

## CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL EN ESTUDIANTES DE CIENCIAS DE LA SALUD

Mirian Grimaldo Muchotrigo\*

Instituto de Investigación de la Escuela de Psicología.  
Universidad de San Martín de Porres.

### Resumen

El objetivo de la presente investigación es identificar los niveles de calidad de vida profesional en estudiantes de postgrado de Ciencias de la Salud, según variables demográficas, en una muestra intencional conformada por 198 participantes, de los cuales el 73.2% eran mujeres y 26.8% varones, con una edad promedio de 37.53 y 42.79 años, respectivamente. El instrumento utilizado fue la Escala de Calidad de Vida Profesional (CVP 35) de Cabezas (1998). Se concluye que en general se percibe una tendencia a una baja calidad de vida, en relación a la carga laboral; una tendencia hacia una buena calidad de vida en la dimensión de motivación intrínseca y una baja calidad de vida profesional en el factor apoyo directivo.

*Palabras clave:* calidad de vida profesional, profesionales de la salud, estudiantes de postgrado, variables socio demográficas.

## QUALITY OF LIFE IN GRADUATE STUDENTS OF HEALTH SCIENCES

### Abstract

The objective of this research is to identify the levels of quality of life in graduate students of Health Sciences, according to demographic variables in a sample of 198 participants, 73.2% were female and 26.8% were men. The instruments used were the Professional Quality of Life Scale (CVP 35) from Cabezas (1998). It was found that in workload they perceive a low quality of life; in relation to intrinsic

Correspondencia: \*mgrimaldo2001@yahoo.com

dimension, they perceive a good quality of life but in the factor of management support, the level of quality of life is low.

*Key words:* quality of life, health professionals, graduate students.

## QUALIDADE DE VIDA ESTUDANTES DE NEGÓCIOS EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

### Resumo

O objetivo desta pesquisa é identificar os níveis de qualidade de vida profissional em pós-graduação de Ciências da Saúde, de acordo com variáveis demográficas em uma amostra intencional composta por 198 participantes, dos quais 73,2% eram mulheres e 26,8% do sexo masculino, com uma idade média de 37,53 e 42,79 anos, respectivamente. O instrumento utilizado foi a Escala de Qualidade de Vida Profissional (CVP 35) a partir de Cabezas (1998). Concluímos que, em geral, é uma tendência para uma menor qualidade de vida em relação à carga de trabalho, uma tendência para uma boa qualidade de vida na dimensão da motivação intrínseca e qualidade profissional baixos da vida no fator de apoio à gestão.

*Palavras-chave:* qualidade de vida, profissionais de saúde, estudantes de graduação, variáveis sócio-demográficas.

La calidad de vida profesional resulta necesaria para el buen desempeño laboral y en la actualidad constituye una de las variables más importantes orientadas a entender el comportamiento organizacional. Desde esta perspectiva, algunos autores (García-Sánchez, 1993; García & González, 1995) plantean que la calidad de vida profesional

constituye la experiencia de bienestar derivada del equilibrio que percibe el individuo entre las demandas o cargas de trabajo desafiante, intenso y complejo, y los recursos (psicológicos, organizacionales y relacionales) que se dispone para afrontar esas demandas. Según Cabezas (1998), la calidad de vida profesional se relaciona con el balance

entre las demandas del trabajo y la capacidad percibida para afrontarlas, de manera que a lo largo de la vida se consiga un desarrollo óptimo en las esferas profesional, familiar y personal. En definitiva, los aspectos asociados con la calidad de vida profesional agrupan los diferentes factores capaces de generar fuentes adecuadas de gratificación y satisfacción en el quehacer profesional (Calderón et al., 2008). Ahora bien, en las organizaciones sanitarias, la calidad de vida profesional es un objetivo en sí mismo y, a su vez, un elemento imprescindible para la consecución del resto de los objetivos institucionales y personales (Miñarro, Verdú, Larraínzar & Molinos, 2002; Newman & Taylor, 2002).

Respecto a las dimensiones de la calidad de vida profesional, no todos los autores coinciden en considerar los mismos factores (Fernández, Santa & Casado, 2007); sin embargo la mayoría concuerda en organizar sus indicadores en tres grandes grupos, los cuales se presentan a continuación:

*a) Cargas en el Trabajo o*

*Demandas en el Trabajo:* Se considera la percepción que el trabajador tiene de las demandas del puesto de trabajo, que incluyen los indicadores de: la cantidad de trabajo, las prisas y agobios, presión que se recibe por la cantidad de trabajo o para mantener la calidad. De la misma manera, los conflictos con otras personas del trabajo, la falta de tiempo para la vida personal, la incomodidad física en el trabajo, la carga de responsabilidad y las interrupciones molestas, entre otros aspectos.

*b) Motivación Intrínseca:* Motivación personal, debida a factores internos que determinan la necesidad y, por tanto, la conducta motivada dirigida a la satisfacción profesional. Aquí se consideran: el tipo de trabajo que realiza, la motivación que experimenta, la exigencia de capacitación, el apoyo familiar y las ganas de ser creativo. De la misma manera, la capacitación que recibe y el

apoyo del equipo.

- c) *Apoyo Directivo*: Se refiere al soporte emocional que brindan los directivos a las personas que trabajan en la institución. Se consideran los siguientes aspectos: la posibilidad de expresar lo que se siente y necesita, la satisfacción con el sueldo, el reconocimiento del esfuerzo, la oportunidad de ser promocionado, el apoyo de los jefes o adjuntos y compañeros. Asimismo, se incluye la recepción de la información de los resultados del trabajo, la autonomía o libertad de decisión, la variedad de trabajo y la posibilidad de ser creativo, entre otros aspectos.

Autores como Sánchez, Álvarez y Lorenzo (2003), plantean la existencia de otras dimensiones además de las antes mencionadas. Añaden las siguientes: incomodidades derivadas del trabajo, recursos ligados a este lugar, soporte social recibido y capacidad de realizar el mismo.

Dentro de las investigaciones relacionadas al tema, se mencionan las siguientes: Sánchez et al. (2003) investigaron acerca de la calidad de vida profesional de 419 trabajadores de atención primaria del área 10 de Madrid. El instrumento utilizado fue el Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP 35). Se encontró un nivel medio de CVP entre los trabajadores, aunque la valoración es más baja entre los médicos. Se percibe una excesiva carga de trabajo y pocos recursos aportados por la organización. El grupo con una mejor percepción de su calidad de vida en el trabajo es el de auxiliares de clínica. No se observaron diferencias significativas en función al sexo, la edad, el turno de trabajo, la antigüedad laboral y la situación laboral.

