



Revista de Ciencias Sociales (Ve)
ISSN: 1315-9518
rcs_luz@yahoo.com
Universidad del Zulia
Venezuela

Calidad de vida laboral en hospitales privados del sureste mexicano

Ojeda López, Ruth Noemí; Barrera Canto, José Luis
Calidad de vida laboral en hospitales privados del sureste mexicano
Revista de Ciencias Sociales (Ve), vol. XXVII, núm. 3, 2021
Universidad del Zulia, Venezuela
Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28068740009>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 3.0 Internacional.

Calidad de vida laboral en hospitales privados del sureste mexicano

Quality of work life in private hospitals in the Mexican southeast

Ruth Noemí Ojeda López

Universidad Autónoma de Yucatán, México

ruth.ojeda@correo.uady.mx

Redalyc: [https://www.redalyc.org/articulo.oa?](https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28068740009)

id=28068740009

José Luis Barrera Canto

Universidad Anáhuac, México

jose.luis.barrera.canto@gmail.com

Recepción: 19 Marzo 2021

Aprobación: 05 Junio 2021

RESUMEN:

La pandemia de Covid-19 ha hecho patente la importancia de contar con sistemas de salud eficientes siendo el personal su activo más valioso. El presente trabajo tuvo como objetivo analizar la calidad de vida laboral del personal de enfermería de dos hospitales privados del sureste mexicano. El estudio se realizó con un enfoque cuantitativo, diseño no experimental, descriptivo de corte transversal y correlacional. La muestra estuvo conformada por las plantillas de personal de enfermería de los hospitales estudiados. Se utilizó el instrumento de Calidad de Vida Laboral ProQOL 5, conformado por 30 reactivos tipo Likert divididos en tres subescalas, satisfacción por compasión, síndrome de quemado y estrés por trauma secundario. Los resultados muestran que ninguna variable sociodemográfica resultó ser un factor diferenciador común, esto sugiere que los componentes de la calidad de vida laboral están influenciados por las características propias de cada hospital. Se encontraron correlaciones directas entre el síndrome de quemado y el estrés por trauma secundario, aunque bajas en los hospitales estudiados. Se concluye, que la calidad de vida laboral del personal corresponde al perfil más positivo, caracterizado por una alta satisfacción por compasión y moderado a bajo síndrome de quemado y estrés por trauma secundario.

PALABRAS CLAVE: Salud, desarrollo humano, calidad de vida laboral, síndrome de quemado, hospital.

ABSTRACT:

The Covid-19 pandemic has made clear the importance of having efficient health systems, with staff being its most valuable asset. The present work aimed to analyze the quality of work life of the nursing staff of two private hospitals in the Mexican southeast. The study was carried out with a quantitative approach, non-experimental, descriptive cross-sectional and correlational design. The sample was made up of the nursing staff from the hospitals studied. The ProQOL 5 Quality of Work Life instrument was used, made up of 30 Likert-type items divided into three subscales: satisfaction by compassion, burnout syndrome and stress due to secondary trauma. The results show that no sociodemographic variable turned out to be a common differentiating factor, this suggests that the components of the quality of work life are influenced by the characteristics of each hospital. Direct correlations were found between burn syndrome and secondary trauma stress, although low in the hospitals studied. It is concluded that the quality of work life of the staff corresponds to the most positive profile, characterized by high satisfaction due to compassion and moderate to low burn syndrome and stress due to secondary trauma.

KEYWORDS: Health, human development, quality of working life, burn syndrome, hospital.

INTRODUCCIÓN

La pandemia del Covid-19 ha hecho más evidente los problemas que los sistemas de salud de América Latina enfrentan tales como su alta fragmentación y desarticulación, población aún sin acceso a servicios de salud dadas las desigualdades en la afiliación, insuficiencia en la oferta de atención e indicadores de calidad por debajo de la media (Sojo, 2017; Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL], 2018; Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE], 2018; Pérez y Rodríguez, 2020; Luna-Nemecio, 2020). Para Macías (2020), las relaciones entre política, economía, sistema

sanitario y ciudadanía pueden agudizarse en tiempo de pandemia, pero siguen siendo las mismas en cuanto que las decisiones políticas responden generalmente a presiones económicas.

Los usuarios de los servicios de salud cada vez son más exigentes, lo cual ha obligado a las instituciones hospitalarias a desarrollar estrategias que les permitan mejorar la calidad de los servicios que ofrecen. Para medir su desempeño los factores más recurrentes han sido la empatía, confiabilidad, seguridad, capacidad de respuesta y elementos tangibles (Bernal, Pedraza y Sánchez, 2015). Por su parte, Ávila (2010) ya mencionaba la necesidad de elevar la eficiencia y equidad en la prestación de servicios de salud, logrando mayor coordinación y claridad en el diseño de procesos.

En el caso de México, su Sistema de Salud se encuentra dividido en dos sectores: Público y privado. El primer sector, incluye instituciones de seguridad social que atienden en función de la inserción laboral de las personas, así como atención a población no asegurada. El sector privado, atiende a la población con capacidad de pago (Gómez, et al. 2011).

