboración de un instrumento, tanto en lo que se refiere a su sustento teórico como a su fundamentación psicométrica, de acuerdo con los resultados descritos previamente, el cuestionario para medir satisfacción laboral en condiciones de trabajo nocturno evidenció: a) claridad y buena discriminación de los reactivos; b) poseer validez de constructo, si bien es cierto que ésta arrojó una estructura factorial ligeramente diferente a la planteada originalmente, y c) una Alfa de Cronbach que demuestra que el instrumento es altamente confiable.

No obstante estas conclusiones, es conveniente destacar dos limitaciones observadas en este estudio. En primer término, el número limitado de participantes. En segundo lugar, que en virtud de que se trata de un autorreporte de la actitud, habría que establecer en el futuro su utilidad y valor reales, por ejemplo probar su validez concurrente respecto de otras medidas de la actitud, casos de los registros observacionales, etc.

4.2 ANALISIS DE RESULTADOS

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.2.1 Características descriptivas generales de las enfermeras

Los servicios en los cuales se llevó a cabo la recolección fueron al azar, al iniciar su jornada de trabajo se les proporcionó el cuestionario y se les dieron las indicaciones, para que al finalizar dicha jornada se recogieran los instrumentos contestados.

Cuadro 4.1 Datos personales

	Variable		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Masculino		0	0
	Femenino		80	100
Edad	20-24 años		0	0
	25-29 años		2	2.5
	30-34 años		9	11.3
	35-39 años		23	28.8
	40-44 años		15	18.8
	45-49 años		20	25.0
	50-54 años		10	12.5
	55-60 años		1	1.3
	Total		80	100
Puesto	Auxiliar de enfermería		14	17.5
	Enfermera general		45	56.32
	Enfermera especialista		14	17.54
	Enfermera jefe de servicio		7	8.83
	Total		80	100
Antigüedad en el puesto	1-5 años		9	11.3
	6-10 años		11	13.8
	11-15 años		19	23.8
	16-20 años		21	26.7
	21-25 años		11	13.8
	26-30 años		8	10
	Mas de 31 años		1	1.3
	Total		80	100
Antigüedad en el turno	1-5 años		13	16.3
	6-10 años		12	15.0
	11-15 años		17	21.3
	16-20 años		19	23.8
	21-25 años		10	12.5
	26-30 años		9	11.3
	Mas de 31 años		0	0
	Total		80	100
Estado civil	Soltera		20	25.0
	Casada		55	68.8
	Divorciada		3	3.8
	Unión libre		1	1.3
	Madre soltera		1	1.3
	Total		80	100

Escolaridad	Nivel técnico		58	72.5
	Licenciatura		19	23.8
	Posgrado		3	3.8
		Total	80	100

Como se puede observar la edad promedio de las enfermeras de la muestra se encuentra entre el rango de 35 a 39 años de edad con un 28.8%, siendo todas mujeres, lo cual indica que la mayoría son de mediana edad y de acuerdo a Robbins (1996, p 178) estas enfermeras tienen como valores dominantes del trabajo el éxito, la realización, ambición y preocupación con la carrera.

Así mismo el 56.32% (45) son enfermeras generales, la mayoría tiene una antigüedad de 16 a 21 años en el puesto con un 26.7% y de 16 a 20 con 23.8% en el turno nocturno, por lo tanto al haber ingresado en los años 90, han aprendido a valorar la flexibilidad de la organización del trabajo y la obtención de una satisfacción laboral y debido a que al trabajar en el turno nocturno disponen de mas tiempo para el ocio y para actividades en otras esferas de la vida, en las cuales se destacan las relaciones con la familia, como se muestra en el cuadro I, ya que 55 (68.8%) de ellas son casadas y el 72.5% (58) de ellas presentan una escolaridad de nivel técnico.

A continuación se exponen los resultados de los diez apartados del cuestionario en cuadros, a fin de que sea más fácil la lectura e interpretación de los mismos.

4.2.2 Satisfacción Laboral

a) Apartado I. Satisfacción Laboral

Cuadro 4.2 Reactivos que conforman el apartado I. Satisfacción laboral

Núm.	APARTADO I	Nunca		Poco Frecuente		Indiferente		Frecuentemente		Muy frecuentemente	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
1	Estoy satisfecha(o) con el trabajo como fuente de realización	0	0	1	1.3	1	1.3	33	41.3	45	56.3
2	Estoy satisfecha(o) con las oportunidades que el trabajo me ofrece de hacer cosas en las cuales destaco	3	3.8	14	17.5	0	0	39	48.8	24	30.0
3	Me satisfacen las oportunidades que el trabajo me ofrece de hacer lo que me gusta	0	0	2	2.5	0	0	44	55.0	34	42.5
4	En general me siento satisfecha(o) en mi unidad	0	0	4	5.0	0	0	22	27.5	54	67.5
	Total		,95		6.5		,32		43.1		49.0

Como lo indica la Teoría de los Eventos de Situaciones, el individuo puede encontrar a lo largo de su trabajo situaciones que le son favorables, en el caso de las encuestadas el 97.6%, se sienten satisfechas con el trabajo como fuente de realización (pregunta 1), lo cual es evaluado por las enfermeras como una situación positiva, dando como reacción emocional la satisfacción laboral, asimismo al existir cierta autonomía en el desempeño de la función, también lo evalúan como una situación positiva, esto queda confirmado, ya que el 78.8% se sienten satisfechas con las oportunidades que el trabajo les ofrece para destacar (pregunta 2), así como el 97.5 están satisfechas con las oportunidades que el trabajo les ofrece para hacer lo que les gusta (pregunta 3). Por otro lado las enfermeras se enfrentan con normas que les permite desenvolver una idea propia del mundo en que viven, contribuyendo así, a la explicación que formulan sobre su realidad, estas normas y deseos facilitan el desarrollo de actitudes mas favorables con relación al trabajo y consecuentemente contribuyen a la satisfacción laboral motivo por el cual, el 95% se sienten satisfechas en su unidad (pregunta 4).

b) Apartado II. Motivación y Reconocimiento

Cuadro 4.3 Reactivos que conforman el apartado II. Motivación y reconocimiento

Núm.	APARTADO II	Nunca		Poco Frecuente		Indiferente		Frecuentemente		Muy frecuentemente	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
5	Estoy motivada(o) para hacer mi trabajo	1	1.3	3	3.8	1	1.3	33	41.3	41	51.3
6	Se reconoce adecuadamente las tareas que realizo	2	2.5	15	18.8	7	8.8	39	48.8	16	20.0
7	Cuando introduzco una mejora de mi trabajo se me reconoce	6	7.5	25	31.3	11	13.8	29	36.3	8	10.0
8	En general las condiciones laborales (salario, horario, vacaciones, beneficios sociales, etc.) son satisfactorios	5	6.3	16	20.0	1	1.3	40	50.0	17	21.3
	Total		4.4		18.4		6.3		44.1		25.65

R5, R6, R7, R8 .dejo de contestar un sujeto 1.3%

Como lo menciona Atalaya (1999, p. 57) para motivar al individuo se recomienda poner de relieve el logro, reconocimiento, trabajo en si, la responsabilidad y el crecimiento, en este caso la motivación se logra, ya que el 92.6% están motivadas para hacer su trabajo (pregunta 5), al 68.8% considera que se reconocen las tareas que realizan (pregunta 6), esto, le da la posibilidad de afirmar su individualidad, lograr objetivos alcanzables y oportunidades de desarrollo psicológico, lo cual se confirma, cuando al 46.3% percibe que les reconocer cuando introducen una mejora en su trabajo (pregunta7). El 71.3% de las enfermeras se sienten satisfechas con las condiciones laborales (pregunta 8), debido a que consideran que la recompensa recibida por su trabajo es adecuada, por lo tanto alcanzan un estado de satisfacción. Cabe aclarar que el término “recompensa” no significa solo retribución financiera, sino que incluye un abanico muy amplio de todos los resultados y facetas del trabajo.

c) **Apartado III. Actitud Generalizada**

Cuadro 4.4 Reactivos que conforman el apartado III. Actitud generalizada

Núm.	APARTADO III	Nunca		Poco Frecuente		Indiferente		Frecuente		Muy frecuentemente	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
9	Reflexiono antes de actuar	1	1.3	4	5.0	2	2.5	50	62.5	23	28.8
10	Los límites entre lo que esta bien y lo que esta mal son menos claros para mi, que para la mayoría de la gente	22	27.5	32	40.0	10	12.5	12	15.0	2	2.5
11	Tengo sentimientos de culpa	32	40.0	37	46.7	5	6.3	4	5.0	2	2.5
12	Soy una persona que sufre	30	37.5	44	55.0	4	5.0	1	1.3	1	1.3
13	Siempre mantengo una promesa, sin importarme las molestias que ello pueda ocasionar	32	40.0	25	31.3	8	10.0	12	15.0	3	3.8
14	Culpo a otra persona de mis actos	68	85.0	9	11.3	1	1.3	1	1.3	1	1.3
15	Es mejor seguir las normas de la sociedad que ir a la deriva	6	7.5	16	20	8	10.0	33	41.3	17	21.3
	Total		34.1		29.9		6.8		20.2		8.7

R10. deajo de contestar dos sujetos 1.3%

Si bien es cierto que la motivación es un fuerte predictor de la satisfacción laboral, existen otros factores como la salud mental, la autoestima y los valores morales que contribuyen en la elaboración de la actitud hacia el trabajo, en el caso de la presente investigación El 96.3% reflexiona antes de actuar (pregunta 9). Los limites entre lo que esta bien y esta mal son menos claros para ellas, que para la mayoría de la gente (pregunta 10) se presenta en el 57.5% de esta muestra de enfermeras (pregunta 11). El 54.2% tienen sentimientos de culpa (pregunta10). El 57.6% son personas que sufren

(pregunta12). El 40% nunca mantienen una promesa (pregunta 13). El 85% nunca culpa a otros por sus actos (pregunta 14). Para el 62.6% es mejor seguir las normas de la sociedad (pregunta 15)

Cabe aclarar que los factores antes mencionados tiene relación con el desarrollo personal y familiar que determinan la actitud hacia el trabajo y a su vez estas se ven influidas por las percepciones que tienen el empleado sobre su carrera y sobre como ésta debería ser, para que se de o no la satisfacción laboral

d) Apartado IV. Alteraciones del Sueño

Cuadro 4.5. Reactivos que conforman el apartado IV. Alteraciones del sueño

Núm.	APARTADO IV	Nunca		Poco Frecuente		Indiferente		Frecuente		Muy frecuentemente	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
16	Me despierto demasiado temprano y ya no puedo volver a dormir	21	26.3	49	61.3	1	1.3	8	10.0	1	1.3
17	He dormido menos por tener preocupaciones	12	15.0	51	63.8	6	7.5	9	11.3	1	1.3
18	He tenido dificultad para dormir o conciliar el sueño	19	23.8	50	62.5	2	2.5	8	10.0	1	1.3
19	Ingiero medicamento para mantenerme despierta o para dormir	77	96.3	3	3.8	0	0	0	0	0	0
20	He tenido dificultad para dormir de un jalón toda la noche	38	47.5	37	46.3	1	1.3	3	3.8	1	1.3
21	He pasado noches inquietas o intranquilas	36	45.0	40	50.0	1	1.3	2	2.5	1	1.3
	Total		42.3		47.9		2.3		6.2		1.0

R17. dejo de contestar un sujeto 1.3%

Los estudios indican que más del 60% de las personas que trabajan a turnos sufren alteraciones del sueño, ya que duermen sólo un promedio de cinco a seis horas diarias, lo cual queda confirmado en la presente investigación, en virtud de que en promedio el 72.6% de las encuestadas se despiertan y ya no pueden volver a dormir (pregunta 16), sobre todo cuando tienen preocupaciones en el 76.4% (pregunta 17). De igual forma en el 75.1% presenta dificultad para dormir o conciliar el sueño (pregunta 18), esto puede deberse a la luz natural, el ruido ambiental, el quehacer diario de la casa etc. Y aún cuando el 96.3% nunca ha ingerido medicamentos para mantenerse despierta o para dormir (pregunta 19), así como, el 47.5% nunca ha tenido dificultad para dormir toda la noche, no obstante el 46.5% si ha presentado dicha dificultad (pregunta 20). Esto, puede producir que el sueño se presente en momentos inapropiados, aunque éste fuese en períodos breves de tiempo, afectando la productividad y aumentando los riesgos de accidentes, pudiendo ser altamente

peligroso principalmente para personas que conducen vehículos automotores. Por otro lado, para el 53.8% ha pasado noches intranquilas e inquietas, lo cual evita un descanso reparador, generando estrés y fatiga.

e) Apartado V. Alteración Físicas

Cuadro 4.6 Reactivos que conforman el apartado V. Alteraciones físicas

Núm.	APARTADO V	Nunca		Poco Frecuente		Indiferente		Frecuente		Muy frecuentemente	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
22	En los últimos 5 años he tenido problemas de salud que ameritan hospitalización o largo tratamiento	45	56.3	23	28.8	2	2.5	8	10.0	2	2.5
23	He presentado dolores articulares como codos, rodillas, nudillos, etc.	31	38.8	31	38.8	0	0	13	16.3	4	5.0
24	Padezco gastritis, ulcera gastroduodenal u otro tipo de colitis	25	31.3	37	46.3	0	0	11	13.8	7	8.8
25	Padezco dolores de cabeza, musculares, de nuca, etc.	26	32.5	33	41.3	2	2.5	13	16.3	6	7.3
26	Mi peso se ha visto alterado durante los últimos 5 años	19	23.8	28	35.0	3	3.8	21	26.3	9	11.3
27	Mi ciclo menstrual se ha presentado con regularidad y sin tensión premenstrual o dolor pélvico	14	17.5	21	26.3	5	6.3	26	32.5	11	13.8
28	Tengo problemas con mi apetito y después de ingerir los alimentos presento agruras, acidez estomacal, dolor de estomago, etc.	30	37.5	24	42.5	0	0	11	13.8	5	6.3
	Total		33.9		37		2.1		18.4		7.8