Martín, et al. (2004), estudiaron las características métricas del Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35) en una muestra aleatoria de 450 profesionales estratificados en tres grupos: I (médicos, farmacéuticos y psicólogos), II (enfermeras, matronas, fisioterapeutas y trabajadores sociales) y III (auxiliares administrativos y de enfermería y

celadores). Se les envió el cuestionario autoaplicativo, con reenvío al cabo de un mes. Se encontraron tres factores que explicaban el 39.6% de la varianza, por lo que no se seleccionaron más componentes. La consistencia interna fue aceptable. Se concluyó que el instrumento mantenía sus propiedades psicométricas en entornos diferentes y puede ser propuesto como elemento de medida y comparación de la calidad de vida profesional en atención primaria.

Fernández, Moreno, Hidalgo, García y Tapia (2007a) estudiaron la calidad de vida profesional en 82 médicos residentes de un hospital general, a partir de la aplicación del Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35). La percepción de la calidad de vida fue significativamente mejor en los residentes de familia. Para el resto de las dimensiones no se detectaron diferencias significativas respecto al sexo, edad, número de guardias/mes, libranza de las guardias, especialidad, ni año de residencia. Los residentes percibían una mala calidad de vida profesional y un bajo apoyo por parte de los directivos. Tenían también una

motivación intrínseca media para afrontar una alta carga en el trabajo.

Fernández et al. (2007a) estudiaron la percepción de la calidad de vida profesional de 109 médicos residentes de dos hospitales de distinto nivel asistencial. El instrumento utilizado fue el Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP 35). Se encontró que los residentes de medicina de familia se encontraban más motivados y estaban más satisfechos con el sueldo que el resto de sus compañeros. Los residentes de primer año tenían menos conflictos en su trabajo y recibían más apoyo por parte de sus compañeros. Sin embargo en términos generales, los residentes percibían una mala calidad de vida profesional, y un bajo apoyo por parte de los directivos. Asimismo, tenían una motivación intrínseca media para afrontar una carga laboral.

Por su parte, Calderón, et al. (2008) investigaron acerca de las características métricas de un Cuestionario para evaluar la calidad de vida profesional de 717 médicos cardiólogos. El instrumento utilizado fue el Cuestionario de Calidad de Vida

Profesional (CVP). El análisis identificó tres dominios. En conjunto estos tres componentes explicaron el 46% de la variabilidad total del instrumento, nivel exigible para una validez estructural adecuada. Por su parte el alpha de Cronbach total del cuestionario fue de 0,76. Se demostró la fiabilidad y la validez del instrumento para evaluar la calidad de vida profesional.

Por otro lado, es probable que algunas variables demográficas puedan ejercer influencia sobre este constructo. Se ha encontrado que en el caso del ingreso económico los altos ingresos pueden proteger a las personas de situaciones que pudieran comprometer su homeostasis (Ahuvia & Friedman, 1998); asimismo se han hallado puntajes más altos de calidad de vida relacionada con la salud en asociación con un mayor ingreso económico (Tavallaii, Einollahi, Farahani & Namdari, 2009). Aunque la calidad de vida no se puede reducir a las condiciones socio-económicas, estas son fundamentales para el bienestar del ser humano (Lugones, 2002). Respecto al sexo, algunos autores (Cabezas, Rubio, & Aleixander, 2001; Jörgarden,

Wettergen & Von Essen, 2006) reportaron una mejor calidad de vida en los varones en comparación con las mujeres. Considerando la edad, Jörgarden, Wettergen y Von Essen (2006), observaron que los adolescentes obtuvieron puntajes más altos que los adultos jóvenes. Sin embargo, en nuestro medio no hay estudios al respecto, constituyendo ello un potencial aporte de la presente investigación.

Por otro lado, respecto al presente estudio, la justificación práctica se sustenta a partir del diagnóstico que se realiza con los profesionales de la salud, ya que justamente se conoce que una de sus funciones es contribuir con el mantenimiento de la salud integral de la población; sin embargo, se desconoce su nivel de calidad de vida. De la misma manera, a nivel práctico, los resultados permitirán diseñar, planificar y organizar programas de intervención orientados a desarrollar estilos de vida saludables, con lo cual se estaría interviniendo también en la calidad de vida. De esta manera estaríamos trabajando en la prevención de enfermedades físicas y mentales y mejorando el nivel de

calidad de vida profesional, para alcanzar el desarrollo humano en términos de la dignidad de la persona.

Se formula el siguiente problema de investigación: ¿cuáles son los niveles de calidad de vida profesional en los factores cargas en el trabajo, motivación intrínseca y apoyo directivo según variables sociodemográficas en estudiantes de ciencias de la salud?

A partir de todo lo mencionado se formulan las siguientes hipótesis de investigación:

- El nivel de calidad de vida profesional en los factores cargas en el trabajo, motivación intrínseca y apoyo directivo, será mayor en el grupo de varones que en el grupo de las mujeres estudiantes de Ciencias de la Salud.
- El nivel de calidad de vida profesional en los factores cargas en el trabajo, motivación intrínseca y apoyo directivo, será mayor en el grupo más joven que en el grupo de los mayores, estudiantes de Ciencias de la

Salud.

- El nivel de calidad de vida profesional en los factores cargas en el trabajo, motivación intrínseca y apoyo directivo, será mayor en el grupo de los que perciben mayores ingresos económicos que los que perciben menos, estudiantes de Ciencias de la Salud.

### **Método**

Se trata de una investigación aplicada, que utiliza un diseño descriptivo.

#### **Participantes**

La población la constituyeron los estudiantes de segundo ciclo de una Escuela de Postgrado de la ciudad de Lima. Ascendían a un total de 409 alumnos matriculados, tal como se presenta en la tabla 1. La muestra fue probabilística estratificada y para su cálculo se determinó el número de la población, que en este caso fue de 409. Se determinó que la muestra fuera de 198 participantes y luego de este procedimiento se realizó un muestreo estratificado asignado a partir de una

cuota, determinando así el número de miembros que compondrían la muestra. En este caso la técnica de muestreo utilizado fue la de

asignación proporcional, la que sirvió para determinar el tamaño de cada estrato en la muestra proporcional a la población estudiada.