En ese sentido, los hospitales son un elemento fundamental en un sistema de salud y en él convergen diferentes profesionales, entre ellos el de enfermería, que realiza diversas funciones que conllevan grandes responsabilidades sobre el cuidado de la salud de los pacientes (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015; Consejo Internacional de Enfermería, 2015).

Dada la naturaleza de su trabajo, el personal de enfermería, al igual que otros profesionales de la salud, corren el riesgo de afrontar una mala calidad de vida (Rodríguez-Marín, 2010; Albanesi, 2013). Estos riesgos aumentan cuando se enfrenta una pandemia, Nigenda, et al. (2006), ya señalaban la importancia de la labor del personal de enfermería en la respuesta a condiciones epidemiológicas de la población, sin embargo, en México observaron una falta de aprovechamiento del personal formado.

Es indiscutible la multidimensionalidad de la calidad de vida, siendo la laboral una de las más relevantes, por ello el objetivo del presente trabajo fue analizar la calidad de vida laboral del personal de enfermería de dos hospitales privados del sureste mexicano. Para ello se utilizó el modelo de Stamm (2010), que se describe en el siguiente apartado.

1. METODOLOGÍA

El enfoque de la investigación fue cuantitativo, de diseño no experimental, puesto que no hubo manipulación de variables; correlacional, debido a que buscaba mostrar la relación entre las variables más no explicar sus causas o consecuencias (Bernal, 2010); y, fue de corte transversal, habiendo realizado la recopilación de datos en un momento particular. El estudio fue descriptivo, presentándose los atributos de la población objeto de estudio, así, la población de estudio estuvo conformada por las plantillas del personal de enfermería en cada uno de los hospitales estudiados, se realizó un censo con todo el personal estableciendo como voluntaria la participación en el estudio.

El modelo de Stamm (2010), seleccionado para el trabajo que se presenta, busca medir la Calidad de Vida Laboral (CVL) en individuos que desempeñan trabajos en los que se brinda apoyo y auxilio a otros, como es el caso de la enfermería. Este modelo mide la calidad de vida laboral en tres dimensiones: La Satisfacción por Compasión (SC), que constituye el aspecto positivo relacionado con el placer que se obtiene de ser capaz de realizar el trabajo de la mejor manera; el Síndrome de Quemado (SQ), el cual constituye un aspecto negativo relacionado con sentimientos de dificultad para manejar el trabajo o realizarlo de manera efectiva (desgaste, frustración, enojo y depresión); y el Estrés por Trauma Secundario (ETS), que constituye otro aspecto negativo relacionado con el trabajo, resultado de la exposición y trato directo con personas que han sufrido eventos altamente estresantes. Algunos efectos es sentirse atrapado, agotado o sobrepasado por los problemas y traumas de sus pacientes.

Para cada una de las dimensiones, Stamm (2010) propone tres niveles ordinales, alto, moderado y bajo. A partir de ciertas combinaciones de los niveles resultantes en cada dimensión, el modelo define cinco perfiles,

a los cuales se le ha asignado un nombre apagándose a las características descritas en la publicación original, como se muestra a continuación:

a. Perfil reforzado positivamente: Alta SC, moderado a bajo SQ y ETS. Es el perfil más positivo, incluye a aquellas personas que reciben retroalimentación positiva de su trabajo y que no se preocupan por ser ineficaces, constituyen una buena influencia para sus compañeros y colaboradores.

b. Perfil de riesgo bajo: Alto SQ, moderado a bajo SC y ETS. Son personas en riesgo, con sentimientos de inefficiencia, asociado a cargas de trabajo muy pesadas y como consecuencia con poco o nulo compromiso.

c. Perfil de riesgo medio: Alto ETS con bajo SQ y baja SC. Incluye personas con experiencia negativa en el trabajo que se sienten sobrepasados por dichas experiencias. En algunos casos, presentan depresión. Sus temores provienen de cuidar a pacientes que viven experiencias traumáticas.

d. Perfil de riesgo alto: Alto ETS y alta SC con bajo SQ. Son personas normalmente muy eficientes ya que están convencidas de que su trabajo importa. Sin embargo, sus sentimientos internos son de temor ante las consecuencias que su trabajo les genere y es complicado separar sus propios temores de los temores de los pacientes que atienden.

e. Perfil en peligro: Alto ETS y alto SQ con baja SC. Es el perfil de mayor riesgo, incluye personas cuyo trabajo los satura, los hace sentir inútiles y experimentan temor de realizarlo.

Se utilizó el instrumento de medición de Calidad de Vida Laboral ProQOL 5 (*Professional Quality of Life Scale*), propuesto por Stamm (2010), conformado por 30 reactivos tipo *Likert* de cinco puntos divididos en tres subescalas, que corresponden a las dimensiones del modelo. Las mediciones de cada dimensión están en un rango de 10 a 50 puntos, siendo los niveles de referencia los siguientes: Bajo (10 a 22 puntos), moderado (23 a 41 puntos), y alto (42 a 50 puntos).

En México, Mendoza, García-Rivera y Serna-Gómez (2014), realizaron la validación del instrumento mediante análisis factorial confirmatorio y modelos de ecuaciones estructurales obteniendo un coeficiente de alfa de Cronbach de 0,75. El instrumento se aplicó a las plantillas de personal de enfermería de dos hospitales de especialidades médicas de reconocido prestigio y con más de 30 años de presencia en el sureste mexicano. El procesamiento de los datos se llevó a cabo con el software RStudio versión 1.3.1093, lenguaje R versión 4.0.3 y los paquetes *DescTools* versión 0.99.38, *e1071* versión 1.7.4 y *psych* versión 2.0.12.

2. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se obtuvieron respuestas de 84 personas del hospital A y 198 personas del hospital B. La Tabla 1, concentra el análisis por sexo y rango de edad, se observa que en ambos hospitales la muestra estuvo conformada predominante por mujeres, lo cual es consistente con el carácter feminizado de la profesión, como se señala en los estudios de Cárdenas, Velasco y Fabela (2012); así como de Barragán, Hernández y Peralta (2013).

La mayor proporción del personal en ambos hospitales es gente joven, para el hospital A, la media aritmética y la desviación estándar de la edad son 32,9 y 10,3 años respectivamente; los valores correspondientes para el hospital B, son 31,1 y 8,1 años. Estos resultados muestran una conformación similar a los datos a nivel nacional, el Instituto Nacional de Estadística (INEGI, 2018), en su Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo señala que los profesionales de enfermería son más jóvenes que los de otras profesiones siendo la media nacional de 36,8 años.

TABLA 1
Relación entre sexo y rangos de edad por hospital

Edad	Hospital A Mujeres	Hombres	Hospital B Mujeres	Hombres
De 20 a 29 años	37	7	79	26
De 30 a 39 años	17	3	57	10
De 40 a 49 años	13	0	14	1
De 50 a 59 años	4	2	8	1
De 60 a 69 años	1	0	2	0
	72 (85,7%)	12 (14,3%)	160 (80,8%)	38 (19,2%)

Elaboración propia, 2020.

Las proporciones de sexo están calculadas por cada hospital por separado.

Con relación al estado civil, en el hospital A, el 51,2% del personal es soltero, 39,3% son casados y 9,5% viven en unión libre; para el hospital B, el 47,5% son personas casadas, 38,9% son solteros y 13,6% viven en unión libre.

En la Tabla 2, se observa que en ambos hospitales prevalece el personal con nivel técnico en relación con su escolaridad máxima, en proporciones muy similares; de igual manera, predominan en ambos hospitales los empleados contratados de forma permanente de tiempo completo, con proporciones muy similares para las demás categorías de contratación. En relación con la escolaridad, los datos obtenidos se encuentran por arriba de la media nacional que señala que solo el 10% cuentan con estudios de licenciatura o posgrado en tanto que en los hospitales estudiados A y B, el personal con licenciatura lo conforman el 31,0% y 28,3%, respectivamente. Con relación al puesto, se observa un comportamiento diferente, a pesar de que en ambos hospitales el personal predominantemente tiene el puesto de enfermero, la proporción de auxiliares para el hospital A es mucho mayor que para el hospital B.

TABLA 2
Características laborales del personal

	Puesto Auxiliar	Enfermero(a)	Escolaridad máxima	
			Técnico	Licenciatura
Hospital A	14 (16.7%)	70 (83.3%)	58 (69.0%)	26 (31.0%)
Hospital B	9 (4.5%)	189 (95.5%)	142 (71.7%)	56 (28.3%)
Situación laboral				
		Permanente de tiempo completo	Permanente de medio tiempo	Temporal
Hospital A	63 (75.0%)	13 (15.5%)	8 (9.5%)	
Hospital B	145 (73.2%)	37 (18.7%)	16 (8.1%)	

Elaboración propia, 2020.

Las proporciones de cada característica están calculadas de manera independiente para cada hospital.

Con respecto a la antigüedad del personal, se observa en la Tabla 3, que en ambos hospitales la mayoría de los participantes tienen poca antigüedad en los tres aspectos: En enfermería, en el hospital y en el puesto. Considerando que el personal es eminentemente joven, las correlaciones en el hospital A entre la edad y las antigüedades son significativas y altas; sin embargo, en el hospital B no existe correlación entre la edad y la antigüedad en enfermería como se muestra en la tabla 4.

TABLA 3
Análisis de antigüedades por hospital

Hospital A	En enfermería	En el hospital	En el puesto
De 0 a 10 años	53 (63,1%)	64 (76,2%)	68 (80,9%)
De 11 a 20 años	15 (17,8%)	10 (11,9%)	10 (11,9%)
De 21 a 30 años	12 (14,3%)	7 (8,3%)	4 (4,8%)
Más de 30 años	4 (4,8%)	3 (3,6%)	2 (2,4%)

Hospital B	En enfermería	En el hospital	En el puesto
De 0 a 10 años	132 (66,7%)	163 (82,3%)	162 (81,8%)
De 11 a 20 años	48 (24,2%)	23 (11,6%)	24 (12,1%)
De 21 a 30 años	15 (7,6%)	10 (5,1%)	9 (4,6%)
Más de 30 años	3 (1,5%)	2 (1,0%)	3 (1,5%)

Elaboración propia, 2020.

Las proporciones correspondientes a cada rango de edad están calculados independientemente para cada antigüedad (enfermería, hospital, puesto).