R23 dejo de contestar un sujeto, R27 dejaron de contestar tres sujetos 3.9%

Dentro de los principales efectos fisiológicos está el hecho de que casi todas las funciones o estados del cuerpo presentan un modelo rítmico y cíclico relacionado con las 24 horas del día, conocido como el *Ritmo Circadiano*. El organismo de las personas tiene un ritmo de altas y bajas durante las 24 horas del día, esto es que muchos de los sistemas del cuerpo se encuentran en gran actividad durante ciertos períodos del día y no tanto en otros períodos. En general la mayor parte de la actividad ocurre al final de la tarde o principio de la noche y la menor actividad ocurre a medianoche, cuando el individuo

se encuentra durmiendo, Las personas trabajan mejor cuando la actividad interna del cuerpo, se encuentra en la parte alta y decrece cuando ésta se encuentra en la parte baja. Al trabajar de noche por lo general trabaja cuando su ritmo circadiano refleja condiciones bajas y duerme cuando refleja condiciones altas, afectando la salud del individuo, en el caso del presente estudio, el 56.3% nunca han tenido problemas de salud que ameriten hospitalización, sin embargo para el 43.8% en promedio si los ha presentado (pregunta 22), lo cual indica que los cambios de turno rompen todas las reglas fisiológicas y en este caso las enfermeras presentan dolores articulares en el 60.1% (pregunta 23). El padecimiento de dolores de cabeza, musculares, etc. se observa en el 64.9% (pregunta 25). En cuanto a las alteraciones digestivas, se tiene lo siguiente: la gastritis, ulcera, etc. se presenta en el 68.9% (pregunta 24). El peso se ha visto alterado en los últimos 5 años en el 72.7% (pregunta 26). Los problemas de apetito y presencia de agruras, acidez, etc. se observa en el 63.6% (pregunta 28), esto debido a los continuos cambios en las horas de la alimentación y si además se tiene una masticación inadecuada y problemas de tensión e intranquilidad, se acentúan los males gastrointestinales, colitis, úlceras, etc. En cuanto al ciclo menstrual se ha presentado con regularidad en el 46.3% (pregunta 27).

f) Apartado VI. Alteraciones Psicológicas

Cuadro 4.7 Reactivos que conforman el apartado VI. Alteraciones psicológicas

Núm.	APARTADO VI	Nunca		Poco Frecuente		Indiferente		Frecuentemente		Muy frecuentemente	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
29	Soy una persona animada y vital (con energía)	0	0	9	11.3	1	1.3	49	61.3	20	25.0
30	Me siento a veces desdichada sin motivo	52	65.0	25	31.3	1	1.3	2	2.5	0	0
31	Soy una persona irritable	30	37.5	44	55.0	2	2.5	4	5.0	0	0
32	Soy una persona nerviosa, tensa o estresada	31	38.8	42	52.5	3	3.8	3	3.8	1	1.3
33	Me he sentido agotada(o) y sin fuerzas para nada	26	32.5	45	56.3	1	1.3	5	6.3	3	3.8
	Total		34.7		41.2		2.0		15.7		6.0

R29. deajo de contestar un sujeto 1.3%

Según los especialistas algunas de las consecuencias de este horario de trabajo son insomnio, irritabilidad, angustia, depresión, ataques de pánico, etc. en el caso de esta investigación, aun cuando para el 97.6% de las enfermeras se sienten animadas y vitales (pregunta 29), el 33.8% se sienten desdichadas sin motivo (pregunta 30) y se sienten irritables el 60% (pregunta 31). Así mismo, son personas nerviosas, tensas o estresadas el 57.6% (pregunta 32), mientras que para el 66.4% se sienten agotadas y sin fuerzas para nada (pregunta 33), generando estrés y fatiga, lo cual puede llevar a diversas consecuencias como adicciones a tranquilizantes, excitantes o alcohol y tabaco.

La causa principal de los trastornos es que el descanso diurno es "poco reparador", ya que durante el día los parámetros biológicos tienen unas constantes naturales diferentes a las de la noche, en que el organismo se prepara para descansar. Los ritmos biológicos naturales y saludables coinciden con el día y la noche. Ello conlleva "dificultad para hacer esfuerzos y sensación de cabeza vacía", así como "irritabilidad, intolerancia a las pequeñas agresiones del medio y alteración de las relaciones entre los compañeros de trabajo y la familia.

g) Apartado VII. Alteraciones Psicosomáticas

Cuadro 4.8 Reactivos que conforman el apartado VII. Alteraciones psicosomáticas

Núm.	APARTADO VII	Nunca		Poco Frecuente		Indiferente		Frecuentemente		Muy frecuentemente	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
34	A pesar de haber dormido me siento agotada(o)	18	22.5	48	60.0	0	0	10	12.5	4	5.0
35	Me siento harta(o) y a menudo siento que la vida es muy monótona	40	50.0	33	41.3	1	1.3	6	7.5	0	0
36	He tenido la sensación de estar enferma(o)	35	43.8	38	42.5	2	2.5	5	6.3	0	0
37	A menudo me siento sola(o)	53	66.3	21	26.3	3	3.8	3	3.8	0	0
38	A menudo me siento apática(o), cansada(o) y sin motivo para nada	49	61.3	26	32.5	4	5.0	1	1.3	0	0
39	He perdido confianza y fe en mi misma(o)	65	81.3	14	17.5	1	1.3	0	0	0	0
40	He deseado estar muerta(o) y lejos de todo	74	92.5	2	2.5	2	2.5	2	2.5	0	0
41	Disfruto de mis actividades diarias	0	0	3	3.8	1	1.3	43	53.8	33	41.3
42	Me he sentido capaz de tomar decisiones y enfrentar mis problemas adecuadamente	1	1.3	4	5.0	0	0	40	50.0	35	43.8
43	Siento que estoy jugando un papel útil en la vida	2	2.5	5	6.3	0	0	33	41.3	40	50.0
	Total		42.1		23.7		1.7		17.9		14.0

La baja actividad del organismo durante la noche y la posibilidad de que los trabajadores nocturnos acumulen fatiga por un sueño deficiente hacen que se den una serie de repercusiones negativas sobre el organismo y la producción. En el organismo se identifica como agotamiento, que en el caso de las enfermeras encuestadas es evidente en el 77.5%, ya que a pesar de haber dormido se sienten agotadas (pregunta 34), lo cual se confirma con la (pregunta 38) A menudo me siento apática(o), cansada(o) y sin motivo para nada con un 33.8%. Así mismo la fatiga genera depresión, misma que se puede observar en el presente estudio con la (pregunta 35) me siento harta(o) y a menudo siento que la vida es muy monótona,

pues puntúan con un 48.8%, así como la (pregunta 36) he tenido la sensación de estar enferma(o) con un puntaje de 48.8%, de igual forma la (pregunta 37) a menudo me siento sola(o), con puntuaciones de 30.1% y por último, la (pregunta 40) he deseado estar muerta y lejos de todo con un 4.5%, aún cuando mencionan disfrutar de sus actividades diarias el 98.8% (pregunta 41), cabe mencionar que en su conjunto el estrés, la fatiga y la depresión juegan un papel muy importante en la autoestima de las enfermeras, ya que cuando estas son crónicas deterioran la auto imagen de si mismas.

Por la noche, se obtiene un menor rendimiento y una menor calidad del trabajo realizado, especialmente entre las 3 y las 6 de la madrugada, ya que, en estas horas, la capacidad de atención y toma de decisiones, así como la rapidez y precisión de los movimientos es más reducida, sin embargo el 98.8% de las encuestadas se sienten capaces de tomar decisiones y enfrentar sus problemas adecuadamente (pregunta 42), además de sentir el 87.6% que juegan un papel útil en la vida (pregunta 43)

h) Apartado VIII Alteraciones Familiares y Sociales

Cuadro 4.9 Reactivos que conforman el apartado VIII. Alteraciones psicosomáticas

Núm.	APARTADO VIII	Nunca		Poco Frecuente		Indiferente		Frecuentemente		Muy frecuentemente	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
44	Tiendo a mantenerme apartada(o) en la situaciones sociales	29	36.3	40	50.0	6	7.5	5	6.3	0	0
45	Generalmente tomo la iniciativa al hacer nuevas amistades	2	2.5	25	31.3	3	3.8	37	46.3	13	6.3
46	Por lo general suelo estar callada cuando estoy con otras personas	21	26.3	52	65.0	4	5.0	3	3.8	0	0
47	Creo que el matrimonio esta anticuado y debería abolirse	58	72.5	8	10.0	12	15.0	1	1.3	1	1.3
48	Puedo animar fácilmente una fiesta aburrida, como contar chistes e historias divertidas	25	31.3	32	40.0	8	10.0	12	15.0	3	3.8
49	Me gusta mezclarme con la gente en donde haya bullicio y agitación a mi alrededor	11	13.8	38	47.5	10	12.5	20	25.0	1	1.3
	Total		30.4		40.6		8.9		16.2		2.1

Las relaciones humanas, son un elemento positivo imprescindible en el trabajo. Esto involucra la importancia del contacto de las relaciones, la convivencia del trabajo en grupo, del trabajo al servicio de la resolución de los conflictos de intereses, por lo que en la presente investigación el 56.3% de las enfermeras se mantiene apartadas de las situaciones sociales (pregunta 44), mientras que el 68.8% suele estar callada cuando esta con otras personas (pregunta 46), esto podría generar insatisfacción laboral. No obstante dentro de las relaciones interpersonales, el contacto humano cotidiano con los diferentes elementos y colectivos de la comunidad de salud constituye uno de los elementos vitales para la satisfacción laboral de las enfermeras y en este caso se confirma, ya que el 83.9% generalmente tomo la iniciativa al hacer nuevas

amistades (pregunta 45) y el 58.8% Puede animar fácilmente una fiesta aburrida, como contar chistes e historias divertidas (pregunta 48) y el 73.8 le gusta mezclarse con la gente en donde haya bullicio (pregunta 49).

En lo que respecta a la afección familiar, el 72.5% de las enfermeras consideran importante el matrimonio, y que no lo consideran anticuado ni han pensado en que se deba abolir, por lo que se supone, que el trabajar de noche no afecta su satisfacción en el trabajo

i) Apartado IX. Condiciones de Trabajo y Períodos de Descanso

Cuadro 4.10 Reactivos que conforman el apartado IX. Condiciones de Trabajo y Periodos de Descanso

Núm.	APARTADO IX	Nunca		Poco Frecuente		Indiferente		Frecuente		Muy frecuentemente	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
50	Me parece excesiva la carga de trabajo y las demandas de los pacientes	5	6.3	40	50.0	4	5.0	22	27.5	9	11.3
51	La institución donde trabajo, me da la posibilidad de resolver situaciones clínicas complejas	5	6.3	22	27.5	4	5.0	43	53.8	6	7.5
52	Considero que tengo la formación profesional para enfrentar los problemas habituales	0	0	5	6.3	1	1.3	48	60	26	32.5
53	Estoy conforme con las posibilidades de descanso que me brinda mi lugar de trabajo	4	5.0	13	16.3	2	2.5	39	48.8	22	27.5
54	Existe un espacio de intercambio para compartir con mis colegas	8	10.0	21	26.7	1	1.3	34	42.5	16	20.0
55	Estoy conforme con el tiempo libre que me brinda la institución (vacaciones, días festivos, etc.	6	7.5	19	23.8	2	2.5	33	41.5	20	25.0
	Total		5.8		25.1		2.9		45.6		20.6

A los empleados les interesa su ambiente de trabajo. Se interesan en que el ambiente les permita el bienestar personal y les facilite el hacer un buen trabajo. En este caso, el 88.8% de las enfermeras considera que la institución les da la posibilidad de resolver situaciones clínicas complejas (pregunta 51). Así mismo, el 89.2% señala que existen espacios de intercambio para compartir con sus colegas (pregunta 54). Lo cual les permite un mejor desempeño y favorece la satisfacción laboral.

Otro aspecto a considerar es la cultura organizacional de la empresa, todo ese sistema de valores, metas que es percibido por el trabajador y expresado a través del clima organizacional también contribuye a proporcionar condiciones favorables de trabajo, siempre que consideremos que las metas organizacionales y las personales no son opuestas. En esta influyen más factores como la carga de trabajo y los periodos de descanso.

Al 88.8% de las encuestadas les parece excesiva la carga de trabajo y las demandas de los pacientes (pregunta 50), sin embargo para el 92.6% están conformes con las posibilidades de descanso que les brinda su lugar de trabajo (pregunta 53). Del mismo modo para el 90.3% están conformes con el tiempo libre que les brinda la institución (vacaciones, días festivos, etc.) (pregunta 55). En resumen pareciera estar compensada la carga de trabajo con los periodos de descanso, mismos que favorecen la satisfacción laboral.

Por último, al Considerar el 98.8% que tienen la formación profesional para enfrentar los problemas habituales (pregunta 52) da como resultado más satisfacción, debido a que un alto acuerdo entre personalidad y ocupación les da la posibilidad de desarrollar sus talentos y habilidades para cumplir con las demandas de sus trabajos.

j) Apartado X. Lugar de Trabajo y Ambiente

Cuadro 4.11 Reactivos que conforman el apartado X. Lugar de trabajo y ambiente

Núm.	APARTADO X	Nunca		Poco Frecuente		Indiferente		Frecuentemente		Muy frecuentemente	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
56	Las condiciones de trabajo de mi unidad son seguras (sin representar riesgos para la salud)	6	7.5	25	31.3	3	3.8	37	46.3	9	11.3
57	Las condiciones de trabajo de mi unidad (clima, iluminación, decoración, ruido, ventilación, etc.) facilitan mi actividad diaria	1	1.3	24	30.0	3	3.8	36	45.0	16	20.0
58	El material proporcionado y las instalaciones de la unidad (superficie, dotación de mobiliario, equipo técnico, etc.) facilitan mi trabajo y los servicios prestados a los usuarios	1	1.3	28	35.0	2	2.5	39	48.8	10	12.5
59	Las herramientas informáticas que utilizo están bien adaptadas a las necesidades de mi trabajo	4	5.0	19	23.8	5	6.3	42	52.5	9	11.3
60	El espacio en donde se brinda la atención es adecuada para mi y los pacientes	3	3.8	17	21.3	4	5.0	39	48.8	17	21.3
	Total		3.7		28.2		4.2		48.2		15.2

R59. dejó de contestar un sujeto 1.3%

El grado de satisfacción laboral con el lugar de trabajo y el ambiente, corresponde a las percepciones que las enfermeras tienen con relación a las instalaciones del hospital a nivel de espacio físico, higiénico, iluminación, ventilación y climatización. Las opiniones de las encuestadas en esta investigación externalizaron un grado de satisfacción en el trabajo, debido a que el 88.6% considera que las condiciones de trabajo de su unidad son seguras (sin representar riesgos para la salud) (pregunta 56). Así mismo el 95% percibe que las condiciones de trabajo de su unidad (clima, iluminación, decoración, ruido, ventilación, etc.) facilitan su actividad diaria (pregunta 57). De igual forma, el 96.3% concibe que El material proporcionado y las instalaciones de la unidad (superficie, dotación de mobiliario, equipo técnico, etc.) facilitan su trabajo y los servicios prestados a los usuarios (pregunta 58). De la misma manera, el 77.6% observan que las

herramientas informáticas que utilizan están bien adaptadas a las necesidades de su trabajo (pregunta 59). Y por último, el 81.4% señala que el espacio en donde se brinda la atención es adecuada para ella y los pacientes

Cuadro 4.12 En este cuadro se presenta la media y desviación estándar de la satisfacción laboral en condiciones de turno nocturno