Tabla 1

*Determinación de la muestra estratificada a partir de Asignación Proporcional*

Maestrías y Doctorados	Número de alumnos matriculados en segundo ciclo (n)	Asignación %	Muestra N
<b>Maestrías</b>			
Salud Pública	28	7	14
Docencia e Investigación en estomatología	26	6	13
Administración de servicios de salud	69	17	33
Psicología Clínica y de la Salud	13	3	6
Psicología Organizacional y Recursos Humanos	14	3	7
Salud Pública con mención en epidemiología	38	9	18
Salud Pública con mención en gestión hospitalaria	37	9	18
Salud pública con mención en salud reproductiva	23	6	11
Gestión y conducción en salud	38	9	18
Psicología Educativa con mención en Problemas de Aprendizaje, Tutoría y Orientación Educativa	18	4	9
<b>Doctorados</b>			
Salud Pública	84	21	41
Odontología	21	5	10

Dentro de las principales características de la muestra, se observó que el 73.2% son mujeres y 26.8% varones. Asimismo, se trató mayoritariamente de una muestra conformada por médicos (37.4%). Luego se ubicaban los siguientes profesionales: enfermeras (19.7%), psicólogos (14.1%), odontólogos (7.1%), obstetricas, (6.6%), tecnólogos médicos (5.6%), educadores (2%) y otros profesionales. Respecto a la edad, el mayor porcentaje tenía entre 31 a 40 años (39.9%). Luego se ubicaban los que tenían entre 41 años a más (38.4%) y, en tercer lugar, los menores de 30 años (21.7%). En cuanto al estado civil, la mayoría de los participantes eran casados (50%). Luego se encontraban los solteros (42.4%), convivientes (4%) y finalmente los viudos (3.5%). En cuanto al ingreso económico, el 53.5% ganaba hasta 2000 ns, 31.8% entre 2001ns y 4000 ns y el 14.6%, de 4000 ns a más.

Dentro de los criterios de inclusión, se consideraron dos aspectos: que en el momento de la aplicación de los instrumentos estuviera laborando y que su

participación fuera voluntaria. Respecto a los criterios de exclusión de la muestra, se consideró que los estudiantes de postgrado tuvieran un buen estado de salud en el momento de la administración del instrumento.

### **Instrumento**

*Escala de Calidad de Vida Profesional (CVP-35) de Cabezas (1998).* El objetivo del instrumento es identificar los niveles de calidad de vida profesional en profesionales de la salud. Las dimensiones que evalúa son: cargas de trabajo, motivación intrínseca y apoyo directivo. Está dirigido a personal de salud y es una prueba de lápiz y papel, de 35 preguntas, que se responden en una escala del uno al diez, a las que se superponen las categorías “nada” (valores 1 y 2), “algo” (valores 3,4 y 5), “bastante” (valores 6, 7 y 8) y “mucho” (valores 9 y 10).

La dimensión denominada Cargas en el Trabajo hace referencia a la percepción que el trabajador tiene de las demandas del puesto de trabajo. Es valorada por once ítems: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 11. La dimensión de Motivación Intrínseca se orienta a establecer los factores de este tipo de

motivación y es evaluada a partir de diez ítems: 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 y 21. La dimensión Apoyo Directivo es valorada por doce ítems y hace referencia al apoyo emocional recibido de los directivos, los cuales son los siguientes: 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34 y 35.

La administración del presente instrumento puede ser individual o colectiva y el tiempo de aplicación es de aproximadamente quince minutos. Es fácil de aplicar y consigue índices de respuesta aceptables, basados en un marco conceptual establecido y con un comportamiento estable en diferentes medios. Cuenta con validez de constructo y confiabilidad, tanto en su país de origen como en estudios

realizados en otros países (Fernández, Santa & Casado, 2007; Fernández, et al., 2007b; Martín et al, 2004; Sánchez, et al, 2003).

A partir del presente estudio el instrumento fue sometido a validez de contenido a través del método de Criterio de Jueces, para lo cual se utilizó el Coeficiente V. de Aiken. El resultado obtenido de este proceso fue una validez significativa del instrumento a un nivel de significancia de 0.05 en todos los ítems. Sin embargo, ello se obtuvo luego de haber realizado algunas adaptaciones lingüísticas al instrumento, considerando las observaciones de los jueces, tal como se presenta en la tabla 2.

Tabla 2

*Ítems adaptados a partir de las observaciones de los jueces*

Nº Ítem	Ítem del Instrumento original	Sugerencia
4	Presión recibida para mantener la calidad de mi trabajo	Presión que recibo para mantener la calidad de mi trabajo
10	Estrés (esfuerzo emocional)	Estrés que tengo (esfuerzo emocional)
13	Motivación (ganas de esforzarme)	La motivación que experimento (ganas de esforzarme)
14	Se exige capacitación para hacer mi trabajo	La exigencia de capacitación para realizar mi trabajo
21	Apoyo de mi equipo	El apoyo que recibo de mi equipo
28	Recibo información de los resultados de mi trabajo	La recepción de información sobre los resultados de mi trabajo
29	Mi empresa trata de mejorar la calidad de vida de mi puesto	La institución donde trabajo, ya que trata de mejorar la calidad de vida de mi puesto
33	Si hago propuesta es posible que sea escuchada	La posibilidad de ser escuchado(a), cuando realizo alguna propuesta.

En cuanto a la validez de constructo, se realizó el Análisis Factorial mediante el método de extracción de Ejes principales y el método de Rotación oblicua. Éstos permitieron las interpretaciones sobre la identificación de los factores descubiertos que forman una red de

constructos relacionados entre sí. En primer lugar, con el fin de medir la aplicabilidad del análisis factorial, se realizó la prueba de esfericidad de Bartlett y la medida de adecuación de la muestra de Kaiser Meyer Olkin (KMO), tal como lo sugieren Miquel, Bigné, Lévy, Cuenca y Miquel (1997).

Al utilizar la medida de KMO de Adecuabilidad de la Muestra, se encontró que el valor obtenido fue 0.919, lo cual sugiere que la matriz de correlaciones R de los ítems puede ser óptima para ser analizada factorialmente. Como se conoce el estadístico KMO varía entre 0 y 1 y en la medida que los valores se acerquen a 1, ello indica que el análisis factorial puede no ser una buena idea. En ese sentido, George y Mallery (1995) recomiendan como límite de aceptación de este índice KMO valores superiores a 0.5. De la misma manera se aplicó la Prueba de Esfericidad de Barlett. Indicó que las variables forman patrones de correlaciones lineales identificables y por lo tanto pueden ser factorizados por el análisis factorial.