TABLA 4
Análisis de correlaciones entre edad y antigüedades

Hospital A	Edad	En enfermería	En el hospital	En el puesto
Edad	1.00	0.9283 (*)	0.8765 (*)	0.8195 (*)
En enfermería		1.00	0.9042 (*)	0.8503 (*)
En el hospital			1.00	0.7761 (*)
En el puesto				1.00

Hospital B	Edad	En enfermería	En el hospital	En el puesto
Edad	1.00	0.0124	0.8251 (*)	0.7475 (*)
En enfermería		1.00	0.0207	0.0031
En el hospital			1.00	0.9243 (*)
En el puesto				1.00

Elaboración propia, 2020.

La correlación es significativa al 95% (*).

Analizando la antigüedad en enfermería con la antigüedad en el hospital, se encontró que en el hospital A, el 71,4% del personal ha trabajado en otros lugares antes del hospital actual, el 26,2% solo ha trabajado en el hospital actual y el 2,4% ha trabajado en el hospital actual más tiempo del que lleva en enfermería. En contraste, en el hospital B, el 58,6% del personal ha trabajado en otros lugares, el 6,1% solo ha trabajado en el hospital actual y el 35,3% ha trabajado en el hospital actual más tiempo del que lleva en enfermería.

Respecto de la relación entre la edad y la expectativa de cuántos años más trabajar en enfermería, ambos hospitales presentaron correlaciones significativas de -0.3998 para el hospital A y -0.4682 para el Hospital B; sin embargo, se encontró que entre la antigüedad en enfermería y su expectativa, el hospital A, sí presentó una correlación significativa de -0.3887; mientras que el hospital B, no presentó correlación significativa.

Los resultados de Aranda, Pando y Salazar (2015), muestran que el desgaste ocupacional de los mexicanos se relaciona con las variables demográficas como el sexo, estado civil, escolaridad y otras, sin embargo, los resultados hallados en el presente estudio contravienen esta afirmación, puesto que mientras que en un hospital si se encontró afectación, en el otro, las mismas variables no presentan afectación en los componentes de la escala. Lo anterior sugiere que son las características y condiciones laborales específicas de cada hospital asociadas a las variables sociodemográficas, lo que influye en la calidad de vida de su personal de enfermería.

En la Tabla 5, se presentan los resultados descriptivos de la variable de calidad de vida laboral. Dicho término se introdujo por primera vez en la década de 1930 y a pesar de su importancia aún no se tiene una definición generalmente aceptada (Moradi, Maghaminejad y Azizi-Fini, 2014). Como la literatura muestra,

es multifacético e incluye diversas condiciones que se relacionan con el trabajo y la forma en que las personas lo perciben. Para Stamm (2010), es la cualidad que una persona siente en relación con su trabajo, tanto aspectos positivos como negativos, que de acuerdo con Saldaña (2020), como aspecto positivo, le permite “obtener un sentimiento de bienestar y autorrealización. (...) (encontrando) que existen relaciones positivas entre el bienestar y la satisfacción laboral” (p.27).

Tabla 5**Medidas descriptivas de los componentes de la calidad de vida laboral**

TABLA 5
Medidas descriptivas de los componentes de la calidad de vida laboral

	Hospital A		Hospital B	
	Media aritmética	Desviación estándar	Media aritmética	Desviación estándar
Satisfacción por compasión	43,01	4,91	43,57	4,27
Síndrome de quemado	20,86	3,92	20,67	4,34
Estrés por trauma secundario	18,35	4,66	19,71	5,47

Elaboración propia, 2020.

Según Stamm (2010), la calidad de vida laboral de quienes brindan atención ha sido un tema de interés y las investigaciones han evidenciado, que aquellas personas que ayudan a otras que han estado expuestas a factores estresantes traumáticos, están en riesgo de desarrollar síntomas negativos asociados con el agotamiento, la depresión y el estrés postraumático trastorno. Al respecto, sostienen Chávez y Peralta (2019), que “desde el punto de vista teórico el estrés se define bajo tres conceptos que lo precisan: Estrés como estímulo, como respuesta y como relación acontecimiento-reacción” (p.385). Por otra parte, los aspectos positivos pueden ayudar a los individuos a sentirse bien al ayudar a otros. En ese sentido, se considera que la calidad de vida laboral tiene tres componentes que se han mencionado en el apartado anterior.

Los valores obtenidos para el hospital A y para el hospital B, reflejan nivel alto en los aspectos positivos y bajo en los aspectos negativos de la CVL y son similares a los obtenidos por Maila, Martin y Chipps (2020), exceptuando el estrés por trauma secundario, que reportan en un nivel moderado. Arribas-García, Jaureguizar y Bernarás (2020), señalan que, aunque no incluyen en su estudio el componente de síndrome de quemado, obtuvieron valores similares en los otros dos componentes.

La distribución por nivel para cada componente se puede apreciar en la Tabla 6 y se observa que ningún hospital presenta casos críticos en algún componente. Para la satisfacción por compasión, no existen personas en nivel bajo; similarmente, para el síndrome de quemado y el estrés por trauma secundario, tampoco existen personas en nivel alto. En ambos hospitales la calidad de vida laboral resultó predominantemente favorable, dado que el perfil reforzado positivamente fue el único encontrado en el personal de ambos hospitales A y B (63,1% y 70,7%, respectivamente). La ausencia de perfiles de riesgo acordes al modelo de Stamm (2010), concuerda con los resultados de Leonardo-Granados y Chocó-Decillos (2018), que no reportan algún caso de calidad de vida laboral deficiente.

