



HHS Public Access

Author manuscript

Cienc Trab. Author manuscript; available in PMC 2016 January 08.

Published in final edited form as:

Cienc Trab. 2011 ; 13(41): 152–157.

Distinción Empírica Entre Engagement y Trabajolismo en Enfermeras Hospitalarias de Japón: Efecto Sobre la Calidad del Sueño y el Desempeño Laboral

[THE EMPIRICAL DISTINCTIVENESS OF WORK ENGAGEMENT AND WORKAHOLISM AMONG HOSPITAL NURSES IN JAPAN : THE EFFECT ON SLEEP QUALITY AND JOB PERFORMANCE]

Kazumi Kubota¹, Akihito Shimazu², Norito Kawakami³, Masaya Takahashi⁴, Akinori Nakata⁵, and Wilmar B. Schaufeli⁶

¹MS, RN, PHN. Department of Mental Health, Graduate School of Medicine, University of Tokyo

²PhD. Department of Mental Health, Graduate School of Medicine, University of Tokyo

³MD, DMSc. Department of Mental Health, Graduate School of Medicine, University of Tokyo

⁴PhD. National Institute of Occupational Safety and Health, Japan

⁵PhD. National Institute for Occupational Safety and Health, USA

⁶PhD. Department of Social and Organizational Psychology, Utrecht University

Résumé

Objetivo—El objetivo de este estudio es demostrar la distinción entre engagement y trabajolismo, estudiando su relación con la calidad del sueño y el desempeño laboral.

Método—Un total de 447 enfermeras de 3 hospitales de Japón fueron entrevistadas mediante un cuestionario autoadministrado que incluía la escala Utrecht (UWES, Utrecht Work Engagement Scale), la Escala de Adicción al Trabajo Holandesa (DUWAS, Dutch Workaholism Scale), preguntas sobre la calidad del sueño (7 ítems) con respecto a (1) dificultad para conciliar el sueño, (2) dificultad para mantener el sueño, (3) despertar temprano por la mañana, (4) dormirse o tomar siestas durante el día, (5) somnolencia diurna excesiva en el trabajo, (6) dificultad para despertarse por la mañana, y (7) despertar cansado en la mañana, y el Cuestionario sobre Salud y Desempeño (CSD) de la Organización Mundial de la Salud.

Resultados—Los modelos de ecuaciones estructurales demostraron que el engagement se relaciona positivamente con la calidad del sueño y el rendimiento laboral, mientras que el trabajolismo tiene una relación negativa con la calidad del sueño y el desempeño laboral.

Conclusión—Los resultados indican que el engagement y el trabajolismo son conceptualmente diferentes. El primero tiene una connotación positiva, mientras que el segundo se asocia de manera negativa al bienestar (buena calidad del sueño y buen rendimiento en el trabajo).

Abstract

The aim of the present study is to demonstrate the distinctiveness of work engagement and workaholism by examining their relationships with sleep quality and job performance.

A total of 447 nurses from 3 hospitals in Japan were surveyed using a self-administrated questionnaire including Utrecht Work Engagement Scale (UWES), the Dutch Workaholism Scale (DUWAS), questions on sleep quality (7 items) regarding (1) difficulty initiating sleep, (2) difficulty maintaining sleep, (3) early morning awakening, (4) dozing off or napping in daytime, (5) excessive daytime sleepiness at work, (6) difficulty awakening in the morning, and (7) tiredness awakening in the morning, and the World Health Organization Health Work Performance Questionnaire.

The Structural Equation Modeling showed that, work engagement was positively related to sleep quality and job performance whereas workaholism negatively to sleep quality and job performance.

The findings suggest that work engagement and workaholism are conceptually distinctive and that the former is positively and the latter is negatively related to well-being (i.e., good sleep quality and job performance).

Keywords

TRABAJOLISMO; ADICCIÓN AL TRABAJO; ENGAGEMENT; CALIDAD DEL SUEÑO; DESEMPEÑO LABORAL

Keywords

WORKAHOLISM; WORK ENGAGEMENT; SLEEP QUALITY; JOB PERFORMANCE

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, el ambiente de trabajo ha estado experimentando una rápida transformación. Por ejemplo, ya no existen las expectativas de rol¹ y los límites entre trabajo y vida personal cada vez son más difusos.² Estos cambios sobre las condiciones laborales hacen un llamado a comprender mejor las actitudes que las personas tienen hacia su trabajo (es decir., cómo se sienten con respecto a su trabajo y su entorno laboral). En efecto, algunos investigadores han enfatizado que la actitud hacia el trabajo puede asociarse con el bienestar.³⁻⁷

Este artículo se centra en la diferencia empírica que hay entre engagement (trabajar arduamente por motivación intrínseca) y trabajolismo (trabajar en exceso y de forma compulsiva) en una muestra de enfermeras. Este problema es de particular importancia ya que existen confusiones conceptuales con respecto a la naturaleza de estos dos constructos que se superponen.⁸ Además, los patrones actuales de la práctica profesional de las

enfermeras deja ver que trabajan más de lo que debieran.⁹⁻¹¹ Estas extensas jornadas de trabajo ocasionan que las enfermeras trabajen en medio de una mala calidad de sueño y un bajo desempeño laboral.

Engagement

El concepto de engagement surgió de las investigaciones sobre el burnout, como un intento de cubrir todo el espectro que va desde el malestar del empleado (burnout) hasta el bienestar.¹² Con el objetivo de tener éxito y sobrevivir a estos continuos cambios del entorno laboral que se viven hoy en día, en vez de intentar simplemente contar con empleados "sanos", las organizaciones necesitan que sus empleados se sientan comprometidos con el trabajo.¹³ El engagement se refiere a un estado mental positivo y satisfactorio frente al trabajo que se caracteriza por el vigor, dedicación y absorción del individuo.¹³ El vigor se caracteriza por altos niveles de energía y resistencia mental mientras se trabaja, es la voluntad del empleado para invertir esfuerzo en su trabajo y ser perseverante incluso cuando se presentan dificultades. La dedicación se caracteriza por la sensación de importancia, entusiasmo, inspiración, orgullo y desafío en el trabajo. La absorción consiste en estar totalmente concentrado, feliz y profundamente absorto en el trabajo. El empleado siente que el tiempo pasa rápido mientras trabaja y tiene dificultades para distanciarse de él. Así, los empleados comprometidos trabajan arduamente (vigor), se implican en el trabajo (dedicados) y se sienten fascinados (absortos) con su trabajo. Es posible que un empleado comprometido se parezca a quien sufre de adicción al trabajo en el sentido de que ambos trabajan arduamente, están implicados y sienten fascinación por su trabajo. Sin embargo, a diferencia del trabajólico, el empleado comprometido carece del típico impulso compulsivo.^{13,6} Los empleados comprometidos disfrutan de otras actividades en su tiempo libre, no se sienten culpables cuando no trabajan y no trabajan arduamente porque sientan un impulso fuerte e irresistible por hacerlo, sino porque para ellos su trabajo es una experiencia muy agradable.¹⁴ Por lo tanto, a pesar de que los empleados trabajólicos y los empleados comprometidos puedan parecerse por trabajar arduamente, sus motivaciones son totalmente diferentes.^{14,8,15} Es interesante notar que la adicción al trabajo mantiene una relación positiva con un tiempo de trabajo excesivo.⁸

Trabajolismo

El término trabajolismo tiene sus orígenes en Oates, quien lo describe como "...la compulsión o necesidad incontrolable de trabajar de manera excesiva".¹⁶ Desde entonces, se ha convertido en un término de uso coloquial tanto en la prensa popular como en la investigación empírica. Para los expertos, la adicción al trabajo es sinónimo de trabajo arduo, sin embargo, concebir al trabajolismo exclusivamente en términos del número de horas de trabajo no constituye una buena interpretación, ya que deja de lado su naturaleza adictiva. Un típico empleado adicto al trabajo está motivado por un fuerte impulso interno al que no se puede resistir, en vez de estar motivado por factores externos o contextuales, tales como problemas financieros, conflictos en su matrimonio, cultura organizacional, presión de los supervisores o un fuerte deseo de mejorar su proyección laboral.¹⁷ Considerando la facilidad con la que el público entendido emplea el término trabajolismo, es sorprendente que incluso después de cuatro décadas los investigadores aún no hayan logrado un consenso adecuado sobre su significado. Muchos investigadores coinciden en que el trabajolismo es

un fenómeno negativo^{18-21,8,14} porque hace referencia al origen mismo del término, el cual intenta hacer una correspondencia con alcoholismo.²² No obstante, hay otros que ven al trabajolismo como un fenómeno positivo.^{23,26} Por ejemplo, Korn et al. llaman a los trabajólicos 'hyper-performers' (hipertrabajadores), ya que ven el tema desde una perspectiva organizacional.²³ A pesar de que el trabajo de Shimazu y Schaufeli 'Is workaholism good or bad for employee well-being?' (¿Es el trabajolismo bueno o malo para el bienestar de los empleados?) ha sido discutido, Scott et al. descubrió tres características comunes del trabajolismo que se pueden rescatar de las diferentes definiciones que hay para el concepto.²⁶ Primero, los empleados adictos al trabajo pasan gran parte de su tiempo en actividades laborales cuando esta decisión queda a su discreción. En segundo lugar, se muestran reacios a desconectarse del trabajo y con frecuencia piensan persistentemente en trabajo cuando no están en el trabajo. Por último, trabajan más allá de lo que razonablemente se espera de ellos para satisfacer las necesidades organizacionales o económicas. Por lo tanto, basándose en un análisis conceptual, Schaufeli et al.⁸ definieron el trabajolismo como la tendencia a trabajar ardua y excesivamente (la dimensión conductual) y a estar obsesionado con el trabajo (la dimensión cognitiva), lo cual se manifiesta trabajando compulsivamente. Esta definición coincide con el análisis más reciente de las definiciones académicas, que concluye que el trabajo arduo, a expensas de otras funciones importantes de la vida y un fuerte impulso interno por trabajar, son dos aspectos clave de la adicción al trabajo.²⁷

Correlaciones del engagement

Debido a que el engagement fue presentado como un antípoda del burnout⁶, se espera que esté relacionado principalmente con la ocurrencia (o falta) de problemas de salud. Además, en la literatura existente sobre la recuperación del estrés laboral, este proceso (distanciamiento psicológico, relajación, dominio y control) mantiene una correlación positiva tanto con el engagement como con la calidad del sueño.²⁸ De ahí que pueda especularse que el engagement está relacionado con una buena calidad del sueño, ya que es probable que los empleados comprometidos tengan mejores experiencias de recuperación.

En términos de engagement, hay al menos cuatro razones por las cuales los trabajadores comprometidos se desempeñan mejor que los que no lo están.²⁹ Los empleados comprometidos: (1) a menudo experimentan emociones positivas, como la felicidad, la alegría y el entusiasmo, (2) poseen un mejor estado de salud, (3) crean sus propios recursos laborales y recursos personales, y (4) transfieren su compromiso a los demás. En línea con esta idea, algunas investigaciones demostraron que el engagement se relaciona positivamente con un mejor desempeño laboral.^{14,6}

Correlaciones del trabajolismo

Los empleados adictos al trabajo pueden ir tan lejos hasta el punto de crear otras tareas para incluirlas en su trabajo (trabajo en exceso), por ejemplo, trabajando en proyectos más complicados de lo necesario o negándose a delegar funciones.⁸ De este modo, es posible que este aumento de demandas laborales genere menos oportunidades para recuperarse de estos esfuerzos excesivos, dejando a los trabajólicos emocional o cognitivamente agotados con el tiempo.³⁰ La constante realización de tales actividades cognitivas (trabajar

compulsivamente) también puede originar arousal y distrés emocional. En consecuencia, los empleados adictos al trabajo reportan niveles relativamente altos de distrés psicológico y dolencias físicas.⁶

En esta moderna sociedad industrializada, existe una prevalencia de sueño de mala calidad^{31,32} y sus consecuencias incluyen discapacidades funcionales, menor calidad de vida e importantes costos para la salud.³³ Además, entre los trabajadores, se puede ver una mala calidad del sueño que se asocia no sólo a una salud deteriorada (por ejemplo, distrés psicológico, dolencias físicas), sino que también a un bajo desempeño en el trabajo, que puede llevar a un mayor riesgo de accidentes laborales, ausentismo, menor productividad e insatisfacción laboral.^{31,34} Esto significa que la calidad del sueño es de importancia para la salud ocupacional. Puesto que la calidad del sueño está asociada a la salud física y psicológica³³⁻³⁷, se puede pensar que el trabajolismo podría estar relacionado con un sueño de mala calidad. De hecho, Kubota *et al.*⁷ demostraron que las enfermeras adictas al trabajo tenían un mayor riesgo de tener un sueño de mala calidad (dificultades para despertar, sueño insuficiente y somnolencia en el lugar de trabajo).

Además de la calidad del sueño, otra consecuencia importante del trabajolismo es el desempeño que el individuo tiene en su trabajo. Schaufeli *et al.*¹⁴ sostienen que las personas trabajólicas trabajan arduamente en vez de hacerlo con inteligencia; crean dificultades que afectan a sus compañeros y a ellos mismos, son perfeccionistas, inflexibles y estrictos, y son incapaces de delegar tareas. Algunos estudios empíricos revelaron que la adicción al trabajo se relaciona negativamente con el desempeño laboral.^{6,17}

Este estudio

Los estudios previos que han estudiado la distinción entre engagement y trabajolismo sugieren que estos constructos comparten el componente conductual (trabajar excesivamente duro), pero que la motivación subyacente difiere radicalmente.^{14,8,15} También, los estudios anteriormente nombrados indican que el engagement está relacionado con el bienestar, mientras que trabajolismo, con el malestar. Sin embargo, sólo dos trabajos han realizado estudios empíricos de las asociaciones del engagement y el trabajolismo con el bienestar.^{14,6} Además, tampoco existen estudios empíricos que incluyan los problemas del sueño, los cuales son importantes para la salud ocupacional.

Por lo tanto, el objetivo de este estudio es demostrar la distinción entre engagement y trabajolismo, estudiando su relación con la calidad del sueño y el desempeño laboral en una muestra conformada por enfermeras japonesas. En línea con lo expuesto, se espera que el engagement tenga una relación positiva con la calidad del sueño y el desempeño laboral (Hipótesis 1). Y por otro lado, se espera que el trabajolismo tenga una relación negativa con la calidad del sueño y el desempeño laboral (Hipótesis 2).

MÉTODOS

Participantes y Procedimiento

En este estudio participaron 750 enfermeras registradas de tres hospitales de Japón (2 hospitales están ubicados en la zona central y el otro está en la zona este de Japón). Todos

los participantes recibieron un cuestionario autoadministrado y tuvieron dos meses (de octubre a noviembre de 2008) para responderlo. Un total de 503 enfermeras entregó el cuestionario respondido, siendo la tasa de respuesta del 67,1%. Se excluyeron los datos de 56 encuestados debido a que a sus cuestionarios les faltaban variables. Por lo tanto, el número final de participantes para el análisis fue 447 (tasa de cobertura general: 59,6%). Antes de comenzar la investigación, se explicó a todas las enfermeras los objetivos y los procedimientos, los cuales fueron aprobados por los Comités de Ética de la Escuela de Posgrado de Medicina de la Universidad de Tokio.

Mediciones

El cuestionario incluyó los siguientes aspectos: engagement, trabajolismo, problemas del sueño, desempeño laboral y posibles factores de confusión.

Engagement—El engagement fue evaluado mediante una escala reducida de la escala Utrecht (UWES)³⁸, que recientemente fue validada en Japón.³⁹ La UWES incluye tres subescalas que reflejan las dimensiones esenciales del engagement: Vigor (3 ítems; por ejemplo, 'soy fuerte y vigoroso en mi trabajo'), Dedicación (3 ítems; por ejemplo, 'estoy entusiasmado con mi trabajo') y Absorción (3 ítems; por ejemplo, 'estoy inmerso en mi trabajo'). Todos los ítems fueron calificados con una escala Likert de 7 puntos (0 = nunca, 6 = siempre).

Trabajolismo—La adicción al trabajo se midió utilizando la Escala de Adicción al Trabajo Holandesa (DUWAS) desarrollada por Schaufeli y sus colaboradores.⁴⁰ La escala está compuesta por dos subescalas: Trabajar en exceso (por ejemplo, 'generalmente estoy ocupado, llevo muchos asuntos entre manos') y Trabajar excesivamente (por ejemplo, 'me siento culpable cuando no estoy trabajando en algo'). Cada subescala se compone de cinco ítems que son valorados en una escala Likert de 4 puntos (1 = totalmente en desacuerdo, 4 = totalmente de acuerdo).

Calidad del sueño—Se seleccionaron siete cuestionarios de autoreporte para este trabajo, siguiendo lo indicado en los estudios del sueño anteriores^{41,31,32,7} — a saber, (1) dificultad para conciliar el sueño (ejemplo: ¿cuánto tiempo suele tardar en quedarse dormido en la cama?), (2) dificultad para mantener el sueño (ejemplo: ¿con qué frecuencia tiene dificultad para permanecer dormido?), (3) despertar temprano por la mañana (ejemplo: ¿con qué frecuencia se despierta demasiado temprano y no puede dormirse de nuevo?), (4) dormir o tomar siestas durante el día (ejemplo: ¿con qué frecuencia toma una siesta en el trayecto a su trabajo o durante la hora de almuerzo?), (5) excesiva somnolencia diurna en el trabajo (ejemplo: ¿con qué frecuencia se siente somnoliento cuando está en el trabajo?), (6) dificultad para despertarse por la mañana (ejemplo: ¿tiene dificultad para despertarse en la mañana?), y (7) despertar cansado en la mañana (ejemplo: ¿se siente cansado cuando despierta en la mañana?). La dificultad para conciliar el sueño fue calificada con una escala Likert de 5 puntos (1 = menos de 10 minutos, 5 = más de 2 horas), el resto de las preguntas se calificaron con una escala Likert de 6 puntos (1 = muy pocas veces, 5 = casi todos los días).

Desempeño laboral—El desempeño fue evaluado con un solo ítem del Cuestionario sobre salud y desempeño (CSD) de la OMS.⁴² Se pidió a los encuestados que calificaran su rendimiento general en el trabajo durante las últimas cuatro semanas con una escala de autoanclaje cuyos valores iban de 0 a 10, donde 0 significa 'el peor desempeño que cualquiera podría tener en su trabajo' y 10, 'el desempeño del mejor trabajador'.

Posibles factores de confusión—Se incluyó la edad, el sexo y turno (dos turnos / tres turnos / turno de día / otros) como posibles factores de confusión.

Análisis estadístico

Antes de evaluar el modelo de la hipótesis (Fig. 1), primero estudiamos la validez factorial de las preguntas del sueño a través de un análisis factorial exploratorio (EFA) con el método de factores principales, una rotación Promax y un análisis factorial confirmatorio (CFA). En el CFA, además de la estadística χ^2 , se utilizó el índice de ajuste comparativo (CFI), el índice de bondad de ajuste (GFI), el índice de bondad de ajuste corregido (AGFI) y el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) para evaluar el ajuste del modelo.

Entonces, el modelo hipotetizado (Fig. 1) fue evaluado mediante modelos de ecuaciones estructurales (SEM) (Nótese que la Fig. 1 también presenta los resultados SEM). Debido a la gran cantidad de ítems, no fue posible llevar a cabo el análisis SEM en un modelo de desagregación completo. Por lo tanto, las escalas descritas fueron utilizadas como indicadores de los factores latentes. Todos los factores latentes tenían dos o tres indicadores, con excepción del desempeño laboral que tenía sólo un indicador. Para controlar el error aleatorio de medición de este factor, se igualó a cero la varianza de error para desempeño laboral. El nivel de significación fue de $p < 0,05$ (dos colas). Se trabajó con los programas PASW Statistics 18 y AMOS 16 para los análisis estadísticos.

RESULTADOS

Características de los encuestados

De 447 encuestados, 428 (95,7%) eran mujeres y 19 hombres (4,3%), 272 (60,9%) trabajaba con tres turnos, 132 (29,5%) con dos turnos, 29 (6,5%) con turno de día y 14 (3,1%) con otro sistema de turnos. La media de edad de los encuestados fue de 31,0 años ($SD = 7,87$).

Estructura factorial de las preguntas del sueño

El EFA de las preguntas del sueño extrajo tres factores relacionados con los "síntomas de insomnio" [(1) dificultad para conciliar el sueño, (2) dificultad para mantener el sueño y (3) despertar temprano por la mañana]; "problemas al despertar" [(6) dificultad para mantenerse despierto durante el día y (7) despertar cansado en la mañana]; y "somniaolencia durante el día" [(4) dormirse o tomar siestas durante el día y (5) somniaolencia diurna excesiva en el trabajo]. Las correlaciones entre factores fueron de 0,23 ($p < 0,001$) entre síntomas de insomnio y problemas al despertar, de 0,30 ($p < 0,001$) entre problemas al despertar y somniaolencia durante el día y de 0,01 entre síntomas de insomnio y somniaolencia durante el día. Estos resultados sugieren que la calidad del sueño puede ser conceptualizada mediante estos tres factores. La propuesta de este modelo de tres factores también fue

respaldada por los resultados del CFA. El modelo de tres factores ($\chi^2(11) = 41,18$, CFI = 0,96, GFI = 0,97, AGFI = 0,93, RMSEA = 0,08) se ajusta significativamente mejor a los datos que el modelo de un solo factor, el cual asume que los 7 ítems cubren el factor 'calidad del sueño' ($\chi^2(14) = 391,61$, CFI = 0,54, GFI = 0,80, AGFI = 0,61, RMSEA = 0,25; $\chi^2(3) = 350,43$, $p < 0,001$).

Estadísticas descriptivas de las variables en estudio

La Tabla 1 muestra la media, las desviaciones estándar, las consistencias internas (alfa de Cronbach) y las correlaciones de todas las escalas incluidas en este estudio. Como se puede apreciar, todas las variables poseen una fiabilidad relativamente favorable con coeficientes alfa de Cronbach de 0,74 o superiores, con excepción de las escalas 'trabajar compulsivamente' y 'problemas al despertar'.

Modelo de ensayo

Los resultados del análisis SEM demostraron que el modelo propuesto (que aparece en la Fig. 1) se ajusta adecuadamente a los datos; $\chi^2(24) = 89,504$, CFI = 0,95, GFI = 0,96, AGFI = 0,92, RMSEA = 0,08. El engagement se relaciona de manera positiva con la calidad del sueño ($\beta = 0,29$, $p < 0,001$) y el desempeño laboral ($\beta = 0,36$, $p < 0,001$). En contraste, el trabajolismo tiene una relación negativa con la calidad del sueño ($\beta = -0,36$, $p < 0,001$) y el desempeño laboral ($\beta = -0,10$, $p < 0,05$).

En un siguiente paso, se realizó un nuevo análisis para controlar los posibles factores de confusión (edad, género y turno). En concreto, cada modelo de control muestra simultáneamente una variable, por lo que se le permitió influir en todas las variables del modelo. Después de controlar todas las variables de confusión, los coeficientes de ruta resultaron ser virtualmente iguales a aquellos del modelo propuesto, sin embargo, el ajuste del modelo presentó valores más bajos ($\chi^2(27) = 99,016$, CFI = 0,94, GFI = 0,96, AGFI = 0,90, RMSEA = 0,08). Cabe destacar que todas las relaciones de las variables de control con las variables del modelo no fueron significativas. Por lo tanto, las variables de control fueron excluidas del modelo final de la Figura 1.

DISCUSIÓN

Este estudio analizó el carácter distintivo del engagement y el trabajolismo en términos de sus relaciones con el bienestar (calidad del sueño y desempeño laboral) con una muestra compuesta por enfermeras hospitalarias de Japón. Los resultados SEM demostraron que las asociaciones entre engagement y trabajolismo con el bienestar son diferentes; el engagement está relacionado con el bienestar (mejor calidad del sueño y desempeño laboral), mientras que el trabajolismo está relacionado con el malestar (mala calidad del sueño y bajo desempeño en el trabajo). Esto significa que el engagement y el trabajolismo se pueden diferenciar uno del otro a través de estudios empíricos. En cuanto a la relación del engagement con la calidad del sueño y el desempeño laboral se refiere, los resultados SEM demostraron que el engagement tenía una relación positiva con la calidad del sueño, tal como se esperaba en la Hipótesis 1. Puesto que los empleados comprometidos en comparación con los adictos al trabajo no se sienten culpables cuando no trabajan¹⁴, es

probable que tengan mejores experiencias de recuperación, lo cual puede conducir a una buena calidad del sueño.

Nuestros resultados SEM también demostraron que el engagement se relaciona de manera positiva con el desempeño laboral, tal como se predijo en la Hipótesis 2. Aunque no mencionamos una hipótesis específica entre la calidad del sueño y el desempeño en el trabajo, cada componente de la calidad del sueño tuvo una correlación positiva con el desempeño laboral (ver Tabla 1). Puesto que un buen estado de salud es una de las condiciones para desempeñarse mejor en el lugar de trabajo²⁹, es posible que una buena calidad del sueño de las enfermeras comprometidas haya producido un mejor desempeño laboral. Este componente de salud es un aspecto conceptual importante que separa al engagement de otras actitudes proactivas hacia la organización, tales como el compromiso organizacional.⁴³

Como se esperaba en la Hipótesis 2 y en línea con estudios previos^{7,6,17}, el trabajolismo se relaciona negativamente con la calidad del sueño y el desempeño laboral. Se seguirán observando las asociaciones incluso después de ajustar las variables demográficas (edad, sexo y turno) para poder indicar, de este modo, que el trabajolismo tiene efectos adversos sobre la calidad del sueño y el rendimiento laboral, independientemente de estas características.

Es importante señalar que el trabajolismo tuvo una relación más estrecha con la calidad del sueño ($\beta = -0,36$) en comparación con el rendimiento laboral ($\beta = -0,10$). Esta asociación relativamente sólida con la calidad del sueño resalta la importancia del componente salud para el trabajolismo. Debido a que los empleados adictos al trabajo pasan más tiempo en su trabajo²⁶, este aumento de demandas laborales puede causar que el individuo tenga menos oportunidades para recuperarse a estos esfuerzos excesivos y a un agotamiento mayor. Además, el pensar continua y frecuentemente sobre el trabajo —incluso cuando no se está trabajando²⁶— puede ocasionar arousal y distrés emocional a través de la activación cognitiva. Es muy posible que estas características conductuales y cognitivas de la adicción al trabajo tengan como consecuencia una mala calidad del sueño. En términos de desempeño laboral, el trabajolismo no sólo implica pasar más tiempo en el trabajo, sino que también ser estricto e inflexible, lo cual puede llevar a un bajo desempeño.

Limitaciones

Son varias las limitaciones que deben discutirse. En primer lugar, debido al diseño transversal del estudio, no se pudo determinar una relación de causalidad. Además, se desconocen los efectos a largo plazo que pueda tener el engagement y el trabajolismo. Se necesita realizar un estudio prospectivo para investigar una relación causal y los efectos a largo plazo. En segundo lugar, todos los indicadores se midieron mediante cuestionarios de autorreporte. Además del sesgo derivado del autorreporte a causa del (por ejemplo), afecto negativo, el método común de varianza podría haber desempeñado algún papel, aunque varios estudios han demostrado que estas influencias no son tan significativas como se espera.^{44,45} Sin embargo, en el futuro debiesen repetirse los resultados con indicadores objetivos (por ejemplo, una polisomnografía del sueño y rendimiento objetivo). En tercer lugar, debido a que los participantes fueron reclutados únicamente de 3 hospitales de Japón,

los hallazgos no pudieron generalizarse. Por último, no se ha prestado la debida atención a aquellos factores que no fueron evaluados, tales como el hábito de fumar, consumo de alcohol y actividad física durante el tiempo libre^{35,32} o a factores desconocidos. Estos factores de confusión pueden influir de alguna manera la relación del engagement y el trabajolismo con el bienestar (la calidad del sueño y el desempeño laboral).

Conclusión

El presente estudio indicó que el engagement y el trabajolismo son dos conceptos diferentes: el engagement está asociado con el bienestar, mientras que el trabajolismo con el malestar. Esto sugiere que es importante centrarse en las actitudes personales hacia el trabajo. Las investigaciones futuras debieran estudiar los efectos que tienen las actitudes personales y el entorno laboral en la mejora del bienestar de las enfermeras.

REFERENCIAS

1. Sullivan SE. The changing nature of careers: a review and research agenda. *J Manage.* 1999; 25:457–484.
2. Jones, F.; Burke, RJ.; Westman, M. Work-lifebalance: key issues. In: Jones, F.; Burke, RJ.; Westman, M., editors. *Work-life balance: a psychological perspective.* East Sussex: Psychology Press; 2006. p. 1-9.
3. Åkerstedt T, Knustsson A, Westerholm P, Theorell T, Alfredsson L, Kecklund G. Sleep disturbances, work stress and work hours A cross-sectional study. *J Psychosom Res.* 2002; 53:741–748. [PubMed: 12217447]
4. Tachibana H, Izumi T, Honda S, Takemoto T. The prevalence and pattern of insomnia in Japanese industrial workers: Relationship between psychosocial stress and type of insomnia. *Psychiat Clin Neurosci.* 1998; 52:397–402.
5. Kecklund G, Åkerstedt T. Apprehension of the subsequent working day is associated with a low amount of slow wave sleep. *Biol Psychol.* 2004; 66:169–176. [PubMed: 15041138]
6. Shimazu A, Schaufeli WB. Is workaholism good or bad for employee wellbeing? The distinctiveness of workaholism and work engagement among Japanese employees. *Ind Health.* 2009; 47:495–502. [PubMed: 19834258]
7. Kubota K, Shimazu A, Kawakami N, Takahashi M, Nakata A, Schaufeli WB. Association between Workaholism and Sleep Problems among Hospital Nurses. *Ind Health.* (En prensa).
8. Schaufeli WB, Taris TW, Rhenen WV. Workaholism, burnout and engagement: One of a kind or three different kinds of employee well-being? *Appl Psychol-Int Rev.* 2008; 57:173–203.
9. Scott LD, Rogers AE, Hwang WT, Zhang Y. Effects of critical care nurses' work hours on vigilance and patients' safety. *Am J Crit Care.* 2006; 15:30–37. [PubMed: 16391312]
10. Trinkoff A, Geiger-Brown J, Brady B, Lipscomb J, Muntaner C. How long and how much are nurses now working? *Am J Nurs.* 2006; 106:60–71. [PubMed: 16575241]
11. Hughes RG, Rogers AE. Are you tired? Sleep deprivation compromises nurse's health and jeopardized patients. *Am J Nurs.* 2004; 104:36–38. [PubMed: 15108568]
12. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol.* 2001; 52:397–422. [PubMed: 11148311]
13. Schaufeli WB, Taris TW, Le Blanc P, Peeters MCV, Bakker AB, De Jonge J. Maakt arbeid gezond? Op Zoek naar de bevlogen werknemer [May work produce health? The quest for the engaged worker]. *De Psycholoog.* 2001; 36:422–428. (en Dutch).
14. Schaufeli, WB.; Taris, TW.; Bakker, AB. Dr Jekyll or Mr Hyde? On the differences between work engagement and workaholism. In: Burke, RJ., editor. *Research comparison to working time and work addiction.* Cheltenham, UK: Edward Elgar; 2006. p. 193-217.
15. Sonnentag S. Recovery, work engagement, and proactive behavior: a new look at the interface between nonwork and work. *J Appl Psychol.* 2003; 88:518–28. [PubMed: 12814299]

16. Oates, W. Confessions of a workaholic: The facts about work addiction. New York: World; 1971.
17. Schaufeli WB, Bakker AB, Van der Heijden FMMA, Prins JT. Workaholism among medical residents: It is the combination of working excessively and working compulsively that counts. *Int J Stress Manage.* 2009; 16:249–272.
18. Robinson, BE. *Work Addiction*. Deerfield Beach, FL: Health Communications; 1989.
19. Porter G. Organizational impact of workaholism: suggestions for researching the negative outcomes of excessive work. *J Occup Health Psychol.* 1996; 1:70–84. [PubMed: 9547036]
20. McMillan, LHW.; O_Driscoll, MP. Exploring new frontiers to generate an integrated definition of workaholism. In: Burke, RJ., editor. *Research companion to working time and work addiction*. Northampton, MA: Edward Elgar; 2006. p. 89-107.
21. Shimazu A, Schaufeli WB, Taris TW. How does workaholism affect worker health and performance? The mediating role of coping. *Int J Behav Med.* 2010; 17:154–160. [PubMed: 20169433]
22. Oates W. On being a “Workaholic”. *Pastoral Psychol.* 1986; 19:16–20.
23. Korn, ER.; Pratt, GJ.; Lambrou, PT. *Hyper-performance: The A.I.M. strategy for releasing your business potential*. New York: John Wiley; 1987.
24. Spence JT, Robbins AS. Workaholism: definition, measurement, and preliminary results. *J Pers Assess.* 1992; 58:160–178. [PubMed: 16370875]
25. Machlowitz, M. *Workaholics: Living with them, working with them*. New York: Simon & Schuster; 1980.
26. Scott KS, Moore KS, Miceli MP. An exploration of the meaning and consequences of workaholism. *Hum Relat.* 1997; 50:287–314.
27. Ng TWH, Sorensen KL, Feldman DC. Dimensions, antecedents, and consequences of workaholism: a conceptual integration and extension. *J Organ Behav.* 2007; 28:111–136.
28. Sonnentag S, Fritz C. The Recovery Experience Questionnaire: development and validation of a measure for assessing recuperation and unwinding from work. *Occup Health Psychol.* 2007; 12:204–221.
29. Bakker, AB. Building engagement in the workplace. In: Cooper, CL.; Burke, RJ., editors. *The peak performing organization*. Oxon: Routledge; 2008. p. 50-72.
30. Taris TW, Schaufeli WB, Verhoeven LC. Workaholism in the Netherlands: Measurement and implications for job strain and work-nonwork conflict. *Appl. Psychol-Int Rev.* 2005; 54:37–60.
31. Nakata A, Haratani T, Kawakami N, Miki A, Kurabayashi L, Shimizu H. Sleep problems in white-collar male workers in an electric equipment manufacturing company in Japan. *Ind Health.* 2000; 38:62–68. [PubMed: 10680312]
32. Nakata A, Ikeda T, Takahashi M, Haratani T, Fujioka Y, Fukui S, Swanson NG, Hojou M, Araki S. Sleep-related risk of occupational injuries in Japanese small and medium-scale enterprises. *Ind Health.* 2005; 43:89–87. [PubMed: 15732310]
33. Simon G, Vonkoff M. Prevalence, burden, and treatment of insomnia in primary care. *Am J Psychiatry.* 1997; 154:1417–1423. [PubMed: 9326825]
34. Doi Y. An epidemiologic review on occupational sleep research among workers. *Ind Health.* 2005; 43:3–10. [PubMed: 15732297]
35. Nakata A, Hatratani T, Takahashi M, Kawakami N, Arito H, Kobayashi F, Araki S. Job stress, social support, and prevalence of insomnia in a population of Japanese daytime workers. *Soc Sci Med.* 2004; 59:1719–1730. [PubMed: 15279928]
36. Harvey AG. A cognitive model of insomnia. *Behav Res Ther.* 2002; 40:869–893. [PubMed: 12186352]
37. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: What we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev.* 2002; 6:97–111. [PubMed: 12531146]
38. Schaufeli WB, Salanova M, González-Romá V, Bakker AB. The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *J Happiness Stud.* 2002; 3:71–92.
39. Shimazu A, Schaufeli WB, Kosugi S, Suzuki A, Nashiwa H, Kato A, Sakamoto M, Irimajiri H, Amano S, Hirohata K, Goto R, Kitaoka-Higashiguchi K. *Work Engagement in Japan: validation of*

- the Japanese version of the Utrecht Work Engagement Scale. *Appl Psychol-Int Rev.* 2008; 57:510–23.
40. Schaufeli WB, Shimazu A, Taris TW. Being driven to work excessively hard: the evaluation of a two-factor measure of workaholism in the Netherlands and Japan. *Cross-Cult Res.* 2009; 43:320–348.
 41. Bliwise DL, King AC, Harris RB, Haskell WL. Prevalence of self-reported poor sleep in a healthy population aged 50–65. *Soc Sci Med.* 1992; 34:49–55. [PubMed: 1738856]
 42. Kessler RC, Barber C, Beck A, Berglund P, Cleary PD, McKenas D, Pronk N, Simon G, Stang P, Ustun TB, Wang P. The world health organization health and work performance questionnaire (HPQ). *J Occup Environ Med.* 2003; 45:156–74. [PubMed: 12625231]
 43. Hallberg UE, Schaufeli WB. “Same same” but different? Can work engagement be discriminated from job involvement and organizational commitment? *Eur Psychol.* 2006; 11:119–127.
 44. Edwards JR. To prosper, organizational psychology should overcome methodological barriers to progress. *J Organ Behav.* 2008; 29:469–491.
 45. Spector PE. Method variance in organizational research: Truth or urban legend? *Org Res Methods.* 2006; 9:221–232.

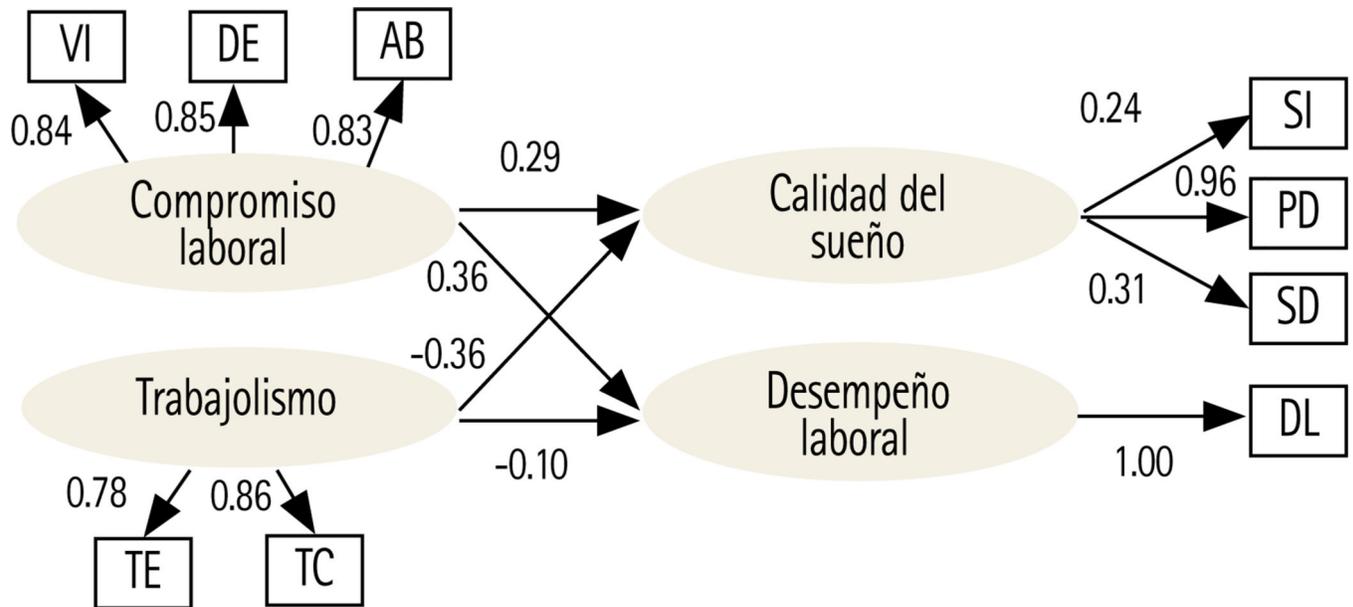


Figura 1.

Solución estandarizada (estimaciones por máxima verosimilitud) del modelo en hipótesis. $N = 447$.

Nota: VI = Vigor; DE = Dedicación; AB = Absorción; TE = Trabajar en exceso; TC = Trabajar compulsivamente; SI = Síntomas de insomnio; PD = Problemas para despertar; SD = Somnolencia diurna.

Tabla 1

Medias, SD, Consistencia Interna (alfa de Cronbach en diagonal) y Correlaciones de las variables en estudio (n = 447^a).

Mediciones	# Ítems	Media	SD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1 Vigor	3	6,7	2,8	0,85	0,71	0,69	-0,16**	-0,08	0,19****	0,35****	0,10*	0,29****
2 Dedicación	3	8,9	2,6	0,77	0,70	0,70	0,01	0,06	-0,09	0,16**	0,07	0,36****
3 Absorción	3	6,5	3,0	0,83	0,83	0,83	-0,07	-0,05	0,07	0,23****	0,09	0,28****
4 Trabajar en exceso	5	12,4	3,2	0,74	0,67	0,67	0,13**	-0,13**	-0,13**	-0,35****	-0,06	-0,11*
5 Trabajar compulsivamente	5	9,5	2,7	0,61	-0,18****	-0,29****	0,04	0,04	0,76	0,25****	-0,01	-0,09*
6 Síntomas de insomnio	3	6,2	2,9	0,76	0,76	0,76	0,25****	0,25****	0,25****	0,25****	-0,01	-0,10*
7 Problemas al despertar	2	8,2	2,8	0,53	0,53	0,53	0,30****	0,30****	0,30****	0,30****	-0,11*	-0,11*
8 Somnolencia durante el día	2	4,8	2,3	0,80	0,80	0,80	-0,13**	-0,13**	-0,13**	-0,13**	-0,13**	-0,13**
9 Desempeño laboral	1	5,6	1,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-

* p < 0,05,

** p < 0,01,

*** p < 0,001.

^a Al sumar los números no se obtiene el total de los participantes, ya que algunos se excluyeron por la ocasional falta de datos.