En cuanto a la determinación del número de factores, se obtuvo que tres extraídos contenían el 61.08% de la varianza de los ítems. Significa que estos alcanzan a explicar, con algún grado de significado conceptual, las correlaciones entre los ítems. Es decir, se puede asegurar que existen tres factores significativos que subyacen a las relaciones entre ítems, de acuerdo al criterio de mayor varianza que cada factor puede absorber. Posteriormente, se procedió a la aplicación del Análisis Factorial Exploratorio. Así en la tabla 3 se observan las cargas factoriales de la matriz de configuración y de estructura, en donde se aprecia la extracción de los tres factores que mide la Escala.

Tabla 3A

*Análisis Factorial Exploratorio de la Escala de Calidad de Vida Profesional (CVP-35)*

No/ Ítem	Componentes		
	Apoyo Directivo	Carga en el Trabajo	Motivación Intrínseca
1. Cantidad de trabajo que tengo		.332 (.493)	
2. Prisas y agobios por la falta de tiempo para realizar mi trabajo		.668 (.670)	
3. Presión que recibo para realizar la cantidad de trabajo que tengo		.778 (.782)	
4. Presión que recibo para mantener la calidad de mi trabajo		.713 (.741)	
5. Los conflictos que tengo con otras personas de mi trabajo		.550 (.528)	
6. La falta tiempo para mi vida personal		.712 (.727)	
7. La incomodidad física en el trabajo		.711 (.701)	
8. La carga de responsabilidad		.579 (.786)	
9. Las interrupciones molestas		.757 (.734)	
10. El estrés que tengo (esfuerzo emocional)		.732 (.760)	
11. Mi trabajo, ya que tiene consecuencias negativas para mi salud		.671 (.705)	
12. El tipo de trabajo			-.571 (-.664)
13. La motivación que experimento (ganas de esforzarme)			-.684 (-.759)

Tabla 3B

*Análisis Factorial Exploratorio de la Escala de Calidad de Vida Profesional (CVP-35)*

No/ Ítem	Componentes		
	Apoyo Directivo	Carga en el Trabajo	Motivación Intrínseca
14. La exigencia de capacitación para realizar mi trabajo			-.701 (-.754)
15. El apoyo de mi familia			-.689 (-.656)
16. Mis ganas de ser creativo(a)			-.843 (-.781)
17. La capacitación que tengo para hacer mi trabajo actual			-.539 (-.705)
18. Mi trabajo, porque es importante para la vida de otras personas			-.692 (-.778)
19. Mi trabajo, ya que me siento orgulloso(a) de él.			-.648 (-.790)
20. Lo que tengo que hacer, ya que ello está claro			-.623 (-.769)
21. El apoyo que recibo de mi equipo			-.256 (-.562)
22. La posibilidad de expresar lo que siento y necesito	.434 (.689)		
23. Mi satisfacción con el sueldo	.733 (.679)		
24. El reconocimiento de mi esfuerzo	.821 (.837)		
25. La posibilidad de ser promocionado(a)	.850 (.833)		
26. El apoyo de mis jefes o adjuntos	.818 (.827)		
27. El apoyo de mis compañeros (as)	.655		

Tabla 3C

*Análisis Factorial Exploratorio de la Escala de Calidad de Vida Profesional (CVP-35)*

No/ Ítem	Componentes		
	Apoyo Directivo	Carga en el Trabajo	Motivación Intrínseca
28. La recepción de la información de los resultados de mi trabajo	.804 (.834)		
29. La institución donde trabajo, ya que trata de mejorar la calidad de vida de mi puesto	.832 (.808)		
30. La autonomía o libertad de decisión que tengo	.736 (.802)		
31. La variedad en mi trabajo	.757 (.827)		
32. La posibilidad de ser creativo	.574 (.753)		
33. La posibilidad de ser escuchado(a), cuando realizo alguna propuesta	.686 (.796)		

*Nota.* Los valores de la matriz de estructura se encuentran entre paréntesis

La confiabilidad, se realizó a partir de la aplicación del coeficiente Alfa de Cronbach para la muestra total (.95). Para la muestra de varones se alcanzó un .96 y para las mujeres .94. El estudio de la confiabilidad también incluyó el análisis de los factores identificados, encontrando que cada uno de los factores posee confiabilidad (Carga laboral: .90; Motivación Intrínseca: .91 y Apoyo

Directivo: .95).

### Procedimiento

Inicialmente se realizaron las coordinaciones necesarias con las autoridades de la Escuela de Postgrado, para solicitar el permiso respectivo. Posteriormente se llevó a cabo el estudio piloto con un grupo de veinte estudiantes. Para ello se aplicó el instrumento con el fin de probar la inteligibilidad del mismo. Los

participantes reportaron un acuerdo casi completo respecto a lo comprensible de los ítems e instrucciones. Luego se trabajó la validez de contenido, con la participación de diez especialistas en el tema, entre maestros y doctores.

El consentimiento informado de los participantes se obtuvo mediante una consulta por escrito en donde se explicaban los objetivos de la investigación y el tipo de participación que se requería. También se les informó acerca de la confidencialidad y anonimato de la participación, respetando el principio de autonomía de los participantes. Verbalmente se les indicó acerca del tiempo de duración de la administración y se respondió todas las preguntas acerca de su participación. Finalmente, se administró el instrumento siguiendo los procedimientos estandarizados para la administración grupal de pruebas de auto-reporte, durante las primeras horas de clase, para controlar la interferencia de la fatiga.

En el análisis de los datos se consideraron como variables de agrupación: Sexo, ingreso económico y edad y los resultados se expresaron a partir de tablas de distribución de frecuencias y porcentajes. Para examinar las diferencias demográficas en la variable Calidad de Vida Profesional, se aplicó un ANOVA, tomando como efectos fijos las variables antes mencionadas. Los datos fueron analizados utilizando el paquete estadístico para las Ciencias Sociales SPSS, versión 17.0 en español.

### **Resultados**

En la tabla 4 se aprecia que tanto la muestra total, varones y mujeres y los tres grupos muestrales organizados respecto a los ingresos económicos manifiestan tener una tendencia a una calidad de vida profesional buena. Considerando los tres grupos de edad y la clasificación según profesión se aprecia que perciben una tendencia a calidad de vida buena.