Num.	Satisfacción Laboral	Media	Desviación Estándar
1	Estoy satisfecha(o) con el trabajo como fuente de realización	4.53	.595
2	Estoy satisfecha(o) con las oportunidades que el trabajo me ofrece de hacer cosas en las cuales destaco	3.84	1.52
3	Me satisfacen las oportunidades que el trabajo me ofrece de hacer lo que me gusta	4.38	.624
4	En general me siento satisfecha(o) en mi unidad	4.58	.742
	Promedio	4.33	.870
	Motivación y Reconocimiento		
5	Estoy motivada(o) para hacer mi trabajo	4.39	.807
6	Se reconoce adecuadamente las tareas que realizo	3.66	1.085
7	Cuando introduzco una mejora de mi trabajo se me reconoce	3.10	1.183
8	En general las condiciones laborales (salario, horario, vacaciones, beneficios sociales, etc.) son satisfactorios	3.61	1.213
	Promedio	3.69	1.072
	Actitud Generalizada		
9	Reflexiono antes de actuar	4.13	.786
10	Los límites entre lo que esta bien y lo que esta mal son menos claros para mi, que para la mayoría de la gente	2.23	1.104
11	Tengo sentimientos de culpa	1.84	.934
12	Soy una persona que sufre	1.74	.725
13	Siempre mantengo una promesa, sin importarme las molestias que ello pueda ocasionar	2.11	1.201
14	Culpo a otra persona de mis actos	1.23	.656
15	Es mejor seguir las normas de la sociedad que ir a la deriva	3.49	1.243
	Promedio	2.39	.949
	Alteraciones del Sueño		
16	Me despierto demasiado temprano y ya no puedo volver a dormir	1.99	.893
17	He dormido menos por tener preocupaciones	2.19	.878
18	He tenido dificultad para dormir o conciliar el sueño	2.03	.886
19	Ingiero medicamento para mantenerme despierta o para dormir	1.04	.191
20	He tenido dificultad para dormir de un jalón toda la noche	1.65	.797
21	He pasado noches inquietas o intranquilas	1.65	.748
	Promedio	1.75	.732
	Alteraciones Físicas		
22	En los últimos 5 años he tenido problemas de salud que ameritan hospitalización o largo tratamiento	1.74	1.076
23	He presentado dolores articulares como codos, rodillas, nudillos, etc.	2.09	1.232
24	Padezco gastritis, ulcera gastroduodenal u otro tipo de colitis	2.23	1.273
25	Padezco dolores de cabeza, musculares, de nuca, etc.	2.25	1.278
26	Mi peso se ha visto alterado durante los últimos 5 años	2.66	1.387
27	Mi ciclo menstrual se ha presentado con regularidad y sin tensión premenstrual o dolor pélvico	2.99	1.391
28	Tengo problemas con mi apetito y después de ingerir los alimentos presento agruras, acidez estomacal, dolor de estomago, etc.	2.09	1.224
	Promedio	2.29	1.265
	Alteraciones Psicológicas		
29	Soy una persona animada y vital (con energía)	4.01	.855
30	Me siento a veces desdichada sin motivo	1.41	.650
31	Soy una persona irritable	1.75	.738
32	Soy una persona nerviosa, tensa o estresada	1.76	.799
33	Me he sentido agotada(o) y sin fuerzas para nada	1.93	.965

	Promedio	2.17	.801
	Alteraciones Psicosomáticas		
34	A pesar de haber dormido me siento agotada(o)	2.17	1.077
35	Me siento harta(o) y a menudo siento que la vida es muy monótona	1.66	.841
36	He tenido la sensación de estar enferma(o)	1.71	.799
37	A menudo me siento sola(o)	1.45	.745
38	A menudo me siento apática(o), cansada(o) y sin motivo para nada	1.46	.655
39	He perdido confianza y fe en mi misma(o)	1.20	.433
40	He deseado estar muerta(o) y lejos de todo	1.15	.576
41	Disfruto de mis actividades diarias	4.33	.689
42	Me he sentido capaz de tomar decisiones y enfrentar mis problemas adecuadamente	4.30	.818
43	Siento que estoy jugando un papel útil en la vida	4.30	.947
	Promedio	2.37	.758
	Alteraciones Familiares y Sociales		
44	Tiendo a mantenerme apartada(o) en la situaciones sociales	1.84	.818
45	Generalmente tomo la iniciativa al hacer nuevas amistades	3.43	1.167
46	Por lo general suelo estar callada cuando estoy con otras personas	1.86	.670
47	Creo que el matrimonio esta anticuado y debería abolirse	1.49	.886
48	Puedo animar fácilmente una fiesta aburrida, como contar chistes e historias divertidas	2.20	1.152
49	Me gusta mezclarme con la gente en donde haya bullicio y agitación a mi alrededor	2.53	1.055
	Promedio	2.22	.958
	Carga de Trabajo y Periodos de Descanso		
50	Me parece excesiva la carga de trabajo y las demandas de los pacientes	2.88	1.216
51	La institución donde trabajo, me da la posibilidad de resolver situaciones clínicas complejas	3.29	1.138
52	Considero que tengo la formación profesional para enfrentar los problemas habituales	4.19	.748
53	Estoy conforme con las posibilidades de descanso que me brinda mi lugar de trabajo	3.78	1.169
54	Existe un espacio de intercambio para compartir con mis colegas	3.36	1.334
55	Estoy conforme con el tiempo libre que me brinda la institución (vacaciones, días festivos, etc.	3.53	1.302
	Promedio	3.50	1.381
	Lugar de Trabajo y Ambiente		
56	Las condiciones de trabajo de mi unidad son seguras (sin representar riesgos para la salud)	3.23	1.222
57	Las condiciones de trabajo de mi unidad (clima, iluminación, decoración, ruido, ventilación, etc.) facilitan mi actividad diaria	3.53	1.158
58	El material proporcionado y las instalaciones de la unidad (superficie, dotación de mobiliario, equipo técnico, etc.) facilitan mi trabajo y los servicios prestados a los usuarios	3.36	1.128
59	Las herramientas informáticas que utilizo están bien adaptadas a las necesidades de mi trabajo	3.42	1.128
60	El espacio en donde se brinda la atención es adecuada para mi y los pacientes	3.63	1.151
	Promedio	3.43	1.157
	Promedio total	2.81	.994

El promedio (2.81) es favorable e indica que la institución posee una satisfacción laboral positiva. Los resultados muestran que los promedios más altos se encuentran en la satisfacción laboral así como la motivación y el rendimiento, del mismo modo se observa que consideran adecuadas, la

carga de trabajo con los periodos de descanso, al igual que el lugar de trabajo y el ambiente. En cuanto a las alteraciones, no se observan diferencias significativas, sin embargo el promedio mas alto es el de las alteraciones psicosomáticas, que son las que más les esta afectando, seguida de las alteraciones físicas, continuando con las familiares y sociales, posteriormente las psicológicas y por último las del sueño. Por lo que respecta a la actitud generalizada puntúa de manera muy similar a las alteraciones físicas, psicológicas, psicosomáticas, familiares y sociales.

Cuadro 4.13 En este cuadro se presentan los cálculos de la Correlación de Pearson.

Satisfacción laboral	Condiciones de trabajo nocturno	Correlación de Pearson	Sig. bilateral
Estoy satisfecha(o) con el trabajo como fuente de realización	Disfruto de mis actividades diarias	.319*	.004
	Estoy conforme con el tiempo libre que me brinda la institución (vacaciones, días festivos, etc.)	.277**	.013
Estoy satisfecha(o) con las oportunidades que el trabajo me ofrece de hacer cosas en las cuales destaco	La institución donde trabajo, me da la posibilidad de resolver situaciones clínicas complejas	.297*	.008
	El espacio en donde se brinda la atención es adecuada para mi y los pacientes	.259**	.020
En general me siento satisfecha(o) en mi unidad	Existe un espacio de intercambio para compartir con mis colegas	.260**	.020
	Estoy conforme con el tiempo libre que me brinda la institución (vacaciones, días festivos, etc.)	.260**	.020
Motivación	Condiciones de trabajo nocturno		
Estoy motivada(o) para hacer mi trabajo	Disfruto de mis actividades diarias	.247**	.028
	Me parece excesiva la carga de trabajo y las demandas de los pacientes	-.254**	.024
	Estoy conforme con el tiempo libre que me brinda la institución (vacaciones, días festivos, etc.)	.351*	.002
	Las condiciones de trabajo de mi unidad son seguras (sin representar riesgos para la salud)	.293*	.009
Se reconoce adecuadamente las tareas que realizo	He dormido menos por tener preocupaciones	-.376*	.001
	A pesar de haber dormido me siento agotada(o)	-.275**	.014
	A menudo me siento sola(o)	-.327*	.066
	Me parece excesiva la carga de trabajo y las demandas de los pacientes	-.330*	.003
	Estoy conforme con el tiempo libre que me brinda la institución (vacaciones, días festivos, etc.)	.244**	.030
	Las condiciones de trabajo de mi unidad son seguras (sin representar riesgos para la salud)	.334*	.003
	Las condiciones de trabajo de mi unidad (clima, iluminación, decoración, ruido, ventilación, etc.) facilitan mi actividad diaria	.284**	.011
	El material proporcionado y las instalaciones de la unidad (superficie, dotación de mobiliario, equipo técnico, etc.) facilitan mi trabajo y los servicios prestados a los usuarios	.350*	.002
	El espacio en donde se brinda la atención es adecuada para mi y los pacientes	.221**	.050

Cuando introduzco una mejora de mi trabajo se me reconoce	Generalmente tomo la iniciativa al hacer nuevas amistades	.222**	.049
	Me parece excesiva la carga de trabajo y las demandas de los pacientes	-.294*	.009
	La institución donde trabajo, me da la posibilidad de resolver situaciones clínicas complejas	.225**	.046
	Estoy conforme con el tiempo libre que me brinda la institución (vacaciones, días festivos, etc.)	.247**	.028
	Las condiciones de trabajo de mi unidad son seguras (sin representar riesgos para la salud)	.364*	.001
	Las condiciones de trabajo de mi unidad (clima, iluminación, decoración, ruido, ventilación, etc.) facilitan mi actividad diaria	.345*	.002
	El espacio en donde se brinda la atención es adecuada para mi y los pacientes	.235**	.037
En general las condiciones laborales (salario, horario, vacaciones, beneficios sociales, etc.) son satisfactorios	He tenido dificultad para dormir de un jalón toda la noche	.243**	.031
	He pasado noches inquietas o intranquilas	.281**	.012
	Me parece excesiva la carga de trabajo y las demandas de los pacientes	-.351*	.002
	Estoy conforme con el tiempo libre que me brinda la institución (vacaciones, días festivos, etc.)	.479*	.000
	Las condiciones de trabajo de mi unidad son seguras (sin representar riesgos para la salud)	.393*	.000
	El material proporcionado y las instalaciones de la unidad (superficie, dotación de mobiliario, equipo técnico, etc.) facilitan mi trabajo y los servicios prestados a los usuarios	.223**	.049
	Las herramientas informáticas que utilizo están bien adaptadas a las necesidades de mi trabajo	.260**	.021
	El espacio en donde se brinda la atención es adecuada para mi y los pacientes	.249**	.027
Actitud Generalizada	Condiciones de trabajo nocturno		
Reflexiono antes de actuar	Considero que tengo la formación profesional para enfrentar los problemas habituales	.369*	.001
Los límites entre lo que esta bien y lo que esta mal son menos claros para mi, que para la mayoría de la gente	Soy una persona animada y vital (con energía)	-.264**	.020
	Me siento a veces desdichada sin motivo	.258**	.022
	Me siento harta(o) y a menudo siento que la vida es muy monótona	.416*	.000
	He tenido la sensación de estar enferma(o)	.279**	.013
	He deseado estar muerta(o) y lejos de todo	.247**	.029
	Generalmente tomo la iniciativa al hacer nuevas amistades	.287*	.010

	Creo que el matrimonio esta anticuado y debería abolirse	.224**	.049
Tengo sentimientos de culpa	Tiendo a mantenerme apartada(o) en la situaciones sociales	.313*	.005
	Por lo general suelo estar callada cuando estoy con otras personas	.267**	.017
	Creo que el matrimonio esta anticuado y debería abolirse	.281**	.012
Soy una persona que sufre	He tenido dificultad para dormir o conciliar el sueño	.306*	.006
	Me siento a veces desdichada sin motivo	.286*	.010
	He tenido la sensación de estar enferma(o)	.240**	.032

*La correlación es significativa al nivel de 0.01 (bilateral)

**La correlación es significativa al nivel de 0.05 (bilateral)

Las correlaciones entre los componentes de satisfacción laboral, se encuentran entre un rango que oscilan entre -.124 a .219, es decir no hay correlación. Sin embargo destacan correlaciones presentadas en el cuadro 13 entre satisfacción laboral y el disfrute de las actividades diarias (.319), en el rubro de motivación, las condiciones laborales (salario, horario, vacaciones, etc.) y esta conforme con el tiempo libre que le brinda la institución (.479), de igual forma condiciones laborales (salario, horario, vacaciones, etc.) y la seguridad de las condiciones de trabajo, es decir sin riesgos (.393), todos estos presentan baja correlación. Por otro lado, llama la atención, que en el rubro de actitud generalizada también se observa baja correlación en los límites entre lo que esta bien y lo que esta mal son menos claros para mi, que para la mayoría de la gente y me siento harta(o) y a menudo siento que la vida es muy monótona (.416)

ANALISIS DE RESULTADOS

Al observar la relación entre las variables sociodemográficas y el nivel de satisfacción laboral de las enfermeras, en general no se encontraron grandes diferencias dentro del grupo, quienes se encontraron mas satisfechas son aquellas que tienen entre 35 y 50 años.

Por otra parte y en relación al servicio en el cual trabajan, las que se encuentran mas satisfechas son las enfermeras del puesto de enfermera general

Los resultados del estado civil no indican ningún fenómeno extraordinario que merezca ser detallado, pues la mayoría son casadas.

La antigüedad en este contexto, la formación y autoformación desempeñan un papel de extrema relevancia, no solo para las enfermeras, sino para todos aquellos que participan del proceso de salud en los hospitales (médicos en todas sus especialidades). Considero que este puede ser el camino del despertar del auto conocimiento en su actividad profesional, de abrirse a lo nuevo y de creer en el cambio con mayores posibilidades de satisfacción laboral que realizan, por lo que en este estudio las enfermeras con mayor antigüedad, oscila entre 16 y 20 años de antigüedad y mas del 50% tienen nivel técnico

Por otro lado, las investigaciones realizadas sobre satisfacción laboral en enfermeras en diversos lugares del mundo han llegado a conclusiones similares respecto a aquellos aspectos del trabajo que guardan relación con la satisfacción y la insatisfacción laboral como son remuneraciones, puesto, liderazgo, etc. pero pocas o ninguna se ha abordado bajo condiciones del trabajo nocturno, que en particular tienen condiciones de trabajo mas penosas que los del turno de día, especialmente en materia de supervisión, salubridad, alimentación, movilidad, extensión de la jornada, interrupciones, iluminación, etc. El ambiente de trabajo es menos adecuado que en los turnos matutino y vespertino y más deteriorante para la salud física y psíquica del trabajador y sus condiciones de vida.