TABLA 6
Distribución de niveles por componente y hospital

Hospital A	Alto	Moderado	Bajo
Satisfacción por compasión	53 (63.1%)	31 (36.9%)	0 (0.0%)
Síndrome de quemado	0 (0.0%)	24 (28.6%)	60 (71.4%)
Estrés por trauma secundario	0 (0.0%)	13 (15.5%)	71 (84.5%)
Hospital B	Alto	Moderado	Bajo
Satisfacción por compasión	140 (70.7%)	58 (29.3%)	0 (0.0%)
Síndrome de quemado	0 (0.0%)	59 (29.8%)	139 (70.2%)
Estrés por trauma secundario	0 (0.0%)	57 (28.8%)	141 (71.2%)

Elaboración propia, 2020.

Las proporciones correspondientes a los niveles están calculadas para cada componente.

Con relación a los perfiles propuestos por Stamm (2010), los resultados obtenidos se presentan en la Tabla 7, observando que en ambos hospitales está presente sólo el perfil reforzado positivamente, pero el personal presenta combinaciones en sus niveles que no están tipificados en el modelo propuesto.

TABLA 7
Distribución de perfiles

Perfil	Hospital A	Hospital B
Reforzado positivamente	53 (63,1%)	140 (70,7%)
Riesgo bajo	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Riesgo medio	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Riesgo alto	0 (0,0%)	0 (0,0%)
En peligro	0 (0,0%)	0 (0,0%)
No tipificado	31 (36,9%)	58 (29,3%)

Elaboración propia, 2020.

De igual manera, el personal con perfil no tipificado quedó agrupado en las mismas cuatro categorías en ambos hospitales con proporciones muy similares, como se presenta en la Tabla 8.

TABLA 8
Clasificación del personal con relación a sus niveles de calidad de vida laboral

Hospital A	Satisfacción por compasión	Síndrome de quemado	Estrés por trauma secundario	Frecuencia
Grupo 1	Moderado	Bajo	Bajo	15 (48,4%)
Grupo 2	Moderado	Bajo	Moderado	1 (3,2%)
Grupo 3	Moderado	Moderado	Bajo	13 (41,9%)
Grupo 4	Moderado	Moderado	Moderado	2 (6,5%)
Hospital B	Satisfacción por compasión	Síndrome de quemado	Estrés por trauma secundario	Frecuencia
Grupo 1	Moderado	Bajo	Bajo	26 (44,8%)
Grupo 2	Moderado	Bajo	Moderado	5 (8,6%)
Grupo 3	Moderado	Moderado	Bajo	19 (32,8%)
Grupo 4	Moderado	Moderado	Moderado	8 (13,8%)

Elaboración propia, 2020.

Las proporciones están calculadas para los grupos resultantes en cada hospital de manera independiente.

Con relación al sexo, se encontró que no es un factor diferenciador en ninguno de los componentes de la calidad de vida laboral; la Tabla 9, concentra los resultados de las pruebas de hipótesis de dos muestras independientes realizadas que corroboran este hallazgo.

TABLA 9
Prueba de 2 muestras independientes de los componentes respecto del sexo

Hospital A	Estadístico t	Lim. Inf.	Lim. Sup.	Valor p
Satisfacción por compasión	1.661	-1.013	11.263	0.101
Síndrome de quemado	0.611	-4.315	8.137	0.543
Estrés por trauma secundario	0.457	-4.801	7.664	0.649

Hospital B	Estadístico t	Lim. Inf.	Lim. Sup.	Valor p
Satisfacción por compasión	1.851	-0.180	5.682	0.066
Síndrome de quemado	-0.769	-4.637	2.034	0.443
Estrés por trauma secundario	-1.124	-4.523	1.239	0.262

Elaboración propia, 2020.

Las pruebas fueron realizadas con 95% de confianza y los límites corresponden al intervalo de confianza.

Respecto del estado civil, se encontró que para el personal del Hospital A, no es factor diferenciador en ningún componente; mientras que, para el personal del Hospital B, el estado civil influye en la satisfacción por compasión y en el síndrome de quemado; los resultados de las correspondientes pruebas de ANOVA se presentan en la Tabla 10.

TABLA 10
Prueba de ANOVA de los componentes respecto del estado civil

Hospital A	Estadístico F	Valor p
Satisfacción por compasión	0.143	0.867
Síndrome de quemado	2.806	0.066
Estrés por trauma secundario	2.645	0.077

Hospital B	Estadístico F	Valor p
Satisfacción por compasión	4.747	0.010 (*)
Síndrome de quemado	3.610	0.029 (*)
Estrés por trauma secundario	0.416	0.660

Elaboración propia, 2020.

Las pruebas fueron realizadas con 95% de confianza.

Las correspondientes pruebas *post-hoc* indican que en el hospital B, la satisfacción por compasión del personal en unión libre es significativamente menor que sus compañeros, mientras que respecto del síndrome de quemado es significativamente mayor.