Tabla 4  
Niveles de Calidad de Vida Profesional según variables sociodemográficas

Categorías	Muestra Total		Sexo				Ingreso Económico						Edad					
			Varones		Mujeres		Hasta 2000 Ns	2001-4000 Ns	Más de 4000 Ns	Hasta 30 Años	31 a 40 Años	Más de 40 años						
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Mala Calidad	30	15.2	4	7.5	26	17.9	21	19.8	8	12.7	1	3.4	10	23.3	15	19.0	5	6.6
Tendencia a baja calidad de vida	66	33.3	19	35.8	47	32.4	36	34.0	19	30.2	11	37.9	12	27.9	26	32.9	28	36.8
Tendencia a calidad de vida buena	64	32.3	20	37.7	44	30.3	27	25.5	27	42.9	10	34.5	15	34.9	24	30.4	25	32.9
Calidad de vida óptima	38	19.2	10	18.9	28	19.3	22	20.8	9	14.3	7	24.1	6	14.0	14	17.7	18	23.7

En la tabla 5 se visualiza que la muestra total percibía una tendencia a una baja calidad de vida, en relación a la carga laboral. Considerando el sexo, tanto los varones como las mujeres tenían una tendencia a una buena calidad de vida. Respecto al ingreso económico, se aprecia que en el grupo de los que tenían menores ingresos económicos, así como en los que ganan más, cierto predominio de

una tendencia a una baja calidad de vida; los que tienen de ingreso entre 2001 hasta 4000 ns, manifiestan tener una tendencia a una buena calidad de vida. En función a la edad, se aprecia que en el grupo de los menores había una tendencia a una buena calidad de vida; los otros dos grupos de mayores se observa una tendencia a una baja calidad de vida.

Tabla 5

*Niveles de Calidad de Vida Profesional en la dimensión Carga Laboral según variables socio demográficas*

Categorías	Muestra		Sexo				Ingreso Económico						Edad					
	Total		Varones		Mujeres		Hasta 2000 ns		2001-4000 Ns		Más de 4000 Ns		Hasta 30 años		31 a 40 años		Más de 40 años	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Mala Calidad	30	15.2	4	7.5	26	17.9	21	19.8	8	12.7	1	3.4	10	23.3	15	19.0	5	6.6
Tendencia a baja calidad de vida	66	33.3	19	35.8	47	32.4	36	34.0	19	30.2	11	37.9	12	27.9	26	32.9	28	36.8
Tendencia a calidad de vida buena	64	32.3	20	37.7	44	30.3	27	25.5	27	42.9	10	34.5	15	34.9	24	30.4	25	32.9
Calidad de vida óptima	38	19.2	10	18.9	28	19.3	22	20.8	9	14.3	7	24.1	6	14.0	14	17.7	18	23.7

En la tabla 6, se visualiza que la muestra total tenía una tendencia hacia una buena calidad de vida en relación a la dimensión de motivación intrínseca. Considerando el sexo, los varones manifestaron tener una tendencia a una baja calidad de vida frente a las mujeres que percibían una tendencia a una buena calidad de vida. Respecto al ingreso económico, los tres grupos muestrales manifestaron

tener una buena calidad de vida profesional. En relación a las edades se observó que en los tres grupos seleccionados una tendencia a una buena calidad de vida profesional en la dimensión correspondiente a motivación intrínseca. En el caso del grupo de más de 50 años, un similar porcentaje manifestó tener una tendencia a baja calidad de vida.

Tabla 6

*Niveles de Calidad de Vida Profesional en la dimensión motivación Intrínseca según variables sociodemográficas*

Categorías	Muestra Total		Sexo				Ingreso Económico						Edad					
			Varones		Mujeres		Hasta 2000 ns		2001-4000 Ns		Más de 4000 ns		Hasta 30 años		31 a 40 años		Más de 40 años	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Mala Calidad	27	13.6	7	13.2	20	13.8	21	19.8	4	6.3	2	6.9	8	18.6	9	11.4	10	13.2
Tendencia a baja calidad de vida	64	32.3	23	43.4	41	28.3	33	31.1	21	33.3	10	34.5	11	25.6	28	35.4	25	32.9
Tendencia a calidad de vida buena	74	37.4	15	28.3	59	40.7	36	34.0	26	41.3	12	41.4	16	37.2	33	41.8	25	32.9
Calidad de vida óptima	33	16.7	8	15.1	25	17.2	16	15.1	12	19.0	5	17.2	8	18.6	9	11.4	16	21.1

En relación a la muestra total, se observa que en general manifestaron tener una baja calidad de vida profesional en el factor de apoyo directivo. Respecto al sexo, mujeres y varones tenían igualmente una tendencia a una baja calidad de vida

profesional. En el caso de la muestra en función al ingreso económico, las respuestas fueron similares, aunque diferente en el grupo de mayores ingresos quienes manifestaron tener una tendencia a una buena calidad de vida, tal como se observa en la tabla 7.

Tabla 7

*Niveles de Calidad de Vida Profesional en la dimensión Apoyo Directivo según variables sociodemográficas*

Categorías	Muestra		Sexo				Ingreso Económico						Edad					
	Total		Varones		Mujeres		Hasta 2000 ns		2001-4000 Ns		Más de 4000 Ns		Hasta 30 años		31 a 40 Años		Más de 40 años	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Mala calidad	28	14.1	5	9.4	23	15.9	21	19.8	4	6.3	3	10.3	7	16.3	10	12.7	11	14.5
Tendencia a baja calidad de vida	70	35.4	21	39.6	49	33.8	45	42.5	22	34.9	3	10.3	16	37.2	31	39.2	23	30.3
Tendencia a calidad de vida buena	63	31.8	19	35.8	44	30.3	29	27.4	21	33.3	13	44.8	13	30.2	27	34.2	23	30.3
Calidad de vida óptima	37	18.7	8	15.1	29	20.0	11	10.4	16	25.4	10	34.5	7	16.3	11	13.9	19	25.0

Para examinar las diferencias demográficas en la Calidad de Vida Profesional, se aplicó un ANOVA con interacción entre las variables demográficas de sexo, edad, e ingreso económico. De este análisis solo algunas interacciones y efectos principales resultaron ser estadísticamente significativos. Se encontró que los puntajes de apoyo directivo mostraron ser diferentes entre los distintos montos de ingresos registrados ( $F(2, 165) = 5.92$ ). Es decir, que puntuaron menos en esta área son aquellos que obtienen ingresos por debajo de 2000 ns; los

que ganan 4000 ns o más, perciben que el apoyo directo es más alto.