A pesar de lo anterior, en esta investigación, del total de las preguntas, el **92%** tuvieron respuestas satisfactorias, 49% evidenciaron satisfacción elevada, 43% mostraron satisfacción intermedia, mientras que en el 6% se observaron levemente satisfechas, y el 2% se mostraron insatisfechas. Por lo que se puede observar que existe satisfacción laboral: elevada, intermedia, leve e insatisfacción.

En cuanto a la motivación en el 44% se observa que están medianamente motivadas, el 25% se encuentra altamente motivadas, el 18% levemente

motivadas, el 4% no están motivadas y el 6% son indiferentes a este rubro, mientras que el 1.3% no respondió una pregunta.

Lo interesante es que para motivar al individuo, “se recomienda poner de relieve el logro, reconocimiento, trabajo en sí, la responsabilidad y el crecimiento, y se debe cuidar también de los factores extrínsecos” (Atalaya, 1999, p. 57)

Esto puede deberse a los factores intrínsecos del trabajo que tendrían el potencial de llevar a un estado de satisfacción con el puesto (como el logro, el reconocimiento, el trabajo en sí mismo, la responsabilidad y el crecimiento), porque pueden satisfacer las “necesidades de desarrollo psicológico”. De modo que el sujeto se interesará en ampliar sus conocimientos y desarrollar actividades creativas, afirmando su individualidad, logrando objetivos alcanzables solo en puestos con dichas características, pero cuando no ofrece oportunidades de desarrollo psicológico, experimentará solo “ausencia de satisfacción” (Atalaya, 1995 p.57)

Por otro lado, la actitud de las enfermeras no es muy favorable, debido a que aún cuando la mayoría reflexiona antes de actuar 91%, los límites de lo que está bien y lo que está mal son menos claros para ellas que para la mayoría de la gente 40%, presentan sufrimiento 55% y sentimientos de culpa 40%, además de no cumplir con las promesas que hacen a los demás 40%.

La relación entre la salud de la persona y el nivel de satisfacción con el trabajo no ha sido muy bien investigada. Sin embargo, se asume que hay una correlación positiva. Es necesario determinar hasta qué punto la persona satisfecha con su trabajo lo está también con su vida familiar, con sus amigos, etc. Sólo así se podría determinar si la salud es una causa o consecuencia de la satisfacción laboral.

Como lo señala Johns (1988) cit. en Palma (1999), diferentes estudios han mostrado que los trabajadores que describen su trabajo como insatisfactorio tienden a sufrir múltiples síntomas y enfermedades físicas. La asociación entre salud y satisfacción no indica que una causa la otra. Si bien no existen muchas evidencias que respalden esta postura es necesario tener en cuenta que una persona que se encuentra satisfecha en su trabajo tendrá actitudes más positivas hacia la vida lo que influirá en el equilibrio de su salud física y psicológica, no obstante en esta investigación existe satisfacción laboral, pero no una actitud positiva ni un equilibrio en la salud, ya que se presentaron todas las alteraciones (física, psicológicas, psicosomáticas, familiares y sociales), como a continuación se indican.

Wyatt y Marriott citado en Muchinski (1994) afirman que los trastornos más comunes del trabajo nocturno son: en la vida familiar y social, seguidas de alteraciones del sueño, estado general y del apetito, en la presente

investigación los trastornos físicos (problemas de salud, dolores articulares, de cabeza, úlceras, gastritis, alteraciones de peso, menstruales y de apetito) se evidencian en el 37% con poca regularidad, y en un 26% con mas frecuencia

Esto se explica primero por que la enfermera no pude invertir sus biorritmos de tal manera que coincidieran con sus horarios de trabajo aún cuando labore en turno nocturno fijo, ya que tras el reposo semanal, los biorritmos inician su estado normal.

Los biorritmos del trabajo de noche no reaccionan de la misma forma ante los sincronizadores en conflicto. Algunos como la frecuencia cardiaca ceden al entrenamiento horario, otros como los jugos gástricos se sincronizan con el horario de la familia y otros ocupan una posición intermedia. La correlación armoniosa que los unía desaparece (Ubeda, 1991)

Tal contradicción interfiere con el ciclo ovárico y cansa al organismo, esto aunado a la carga de trabajo y las condiciones laborales fortalecen aun más la aparición del agotamiento y a largo plazo caen en lo patológico.

Aun cuando las alteraciones del sueño no son muy severas es evidente que existen en el 47% con poca frecuencia, y el 7% las padece con más regularidad.

Para Jormal citado en Muchinski (1994), los trabajadores que tienen turno nocturno fijo como es el caso de la presente investigación gozan de mejor salud mental que los trabajadores a relevos, sin embargo los resultados reflejan problemas psicológicos importantes en el 21% de la muestra y el 41% se ve afectada con menos frecuencia. Lo anterior es debido a que la fatiga excesiva engendrara por el trabajo nocturno conduce a una morbilidad nerviosa también excesiva, por que el factor patógeno fundamental no es la alternancia de los horarios, si no el trabajo nocturno en si.

El trabajo nocturno provoca siempre una fatiga excesiva y en ocasiones enfermedades psicosomáticas de diversa índole. La carga mental de la ocupación y el envejecimiento de las trabajadoras constituyen en este contexto factores agravantes, que a su vez conducen a tasas mas elevadas de enfermedades. Considerando además que las enfermeras están expuestas a un estrés constante y prolongado que al ser recurrente refuerza la fatiga y por ende se incrementan las mencionadas enfermedades psicosomáticas, en este caso se observa que el 31% las padece con frecuencia, mientras que para el 23% son con menos regularidad.

Así mismo están los conflictos específicos de atributos de la personalidad que unidos con todo lo anterior dan como resultado la alteraciones psicosomáticas o psicofisiológicas.

Las alteraciones familiares y sociales están relativamente afectadas, pues el 40% las presenta poco, y el 18% se ve mayormente acentuada, esto debido a que en México existe un gran apego a la familia y a los festejos tradicionales en comparación con países más desarrollados, en cambio los trastornos sociales prevalecieron, ya que ocasionalmente se permiten salidas con amistades, o actividades sociales, por un lado el motivo es que dada su personalidad les cuesta trabajo integrarse socialmente o bien sus relaciones sociales e interpersonales y su comunicación son superficiales.

Los eventos de situaciones, se verifican una vez iniciado el desempeño de la función. En este sentido, el individuo puede encontrar, a lo largo de su trabajo, situaciones que le son favorables y otras desfavorables. Por ejemplo, la existencia de una cierta autonomía en el desempeño de la función puede ser evaluada por el individuo como una situación positiva del trabajo; en contrapartida, el hecho de tener que salir después de su horario previsto de trabajo, puede contribuir a una apreciación negativa de la función, en este caso, la carga de trabajo le parece excesiva al 38% y menos frecuente al 50%, las enfermeras consideran que la institución les permite resolver problemas clínicos complejos al 61%, y ellas se sienten capacitadas para hacerlo con un 92%; les parece adecuadas las pautas de descanso al 76% y los espacios de convivencia con sus colegas al 62%, además están conformes con el tiempo libre como vacaciones, días festivos, etc. el 66%.

Los trabajadores se interesan en su ambiente de trabajo tanto para el bienestar personal como para facilitar el hacer un buen trabajo. Los estudios demuestran que los empleados prefieren ambientes físicos que no sean peligrosos o incómodos. La temperatura, la luz, el ruido y otros factores ambientales no deberían estar tampoco en el extremo por ejemplo, tener demasiado calor o muy poca luz. Además, la mayoría de los empleados prefiere trabajar relativamente cerca de la casa, en instalaciones limpias y más o menos modernas, con herramientas y equipo adecuado, en el caso de esta investigación se confirma, ya que las condiciones de trabajo, les parecen seguras al 57%, adecuadas al 65% y consideran que la institución les provee de manera adecuada de material al 61%, de herramientas informáticas al 63%, y adecuados espacios para su actividad y los pacientes al 63%, lo cual demuestra que el nivel de satisfacción de las enfermeras en relación a las condiciones físicas de su trabajo es moderada, así mismo estos rubros correlacionan levemente con la satisfacción laboral.

Los datos no permiten aceptar la hipótesis de investigación y solo de una manera muy limitada en algunas variables presentadas en el cuadro 13.

CONCLUSIONES

La satisfacción laboral es de gran interés por que indica la habilidad de la organización para satisfacer las necesidades de los trabajadores, es más probable que los empleados satisfechos sean ciudadanos satisfechos, estas personas adoptarán una actitud más positiva ante la vida en general y representarán para la sociedad personas más sanas, en términos psicológicos, considerando además que la evaluación de la satisfacción laboral debe realizarse con base en un esquema solidamente fundamentado que defina la manera precisa los aspectos a evaluar.

Puede parecer absurdo, por obvio, señalar la importancia de la evaluación en esta área. No obstante, es pertinente, ya que su utilización aún es escasa y claramente insuficiente. Debido a la limitada disponibilidad en nuestro medio de instrumentos validados, o un conocimiento parcial de los mismos y a una crítica inespecífica sobre su utilidad, unas veces por este desconocimiento y otras por prejuicios de escuela. Los instrumentos de evaluación y diagnóstico en satisfacción laboral tienen diversas aplicaciones tanto en evaluación de programas como de la investigación, por tanto deben ser tomados en cuenta.

De acuerdo a los resultados, casi la mitad de la muestra evidencio elevada satisfacción laboral, ligera diferencia presento el nivel intermedio y un porcentaje mínimo insatisfacción.

Respecto al turno nocturno, aun cuando la semana laboral de horarios es flexible y esta siendo aplicada a este turno, los resultados han sido poco esperanzadores en cuanto a la salud de las trabajadoras, ya que este horario permite que tengan otra actividad por el día y se incrementen los daños a la salud. Por otro lado, se había considerado que el turno nocturno fijo eliminaba el problema de ajuste circadiano, pues no hay cambio de turno, no obstante se ha observado que todas las alteraciones se vieron evidenciadas, con mayor puntuación las psicosomática, seguidas de las físicas, posteriormente las familiares y sociales, continuando con la psicológicas y finalmente las del sueño, sin embargo las enfermeras resultaron con elevado nivel, lo cual indica que la consecuencias del trabajo nocturno no influye en su satisfacción

Por lo que la Hipótesis de investigación ha de ser rechazada, puesto que no se encontró correlación significativa entre el nivel de satisfacción laboral y la el trabajo nocturno.

De todas las variables incluidas en el cuestionario solo se detectó influencia significativa en el disfrute de sus actividades diarias, motivación, condiciones laborales (salario, horario, vacaciones, etc.), el tiempo libre que les brinda la institución y la seguridad en las condiciones de trabajo.

Lo ideal es que todas las enfermeras tengan un nivel elevado de satisfacción, lo que es de tomar en cuenta es que aún cuando un porcentaje menor de la muestra resultó con bajo puntaje, presenta insatisfacción y considera elevada la carga de trabajo, con problemas importantes de salud y alteraciones del sueño. Sin duda, sería de gran ayuda el analizar los factores condicionantes de las alteraciones del trabajo nocturno e insatisfacción laboral en esta muestra de enfermeras para implementar programas que permitan solucionar estos problemas, ya que de lo contrario el personal de enfermería podría incurrir en bajo rendimiento, lo cual repercute en la enfermera misma, los pacientes y la economía del sistema de salud

Cabe indicar, que de acuerdo a los resultados de la presente investigación comparada con los obtenidos por Sveinsdóttir, (2006), no hubo diferencias significativas, ya que las enfermeras islandesas reportaron satisfacción laboral a pesar severos síntomas físicos, sobre todo gastrointestinales y músculo esquelético, así como síntomas psicológicas, generados por el estrés del medio ambiente. En cuanto a condiciones de trabajo, consideran que su calidad de vida laboral se ha visto afectado por la excesiva carga de trabajo.

Nos preguntamos si cuando la enfermera considera excesiva la demanda por parte de los pacientes debe tomarse como causa o consecuencia de la insatisfacción. Recordemos que "la satisfacción de los profesionales de la salud con su trabajo es decisiva para la construcción de la satisfacción del paciente".

En general las enfermeras, tanto islandesas como las de esta muestra están satisfechas con su trabajo y asignación de turno, a pesar de los desordenes provocados por el turno nocturno.

La enfermera se desempeña, entre otras cosas, como "formador de satisfacción" en los pacientes que atiende. Se sabe que con un personal de salud insatisfecho es difícil lograr satisfacción en los pacientes. La excesiva demanda por parte de los pacientes y la carga laboral se corresponden, fundamentalmente, con el cambio en el perfil de la población en el último tiempo, debido a la profundización de la crisis socioeconómica que ha vivido y vive nuestro país.

RECOMENDACIONES

Es recomendable que futuras investigaciones enfoquen sus esfuerzos para el diseño de instrumentos de medición y evaluación de la satisfacción laboral bajo diferentes condiciones de trabajo, sobre todo de instituciones de salud en sus diversas categorías, cuidando que dichos instrumentos se diseñen bajo una estructura y sustento, además de requerirse que se validen y confiabilicen.

Sería interesante asociar las variables de insatisfacción para relacionarlas con manifestaciones tales como agresividad, ansiedad, depresión, fatiga, etc., los cuales podrían ser síntomas de que una trabajadora está insatisfecha en su trabajo. Como consecuencia de esta insatisfacción, es posible que aumenten tanto el absentismo laboral como los accidentes de trabajo.

Por lo tanto se hace necesario prevenir la aparición de la insatisfacción en el personal de enfermería sobre todo del turno nocturno, ya que atender a seres humanos y hacerlo en forma insatisfecha puede acarrear graves consecuencias para la salud de los pacientes, y es por ello que es aconsejable:

Alternar los turnos, en donde ellas eligieran el turno siempre que fuera posible, o bien proponer a las trabajadoras con mayor antigüedad la opción de cambiar de turno o las rotaran con sistemas de noche-tarde-mañana o mañana-tarde-noche, considerando las preferencias y características individuales.

Por otra parte, invitarlas a participar en la elaboración de nuevos planes y disfrutar de cierta flexibilidad para cambiar de un turno a otro. Cabe aclarar que es importante tomar en cuenta la salud y edad de las enfermeras, así como la aplicación de exámenes médicos, psicológicos y psicosomáticos periódicos, a fin de evaluar los daños a la salud y facilitar información y asesoramiento sobre condiciones que faciliten el sueño y reduzcan el estrés y la fatiga como técnicas de relajación muscular y profunda, meditación, desensibilización, así mismo es importante incluir entrenamiento asertivo, solución de conflictos, habilidades para tomar decisiones y resolver problemas, establecimiento de objetivos y prioridades, entrenamiento de habilidades interpersonales, manejo del tiempo entre otros.