El puesto influye en el personal del hospital A, siendo significativamente mayor el síndrome de quemado para los Enfermeros Generales respecto de los Auxiliares de Enfermería; el puesto no afecta en los demás componentes en el Hospital A y en ninguno de los del Hospital B, como se aprecia en los resultados concentrados en la Tabla 11, de las pruebas de hipótesis de dos muestras independientes.

TABLA 11
Prueba de 2 muestras independientes de los componentes respecto del puesto

Hospital A	Estadístico t	Lim. Inf.	Lim. Sup.	Valor p
Satisfacción por compasión	0.465	-4.483	7.221	0.643
Síndrome de quemado	-2.133	-11.819	-0.412	0.036 (*)
Estrés por trauma secundario	-0.365	-6.928	4.781	0.716
Hospital B	Estadístico t	Lim. Inf.	Lim. Sup.	Valor p
Satisfacción por compasión	-1.674	-17.723	2.765	0.131
Síndrome de quemado	-0.703	-4.060	8.557	0.483
Estrés por trauma secundario	0.535	-3.981	6.941	0.594

Elaboración propia, 2020.

Las pruebas fueron realizadas con 95% de confianza y los límites corresponden al intervalo de confianza.

La situación laboral del personal, en ninguno de los hospitales resultó ser un factor diferenciador respecto de alguno de los componentes de la calidad de vida laboral, acorde con los resultados de las correspondientes pruebas de ANOVA que se muestran en la Tabla 12.

TABLA 12
Prueba de ANOVA de los componentes respecto de la situación laboral

Hospital A	Estadístico F	Valor p
Satisfacción por compasión	0.342	0.712
Síndrome de quemado	1.428	0.246
Estrés por trauma secundario	0.894	0.413
Hospital B	Estadístico F	Valor p
Satisfacción por compasión	0.556	0.574
Síndrome de quemado	0.188	0.829
Estrés por trauma secundario	0.997	0.997

Elaboración propia, 2020.

Las pruebas fueron realizadas con 95% de confianza.

En el caso de la escolaridad máxima, resultó que el síndrome de quemado es significativamente mayor para el personal con licenciatura que para quienes tienen carrera técnica en el hospital A; sin embargo, la escolaridad no afecta en los demás componentes en el Hospital A y en ninguno de los del Hospital B; la Tabla 13, presenta los resultados de las pruebas de hipótesis de dos muestras independientes correspondientes.

TABLA 13
Prueba de 2 muestras independientes de los componentes respecto de la escolaridad

Hospital A	Estadístico t	Lim. Inf.	Lim. Sup.	Valor p
Satisfacción por compasión	1.026	-2.274	7.114	0.308
Síndrome de quemado	-2.262	-9.794	-0.629	0.026 (*)
Estrés por trauma secundario	-0.861	-6.738	2.667	0.392
Hospital B	Estadístico t	Lim. Inf.	Lim. Sup.	Valor p
Satisfacción por compasión	0.062	-2.504	2.6667	0.951
Síndrome de quemado	-1.178	-4.650	1.172	0.240
Estrés por trauma secundario	-1.772	-4.760	0.255	0.078

Elaboración propia, 2020.

Las pruebas fueron realizadas con 95% de confianza y los límites corresponden al intervalo de confianza.

Para determinar una posible relación entre el puesto y la escolaridad máxima en el hospital A, se analizó la Tabla 14 de contingencias y se encontró que todo el personal con puesto de Auxiliar de Enfermería tiene un nivel de Carrera Técnica; se aplicó la prueba exacta de *Fisher* dado que una de las frecuencias de la Tabla es cero, obteniéndose un valor *p* de 0.0040, que corrobora la relación entre el puesto y la escolaridad máxima. El mismo análisis se realizó para el hospital B, donde no se encontró relación entre las características mencionadas.

TABLA 14
Tabla de contingencias entre puesto y escolaridad máxima

Hospital A	Nivel Técnico	Licenciatura
Auxiliar de Enfermería	14 (16.67%)	0 (0.00%)
Enfermero(a) General	44 (52.38%)	26 (30.95%)
Valor <i>p</i> de la prueba de Fisher:	0.0040	
Hospital B	Nivel Técnico	Licenciatura
Auxiliar de Enfermería	6 (3.03%)	3 (1.51%)
Enfermero(a) General	136 (68.69%)	53 (26.77%)
Valor <i>p</i> de la prueba de Fisher:	0.7144	

Elaboración propia, 2020.
Las pruebas fueron realizadas con 95% de confianza.

Con relación a la antigüedad la Tabla 15, presenta los resultados de los correspondientes análisis de correlación entre los componentes de la calidad de vida laboral con los diferentes aspectos de antigüedad. Se observa que en el hospital A, no existe correlación significativa; sin embargo, en el hospital B, la antigüedad en el hospital y en el puesto presentan correlaciones positivas significativas con el estrés por trauma secundario.