### Discusión

La dimensión denominada Cargas en el Trabajo hace referencia a la percepción del trabajador frente a las demandas del puesto de trabajo. En ese sentido, en la presente muestra se ha encontrado que tienen una mala calidad de vida y una tendencia a una baja calidad de vida las mujeres, los que ganan menos y los de hasta 40 años. No se encuentran satisfechos con la cantidad de trabajo, con las prisas y agobios por la falta de tiempo

para realizar su trabajo, con la presión que reciben para realizar la cantidad y calidad de trabajo. De la misma manera, con los conflictos con otras personas de su trabajo, la falta tiempo para su vida personal, la incomodidad física en el trabajo, la carga de responsabilidad, las interrupciones molestas, el estrés y la percepción de que su trabajo le genera consecuencias negativas para su salud.

En el caso de las mujeres es comprensible, pues probablemente además de trabajar, tienen una familia que cuidar, como hijas o como esposas y madres. Responde a la influencia de nuestra cultura: de las mujeres se espera el cuidado y atención de la familia, aspecto que no es considerado en la socialización de los varones. Al respecto, según un Informe del Ministerio de Trabajo (2005, p. 5):

En el Perú, la población en edad de trabajar, alcanzó la cifra de 19.8 millones, de las cuales el 53% eran mujeres y el 47% restante, eran varones. De la misma manera, el mercado laboral peruano está demandando

cada vez más, mano de obra femenina en las distintas actividades económicas.

Asimismo, señala que las mujeres valoran de forma positiva el trabajo remunerado al otorgarles la posibilidad de generar ingresos propios, desarrollarse en un ámbito ajeno al doméstico y potenciar su autoestima. Pero la valoración positiva se reduce en la medida que el trabajo se superpone con el rol doméstico y de cuidadora, tradicionalmente asignado a la mujer. Los cambios producidos en el último tiempo en la familia han tenido un impacto importante sobre la inserción laboral femenina. Las mujeres perciben que la red de apoyo familiar, ya no es un recurso disponible tan fácil como en el pasado. De la misma manera, en una investigación desarrollada por Grijalva (1996) con mujeres mejicanas encontró que las mujeres de sectores medios asumen su trabajo extradoméstico como: 1) una carrera, 2) una actividad complementaria y 3) como una necesidad, pues solo así pueden mantener el status.

Giampino (2002) señala que una madre que trabaja se siente culpable por dos razones: por el hecho de trabajar y por ser mujer; pero también señala a la inversa. La diferencia es que, en el primer caso, la mujer encontró una justificación para sentirse culpable: su ausencia en el hogar; en el segundo, se presenta una culpabilidad absurda: su falta de paciencia con los hijos, o mimarlos demasiado en prejuicio de su autonomía.

Como sabemos, los altos niveles de estrés provocado por el conflicto entre las responsabilidades en el trabajo y el hogar han sido bien documentados, en particular para las mujeres. Las estadísticas indican que las mujeres que trabajan tienden a asumir una mayor parte de las tareas del hogar que los varones y por lo tanto experimentan una mayor carga de trabajo total. En tal sentido, hay necesidad de generar estrategias orientadas a mejorar la calidad de vida profesional, de tal manera que no genere un deterioro en la salud mental de las mujeres profesionales de la salud.

En el caso de los que ganan menos, estos resultados también se justifican ya que probablemente desde su percepción deberían tener mayores ingresos por el tipo de trabajo que realizan o por las actividades y responsabilidades. Una persona con una percepción subjetiva de su carga laboral de manera negativa influirá en la efectividad del trabajo que realiza (Grol, Mokkin & Smiths, 1985). De la misma manera, se han encontrado correlaciones positivas significativas entre las excesivas cargas de trabajo como una fuente de frustración y ansiedad (Spector, 1987).

Esta misma percepción la tienen aquellos profesionales con hasta 40 años. Los resultados anteriormente mencionados, reflejan algunas de las características de la etapa de adultez media, en donde principalmente se ubica este grupo muestral. En esta etapa de la vida, el adulto se replantea frente a lo vivido. Los posibles cambios que debe de enfrentar pueden afectar el matrimonio, la estructura familiar y laboral. Al respecto, Hoffman, París y Hall (1996) señalan que alrededor de los 45 años se produce una etapa de

autoevaluación, en donde el sujeto empieza a valorar hasta qué punto se ha acercado al cumplimiento de sus metas. Según Erikson (1985), cuando las personas llegan a la mediana adultez, ha de enfrentarse a una lucha entre la generatividad y la tendencia a estancarse y encerrarse en sí mismos. Por su parte, Lenvinson (Coon, 2004) planteaba que entre alrededor de los 40 años se presenta una etapa de transición a la mediana edad. Las personas suelen reevaluar sus vidas y llegar a la conclusión de que sus sueños de juventud se encuentran fuera de su alcance.

Por otro lado, respecto a la motivación intrínseca, ésta se refiere a la motivación personal, debida a factores internos que determinan la necesidad, y por tanto, la conducta motivada dirigida a la satisfacción de actividades desarrolladas a nivel profesional. En este contexto, se encontró que considerando los grupos muestrales, las mujeres, los que ganan a partir de 2001 ns. y los tres grupos de edad se encontraban satisfechos en este factor, mas no así los varones y los que ganan menos. En cuanto a las

mujeres, se puede comentar que el hecho de trabajar les brinda seguridad emocional y económica. Tal como lo señala Messig (s.f.), las mujeres valoran lo que ha significado para su autoestima el acceso al mundo del trabajo. Según Tobía (2005), la independencia va más allá guarda relación con la identidad propia, individual de las mujeres, con ser personas. El mejor indicador es tener dinero sin pedir a la pareja y ser mantenidas. Estos datos se relacionan con los resultados de un estudio realizado por Tobía (2005) con un grupo de mujeres que trabajan en España, en donde se encontró que sentían seguridad, autonomía e independencia.

De la misma manera, los que tienen ingresos superiores a los 2001 ns es probable que perciban que de alguna manera están respondiendo a sus expectativas. Perciben que necesitan motivación para esforzarse y enfrentar su trabajo, con la exigencia de capacitación, con el apoyo de su familia y sus ganas de ser creativo. De la misma manera con el mismo trabajo, porque es importante

para la vida de otras personas y porque se siente orgulloso de él. Asimismo, porque lo que desea hacer, lo tiene claro y por el apoyo que recibo de su equipo.

Sin embargo, lo preocupante es en relación a aquellos grupos muestrales que se sienten insatisfechos. Como se sabe, la base de toda mejora continua en una organización es la motivación de los miembros del equipo, éste es el resultado de una serie de relaciones entre el esfuerzo individual, el rendimiento obtenido, las recompensas organizativas y los objetivos individuales (Del Valle, Sesmero, Pórtoles, Velayos & Martínez, 2007).

Los resultados anteriores, en relación a los que ganan menos se justifican considerando el ingreso económico mensual de estos profesionales, razón por la cual perciben niveles bajos de calidad de vida en esta área. Estos resultados se relacionan con los encontrados por Borracci (2006). Al estudiar la calidad de vida profesional de los cirujanos en Argentina, encontró que esta

actividad era poco reconocida, mal pagada y sometida a riesgos legales crecientes. Esto provocaba una evidente daño en la vocación y un desencanto con la profesión. Sin embargo, aunque algunos autores no han demostrado que el ingreso o el salario sean factores asociados con el nivel de satisfacción de los médicos, otros investigadores han encontrado una correlación positiva entre estas dos variables (Leigh, Kravitz, Schembri, Samuelsa & Mobley, 2002).

En cuanto al apoyo directivo, los datos reportan que quienes tienen una mejor calidad de vida profesional en este factor son tanto varones como mujeres, todos los profesionales indistintamente, los que ganan más de 2001 ns. y con hasta 40 años. Contrariamente, perciben una calidad de vida no óptima los que tienen menores ingresos y los mayores de 40 años. En cuanto a los de menor edad, es probable que ellos se autoperciban como profesionales capaces de ganar más dinero por su trabajo y por lo tanto considerar que no se reconoce su esfuerzo. Encuentran que debido a la edad no encuentran la oportunidad de

ser promocionados y que la institución donde trabajan no hace nada por mejorar la calidad de vida en su puesto; entre otros aspectos que mide el instrumento aplicado. Ahora bien, esto responde a la edad cuando se trata de una población joven, con la expectativa de alcanzar muchos sueños y esperanzas. En un estudio realizado por Biset (s.f), acerca de las expectativas y demandas de los jóvenes profesionales encontró que más de la mitad de la población evaluada destacó como elementos “imprescindibles” dentro de su empresa ideal al desarrollo/aprendizaje (73,4%) y al hecho de enfrentarse a tareas desafiantes a diario; dejaron en segundo lugar la existencia de un buen clima de trabajo.

En relación con las comparaciones, sólo se encontraron diferencias significativas en el factor de apoyo directivo entre los grupos de distintos montos de ingresos registrados. Puntuaron menos en esta área aquellos que obtienen ingresos por debajo de 2000 ns; los que ganan 4000 ns o más, perciben que el apoyo directo es más alto. En este sentido la

motivación intrínseca juega un papel importante, tal como lo plantean algunos autores (Vroom, 1964; Deci, 1972; Porter & Lawler, 1968) la motivación en el trabajo, depende del valor de la recompensa (Valencia) y de la probabilidad de obtenerla, si se hace el esfuerzo adecuado. En este sentido, la recompensa sería el dinero percibido por el trabajo desempeñado. Los resultados anteriores se relacionan con los hallazgos realizados por Borracci, et al (2008). Al estudiar la relación entre el nivel de ingresos y la calidad de vida profesional de los cardiólogos en Argentina, encontraron una clara asociación entre ambas variables. La percepción de la situación laboral y la realización profesional mejoró linealmente con el nivel de los ingresos. Asimismo, Leigh, et al. (2002), también encontró que entre los médicos que ganaban U\$ 250.000 al año era un 98% más probable que refieran estar muy satisfechos con su carrera en comparación con quienes ganaban la mitad. En esa misma línea, Calderón, et al. (2008) encontraron un claro panorama de insatisfacción en el sistema de salud argentino, debido a la

relación directa entre los ingresos económicos de los médicos y el nivel de calidad de vida profesional. De esta manera, el que gana más se siente satisfecho por el reconocimiento que le brindan por su trabajo, asume que puede ser promocionado y contar con el apoyo de sus jefes, adjuntos y de sus compañeros. También, considera que la institución donde trabaja trata de mejorar su calidad de vida y le brinda la posibilidad de más libertad en sus decisiones. Igualmente, piensa que su trabajo es variado, le brinda la posibilidad de ser creativo y escuchado cuando realiza alguna propuesta.

Se concluye que la muestra total percibe una tendencia a una baja calidad de vida, en la dimensión carga laboral; en tal sentido, es necesario que se evalúen en qué medida los centros donde trabajan no están permitiendo el desarrollo de sus actividades laborales de manera eficiente. Se torna necesario prestar atención en aquellos aspectos que les está generando agobio y tensión, propios de la actividad que, sin embargo podrían ser mejoradas.

Dentro de ello, se encuentra por ejemplo: la cantidad de trabajo, la presión que reciben para realizar la cantidad y calidad de trabajo, los conflictos con otras personas de su trabajo, la falta tiempo para su vida personal, la incomodidad física en el trabajo, la carga de responsabilidad, las interrupciones molestas, el estrés y la percepción de que su trabajo le causa consecuencias negativas para su salud. Ello merece ser atendido: una mala calidad de vida profesional puede generar una mala atención en los pacientes. En segundo término, se encontró también una baja calidad de vida profesional en el factor de apoyo directivo. Merece ser profundizado, pues podría mejorarse con la implementación de programas dirigidos tanto al personal directivo como a todos los trabajadores porque, además definitivamente redundaría en la calidad de atención que brindan en los distintos centros hospitalarios donde trabajan.