De igual forma, proponer a las autoridades de los distintos centros e instituciones de salud la implementación de programas que ayuden a mejorar u optimizar los factores del trabajo que se identifiquen como influyentes en la satisfacción laboral de las enfermeras de nuestro país, y lograr, así, que éstas trabajen en ambientes laborales más confortables, seguros y agradables, con

políticas de remuneraciones y de promociones y ascensos justas y equitativas, todo lo cual influirá en la satisfacción laboral de la enfermera, en su vida personal, en la institución donde laboran y finalmente en el paciente o usuario de la atención de salud.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

1. Amir M, Kaplan Z, Neumann L, Sharabani R, Shani N, Buskila D.(1997) Posttraumatic stress disorder, tenderness and fibromyalgia. *J-psichosom-res*; 42(6):607-13
2. Anastasi A.(1999) Test psicológico (8a. ed.) México: Prentice Hall
3. Appelberg K, Romanov K, Heikkila K, Honkasalo ML, Koskenvuo M. (1996) Interpersonal conflict as a predictor of work disability: a follow up study of 15,348 Finnish employees. *J-Psychosom-Res*;44(2):157-67
4. Arvey R.D., Carter G.W., Buerkley D.K.(1991) Job satisfaction. dispositional influences. In: C.L. Cooper I.T. Robertson (Eds): *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, vol. 6, pp 359-381. John Wiley & Sons, New York
5. Atalaya, M.C. (1999) Satisfacción laboral y productividad. *Revista de la Facultad de Psicología de la Universidad Mayor de San Marcos*. Año III, No. 5, 45-76
6. Ayelsonn G, Ahlborg G Jr, Bodin L. (1996) Shiftwork nitrous oxide exposure and spontaneous abortion among Swedish midwives. *Occup-Environ-med*;53(6):374-8
7. Beer, M. (1964). Organizational size and job satisfaction, *Academy of Management Journal*, 7, pp. 34-44
8. Bravo, M. J.; Peiro, J.M; y Rodríguez, I. (1996). Satisfacción laboral. In Peiro, J.M. y Prieto, F. (editors), *Tratado de psicología del trabajo volumen I: La actividad laboral en su contexto* (pp. 343-394). Madrid: Ed. Síntesis
9. Bruggemann, A.; Groskurth, P. y Ulich, E. (1975). *Arbeitszufriedenheit*, Huber, Berna
10. Budnick LD, Lerman SE, Nicolich MJ. (1995) An evaluation of scheduled bright light and darkness on rotating shiftworkers: trial and limitations. *Am-J-Ind-Med*; 27(6):771-82
11. Cantera López Francisco J. (2007) Nota Técnica de Prevención no. 212 Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
12. Carpentier J, Cazamin P. (1977) El trabajo nocturno. Suiza. Ed. Organización Internacional del trabajo
13. Cavalcante S. (2004) Satisfacción en el trabajo de los directores de escuelas secundarias públicas. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona 97-119
14. Cervinka Renate (1993) Night shift dose and stress at work. *Ergonomics*, 36(1-3), 155-160
15. Clerc JM. (1991) Introducción a las condiciones y el medio ambiente de trabajo. Ginebra: O.I.T.;:136-138
16. Conditions of work digest. De. International Labour office. 1995; 14:71-187(ojo revisar)
17. Cook, J.D. et al. (1981). *The experience of work*. London: Academic Press.
18. Courtney JG, Longnecker MP, Petters RK. (1996) Psychosocial aspects of work and the risk of colon cancer. *Epidemiology* ;7(2): 175-81
19. Crawford SL, Motorola, Mesa AZ. (1993) Job stress and occupational health nursing: Modeling health affirming choices. *Usa-Aaohn J*; 41(11):522-528
20. Crites, J. O. (1969) *Vocational Psychology. The study of vocational behavior and development*, New York: McGraw-Hill
21. Daniellow F. (1985) La conduite de processus chimiques presence et pression du danger, en: Dejours C, Veil C, Wisner A. *Psychopathologie du travail, Entreprise moderne D. edition*, Paris; 35-41
22. Daniellou F, L (1986) *opérateur, la vanne, l'écran*. Anact, Paris; 29-42
23. Davidhizar R, Shearer R, (1995) Dilemma for the nurse manager: the stress of caring to much. *Today's-or-nurse*; 17(2):36-8
24. Dawis, R. V & Lofquist, L.H. (1984) *A psychology theory of work adjustment*: Minneapolis: University of Minnesota Press
25. De la Fuente Muñiz Ramon. (1978) *Psicología médica*. 18a. reimpresión. México:Fondo de cultura económica,: 157-161
26. Díez Benavides Mariano. (1976) *De la emoción a la lesión*. México: Trillas,:5-836

27. Eastman CI, Liu L, Fog LF. (1995) Circadian rhythm adaptation to simulated night shift work: effects of nocturnal bright-light duration. *Sleep*,; 18(6):399-407
28. Fernández-Dols, J.M. (1994). Bases sociales de la emoción. En *Psicología Social*. Madrid: McGraw-Hill
29. Fernández Larraguibel, Beatriz y Paravik Klijn, Tatiana, Nivel de satisfacción laboral en enfermeras de hospitales públicos y privados de la provincia de Concepción, Chile. *Cienc. Enferm (online)*. Dic. 2003, col.9, no. 2 (citado 25 mayo 2007), p. 57-66. Disponible en la World Wide Web: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200006&lng=es&nrm=iso. ISSN 0717-9553.
30. Ferrerira, J.M. et. al. (1996) *Psicosociología de las organizaciones*. Lisboa: McGraw-Hill
31. Fiske, S.T. y Taylor, S.E. (1991). *Social cognition*. New Cork: McGraw Hill, 2da. Ed.
32. Fontana David. (1992) *Control del estres*, México: El manual moderno, 11-15
33. Friedmann Gregorio, Naville Pierre. (1978) *Tratado de sociología del trabajo*. México: Fondo de cultura económico.;13-20
34. Galin Pedro. (1982) *Condiciones de trabajo por turnos en la industria Peruana*. 2da. de. Peru: O.I.T.,;2
35. Gayosso Islas Evila, et.al. (1992) *Riesgos de trabajo de la enfermera gestante*. México. Tesis UNAM; ENEO.;5-7
36. Gelder Michael, Gath Dennis, Mayou Richard. (1994) *Concise Oxford Textbook of psychiatry*. Gran Bretaña, De. Oxford University Press.;:85-93, 91-97, 183-190, 217-227
37. Griffin, R.W. & Bateman, T.S. (1986). Job satisfaction and organizational commitment. In *International Review Industrial and Organizational Psychology*, C.I. ÇCooper and I.Tobertson (eds.) New York: John Wiley & Sons
38. Gonzalez Luis. (1993) *La felicidad de 9 a 5 , satisfacción y motivación en el trabajo* Ediciones Temas de Hoy, España.
39. González Saiz Francisco (2003) *Instrumentos de evaluación y diagnóstico en drogodependencias*. Ed. Aula Médica. 1ra. Edición, España.
40. Hackman, J.R. y Oldham, G.R. (1976) Motivation through the design of work: test of a theory, in *Organizational Behavior and Human Performance*, 16, pp 250-279
41. Hackman, J.R. y Olham, G.R. (1980). *Work redesign*. Reading, Mass: Adison-Wesley
42. Harpaz, I. (1983). *Job satisfaction. Theoretical perspectives and longitudinal análisis*, Princeton: Libra Publishers
43. Hernández S. R., Fernandez C.C, Baptista L.P. (2006) *Metodología de la investigación*. Ed. Mc Graw Hill. 4ª. edición. México
44. Herzberg, F.; Mausner, B. y Snyderman, B.B. (1959). *The motivation to work*. New York: John Wiley & Sons.
45. Herzberg, F. (1966) *Work and the nature of man*. New York: Weley, International Edition
46. Hoppock, R. (1935) *Job satisfaction*. New York: Harper
47. Horney D. (1989) *La personalidad neurótica de nuestro tiempo*. México. Paidos.;:29-72
48. Jeamment PH, Reynaud M, Consoli S. (1989) *Manual de psicología médica*. España: Masson.;: 137-152
49. Khaing, S. P.S. (2003) *Individual Characteristics and Job Satisfaction: Measuring*. Series Editor: Dr Alan R Nankervis
50. Kawachi Y, Colditz GA, Stampfer MJ, Willett WC, Manson JE, Speizer FE, Hennekens Ch. (1995) Prospective study of shift work and risk of coronary heart disease in women. *Circulation*,;92 (11):3178-82
51. King, N. (1979). Clarification and evaluation of the two-factor theory of job satisfaction, in *Psychology bulletin*, 74, pp. 18-31
52. Kogi K, Je. (1993) Thurman. Trends in approaches to night and shiftwork and new international standards. *Ergonomics*,; 36(1-3):3-13
53. Korman, a.K. (1978). *Psicología de la industria y de las organizaciones*. Madrid: Marova

54. Ladow Joseph. (1993.) Medicina Laboral. Ed. El manual Moderno, México
55. Landero H.R.,González R.M. (2006) Estadística con SPSS y metodología de la investigación. Ed. Trillas, México
56. Lawer, E. (1973) Motivation in work organizations. Monterrey:Brooks/cole.
57. Leese G, Chattington P, Fraser W, Vura J, Edwards R, Williams G. (1996) Shosrt-term night shift working mimics the pituitary-adrenocortical disfunction in chronic fatigue syndome. J-clin-Endocrinol-Metab; 81(5): 1867-70
58. Lennernas M Hambraeus L, Akerstedt T. (1995) Shift related dietary intake in day and shift workers. Appetite; 25(3):253-65
59. Levy RL, Cain KC, Jarret M, Heikemper MM. (1997) The relationship between daily life stress and gstrointestinal syntoms in woman with irritable bowl syndrom. J-Behov Med 20 (2) 1977-93
60. Lima, M. L. Vala, J. & Monteiro, M.B. (1994) A satisfacao organizacional – Confrontos de Modelos, in P=sicología social das organizacoes. Estudos en Empresas Portuguesas, J. Vala, M. B. Monteiro, L. Lima, A. Caetano (eds.), pp. 101.122. Lisboa: Celta editora
61. Locke E.D. (1969). What is job satisfaction?, in Organizational Behavior and Human Performance, 4, pp.309-336
62. Locke, E.A (1976) The nature and causes of job satisfaction. In M.D. Dunnette (Ed.), Handbook of industrial and organizacional sychology (pp.1297-1349). Chicago:Rand Mcnally
63. Locke, E.A. (1984) Social Sychology and Organizational Behavior, M. Gruneberg y T. Wall (eds.), p.p. 93-117. New York: John Wiley & Sons
64. Marc Maurice. (1975) Shift work. Geneva. Ed. International Labour Office.: 92-146
65. Martínez Pina Angel. (1973) Patología psicossomática en la clínica médica y psicológica. México: científico médico,;5,61
66. Maslow, A.H. (1954) Motivation an Personality. New York: Harper
67. Meijjan Theo, Van Der Meer Oebele, Van Darmolen Max. (1993) The after-effects of night work on short-term memory performance. Ergonomics; 36(1-3):37-42
68. Motohashi Y, Takano T. (1995) Sleep habits and psychosomatic health complaints of kandk workers in a megacity in Japan. J-Biosoc-Sci; 27(4): 467-72
69. Muchinsky Paul M. (1994) Psicología aplicada al trabajo. Bilbao. Desclee de Brouwer. 611-624
70. Muchinsky, P.M. (1993) Psicología aplicada al trabajo. 4a. ed. México: Thomson Learning
71. Muecke S. (2005) Integrative literature reviews and meta-analysis. Effects of rotating night sifts; literature review. Blackwell Publishing Ltd, Journal of Advanced Nursing 50(4), 433-439
72. Mueller, C.W. y McCloskey, J.C. (1990). Nurses job satisfaction. A proposed measure. Nursing Research, 39, 113-117
73. Newstron, J. W. y Davis, K. (1993). Organizational behavior. Human behavior at work. Londres: McGraw-Hill
74. Niedhammer Mr Isabelle, Lert Ph D France, Marne Marie Jose, RN. (1994) Effect of shift work on sleep among french nurses. NOM.; 6:667-674
75. Niedhammer Y, Lert F, Marne MJ. (1995) Psichotropic drug use and shift work among french nurses (1980-1990). Psichol-Med,; 25(2):329-338
76. Nogareda Cuixart Clotilde, Nogareda Cuixart Silvia. (1990) Valoración de la carga mental en el servicio de urgencias de un hospital. Salud y Trabajo,; 82:11-13
77. Palma (1999) Elaboración y validación de una escala de satisfacción laboral en trabajadores de Lima metropolitana. Revista en teoría e investigación en psicología. Vo. IX;1:27-34
78. Parmeggiani Luigi. (1991) Night work. Encycloppoedia of occupational health and safety,; 2:1441-42, 1480-82, 1052-55
79. Peiro, José Ma. (1983-84) (1986), 2a. ed.) Psicología de la Organización (2 vols.) Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia

80. Peiro, J. M. (1994) Intervención psicosocial en psicología del trabajo Vol. 1: La actividad laboral en su contexto. Madrid: Editorial Síntesis
81. Peiro, J.M. (1998) La psicología del trabajo y de las organizaciones ante las transformaciones en el mundo del trabajo: Retos y perspectivas. In A. Duarte & J. Valentim (orgs), Psicología e Sociedade (Ciclo de Conferencias) (pp. 163-190). Universidad de Coimbra: Facultad de Psicología e de Ciencias da Educacao
82. Pérez Toledo Miguel A. (1990) Stress: vida o muerte, como controlarlo. 2da. México: Ed. Carisma,: 27-32
83. Petrescu Leonid. (1980) El surmenaje. Barcelona. Herder,;93-100
84. Quarstein, V.; McAfee, R.B.; y Glassman, M. (1992) The situational occurrences theory of job satisfaction, in Human Relations, 42, pp. 859-873
85. Quiroz García Alicia. (1956) Oligofrenia y Agresividad. México. Tesis de maestría;:21-36
86. Ramos Gil Javier. (1988) Los ritmos biológicos y su influencia en el hombre. Salud y trabajo.; 68:14-19
87. Robbins, S.P. (1996) Organizational behavior: Concepts, controversias, applications (7ª. Ed.). New Jersey: Prentice Hall International Editions
88. Ruíz F.J. (1994) Turno de noche: necesidades de los enfermos y actividad de la enfermera, Nursing 12(3):5
89. Ruíz F.J. (1994) El estrés y el trabajo de enfermería, Nursing 12(8):5
90. Ruíz F.J. (1996) El hospital: ¿un peligro para las enfermeras?, Nursing 14(2):4
91. Rüssel Arnulf. (1976) Psicología del trabajo. España. Morata.:164-169
92. Salancik, G.R. & Pfeffer, J. (1977). An examination of need-satisfaction models of job attitudes. Administrative Science Quarterly, 22, pp. 427-456
93. Salancik, G.R. & Pfeffer, J. (1978) A social information processing approach to job attitudes and task design, in Administrative Science Quarterly, 23, pp. 224-253
94. Sarason Irwin G. (1978) Psicología anormal. México. Trillas.:250
95. Schneider, B. & Reichers, A. (1983). On the etiology of climates, in Personnel Psychology, 36, 573-611
96. Snyder, M. & Ickes, W. (1985) Personality and social behavior. In G. Lindzey & E. Aronson (eds.), Handbook of social psychology (3rd. ed., vol. 2 pp. 883-948) New York: Random House
97. Spector, P.E. (1997) Job satisfaction: application assessment, causes, and consequences. California: Sage publications, Inc.
98. Sternberg H, Rosenthal T, Shamiss A, Green M. (1995) Altered circadian rhythm of blood pressure in shift workers. J-Hum-Hypertens; 9(5):349-53
99. Stoner, Jones y otros (1996) Administración (6a. ed.). México. Prentice Hall
100. Sutker Patricia B. y Adams Henry E. K. (1993) Comprehensive of psychopathology. 2da. Estados Unidos. De. Plenum Press.;;183-190
101. Suzuki M, Kashiwagi T, Oka M, Vechi M, Osei Hyiaman D, Yanaka T, Saga R. (1997) A study of the path diagram of the relationship between life style, mental health and psychosocial factors of nurses working at hospitals in Japan. Kango-Kenkyu; 30(2):59-6
102. Sveinsdóttir H. Self-assessed quality of sleep, occupational health, working environment, illness experience and job satisfaction of female nurses working different combination of shifts. Scand J Caring Sci 2006; 20:229-37
103. Toro G. Ricardo, Yepes Luis E. (1986) Psiquiatría. Colombia.CIB:460
104. Totterdell P, Spelten E, Pokiski J. (1995) The effects of nightwork on psychological changes during the menstrual cycle. J-Adv-Nurs; 21(5):996-1005
105. Tov N, Rubin AH, Lavie P. (1995) Effects of workland on residents sleep duration: Objective documentation. Isr-J-Med-Sci; 31(7):417-23
106. Ubeda Asensio Ramón. (1991) Trabajos a turnos y ritmos biológicos. Salud y trabajo.; 83:12-17
107. Wederburn alexander A.I. (1992) How fast should the night shift rotate. A rejoinder. Ergonomics.; 35 (12):1447-1451

108. Weich S, Lewis G, Mann A. (1996) Effect of early life experiences and personality on the reporting of psychosocial distress in general practice. A preliminary investigation. Br.J-Psychiatry; 168-(1):116-20
100. Wilkinson R.T. (1992) How fast should the night shift rotation. Ergonomics,;35(12)1425-1446
101. Wisner A. (1985) Neurophysiologie du travail. Paris. De. CNAM. Lecc. 30
102. Yasukouchi H. Woda S, Urasaki e, Yokota A. (1995) Effects of night work on the cognitive function in young and elderly subjects with specific reference to the auditory P300, Sangyo-Ika-Daigaku Zasshi. dec 1;17(4)229-46
103. www.mtas.es/insht/ntp/ntp_212.htm/
- 104 [http://espace.lis.curtin.edu.au/archive/00000946/01/2003-4 Swe Khaing.pdf](http://espace.lis.curtin.edu.au/archive/00000946/01/2003-4_Swe_Khaing.pdf)
- 105 www.eumed.net/tesis/cgb/c1.pdf

ANEXOS

Anexo I CUESTIONARIO DE SATISFACCION LABORAL EN CONDICIONES DE TRABAJO NOCTURNO

El propósito de este cuestionario, es darle la oportunidad de decir como se siente usted en su actual trabajo. Emplee un lápiz o bolígrafo para contestar el cuestionario; al hacerlo, piense en lo que sucede la mayoría de las veces en su trabajo. No hay respuestas correctas o incorrectas. Éstas simplemente reflejan su opinión personal. Todas las preguntas tienen cinco opciones de respuesta, elija la que mejor describa lo que piensa usted. Solamente una opción.

Marque con claridad la opción elegida con una cruz o una "paloma", recuerde no se deben marcar dos opciones marque así:

X √

Sus respuestas serán anónimas y absolutamente confidenciales. Los cuestionarios serán procesados por personas externas. Además como usted puede ver, en ningún momento se le pide su nombre.

De antemano ¡**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION!**

Sexo: (F) (M) Edad _____ Puesto _____ Antigüedad en el
puesto _____ Antigüedad en el turno _____ Estado
civil _____ Escolaridad _____

	Nunca	Poco Frecuente	Indiferente	Frecuen- temente	Muy frecuen temente
APARTADO I					
Estoy satisfecha(o) con el trabajo como fuente de realización					
Estoy satisfecha(o) con las oportunidades que el trabajo me ofrece de hacer cosas en las cuales destaco					
Me satisfacen las oportunidades que el trabajo me ofrece de hacer lo que me gusta					
En general me siento satisfecha(o) en mi unidad					

	Nunca	Poco Frecuente	Indiferente	Frecuen- temente	Muy frecuen temente
APARTADO II					
Estoy motivada(o) para hacer mi trabajo					
Se reconoce adecuadamente las tareas que realizo					
Cuando introduzco una mejora de mi trabajo se me reconoce					
En general las condiciones laborales (salario, horario, vacaciones, beneficios sociales, etc.) son satisfactorios					

	Nunca	Poco Frecuente	Indiferente	Frecuen- temente	Muy frecuen temente
APARTADO III					
Reflexiono antes de actuar					
Los límites entre lo que esta bien y lo que esta mal son menos claros para mi, que para la mayoría de la gente					
Tengo sentimientos de culpa					
Soy una persona que sufre					

Anexo II

Tabla 4.1
Cargas de factores de la escala para medir el satisfacción laboral
(Hospital Regional General Ignacio Zaragoza)

Pregunta Factor o
Componente

Component Matrix(a)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
alteraciones psicosomáticas	.934								
alteraciones psicológicas	.915								
alteraciones físicas	.904								
alteraciones psicosomáticas	.903								
alteraciones psicosomáticas	.884								
alteraciones del sueño	.864							-.405	
alteraciones físicas	.856								
alteraciones psicosomáticas	.838								
alteraciones psicosomáticas	.820								
alteraciones familiares y sociales	.814								
alteraciones familiares y sociales	.802								
alteraciones físicas	.783								
actitud generalizada	.749								
alteraciones psicológicas	.714								
alteraciones del sueño	.714								
alteraciones físicas	.697								
alteraciones familiares y sociales	.672								.412
alteraciones familiares y sociales	.661								
alteraciones psicosomáticas	.653								.566
alteraciones físicas	.647	-.512							
alteraciones físicas	.632								
alteraciones familiares y sociales	.619								
alteraciones psicológicas	.597		.518						
alteraciones del sueño	.540		.415						
actitud generalizada	-.483					.409			
lugar de trabajo y ambiente físico		.842							
lugar de trabajo y ambiente físico		.839							

carga de trabajo y periodos de descanso		.822						
lugar de trabajo y ambiente fisico		.789						
lugar de trabajo y ambiente fisico		.709						
lugar de trabajo y ambiente fisico		.628						
actitud generalizada		-.583	.420					
alteraciones psicósomáticas	.417	-.579						
satisfacción laboral		.531			-.450		.462	
alteraciones psicósomáticas	.493	-.502		.483				
satisfacción laboral		.548	.632					
satisfacción laboral	-.461	.444	.602					
actitud generalizada			.586		.433			
motivación y reconocimiento	.467		.547					
alteraciones del sueño			.547		-.480			
alteraciones del sueño	.494		.539	-.459				
alteraciones psicósomáticas	.486		.529					
carga de trabajo y periodos de descanso		.489		.739				
alteraciones familiares y sociales				-.687				
alteraciones físicas	.416			.684				
carga de trabajo y periodos de descanso		.567		.576				
motivación y reconocimiento	.410	.414		-.565				
actitud generalizada				.474				
motivación y reconocimiento	.434			-.448	.564			
alteraciones del sueño		-.546			.553			
alteraciones psicológicas	.401				.512			
actitud generalizada					.460			
actitud generalizada				-.412	.453			
satisfacción laboral		.432				-.589	-.420	
alteraciones psicológicas						.576		
motivación y reconocimiento						-.564		.485
alteraciones psicósomáticas	.475			.466		.532		
carga de trabajo y periodos de descanso		.436					.620	
carga de trabajo y periodos de descanso					.511			.594
carga de trabajo y periodos de descanso				.405				.488

Extraction Method: Principal Component Analysis.
a. 12 components extracted.

**Pregunta Factor o
Componente
Matrix(a)**

Rotated Component

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
alteraciones familiares y sociales	.959								
alteraciones físicas	.952								
alteraciones del sueño	.899								
alteraciones familiares y sociales	.891								
alteraciones psicósomáticas	.884								
alteraciones psicológicas	.883								
actitud generalizada	.876								
alteraciones psicósomáticas	.872								
alteraciones psicósomáticas	.820								
alteraciones psicósomáticas	.802					.418			
alteraciones físicas	.762			.538					
alteraciones psicósomáticas	.720								
alteraciones físicas	.645								
alteraciones familiares y sociales	.626								
alteraciones físicas	.508			.495					
actitud generalizada	-.506	-.453					.458		
lugar de trabajo y ambiente físico		.936							
lugar de trabajo y ambiente físico		.933							
carga de trabajo y periodos de descanso		.870							
lugar de trabajo y ambiente físico		.868							
lugar de trabajo y ambiente físico		.791							
carga de trabajo y periodos de descanso		.591			.587				
lugar de trabajo y ambiente físico		.579							
actitud generalizada		-.479							
alteraciones psicósomáticas		-.433	.411						
alteraciones del sueño			.911						
alteraciones del sueño			.883						
alteraciones psicológicas			.744	.461					
alteraciones del sueño			.693					.430	

alteraciones del sueño	.599	.642						
alteraciones familiares y sociales		.637						
alteraciones psicosomáticas		.620						-.514
motivacion y reconocimiento		.484						
alteraciones físicas			.902					
alteraciones psicosomáticas			.840					
alteraciones del sueño			.722					
motivacion y reconocimiento			.701			.402		
alteraciones psicológicas			.643					-.549
actitud generalizada			.475		-.442	.408		
alteraciones psicosomáticas			.416					
carga de trabajo y periodos de descanso				.873				
carga de trabajo y periodos de descanso		.482		.807				
satisfacción laboral				.717		.405		
alteraciones psicosomáticas						.860		
alteraciones físicas	.412					.735		
alteraciones físicas	.603					.664		
alteraciones familiares y sociales	.555					.631		
alteraciones familiares y sociales	.417					.496	-.402	.474
carga de trabajo y periodos de descanso						.915		
satisfacción laboral	-.547					.588		
satisfacción laboral						.561	.531	
motivación y reconocimiento							.929	
satisfacción laboral							.737	
actitud generalizada								.810
carga de trabajo y periodos de descanso								.749
motivacion y reconocimiento			.456					.603
actitud generalizada								.455
actitud generalizada								
alteraciones psicológicas			.431					
alteraciones psicológicas	.538							

Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.
a. Rotation converged in 24 iterations.

ANEXO III

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación se encuentra sujeta a las consideraciones éticas descritas en el Código para Enfermeras y Enfermeros de México en las que se aplican principios éticos genéricos, mismos que son necesarios para el apego de todas las intervenciones que rigen el quehacer de enfermería, basadas en el conocimiento mutuo y con respeto de la dignidad de las personas:

Así mismo, la presente investigación se rige bajo los criterios señaladas por la Comisión de Investigación en Enfermería de la Asociación Norteamericana de Enfermeras.

Estas declaraciones son relativas a dos conjuntos de derechos en los que incluyen:

- a. Los derechos del personal de Enfermería para realizar investigaciones y tener acceso a la información en tales investigaciones.

Los derechos de los individuos que participan en la investigación:

En este aspecto los investigadores garantizan a los individuos que no existe riesgo alguno, molestia, invasión de la privacidad o amenaza de la dignidad personal, además de que, “se garantiza al sujeto que, si decide no participar en el estudio, no se verá acosado para que cambie tal decisión ni la calidad de los cuidados que se le brindan resultará afectada”

Anexo IV

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Reconozco que se me ha proporcionado información clara y precisa sobre la participación en el proyecto de investigación “**Satisfacción Laboral de Enfermeras que Trabajan en el Turno Nocturno**”, por lo que entiendo y declaro lo siguiente:

1. Se me informo que no existe riesgo, molestia, invasión de la privacidad o amenaza de la dignidad personal que me afecten.
2. Se me garantiza que, si decido no participar en el estudio, no me veré acosado para que cambie tal decisión.
3. Que en caso de que aceptara y posteriormente decidiera ya no formar parte del estudio no me veré afectado como en los anteriores puntos.

Por lo anterior, es mi voluntad libre y consciente aceptar formar parte del proyecto de investigación:

FIRMA

Anexo V Resultados del cuestionario de Satisfacción Laboral en Condiciones de Trabajo Nocturno

4.1.2 Satisfacción Laboral

a) Apartado I. Satisfacción Laboral

Reactivos que conforman el apartado I. Satisfacción laboral

R1.- Estoy satisfecha(o) con el trabajo como fuente de realización

	Frecuencia	Porcentaje
algo frecuente	1	1.3
indiferente	1	1.3
frecuentemente	33	41.3
muy frecuentemente	45	56.3
Total	80	100.0

El cuadro muestra que el 56.3% de las enfermeras están muy frecuentemente satisfechas, mientras que el 41.3% frecuentemente y solo el 1.3% algo frecuente e indiferente

R2.- Estoy satisfecha(o) con las oportunidades que el trabajo me ofrece de hacer cosas en las cuales destaco

	Frecuencia	Porcentaje
nunca	3	3.8
algo frecuente	14	17.5
frecuentemente	39	48.8
muy frecuentemente	24	30.0
Total	80	100.0

En cuanto a la satisfacción con las oportunidades que el trabajo les ofrece de hacer cosas en las cuales destacan el 48.8% frecuentemente, el 30% muy frecuentemente, el 17.5% algo frecuente y el 3.8% nunca

R3.- Me satisfacen las oportunidades que el trabajo me ofrece

	Frecuencia	Porcentaje
algo frecuente	2	2.5
frecuentemente	44	55.0
muy	34	42.5

frecuentemente		
Total	80	100.0

En la satisfacción que las oportunidades de trabajo les ofrece, el 55% frecuentemente, el 42.5% muy frecuentemente y el 2.5% algo frecuente.

R4.- En general me siento satisfecha(o) en mi unidad

	Frecuencia	Porcentaje
algo frecuente	4	5.0
frecuentemente	22	27.5
muy frecuentemente	54	67.5
Total	80	100.0

Por otro lado, el 67.5% muy frecuentemente se sienten satisfechas en su unidad, el 27.5% frecuentemente, mientras que el 5% algo frecuente.

b) Apartado II. Motivación y Reconocimiento

Reactivos que conforman el apartado II. Motivación y reconocimiento

R5.- Estoy motivada(o) para hacer mi trabajo

	Frecuencia	Porcentaje
nunca	1	1.3
algo frecuente	3	3.8
indiferente	1	1.3
frecuentemente	33	41.3
muy frecuentemente	41	51.3
Total	79	98.8
Missing System	1	1.3
Total	80	100.0

En la motivación y reconocimiento, las enfermeras refieren que el 51.3 % muy frecuentemente están motivadas, el 41.3% frecuentemente, el 3.8% algo frecuente, mientras que el 1.3% indiferente y nunca, cabe aclarar que 1.3 no contesto la pregunta

R6.- Se reconoce adecuadamente las tareas que realizo

		Frecuencia	Porcentaje
	nunca	2	2.5
	algo frecuente	15	18.8
	indiferente	7	8.8
	frecuentemente	39	48.8
	muy frecuentemente	16	20.0
	Total	79	98.8
Missing	System	1	1.3
Total		80	100.0

Este cuadro indica que el 48.8% frecuentemente se les reconoce las tareas que realiza, el 20% muy frecuentemente, el 18.8% algo frecuente, al 8.8% le es indiferente y el 2.5 nunca, de igual forma el 1.3 omitió contestar la pregunta

R7.- Cuando introduzco una mejora de mi trabajo se me reconoce

		Frecuencia	Porcentaje
	nunca	6	7.5
	algo frecuente	25	31.3
	indiferente	11	13.8
	frecuentemente	29	36.3
	muy frecuentemente	8	10.0
	Total	79	98.8
Missing	System	1	1.3
Total		80	100.0

El 36.3% de las enfermeras considera que frecuentemente reconocen cuando introducen una mejora en su trabajo, el 31.3% algo frecuente, mientras que al 13.8% le es indiferente, al 10% muy frecuentemente y al 7.5% nunca y el 1.3% no respondió la pregunta

R8.- En general las condiciones laborales (salario, horario, vacaciones, beneficios sociales, etc.) son satisfactorios

		Frecuencia	Porcentaje
	nunca	5	6.3
	algo frecuente	16	20.0
	indiferente	1	1.3
	frecuentemente	40	50.0
	muy frecuentemente	17	21.3
	Total	79	98.8
Missing	System	1	1.3
Total		80	100.0

Al 50% frecuentemente le satisfacen las condiciones laborales, al 21.3% muy frecuentemente, al 20% algo frecuente y al 6.3% nunca, el 1.3% evito responder a la pregunta

d) Apartado III. Actitud Generalizada

Reactivos que conforman el apartado III. Actitud generalizada

R9.- Reflexiono antes de actuar

	Frequency	Percent
nunca	1	1.3
algo frecuente	4	5.0
indiferente	2	2.5
frecuentemente	50	62.5
muy frecuentemente	23	28.8
Total	80	100.0

En el reactivo 9, se puede visualizar que el 62.5% de las enfermeras reflexionan antes de actuar, el 28.8 muy frecuentemente, el 5% algo frecuente, el 2.5% algo frecuente, y el 1.3 nunca

R10.- Los limites entre lo que esta bien y lo que esta mal son menos claros para mi, que para la mayoría de la gente

	Frequency	Percent
nunca	22	27.5
algo frecuente	32	40.0
indiferente	10	12.5
frecuentemente	12	15.0
muy frecuentemente	2	2.5
Total	78	97.5
Missing System	2	2.5
Total	80	100.0

Por lo que respecta a los limites entre lo que esta bien y lo que esta mal son menos claros para mi, que para la mayoría de la gente, el 40% puntuo en algo frecuente, el 27.5% nunca, el 15% frecuentemente, el 12.5% indiferente y el 2.% muy frecuentemente. Cabe indicar que dos enfermeras no contestaron este reactivo.

R11.- Tengo sentimientos de culpa

	Frequency	Percent
nunca	32	40.0

algo frecuente	37	46.3
indiferente	5	6.3
frecuentemente	4	5.0
muy frecuentemente	2	2.5
Total	80	100.0

En cuanto a los sentimientos de culpa, el 46% de las sujetos responde que algo frecuente, el 40% nunca, el 6.3 indiferente, el 5% frecuentemente, y el 2.5% muy frecuentemente

R12.- Soy una persona que sufre

	Frequency	Percent
nunca	30	37.5
algo frecuente	44	55.0
indiferente	4	5.0
frecuentemente	1	1.3
muy frecuentemente	1	1.3
Total	80	100.0

Las enfermeras perciben sufrimiento algo frecuente en un 55%, nunca en un 37%, indiferente en un 5%, frecuentemente y muy frecuentemente en un 1.3%

R13.- Siempre mantengo una promesa, sin importarme las molestias que ello pueda ocasionar

	Frequency	Percent
nunca	32	40.0
algo frecuente	25	31.3
indiferente	8	10.0
frecuentemente	12	15.0
muy frecuentemente	3	3.8
Total	80	100.0

Así mismo, el 40% nunca mantienen una promesa, el 31.3% algo frecuente, al 10% le es indiferente, al 15% frecuentemente, mientras que al 3.8% muy frecuentemente

R14.- Culpo a otra persona de mis actos

	Frequency	Percent
nunca	68	85.0
algo frecuente	9	11.3
indiferente	1	1.3
frecuentemente	1	1.3

muy frecuentemente	1	1.3
Total	80	100.0

Por otro lado el 85% nunca culpa a otras personas de sus actos, el 11.3% algo frecuente, mientras que el 1.3% se visualiza en indiferente, frecuentemente y muy frecuentemente

R15.- Es mejor seguir las normas de la sociedad que ir a la deriva

	Frequency	Percent
nunca	6	7.5
algo frecuente	16	20.0
indiferente	8	10.0
frecuentemente	33	41.3
muy frecuentemente	17	21.3
Total	80	100.0

En este reactivo el 41.3% considera que es mejor seguir las normas de la sociedad que ir a la deriva, el 21% muy frecuentemente, el 20% algo frecuente, al 10% le es indiferente y al 7.5% nunca

d) Apartado IV. Alteraciones del Sueño

Reactivos que conforman el apartado IV. Alteraciones del sueño

R16.- Me despierto demasiado temprano y ya no puedo volver a dormir

	Frequency	Percent
nunca	21	26.3
algo frecuente	49	61.3
indiferente	1	1.3
frecuentemente	8	10.0
muy frecuentemente	1	1.3
Total	80	100.0

En las alteraciones del sueño, el 61.3% refiere que algo frecuente se despierta demasiado temprano y ya no se puede volver a dormir, el 26.3% nunca, el 10% frecuentemente y el 1.3% muy frecuentemente e indiferente.

R17.- He dormido menos por tener preocupaciones

	Frequency	Percent

	nunca	12	15.0
	algo frecuente	51	63.8
	indiferente	6	7.5
	frecuentemente	9	11.3
	muy frecuentemente	1	1.3
	Total	79	98.8
Missing	System	1	1.3
Total		80	100.0

En este reactivo las enfermeras refieren que el 63.8% algo frecuente duermen menos por tener preocupaciones, el 15% nunca, el 11.3% frecuentemente, el 7.5% indiferente, mientras que el 1.3% muy frecuentemente. Cabe mencionar que una enfermera omitió contestar el reactivo

R18.- He tenido dificultad para dormir o conciliar el sueño

	Frequency	Percent
nunca	19	23.8
algo frecuente	50	62.5
indiferente	2	2.5
frecuentemente	8	10.0
muy frecuentemente	1	1.3
Total	80	100.0

Con relación a la dificultad para dormir o conciliar el sueño, el 62.5% algo frecuente ha presentado dificultad, el 23.8% nunca, el 10% frecuentemente, el 2.5% indiferente y el 1.3% muy frecuentemente

R19.- Ingiero medicamento para mantenerme despierta o para dormir

	Frequency	Percent
nunca	77	96.3
algo frecuente	3	3.8
Total	80	100.0

En lo que respecta a la ingestión de medicamentos para mantenerse despierta o para dormir el 96.3% refiere que nunca, y 3l 3.8% refiere que algo frecuente

R20.- He tenido dificultad para dormir de un jalón toda la noche

	Frequency	Percent
nunca	38	47.5
algo frecuente	37	46.3
indiferente	1	1.3

frecuentemente	3	3.8
muy frecuentemente	1	1.3
Total	80	100.0

La dificultad para dormir toda la noche, nunca se observa en el 47.5%, algo frecuente en el 46.3%, frecuentemente en el 3.8%, indiferente y muy frecuentemente en un 1.3%

R21.- He pasado noches inquietas o intranquilas

	Frequency	Percent
nunca	36	45.0
algo frecuente	40	50.0
indiferente	1	1.3
frecuentemente	2	2.5
muy frecuentemente	1	1.3
Total	80	100.0

El 50% de las enfermeras han pasado algo frecuente noches intranquilas, el 45% nunca, el 2.5% frecuentemente, indiferente y muy frecuentemente el 1.3%

e) Apartado V. Alteración Físicas

Reactivos que conforman el apartado V. Alteraciones físicas

R22.- En los últimos 5 años he tenido problemas de salud que ameritan hospitalización o largo tratamiento

	Frequency	Percent
nunca	45	56.3
algo frecuente	23	28.8
indiferente	2	2.5
frecuentemente	8	10.0
muy frecuentemente	2	2.5
Total	80	100.0

En los problemas de salud se puede observar que el 56.3% nunca los ha padecido, el 28.8% algo frecuente, el 10% frecuentemente y el 2.5% indiferente y muy frecuentemente.

R23.- He presentado dolores articulares como codos, rodillas, nudillos, etc

	Frequency	Percent
nunca	31	38.8
algo frecuente	31	38.8
frecuentemente	13	16.3
muy frecuentemente	4	5.0
Total	79	98.8

Missing	System	1	1.3
Total		80	100.0

Los dolores articulares se han presentado algo frecuente en el 38.8%, nunca en otro 38.8%, frecuentemente en el 16.3% y muy frecuentemente en el 5%. Cabe aclarar una enfermera omitió responder la pregunta

R24.- Padezco gastritis, ulcera gastroduodenal u otro tipo de colitis

	Frequency	Percent
nunca	25	31.3
algo frecuente	37	46.3
frecuentemente	11	13.8
muy frecuentemente	7	8.8
Total	80	100.0

La gastritis, ulcera o colitis se ha presentado algo frecuente en el 46.3% de las enfermeras, nunca en el 31.3%, frecuentemente en el 13.8% y muy frecuentemente en el 8.8%.

R25.- Padezco dolores de cabeza, musculares, de nuca, etc.

	Frequency	Percent
nunca	26	32.5
algo frecuente	33	41.3
indiferente	2	2.5
frecuentemente	13	16.3
muy frecuentemente	6	7.5
Total	80	100.0

Los dolores de cabeza, musculares, de nuca, etc. Se han presentado algo frecuentes en el 41.3%, nunca en el 32.5%, frecuentemente en el 16.3%, muy frecuentemente en el 7.5%, mientras que le es indiferente al 2.5%

R26.- Mi peso se ha visto alterado durante los últimos 5 años

	Frequency	Percent
nunca	19	23.8
algo frecuente	28	35.0
indiferente	3	3.8
frecuentemente	21	26.3
muy frecuentemente	9	11.3
Total	80	100.0

En los últimos 5 años se ha visto alterado su peso algo frecuente en el 35%, frecuentemente en el 26.3%, nunca en el 23.8%, muy frecuentemente en el 11.3%, e indiferente en un 3.8%

R27.- Mi ciclo menstrual se ha presentado con regularidad y sin tensión premenstrual o dolor pélvico

	Frequency	Percent
nunca	14	17.5
algo frecuente	21	26.3
indiferente	5	6.3
frecuentemente	26	32.5
muy frecuentemente	11	13.8
Total	77	96.3
Missing System	3	3.8
Total	80	100.0

En este rubro el 32% de enfermeras refiere presentar sus ciclos menstruales con regularidad algo frecuente, el 17.5% nunca, el 13.8% muy frecuentemente y al 6.3% le es indiferente. Es importante indicar que el 3.8% omitió su respuesta

R28.- Tengo problemas con mi apetito y después de ingerir los alimentos presento agruras, acidez estomacal, dolor de estomago, etc.

	Frequency	Percent
nunca	30	37.5
algo frecuente	34	42.5
frecuentemente	11	13.8
muy frecuentemente	5	6.3
Total	80	100.0

Las agruras, acidez estomacal, dolor de estomago, etc. Se presenta algo frecuente en el 42.5%, nunca en el 37.5%, frecuentemente en el 13.8% y muy frecuentemente en el 6.3%

e) Apartado VI. Alteraciones Psicológicas

Reactivos que conforman el apartado VI. Alteraciones psicológicas

R29.- Soy una persona animada y vital (con energía)

	Frequency	Percent
algo frecuente	9	11.3
indiferente	1	1.3
frecuentemente	49	61.3
muy frecuentemente	20	25.0
Total	79	98.8
Missing System	1	1.3
Total	80	100.0

La energía y la vitalidad se presente en un 61.3% frecuentemente, en un 25% muy frecuentemente, en un 11.3% algo frecuente y en un 1.3% indiferente

R30.- Me siento a veces desdichada sin motivo

	Frequency	Percent
nunca	52	65.0
algo frecuente	25	31.3
indiferente	1	1.3
frecuentemente	2	2.5
Total	80	100.0

La desdicha sin motivo nunca esta presente en una 65%, algo frecuente en un 31.3%, frecuentemente en un 2.5% e indiferente en un 1.3%

R31.- Soy una persona irritable

	Frequency	Percent
nunca	30	37.5
algo frecuente	44	55.0
indiferente	2	2.5
frecuentemente	4	5.0
Total	80	100.0

Se perciben irritables el 55% algo frecuente, nunca el 37.5%, frecuentemente el 5% e indiferente el 2.5%

R32.- Soy una persona nerviosa, tensa o estresada

	Frequency	Percent
nunca	31	38.8
algo frecuente	42	52.5
indiferente	3	3.8
frecuentemente	3	3.8
muy frecuentemente	1	1.3
Total	80	100.0

La tensión, el estrés y el nerviosismo se observa algo frecuente en un 52.5%, nunca en un 38.8%, indiferente y frecuentemente en un 3.8%, y muy frecuentemente en un 1.3%

R33.- Me he sentido agotada(o) y sin fuerzas para nada

	Frequency	Percent
nunca	26	32.5

algo frecuente	45	56.3
indiferente	1	1.3
frecuentemente	5	6.3
muy frecuentemente	3	3.8
Total	80	100.0

El 56.3% de las enfermeras se sienten agotadas algo frecuente, nunca en el 32.5%, frecuentemente en el 6.3%, muy frecuentemente en el 3.8% y les indiferente al 1.3%

f) Apartado VII. Alteraciones Psicosomáticas

Reactivos que conforman el apartado VII. Alteraciones psicosomáticas

R34.- A pesar de haber dormido me siento agotada(o)

	Frequency	Percent
nunca	18	22.5
algo frecuente	48	60.0
frecuentemente	10	12.5
muy frecuentemente	4	5.0
Total	80	100.0

Se sienten agotadas a pesar de haber dormido en un 60% algo frecuente, en un 22.5% nunca, en un 12.5% frecuentemente y en un 5% muy frecuentemente

R35.- Me siento harta(o) y a menudo siento que la vida es muy monótona

	Frequency	Percent
nunca	40	50.0
algo frecuente	33	41.3
indiferente	1	1.3
frecuentemente	6	7.5
Total	80	100.0

Por otro lado, la monotonía nunca la perciben el 50%, algo frecuente el 41.3%, frecuentemente el 7.5% y les es indiferente al 1.3%

R36.- He tenido la sensación de estar enferma(o)

	Frequency	Percent
nunca	35	43.8
algo frecuente	38	47.5

indiferente	2	2.5
frecuentemente	5	6.3
Total	80	100.0

Tiene la sensación de estar enferma el 47.5% algo frecuente, el 43.8% nunca, el 6.3% frecuentemente y al 2.5% les es indiferente.