TABLA 15
Correlaciones entre antigüedades y cada componente de calidad de vida laboral

Hospital A	Satisfacción por compasión	Síndrome de quemado	Estrés por trauma secundario
Edad	0.0211	-0.1008	0.1712
Años laborados en enfermería	0.0537	-0.0713	0.1691
Antigüedad en el hospital	0.0181	-0.0981	0.1576
Antigüedad en el puesto	0.0439	-0.0920	0.1786
Años que espera seguir trabajando en enfermería	0.1088	0.0775	0.0102
Hospital B	Satisfacción por compasión	Síndrome de quemado	Estrés por trauma secundario
Edad	0.0304	-0.0448	0.1732 (*)
Años laborados en enfermería	0.0459	-0.0614	-0.0362
Antigüedad en el hospital	-0.0305	0.0340	0.1636 (*)
Antigüedad en el puesto	-0.0727	0.0821	0.1439 (*)
Años que espera seguir trabajando en enfermería	0.0251	-0.0338	-0.1893 (*)

Elaboración propia, 2020
Las correlaciones son significativas al 95% de confianza. (*) Correlación significativa al 5%.

En función de los resultados presentados se puede señalar que la calidad de vida laboral de la mayoría del personal de los hospitales privados estudiados, se encuentra en el perfil más positivo de los propuestos por Stamm (2010), caracterizado por alta satisfacción por compasión y moderado a bajo síndrome de quemado y estrés por trauma secundario. Asimismo, se encontró que, los factores sociodemográficos, no son diferenciadores comunes entre los hospitales.

Conclusiones

La calidad de vida laboral resultó predominantemente favorable en los dos hospitales estudiados, dado que el perfil reforzado positivamente fue el único encontrado en su personal, reflejando un nivel alto en los aspectos positivos y bajo en los aspectos negativos. Sin embargo, se presenta personal con perfil no tipificado con base en el modelo de Stamm (2010), lo que hace necesario definir estrategias que mejoren la satisfacción por compasión a fin de llevar a todo este personal al perfil reforzado positivamente, por el contrario, el no identificar situaciones que incrementen el síndrome de quemado o el estrés por trauma secundario, los llevaría a perfiles de riesgo bajo y medio.

Como resultado de los análisis inferenciales correspondientes a las escalas con relación a los datos sociodemográficos, el sexo y la situación laboral del personal de enfermería, no son factores diferenciadores en ninguno de los hospitales. El estado civil, no influye en el hospital A; pero en el hospital B, influye en el síndrome de quemado y en el estrés por trauma secundario. Una situación similar sucede con el puesto y la escolaridad, mientras para el hospital B no influyen en absoluto, en el hospital A, solo afectan el síndrome de quemado.

Los análisis correlacionales de edad, antigüedad y expectativa de tiempo laboral, permiten concluir que para el hospital A, no hay relación alguna con los componentes de la CVL; sin embargo, en el hospital B el estrés por trauma secundario, sí está relacionado positivamente con la edad, aunque la correlación es baja, si resultó significativa estadísticamente.

Se encontró en ambos hospitales A y B, una correlación inversa moderada entre la satisfacción por compasión y el síndrome de quemado (-0.421 y -0.472 respectivamente), lo cual pudiera dar cuenta que la satisfacción puede provenir de contar con apoyo y recursos, así como del desarrollo de estrategias efectivas para manejar el síndrome de quemado. Así mismo, se halló que el síndrome de quemado tiene una relación directa con el estrés por trauma secundario, aunque fue baja en los hospitales estudiados (0.264 y 0.305, respectivamente).

De igual manera, el estudio presentado tiene como limitaciones que se haya llevado a cabo en hospitales privados y que hayan sido solamente dos. Sin embargo, esto se decidió en función de que los hospitales públicos han sido más estudiados.

Los hallazgos sugieren que las condiciones de vida laboral, son similares para ambos hospitales estudiados, sin embargo, no se pueden generalizar factores de influencia, lo que implica que son características específicas de las condiciones laborales o aspectos relacionados con la gestión administrativa de cada hospital, lo que puede influir favorable o desfavorablemente en la calidad de vida laboral.

Futuros estudios podrían incluir estos aspectos y un enfoque mixto sería recomendable para profundizar en el fenómeno de cómo lograr una mejor calidad de vida en el personal de hospitales. Así mismo, es importante considerar en futuros estudios las cuestiones de género al ser la enfermería una profesión feminizada.