## Referencias

- Alhuvia, A.C. & Friedman, D. (1998).  
Income, consumption and

- subjective well being: Toward a composite macromarketing Model. *Journal of Macromarketing*, 18, 153-168.
- Borracci, R., Calderón, J., Sokn, F., Angel, A., Lerman, J., Darú, V. & Manrique, J. (2008). Relación entre el nivel de ingresos y la calidad de vida profesional de los cardiólogos en la Argentina. *Revista Argentina de Cardiología*, 76, 352-358.
- Cabezas, C. (1998). Síndrome de desgaste profesional, estrés laboral y calidad de vida profesional. *Revista Formación Médica Continuada*, 5, 491-492.
- Cabezas, J.L., Rubio, R. & Aleixander, H. (2001). Calidad de vida y diferencias en función al sexo. *Revista Multidisciplinaria de Gerontología*, 11(4), 173-180.
- Calderón, J., Borracci, R., Angel, A., Sokn, F., Agüero, R., Manrique J., Cariello, A. & Hansen, M. (2008). Características métricas de un cuestionario para evaluar la calidad de vida profesional de los médicos cardiólogos. *Revista Argentina de Cardiología*, 76, 5, 359-367.
- Coon, D. (2004). *Psicología*. México D.F.: Thomson Learning.
- Deci, E. (1972) Intrinsic Motivation, Extrinsic Reinforcement, An Inequity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 22, 113-120.
- Del Valle, M., Sesmero, C., Pórtoles, J., Velayos, M. & Martínez, S (2007). Valoración del Grado de Satisfacción laboral en equipos de diálisis (2007). En *XXXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 6 de Febrero 2007. Recuperado el 29 de julio del 2009 de <http://www.revistaseden.org/files/51.pdf>.
- Erikson, E. (1985). *The life cycle completed*. New York: Norton.
- Fernández, A., Santa, E., & Casado, M. (2007). *Calidad de Vida profesional de los profesionales de Enfermería en Atención primaria de Soria*, Recuperado el 23 de Junio del 2009 de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0213.php>.

- Fernández, O., Moreno, S., Hidalgo, C., García Del Río, B. & Tapia, A. (2007a). Calidad de Vida profesional de los médicos residentes. *Archivos de Medicina*, 3,1, Recuperado el 27 de Julio del 2009 de <http://archivosdemedicina.com/ojs/index.php/archmed/article/view/28/75>
- Fernández, O., García Del Río, B., Hidalgo, C., López, C., Martín, A. & Moreno, S. (2007b). Percepción de la calidad de vida profesional de los médicos residentes de dos hospitales de distinto nivel asistencial. *Medicina de Familia*, 7(1), 83-90
- García-Sánchez, S. (1993). La qualitat de vida profesional com a avantatge competitiv. *Revista de Qualitat*, 11, 4-9.
- García, S. & González, J. (1995). Factores de motivación de los profesionales de la salud en Atención primaria. *Revista Formación Médica Continuada*, 2, 1.
- George, D. & Mallery, P. (1995). Step by step: A simple guide and reference. USA: Wadsworth Publishing Company.
- Giampino S. (2002). *¿Son culpables las mujeres que trabajan?* México: Siglo XXI.
- Grijalva, G. (1996). Trabajo femenino y vida familiar en México. ¿Porqué trabajan las mujeres? De Brígida García y Orlandina de Oliveira. *Región y Sociedad*, 7(12), 161-167
- Grol, R., Mokkin, H. & Smiths, A. (1985). Work Satisfaction of general practitioner and the quality of patient care. *Fam Practitioner*, 2, 128.
- Hoffman, L., Paris, S. y Hall, E. (1996). *Psicología del desarrollo hoy*. Madrid: McGraw-Hill.
- Jörgarden, A., Wettergen, L., & Von Essen, L. (2006). Measuring health related quality of life in adolescents and young adults: Swedish normative data for the SF-36 and the HADS, and the influence of age, gender and method of administration. *Health and quality of life outcomes*, 4, 91. Doi: 10.1186/1477-7525-4-91
- Leigh, J., Kravitz, R., Schembri, M., Samuels, S. & Mobley, S. (2002). Physician career satisfaction

- across specialties. *Archivo Internado Médico*, 162, 1577-1584.
- Lugones B M (2002). Algunas consideraciones sobre la calidad de vida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(4), Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252002000400013&lng=es&nr=m=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000400013&lng=es&nr=m=iso&tlng=es)
- Martín, J., Cortés, J., Morente, M., Caboblanco, M., Garijo, J. & Rodríguez A. (2004). Características métricas del cuestionario de Calidad de Vida profesional (CVP 35). *Gaceta Sanitaria*, 18(2), 139-136
- Messig, C. (s.f.). Cada vez son más las madres que trabajan todo el día fuera de casa. Madres que trabajan con culpa. Recuperado de [http://www.encuentroconcristo.com.ar/matrimonios/2003/mujeres\\_trabajadoras.htm](http://www.encuentroconcristo.com.ar/matrimonios/2003/mujeres_trabajadoras.htm)
- Ministerio de Trabajo (2005). *Informe Anual: La mujer en el mercado laboral peruano*. Lima: Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo.
- Miñarro, J., Verdú, M., Larraínzar, M. & Molinos, F. (2002). La Satisfacción Laboral en el Hospital Asepeyo-Sant Cugat del Valles. *Gestión Hospitalaria*, 13, 26-30.
- Miquel, S., Bigné, E., Lévy, J.P., Cuenca, A.C. & Miquel, M. (1997). *Investigación de Mercados*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Newman, K. & Taylor, U. (2002). The NHS Plan: Nurse satisfaction, commitment and retention strategies. *Health Service Management*, 15, 93-105.
- Porter, L. & Lawler, E. (1968). *Managerial Attitudes and Performance*. New York: Irwin Dorsey.
- Sánchez, R., Álvarez, R. & Lorenzo, S. (2003). Calidad de vida profesional de los trabajadores de Atención Primaria del área 10 de Madrid. *Revista de Medicina Familiar y Comunitaria*, 13(4), 291-296.
- Spector, P.E. (1987). Interactive effects of perceived control and job stressors on affective reactions and health outcomes for clerical workers.

*Work and Stress*, 1, 155–162.

*Kidney Diseases*, 3 (1), 40-44.

Tavallaii, S.A., Einollahi, B., Farahani, M.A. & Namdari, M. (2009). Socioeconomic links to health-related quality of life, anxiety and depression in Kidney Transplant Recipients. *Iranian Journal of*

Tobía, C. (2005). *Madres que trabajan. Dilemas y estrategias*. Valencia: Universitat. Instituto de la mujer.

Vroom, V. (1964). *Work and Motivation*, New York: John Wiley and Sons.

Recibido: 15 de febrero del 2010  
Aceptado: 22 de julio del 2010