R37.- A menudo me siento sola(o)

	Frequency	Percent
nunca	53	66.3
algo frecuente	21	26.3
indiferente	3	3.8
frecuentemente	3	3.8
Total	80	100.0

La sensación de soledad es percibida, nunca para el 66.3%, algo frecuente ara el 26.3%, indiferente y frecuentemente para el 3.8%

R38.- A menudo me siento apática(o), cansada(o) y sin motivo para nada

	Frequency	Percent
nunca	49	61.3
algo frecuente	26	32.5
indiferente	4	5.0
frecuentemente	1	1.3
Total	80	100.0

La apatía, el cansancio y la desmotivación nunca los siente el 61.3%, pero el 32.5% la siente algo frecuente, al 5% le es indiferente y al 1.3% los siente frecuentemente

R39.- He perdido confianza y fe en mi misma(o)

	Frequency	Percent
nunca	65	81.3
algo frecuente	14	17.5
indiferente	1	1.3
Total	80	100.0

El 81.3% de las enfermeras nunca ha perdido la confianza y la fe en si mismas, el 17.5% algo frecuente y al 1.3% le es indiferente

R40.- He deseado estar muerta(o) y lejos de todo

	Frequency	Percent
--	-----------	---------

nunca	74	92.5
algo frecuente	2	2.5
indiferente	2	2.5
frecuentemente	2	2.5
Total	80	100.0

El deseo de estar muerta y lejos de todos, nunca lo ha sentido el 92.5%, mientras que el 2.5% algo frecuente, frecuentemente e indiferente

R41.- Disfruto de mis actividades diarias

	Frequency	Percent
algo frecuente	3	3.8
indiferente	1	1.3
frecuentemente	43	53.8
muy frecuentemente	33	41.3
Total	80	100.0

Frecuentemente el 53.8% disfruta de sus actividades diarias, el 41.3% muy frecuentemente, el 3.8% algo frecuente y el 1.3% le es indiferente

R42.- Me he sentido capaz de tomar decisiones y enfrentar mis problemas adecuadamente

	Frequency	Percent
nunca	1	1.3
algo frecuente	4	5.0
frecuentemente	40	50.0
muy frecuentemente	35	43.8
Total	80	100.0

El 50% de las enfermeras toma sus decisiones y enfrenta sus problemas adecuadamente, el 43.8% muy frecuentemente, el 5% algo frecuente y el 1.3% nunca

R43.- Siento que estoy jugando un papel útil en la vida

	Frequency	Percent
nunca	2	2.5
algo frecuente	5	6.3
frecuentemente	33	41.3
muy frecuentemente	40	50.0
Total	80	100.0

Muy frecuentemente el 50% siente que juega un papel importante en la vida, el 41.3% frecuentemente, el 6.3% algo frecuente y el 2.5% nunca

g) Apartado VIII Alteraciones Familiares y Sociales

Reactivos que conforman el apartado VIII. Alteraciones psicosomáticas

R44.- Tiendo a mantenerme apartada(o) en las situaciones sociales

	Frequency	Percent
nunca	29	36.3
algo frecuente	40	50.0
indiferente	6	7.5
frecuentemente	5	6.3
Total	80	100.0

El 50% de las enfermeras se mantiene algo frecuente apartadas de las situaciones sociales, el 36.3% nunca, al 7.5% le es indiferente, al 6.3% frecuentemente

R45.- Generalmente tomo la iniciativa al hacer nuevas amistades

	Frequency	Percent
nunca	2	2.5
algo frecuente	25	31.3
indiferente	3	3.8
frecuentemente	37	46.3
muy frecuentemente	13	16.3
Total	80	100.0

Frecuentemente toma la iniciativa al hacer nuevas amistades el 46.3%, algo frecuente el 31.3%, muy frecuentemente el 16.3%, indiferente el 3.8%, y nunca el 2.5%

R46.- Por lo general suelo estar callada cuando estoy con otras personas

	Frequency	Percent
nunca	21	26.3
algo frecuente	52	65.0
indiferente	4	5.0
frecuentemente	3	3.8
Total	80	100.0

Suelen estar calladas cuando están con otras personas algo frecuente el 65% , nunca el 26.3%, indiferente al 5%, frecuentemente al 3.8%

R47.- Creo que el matrimonio esta anticuado y debería abolirse

	Frequency	Percent
nunca	58	72.5
algo frecuente	8	10.0
indiferente	12	15.0
frecuentemente	1	1.3

muy frecuentemente	1	1.3
Total	80	100.0

Para el 72.5% nunca considera que el matrimonio sea anticuado, al 15% le es indiferente, al 10% algo frecuente, al 1.3% frecuentemente y algo frecuente

R48.- Puedo animar fácilmente una fiesta aburrida, como contar chistes e historias divertidas

	Frequency	Percent
nunca	25	31.3
algo frecuente	32	40.0
indiferente	8	10.0
frecuentemente	12	15.0
muy frecuentemente	3	3.8
Total	80	100.0

Pueden animar fácilmente una fiesta aburrida, algo frecuente el 40%, nunca el 31.3%, frecuentemente el 15%, indiferente al 10%, y muy frecuentemente el 3.8%

R49.- Me gusta mezclarme con la gente en donde haya bullicio y agitación a mi alrededor

	Frequency	Percent
nunca	11	13.8
algo frecuente	38	47.5
indiferente	10	12.5
frecuentemente	20	25.0
muy frecuentemente	1	1.3
Total	80	100.0

Al 47.5% de las enfermeras les gusta mezclarse con la gente algo frecuente, frecuentemente al 25%, nunca el 13.8%, indiferente el 12.5% y muy frecuentemente el 1.3%.

h) Apartado IX. Condiciones de Trabajo y Períodos de Descanso

Reactivos que conforman el apartado IX. Condiciones de Trabajo y Periodos de Descanso

R50.- Me parece excesiva la carga de trabajo y las demandas de los pacientes

	Frequency	Percent
nunca	5	6.3
algo frecuente	40	50.0
indiferente	4	5.0
frecuentemente	22	27.5
muy frecuentemente	9	11.3

Total	80	100.0
-------	----	-------

La carga de trabajo y las demandas de los pacientes les parece excesiva, algo frecuente al 50%, frecuentemente al 27.5%, muy frecuentemente al 11.3%, nunca al 6.3%, indiferente al 5%

R51.- La institución donde trabajo, me da la posibilidad de resolver situaciones clínicas complejas

	Frequency	Percent
nunca	5	6.3
algo frecuente	22	27.5
indiferente	4	5.0
frecuentemente	43	53.8
muy frecuentemente	6	7.5
Total	80	100.0

El 53.8% de las enfermeras consideran que frecuentemente la institución les da la posibilidad de resolver situaciones complejas, el 27.5% algo frecuente, al 7.5% muy frecuente, al 6.3% nunca, al 5% le es indiferente.

R52.- Considero que tengo la formación profesional para enfrentar los problemas habituales

	Frequency	Percent
algo frecuente	5	6.3
indiferente	1	1.3
frecuentemente	48	60.0
muy frecuentemente	26	32.5
Total	80	100.0

El 60% considera frecuentemente tener la formación profesional para enfrentar problemas habituales, el 32.5% muy frecuentemente, el 6.3% algo frecuente, y al 1.3% le es indiferente.

R53.- Estoy conforme con las posibilidades de descanso que me brinda mi lugar de trabajo

	Frequency	Percent
nunca	4	5.0
algo frecuente	13	16.3
indiferente	2	2.5
frecuentemente	39	48.8
muy frecuentemente	22	27.5
Total	80	100.0

Están conformes con los descansos que les brinda la institución el 48.8% frecuentemente, el 27.5% muy frecuentemente, el 16.3% algo frecuente, el 5% nunca y el 2.5% nunca

R54.- Existe un espacio de intercambio para compartir con mis colegas

	Frequency	Percent
nunca	8	10.0
algo frecuente	21	26.3
indiferente	1	1.3
frecuentemente	34	42.5
muy frecuentemente	16	20.0
Total	80	100.0

El 42.5% frecuentemente percibe que existe un espacio de intercambio para compartir con sus colegas, el 26.3% algo frecuente, el 20% muy frecuentemente, el 10% nunca, y el 1.3% nunca

R55.- Estoy conforme con el tiempo libre que me brinda la institución (vacaciones, días festivos, etc.

	Frequency	Percent
nunca	6	7.5
algo frecuente	19	23.8
indiferente	2	2.5
frecuentemente	33	41.3
muy frecuentemente	20	25.0
Total	80	100.0

Con el tiempo libre que les brinda la institución frecuentemente el 41.3% están conformes, muy frecuentemente al 25%, algo frecuente al 23.8%, nunca al 7.5%, y le es indiferente al 2.5%

h) Apartado X. Lugar de Trabajo y Ambiente

Reactivos que conforman el apartado X. Lugar de trabajo y ambiente

R56.- Las condiciones de trabajo de mi unidad son seguras (sin representar riesgos para la salud)

	Frequency	Percent
nunca	6	7.5
algo frecuente	25	31.3
indiferente	3	3.8
frecuentemente	37	46.3
muy frecuentemente	9	11.3
Total	80	100.0

Consideran seguras las condiciones de trabajo frecuentemente el 46.3%, algo frecuente el 31.3%, muy frecuentemente el 11.3%, nunca el 7.5%, y le es indiferente al 3.8%

R57.- Las condiciones de trabajo de mi unidad (clima, iluminación, decoración, ruido, ventilación, etc.) facilitan mi actividad diaria

	Frequency	Percent
nunca	1	1.3
algo frecuente	24	30.0
indiferente	3	3.8
frecuentemente	36	45.0
muy frecuentemente	16	20.0
Total	80	100.0

El clima, iluminación, ruido, etc. facilitan su actividad diaria, frecuentemente al 45%, algo frecuente al 30%, muy frecuentemente al 20%, indiferente al 3.8% y nunca al 1.3%

R58.- El material proporcionado y las instalaciones de la unidad (superficie, dotación de mobiliario, equipo técnico, etc.) facilitan mi trabajo y los servicios prestados a los usuarios

	Frequency	Percent
nunca	1	1.3
algo frecuente	28	35.0
indiferente	2	2.5
frecuentemente	39	48.8
muy frecuentemente	10	12.5
Total	80	100.0

El material que les proporciona la institución les facilita su trabajo y los servicios prestados a los usuarios, frecuentemente al 48.8%, algo frecuente al 35%, muy frecuentemente al 12.5%, indiferente al 2.5% y nunca al 1.3%

R59.- Las herramientas informáticas que utilizo están bien adaptadas a las necesidades de mi trabajo

	Frequency	Percent
nunca	4	5.0
algo frecuente	19	23.8
indiferente	5	6.3
frecuentemente	42	52.5
muy frecuentemente	9	11.3
Total	79	98.8
Missing System	1	1.3
Total	80	100.0

Al 52.5% de las enfermeras frecuentemente les parecen que las herramientas informáticas están bien adaptadas a las necesidades de su trabajo, al 23% algo frecuente, al 11.3% muy frecuentemente, al 6.3% le es indiferente y al 5% nunca. Cabe indicar que una persona omitió responder a la pregunta

R60.- El espacio en donde se brinda la atención es adecuada para mí y los pacientes

	Frequency	Percent
nunca	3	3.8
algo frecuente	17	21.3
indiferente	4	5.0
frecuentemente	39	48.8
muy frecuentemente	17	21.3
Total	80	100.0

El 48.8% frecuentemente las enfermeras consideran que el espacio en donde se brinda la atención es adecuada para ellas y los pacientes, el 21.3% muy frecuentemente y algo frecuente, al 5% le es indiferente y al 3.8% nunca.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

**Programa de Posgrado en Ciencias de la
Administración**

Oficio: PPCA/GA/2008

Asunto: Envío oficio de nombramiento de jurado de Maestría.

Coordinación

Dr. Isidro Ávila Martínez
Director General de Administración Escolar
de esta Universidad

Presente.

At'n: Lic. Balfred Santaella Hinojosa
Coordinador de la Unidad de Administración del Posgrado

Me permito hacer de su conocimiento, que la alumna **Luz María Rojas Bautista** presentará Examen de Grado dentro del Plan de **Maestría en Administración (Sistemas de Salud)** toda vez que ha concluido el Plan de Estudios respectivo y su tesis, por lo que el Subcomité de asuntos académicos y administrativos de Maestrías, tuvo a bien designar el siguiente jurado:

Dr. Luis Alfredo Mora Guevara	Presidente
Dra. María Teresa Cuamatzi Peña	Vocal
Dr. José Manuel Ibarra Cisneros	Secretario
Dr. Carlos Eduardo Puga Murguía	Suplente
M. en C. Vicente Jesús Hernández Abad	Suplente

Por su atención le doy las gracias y aprovecho la oportunidad para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

"Por mi raza hablará el espíritu"

Ciudad Universitaria, D.F., 17 de junio de 2008

El Coordinador del Programa

Dr. Carlos Eduardo Puga Murguía