Finalmente, los resultados obtenidos en esta investigación amplían las evidencias empíricas y ayudan a una mejor comprensión sobre la calidad de vida laboral en el personal de enfermería, así como su importancia en la gestión de hospitales para identificar aspectos que pueden afectarlos en su salud, bienestar psicológico y desempeño. A partir de estudios como estos los directivos de hospitales pueden desarrollar estrategias para mejorar la calidad de vida laboral de su personal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albanesi, S. (2013). Percepción de la calidad de vida profesional en trabajadores de la salud. *Alternativas en Psicología, XVII*(28), 8-19.
- Aranda, C., Pando, M., y Salazar, J. G. (2015). Síndrome de Burnout en trabajadores de diversas actividades económicas en México. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología, 8*(2), 23-28.
- Arribas-García, S., Jaureguizar, J., y Bernarás, E. (2020). Satisfacción y fatiga por compasión en personal de enfermería de oncología: Estudio descriptivo y correlacional. *Enfermería Global, 19*(4), 120-132. <https://doi.org/10.6018/eglobal.417261>
- Ávila, M. (2010). La salud en el paradigma de la descentralización en América Latina *Revista de Ciencias Sociales (Ve), XVI*(13), 526-543.
- Barragán, O., Hernández, E. A., y Peralta, S. L. (2013). Una mirada a la profesión de enfermería desde la perspectiva de género. *Epistemus, 7*(15), 34-37. <https://biblat.unam.mx/hevila/EpistemusCienciatecnologiasalud/2013/n015/5.pdf>
- Bernal, C. (2010). *Metodología de la investigación*. Pearson Educación.
- Bernal, I., Pedraza, N. A., y Sánchez, M. L. (2015). El clima organizacional y su relación con la calidad de los servicios públicos de salud: Diseño de un modelo teórico. *Estudios Gerenciales, 31*(134), 8-19. <https://doi.org/10.1016/j.estger.2014.08.003>
- Cárdenas, L., Velasco, C., y Fabela, M. (2012). Desempeño laboral del personal de enfermería: Una visión de género. *Revista Horizontes, 4*, 9-26. http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol4/DESEMPENO_LA_BORAL_DEL_PERSONAL.pdf
- Chávez, J. R., y Peralta, R. Y. (2019). Estrés académico y autoestima en estudiantes de enfermería, Arequipa-Perú. *Revista de Ciencias Sociales (Ve), XXV*(E-1), 384-399. <https://doi.org/10.31876/rcc.v25i1.29629>
- Consejo Internacional de Enfermería - CIE (2015). *Definición de enfermería*. CIE. <https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/definiciones>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social - CONEVAL (2018). *Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud*. 2018. CONEVAL. https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/Diag_derecho_Salud_2018.pdf
- Gómez, O., Sesma, S., Becerril, V. m., Knaul, F. M., Arreola, H., y Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública de México, 53*(S-2), s220-s232.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía – INEGI (2018). *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE)*. INEGI. <https://www.inegi.org.mx/programas/enoe/14ymas/>
- Leonardo-Granados, M., y Chocó-Cedillos, A. (2018). Calidad de vida profesional y síndrome de burnout en personal de enfermería del departamento de medicina interna del Hospital Roosevelt. *Revista Científica de la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia, 28*(1), 10-18.
- Luna-Nemecio, J. (2020). Nota de actualidad. Determinaciones socioambientales del COVID-19 y vulnerabilidad económica, espacial y sanitario-institucional. *Revista de Ciencias Sociales (Ve), XXVI*(2), 21-26. <https://dx.doi.org/10.31876/rcc.v26i2.32419>
- Macías, A. J. (2020). Nota de actualidad. Reacción de la sociedad civil y el tercer sector en el abordaje de las pandemias. *Revista de Ciencias Sociales (Ve), XXVI*(2), 16-20. <https://doi.org/10.31876/rcc.v26i2.32417>
- Maila, S., Martin, P. D., y Chipps, J. (2020). Professional quality of life amongst nurses in psychiatric observation units. *South African Journal of Psychiatry, 26*, 1-7. <https://doi.org/10.4102/sajpsychiatry.v26i0.1553>
- Mendoza, I. A., García-Rivera, B. R., y Serna-Gómez, H. M. (2014). Validación de un instrumento de calidad de vida laboral en el contexto mexicano. En M. V. Flores, A. Vega y E. A. Chávez (Eds.), *Productividad, competitividad y capital humano en las organizaciones* (pp. 489-503). Ediciones ILCSEA, S. A. de C.V.
- Moradi, T., Maghaminejad, F., y Azizi-Fini, I. (2014). Quality of working life of nurses and its related factors. *Nursing and Midwifery Studies, 3*(2), e19450. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4228533/>

- Nigenda, G., Ruiz, J. A., Rosales, Y., y Bejarano, R. (2006). Enfermeras con licenciatura en México: Estimación de los niveles de deserción escolar y desperdicio laboral. *Salud Pública de México*, 48(1), 22-29.
- Organización Mundial de la Salud - OMS (2015). *Enfermería*.OMS. <http://www.who.int/topics/nursing/es/>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos - OCDE (2018). *Getting It Right: Prioridades estratégicas para México*. Éditions OCDE. <https://dx.doi.org/10.1787/9789264292871-es>
- Pérez, A., y Rodríguez, A. (2020). Economía conductual y COVID-19: Una interpretación social de la realidad. *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*, XXVI(4), 507-514. <https://doi.org/10.31876/rcs.v26i4.34646>
- Rodríguez-Marín, J. (2010). Calidad de vida laboral en profesionales de la salud. *Revista Calidad Asistencial*, 25(6), 318-320. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2010.09.002>
- Saldaña, C., Polo-Vargas, J. D., Gutiérrez-Carvajal, O. I., y Madrigal, B. E. (2020). Bienestar psicológico, estrés y factores psicosociales en trabajadores de instituciones gubernamentales de Jalisco-México. *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*, XXVI(1), 25-37. <https://dx.doi.org/10.31876/rcs.v26i1.31308>
- Sojo, A. (2017). *Protección social en América Latina: La desigualdad en el banquillo*. CEPAL. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/41105>
- Stamm, B. H. (2010). *The Concise ProQOL Manual: The concise manual for the professional Quality of Life Scale*. Eastwoods, LLC. https://www.proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf